

TESIS DOCTORAL

2020

The seal of the University of Madrid is a circular emblem. It features a central sun with rays, surrounded by a blue and red shield. The shield is set against a gold background. The entire emblem is enclosed within a gold border containing the Latin motto 'MOBILIBVS' at the top and 'MOR' at the bottom. The text of the thesis title is overlaid on this seal.

EDUCACIÓN EMOCIONAL Y SALUD LABORAL EN PROFESIONALES DE LA RED DE ATENCIÓN SOCIAL DE MADRID

Autora:

SILVIA YÁÑEZ LÓPEZ

Diplomada en Educación Social

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN TRATAMIENTO EDUCATIVO DE LA
DIVERSIDAD**

PROGRAMA DE DOCTORADO EN EDUCACIÓN

DIRECTOR:

DR. JUAN CARLOS PÉREZ GONZÁLEZ

CODIRECTORA:

DRA. MARIA DEL CARMEN ORTEGA NAVAS

EDUCACIÓN EMOCIONAL Y SALUD LABORAL EN PROFESIONALES DE LA RED DE ATENCIÓN SOCIAL DE MADRID

Autora:

SILVIA YÁÑEZ LÓPEZ

Diplomada en Educación Social

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN TRATAMIENTO EDUCATIVO DE LA
DIVERSIDAD**

PROGRAMA DE DOCTORADO EN EDUCACIÓN

DIRECTOR:

DR. JUAN CARLOS PÉREZ GONZÁLEZ

CODIRECTORA:

DRA. MARIA DEL CARMEN ORTEGA NAVAS

Nota de la autora: En aras de una mejor utilización del lenguaje mediante un uso no sexista del mismo, pero en línea con los principios de economía de éste, se ha decidido utilizar en esta tesis términos de género neutro siempre que ha sido posible. En los casos en los que esta opción no se ha podido dar, se utilizado por defecto el masculino como género neutro no binario.

“La riqueza de las empresas depende de la salud de los trabajadores.”

DRA. MARIA NEIRA, DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA Y AMBIENTE,
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

“Es necesario que los líderes políticos y educativos lleguen a entender lo importante que son los conocimientos sobre la emoción y el sentimiento porque muchas de las reacciones que consideramos patológicas tienen que ver con las emociones, principalmente con las emociones sociales, y con la facilidad con la que se desencadenan y la manera en la que conducen a un conflicto social”

ANTONIO DAMASIO, EN UNA ENTREVISTA REALIZADA POR EDUARD PUNSET EL 4/11/2004

“En los años iniciales de mi profesión me hacía esta pregunta: ¿cómo puedo tratar, curar o cambiar a esta persona? Ahora formularía la pregunta de esta otra manera: ¿cómo puedo proveer una relación que esta persona pueda usar para su crecimiento propio y personal?”

CARL ROGERS, PSICÓLOGO Y COFUNDADOR DEL ENFOQUE HUMANISTA

Agradecimientos

No me imaginaba que esta iba a ser una de las partes más difíciles de escribir de mi tesis, la verdad, aunque me resulta curioso que el miedo que subyace ante la página en blanco sea el mismo: el miedo a “dejarme algo”. Pero, así como en la tesis en algún momento he tenido que aceptar que el acceso a la información tiene que tener un límite, puesto que el flujo es constante, y no hacerlo sería tender a infinito, de igual modo, mis agradecimientos tienen que tener un final; aunque eso no signifique, por supuesto, que otras figuras aquí no mencionadas no hayan tenido un papel relevante en mi desarrollo y el desarrollo de este trabajo. Por eso, de antemano, quiero dar las GRACIAS, en general, a los 31 años y pico que llevo rondando por este planeta, con todas las personas, lugares y momentos que me han traído, pues es lo que me ha hecho ser quien soy y estar donde estoy. Sin embargo, sería injusto por mi parte no hacer una mención especial a quienes más han aportado a esta obra, con lo que espero reflejar aquí lo que he recibido de cada uno.

Gracias, en primer lugar, a la UNED...

A Juan Carlos y M^a del Carmen, mis directores y guías en este arduo proceso. A ti M^a del Carmen, por ver mi candidatura y aceptar ser mi directora sin conocerme de nada, por confiar en mí y darme esta oportunidad. A ti Juan Carlos, por tu decisión de unirme a este proyecto y tu incalculable aportación desde entonces. A ambos por estar ahí aún en la distancia, por incluirme en EDUEMO, en vuestras formaciones, por conectarme con otras personas y permitirme aprender de vosotros cada día desde hace 5 años. Sin vosotros nada de esto hubiera sido posible.

A Javier Cejudo, por ayudarme desinteresadamente acogiéndome en tu universidad y dedicándome un tiempo valiosísimo. Por tus buenos consejos y guiarme en la dirección correcta cuando lo necesitaba, y por ser un ejemplo a seguir como investigador y como docente.

A quienes trabajan en y para la escuela internacional de doctorado (EIDUNED), respondiendo innumerables mensajes en los foros, otros tantos emails, y generando además contenido, talleres, jornadas...etc. que nos proveen de valiosos aprendizajes para la carrera investigadora.

Pero más allá de la formación doctoral, debo dar muchas, muchísimas gracias a mi familia...

A mis padres, por todo vuestro trabajo y esfuerzo para que yo pudiera tener los recursos necesarios para llegar hasta aquí. Por cada minuto invertido en hacer los deberes, llevarme al médico, vestirme, alimentarme...etc., en vez de en vosotros mismos. Por proporcionarme una casa llena de libros, música, cultura y noches de Trivial. Por ser ejemplo de perseverancia, y por darme la educación necesaria para poder valorar lo que me ha sido dado. Y, más que nunca, por seguir apoyando a una hija treintañera mileurista para que pueda dedicarse a lo que ama, a pesar de la falta de estabilidad que le conlleva.

A mi hermana. Por acogerme en tu casa (varias veces). Por haber hecho de hermana mayor hasta que empezaste a hacer de amiga. Por los juegos de mesa, las charlas en inglés y todas las risas. Y en el último año, por compartir conmigo tus locuras investigadoras, por querer humanizar la ciencia, y por tener claro que ser mejor fisioterapeuta, va unido a ser mejor persona.

A Lucía, por tu mente indescriptible y maravillosa, tu capacidad de aprender a amar Harry Potter sin haberte leído los libros, y por ser la mejor cuñada del mundo. En definitiva, gracias por hacer feliz a una de las personas más importantes de mi vida.

A mis tíos Almudena y Manolo, por acogernos a Arya y a mí cuando más lo necesitábamos. Por darme un hogar y tratarme como a una hija. Por cuidar a Arya como si fuera

vuestra a pesar de los destrozos del suelo. Nunca os podré agradecer lo suficiente lo que hicisteis por mí.

A mi abuelo Alfonso, que entre otras muchas cosas llegó a ser miembro de la Real Academia de Doctores, a pesar de haber vivido de primera mano los destrozos de la guerra. Por haberme servido de modelo de cultura, superación y enriquecimiento, y permitiéndome fardar de abuelo allá por donde iba. La burriata menor se doctora, también gracias a ti, abuelo.

A mis tíos Alfonso y Arturo, por descubrirme a Terry Pratchett, por confesarme que “la tesis no se termina, se abandona”, por vuestra generosidad y por tenerme siempre presente. Pero, sobre todo, por demostrarme que la valía académica es sólo una de tantas, que se manifiestan de mil maneras en el camino de cada uno. También a mis tías Blanca y Natalia, por ser dos grandes ejemplos de mujeres fuertes y luchadoras, para todo el que las conoce.

A Laura T., por estos 25 años estando a mi lado...y los que quedan, que para algo eres oficialmente la hermana mediana. Por todos los cafés, pipas en el parque y bailes nocturnos, que me han permitido soportar los embates de la vida. Por tratar de entenderme aun cuando ni yo lo consigo, y por saber que siempre, SIEMPRE, estás ahí, pase lo que pase. Es mutuo, espero que lo sepas.

A Israel. Por haber mirado más allá de la quinceañera absurda y haber apostado por lo que había detrás. Por seguir haciéndolo a día de hoy, y haberte convertido en una de las más largas y mejores amistades de mi vida. Por ser un símbolo de esfuerzo y superación, aunque ambos sabemos que me puedo poner muy pesada con los matices, porque creo que te mereces mucho más de lo que te das. Gracias por seguir estando ahí a pesar de las turras.

A Raquel y Laura Y., por los infinitos momentos en los que me habéis escuchado, con vuestra capacidad innata para hacerlo de verdad, sin juzgar. Por todo lo que me habéis ayudado en los momentos difíciles, y lo que he disfrutado con vosotras en los momentos felices. En definitiva, gracias por dejarme tener en mi vida dos seres tan valiosos como vosotras.

A Charly. Por introducirme en el mundo de la psicología y contagiarme tu pasión por ella, sin olvidar las fundamentales clases de SPSS. Por haber sido mi compañero de viaje y haber creído en mí en todo momento, demostrándome tu apoyo incondicional, incluso en los momentos más difíciles. Por la salsa de soja, las rosas y el kaizen. Never give up.

A mis bilbaínos, por acogerme siempre con los brazos abiertos, y hacer que una amistad de años no cambie a pesar de la distancia y el tiempo. En especial a Aitor, por compartir con el mundo tu creatividad infinita y conmigo sus consecuencias inolvidables; y a Andoni, por haberme permitido redescubrirte, escucharme y escucharte, y los momentos que de ahí han surgido para arreglar el mundo, puerta incluida.

A todos mis amigos de Park Avenue, estemos donde estemos ahora, y a la parte de Gato que hay y habrá en mí siempre. Gracias tanto a quienes os tengo más cerca, por seguir aportándome cada día, y a quienes no os olvido, por mucho que pasen los años.

A Yélamos de Abajo, el pueblo más bonito del mundo, y al Matadero, la mejor peña de su historia (totalmente sujeto a mi subjetividad, por supuesto). A todos quienes hacéis que una peña sea mucho más que un lugar en unas fiestas, y que conformáis parte de los mejores recuerdos de mi vida. Gracias por hacerme sentir tan orgullosa.

Por supuesto, no me puedo olvidar de quien me ha acompañado en cada experiencia que he vivido, así que también gracias...

A todos los profesionales que conforman los recursos de la Red de Atención Social de Madrid. En primer lugar, por su participación en este estudio, porque sin ellos esta tesis no tendría sentido. Pero, sobre todo, por la labor que hacen cada día, muchísimas veces invisibilizada o infravalorada. Por eso, gracias a quienes priman la calidad de la atención, y siguen aprendiendo, escuchando y mejorando cada día, a pesar de la falta de reconocimiento. Gracias a quienes ponen toda la carne en el asador, defendiendo lo que creen correcto aun a riesgo de sus propios recursos. Gracias a quienes luchan a diario por la dignificación del sector, a todos los niveles, en la búsqueda de un mundo más humano y justo para todos.

A quienes han caminado a mi lado en los distintos recursos por los que he pasado: a mis jefes por contratarme, a mis compañeros por acogerme y enseñarme, y a las personas atendidas, por hacerme entender que la clave de todo está en saber escuchar y mirar, e impulsarme a buscar caminos fuera de lo establecido.

A mis Melocotonials, Miren, Cris y Rober, a.k.a. “el mejor equipo del mundo”. Por hacer de mi trabajo un lugar maravilloso de aprendizaje, risas, cariño e ilusión. Por hacer de mis compañeros de trabajo auténticos amigos, con esperanzas compartidas de que la vida nos vuelva a juntar para trabajar, o por lo menos para unas cañas. También a Miki, por filosofar de todo y de nada en cada viaje en coche, y a Mery, por hacerme en dos meses un hueco que parecía llevar allí toda la vida. Y, por supuesto, al resto de compañeros y usuarios de Leganés, que tuvisteis que aguantar mis chistes malos, mis chutes de hiperactividad y mi pedantería. Fue una etapa preciosa y un placer compartirlo con todos vosotros.

A mis taraus favoritos, Eva, Xabi, y Sebas. Por quitarme la L, no solo en el ámbito del trabajo si no fuera de él. Por los kiwis, las nueces y las cañas, los que hubo y los que están por venir. También a Sandra por aguantar mis ganas de cambiarlo y tecnologizarlo todo, y a todos quienes compartimos o hemos compartido centro en Getafe en general, por sufrir mis repelencias y humor absurdo, y aun así hacerme sentir valorada y escuchada.

A Mercedes Reglero, por ser la mejor profesora que tuve en la carrera. No pudiste ser mi directora de tesis, pero sí enseñarme cómo la ciencia y el trabajo riguroso tienen cabida en lo social, y que hacerlo respetar es cosa de todos. También a mis compañeras de universidad, por el esfuerzo y la ilusión para hacer un mundo mejor a través de la Educación Social, y por los millones de risas y momentos compartidos.

A *Daniel Shah* y *Nuria Tonéu* y a *Progress for Africa*. Por darme la oportunidad de conocer y disfrutar de la India y Tanzania, de la gente maravillosa que allí encontré, y de todo lo que me traje conmigo y sin necesidad de maleta. En su día prometí que volvería, espero no faltarme a mi palabra.

A Ana. Por hacer de mi maraña de piezas un puzzle por construir. Por ponerme un espejo e iluminarme las zonas oscuras. Por reconciliarme conmigo misma y prepararme para lo que vendrá. Sigo diciendo y diré, que pasar por terapia ha sido una de las mejores decisiones de mi vida.

Y...en definitiva, gracias a todo aquel que haya tenido que aguantar mi intensidad hablando sobre la tesis, los artículos, la importancia de las emociones, la invisibilidad de la salud mental y sus prejuicios, los peligros de la medicalización del sufrimiento, el cuestionamiento del mundo en general...etc. A todos los que me habéis aportado pequeñas y grandes dosis de motivación para seguir adelante. Por último, pero por supuesto no menos importante, gracias a todos quienes hacen que todo este trabajo tenga sentido, estén donde estén y sean quienes sean, y que trabajan por avanzar hacia el mejor futuro posible investigando, colaborando o luchando por ello.

ÍNDICE

RESUMEN / ABSTRACT	1
INTRODUCCIÓN GENERAL	3
Motivación y finalidad del trabajo	3
Organización y estructura del trabajo	5
PRIMERA PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	6
CAPÍTULO 1. ENGAGEMENT Y DESESPERANZA COMO FACTORES PSICOSOCIALES EN SALUD LABORAL	7
1.1 Salud laboral	9
1.1.1 El impacto de los determinantes de salud sobre el trabajo	12
1.1.2 El impacto de los factores laborales sobre la salud	15
1.1.3 Salud mental y trabajo	17
1.1.4 Los riesgos psicosociales.....	21
1.1.4.1 Estrés laboral y <i>burnout</i> o Síndrome de estar Quemado con el Trabajo.....	24
1.1.4.2 Trabajo emocional	27
1.1.5 Gestión de la salud laboral: Prevención de riesgos laborales y Promoción de la salud.....	29
1.2 El engagement como factor protector	35
1.2.1 Engagement y <i>burnout</i>	37
1.2.2 Engagement y su relación con otras variables.....	39
1.3 La desesperanza como factor de riesgo	45
1.3.1 La desesperanza, la depresión y el suicidio.....	50
1.3.2 La desesperanza y su relación con otras variables	55
CAPÍTULO 2. LA INTELIGENCIA EMOCIONAL Y LA EDUCACIÓN EMOCIONAL PARA LA SALUD	57
2.1 El estudio de las emociones: la inteligencia emocional	59

2.1.1	Inteligencia emocional y salud	65
2.1.2	Inteligencia emocional en el ámbito laboral.....	66
2.1.3	Inteligencia emocional, engagement y desesperanza	68
2.1.3.1	Inteligencia emocional y engagement.....	68
2.1.3.2	Inteligencia emocional y desesperanza.....	70
2.2	La educación para la salud y las emociones	72
2.2.1	Educación emocional	75
2.3	Revisión sistemática I: la salud y las emociones	79
2.3.1	Objetivos	79
2.3.2	Método	79
2.3.3	Resultados	81
2.3.4	Discusión y conclusiones	82
2.4	Revisión sistemática II: la educación para la salud y las emociones.....	85
2.4.1	Objetivos	85
2.4.2	Método	85
2.4.3	Resultados	92
2.4.4	Discusión y conclusiones	95
CAPÍTULO 3. LA ATENCIÓN SOCIAL Y SUS PROFESIONALES		98
3.1	La ayuda y el cuidado como profesión.....	100
3.1.1	Riesgos de las profesiones del cuidado y consecuencias para la salud	103
3.2	Atención a personas diagnosticadas de trastorno mental grave.....	109
3.2.1	Contexto histórico, ético y filosófico de la atención en salud mental	109
3.2.2	Características organizacionales de los recursos de atención psicosocial	112
3.2.3	El profesional de los recursos de atención psicosocial.....	115
3.2.4	La Red de Atención Social de Madrid	118

SEGUNDA PARTE: ESTUDIO EMPÍRICO.....	123
CAPÍTULO 4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.....	124
4.1 Planteamiento y formulación del problema	126
4.2 Objetivos e hipótesis de la investigación.....	129
4.2.1 Objetivos generales	129
4.2.2 Objetivos específicos.....	129
4.2.3 Hipótesis de la investigación.....	129
4.3 Método.....	132
4.3.1 Muestra.....	132
4.3.2 Variables e instrumentos	134
4.3.3 Procedimiento.....	135
4.3.4 Plan de análisis de datos.....	135
4.3.4.1 Estudio 1	136
4.3.4.2 Estudio 2	136
CAPÍTULO 5. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	138
5.1 Estudio 1: análisis descriptivo	140
5.1.1 Análisis de distribuciones y normalidad.....	140
5.1.2 Comparación con estudios previos.....	143
5.1.3 Análisis de comparación de medias	145
5.1.4 Discusión de resultados del estudio 1.....	149
5.2 Estudio 2: análisis inferencial.....	153
5.2.1 Análisis de correlaciones.....	153
5.2.2 Análisis de regresión	154
5.2.2.1 Modelo de regresión 1	154
5.2.2.2 Modelo de regresión 2	154
5.2.2.3 Análisis de regresión jerárquica.....	155
5.2.3 Análisis de modelos de ecuaciones estructurales	157

5.2.4	Discusión de resultados del estudio 2.....	160
CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES.....		162
6.1	Conclusiones.....	164
6.1.1	Con respecto al primer objetivo general: Conocer la situación de los profesionales de la Red de Atención Social de Madrid respecto inteligencia emocional rasgo, engagement y desesperanza.....	164
6.1.1.1	Con respecto al primer objetivo específico: Comparar las puntuaciones de los profesionales de la Red de Atención Social de Madrid respecto a las variables estudiadas con las de investigaciones previas.	164
6.1.1.2	Con respecto al segundo objetivo específico: Analizar diferencias entre profesionales en base a variables sociodemográficas.	164
6.1.2	Con respecto al segundo objetivo general: Analizar las relaciones entre las variables de estudio mediante análisis estadísticos.	165
6.1.2.1	Con respecto al tercer objetivo específico: Analizar las interacciones entre las variables objeto de estudio en base correlaciones y modelos de regresión.....	165
6.1.2.2	Con respecto al cuarto objetivo específico: Observar el comportamiento de las variables objeto de estudio como factores protectores o de riesgo de la salud laboral.....	166
6.1.3	Con respecto al tercer objetivo general: Valorar el papel correspondiente a la educación emocional en la educación para la salud laboral.	166
6.1.3.1	Con respecto al quinto objetivo específico: Analizar la inclusión de la educación emocional en la salud laboral en base a la revisión teórica realizada.	167
6.1.3.2	Con respecto al sexto objetivo específico: Analizar la idoneidad de la inclusión de la educación emocional en la educación para la salud laboral de los profesionales de la Red de Atención Social de Madrid, en base a los resultados obtenidos.....	167
6.1.4	Conclusiones generales	168
6.2	Implicaciones de la investigación	170
6.3	Limitaciones y líneas futuras de investigación.....	172

6.3.1	Limitaciones	172
6.3.2	Líneas futuras de investigación	172
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		174
ANEXOS		207
Anexo 1. Referencias de los 66 artículos aceptados en la RS-II		208
Anexo 2. Tabla de los 66 artículos aceptados en la RS-II clasificados por categorías		215
Anexo 3. Trait Emotional Questionnaire Short Form (versión en español).		221
Anexo 4. Utrecht Work Engagement Scale (versión en español).		223
Anexo 5. Escala de desesperanza de Beck (versión en español).		224
Anexo 6. Análisis de normalidad en gráficasq-Q plot.....		225

LISTA DE SÍMBOLOS, ABREVIATURAS Y SIGLAS POR ORDEN ALFABÉTICO

ABS: Absorción (subdimensión de engagement)	INSST: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo
AEI: Ability Emotional Intelligence	M: Media
AUT: Autocontrol (subdimensión de Inteligencia Emocional Rasgo)	MAN: Managers
AVAD: Años de Vida Ajustados por Discapacidad	MBI: Maslach Burnout Inventory
BDI: Beck Depression Inventory	N: Tamaño muestral
BIE: Bienestar (subdimensión de Inteligencia Emocional Rasgo)	OIT: Organización Internacional del Trabajo
CASEL: Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning	OMS: Organización Mundial de la Salud
CSM: Centro de salud mental	PCC: Plan de continuidad de cuidados
DED: Dedicación (subdimensión de engagement)	PRL: Prevención de Riesgos Laborales
DES: Desesperanza	PSI: Psicólogos
DRL: Teoría de demandas-recursos laborales (<i>JD-R</i> en inglés)	RS-I: Revisión sistemática 1
DT: Desviación típica	RS-II: Revisión sistemática 2
E.S.: Educadores sociales	SEM: Análisis de Modelos de Ecuaciones Estructurales
EMO: Emocionalidad (subdimensión de Inteligencia Emocional Rasgo)	Sig.: significación
ENCT: Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo	SOC: Sociabilidad (subdimensión de Inteligencia Emocional Rasgo)
ENG: Engagement	SQT: Síndrome de estar quemado con el trabajo
EpS: Educación para la Salud	T.O: Terapeutas ocupacionales
EU-OSHA: Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo	T.S.: Trabajadores sociales
EWCS: European Working Condition Survey	TEIQue: Trait Emotional Intelligence Questionnaire
gl: grados de libertad	TI: Título
HBS: Escala de Desesperanza de Beck o Beck Hopelessness Scale	TMMS: Trait Meta Mood Scale
IEP: Inteligencia Emocional Percibida	UWES: Utrecht Work Engagement Scale
IER: Inteligencia Emocional Rasgo	VIF: Factores de Inflación de la Varianza
INSHT: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo	VIG: Vigor (subdimensión de engagement)
	WLEIS: Wong and Law's Emotional Intelligence Scale
	α : Alpha de Cronbach

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Clasificación de factores de riesgo psicosocial en el trabajo</i>	22
Tabla 2. <i>Estudios de desesperanza y variables descriptivas</i>	49
Tabla 3. <i>Resumen de validez de criterio de tanto IE capacidad como IE rasgo de acuerdo a metaanálisis</i>	63
Tabla 4. <i>Términos de búsqueda (RS-I)</i>	80
Tabla 5. <i>Términos de búsqueda (RS-II)</i>	86
Tabla 6. <i>Términos encontrados en cada subcategoría de inclusión emocional</i>	91
Tabla 7. <i>Características de la personalidad deseables e indeseables para los profesionales de salud mental comunitaria</i>	116
Tabla 8. <i>Estadísticos descriptivos</i>	136
Tabla 9. <i>Pruebas de normalidad de las variables estudiadas</i>	143
Tabla 10. <i>Comparación de puntuaciones de IER y sus factores con estudios previos</i>	144
Tabla 11. <i>Comparación de puntuaciones de ENG y sus factores con estudios previos</i>	144
Tabla 12. <i>Comparación de puntuaciones de DES con estudios previos</i>	144
Tabla 13. <i>Diferencias de medias en función del sexo. Prueba t.</i>	145
Tabla 14. <i>Diferencias de medias en función de la edad. ANOVA de un factor</i>	146
Tabla 15. <i>Media (desviación típica), y diferencia de medias (ANOVA) entre roles profesionales</i>	147
Tabla 16. <i>Análisis Post-Hoc Games-Howell y tamaños del efecto</i>	148
Tabla 17. <i>Correlaciones entre las variables estudiadas</i>	153
Tabla 18. <i>Estudio de validez "criterial" (predictiva): Regresiones lineales de inteligencia emocional rasgo y engagement (vv. predictoras) sobre desesperanza (v. criterio)</i>	154
Tabla 19. <i>Estudio de validez "criterial" (predictiva): Regresiones lineales de las subdimensiones de inteligencia emocional rasgo y de engagement (vv. predictoras) sobre desesperanza (v. criterio)</i>	155
Tabla 20. <i>Resumen del modelo de regresión jerárquica: bienestar y dedicación como predictores de desesperanza</i>	156
Tabla 21. <i>Variables excluidas en regresión jerárquica en cada paso</i>	157
Tabla 22. <i>Índices de ajuste del modelo SEM 1: IER como factor protector de Salud Laboral</i>	158
Tabla 23. <i>Índices de ajuste del modelo SEM 2: IER como factor predictor de ENG</i>	160

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>La salud laboral como ámbito que conecta de manera específica la salud pública y el sistema de seguridad social en el contexto de las políticas del Estado del bienestar.</i>	11
Figura 2. <i>Análisis del coste de las Enfermedades No Transmisibles según el tipo de enfermedad, basado en el modelo EPIC.</i>	18
Figura 3. <i>Doble vía de daños a la salud laboral por factores psicosociales</i>	25
Figura 4. <i>Respuestas del organismo ante el estrés</i>	26
Figura 5. <i>Modelo de enfoque integrado de protección y promoción de la seguridad y salud laboral</i>	31
Figura 6. <i>Visión bidimensional del bienestar subjetivo organizacional</i>	39
Figura 7. <i>Modelo de demandas-recursos laborales</i>	41
Figura 8. <i>Teoría interpersonal-psicológica del suicidio</i>	53
Figura 9. <i>Modelo circular de la inteligencia emocional.</i>	61
Figura 10. <i>Diagrama de flujo del proceso de revisión según PRISMA (RS-I).</i>	81
Figura 11. <i>Resultados de la búsqueda RS-I</i>	82
Figura 12. <i>Diagrama de flujo del proceso de revisión según PRISMA (RS-II)</i>	87
Figura 13. <i>Clasificación del total de artículos de la búsqueda según el proceso PRISMA.</i>	88
Figura 14. <i>Clasificación de artículos aceptados en la revisión por tipo de artículo</i>	92
Figura 15. <i>Clasificación de artículos aceptados en la revisión por tipo de intervención</i>	93
Figura 16. <i>Clasificación de artículos aceptados en la revisión por tema de salud.</i>	93
Figura 17. <i>Clasificación de artículos aceptados según inclusión emocional</i>	94
Figura 18. <i>Recursos de la Red de Atención Social de la Comunidad de Madrid y su relación con los recursos sanitarios y comunitarios.</i>	122
Figura 19. <i>Hipótesis 1 del estudio inferencial de la investigación</i>	130
Figura 20. <i>Hipótesis 2 del estudio inferencial de la investigación</i>	130
Figura 21. <i>Hipótesis 3 del estudio inferencial de la investigación</i>	131
Figura 22. <i>Distribución de edad</i>	132
Figura 23. <i>Distribución de edad por cuartiles</i>	133
Figura 24. <i>Distribución de roles profesionales</i>	133
Figura 25. <i>Distribución de puntuaciones de IER y sus factores respecto a la media de la muestra.</i>	140
Figura 26. <i>Distribución de puntuaciones de IER y sus factores respecto a puntuaciones totales</i>	140
Figura 27. <i>Distribución de puntuaciones de ENG y sus factores respecto a la media de la muestra.</i>	141

Figura 28. <i>Distribución de puntuaciones de ENG y sus factores respecto a puntuaciones totales.</i>	141
Figura 29. <i>Distribución de puntuaciones de DES respecto a la media de la muestra.</i>	142
Figura 30. <i>Distribución de puntuaciones de DES respecto a puntuaciones totales.</i>	142
Figura 31. <i>Modelo 1 de SEM: IER como factor protector de Salud Laboral</i>	158
Figura 32. <i>Modelo 2 de SEM: IER como factor predictor de ENG</i>	159

RESUMEN

Objetivos: Este trabajo de investigación consta de tres objetivos generales. En primer lugar, conocer la situación de los profesionales de la Red de Atención Social de la Comunidad de Madrid respecto a tres variables relativas a factores psicosociales de salud laboral: inteligencia emocional, engagement y desesperanza. En segundo lugar, analizar las interrelaciones existentes entre estas variables, a través de análisis de datos y en función de variables sociodemográficas. Por último, valorar la educación emocional como estrategia adecuada para la mejora de prevención y promoción de la salud laboral de estos profesionales.

Enfoque: En la primera parte, se expone mediante una amplia revisión de la literatura científica el estado de la cuestión respecto a las variables objeto de estudio, la salud laboral y los factores que influyen en esta, y la situación y características de los profesionales participantes en el estudio. Se analiza también el papel de la educación emocional en la educación para la salud, para lo que se incluyen dos revisiones sistemáticas que dejan constancia de su escasa consideración hasta la fecha. Posteriormente, se plantea en la segunda parte el estudio empírico realizado para la recogida de datos de la muestra de profesionales (n=278), analizando los resultados obtenidos en base a las distintas hipótesis planteadas. Finalmente se extraen las conclusiones derivadas de todo el proceso de investigación, así como implicaciones, limitaciones y posibles futuras líneas de investigación.

Resultados: La evidencia científica demuestra fehacientemente la relevancia de los factores psicosociales y los recursos personales en relación con la salud. En este sentido, engagement, desesperanza, y, en especial, inteligencia emocional, se postulan como interesantes factores a tener en cuenta para los modelos de bienestar y salud, entre los cuales la salud laboral tiene un papel destacado. En este ámbito, es aún más interesante valorar qué trabajos por sus características propias pueden poner en riesgo la salud psicosocial de los trabajadores, como es el caso de los profesionales de la Red de Atención Social de Madrid, y así valorar qué factores se pueden tener en cuenta como protectores o de riesgo. Tras el análisis de las variables objeto de estudio en este sentido, se hallaron diferencias entre roles profesionales para inteligencia emocional, engagement y desesperanza, que ponen de manifiesto que, pese a que los participantes del estudio se sitúan dentro de la normalidad, los educadores sociales parecen tener un factor de vulnerabilidad respecto a sus compañeros, que puede repercutir en su salud. Asimismo, se concluye que la inteligencia emocional se constata como un valioso recurso personal, predictor de engagement y protector ante desesperanza, cuya relevancia debe tenerse en cuenta en los modelos teóricos y prácticos para la mejora del bienestar y el desarrollo personal. Por último, destacamos la educación emocional para la salud como una estrategia viable y adecuada, no sólo para la mejora de la salud laboral de los profesionales de la Red de Atención Social, si no para la optimización de la educación para la salud general, desde la salud pública.

Implicaciones prácticas: Se proponen estrategias relativas a la inclusión de la educación emocional en las estrategias de educación para la salud laboral a todos los niveles, para disminuir las diferencias encontradas entre roles profesionales entre los participantes del estudio, así como posibles líneas futuras de investigación en la materia.

Implicaciones de la investigación: Las conclusiones derivadas de esta investigación ponen de manifiesto la necesidad no cubierta aún de la puesta en marcha de estrategias de educación para la salud que tengan en cuenta los recursos psicosociales avalados por la evidencia científica para la mejora del bienestar y la salud de todas las personas en general, y de los profesionales de la Red de Atención Social en particular.

Originalidad/valor: Hasta la fecha ningún estudio previo había analizado las interrelaciones entre inteligencia emocional, engagement, desesperanza y su relación con la salud laboral, en los profesionales de la Red de Atención Social de Madrid.

Palabras clave: educación emocional, salud laboral, profesionales de atención social, inteligencia emocional, engagement, desesperanza, educación para la salud, Red de Atención Social de Madrid

Carácter de la investigación: Teórica y Empírica.

ABSTRACT

Objectives: This research consists of three general objectives. In the first place, to know the situation of the professionals of the Social Care Network of the Community of Madrid regarding three variables related to psychosocial factors of occupational health: emotional intelligence, engagement and hopelessness. Secondly, to analyse the interrelationships between these variables, through data analysis and based on sociodemographic variables. Lastly, assess emotional education as an appropriate strategy for improving prevention and occupational health promotion for these professionals.

Approach: In the first part, the state of the issue regarding the variables under study, about occupational health and the factors that influence it, and the situation and characteristics of the participating professionals in the study, are exposed through a comprehensive review of the scientific literature. The role of emotional education in health education is also analysed, for which two systematic reviews are included, which show its scarce consideration to date. Subsequently, the second part presents the empirical study carried out to collect data from the sample of professionals ($n = 278$), analysing the results obtained based on the different hypotheses proposed. Finally, the conclusions derived from the entire research process are extracted, as well as implications, limitations and possible future lines of research.

Results: Scientific evidence conclusively demonstrates the relevance of psychosocial factors and personal resources in relation to health. In this sense, engagement, hopelessness, and especially emotional intelligence, are strongly proposed as interesting factors to take into account for models of well-being and health, among which occupational health has a prominent role. In this area, it is even more interesting to assess which jobs, due to their own characteristics, may put the psychosocial health of workers at risk, as is the case of professionals from the Madrid Social Care Network, and thus assess what factors may be involved. considered as protective or risk factors. After the analysis of the variables, differences were found between professional roles for emotional intelligence, engagement and hopelessness, which show that, despite the fact that the study participants stay within normality, social educators seem to have a vulnerability factor unlike their peers, which can affect their health. Likewise, it is concluded that emotional intelligence is verified as a valuable personal resource, predictor of engagement and protector against hopelessness, which must be taken into account in theoretical and practical models for the improvement of well-being and personal development. Finally, we highlight emotional health education as a viable and appropriate strategy, not only for the improvement of occupational health for professionals in the Social Care Network, but also for the optimization of health education in public health.

Practical implications: Strategies regarding the inclusion of emotional education in occupational health education are proposed at any level to reduce the differences found between professional roles among study participants, as well as possible future lines of research in the matter.

Implications of the research: The conclusions derived from this research reveal the yet uncovered need for the implementation of health education strategies that take into account the psychosocial resources supported by scientific evidence for the improvement of well-being and health of all people in general, and of the professionals of the Social Care Network in particular.

Originality / value: To date, no previous study had analysed the interrelationships between emotional intelligence, engagement, hopelessness and its connection to occupational health, in the professionals of the Madrid Social Care Network.

Key words: emotional education, occupational health, social care professionals, emotional intelligence, engagement, hopelessness, health education, Madrid Social Care Network

Research character: Theoretical and Empirical.

INTRODUCCIÓN GENERAL

Motivación y finalidad del trabajo

Si algo ha dejado claro este año 2020 más que nunca, es la consciencia global de, en primer lugar, el valor que tienen para todo el conjunto de la humanidad, y, en segundo lugar, la necesidad que hay, de una buena prevención y promoción de la salud basadas en la evidencia científica. Las consecuencias de no llevarlas a cabo suponen un alto precio tanto en vidas humanas como en valores sociales y económicos, por lo que es una responsabilidad común el seguir aumentando este campo de conocimiento, y avanzar con seguridad hacia una sociedad más fuerte y preparada en todos los sentidos. Asimismo, la experiencia de confinamiento en un contexto de pandemia ha puesto de manifiesto lo significativos que son los factores psicosociales, de cara no solo al afrontamiento de situaciones difíciles, sino del mantenimiento de la salud mental y física, habiéndose multiplicado exponencialmente las guías, manuales y consejos para dominar el estrés, facilitar la conciliación laboral y familiar, o aprender a gestionar el miedo y la ansiedad entre otros. Sin embargo, la evidencia de que los factores psicosociales afectan de manera inequívoca a nuestra salud, y que pueden ser favorecidos y desarrollados mediante estrategias adecuadas, existe desde mucho tiempo antes de que el COVID-19 irrumpiera en nuestras vidas, solo que no ha recibido tanta atención como debería.

En este sentido, y bajo la perspectiva de una salud integral que abarca todos los aspectos del ser humano, la investigación de este trabajo avanza en la comprensión del papel que tienen ciertos factores psicosociales sobre ésta, escogidos por su amplia validez y relevancia en la actualidad científica. Tanto la inteligencia emocional como la desesperanza son factores cuya trayectoria en la investigación ha demostrado que pueden aportar información muy valiosa relacionada con la salud. Asimismo, y centrando en el contexto laboral donde se ha desarrollado esta investigación, el engagement se ha postulado en los últimos años también como un relevante indicador relacionado con bienestar.

En conjunto, la hipótesis de esta investigación partió de contrastar con la realidad las interrelaciones existentes a nivel teórico entre estos factores, así como sus efectos sobre la salud, con el objetivo de ampliar el campo de conocimiento, pero también de valorar qué posibles estrategias desarrolladas en torno a éstos pudieran ser un recurso de prevención y promoción de la salud laboral. De este modo, se pretende dar un argumento más para la valoración de la educación emocional, cuya efectividad ha quedado demostrada en el ámbito escolar, como estrategia válida para la prevención de pérdida de salud y la mejora del bienestar general en el ámbito laboral.

Finalmente, este estudio se centró en los profesionales de la Red de Atención Social de Madrid, que atiende a personas diagnosticadas de trastorno mental grave, los cuales pueden verse beneficiados de los resultados de esta investigación, puesto que se trata de un colectivo vulnerable a la aparición de patologías psicológicas o psicosomáticas por las propias condiciones de su trabajo, con lo que la mejora de las estrategias de prevención y de promoción de la salud redundaría directamente en su beneficio. Por otro lado, esto también tendría consecuencias a nivel organizacional, puesto que la mejora de prevención y de la salud de sus trabajadores repercutiría tanto en la calidad de los servicios prestados como en variables organizacionales con efectos económicos (ausencias, bajas...etc.). Por último, los datos aquí presentados también apoyan la transformación de las instituciones educativas que forman a estos profesionales mediante la inclusión de la educación emocional para la salud, cuyas consecuencias, insistimos de nuevo, se verían reflejadas tanto en la calidad de su trabajo como en su propio bienestar.

En definitiva, este trabajo de investigación es una aportación más para facilitar todos estos cambios, en beneficio de la salud y el bienestar común, siempre con el apoyo de la evidencia científica, pero con un enfoque eminentemente práctico para facilitar su aplicación en la realidad.

Organización y estructura del trabajo

Esta tesis doctoral se divide principalmente en dos partes: la primera, compuesta de los capítulos primero, segundo y tercero, y que recoge la fundamentación teórica y el análisis del estado de la cuestión que nos ocupa; y la segunda, del capítulo cuarto al sexto, en los que se expone detalladamente la investigación empírica desarrollada para contrastar las hipótesis.

El primer capítulo comienza con una revisión de aquellos factores derivados del ámbito laboral que se relacionan con la salud de algún modo, haciendo un especial hincapié en los factores psicosociales y la salud mental. Asimismo, se presentan las investigaciones que a lo largo de décadas han caracterizado al engagement y la desesperanza como factores relacionados con el bienestar, y por tanto les caracteriza como factor protector y de riesgo respectivamente.

En el segundo capítulo, se recogen las evidencias que han situado a la inteligencia emocional en el foco de la atención investigadora en los últimos años, repasando también su relación con el engagement y la desesperanza. Asimismo, se analiza el valor que se da a la salud emocional, y el papel de la educación emocional en la educación para la salud, para lo que se aportan dos revisiones sistemáticas de la literatura científica.

Para finalizar la primera parte, se describe en el tercer capítulo el contexto tanto a nivel global como específico, que rodea a los profesionales de la Red de Atención Social de la Comunidad de Madrid, sobre quienes se ha dirigido el estudio empírico. Se analizan los factores que delimitan la particularidad de su profesión, así como los riesgos que se derivan del ejercicio de la misma.

La segunda parte comienza con el cuarto capítulo, en el que se detallan los objetivos e hipótesis de la investigación, así como el método llevado a cabo en la misma en lo referente a muestra, variables e instrumentos, procedimiento y plan de análisis de datos.

A continuación, se presentan los resultados en el capítulo quinto, diferenciando entre los dos estudios llevados a cabo (descriptivo e inferencial) y completándose con la discusión de los mismos.

Por último, en el sexto capítulo se presentan las conclusiones derivadas del proceso de investigación, tanto teórico como empírico, así como las implicaciones, las limitaciones y las posibles futuras líneas de investigación.

PRIMERA PARTE

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO 1. ENGAGEMENT Y DESESPERANZA COMO FACTORES PSICOSOCIALES EN SALUD LABORAL

Índice del capítulo

1.1. Salud Laboral

1.1.1.El impacto de los determinantes de la salud sobre el trabajo

1.1.2.El impacto de los factores laborales sobre la salud

1.1.3.Salud mental y trabajo

1.1.4.Los riesgos psicosociales

1.1.4.1. Estrés y *burnout* o Síndrome de estar Quemado con el Trabajo

1.1.4.2. Trabajo emocional

1.1.5.Gestión de la salud laboral: Prevención de riesgos laborales y Promoción de la salud.

1.2. El engagement como factor protector

1.2.1. Engagement y *burnout*

1.2.2. Engagement y su relación con otras variables

1.3. La desesperanza como factor de riesgo

1.3.1.Desesperanza, depresión y suicidio

1.3.2.Desesperanza y su relación con otras variables

ENGAGEMENT Y DESESPERANZA COMO FACTORES PSICOSOCIALES EN SALUD LABORAL

RESUMEN

Objetivos: En este primer capítulo de la Tesis se trata de ofrecer una visión global de los múltiples factores relacionados con la salud laboral, analizando especialmente el engagement y la desesperanza.

Enfoque: El primer epígrafe del capítulo está dedicado a recoger los diversos estudios y estadísticas que de manera global ponen de manifiesto la relación entre los factores laborales y la salud de los trabajadores, con las consecuencias a distintos niveles (económicos, sociales, organizacionales...etc.) que esto supone. Se hace un especial hincapié en el ámbito de la salud mental y los riesgos psicosociales, cuyo reconocimiento en este ámbito es menor con respecto a los factores físicos, mencionando los trastornos de estrés y el síndrome de *burnout*, y el concepto de trabajo emocional tan presente en los trabajos del tercer sector. Por último, se revisan y analizan los constructos de engagement y desesperanza como factores psicosociales relacionados con la salud, desde la perspectiva de factor protector y factor de riesgo respectivamente.

Resultados: La influencia de los factores relacionados con el trabajo sobre el estado de salud de los trabajadores está ampliamente demostrada, debiéndose tomar medidas desde las administraciones y las organizaciones para prevenir los riesgos y promover la salud general. Sin embargo, esto es algo aún infrecuente en relación a los riesgos psicosociales y la salud mental, a pesar del importante peso que tienen a día de hoy trastornos como la ansiedad o la depresión. Por lo tanto, es necesaria la investigación acerca de factores protectores y factores de riesgo en el ámbito laboral, que aporten mayores evidencias científicas en este ámbito, y que apoyen la línea de la prevención sobre la de la intervención. En este sentido, el engagement se ha posicionado como un importante factor relacionado con la salud y el bienestar de los trabajadores, y merece ser tenido en cuenta en las estrategias de prevención y promoción de la salud. Entre los factores de riesgo, la desesperanza ha demostrado estar ligada a la depresión y más concretamente al suicidio, cuyas cifras de prevalencia actual son muy elevadas, así como otras variables relacionadas con el malestar, y por tanto puede ser un indicador relevante a la hora de evaluar el estado de salud de los trabajadores en el ámbito laboral y elaborar estrategias de prevención.

Implicaciones prácticas: Situar en el contexto global de la salud laboral los factores psicosociales, y la necesidad de la investigación acerca de variables de este tipo tanto protectoras como de riesgo, para la elaboración de estrategias de mejora del bienestar de los trabajadores.

Implicaciones de la investigación: Este capítulo recoge la primera panorámica del estado de la cuestión, analizando dos de las tres variables sobre las que se desarrollará el estudio empírico de esta tesis.

Originalidad/valor: Se hace una revisión de un gran número de estudios llevados a cabo tanto a nivel internacional como nacional sobre los efectos de los factores laborales en la salud, ofreciendo un contexto global con datos estadísticos actualizados, así como con las evidencias científicas existentes a día de hoy sobre el tema. Asimismo, se hace una revisión tanto teórica como de investigaciones experimentales llevadas a cabo acerca del engagement y la desesperanza, desde su conceptualización inicial hasta la actualidad, esclareciendo su validez como factores relacionados con la salud, así como las críticas que han recibido al respecto.

Palabras clave: salud laboral, salud mental, riesgos psicosociales, engagement, desesperanza.

Carácter de la investigación: Teórica.

1.1 Salud laboral

En 1948 la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) expuso su definición de salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. Esta nueva conceptualización supuso un cambio respecto al modelo anterior de salud negativa, surgiendo nuevos modelos que consideran los aspectos psíquicos y sociales a la altura de los físicos (Juárez, 2011). Este nuevo enfoque implica repensar desde los diagnósticos hasta las estrategias de tratamiento y prevención, pues muchos más factores entran en juego y ponen en relieve, además, que la delimitación de los trastornos psicosociales depende en gran medida de lo que es esperado de los individuos en cada cultura. A partir de este momento pues, se otorgó fuerza a la visión de que la salud del ser humano es algo indivisible, y que solo desde una perspectiva holística se puede lograr el auténtico bienestar, lo que ha ido siendo ratificado por las directrices de la OMS y otros organismos internacionales. Prueba de ello son los importantes documentos elaborados para establecer vías de actuación en materia de promoción de la salud como la Declaración de Alma Ata (1978), la Carta de Ottawa (1986) o la declaración de Yakarta (1997), que recogen esta definición de salud considerándola un derecho humano básico, lo que “supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo”(OMS, 1998) .

Nos encontramos pues ante un modelo que sitúa a la salud como un derecho fundamental, que como tal debe ser protegido por el estado, el cual debe llevar a cabo las acciones pertinentes para la consecución de este objetivo. En España este derecho está recogido en el artículo 43 de la Constitución, y queda regulado por la Ley General de Salud Pública (33/2011) en la que se define ésta como:

el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones Públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad, así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales. (art. 1 LGSP, de 4 de octubre)

Por tanto, en línea con las directrices de la OMS, se establece en esta ley el deber de las administraciones de crear y promover entornos que favorezcan estilos de vida saludables en todos los ámbitos, lo que cobra una especial relevancia en el mundo laboral por su repercusión económica y social. El mundo gira en torno al trabajo, motor que mantiene los sistemas

económicos y sociales en funcionamiento, requiriendo una inversión de tiempo y esfuerzo muy grandes por parte de cada trabajador. Concretamente, implica un tercio del tiempo de nuestras vidas, y además de proporcionar un sustento económico a través de la producción, tiene un papel muy importante en la generación de un rol e identidad propios (Vargas, 2012). El trabajo puede ser, por tanto, fuente de autorrealización o de graves trastornos, según las características propias del mismo, de las personas que lo realizan, y de factores contextuales y sociales. Su impacto en la vida de las personas es tan relevante como complejo, lo que debe inducir a buscar un equilibrio que no solo no perjudique la salud de los empleados, sino que además favorezca su salud general.

Un ejemplo de ello es el programa estadounidense *Total Worker Health*, que pone de manifiesto la necesidad de empoderar a las personas para gestionar su propia salud, a la vez que enfatiza que deben ser tenidos en cuenta también aquellos factores que no dependen de ellas mismas, entendiendo la promoción de la salud y la prevención de riesgos desde un enfoque unitario (Benavides et al., 2018). Queda reflejado en este programa que la capacidad de trabajar se ve afectada tanto por factores laborales como extralaborales, y por ello se tienen en cuenta todos aquellos elementos relacionados con la salud, incluyendo: el control de riesgos y exposición a los mismos; la organización del trabajo; indemnizaciones y prestaciones; mantenimiento y soporte del entorno; estilos de liderazgo; cambios en la demografía de la fuerza laboral; cuestiones políticas, y el apoyo comunitario (The National Institute of Occupational Safety and Health, 2018).

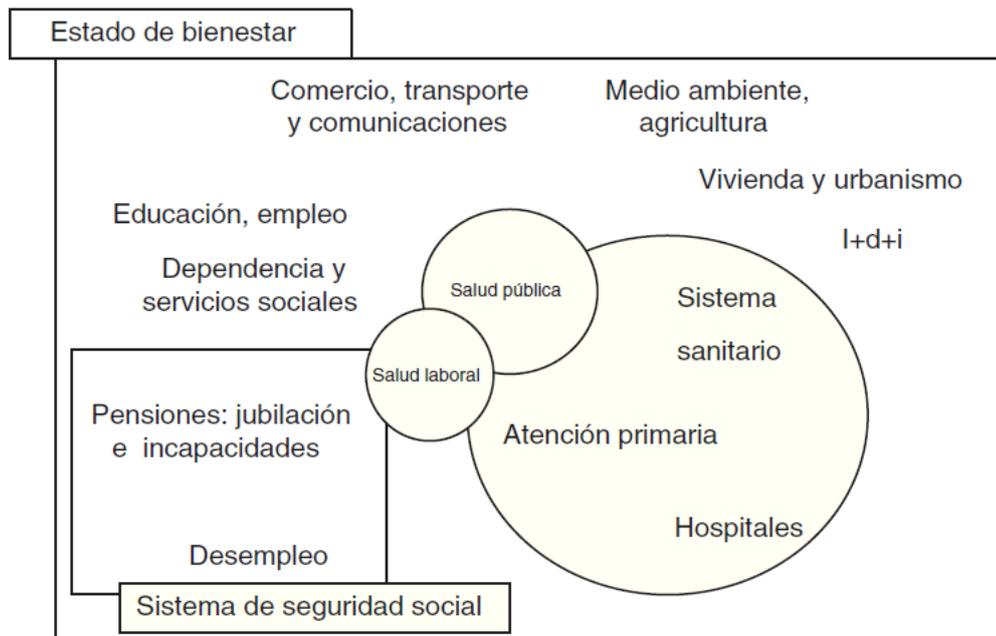
Es necesario, por tanto, hacer frente a los factores físicos, psíquicos, y sociales relativos al trabajo tanto dentro como fuera del entorno laboral, lo que conforma un área de actuación donde confluyen varios agentes y organismos de carácter público y privado. En el caso de España, deben coordinarse pues, empresas, mutuas, Seguridad Social y Sistema Nacional de Salud, para conseguir el objetivo de “que las personas disfruten de una saludable y prolongada vida laboral” (Benavides et al., 2018). Esta coordinación se hace posible a través del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), dependiente del actual Ministerio de Trabajo y Economía Social, el cual vela porque cada agente desarrolle las medidas necesarias en su ámbito, tanto previniendo enfermedades y lesiones, como promoviendo la salud en el contexto ocupacional. En la Ley General de Salud Pública (33/2011) también se dedica un apartado a la salud laboral, la cual:

tiene por objeto conseguir el más alto grado de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores en relación con las características y riesgos derivados del lugar de trabajo, el ambiente laboral y la influencia de éste en su entorno, promoviendo aspectos preventivos,

de diagnóstico, de tratamiento, de adaptación y rehabilitación de la patología producida o relacionada con el trabajo. (art. 32 LGSP, de 4 de octubre)

Un importante hito en cuanto a la regulación de la salud laboral en nuestro país fue la aprobación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (31/1995), la cual impone a las empresas el deber de prevenir los riesgos que de sus actividades económicas se deriven, y que conllevó a la puesta en marcha de acciones para mejorar las condiciones de trabajo. Pero la salud de los trabajadores, como hemos indicado, no depende solo de los factores de riesgo laborales y tiene consecuencias más allá del empleo, por lo que también en nuestro país se contemplan otros mecanismos de protección, como por ejemplo la compensación económica, recogidos en la Ley General de Sanidad (14/1986) y la Ley General de Seguridad Social (8/2015). Este marco normativo y jurídico enmarca según Benavides et al. (2018) el “espacio singular que ocupa la salud laboral entre estos tres grandes sistemas del Estado del bienestar: seguridad social, prevención de riesgos laborales (o seguridad y salud en el trabajo) y sistema sanitario”. Según estos mismos autores, este sistema de Estado del Bienestar lleva a cabo una serie de políticas en relación a los determinantes de salud, entre las cuales se sitúa la salud laboral haciendo de conexión entre la seguridad social y la salud pública (figura 1).

Figura 1. La salud laboral como ámbito que conecta de manera específica la salud pública y el sistema de seguridad social en el contexto de las políticas del Estado del bienestar.



Fuente: Benavides et al. (2018)

Es menester, por tanto, analizar el papel de la salud laboral desde dos perspectivas: la primera tratando de vislumbrar cómo los determinantes en salud afectan a la población activa y por tanto a la producción; y la segunda considerando al trabajo como generador o agravante de enfermedad por sus condiciones intrínsecas, las cuales pueden y deben ser estudiadas.

1.1.1 El impacto de los determinantes de salud sobre el trabajo

La investigación en las últimas décadas ha ido proporcionando datos sobre el impacto de la salud en el trabajo y viceversa, por su interés tanto social y humano, como por sus importantes consecuencias económicas. Si prestamos atención en primer lugar al efecto de las enfermedades sobre la capacidad de trabajar, nos encontramos con un gran desafío en la actualidad en lo que se refiere a las enfermedades no transmisibles. En 2011 un prestigioso estudio de la Universidad de Harvard y el Foro Económico Mundial dio cuenta del gasto que suponían y se calculaba iban a suponer las 5 enfermedades no transmisibles con mayor mortalidad y morbilidad (enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes y enfermedades mentales), revelando que se estimaba perder trillones de dólares hasta el año 2030, adquiriendo este coste una tendencia incremental cada vez mayor (Bloom et al., 2011). El gasto se debe entre otros motivos a la mortalidad y los años de vida perdidos en consecuencia, ya que las enfermedades no transmisibles representan más del 60% de las muertes a nivel mundial, implicando la salida del mercado laboral antes de tiempo de 12.2 millones de personas cada año, sobre todo en países en desarrollo, según datos de la OMS (2017a).

Otro factor problemático relativo a estas enfermedades tiene que ver con la generación de discapacidad y los graves efectos de la cronicidad, los cuales requieren una gran inversión tanto económica como de recursos para prestaciones y cuidados, además de dificultar enormemente la disposición de trabajar de un gran número de personas. Esto es especialmente importante en ciertos colectivos que pueden ser más vulnerables, como las personas de más edad o las personas con menos acceso a recursos sanitarios. Las investigaciones han dado cuenta de esto, observándose en un estudio realizado en Europa con población entre 50 y 63 años que la presencia de una enfermedad crónica es un factor de riesgo para dejar de trabajar, tanto por la generación de discapacidad como por la dificultad de conseguir y mantener el empleo, lo que puede obligar a la jubilación antes de tiempo de muchas personas (van den Berg et al., 2010). También en esta línea, otro estudio longitudinal llevado a cabo durante 5 años en 11 países europeos reveló que la poca salud percibida y las desigualdades socioeconómicas en salud son un importante factor en contra a la hora de conseguir y mantener el trabajo (Burdorf, 2012; Schuring et al., 2007).

En nuestro país la cifra de personas que dejan de trabajar antes de los 65 años por un problema de salud que genera una incapacidad permanente se sitúa en aproximadamente 90.000 al año, siendo el tramo de personas de edades comprendidas entre 55 y 65 años el más numeroso, probablemente por su mayor riesgo a padecer enfermedades crónicas (Duran et al., 2012). También en las cifras sobre siniestralidad laboral se observa el peso de estas enfermedades, siendo las patologías no traumáticas como infartos o derrames las que constituyen la principal causa de mortalidad relativa a accidentes de trabajo, sobre todo en los trabajadores de mayor edad (INSST, 2018). Esto genera, además de consecuencias económicas significativas, una pérdida humana y social incalculable, por lo que es indispensable el estudio de los factores que puedan mejorar esta situación, así como la puesta en marcha de acciones que conlleven a ello. En este sentido, la salud laboral tiene el potencial de ayudar a reducir la carga que tienen las enfermedades no transmisibles sobre la población, como herramienta de prevención primaria y secundaria (Fischer et al., 2012).

Los factores contextuales y sociales también ejercen su influencia en la salud, y por ende en el ámbito ocupacional. Desde mediados del siglo pasado se han sucedido una serie de acontecimientos que han modificado el mercado laboral y las características de los empleos, como por ejemplo el aumento del uso de la tecnología, las subcontrataciones y externalizaciones debidas a la globalización, o el incremento de los contratos temporales. A finales del siglo XX, el análisis de la literatura científica de Sparks, Faragher y Cooper (2001) buscaba comprender los efectos que estos cambios estaban produciendo en relación a cuatro variables relacionadas con la salud en el trabajo: la inseguridad laboral, las horas de trabajo, el control sobre el trabajo y los estilos directivos. Este estudio ya destacaba dos factores que seguirían adquiriendo protagonismo durante el siglo XXI, inseguridad laboral y horas trabajadas, las cuales han aumentado su presencia a partir de que en el año 2007 comenzara la gran crisis económica, cuyas repercusiones en cuanto a la destrucción de empleos y a la precarización de los sobrevivientes siguen siendo patentes a día de hoy.

En España en el año 2015, el 23% de los trabajadores habían sufrido un aumento del número de horas trabajadas a la semana, y el 22% consideraban posible perder su trabajo en los siguientes seis meses, un 8% más que en 2005 (INSHT, 2017). Estos factores tienen una gran repercusión en la salud de los trabajadores, y de hecho fueron identificados como factores de riesgo nuevos y emergentes en un estudio Delphi llevado a cabo por la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo (EU-OSHA) en 2007, junto a otros relacionados con la precariedad del empleo, como las nuevas formas de contratación, o el envejecimiento de la población y la intensificación del trabajo (Collantes Ibáñez, 2012).

El análisis de Sparks et al. (2001) aglutinó las evidencias que demostraban que la inseguridad en el trabajo, que era ya creciente a finales del siglo XX, es un factor que perjudica

el bienestar de los trabajadores (Burchell et al., 1999; Vahtera et al., 1997), los cuales presentan peores tasas de salud autopercebida, mayor estrés y un mayor consumo de medicamentos (Sparks et al., 2001). La inseguridad en el trabajo se puede deber a las nuevas formas de contratación temporales y precarias, las cuales se han observado tienen efectos negativos sobre la salud en lo que se refiere a lesiones y enfermedades (Benach et al., 2004; Lewchuk et al., 2003) y a mortalidad de los trabajadores (Nylen et al., 2001).

Las reestructuraciones llevadas a cabo en las empresas debido a la crisis económica también han generado importantes efectos en la salud de los trabajadores, siendo la inseguridad en el trabajo uno de los factores mediadores más importantes (Collantes Ibáñez, 2012). Tanto los trabajadores afectados por la pérdida de su empleo como los sobrevivientes experimentan deterioro en su salud (Vahtera et al., 2004), habiéndose observado, en concreto, una correlación significativa entre inseguridad laboral y salud mental de $r=-0.24$ en el metaanálisis de Sverke, Hellgren, & Näswall (2002). Estudios más recientes como el de Griep et al. (2015) continúan confirmando los perjudiciales efectos de la inseguridad laboral y el desempleo, sobre todo a largo plazo, relacionándose con peor salud percibida, mayor insatisfacción con la vida, y mayores quejas psicológicas y somáticas.

Otro factor que va en perjuicio de los profesionales es la ampliación de la jornada laboral, la cual puede ser consecuencia de la precarización del empleo y la disminución de los salarios, haciendo que las personas deban realizar más horas de trabajo para lograr el mismo nivel de ingresos (Bosch, 1999). El aumento de la jornada laboral está ligado a un mayor riesgo de sufrir infartos de miocardio (Sokejima y Kagamimori, 1998) y a una mayor tendencia a tener hábitos de vida no saludables, como fumar, no llevar una dieta equilibrada o no realizar ejercicio (Maruyama et al., 1995). Esto no es solo importante para los trabajadores, que ven su salud mermada debido a los factores sociales que empeoran las condiciones del empleo, sino también para las empresas, que como consecuencia ven sus tasas de absentismo elevarse y sufren repercusiones económicas (Sparks et al., 2001).

A pesar de la evidencia de estos estudios, debemos mencionar, sin embargo, que los efectos de los períodos de recesión sobre la salud han generado mucha controversia entre los autores, pudiendo encontrar en la literatura estudios que presentan evidencias en ambos sentidos, tanto beneficiosos (sobre todo en relación a cifras de mortalidad) como negativos. Esto queda de manifiesto en el análisis de la literatura de Bacigalupe, Shahidi, Muntaner, Martin y Borrell (2016), cuyo objetivo fue comparar los efectos de la crisis sobre la salud en Grecia, España e Islandia. Estos autores apuntan a que las contradicciones encontradas en las investigaciones se pueden deber a la capacidad que tienen los complejos factores sociales y políticos de cada país a la hora de amortiguar en mayor o menor medida los efectos de la recesión económica, y por tanto

no se deben extraer conclusiones simplistas que establezcan relaciones causales directas entre crisis y salud.

Por otro lado, en referencia a las investigaciones presentes en nuestro país parece haber un consenso de que la crisis económica ha tenido repercusiones negativas, al menos en lo que a la salud mental se refiere. Un ejemplo de ello es el informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) de 2014, cuyo objetivo entre otros fue el de analizar el impacto de la crisis en la salud en España, considerando comportamientos, desigualdades y determinantes de la salud entre los años 2009 y 2012 (Cortès-Franch y López-Valcárcel, 2014). Los datos reflejan un aumento significativo de los trastornos mentales más frecuentes: depresión mayor (19.4%), distimia (10.8%), trastornos de ansiedad generalizada (8.4%), crisis de angustia (6.4%), trastornos somatomorfos (7.2%), dependencia del alcohol (4.6%) y abuso del alcohol (2.4%) (Gili et al., 2014). Unido a esto se observó también un aumento de aproximadamente un 4% en el consumo de psicofármacos en este período, siendo especialmente llamativo el aumento del uso de antidepresivos que se elevó hasta un 10%.

Además de los preocupantes datos relativos al aumento de la prevalencia de los trastornos mentales, lo más relevante en este estudio es que el desempleo se sitúa como principal factor de riesgo de desarrollo de estas patologías, lo que va en la línea con los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud de 2017, en la que se reflejó que las personas en situación de desempleo tienen el doble de prevalencia de depresión y ansiedad crónica que las que están trabajando: 7.9% frente a 3.1% para depresión, y 9.4% frente a 4.4% para ansiedad crónica (MSCBS, 2018). Por lo tanto, a pesar de las controversias respecto a la incidencia de los periodos de crisis en la salud, se hace patente a través de estos datos el papel tan importante que tiene el empleo respecto a la salud mental, y los perjudiciales efectos que puede tener la destrucción y precarización del mismo (Cortès-Franch y López-Valcárcel, 2014; Gili et al., 2014).

1.1.2 El impacto de los factores laborales sobre la salud

En el epígrafe anterior se han expuesto algunos factores relacionados con el trabajo que tienen consecuencias sobre la salud, desde la perspectiva del contexto económico y social que los generan, y que influyen de manera global a todas las personas y agentes sociales. La intención en este apartado es la de analizar las condiciones y características propias de cada puesto de trabajo que pueden afectar a la salud, campo de actuación principalmente de la prevención de riesgos laborales.

El aumento de la concienciación sobre la necesidad de fomentar la salud laboral tiene su cristalización en la práctica mediante la puesta en marcha de numerosos estudios por diferentes

organismos nacionales e internacionales, con el fin de recabar datos acerca de las condiciones de trabajo y sus efectos en la salud. Según la OMS (2017a), “algunos riesgos ocupacionales tales como traumatismos, ruidos, agentes carcinogénicos, partículas transportadas por el aire y riesgos ergonómicos representan una parte considerable de la carga de morbilidad derivada de enfermedades crónicas”. Su repercusión por tanto merece ser estudiada, y más si tenemos en cuenta que “en la mayoría de los países, los problemas de salud relacionados con el trabajo ocasionan pérdidas que van del 4% al 6% del PIB” (OMS, 2017a).

En nuestro país el INSST (antes conocido como Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT)) lleva a cabo de manera periódica desde 1987 la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (ENCT), en un intento de conocer las circunstancias en las que tienen que trabajar todos los ciudadanos, para llevar a cabo las acciones necesarias de mejora y promoción de la salud. En su séptima edición en 2011 esta encuesta reveló que el 86.4% de los trabajadores afirmaba que el problema de salud que les aquejaba había sido agravado o producido por el trabajo, tratándose fundamentalmente de problemas como el cansancio o agotamiento (87.3%), los trastornos musculoesqueléticos en general (87%) y el estrés, ansiedad o nerviosismo (82.1%).

También a nivel europeo contamos con los datos proporcionados por la Oficina Europea de Estadística (Eurostat), donde el 58.7% de las personas encuestadas en España en 2013 refirieron tener un problema de salud relacionado con el trabajo que conllevó una baja laboral. La encuesta más reciente sobre condiciones laborales es la 6th *European Working Condition Survey* (EWCS) llevada a cabo en 2015 por la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (Eurofound) y a la que se sumó el INSST. De esta encuesta se extrajo que el 37% de las personas creía que su trabajo afectaba a su salud de forma negativa, un 10% más que en 2010. Todos estos datos confirman la importancia del potencial de daño sobre la salud que tiene el trabajo, lo que ha sido corroborado por el estudio de la Carga Global de las Enfermedades de 2016, en el que se observó que “los factores de riesgo laborales merecen una especial atención, como causas de pérdida de productividad, ausencias frecuentes por enfermedad y su alto coste económico, ya que se encuentran entre los 10 principales factores tanto en hombres como en mujeres” (Soriano et al., 2018).

Los agentes físicos concentran el mayor número de enfermedades profesionales (82.38%), de las cuales las del aparato locomotor son las más frecuentes, seguidas de las enfermedades de la piel y de los sentidos (INSSBT, 2018). En 2011 (VII ENCT) el 77.5% de los trabajadores declaró que sentía alguna molestia física que achacaba a posturas y esfuerzos derivados del trabajo que realizaba, siendo en 2016 la lumbalgia y el dolor cervical los principales causantes de discapacidad en España, sobre todo a causa de riesgos ergonómicos ocupacionales

(Soriano et al., 2018). Los riesgos de carácter ergonómico más señalados son los movimientos repetitivos de manos o brazos y las posiciones dolorosas o fatigantes, habiendo sufrido estas últimas un aumento del 7.2% desde 2010 (INSSBT, 2018). Según la Encuesta Nacional de Salud de 2017 (MSCBS, 2018) el 38% de los trabajadores refieren que pasan la mayor parte de su actividad principal sentados, por lo tanto, esto puede ser un factor que esté influyendo en el incremento de las patologías relativas a la postura.

En lo que se refiere a siniestralidad laboral, el informe anual de accidentes de trabajo en España de 2017 reveló que desde 2014 ha habido un aumento paulatino de los accidentes laborales en todos los grandes sectores de actividad, tras un descenso continuo en los años previos (INSST, 2018). Los tipos de trabajos más frecuentes que se estaban realizando en el momento de producirse los accidentes fueron tareas de Producción, transformación, tratamiento y almacenamiento de todo tipo (33.4%). las Actividades auxiliares (23.2%), y los Servicios a las personas o a las empresas (18.5%). También es interesante resaltar que la incidencia de accidentes de trabajo en general es mucho más elevada en varones que en mujeres, sin embargo, esta tendencia se invierte en las actividades financieras y de seguros, en la educación y en las actividades sanitarias y servicios sociales (INSST, 2018).

1.1.3 Salud mental y trabajo

Es ampliamente aceptado el ya mencionado concepto holístico de salud en el que se integran los componentes biológicos, psicológicos y sociales como un todo indivisible. Sin embargo, el impacto de los trastornos mentales es tan importante en la actualidad, que se justifica la necesidad de hablar específicamente de salud mental, aunque esta no pueda considerarse al margen de las dimensiones física y social.

La OMS (2013b) define la salud mental como un “estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad”. De nuevo nos encontramos aquí con una conceptualización en positivo y no como la ausencia de trastornos, lo que también ha supuesto un cambio en la atención que se le ha prestado durante las últimas décadas, aumentándose los recursos en investigación sobre la misma.

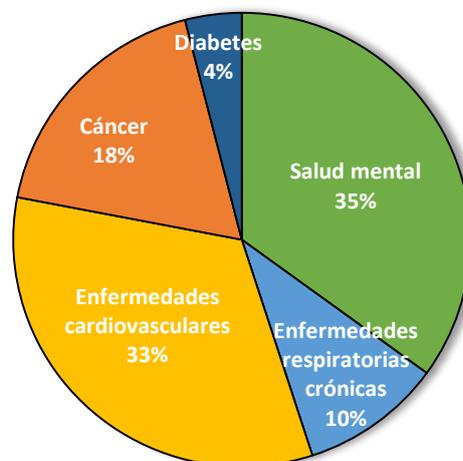
Ya en su informe sobre Salud Mental y Desarrollo de 2010, la OMS había expuesto la vulnerabilidad de las personas que sufren problemas de salud mental, las cuales son más propensas a experimentar discapacidad y a morir prematuramente en comparación con la población general, instando a la comunidad internacional a poner el foco en esta esfera (Funk et al., 2010). Este organismo ha puesto en marcha desde entonces el Programa de Acción para

Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP) y el Plan de Acción Integral en Salud Mental 2013-2020, debido a los datos recabados por numerosos estudios respecto a la incidencia de los trastornos mentales y su repercusión a nivel mundial.

La iniciativa *Grand Challenges in Global Mental Health*, financiada por el *National Institute of Mental Health (NIMH)* de Estados Unidos, y la *Global Alliance for Chronic Diseases (GACD)* de Londres, surgió con el objetivo de identificar las prioridades que en los 10 años siguientes debían ser investigadas para mejorar las vidas de las personas que sufren trastornos mentales. A través de este proyecto, se calcularon en un artículo para la revista *Nature* los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) que conllevaban los principales trastornos mentales, observándose que ascendían a millones de años en todo el mundo, especialmente en los países con menos ingresos (Collins et al., 2011). Los AVAD (*DALY* en sus siglas en inglés) son una importante medida de la carga de enfermedad, ya que aglutinan los años potenciales de vida perdidos y los años de vida vividos con discapacidad (Alvis y Valenzuela, 2010), por lo tanto, unas cifras como las halladas en este estudio implicaban la puesta en marcha de acciones inmediatas de manera global.

También el estudio ya mencionado de la Universidad de Harvard y el Foro Económico Mundial proporcionó interesantes datos respecto a la importancia de la salud mental, estimando que la proyección del gasto en trastornos de este tipo pasaría de 2.5 trillones de dólares en 2010 a 6 trillones en 2030, de los cuales dos tercios corresponderían a costes indirectos (Bloom et al., 2011). Tal es la importancia del aumento de la prevalencia de estos trastornos, que la salud mental se situó como el mayor factor de pérdida de productividad, por encima de los trastornos cardiovasculares, el cáncer o las enfermedades respiratorias crónicas (figura 2).

Figura 2. Análisis del coste de las Enfermedades No Transmisibles según el tipo de enfermedad, basado en el modelo EPIC.



Fuente: Tomado y traducido de Bloom et al. (2011)

Estudios más recientes como el de Bubonya, Cobb-Clark y Wooden (2017) han indagado en el papel de los trastornos mentales y la productividad en el trabajo, llegando a la conclusión de que las personas que sufren problemas de salud mental tienen tasas de absentismo un 5% mayores y disminuyen su productividad hasta seis veces en comparación con quienes presentan una buena salud mental. En datos de la OMS (2013a), los trastornos mentales y los trastornos ligados al consumo de sustancias causan cerca del 23% de los años perdidos por discapacidad, además de aumentar el riesgo de contraer otras enfermedades como la infección por VIH, las enfermedades cardiovasculares o la diabetes, y viceversa. La depresión es la enfermedad mental con mayor prevalencia a nivel mundial, afectando en la actualidad a más de 300 millones de personas, lo que unido a los trastornos de ansiedad cuesta a la economía mundial 1 billón de dólares anual en pérdida de productividad (OMS, 2017b).

Respecto a los datos relativos a la salud mental en España, también se ha observado un aumento de la prevalencia de los trastornos mentales y del comportamiento en los últimos años (Cortès-Franch y López-Valcárcel, 2014), siendo junto a las enfermedades cardiovasculares y circulatorias, el cáncer, y los trastornos neurológicos, una de las cuatro principales causas de AVAD (Soriano et al., 2018). La Encuesta Nacional de Salud realizada entre octubre de 2016 y octubre de 2017 reveló que una de cada diez personas mayores de 15 años había sido diagnosticada de algún problema de salud mental, posicionándose la ansiedad y la depresión como las enfermedades más frecuentes. La proporción de adultos que sufren ansiedad crónica y la de los que sufren depresión es la misma (6.7%), afectando ambos trastornos al doble de mujeres (aproximadamente un 9%) que de hombres (cerca del 4%).

Asimismo, en esta encuesta se observó que el consumo de medicamentos relativos a los trastornos mentales también se ha visto aumentado en los últimos años, siendo en la actualidad el 10.7% de la población consumidor de tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir (13.9% de las mujeres y 7.4% de los hombres), y el 4.8% de antidepresivos o estimulantes (6.7% de las mujeres y 2.7% de los hombres). Si comparamos este dato con otro también obtenido en esta encuesta de que el 5.4% de las personas refirieron haber acudido al psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra en los últimos 12 meses (6.1% de las mujeres y 4.6% de los hombres), se observa una propensión favorable hacia los tratamientos farmacológicos frente a los tratamientos psicoterapéuticos, lo que es llamativo si tenemos en cuenta que, según la OMS (2013b):

los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas

nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. (p.7)

Siendo la etiología de los trastornos mentales tan diversa y al estar influida por tantos factores, la respuesta ante ellos debe suponer un esfuerzo coordinado de las autoridades sanitarias, políticas y sociales, por lo que no debería favorecerse la medicalización como vía de solución salvo para casos en los que sea realmente necesario y esté demostrada su efectividad. De hecho, en el caso de la depresión, la propia OMS recomienda las terapias que utilizan el diálogo por encima de los antidepresivos, especialmente para la depresión leve o la depresión infantil o adolescente (OMS, 2017c). El tratamiento de los trastornos mentales debe tener en cuenta por tanto todos los factores psicosociales que puedan estar influyendo en su desarrollo, entre los cuales los relativos al empleo tienen un gran peso como demuestran los estudios científicos actuales.

El trabajo está relacionado con la salud mental y el bienestar psíquico en diversas formas, pudiendo ser un entorno que favorezca la salud de los trabajadores o que por el contrario genere problemas de salud o agrave otros previamente existentes. Sin embargo, su relación con los trastornos mentales depende de la delimitación y definición de estos, la cual ha ido variando con el tiempo por su gran carga subjetiva ligada al contexto, lo que dificulta la identificación de los mismos y las causas que los generan. Esto ha supuesto que en el ámbito laboral no se hayan tenido tanto en cuenta como las patologías físicas, no habiendo sido incluidos por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en la Lista de Enfermedades Profesionales hasta 2010.

Asimismo, la identificación de los trastornos mentales y del comportamiento depende de los manuales internacionales aceptados por la comunidad científica que rigen los criterios diagnósticos de estos en cada momento, lo que en este caso y en la actualidad se corresponde con la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS en su décima revisión (CIE-10)¹, y el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta revisión (DSM-V), elaborado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA). En estas últimas versiones se produjo un cambio respecto a las anteriores en cuanto a la consideración de estos trastornos, puesto que pasaron a tenerse en cuenta desde una visión categórica a una dimensional, lo que pone de manifiesto que la pérdida de bienestar psíquico es multicausal y gradual.

Esta nueva perspectiva obliga a prestar atención a todos aquellos factores que alteren el bienestar psíquico de algún modo, aun sin que lleguen a presentarse trastornos diagnosticables

¹ En el momento de la escritura de esta tesis ya había sido anunciada la finalización de la undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), pero aún no se había producido su entrada en vigor oficial, prevista para 2022.

por los manuales en un primer momento, puesto que los síntomas pueden ir aumentando ante la exposición a riesgos y conllevar al desarrollo de trastornos en el futuro (Portero Lazcano, 2012). Por lo tanto, es necesario desde la salud laboral hacer frente a los factores psicosociales presentes en el lugar de trabajo que ponen en riesgo el bienestar de los trabajadores, por su repercusión tanto a nivel individual, como organizacional y social.

1.1.4 Los riesgos psicosociales

Si bien el estudio de los riesgos laborales fue ganando en relevancia a lo largo del siglo pasado a través del concepto de higiene en el trabajo, los riesgos psicosociales fueron dados de lado hasta que las investigaciones sobre el estrés y sus influencias en la salud comenzaron a poner de manifiesto la relevancia de éstos en el último cuarto de siglo (Schabracq et al., 2003). Los primeros documentos oficiales que comenzaron a llamar la atención de las organizaciones y la comunidad investigadora fueron *Los Factores Psicosociales en el Trabajo: Reconocimiento y Control* (OIT, 1986) y *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud* (Kalimo et al., 1988), en los que se hace un primer intento por definir qué son los factores psicosociales relativos a la organización del trabajo, y cómo deben ser tenidos en cuenta para prevenir los riesgos que puedan poner en peligro la salud de los trabajadores (Moreno Jiménez y Báez León, 2010). La clave está pues en este segundo punto de potencial perjuicio hacia la salud, pues es lo que hace que los “factores psicosociales”, presentes en todos los ámbitos de la vida y por tanto también en el laboral, puedan llegar a ser susceptibles de convertirse en “riesgos psicosociales”, y afectar negativamente a la salud cuando son percibidos como una amenaza y alteran el equilibrio normal de los individuos (Alastruey Anza y Gómez Etxebarría, 2012; García Ruiz, 2012; Moreno Jiménez y Báez León, 2010).

Podemos encontrar en la literatura varias definiciones de los riesgos psicosociales, aunque en todas encontramos elementos comunes que hacen referencia tanto a los aspectos relativos a la tarea propia del trabajo, como a las circunstancias que rodean al mismo y a la situación del trabajador. Portero Lazcano (2012) recoge la definición de factores de riesgo psicosocial del comité mixto OIT-OMS de 1984 en la que se especifica que “abarcan las interacciones entre el medioambiente laboral, las características de las condiciones de trabajo, las relaciones entre los trabajadores, la organización, las características del trabajador, su cultura sus necesidades y su situación personal fuera del trabajo” (p.124). Moreno y Baez (2010) también hacen mención a las definiciones de Carayon, Haims y Yang (2001) que enfatizan la connotación emocional que se desprende de las características del trabajo, y la de Cox y Griffiths (1996), quienes los definen como “los aspectos del trabajo, de la organización y de la gestión laboral, y sus contextos sociales y organizacionales” (Moreno Jiménez y Báez León, 2010, p.6).

En definitiva, los factores psicosociales se pueden dividir en varias categorías, como las propuestas por De la Fuente y Gómez (2012) en función de los aspectos de los cuales dependan: las características del empleo, las características de la tarea, la estructura de la organización o la comunicación y las relaciones interpersonales. En la tabla 1 se han añadido a éstos los factores recogidos por Moreno y Báez (2010) en su adaptación de Cox y Griffith (1996):

Tabla 1. *Clasificación de factores de riesgo psicosocial en el trabajo*

Factores dependientes de las características del empleo	Precariedad del trabajo: inseguridad sobre la permanencia en el puesto, salarios bajos, contratos temporales...
	Condiciones físicas del trabajo: temperatura, ruido, olores, vibraciones, iluminación inadecuada, suciedad, equipos de trabajo inadecuados o no mantenimiento de los mismos...
	Percepción del trabajador de la existencia de riesgos para su integridad física
	Organización del tiempo de trabajo: trabajo a turnos, nocturnidad, exceso de jornada, horarios inflexibles o imprevisibles, alta presión temporal, plazos urgentes...
Factores dependientes de las características de la tarea	Sobrecarga o infracarga de trabajo
	Repetitividad y monotonía
	Ritmo de trabajo que no permite modificaciones ni interrupciones
	Responsabilidad excesiva
	Falta de autonomía y poca capacidad de control
	Falta de formación o entrenamiento requeridos
	Falta de definición de la tarea
Factores dependientes de la estructura de la organización	Conflicto de rol
	Ambigüedad de rol
	Falta de participación en la toma de decisiones
	Carencia de desarrollo profesional
	Imposibilidad o exceso de promoción
	Relación trabajo-familia: demandas conflictivas entre el trabajo y la familia, bajo apoyo familiar
Factores dependientes de la comunicación y de las relaciones interpersonales	Autoridad jerárquica: estilo de liderazgo rígido, agresivo, inhibido, desinteresado...
	Aislamiento
	Relaciones interpersonales: conflictos interpersonales, falta de apoyo social
	Comunicación interna o externa deficitaria: falta de canales o medios de comunicación
	Trabajo emocional
	Violencia

Fuente: Adaptado de De la Fuente y Gómez (2012) y Moreno y Báez (2010)

Los efectos negativos de la exposición a riesgos psicosociales pueden presentarse en bastantes aspectos, como por ejemplo la satisfacción o implicación laboral, la productividad, el rendimiento o la rotación de personal (Moreno Jiménez y Báez León, 2010). Estas variables tienen importantes consecuencias para las organizaciones y para los trabajadores y por tanto merecen ser estudiadas; pero si hay un ámbito que debe ser destacado por encima de los demás, es el impacto que tienen estos riesgos sobre la salud. Numerosos estudios han puesto de manifiesto la existencia de esta relación, viéndose afectada la salud tanto por la generación de patologías como el agravamiento de las mismas, el consumo de sustancias, o el aumento de accidentes y bajas laborales. Recientemente el INSST ha publicado el estudio *El efecto sobre la salud de los riesgos psicosociales en el trabajo: una visión general*, en la cual se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura científica de aquellas investigaciones que analizaron los efectos en la salud de la exposición a riesgos psicosociales y el estrés en el trabajo, llegándose a la conclusión de que “hay evidencias científicas sustanciales para indicar que existe una relación clara entre riesgos psicosociales y consecuencias sobre la salud física, mental y social de las personas” (INSST, 2019).

Por ejemplo, son bien conocidos los efectos de los riesgos psicosociales sobre patologías físicas, como las enfermedades cardiovasculares (Dragano et al., 2017; Kivimäki et al., 2012) o los trastornos musculoesqueléticos (Bongers et al., 2006; Chen et al., 2005), y parece comenzar a haber cierta evidencia de que también pueden favorecer la aparición de síndrome metabólico y diabetes (INSST, 2019). Respecto a la salud mental, las revisiones sistemáticas y metaanálisis de Fernandes y Pereira (2016), Kuoppala, Lamminpaa, Liira, y Vainio (2008) y Rugulies, Aust, y Madsen (2017) dan muestra de la relación existente entre los riesgos psicosociales y los trastornos psíquicos, especialmente la depresión y los trastornos de ansiedad.

Asimismo, se ha observado la influencia de los riesgos psicosociales en otras variables que afectan indirectamente a la salud de los trabajadores y de las organizaciones, como por ejemplo el absentismo (Kivimaki et al., 2003; Vahtera et al., 2004), la capacidad laboral (van den Berg et al., 2009) o la salida anticipada del mercado laboral (Geuskens et al., 2012), entre otros motivos por la generación de discapacidad, que impide el normal ejercicio y mantenimiento del empleo (Knardahl et al., 2017).

Otra manera de explorar las consecuencias de los riesgos psicosociales en el entorno laboral es el impacto económico que generan, lo que fue estimado mediante el análisis de numerosos estudios en el informe *Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks* elaborado por la EU-OSHA. En este informe se calculó el coste que representan en Europa el estrés y la depresión relacionados con el trabajo, ascendiendo las cifras a 20 y 617 billones de euros anuales respectivamente. También en este documento se llevó a cabo un desglose por

países, revelando que en España el coste directo estimado de los trastornos mentales y del comportamiento que podían ser atribuidos al trabajo se establecía entre 150 y 372 millones de euros en 2010. Se apoyaron para calcular estos datos en el informe de la Unión General de Trabajadores (UGT, 2013), *Costes socioeconómicos de los riesgos psicosociales*, según el cual entre el 11% y el 27% de los trastornos mentales puede ser atribuible a las condiciones del trabajo.

Siguiendo con los datos en nuestro país, la VII ENCT en 2011 reveló que el 24% de los trabajadores señalaba que tenía mucho trabajo y se sentía agobiado, casi un 4% más que en 2007. Según Eurostat (2013) un 15.2% de los trabajadores españoles achacaba los problemas de salud relacionados con el trabajo a estrés, depresión y/o ansiedad. También según esta encuesta, es curioso el dato de que a mayor nivel educativo más porcentaje de personas reportan estar expuestas a factores de riesgo que pueden afectar negativamente al bienestar mental, lo que puede ir en la línea de la terciarización del trabajo, que implica mayor esfuerzo mental y psicológico que los trabajos físicos.

Los datos más recientes relativos a la exposición de los trabajadores a riesgos psicosociales de los que disponemos son los de la 6ª EWCS, ya que en el último Informe sobre el Estado de la Seguridad y Salud Laboral en España (2016) elaborado por el INSST no se incluyen los factores psicosociales como agentes generadores o agravantes de enfermedades. Según la encuesta europea pues, se observa que la intensidad del trabajo ha ido en aumento de 2005 a 2015, llegando en ese año a un 33% la proporción de personas que debía trabajar siempre o casi siempre a gran velocidad, al 35% las que debían cumplir plazos muy ajustados, y en total a un 26% las que referían sufrir ambas circunstancias (INSHT, 2017).

1.1.4.1 Estrés laboral y *burnout* o Síndrome de estar Quemado con el Trabajo

Los efectos de los riesgos psicosociales sobre la salud de los trabajadores se pueden producir de forma directa, como ya hemos expuesto en el apartado anterior, pero también indirecta mediante la aparición de estrés, el cual está íntimamente relacionado con el padecimiento de múltiples patologías (figura 3).

El estrés es un mecanismo natural de respuesta ante las demandas del contexto con el que está interaccionando una persona. Sin embargo, puede tener consecuencias perjudiciales para la salud si el individuo no puede ajustar sus capacidades al medio satisfactoriamente, o si esta situación es mantenida en el tiempo. En base a estas premisas, se han construido varios modelos teóricos tratando de explicar este fenómeno, siendo posiblemente los más destacados el de Karasek (1990) que analiza las demandas del trabajo frente al control que tiene sobre ellas el

trabajador, y el de Siegrist (1996) que se centra en el equilibrio entre el esfuerzo que debe hacer el trabajador y la recompensa que recibe por ello (INSST, 2019).

En definitiva, el estrés laboral “se define como una respuesta psicobiológica nociva, que aparece cuando los requisitos de un trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador” (Navines et al., 2016). Múltiples estudios han analizado las causas y consecuencias de este, habiéndose relacionado positivamente con el desarrollo de trastornos musculoesqueléticos, cardiovasculares, psicosomáticos, y mentales y con el consumo de sustancias (e.g. Cooper, C. L. y Cartwright, 1997; Fishta y Backe, 2015; Quick et al., 1987). A pesar de que el estrés es un fenómeno complejo cuyas causas y efectos pueden ser muy variados, queda patente que tiene efectos negativos en la salud, lo que en el entorno laboral tiene una alta relación con los riesgos psicosociales a los que están expuestos los trabajadores (Cox et al., 2000; Leka et al., 2008).

Figura 3. Doble vía de daños a la salud laboral por factores psicosociales

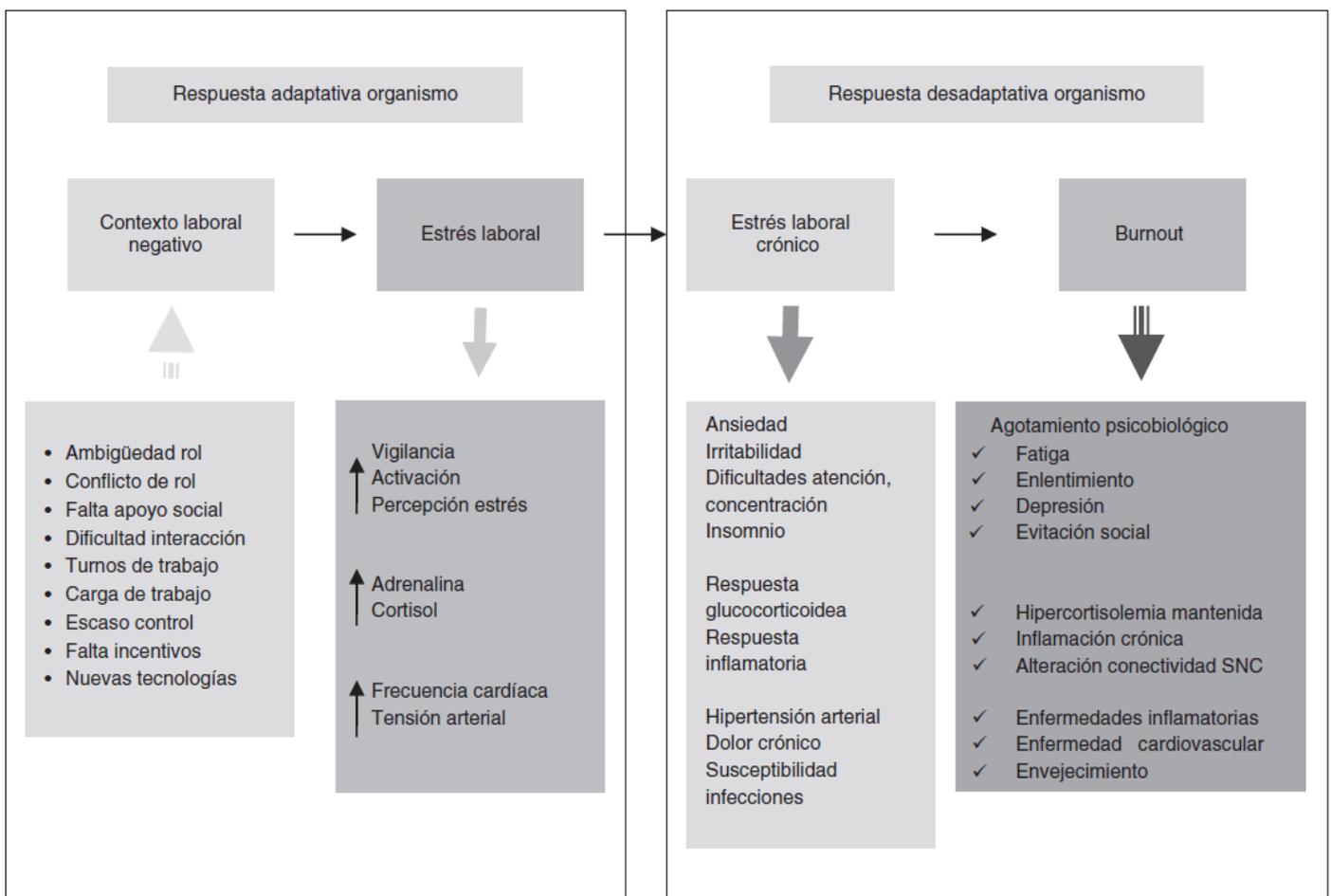


Fuente: INSST (2019)

El estrés es muy relevante por tanto porque en sí mismo afecta al bienestar de los trabajadores, pero además se comporta como un medio para la aparición de otros trastornos si se convierte en crónico, como por ejemplo el síndrome de *burnout* o de estar quemado con el trabajo (SQT) (figura 4). El SQT fue definido por primera vez por Maslach y Jackson (1981) “como resultado de un estrés crónico (en el trabajo) que no ha sido tratado satisfactoriamente; se caracteriza por agotamiento y despersonalización (negativismo/cinismo), y se detecta predominantemente en profesiones sociales y de cuidado a personas” (INSST, 2019, p.84). Actualmente se caracteriza por tres dimensiones: agotamiento abrumador, sentimientos de cinismo y desinterés por el trabajo, y sentido de ineffectividad y falta de logro (Maslach y Leiter,

2016). Se ha estudiado la relación de este síndrome con la salud, observándose que especialmente la dimensión de agotamiento tiene efectos negativos sobre la misma, habiéndose relacionado con síntomas fisiológicos como dolores de cabeza, cuello y espalda, fatiga crónica, trastornos gastrointestinales, tensión muscular, hipertensión, episodios de gripe o catarro; con síntomas mentales como trastornos del sueño, ansiedad y deterioro de la memoria; así como con un mayor número de ingresos hospitalarios por trastornos cardiovasculares y mentales (Fidalgo Vega, 2006; Maslach y Leiter, 2016; Peterson et al., 2008). También se han analizado las consecuencias de este síndrome a nivel cerebral mediante técnicas de neuroimagen, observándose que las personas con síntomas de *burnout* presentan alteraciones en la conectividad entre la amígdala y áreas de la corteza cerebral y el cerebelo, lo que está relacionado con la afectación de la capacidad de regulación emocional, en especial de las emociones negativas (Golkar et al., 2014).

Figura 4. Respuestas del organismo ante el estrés



Fuente: Navines et al. (2016)

1.1.4.2 Trabajo emocional

Otro importante aspecto que afecta la salud de los trabajadores y que ha aumentado su importancia en los últimos años es el relativo a las exigencias emocionales, habiendo sido identificado como un “riesgo psicosocial nuevo y emergente” en el estudio Delphi llevado a cabo por la EU-OSHA (Milczarek et al., 2007). Una de las causas que ha conllevado a la proliferación de este riesgo ha sido el aumento progresivo y continuado del empleo en el sector servicios, fenómeno conocido como terciarización, en el cual se ubican actualmente en España tres de cada cuatro puestos de trabajo (INE, 2018), y cuyas tareas implican la atención a personas, ya sean clientes, pacientes, alumnos...etc. Esta interacción exige que el trabajador maneje sus emociones y a la vez las de las personas a las que atiende, lo cual no es tarea fácil sobre todo cuando se vivencian emociones negativas, pudiendo llegar a generar un impacto en la salud.

El concepto más utilizado por los autores y organismos para hablar de esta tarea emocional es el de trabajo emocional (*emotional labour*), definido por primera vez por Hochschild (1983) como el proceso por el cual un trabajador debe manejar sus propias emociones y la expresión de las mismas para adecuarlas a las demandas emocionales del trabajo y de la organización. Martínez-Íñigo (2001) recoge esta definición y la amplía en base a una profunda revisión teórica de los estudios posteriores al de Hoschild, definiendo el trabajo emocional como:

Aquellos procesos psicológicos y conductas, conscientes y/o automáticas, que se derivan de la existencia de normas organizacionales sobre la expresión emocional, sobre la experiencia emocional o sobre ambas, que regulan las distintas interacciones implicadas en el desempeño de un puesto y que pretenden facilitar la consecución de objetivos organizacionales sobre la expresión emocional asociados con el logro de otros objetivos, operativos y/o simbólicos, de mayor orden. (p.138)

Para De la Fuente y Gómez (2012) el trabajo emocional sería una variante de carga mental, la cual se refiere a la relación entre la tarea del trabajo y los recursos psíquicos a disposición del trabajador para llevarla a cabo. Por lo tanto, cuando la carga emocional del trabajo es excesiva debido a las interacciones intrínsecas que conlleva la atención a otras personas, se genera un riesgo psicosocial que vulnera el bienestar de los trabajadores.

Hochschild (1983) diferenció dos procesos mediante los cuales se lleva a cabo este manejo emocional: uno superficial (*surface acting*) que implica que la persona oculte sus propias emociones y exprese las requeridas por el contexto para llevar a cabo la tarea, y otro más profundo (*deep acting*) que conlleva la modificación interna de la emoción propia, lo que hace que concuerde con la emoción expresada y por tanto esta sea más real, aunque este cambio es más

difícil de lograr salvo que se produzca de manera espontánea (Martínez-Iñigo, 2001). Los estudios sobre las consecuencias para el bienestar del trabajo emocional han observado que estas se producen sobre todo cuando hay esa disonancia emocional entre la emoción sentida de manera real y la que se tiene que expresar, lo que genera un esfuerzo emocional y psíquico que puede conllevar a la aparición de síntomas depresivos o *burnout* (Erickson y Wharton, 1997; Erickson y Ritter, 2001; Grandey, 2003), y afectar al desempeño laboral (Brotheridge y Grandey, 2002; Jung y Yoon, 2014; Totterdell y Holman, 2003). También se conoce que el hecho de tener que ocultar emociones negativas tiene efectos en la salud, relacionándose con problemas cardiovasculares (Richards y Gross, 1999) y problemas de ansiedad (Wong, Y. J. et al., 2006).

El metaanálisis de 95 estudios independientes sobre trabajo emocional de Hülsheger y Schewe (2011) ha confirmado la diferenciación entre los efectos sobre el bienestar de las dos estrategias de regulación emocional propuestas por Hochschild. El proceso de *surface acting* correlacionó positivamente con agotamiento emocional (.439), despersonalización (.481), esfuerzo psicológico (.424), y quejas psicósomáticas (.435); negativamente con satisfacción laboral (.327) y compromiso organizacional (.310) y nada con logro personal. Sin embargo, el proceso de *deep acting* no se asoció con prácticamente ningún factor de los estudiados, mostrando solamente una pequeña relación con las quejas psicósomáticas (.175) y con el logro personal (.269) (Hülsheger y Schewe, 2011). En este análisis se destaca también que los tamaños del efecto según Cohen para las asociaciones de *surface acting* fueron de medianos a grandes, especialmente agotamiento emocional y despersonalización, lo que supera lo hallado en otros estudios en cuanto a otras variables asociadas al *burnout* y que tienen aceptación entre los autores como factores de riesgo (Hülsheger y Schewe, 2011).

Queda de manifiesto pues la importancia del trabajo emocional en cuanto al bienestar de los trabajadores, sobre todo en función de las estrategias de regulación emocional utilizadas por ellos. Esto genera un interés no solo para los propios empleados si no también para las organizaciones, que pueden ver favorecido el trabajo y bienestar de sus integrantes atendiendo a este factor, y también para los investigadores de otros constructos relativos a este ámbito con probada validez científica, como la inteligencia emocional (Mikolajczak, Menil y Luminet, 2007). Este interés también se ve reflejado en la consideración de las exigencias emocionales como riesgos psicosociales, lo que fue realizado en la última EWCS y cuyo análisis ha sido publicado por el INSSST en base a tres factores: tratar directamente con personas que no son empleados donde se trabaja, tener que hacer frente a personas enfadadas, y la frecuencia con la que el trabajador se encuentra situaciones que pueden molestarle emocionalmente. Respecto al primer factor, el 51% de los trabajadores refirieron tener que tratar directamente con personas, siendo mayor la proporción de mujeres que de hombres, y de personas menores de 34 años que mayores. En lo relativo al hacer frente a personas que están enfadadas o presentan quejas, el 21% de los

trabajadores manifiesta tener que hacerlo con mucha frecuencia, siendo aquí también mayor la proporción de mujeres y de personas menores de 34 años, y habiéndose triplicado la cifra total desde 2010. También un 11% de los trabajadores refirió encontrarse siempre o casi siempre con situaciones que pueden molestarle emocionalmente (13% de las mujeres), siendo la proporción más alta la del ámbito sanitario (36%), seguido por los Técnicos profesionales de apoyo (18%) y los Técnicos y profesionales científicos e intelectuales (16%) (INSHT, 2017). Asimismo, en esta encuesta se realizó la pregunta “¿Su trabajo le exige que oculte sus sentimientos?” a lo que un 31% de los participantes contestó “siempre o casi siempre”, siendo el valor más alto el de los trabajadores de 50 años o más (EWCS, 2015).

1.1.5 Gestión de la salud laboral: Prevención de riesgos laborales y Promoción de la salud.

La constatación por parte de las investigaciones y estudios internacionales de la influencia del trabajo sobre la salud, y viceversa, ha repercutido en la creación de un marco de acción a todos los niveles para proteger a los trabajadores. Esto implica que dentro del campo de la salud laboral confluyan acciones tanto de carácter preventivo, en relación a las condiciones del trabajo, como asistenciales (diagnóstico y tratamiento) y de promoción de la salud (Benavides et al., 2018). La puesta en marcha de estas iniciativas no sólo beneficia a los empleados y las cifras globales de salud, sino también a las organizaciones y a la productividad, habiéndose observado que pueden contribuir a reducir el absentismo por enfermedad en un 27% y los costes que implica la atención sanitaria para las empresas en un 26% (OMS, 2017a).

En nuestro país el marco legal que establece el mínimo exigido a las empresas en materia de promoción de salud laboral es la ley de Prevención de Riesgos Laborales (31/1995), que vino a ampliar la legislación previa sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, buscando intervenir antes de que estos ocurran y no sólo a posteriori. Para ello, en esta ley se establece la vigilancia de la salud como factor clave de la prevención, convirtiéndola en un derecho para los trabajadores y un deber para las empresas, quienes deben llevarla a cabo contratando recursos privados (Castellano Arroyo y Díaz Franco, 2012). Los principios generales de esta ley se establecen en su artículo 15, según los cuales los empresarios deben tomar las medidas necesarias para:

- a) Evitar los riesgos.
- b) Evaluar los riesgos que no se puedan evitar.
- c) Combatir los riesgos en su origen.

- d) Adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción, con miras, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud.
- e) Tener en cuenta la evolución de la técnica.
- f) Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.
- g) Planificar la prevención, buscando un conjunto coherente que integre en ella la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo.
- h) Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
- i) Dar las debidas instrucciones a los trabajadores.

(artículo 15, ley PRL 31/1995, de 8 de noviembre)

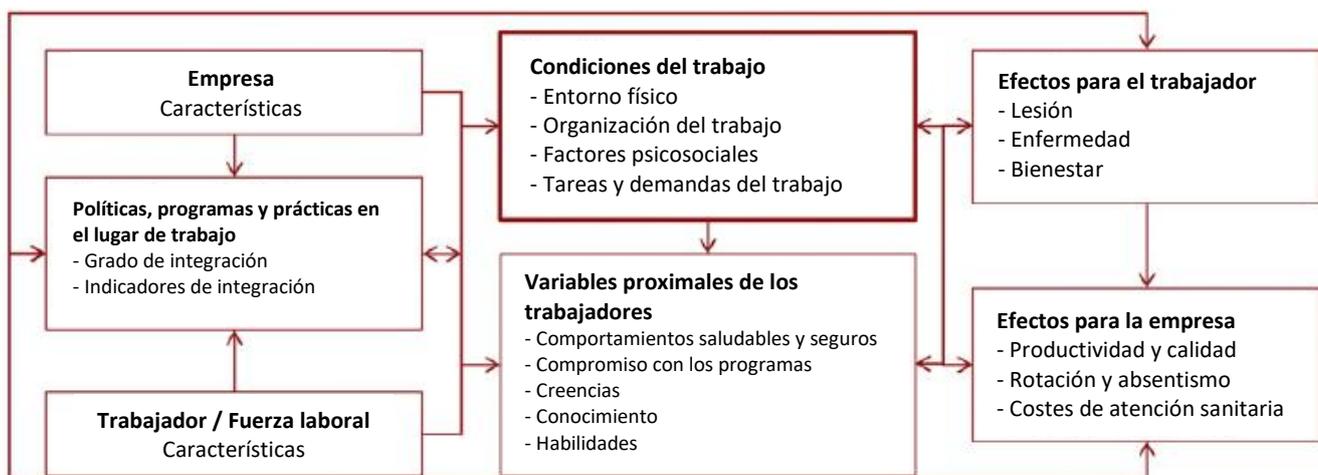
Por lo tanto, queda en manos de las organizaciones llevar a cabo aquellas acciones necesarias para detectar tanto los posibles riesgos derivados del trabajo como las patologías que se puedan generar en él, así como de proveer a los trabajadores de los recursos necesarios para protegerse, ya sean físicos o formativos. Pero más allá del mínimo exigido por la ley, y adoptando el concepto holístico de salud que es inherente a las recomendaciones de la OMS en esta materia, las empresas deberían promover también que “el ambiente de trabajo sea favorable a un estado de bienestar y satisfacción que gratifique a la persona trabajadora mientras realiza su trabajo” (Castellano Arroyo y Díaz Franco, 2012, p.1030). Es decir, no se debe sólo prevenir e intervenir sobre los riesgos, sino también sobre aquellos factores que promuevan la salud general de los trabajadores, pues esta es indivisible y contempla todas las dimensiones de la vida de una persona: laboral, social, familiar...etc. (Velázquez, 2012).

Esta concepción de salud laboral la integra dentro de la salud pública, perspectiva que ha sido establecida y fomentada por la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo (ENWHP), que desde 1996 y a través de la Declaración de Luxemburgo (1997) trabaja para analizar las buenas prácticas basadas en la evidencia en promoción de salud en el trabajo y hacerlas llegar a todos los países. También la OMS adoptó esta visión y puso en marcha en 2008

el Plan Global de Acción de Salud en el Trabajo, con el objetivo de analizar todos aquellos factores que influyeran en la salud de los empleados y que pudieran y debieran ser modificados, en base a lo cual propusieron un modelo de salud laboral que favoreciera la salud de manera integral, contemplando desde los factores intrínsecos a las personas trabajadoras, hasta la relación de la empresa con la comunidad, pasando por todos aquellos aspectos físicos y psicosociales propios del trabajo en sí (OMS, 2010).

Un ejemplo de este enfoque integral es el ya mencionado programa americano *Total Worker Health*, dentro del cual el *Center for Work, Health and Well-being* de la *Harvard T.H. Chan School of Public Health* trabajó para desarrollar un modelo teórico que englobara todos los factores que tienen su influencia en la salud de los trabajadores, con el objetivo de proporcionar un marco que guíase la investigación científica y la práctica (Sorensen et al., 2016). Este modelo aúna la protección y la promoción de la salud a todos los niveles en base a la evidencia científica existente, y se enfoca no sólo a la mejora de indicadores, sino hacia la creación de una cultura que vaya en beneficio del bienestar global de los trabajadores (figura 5).

Figura 5. Modelo de enfoque integrado de protección y promoción de la seguridad y salud laboral



Fuente: Tomado y traducido de Sorensen et al. (2016)

Este enfoque holístico de la salud laboral por supuesto recoge el concepto de salud bio-psico-social, como un todo indivisible. Sin embargo, la gestión de riesgos psicosociales dentro de la promoción de la salud ha ido suscitando mayor interés por su gran influencia en la salud, como ya hemos expuesto anteriormente. La segunda encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes (ESENER-2) elaborada por la EU-OSHA en 2014, trató de arrojar luz sobre los

factores que favorecían o impedían la gestión de los riesgos psicosociales, en vista a la creciente preocupación por los mismos y sus consecuencias para las empresas y trabajadores. Tras el análisis de los datos recogidos se ha observado que el compromiso con la gestión de la seguridad y salud en el trabajo es el mayor impulsor de la gestión de riesgos psicosociales, y se relaciona más fuertemente con ello que los obstáculos identificados como más importantes: la falta de conciencia de quienes deben gestionar los riesgos, y la falta de experiencia o de apoyo de profesionales para lidiar con la salud ocupacional en general.

Para ayudar a las empresas a tomar conciencia de la necesidad de llevar a cabo medidas que favorezcan la salud mental de los trabajadores, y no sólo para cumplir con el mínimo marco legal establecido, se han elaborado en los últimos años diversas guías y herramientas para la evaluación y gestión de los riesgos psicosociales. Un estudio de la literatura gris y científica, junto con entrevistas a expertos en la materia, analizó buenas prácticas en este ámbito según las directrices de la OMS, seleccionando 11 iniciativas de varios países (Sivris y Leka, 2015). Es destacable que la herramienta española ISTAS (Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud) para la evaluación de riesgos psicosociales se situó entre las seleccionadas, por cumplir los criterios de inclusión y las cinco claves expuestas por la OMS para la creación de lugares de trabajo saludables (2010). Además de difundir estas iniciativas, este estudio observó barreras a tener en cuenta en este ámbito, llegando a la conclusión de que es muy necesaria la educación sobre salud mental y riesgos psicosociales a todas las personas, ya que aún es frecuente su estigmatización y su conceptualización como un problema individual, lo que dificulta que se identifiquen los trastornos y también que se apliquen las técnicas basadas en la evidencia en materia de promoción de la salud mental (Sivris y Leka, 2015).

Otro estudio identificó en una revisión sistemática 20 guías elaboradas por instituciones para la prevención de riesgos y la promoción de la salud mental en el trabajo, y analizó el grado en que comprendían recomendaciones para la prevención primaria, secundaria y terciaria, así como si estaban dirigidas tanto a factores individuales como organizacionales, siendo el documento de la *Canadian Standards Association* el que obtuvo mayor puntuación por su calidad y exhaustividad (Memish et al., 2017). En nuestro país el INSST recomienda en sus notas técnicas la guía europea PRIMA-EF (*Psychosocial Risk Management Excellence Framework*), la cual en este estudio quedó en segundo lugar en cuanto a calidad, y en cuarto lugar en referencia a su exhaustividad, por no incluir recomendaciones a nivel individual ni de promoción de factores positivos de salud mental. En general el estudio de Memish et al. (2017) concluyó, a pesar de que la calidad de las guías analizadas fue variable, que la prevención a todos los niveles es escasamente tenida en cuenta, y de serlo se enfoca más a nivel individual, sin incluir recomendaciones prácticas generales, lo que dificulta la creación por parte de las empresas de un ambiente de trabajo realmente saludable.

Esto va en la línea de lo observado en la revisión de Enns et al. (2016) en cuanto a las estrategias de promoción de la salud mental que se dan en diversos ámbitos, quedando la prevención mínimamente representada en la investigación respecto a la intervención en cuanto a enfermedades concretas. Sin embargo, existe un consenso sobre la necesidad de un enfoque holístico donde se den estrategias de prevención a todos los niveles, para lograr una efectiva y satisfactoria promoción de la salud, por lo que más investigaciones e intervenciones en este sentido deben llevarse a cabo. Esto es así además, porque la vigilancia de la salud en cuanto a la salud mental entraña ciertas dificultades y conflictos éticos de difícil resolución (Barreira Méndez, 2012), ya que el objetivo de protección del trabajador puede verse empañado por la discriminación y estigmatización que conlleva el diagnóstico de un trastorno mental, lo que no podemos olvidar que solo da información de la existencia de ciertos síntomas o malestar psíquico, pero no de la capacidad para trabajar de la persona, que varía de un caso a otro en función de múltiples factores contextuales. En este sentido, se corre el riesgo de que la vigilancia de la salud se centre en la búsqueda de rasgos que puedan clasificar a los trabajadores como vulnerables para el desarrollo de patologías mentales, afectando incluso a su selección o no para el puesto de trabajo (Portero Lazcano, 2012), lo que en nuestra opinión continúa colocando la responsabilidad de la enfermedad en la persona que la sufre, y va en contra de toda la evidencia que aboga por la multicausalidad de los trastornos mentales, y, en concreto en el contexto laboral, de la obligación de las empresas en primer lugar de minimizar y prevenir los riesgos psicosociales.

Por lo tanto, una adecuada vigilancia de la salud mental de los trabajadores debe centrarse en facilitar la detección de patologías psíquicas, con el objetivo de proporcionar los recursos necesarios a la persona que lo sufre y de detectar las posibles causas y riesgos psicosociales procedentes del ámbito laboral que puedan estar generando o agravando este trastorno, y no solo a la clasificación diagnóstica ligada a la estigmatización y a la exclusión laboral. No obstante, debido a la dificultad de que esto se lleve a cabo, y siendo coherentes respecto a la ética y al conocimiento científico, es fundamental dar un mayor peso a la adopción de un enfoque positivo en la prevención, que se centre en la búsqueda de aquellos factores promotores y protectores de salud, sobre todo en lo que a nivel individual se refiere, de manera que se puedan proveer recursos de los cuales cualquier persona se pueda beneficiar, independientemente de su vulnerabilidad frente a los riesgos psicosociales.

Un ejemplo de este tipo de actuaciones es la recogida en el estudio de Milligan-Saville et al. (2017), en el que se observó que un entrenamiento de 4 horas sobre salud mental para managers de servicios de rescate y bomberos de Australia, tuvo efectos positivos sobre las ausencias por enfermedad relacionadas con el trabajo, además de generar un clima de confianza que facilitó la comunicación con los empleados y una mayor probabilidad de contactar con aquellos que sufrieran trastornos mentales o estrés, calculando incluso que por cada libra invertida en este

programa se recuperarían 9.98£, lo que pone de nuevo sobre la mesa que la prevención también beneficia a las empresas y no sólo a los trabajadores.

En definitiva, múltiples factores protectores de salud pueden ser susceptibles de mejora mediante programas de formación o intervenciones adecuadas, como pueden ser las estrategias de afrontamiento, los vínculos seguros, las habilidades sociales o la integración social (Portero Lazcano, 2012). En referencia a nuestro estudio, Moreno y Báez (2010) señalan que para los trabajos en los que existe un alto trabajo emocional “es necesario el entrenamiento emocional al personal, en reconocimiento de sus propias emociones, empatía y habilidades de comunicación” (p.140), lo que conecta con un importante campo de la actualidad científica y que representa el tema central de esta tesis: la inteligencia emocional, cuyas propiedades y relación con la salud y el contexto laboral serán expuestas en el próximo capítulo.

1.2 El engagement como factor protector

El interés por los factores protectores de salud y los recursos positivos de las personas forma parte de una línea de pensamiento que ha ido tomando fuerza desde finales del siglo XX, y que dio origen a la Psicología Positiva. Martin Seligman, psicólogo y profesor de la Universidad de Pensilvania, fue pionero de esta nueva escuela tras muchos años estudiando aspectos relativos a la depresión, lo que le hizo observar la fuerte dedicación de la Psicología al análisis de los déficits y trastornos, con el consiguiente enfoque negativista sobre el funcionamiento humano. Esto ya había sido planteado por Maslow años atrás, pero esta vez se recoge este concepto para dotarlo de la base empírica que caracteriza a la Psicología como ciencia (Salanova y Schaufeli, 2009). Se planteó entonces un cambio de perspectiva, que redirigiese la atención a las fortalezas y recursos positivos de las personas, y a su relación con el bienestar y la felicidad, lo cual ha marcado y sigue marcando a día de hoy una tendencia ideológica con una gran influencia sobre múltiples autores y estudios.

Seligman definió la Psicología Positiva como el estudio del funcionamiento humano óptimo, cuyo objetivo es el de descubrir y promover aquellos factores que hacen que los individuos y las comunidades prosperen (Seligman, 1999). Posteriormente publicó junto a Csikszentmihalyi el artículo *Positive psychology: An introduction* en la revista *American Psychologist* (2000), el cual asentó la base de esta disciplina que ha ido creciendo e impregnando diversos campos del conocimiento y la práctica desde entonces, llegando también al mundo laboral (Salanova y Llorens, 2016).

La Psicología Ocupacional y la Psicología de la Salud Organizacional eran las encargadas hasta el momento de analizar todos aquellos factores psicosociales relacionados con el trabajo y la salud en el mismo, entendiendo esta desde un modelo holístico. Con el crecimiento de la psicología Positiva, aparecen en este contexto la Psicología Ocupacional Positiva, definida como “el estudio científico del funcionamiento óptimo de las personas y de los grupos en las organizaciones, así como su gestión efectiva” (Salanova y Schaufeli, 2009, p.84); y la Psicología de la Salud Organizacional Positiva, “cuyo objetivo es describir, explicar y predecir el funcionamiento óptimo en estos contextos, así como amplificar y potenciar el bienestar psicosocial y la calidad de vida laboral y organizacional” (Salanova et al., 2014).

Estas escuelas de pensamiento y su carácter optimista tienen una especial importancia atendiendo al contexto del mundo laboral del siglo XXI, en el cual son protagonistas factores como la precarización fruto de las crisis económicas, la alta competitividad ligada a los rápidos avances y cambios científico-tecnológicos, o la creciente tendencia a la terciarización con el consiguiente aumento de exigencias de recursos psíquicos de los trabajadores. En consecuencia,

todas estas variables han ido generando un caldo de cultivo que ha llamado la atención tanto de las organizaciones como de los investigadores, fomentando el desarrollo del estudio de los factores de éxito que permitan a los trabajadores hacer frente a los actuales desafíos del empleo, con el objetivo no solo de mejorar el desempeño laboral y la productividad, sino también su salud y bienestar. La Psicología Organizacional Positiva, referente en esta línea, se encarga de dar respuesta a las cuestiones sobre qué caracteriza a empleados y organizaciones saludables, lo que en definitiva es de interés común para ambos, pues en la práctica se trata de disminuir los efectos negativos del trabajo y potenciar los positivos (Salanova y Schaufeli, 2009; Salanova et al., 2016).

De este campo ha brotado con especial fuerza el engagement, término anglosajón que utilizaremos como tal puesto que su traducción al castellano presenta ciertas dificultades a los autores, no habiéndose encontrado un vocablo que aúne todas las singularidades de este constructo sin limitarlo a otros parecidos y ya conocidos, como la implicación o el compromiso organizacional, que si bien están relacionados con él no pueden abarcar toda su idiosincrasia (Salanova y Schaufeli, 2009). El engagement proviene del estudio del síndrome de *burnout* o de estar quemado con el trabajo, popularizado desde los años 70 del pasado siglo. Maslach y Leiter fueron de los primeros autores que, habiéndose dedicado al análisis de este síndrome y sus consecuencias, aplicaron el enfoque de la Psicología Positiva conceptualizando el engagement como su fenómeno antagónico (Maslach y Leiter, 1997). De este modo, *burnout* y engagement se situarían en los dos extremos de un continuo relacionado con el bienestar en el trabajo, caracterizados ambos por tres dimensiones opuestas entre sí: agotamiento vs energía; cinismo vs implicación; y falta de eficacia profesional vs eficacia profesional (Maslach y Leiter, 1997; Salanova et al., 2000). Esta delimitación de ambos constructos surge ligada al cuestionario desarrollado por estos autores para la medición del *burnout*, el Maslach Burnout Inventory (MBI: Maslach et al., 1996), entendiendo que cuando se obtuvieran puntuaciones contrarias a las esperadas en relación con el *burnout*, esto es, bajo agotamiento, bajo cinismo y alta eficacia profesional, se estaría midiendo engagement (Schaufeli y Bakker, 2003).

Este enfoque, si bien abrió un campo de conocimiento hasta el momento inexplorado, generó dudas sobre quienes creían que el no estar quemado con el trabajo no necesariamente tenía que implicar la presencia de engagement, por lo que surgió otra corriente de pensamiento respecto a este constructo que lo caracteriza como un recurso positivo propio y no meramente como la cara opuesta del *burnout* (Bakker et al., 2008; González-Romá et al., 2006; Salanova et al., 2000). De este modo, los autores Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker tomaron este rumbo definiendo al engagement como “un constructo motivacional positivo relacionado con el trabajo, caracterizado por el vigor, la dedicación y la absorción” (Salanova et al., 2000), y que es independiente del *burnout* aunque sí se relaciona con él de forma negativa (Schaufeli et al., 2002). El vigor hace referencia al hecho de trabajar con altos niveles de energía, y con un gran deseo por

esforzarse y persistir a pesar de las dificultades; la dedicación está relacionada con la percepción del trabajo como un reto, lleno de significado, y fuente de orgullo, entusiasmo e inspiración; y por último, la absorción aparece cuando al estar trabajando se está plenamente concentrado y feliz, lo que hace que el tiempo “vuele” y cueste separarse de la tarea al verse totalmente inmerso en ella (Bakker et al., 2008; Salanova et al., 2000; Schaufeli et al., 2002). En consecuencia, cuanto mayor sean el vigor, la absorción y la dedicación, mayor será el engagement, lo que en definitiva genera un estado cognitivo-afectivo persistente en el tiempo que hace que los trabajadores sientan una conexión positiva con su trabajo (Salanova et al., 2000; Schaufeli et al., 2002). El engagement es, por tanto, “un puente de conexión entre la salud ocupacional y la dirección de recursos humanos” (Salanova y Schaufeli, 2009), lo que le confiere un gran interés por sus consecuencias positivas tanto para las empresas como los trabajadores, proliferando pues las investigaciones sobre ello y su relación con otros factores personales y organizacionales.

1.2.1 Engagement y *burnout*

Debido al origen del engagement, muchos autores se han dedicado a estudiar la relación existente entre éste y el *burnout*, obteniéndose gran cantidad de información que ha ido influyendo inevitablemente en la concepción de ambos fenómenos hasta la actualidad. En primer lugar, se observó que medir engagement y *burnout* a través del mismo cuestionario tenía ciertas limitaciones, lo que fue comprobado tras el resultado del estudio de análisis factoriales del MBI, (González-Romá et al., 2006; Salanova et al., 2000; Schaufeli et al., 2002), conduciendo a la creación del Utrecht Work Engagement Scale (UWES: Schaufeli y Bakker, 2003). Este cuestionario ha sido ampliamente validado en diversos países y poblaciones, obteniendo siempre altas puntuaciones de fiabilidad y validez, lo que ha fortalecido la presencia del engagement como un constructo independiente y ha vehiculado la investigación científica al respecto (Bakker et al., 2008; Extremera et al., 2012; Schaufeli et al., 2006).

Los estudios que han utilizado conjuntamente el MBI y el UWES han ido arrojando luz acerca de la relación entre el *burnout* y el engagement, observándose en primer lugar que, aunque las dimensiones de energía e identificación con el trabajo sí que podrían considerarse opuestas entre sí (vigor vs agotamiento, y dedicación vs cinismo) no ocurría lo mismo con la eficacia profesional y la absorción. De hecho, la escala de eficacia del MBI ha sufrido numerosas críticas debido a su baja correlación y su diferente comportamiento respecto a las otras dos dimensiones del *burnout*, habiéndose observado incluso que su correlación es mayor con las subescalas del UWES (Schaufeli et al., 2006). Por este motivo, se ve como más apropiado para la medición del *burnout* utilizar su concepción en negativo, la ineficacia profesional (Schaufeli y Salanova, 2007),

aunque existen dudas de si ésta es más bien una consecuencia que una dimensión del mismo (Schaufeli y De Witte, 2017a).

Recientemente se publicó un número especial en la revista *Burnout Research*, editado por Schaufeli y De Witte (2017b), con el objetivo de revisar la evidencia recabada durante dos décadas de investigación acerca de la relación entre engagement y *burnout*. A pesar de las diferencias teóricas iniciales, el fruto de la investigación en este campo ha hecho que se llegue a un consenso de que, si bien estos constructos están relacionados en cuanto a dos dimensiones subyacentes del bienestar como son la energía (vigor y agotamiento) y la identificación con el trabajo (cinismo y dedicación), y la evidencia muestra que existen correlaciones entre ambos, “no son ni completamente opuestos ni completamente independientes” (Leiter y Maslach, 2017), por lo que se asume que ambos forman una “unidad dual” en la que uno no puede entenderse sin el otro (Schaufeli y De Witte, 2017a). Esta afirmación abre la puerta al estudio de las dimensiones componentes de engagement y *burnout* como variables independientes, cuyas interacciones son complejas y no necesariamente opuestas o correlativas entre sí en todos los casos (Mäkikangas et al., 2012).

En base a esta premisa Leiter y Maslach (2016) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de comprobar la posibilidad de la existencia de cinco perfiles diferentes de *burnout* según las puntuaciones en las escalas de agotamiento, cinismo e ineficacia; por lo que además de quemado (*burnout*) y comprometido (engagement), que presentarían respectivamente bajas o altas puntuaciones en las tres subescalas, aparecen otros tres perfiles cuando la puntuación solo es elevada en una de ellas: desimplicado (*disengaged*) para cinismo, sobrepasado (*overextended*) para agotamiento, e ineficaz (*ineffective*) para ineficacia. Los resultados de este estudio confirman la existencia de diversas tipologías de *burnout* y promueven la investigación en esta línea con un enfoque orientado en la persona en vez de en las variables, lo que puede explicar de forma más apropiada las relaciones complejas que se dan entre los individuos y el trabajo (Leiter y Maslach, 2017; Mäkikangas y Kinnunen, 2016). El estudio de Moeller, Ivcevic, White, Menges y Brackett (2018) también opta por esta visión, y a través del Análisis de Perfiles Latentes en cuanto a los datos obtenidos respecto a *burnout* y engagement observaron que también existían perfiles en los que ambos no eran opuestos, sino que se alineaban sus puntuaciones (alto, bajo o medio *burnout* y engagement). Llama la atención en este estudio que un 18.8% de la muestra presentó elevados niveles de ambos constructos, lo que concurría con deseos de cambiar de trabajo y la presencia de una fuerte mezcla de emociones positivas y negativas respecto al mismo (Moeller et al., 2018).

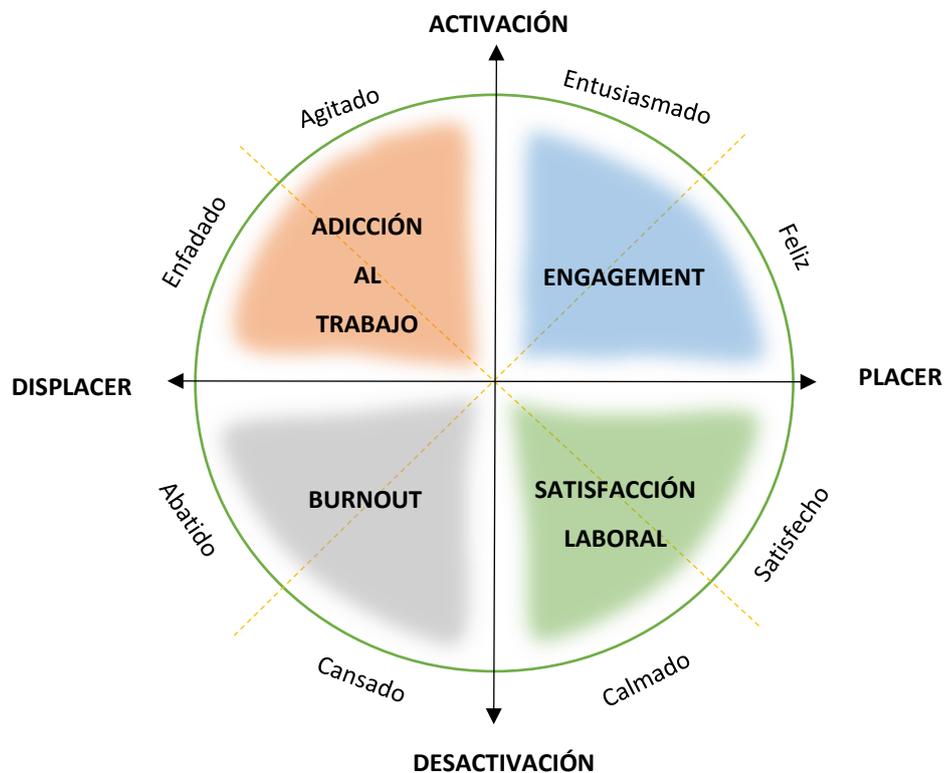
Parece quedar atrás por tanto el debate sobre el antagonismo de *burnout* y engagement, dejando paso a la investigación de diferentes perfiles en base al análisis conjunto de las dimensiones de ambos constructos, así como su relación con otras variables que puedan aportar

información más completa para guiar la práctica en la prevención y la promoción de la salud laboral.

1.2.2 Engagement y su relación con otras variables

Además de su relación con el síndrome de *burnout*, los investigadores han dado cuenta de muchas otras variables relacionadas con el engagement, tanto precursoras, como mediadoras o consecuentes de este. Estos estudios se han visto influenciados principalmente por dos modelos teóricos, el modelo circumplejo de Russell (1980), y el que fuera en primer lugar modelo, y posteriormente se convirtió en teoría, de demandas-recursos laborales (*Job Demands-Resources theory (JD-R)*) de Bakker y Demerouti (2014). Russell (1980) planteó la categorización de los estados afectivos en base a dos ejes neurofisiológicos, el del placer y el de la activación, y esto sirvió de base para la creación de un modelo circumplejo de bienestar subjetivo organizacional (Bakker y Oerlemans, 2012) (figura 6).

Figura 6. Visión bidimensional del bienestar subjetivo organizacional



Fuente: Adaptado de Bakker y Oerlemans (2012) y Schaufeli (2011)

En base a estos ejes se disponen los estados afectivos subjetivos relacionados con el bienestar y la felicidad en el trabajo, surgiendo cuatro cuadrantes al respecto: *engagement*, *burnout*, adicción al trabajo y satisfacción laboral. De este modo, el *engagement* se identifica con un estado afectivo positivo asociado a niveles altos de activación y de disfrute de emociones placenteras. En el lado opuesto se sitúa el *burnout*, en el que la desactivación y el displacer son los estados mayoritarios.

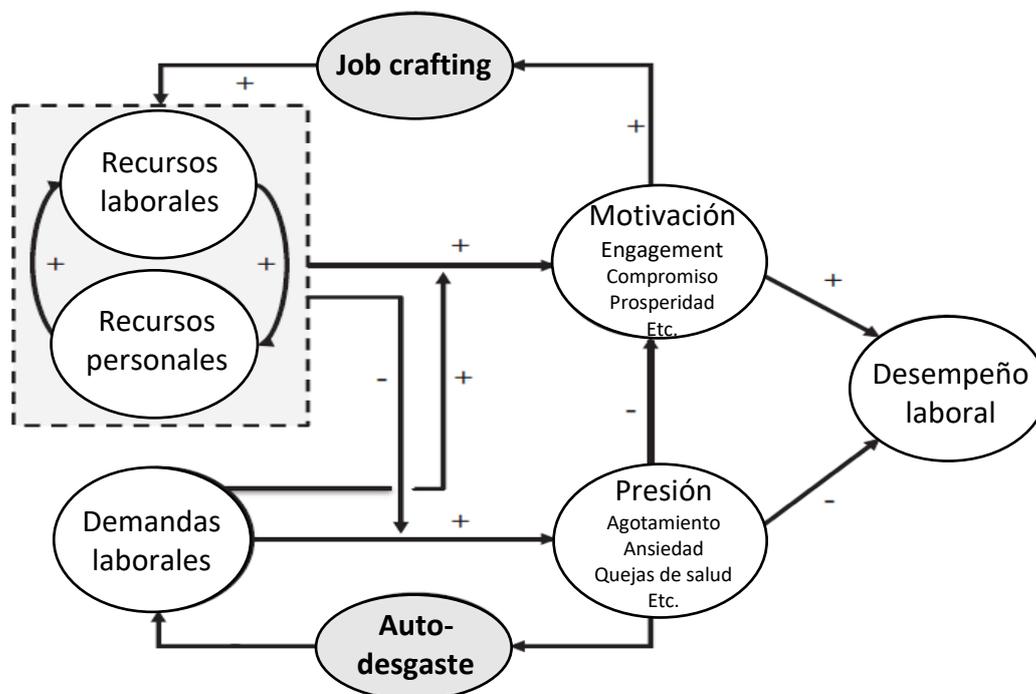
El cuadrante relativo a mayor displacer junto a mayor activación hace referencia a un estado patológico que ha sido fuente de crítica para los investigadores de *engagement*: la adicción al trabajo. Sin embargo, a través de este modelo se diferencian ambos estados, pues los empleados con *engagement*, en contraste con los adictos al trabajo, no trabajan por un impulso irrefrenable que les empuja a ello sino porque les resulta agradable, con el añadido además de que potencian y disfrutan de sus recursos fuera del entorno laboral (Bakker y Oerlemans, 2012; Schaufeli et al., 2008). Por último, el cuadrante de satisfacción laboral combina el placer con los bajos niveles de activación, situando al trabajador a un estado de tranquilidad que si bien se vive como positivo, puede limitarlo, pues la energía es el motor necesario para un óptimo desempeño laboral (Bakker y Oerlemans, 2012).

El segundo referente teórico que ha formado parte de las investigaciones sobre *engagement* es la actual teoría de demandas-recursos laborales (DRL o *JD-R* en inglés), la cual comenzó siendo un modelo (*JD-R model*) basado en el de Karasek (1990), y que trataba de explicar el comportamiento de las demandas y los recursos del trabajo, así como su relación con el *burnout* (Bakker y Demerouti, 2017; Bakker y Demerouti, 2013; Demerouti et al., 2001). Esta teoría propone la existencia de interrelaciones entre la salud y motivación de los trabajadores, y las características del trabajo, generándose efectos de unas sobre otras en ambos sentidos. Para ello divide todos los elementos o características propios del entorno laboral en dos categorías: demandas o recursos (Bakker y Demerouti, 2013; Bakker y Demerouti, 2014).

Las demandas laborales hacen referencia a aquellos aspectos del empleo que implican un esfuerzo continuado por parte de los trabajadores, ya sea psicológico y/o físico, y que por tanto tiene consecuencias en el bienestar de estos, aunque no necesariamente siempre negativas. Los recursos laborales, sin embargo, son aquellos que permiten a los trabajadores a hacer frente a las demandas de su trabajo, reduciendo las consecuencias negativas asociadas a estas, y fomentando el crecimiento y desarrollo personal (Bakker y Demerouti, 2014). Por último, en base al modelo de conservación de recursos de Hobfoll (1989; Hobfoll et al., 2000) se incluyeron en esta teoría los recursos personales propios de cada individuo, los cuales tienen que ver con las creencias positivas de los trabajadores sobre su capacidad de controlar y manejar el entorno (Bakker y Demerouti, 2017; Bakker y Demerouti, 2013).

Se establecen en esta teoría dos vías mediante las cuales las demandas y los recursos influyen sobre el desempeño laboral y el bienestar. En la primera de ellas, o proceso motivacional, los recursos laborales y personales se relacionan de manera positiva con el desempeño laboral a través de variables motivacionales como el engagement, lo que a su vez provoca una espiral positiva de generación de más recursos y de *job crafting*, proceso mediante el cual los trabajadores transforman activamente demandas y recursos para obtener mejores resultados. En oposición, la segunda vía o proceso de deterioro de la salud, establece que las demandas del trabajo se relacionan con variables asociadas a la presión y el agotamiento, disminuyendo el desempeño laboral y generando espirales negativas de autodesgaste que conllevan a su vez al aumento las demandas laborales (Bakker y Demerouti, 2017; Bakker y Demerouti, 2014) (figura 7).

Figura 7. Modelo de demandas-recursos laborales



Fuente: Tomado y traducido de Bakker y Demerouti (2017)

Las demandas laborales pueden afectar por tanto al bienestar de los trabajadores, pero sólo cuando se convierten en verdaderos obstáculos para ellos, pues se ha observado que, si estas presentan un desafío para el cual el trabajador dispone de recursos tanto personales como laborales para hacerle frente, son favorecedoras de la motivación repercutiendo positivamente en el engagement y el desempeño (Bakker y Demerouti, 2017; Tadić et al., 2015; Xanthopoulou et al., 2007). Esta teoría, por tanto, propone que a nivel organizacional se lleve a cabo un diseño de

los puestos de trabajo y una formación a los empleados que permita la existencia de un equilibrio entre demandas y recursos laborales beneficioso para todos. Por otro lado, a nivel individual, potenciar los procesos de *job crafting* y las intervenciones basadas en fortalezas (recursos personales) facilitará el proceso motivacional y de generación de espirales positivas de recursos personales y laborales (Bakker y Demerouti, 2017).

El desarrollo de estos modelos teóricos ha sido la base de múltiples estudios que han apoyado el papel protector del engagement frente a trastornos relacionados con el trabajo, así como su correlación con otros aspectos positivos, observando en general que trabajadores con altos niveles de energía e identificación disponen de más recursos y parecen utilizarlos mejor (Bakker et al., 2008). En un estudio con dentistas finlandeses llevado a cabo durante un período de tres años, se observó que recursos relacionados con la tarea eran predictores de engagement y por ende de iniciativa personal y compromiso organizacional, lo que además generaba un proceso en espiral que repercutía positivamente sobre el engagement y los recursos del trabajo (Hakanen et al., 2008a). Asimismo, se comprobó en este estudio que las demandas del trabajo predecían síndrome de *burnout*, y este a su vez era predictor de depresión en el futuro (Hakanen et al., 2008b), concluyéndose tres años más tarde en un tercer seguimiento que el engagement tenía un efecto negativo sobre los síntomas depresivos y un efecto positivo sobre la satisfacción con la vida (Hakanen y Schaufeli, 2012).

En otro estudio llevado a cabo en los países bajos con más de 12.800 trabajadores, se quiso comprobar qué compañías llevaban a cabo medidas para mejorar la salud mental y el engagement, y si esto tenía alguna influencia sobre las tasas de ausencia por enfermedad (Pas et al., 2016). Una de cada tres empresas reportó llevar a cabo medidas para mejorar la salud mental respecto a la carga de trabajo, y una de cada cinco respecto a engagement. Se observó que no había diferencias significativas entre las que sólo tomaban medidas respecto a la carga de trabajo o no tomaban medida alguna ($p=.16$); sin embargo, sí que existían diferencias entre las que tenían en cuenta el engagement y las que no ($p=.01$), disminuyendo la media de absentismo por enfermedad de un 4.5% a un 4.1% (Pas et al., 2016). Parece demostrarse, por tanto, que los trabajadores con engagement presentan ciertas características que les permiten generar y aprovechar mejor los recursos positivos, lo que en definitiva favorece su salud y bienestar (Salanova y Schaufeli, 2009; Salanova et al., 2016).

Respecto a los recursos personales que favorecen engagement, se ha demostrado que la autonomía, el feed-back sobre el desempeño, la autoeficacia o la autoestima tienen efectos positivos sobre el mismo (Bakker y Demerouti, 2017; Bakker et al., 2008; Schaufeli y Bakker, 2004), pero además estos no solo se comportan como predictores, sino que se establece una relación de reciprocidad que confirma de nuevo la hipótesis de la ganancia en espiral (Salanova

et al., 2005), en la que trabajadores con engagement perciben sus recursos como eficaces y suficientes para hacer frente a las demandas (Xanthopoulou et al., 2007; Xanthopoulou et al., 2009). Los recursos laborales también tienen una importante relación con el engagement, observándose que el clima organizacional, las prácticas de recursos humanos y el estilo de liderazgo son claves en el desarrollo y mantenimiento de este (Bakker y Albrecht, 2018; Lisbona et al., 2009). Esto a su vez se asocia con otras variables positivas, como el aumento del comportamiento cívico organizacional y la disminución de intención de rotación (Alfes et al., 2013).

El engagement tiene en definitiva tanto precursores como consecuencias positivas; sin embargo, también ha recibido críticas por parte de algunos investigadores, haciéndose hincapié en lo que se ha llamado como “el lado oscuro del engagement” (Bakker et al., 2011), en referencia a los posibles efectos negativos del mismo. En esta línea, Sonnentag (2011) recalcó la posibilidad de que el engagement pudiera tener niveles críticos o una relación curvilínea con las variables positivas, ya que se había observado que los trabajadores con mucho engagement podían experimentar mayores conflictos entre el trabajo y la familia al involucrarse tanto en su empleo.

George (2011) también puso el foco en la diferencia que puede existir entre los objetivos y metas de las empresas con los de los trabajadores, especialmente en un contexto de crisis donde las condiciones laborales se ven perjudicadas y los trabajadores tienen miedo a perder sus empleos, lo que puede hacer que se hagan cargo de muchas más demandas de las que pueden asumir, con su consecuente efecto sobre el bienestar. Esta autora también reflejó que un posible efecto del *job crafting* podría ser evitar aquellas tareas que fuesen aburridas o emocionalmente difíciles, afectando esto negativamente a los compañeros y a la organización. Otra apreciación en esta línea hace referencia a la estabilidad del engagement en el tiempo (Sonnentag, 2011), ya que se ha observado que pueden existir fluctuaciones durante el día o incluso episodios más cortos, lo que apoya la creciente hipótesis que liga al engagement con la tarea concreta, más que con la organización en general (Bakker y Albrecht, 2018; Reina-Tamayo et al., 2018).

No obstante, las críticas han ayudado a afinar el estudio sobre las consecuencias del engagement, pudiéndose afirmar a día de hoy que éste se ha establecido con fuerza como un constructo positivo tanto para los trabajadores como para las empresas, como queda de manifiesto en numerosos estudios que lo relacionan con variables positivas de desempeño y bienestar (para una revisión ver Leiter y Bakker, 2010). Esto debe tener consecuencias en el campo de la salud organizacional para que se lleven a cabo acciones, tanto de “arriba-abajo” como de “abajo-arriba”, que en esta línea sean beneficiosas para todos y mejoren el bienestar general (Bakker, 2017).

Como ejemplo, en nuestro país, el equipo de investigación WANT de la Universitat Jaume I de Castellón, lleva años investigando acerca de cómo desarrollar y mantener

organizaciones saludables, para lo que han desarrollado la metodología HERO (*Healthy and Resilient Organization*), con valiosos resultados y una fuerte base empírica sobre la que se sustentan sus prácticas (Salanova et al., 2014; Salanova et al., 2016; Salanova y Llorens, 2016).

En conclusión, el engagement se posiciona como un interesante factor psicosocial de protección ante los trastornos relacionados con el trabajo, y como impulsor del bienestar general, por lo que debe ser tenido en cuenta en la promoción de la salud en el contexto laboral actual.

1.3 La desesperanza como factor de riesgo

La Psicología Positiva ha puesto el foco en los factores protectores y favorecedores de bienestar para las personas; pero como bien se ha observado en la investigación sobre engagement y *burnout*, la presencia de uno no indica la ausencia del otro, por lo que para conocer el grado de salud y bienestar de los trabajadores es necesario tener en cuenta tanto variables positivas como negativas (Bakker et al., 2011).

Como observó Seligman, la Psicología se ha centrado durante el pasado siglo en el estudio de los factores negativos, trastornos y déficits, por lo que existe un amplio campo de investigación en este espectro. La depresión ha sido un trastorno que ha llamado mucho la atención de los investigadores, tanto por sus graves consecuencias, las cuales ya hemos abordado antes, como por su progresivo aumento hasta la actualidad, donde los datos de prevalencia son alarmantes. Uno de los hechos que más preocupan en relación a este trastorno, además de la generación de discapacidad y sus consecuencias sociales, es su relación con el suicidio. Según datos de la OMS más de 800.000 personas se suicidan al año, y hay indicios de que por cada adulto que lo ha hecho, aproximadamente otros 20 lo han intentado (OMS, 2014). En nuestro país lleva años siendo la primera causa de muerte externa, representando un 23% de estas defunciones con más de 3600 muertes al año, triplicando la cifra de varones a la correspondiente a las mujeres (INE, 2019).

Uno de los principales investigadores sobre la depresión y su relación con el suicidio ha sido Aaron T. Beck, psiquiatra y profesor de la Universidad de Pensilvania, y pionero en el desarrollo de la Terapia Cognitiva. Desde los años sesenta, Beck trató de comprender las causas e identificar los síntomas de este trastorno, manteniendo la hipótesis de que el aspecto central de la depresión se daba en torno a los pensamientos negativos. Beck observó que muchos de sus pacientes hacían apreciaciones del tipo “las cosas no van a mejorar”, o “esto no servirá para nada”, dificultando mucho su tratamiento y recuperación, puesto que rechazaban cualquier tipo de avance (Beck, 1967). Esto le condujo a interesarse por la desesperanza, la cual acabó considerando como uno de los síntomas nucleares de la depresión. Otros autores habían abordado previamente el estudio de este constructo, no habiendo una definición clara al respecto; Beck propuso entonces una definición de desesperanza como un conjunto de expectativas negativas sobre uno mismo y su futuro (Beck et al., 1974), las cuales tienen, según observó más adelante, un papel clave en la ideación y comportamiento suicida (Beck et al., 1975). Esta conexión entre desesperanza, depresión y suicidio, se debe a que los pacientes deprimidos tienden a pensar que sus condiciones no mejorarán en un futuro, o incluso que empeorarán, de manera permanente e irreversible, lo que genera una visión de túnel en la que el suicidio aparece como la única salida (Beck, 1967; Beck et al., 1975).

Beck consideró este conjunto de expectativas pesimistas como algo cuantificable, y para ello desarrolló la Escala de Desesperanza de Beck o Beck Hopelessness Scale (HBS: Beck et al., 1974). Este cuestionario de 20 ítems de respuesta dicotómica verdadero-falso, contiene afirmaciones tanto positivas (e.g. “Tengo gran confianza en el futuro”) como negativas (e.g. “Más que bienestar, todo lo que veo delante de mí son dificultades”), con un rango de puntuación total que va de 0 a 20. En su creación y validación, los análisis estadísticos permitieron extraer tres factores dentro de la propia escala: *Sentimientos sobre el futuro*, referido a aspectos afectivos; *Pérdida de motivación*, en relación a aspectos motivacionales; y *Expectativas de Futuro*, en relación a los aspectos cognitivos (Beck et al., 1974; Beck y Steer, 1988). También se estableció un punto de corte de 9 puntos, a partir de los cuales se considera una desesperanza moderada-alta asociada a un elevado riesgo de suicidio.

Estudios posteriores con población tanto clínica como no clínica han utilizado esta escala como medida de la desesperanza, comparándola con otras variables y tratando de valorar riesgo de suicidio, lo que ha hecho que las propiedades de la misma según fueron reportadas por Beck hayan sido discutidas. En primer lugar, la estructura trifactorial ha sido poco apoyada por los estudios, proponiéndose modelos de uno, dos, cuatro o hasta cinco factores como más adecuados para la interpretación de los datos (Glanz et al., 1995; Kocalevent et al., 2017; Satorres et al., 2018). Estas discrepancias, que se observan más evidentes cuando las muestras se componen de población no clínica, parecen solucionarse cuando la escala se utiliza de manera unidimensional (Dozois y Covin, 2004; Glanz et al., 1995; Steed, 2001). Sin embargo, un reciente estudio llevado a cabo para la estandarización de la escala defiende la validez de la estructura trifactorial también en población general (Kocalevent et al., 2017), a pesar de que el alfa de Chronbach reportado de las subescalas es bajo (.59, .78 y .45).

La fiabilidad de la escala en su conjunto también ha sufrido diferencias entre los estudios, no alcanzándose el valor reflejado por Beck en la validación de la escala, .93 (coeficiente de Kuder-Richardson), en prácticamente ninguna otra investigación, rondando esta mayoritariamente entre valores más cercanos a .80 (Beck et al., 1999; Dozois y Covin, 2004). Algunos autores incluso han observado que ciertos ítems afectan negativamente a la fiabilidad de la HBS, especialmente al comparar población clínica y no clínica, lo que parece explicarse por una posible interpretación ambigua de los mismos (Dozois y Covin, 2004; Durham, 1982; Satorres et al., 2018; Steed, 2001).

Otro aspecto que ha sido objeto de discusión respecto a la HBS ha sido el punto de corte de la misma y su poder predictivo. Beck y Steer (1988) en base a los primeros estudios con la escala, propusieron los 9 puntos (sobre 20) como punto de corte para la consideración de un nivel elevado de desesperanza, debido a la importante relación que encontraron con las conductas

suicidas a partir de esta puntuación. Greene (1981) fue de las primeras autoras en argumentar que el punto de corte debería ser más alto, al menos en población general, teniendo en cuenta que los resultados de la HBS proporcionan una distribución asimétrica positiva, lo que puede indicar falta de poder discriminatorio. En un estudio longitudinal llevado a cabo durante 10 años, Beck, Steer, Kovacs y Garrison (1985) comprobaron efectivamente que la mayoría de los pacientes que puntuaron por encima de 9 en la escala no se suicidaron, considerándose como falsos positivos. Sin embargo, el 90.9% de las personas que sí lo hicieron habían obtenido puntuaciones de 10 o más, lo que ponía de manifiesto que la escala posee una alta sensibilidad, a pesar de su baja especificidad.

Las revisiones llevadas a cabo por Glanz et al. (1995) y Dozois y Covin (2004) recogen diversos estudios llevados a cabo tanto por Beck y sus colegas como por otros autores, que concuerdan con esta visión de la escala. Destaca entre ellos el de Cochrane-Brink, Lofchy, & Sakinofsky (2000), quienes llegaron a observar que elevar el punto de corte a 15 proporcionaba una sensibilidad del 100% unido a una especificidad del 71%. Beck, Brown, Berchick, Stewart, y Steer (1990) sin embargo, argumentaron en favor de mantener el punto de corte en 9 debido a que las personas que se sitúan por encima de esta puntuación presentan hasta 11 veces más probabilidades de cometer suicidio que las que puntúan por debajo. Estos autores exponen que a pesar de encontrarse con muchos “falsos positivos” (personas que obtuvieron puntuaciones superiores a 9 y que no se suicidaron), la HBS mide el potencial de cometer el acto y no el acto en sí, lo que debe interpretarse como la exposición a un riesgo continuado, sobre todo teniendo en cuenta que lo que está en juego son vidas humanas.

En un reciente metaanálisis sobre instrumentos utilizados para evaluar riesgo de suicidio se extrajo que la HBS posee un poder predictor moderado sobre este, con una sensibilidad de 89% y especificidad de 42% (Runeson et al., 2017), confirmando de nuevo lo hallado en estudios anteriores; sin embargo, este metaanálisis puso de manifiesto que ninguno de los instrumentos elaborados para la evaluación de riesgo suicida obtuvo el baremo mínimo determinado por el estudio de 80% de sensibilidad y 50% de especificidad, siendo la HBS la que más cerca quedó de estos valores respecto a la variable suicidio.

Las investigaciones llevadas a cabo con la HBS también han puesto en entredicho su adecuación para su uso en población general. Beck y sus colegas desarrollaron y validaron la escala con 294 pacientes hospitalizados que habían intentado suicidarse recientemente (Beck et al., 1974), lo que suscitó dudas entre los autores sobre si también sería fiable aplicada a personas sin diagnóstico. Greene (1981) aplicó la escala a 400 personas adultas seleccionadas aleatoriamente para generar datos normativos, aduciendo la necesidad de que estos no proviniesen exclusivamente de grupos con patologías, y obtuvo una media y desviación típicas

significativamente inferiores a las reportadas por Beck et al. (1975). Sin embargo, en este estudio no se presenta el dato de fiabilidad proporcionado por la escala en dicho momento, lo que insta a tomar estos datos con precaución. Durham (1982) quiso también comparar población clínica y no clínica, para lo que tomó una muestra formada por pacientes de un hospital psiquiátrico junto con estudiantes universitarios, observando que la desesperanza era tres veces más elevada en el grupo clínico, a pesar de ser inferior a la reportada por Beck et al. (1975). Durham si presentó los datos relativos a fiabilidad, que en la muestra no clínica fue de .65, lo que seguía cuestionando la adecuación de la escala para esta población. En otro estudio con estudiantes universitarios, sin embargo, Holden y Fekken (1988) obtuvieron un coeficiente de fiabilidad de .85, tras aplicar la escala en test-retest en un período de 3 semanas. En nuestro país Poch et al. (2004) utilizaron estudiantes universitarios para ofrecer datos normativos de la escala también, obteniendo un coeficiente de fiabilidad de .79, situándolo dentro de los límites aceptables.

Entre 1999 y 2001 se llevó a cabo un importante estudio epidemiológico en la región finlandesa de Kuopio, con el objetivo de proporcionar datos sobre desesperanza en población general, para lo cual se utilizó una muestra aleatoria estratificada de 2945 personas (Haatainen, Tanskanen, Kylmä et al., 2003a; Haatainen, Tanskanen, Kylmä et al., 2003b; Haatainen et al., 2004). La fiabilidad reportada para la HBS estuvo entre .79 y .87, y de hecho Haatainen y sus colegas argumentaron que, debido al tamaño y características de la muestra, quedaba de manifiesto que la HBS es fiable en población general. El más reciente estudio de Kocalevent et al. (2017) tuvo como objetivo la estandarización de la escala en población general, para lo que se aplicó a 1500 personas seleccionadas no aleatoriamente para obtener una muestra representativa de la población colombiana. La fiabilidad obtenida en este caso fue de .81, en línea con los estudios previos. Las medias y desviaciones típicas de estos estudios, así como otros datos relevantes de los mismos están reflejados en la tabla 2.

Glanz et al. (1995) en su revisión recogen las críticas de diversos autores respecto a la fiabilidad y adecuación de la aplicación de la HBS en población no clínica, entre las que destacan la hipótesis de la deseabilidad social y su influencia en las personas sin diagnóstico a la hora de contestar la escala, por la fuerte correlación que se había encontrado entre ambas (Edwards, A. L., 1970). Parecía existir por tanto una interacción entre la desesperanza y la deseabilidad social (Holden et al., 1989; Ivanoff y Jang, 1991; Mendonca et al., 1983), lo que podía hacer que las personas “inflasen” sus puntuaciones en busca de atención clínica, lo que los autores calificaron de “grito de ayuda” (Glanz et al., 1995). Según lo observado por estos autores, era posible que esta interacción diera cuenta de los falsos positivos recogidos por la escala en cuanto a predicción de conductas suicidas. Dozois y Covin (2004) recogen este debate, aceptando la posibilidad de tener en cuenta medidas de deseabilidad social cuando se utilice la HBS para evaluar riesgo de suicidio; sin embargo, también reflejan que la tendencia que se observaba a la hora de responder

“inflando” puntuaciones tenía más que ver con la “indeseabilidad social”, y que este rasgo es un aspecto reconocido en muchas psicopatologías, por lo que puede aportar información acerca del funcionamiento psíquico de la persona.

Tabla 2. *Estudios de desesperanza y variables descriptivas*

<i>Autor (año)</i>	<i>Tipo de estudio</i>	<i>Población</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>α</i>
Greene (1981)	Transversal	General	396	4.45	3.09	-
Haatainen et al. (2003a)	Longitudinal	General	1200	m ₁ =3.5 m ₂ =3.4	3.1 3.3	.79 .83
Haatainen et al. (2003b)	Longitudinal	General	1389	m ₁ = 4 m ₂ =3.9	3.6 3.8	.84 .87
Haatainen et al. (2004)	Transversal	General	1722	3.9	3.6	.87
Kocalevent et al. (2017)	Transversal	General	1500	4.27	3.72	.81
Holden y Fekken (1988)	Test-retest	Estudiantes univ.	149	m ₁ =2.67 m ₂ =2.52	2.58 2.66	.74 .78
Poch et al. (2004)	Transversal	Estudiantes univ.	1277	4.56	3.42	.79
Lester (2013)	Revisión/ Metaanálisis	Estudiantes univ.	22238	3.26	1.18	-
Durham (1982)	Transversal	Estudiantes univ.	197	2.32	2.25	.65 ^(K-R)
		Pacientes forenses	99	6.62	4.88	.83 ^(K-R)
		Pacientes psiq.	118	6.04	4.67	.86 ^(K-R)
Aguilar et al. (1997)	Longitudinal	Pacientes Esquizofr.	35	7.6	4.1	.82/.84*
		Pacientes Psicosis	38	5.2	3.9	
Beck et al. (1974)	Transversal	Pacientes psiq.	294	-	-	.93 ^(K-R)
Beck et al. (1975)	Transversal	Pacientes psiq.	384	9	6.1	-
Beck et al. (1985)	Longitudinal	Pacientes suicidas	11	13.27	4.43	-
		Pacientes no suicidas	154	8.94	6.05	
Beck et al. (1990)	Longitudinal	Pacientes suicidas	17	15.29	4.47	-
		Pacientes no suicidas	1927	9.98	5.42	
Beck, Brown, Steer, Dahlsgaard, y Grisham (1999)	Transversal	Pacientes suicidas	30	12.6	5.16	-
		Pacientes no suicidas	3543	9.29	5.63	
Beck, Steer, Beck y Newman (1993a)	Transversal	Pacientes TEA	1306	10.87	5.29	.91 ^(K-R)
		Pacientes no TEA	488	5.83	4.58	

Nota: (K-R)= Coeficiente Kuder-Richardson; psiq.=con diagnóstico psiquiátrico; univ.=universitarios; TEA=diagnóstico de Trastorno del Estado de Ánimo; Esquizofr= diagnóstico de Esquizofrenia

*Fiabilidad de un estudio previo, en el que: punto de referencia/punto de seguimiento a los 6 meses.

En definitiva, tras años de investigaciones y críticas la desesperanza se ha mantenido como un factor de riesgo tanto en población clínica como no clínica, siendo un síntoma de malestar que se asocia con otros aspectos negativos, donde los más estudiados han sido la depresión y el suicidio.

1.3.1 La desesperanza, la depresión y el suicidio

El desarrollo de las teorías cognitivo-conductuales condujo a los investigadores a llevar a cabo diversos experimentos para estudiar los aspectos relacionados con la depresión. Como ya hemos mencionado, Beck fue uno de los primeros y principales autores que se dedicó a ello, desarrollando una gran cantidad de teoría basada en la evidencia, así como el Beck Depression Inventory, cuestionario ampliamente validado y muy extendido, utilizado para evaluar los estados depresivos (BDI: Beck et al., 1961). Gracias a sus estudios Beck planteó el modelo cognitivo de la depresión, según el cual la patología se basa en la existencia de déficits en lo que se denominó como tríada cognitiva: visión negativa acerca de uno mismo, las experiencias y el futuro; los esquemas de pensamiento o patrones cognitivos estables; y el procesamiento de la información (Beck et al., 1983).

Debido a que gran parte de sus estudios se centraron fundamentalmente en población clínica, Beck también observó que existían unas altas tasas de conductas suicidas, desde ideaciones, a intentos y muertes consumadas. Contrastó su modelo cognitivo con estos pacientes, observando que las expectativas negativas, o dicho de otra manera, la desesperanza, conllevaban a un deseo atenuado de vivir, lo que en última instancia elevaba la ideación suicida (Beck et al., 1975). En el modelo de depresión de Beck, por tanto, se calificó a la desesperanza como “el eslabón perdido” entre la depresión y la conducta suicida, comprobándose en los primeros estudios que esta daba cuenta de hasta el 96% de la asociación entre ambas (Beck et al., 1975; Minkoff et al., 1973). En el estudio longitudinal posterior llevado a cabo durante de 10 años, Beck y sus colegas confirmaron esta hipótesis observando que la desesperanza fue el mejor predictor de suicidio, incluso por encima de la gravedad de la depresión (Beck et al., 1985). Otra investigación con población clínica con distintos diagnósticos permitió comprobar que la desesperanza tiene mayor poder predictor respecto al suicidio que el diagnóstico de un trastorno del estado de ánimo (Beck et al., 1993b).

En general, Beck extrajo de sus estudios que los elevados niveles de desesperanza se asocian con entre 6 y 11 veces más probabilidades de presentar conductas suicidas respecto a las personas que presentan menores puntuaciones (Beck et al., 1990; Beck et al., 1999). Posteriores metaanálisis han testado esta relación, no sin limitaciones metodológicas debido a los pocos estudios que cumplían criterios para incluirse en ellos, observándose que la relación entre desesperanza y suicidio, desde ideaciones y conductas autolesivas al hecho consumado, existe, aunque esta es menor de lo que cabría esperar (McMillan et al., 2007; Ribeiro et al., 2018). Los autores argumentan así la necesidad de dar cuenta de otros factores además de la desesperanza para evaluar de forma más ajustada el riesgo de suicidio, algo que el propio Beck ya reconoció debido a la baja especificidad que presenta la HBS (Beck et al., 1990; Beck et al., 1999). Esto no

quita, como ya se ha mencionado, su importante papel como factor de riesgo, especialmente cuando es estable y duradera en el tiempo, lo que se une a su interés clínico ya que la desesperanza puede ser modificada a través de técnicas de terapia cognitiva (Beck et al., 1990; Beck et al., 1999). Asimismo, se debe abrir la puerta a investigaciones que expliquen la relación entre desesperanza y suicidio desde otros enfoques y no sólo de manera directa, como el estudio llevado a cabo con adolescentes de Wilson y Deane (2010), donde se observó que la intención de buscar ayuda de amigos, familiares y profesionales de salud mental al experimentar ideaciones suicidas disminuía significativamente con la presencia de altos niveles de síntomas depresivos y desesperanza.

La evolución de los modelos cognitivo-conductuales sobre depresión y suicidio fue conllevando a la incorporación de más factores, como por ejemplo la indefensión aprendida. Esta fue observada por primera vez en los experimentos con animales llevados a cabo por Seligman y Maier, en los cuales éstos dejaban de tratar de escapar de eventos aversivos cuando creían que no podían hacerlo (Seligman y Maier, 1967). En base a estas observaciones, desarrollaron una teoría sobre la depresión por indefensión, según la cual los estilos atribucionales que implican la creencia de la persona de no posesión de control sobre su situación, son la base de la generación de este trastorno (Maier y Seligman, 1976; Miller y Seligman, 1975).

Abramson, Alloy y Metalsky (1989) recogieron estas hipótesis y realizaron ciertas críticas respecto al peso de los estilos atribucionales, proponiendo además la existencia de un subtipo de depresión cuya causa central es la desesperanza. Según estos autores la desesperanza incluye tanto las expectativas de que ocurrirán cosas muy aversivas o de que no ocurrirán las deseadas, unido a la creencia de que uno mismo no puede hacer nada para cambiar esos resultados, siendo por tanto la indefensión aprendida un componente de la misma. Desarrollaron entonces la teoría de desesperanza de la depresión, un modelo cognitivo de vulnerabilidad-estrés según el cual el experimentar sucesos vitales negativos hace que las personas puedan desarrollar síntomas depresivos cuando poseen ciertos estilos inferenciales (Abramson et al., 1989; Abramson et al., 1997).

Estos estilos atribucionales afectan a la percepción de los sucesos negativos, caracterizándolos como estables y globales, generadores de más sucesos negativos en el futuro y correspondientes con características negativas de uno mismo. Por lo tanto, esta percepción genera una vulnerabilidad que ante las situaciones de estrés puede desencadenar la depresión por desesperanza, la cual tiene unos síntomas propios y diferentes de otros tipos de depresión, aunque “tal vulnerabilidad no es ni necesaria ni suficiente para la ocurrencia de los síntomas depresivos” (Abramson et al., 1997). Alloy y Clements (1998) analizaron la relación de la desesperanza con estos síntomas, encontrando que predecía significativamente cuatro de los ocho que se habían

hipotetizado en un primer momento: inicio retardado de respuestas voluntarias, ideación suicida, perturbación del sueño, y baja autoestima. Al mismo tiempo, encontraron que predecía mala concentración y dependencia, pero no baja energía y tristeza, contrariamente a lo que se había esperado (Alloy y Clements, 1998).

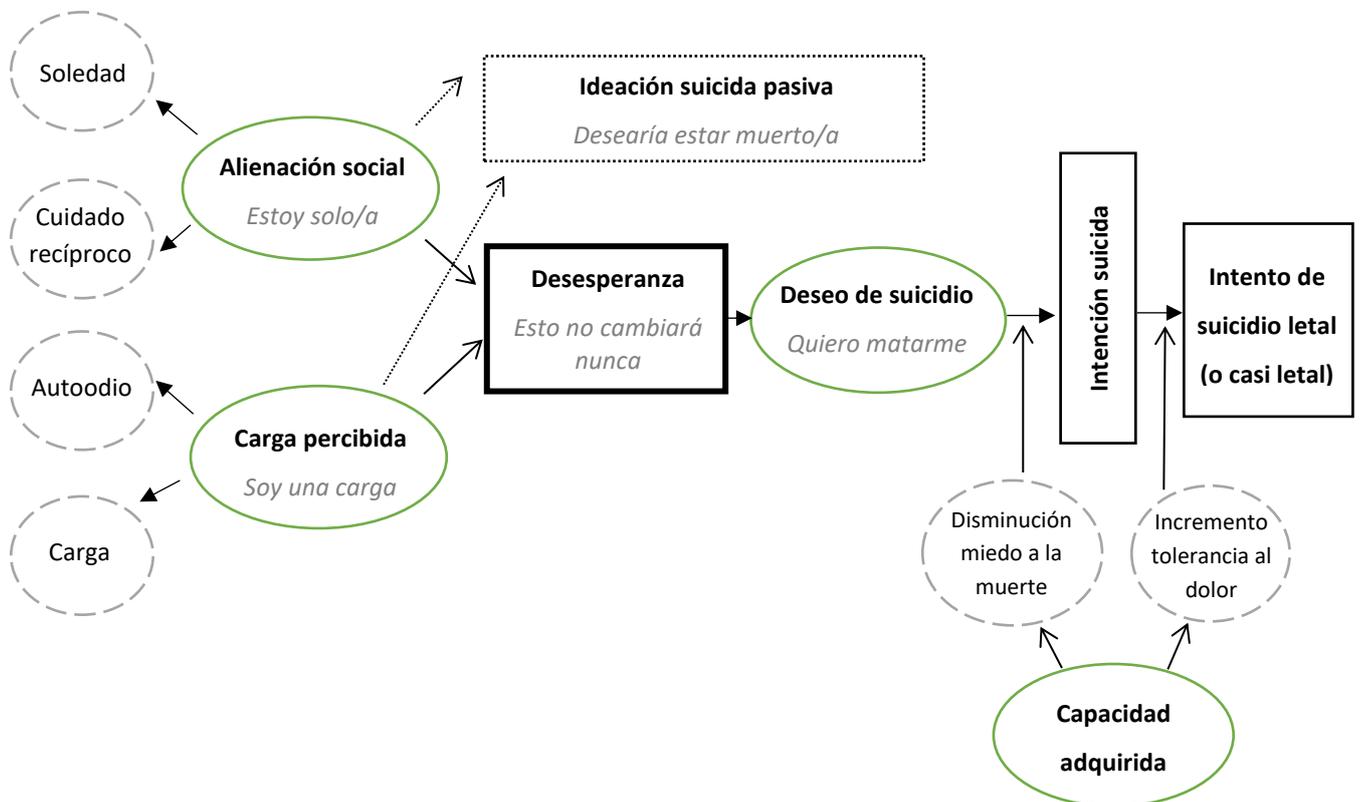
Esta teoría no solo indagó en los síntomas de la depresión sino también en el origen de la vulnerabilidad cognitiva, valorando factores que tienen que ver con las vivencias de las personas y no solo factores internos, como por ejemplo el abuso emocional en la infancia, el cual según Abramson et al. (1997) puede ser particularmente virulento puesto que implica enseñar a la persona a tener un estilo cognitivo depresógeno. Las críticas a los modelos de los estilos atribucionales de hecho se han basado en que estos excluyen los factores sociales y su influencia en la etiología de los trastornos depresivos, cuando se ha demostrado que pueden llegar a tener incluso más peso en la misma que los estilos atribucionales (Álvaro-Estramiana et al., 2010). Es por tanto necesaria una visión comprehensiva de una etiología multifactorial, como se ha hecho patente en el estudio de los factores de riesgo del suicidio, donde a pesar de la gran cantidad de investigaciones llevadas a cabo en los últimos 50 años, no existe ninguna en la que se presente poder predictivo suficiente, principalmente por la limitación de la consideración de unos pocos factores o de relaciones poco complejas de causalidad (Franklin et al., 2017).

Uno de los modelos teóricos que trata de dar un paso más allá en este sentido, es la teoría interpersonal-psicológica del suicidio (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010), la cual expone que este proviene de la presencia simultánea de dos constructos no internos sino interpersonales: el sentimiento frustrado de pertenencia o de alienación social, y el sentimiento de ser una carga para los demás. Según esta teoría, estos dos constructos se unen conformando el deseo de suicidio; lo cual conduce, cuando la capacidad de suicidarse se ha adquirido a través de la pérdida del miedo a la muerte y del aumento de la tolerancia al dolor, al intento autolítico letal. Se configuran así estos dos factores (alienación social y carga para los demás) como mejores predictores de la conducta suicida, por encima de otros profundamente estudiados como el dolor emocional o a la desesperanza. Estos últimos se observan como demasiado amplios y, por lo tanto, menos capaces de establecer causalidad, lo que ha quedado de manifiesto en las investigaciones que criticaban su especificidad (Joiner y Silva, 2012).

No obstante, la demostrada relación entre desesperanza y suicidio en investigaciones previas es recogida en esta teoría a través de la hipótesis de que la percepción de invariabilidad y permanencia acerca de los sentimientos de alienación social y de ser una carga para los demás, es la vía que conduce al primer paso de la conducta suicida: el deseo. Es decir, para que se active el deseo de suicidio, las personas deben estar desesperanzadas sobre su estatus interpersonal, caracterizando a los sentimientos frustrados de pertenencia y a los de ser una carga para los demás

como estables y permanentes, y sin existir la percepción de posibilidad de cambio (Van Orden et al., 2010) (figura 8).

Figura 8. Teoría interpersonal-psicológica del suicidio



Fuente: Adaptado y traducido de Van Orden et al. (2010)

El hecho de que la desesperanza sea vista como un factor relacionado con el suicidio solo a través de los constructos interpersonales centrales de esta teoría, proporciona también una explicación acerca de los falsos positivos obtenidos a través de la HBS para la evaluación de riesgo suicida. Se entiende así, que más que la desesperanza por sí sola, es importante tener en cuenta respecto a qué están desesperanzadas las personas concretamente, pues según esta teoría serán las creencias de desesperanza acerca de los sentimientos de pertenencia y de ser una carga para los demás las que conduzcan al suicidio, y no la desesperanza respecto a otros factores relativos a la persona o al contexto (Van Orden et al., 2010). Ciertos estudios han testado esta teoría, encontrándose evidencias que avalan su aplicabilidad, al menos en personas consideradas con mayor riesgo de suicidio, como las personas mayores (Cukrowicz et al., 2011) o personas con enfermedades crónicas (Shim et al., 2017; Wilson, K. G. et al., 2013). En esta línea, Racine (2018)

expone en base a su extensa revisión que, la desesperanza, la percepción de ser una carga y los sentimientos frustrados de pertenencia se han identificado como factores psicosociales de riesgo asociados a comportamientos suicidas en pacientes con dolor crónico.

Igualmente destacaremos, por su relevancia en esta tesis, que ciertos autores han estudiado el papel que tiene la regulación emocional en esta teoría. Anestis, Bagge, Tull, y Joiner (2011) encontraron que la regulación emocional disfuncional entendida en dos subcomponentes, baja tolerancia al estrés y elevada urgencia negativa, se relacionaba con el suicidio a través del aumento del deseo de suicidarse, pero también con la disminución de la adquisición de la capacidad para hacerlo. Esta observación a priori contradictoria, fue de nuevo contrastada por Heffer y Willoughby (2018), quienes en un estudio longitudinal observaron la regulación emocional disfuncional en base al modelo de Gratz y Roemer (2004), esta vez utilizando las seis subdimensiones propuestas por ellos y no los dos subcomponentes de Anestis et al. (2011). Los resultados, sin embargo, fueron similares, encontrando una relación directa entre regulación emocional disfuncional y deseo de suicidio, así como con comportamientos autolesivos no suicidas. Además, Heffer y Willoughby (2018) observaron que la buena regulación emocional se relacionaba positivamente con la adquisición de capacidad de suicidarse, como en el estudio de Anestis et al. (2011), para lo que propusieron la explicación de que posiblemente la regulación emocional disfuncional implique la menor tolerancia a situaciones dolorosas e incluso mayor miedo a la muerte, ambos factores establecidos como necesarios para la adquisición de la capacidad de suicidarse según la teoría interpersonal-psicológica.

Otro estudio que buscaba esclarecer la relación entre la regulación emocional y el suicidio fue el de Rajappa, Gallagher y Miranda (2012), en el cual se observó que la percepción de falta de estrategias de regulación efectivas en respuesta al estrés, difería significativamente entre las personas que habían intentado suicidarse una o más veces y las que no lo habían intentado nunca. Además, este factor también predijo ideación suicida actual, aun controlando diagnóstico psiquiátrico y síntomas depresivos, siendo esta relación fuertemente mediada por la desesperanza. Esto apoya la hipótesis de que el suicidio puede percibirse como una vía de regulación a modo de escape, cuando parece que ni hay ni habrá ninguna otra al alcance de la persona; así queda de manifiesto de nuevo que estas expectativas negativas son una de las claves en el comportamiento suicida, aunque la evidencia muestra que no es la única como había presupuesto Beck cuando comenzó a investigar sobre ello.

1.3.2 La desesperanza y su relación con otras variables

El estudio de la desesperanza como factor de riesgo se ha llevado a cabo principalmente alrededor de la investigación sobre depresión u otros trastornos mentales graves y el suicidio, como ya hemos expuesto. Sin embargo, también se han llevado a cabo investigaciones para comprobar su relación con otras variables y factores, tanto con población clínica como no clínica. Por ejemplo, en el estudio que se utilizó para adaptar la HBS en población española se observó que, en personas con diagnóstico de psicosis y esquizofrenia, además de relacionarse con el suicidio la desesperanza también predice un peor funcionamiento global a medio plazo (Aguilar et al., 1997).

En población general, parece haber una proporción estable de personas desesperanzadas (puntuaciones mayores a 9), que se sitúa en torno al 11% (Greene, 1981; Haatainen et al., 2003b; Kocalevent et al., 2017; Soares et al., 2008). Se han observado ciertas diferencias en torno a las variables sociodemográficas, como un aumento de la desesperanza a medida que aumenta la edad (Greene, 1981; Haatainen et al., 2003b; Kocalevent et al., 2017), aunque en ningún estudio se han considerado estas diferencias como significativas. Sí que se ha discutido que pueda haber diferencias culturales, algo que parece quedar de manifiesto en el metaanálisis de Lester (2013), donde se observó que los estudiantes norteamericanos tenían menores puntuaciones de desesperanza que los estudiantes de otros países.

Respecto a la salud física se ha estudiado su relación con ciertas patologías, observándose que los pacientes con enfermedades graves o crónicas, como el cáncer, tienden a estar más desesperanzados (Grossarth-Maticek et al., 1983; Mystakidou et al., 2009) y que esta desesperanza se relaciona con una peor calidad de vida (Esplen et al., 2004). También se ha relacionado con mayor riesgo de padecer enfermedad isquémica del corazón (Anda et al., 1993), e hipertensión (Everson et al., 2000) y en concreto en los hombres con mayor riesgo de infarto de miocardio, cáncer y mayor mortalidad en general (Everson et al., 1996). Un estudio incluso ha relacionado la desesperanza con ciertos marcadores a nivel molecular de disfunción endotelial, precursores de aterosclerosis, por encima de los síntomas depresivos (Do et al., 2010).

En cuanto al bienestar psicológico, la desesperanza se ha visto relacionada con una mayor insatisfacción con la vida (Haatainen et al., 2004; Kocalevent et al., 2017) y con el vacío existencial (García-Alandete et al., 2009). Poch et al. (2004) en su investigación con estudiantes universitarios observaron que los que tenían mayores puntuaciones de desesperanza decían estar no muy satisfechos con multitud de variables en relación a componentes afectivos y sociales (relaciones sociales, familiares, de pareja y de amistad; capacidad para iniciar y mantener relaciones sociales, comunicación de estado de ánimo y sentimientos a los demás, apoyo emocional recibido, imagen social, participación y compromiso con actividades sociales,

actividades de ocio), y en relación a sus estudios (tipo de educación que estaban recibiendo, resultados académicos, compromiso con los estudios, capacidad para hacer frente a las demandas académicas). A su vez, en otros estudios se ha observado que el desempleo, la situación financiera precaria, el pobre estado de salud general o la capacidad de trabajo disminuida son factores predictores de desesperanza (Haatainen et al., 2003a; Haatainen et al., 2003b; Soares et al., 2008).

En el ámbito laboral la desesperanza se ha relacionado también con el síndrome de *burnout* en personal sanitario y profesores, observándose una correlación positiva entre ambos. Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo con médicos, aquellos con elevada desesperanza presentaron mayores niveles de *burnout* respecto a desimplicación y agotamiento, dimensiones del cuestionario Oldenburg Burnout Inventory (OLBI: Demerouti y Bakker, 2008), siendo además estos factores predictores de desesperanza en el análisis de regresión multivariante (Pompili et al., 2010). En otro estudio llevado a cabo con enfermeras, las dimensiones del MBI de despersonalización y agotamiento emocional fueron dos de los tres mejores predictores de las puntuaciones de la HBS (Pompili et al., 2006).

También en profesores se ha observado esta correlación, además de predecir negativamente satisfacción laboral (Kumcagiz et al., 2014) y estado de salud (Baka, 2015). En concreto en el estudio de Baka (2015) se analizó esta relación a través del modelo de demandas y recursos laborales (JD-R), según el cual se observa que los límites organizacionales tienen relación directa con la desesperanza, además de una relación indirecta junto a la carga de trabajo y los conflictos interpersonales, que está mediada por el *burnout*. Aunque no es específico del ámbito laboral destacamos también el estudio de Çapri, Gündüz, y Akbay (2013) sobre satisfacción con la vida en estudiantes de instituto, por estudiar la relación entre desesperanza, *burnout* y engagement. En esta investigación, la desesperanza fue la variable que mejor predijo satisfacción con la vida (17.3%), de manera negativa, relacionándose a su vez significativamente de manera positiva con *burnout* y de manera negativa con engagement.

En conclusión, a la luz de las investigaciones analizadas, parece confirmarse la afirmación de Haatainen et al. (2004) de que la desesperanza se puede considerar como un clúster de diferentes manifestaciones clínicas, y, por lo tanto, es un útil indicador de bajo bienestar subjetivo. Por este motivo, consideramos relevante su inclusión en este estudio sobre salud laboral, considerándola como un factor que puede representar un riesgo para el bienestar de los trabajadores, y a su vez aportar interesante información acerca del estado de los mismos.

CAPÍTULO 2. LA INTELIGENCIA EMOCIONAL Y LA EDUCACIÓN EMOCIONAL PARA LA SALUD

Índice del capítulo

2.1. El estudio de las emociones: la inteligencia emocional

- 2.1.1. Inteligencia emocional y salud
- 2.1.2. Inteligencia emocional en el ámbito laboral
- 2.1.3. Inteligencia emocional, engagement y desesperanza
 - 2.1.3.1. Inteligencia emocional y engagement
 - 2.1.3.2. Inteligencia emocional y desesperanza

2.2. La educación para la salud y las emociones

- 2.2.1. Educación emocional

2.3. Revisión sistemática I: La salud y las emociones

- 2.3.1. Objetivos
- 2.3.2. Método
- 2.3.3. Resultados
- 2.3.4. Discusión y conclusiones

2.4. Revisión sistemática II: La educación para la salud y las emociones

- 2.4.1. Objetivos
- 2.4.2. Método
- 2.4.3. Resultados
- 2.4.4. Discusión y conclusiones

LA INTELIGENCIA EMOCIONAL Y LA EDUCACIÓN EMOCIONAL PARA LA SALUD

RESUMEN

Objetivos: El objetivo de este segundo capítulo es tratar de esclarecer el punto en el que se sitúan las emociones respecto a la salud y la prevención en la literatura científica, centrándonos por un lado en el concepto de inteligencia emocional, y por otro, en el papel de la educación emocional respecto a la educación para la salud.

Enfoque: En el primer apartado se revisan las bases teóricas del constructo de inteligencia emocional y su lugar en la actualidad científica, muy relevante por su relación con variables íntimamente ligadas con el bienestar y la salud. Además, se hace una presentación de evidencias e investigaciones que ponen en relación las tres variables de este estudio: inteligencia emocional, engagement y desesperanza. Por último, se analiza el papel de las emociones y la educación emocional en relación a la educación para la salud, para lo que además de la exposición teórica se han realizado dos revisiones sistemáticas siguiendo el modelo PRISMA.

Resultados: El creciente interés que ha ido adquiriendo la inteligencia emocional en la investigación científica se debe a la proliferación de modelos teóricos y estudios que dan cuenta del papel tan importante que tienen las emociones en el funcionamiento humano. La inteligencia emocional se relaciona con numerosos recursos positivos en ámbitos vitales de suma importancia como el académico, el laboral (donde se destaca también el engagement) o el social. Pero en concreto, las evidencias que demuestran las relaciones de la inteligencia emocional con la salud mental y física, apareciendo como factor protector ante otras variables como la desesperanza, la convierten en un recurso especialmente valioso a tener en cuenta en las estrategias de prevención. Es por eso que se analiza aquí su integración en la educación para la salud a través de las dos revisiones sistemáticas, observando que ésta aún no está lo suficientemente extendida. El análisis de la literatura da información acerca de los obstáculos que pudieran estar afectando a este desarrollo, como las propias limitaciones en la definición e implementación de los programas de educación para la salud en general, la formación de los agentes educadores de salud, o la baja calidad de los estudios reportados que dificultan su replicación y validación.

Implicaciones prácticas: Establecemos aquí las bases teóricas referentes en cuanto a educación emocional y educación para la salud, pues en la actualidad aún convergen muchos modelos y perspectivas que dificultan su consolidación.

Implicaciones de la investigación: Se justifica a través de la exposición teórica la consideración de la inteligencia emocional, tercer variable tenida en cuenta en el estudio empírico, como factor de prevención en salud.

Originalidad/valor: Se analizan los estudios que ponen en relación las tres variables estudiadas (inteligencia emocional, engagement, y desesperanza) no encontrando ninguna investigación que dé cuenta de las tres al mismo tiempo, y validando la originalidad de esta tesis. También se presentan dos revisiones sistemáticas originales acerca de la implicación de las emociones en la salud y la educación para la salud.

Palabras clave: emociones, inteligencia emocional, educación para la salud, educación emocional.

Carácter de la investigación: Teórica y de revisión del campo de conocimiento.

2.1 El estudio de las emociones: la inteligencia emocional

El hecho de que la mente humana, al contrario que los fenómenos y sustancias naturales, sea un objeto de estudio no observable y medible de forma directa, hace que el conocimiento que tenemos sobre la misma se base en constructos hipotéticos que se infieren a través del comportamiento de las personas. Estas observaciones y las teorías generadas en consecuencia han dependido por tanto de la época y la disciplina en las que se han ido llevando a cabo, comenzando por el estudio del alma desde la filosofía y la ética, hasta las ciencias actuales, como la psicología o la neurociencia. El desarrollo del pensamiento científico y las ramificaciones que han ido surgiendo de la especialización de las distintas disciplinas, han ido aportando información cada vez más concreta y aproximada de cómo percibimos, entendemos y afrontamos el mundo que nos rodea. Sin embargo, durante siglos ha habido una separación palpable entre los dos campos que hoy en día se aúnan para formar el término inteligencia emocional: la razón y las emociones; tradicionalmente separados tanto por la filosofía como la psicología (Hilgard, 1980). Gracias a esta división, que ha otorgado un lugar prioritario a la razón y la cognición, se han relegado a las emociones durante años al segundo plano de la atención de las ciencias del comportamiento.

La inteligencia, máxima representación de las capacidades cognitivas, cobró un especial protagonismo durante el siglo XX a raíz de la creación de los tests de inteligencia y la extensión de su utilización, surgiendo numerosas teorías que trataron de definir, categorizar y medir este constructo, como la inteligencia fluida y cristalizada de Cattell, la inteligencia social de Thorndike o los factores general (G) y específicos (S) de Spearman y Thurstone. No pocos han sido los debates generados al respecto, debido a las discrepancias entre qué es y qué no es inteligencia, y cómo se puede medir y para qué (Gould, 1996; McClelland, 1973); creándose aun así un consenso general de que, a mayor inteligencia, mejor adaptación y funcionamiento en general en todos los ámbitos de la vida (Ardila, 2011). No obstante, poco a poco se fue observando que esto no era del todo cierto, pues no siempre las personas inteligentes, cognitivamente hablando, tenían los mejores resultados en cuanto a adaptación, felicidad y bienestar.

De hecho, con el paso de los años y tras el comienzo de la aplicación de los tests de inteligencia, se observó a un aumento progresivo del cociente intelectual de la población (efecto Lynn o efecto Flynn-Lynn), mientras que en paralelo crecían a gran velocidad los índices de depresión (Bisquerra et al., 2015). Empezó a ser evidente que el apagón emocional mantenido por la psicología conductista y cognitivista desarrolladas durante el siglo XX dejaba de lado aspectos fundamentales del ser humano (Mayer et al., 2000), desembocando finalmente en un cambio de mentalidad hacia una “revolución afectiva” que reivindicaba la investigación de los aspectos emocionales (Panksepp, 1998b). Esto fue avalado también por los avances en psicofisiología y neurociencia, que comenzaron a recabar información sobre el correlato biológico de las

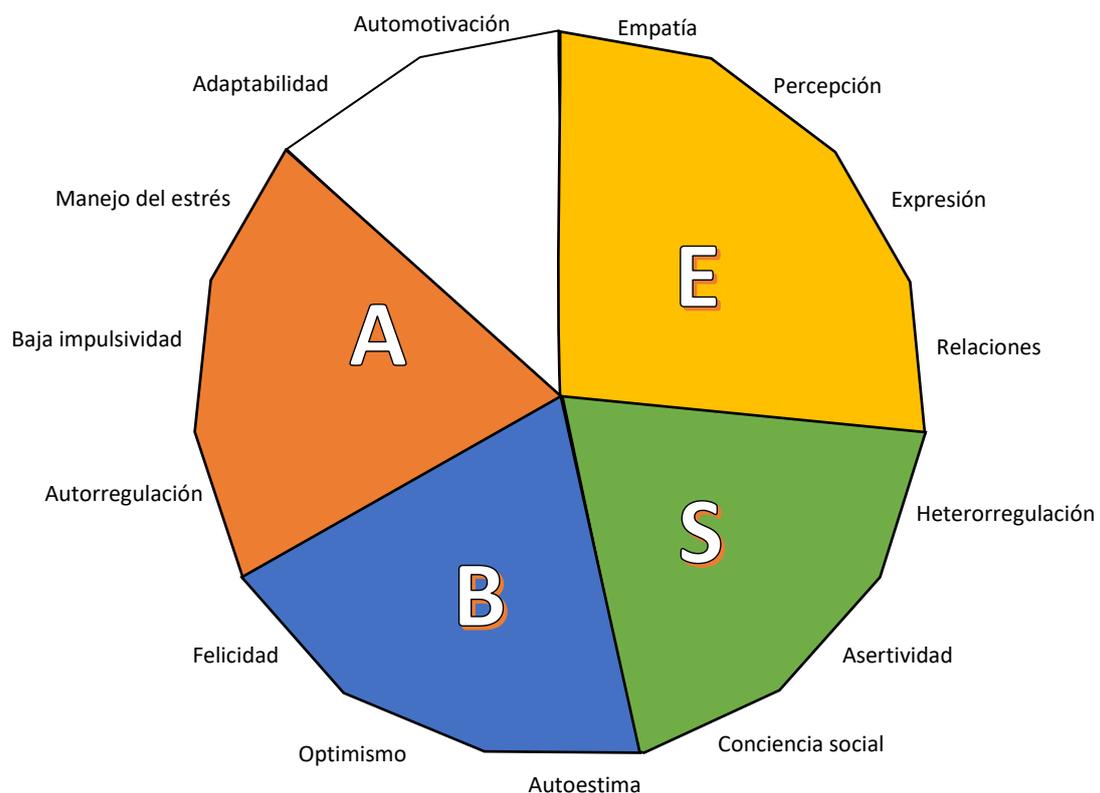
emociones en el cuerpo humano, y sobre todo de áreas del cerebro que hasta entonces no habían podido ser exploradas, gracias al desarrollo de las técnicas de neuroimagen (Panksepp, 1998a; Plutchik, 1994). Se empezó a revelar, por tanto, que el papel que tenían las emociones en el funcionamiento humano era mucho mayor de lo que se les había atribuido, lo que ha conllevado a día de hoy a reconocerles un lugar primordial en procesos de suma importancia, como por ejemplo la toma de decisiones, la motivación e incluso la salud (Buck, 2014; Hervás, 2011; Panksepp, 1998a; Reeve et al., 1994).

De la suma de todos estos factores surgió a finales de siglo la conceptualización de un nuevo tipo de inteligencia, la inteligencia emocional, la cual no ha dejado de cobrar relevancia desde entonces, como describen los autores Bisquerra, Pérez-González y García (2015) en su completa revisión narrativa al respecto. Aun habiendo menciones al término inteligencia emocional en algunas dispersas publicaciones, la primera considerada como la base sobre la que se construirá la teoría científica de la inteligencia emocional, es la de Peter Salovey y John D. Mayer (1990). En su artículo, definieron este nuevo constructo como “el subconjunto de la inteligencia social que implica la capacidad de supervisar los sentimientos y emociones propios y de los demás, de discriminar entre ellos y de usar esta información para guiar los propios pensamientos y acciones” (p.189). Quedó inaugurado entonces un campo de investigación científica acerca de lo que podríamos calificar como “el aparato emocional” y su funcionamiento, al que se sumaron múltiples autores, llevando a la proliferación de distintos modelos teóricos (e.g. Mayer y Salovey, 1997; Mikolajczak, 2009; Petrides y Furnham, 2001; Zeidner et al., 2003)

Si bien todos estos modelos tratan de comprender y explicar nuestro funcionamiento emocional, es diferente la capacidad que han tenido para recabar evidencia científica a su favor y de generar modelos teóricos sólidos a lo largo de los años. Una gran diferencia a tener en cuenta es debida al tipo de pruebas que se utilizan para medir la inteligencia emocional, ya que esto repercute inevitablemente en la definición y comprensión del constructo. Petrides y Furnham (2000) observaron que en la mayoría de los casos se utilizaban cuestionarios de autoinforme para medir la inteligencia emocional, lo que sólo puede dar información acerca de la percepción de la persona sobre sí misma y no puede considerarse una medida de la capacidad, como se hacía dar a entender (ver discusión en Pérez et al., 2005; Siegling, Alexander B. et al., 2015). Surge, por tanto, a raíz de este planteamiento, la diferenciación entre dos constructos distintos aunque ligados: inteligencia emocional como capacidad (*Ability Emotional Intelligence* o AEI), e inteligencia emocional como rasgo de personalidad (*Trait Emotional Intelligence* o TEI), siendo el segundo el que ha recibido mayor soporte científico (Martins, A. et al., 2010; Petrides et al., 2007), llegando incluso su corpus de conocimiento a llamar la atención de la comunidad médica (Arora et al., 2010; Cherry et al., 2014).

La inteligencia emocional rasgo es definida como una “constelación de autopercepciones relacionadas con las emociones y de disposiciones localizadas en los niveles inferiores de las jerarquías de la personalidad” (Petrides et al., 2007); o, dicho de otra manera, como la percepción de nuestra capacidad para entender, regular y expresar emociones (Petrides et al., 2016). Estas definiciones se extraen del modelo desarrollado por los autores Petrides y Furnham (2001), el cual es referente teórico de esta tesis, por su amplia aceptación y acumulación de evidencia científica (Petrides et al., 2007; Petrides et al., 2016). Según este modelo la inteligencia emocional rasgo abarca quince facetas, de las cuales trece se agrupan en cuatro factores (bienestar (B), emocionalidad (E), sociabilidad (S) y autocontrol (A)), quedando otras dos fuera de estos (adaptabilidad y automotivación). Es también denominado modelo circular o circuplejo por Pérez-González (2010b; 2011) (figura 9), porque emplaza a la inteligencia emocional en el centro de una circunferencia, alrededor de la cual se sitúan equidistantemente las 15 facetas del modelo, todas con igual grado de relevancia.

Figura 9. Modelo circular de la inteligencia emocional.



Fuente: Bisquerra, Pérez-González y García (2015)

Aunque todos estos factores son intrínsecos a la inteligencia emocional general, podríamos decir que dos de ellos miran “hacia dentro” (capacidad de manejo propio) y otros dos “hacia fuera” (emociones en relación con el mundo que nos rodea). Los dos primeros serían: la capacidad de sentir y disfrutar el bienestar (B), caracterizado por la autoestima, la felicidad disposicional y el optimismo; y en segundo lugar el autocontrol (A), compuesto de regulación emocional intrapersonal (o autorregulación emocional), gestión del estrés y baja impulsividad. Los otros dos factores que miran “hacia fuera” serían: la disposición hacia la buena comunicación emocional o emocionalidad (E), representada por percepción emocional, expresión emocional, relaciones y empatía disposicional; y también la disposición a interrelacionarse de manera adecuada o sociabilidad (S), compuesta de conciencia social, regulación emocional interpersonal, y asertividad disposicional, tal y como queda reflejado en la figura 9.

La adaptabilidad a nuevas situaciones y la automotivación para no cejar en el intento cuando se presentan dificultades, se consideran externas a estos cuatro factores, pero igual de relevantes respecto a la inteligencia emocional en general. Enfatizamos de nuevo el hecho de que, al ser conceptualizada la inteligencia emocional como rasgo de personalidad, cada faceta hace referencia a la percepción o tendencia más allá de las circunstancias que tiene la persona al experimentar sus emociones, y no a su capacidad como tal.

En base a este modelo también se desarrolló como instrumento de medida de la inteligencia emocional rasgo el Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue), cuestionario de autoinforme cuyas propiedades psicométricas han demostrado tener una gran validez y fiabilidad (Cooper, A. y Petrides, 2010; Petrides, 2009). En él se evalúan afirmaciones tanto positivas (e.g. “Puedo relacionarme fácilmente con la gente”) como negativas (e.g. “Soy pesimista en la mayoría de las cosas”) con una escala Likert que abarca desde “Completamente en desacuerdo” a “Completamente de acuerdo”. Existen varias versiones del mismo, habiéndose desarrollado dos para adultos; una más extensa de 153 ítems (TEIQue Full form: Petrides y Furnham, 2009) y otra versión corta con 30 en total (TEIQue Short Form: Cooper, A. y Petrides, 2010). En ambos se evalúa inteligencia emocional rasgo general, a través de las quince facetas del modelo teórico. También existe una versión para niños de entre 8 y 12 años, que comprende 75 ítems y nueve de las quince facetas (Mavroveli et al., 2008). Este instrumento es ampliamente utilizado en las investigaciones científicas sobre inteligencia emocional, y se ha posicionado frente a otros cuestionarios como una herramienta útil y con validez incremental demostrada sobre otros constructos bien asentados en la investigación como los Cinco Grandes (*Big Five*) (Andrei et al., 2016; Miao et al., 2017c; Petrides et al., 2007) lo que sustenta aún más la solidez del modelo teórico que lo ampara.

Pero la importancia de la inteligencia emocional no reside sólo en la información que aporta sobre cómo manejamos y nos influyen nuestras emociones, sino que también se ha demostrado científicamente su relación con cinco aspectos vitales fundamentales: el bienestar, la salud, las relaciones, el ajuste académico y el desempeño laboral (Pérez-González y Qualter, 2018). Esto ha sido confirmado por diversos metaanálisis, viéndose en todos ellos que la inteligencia emocional rasgo presenta mayor grado de validez predictiva que la inteligencia emocional capacidad (tabla 3).

Tabla 3. *Resumen de validez de criterio de tanto IE capacidad como IE rasgo de acuerdo a metaanálisis.*

Área de impacto (variables asociadas)	IE capacidad	IE rasgo	Autor del metaanálisis
SALUD			Martins et al. (2010)
Mental	.17	.36	
		.53 (TEIQue)	
Física		.27	
		.52 (TEIQue)	
Psicosomática		.33	
		.50 (TEIQue)	
BIENESTAR	.22	.35	Sánchez-Álvarez et al. (2016)
		.55 (TEIQue)	
LIDERAZGO	.20	.58	Harms y Credé (2010)
RENDIMIENTO LABORAL	.16	.32	Joseph y Newman (2010)
	.24	.28	O'Boyle et al. (2011)
SATISFACCIÓN LABORAL	.08	.39	Miao et al. (2017)
RENDIMIENTO ACADÉMICO	.31	.40	Pérez-González y Botella (2012)
		.20	Perera y DiGiacomo (2014)

Nota: Los coeficientes de validez como correlaciones medias > .30 están en negrita

Fuente: Pérez-González y Qualter (2018)

Podemos concluir, por tanto, que las personas con mayor inteligencia emocional tienen mayor probabilidad de tener éxito en los diferentes aspectos vitales debido a la mejor utilización de sus recursos y de los de su entorno, habiéndose observado en numerosos estudios la relación de ésta en sentido positivo con constructos favorecedores de bienestar, y negativa con constructos

nocivos. Por este motivo, la inteligencia emocional es considerada un factor destacado en modelos teóricos de referencia, basados en la identificación de los principales factores psicológicos potenciadores de salud y bienestar, como el de “covitalidad” (como opuesto a “comorbilidad”), entendido como un conjunto de factores personales (principalmente competencias socioemocionales) que favorecen el ajuste psicosocial y la salud (Furlong, Dowdy, Carnazzo, Boverly, y Kim, 2014), o el de “capital psicológico”, que busca los recursos positivos o fortalezas humanas que pueden ser observadas, medidas y desarrolladas para la mejora del entorno laboral (Azanza, Domínguez, Moriano y Molero, 2014; Luthans, Youssef y Avolio, 2007; 2015).

Esto ya es de por sí una valiosa aportación al conocimiento que tenemos acerca de los fenómenos afectivos y su influencia en todos los aspectos vitales; sin embargo, la investigación científica debe estar al servicio de la práctica, y, por tanto, no podemos obviar de qué manera todos estos estudios pueden tener una aplicación real en la mejora de la vida de las personas. Esto ha llevado a los investigadores a una hacerse una pregunta ampliamente debatida durante las últimas décadas: ¿es la inteligencia emocional una capacidad estable inherente a la persona?, o por el contrario ¿es algo que puede ser modificable? La investigación científica actual afirma que sí que es posible que se den variaciones en la inteligencia emocional gracias a estrategias de tipo educativo, tanto si hablamos de inteligencia emocional rasgo como de inteligencia emocional capacidad, lo que puede comprobarse gracias a los metaanálisis de Schutte, Malouff, y Thorsteinsson (2013) y Hodzic, Scharfen, Ripoll, Holling, y Zenasni (2018), y más recientemente con la revisión sistemática de Kotsou, Mikolajczak, Heeren, Grégoire y Leys (2018).

Este descubrimiento es clave, ya que sitúa a la inteligencia emocional no sólo como elemento favorecedor del mejor desarrollo posible de las personas, sino como objetivo central de estrategias promotoras de bienestar y preventivas de múltiples trastornos y dificultades. En esa línea, Pérez-González y Qualter (2018) incluso afirman que es prácticamente una obligación moral la enseñanza de competencias emocionales desde una temprana edad, debido a las evidencias que tenemos actualmente de los beneficios de la inteligencia emocional sobre el bienestar y el éxito personal. No obstante, parece ser que la inteligencia emocional aún no es tomada en cuenta de manera rigurosa en la educación y en la promoción de la salud, como desarrollaremos en los últimos apartados de este capítulo, por lo que la investigación debe seguir dando cuenta de las evidencias halladas a través de estas estrategias en favor del bienestar de las personas.

2.1.1 Inteligencia emocional y salud

Numerosas investigaciones y metaanálisis han dejado patente que la inteligencia emocional es un factor protector de salud general, y especialmente de salud mental (Di Fabio y Kenny, 2016; Martins, A. et al., 2010; Mikolajczak et al., 2015; Petrides et al., 2016; Schutte et al., 2007), como quedó reflejado en la tabla 3. Incluso a nivel biológico, se observó a través de la medición de la cantidad de cortisol en saliva que la inteligencia emocional está relacionada con la capacidad de responder al estrés (Mikolajczak, Roy et al., 2007), lo que ha sido confirmado y ampliado recientemente mediante el meta-análisis de Sarrionandia y Mikolajczak (2019), dejando patente las asociaciones entre inteligencia emocional rasgo y diversos parámetros o marcadores biológicos de salud tales como la presión sanguínea diastólica o la activación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal en situaciones estresantes, o el nivel de glucosa en sangre. Asimismo, en enfermedades fisiológicas crónicas como la diabetes, se ha observado que es fundamental tener en cuenta los aspectos emocionales y comportamentales para un adecuado tratamiento de estas, sobre todo en lo relativo a la autogestión de la enfermedad (Scarton y de Groot, 2016).

En nuestro país Fernández-Abascal y Martín Díaz (2015) corroboraron la relación entre inteligencia emocional y salud mental y física en un estudio con 855 estudiantes universitarios, observando además que también se relacionaba con comportamientos de asunción de riesgos y de prevención. En este estudio fueron utilizados como instrumentos de medida de la inteligencia emocional el TEIQue y el Trait Meta Mood Scale (TMMS: Salovey et al., 1995), con el objetivo de comparar las subdimensiones y no sólo las puntuaciones globales, observándose que las de bienestar, autocontrol y sociabilidad pertenecientes al TEIQue correlacionaban de forma positiva con la salud mental y física, al contrario que la dimensión de atención del TMMS, que correlacionó de forma negativa. Petrides, Gómez y Pérez-González (2017) llevaron a cabo un estudio con 121 pacientes ambulatorios con diversos diagnósticos psicopatológicos, en el que se observó a partir de análisis de regresión jerárquica que la inteligencia emocional rasgo tiene efectos directos sobre la psicopatología, por encima del *mindfulness* y las creencias irracionales, además de un efecto indirecto a través de estos. Este estudio es de gran importancia no sólo por los rigurosos análisis estadísticos que confirman una vez más la validez incremental de la inteligencia emocional sobre otros constructos bien asentados en la literatura científica, sino que también pertenece al escaso grupo de investigaciones en este campo que cuentan con población clínica.

Por último, un estudio clave sobre la relación de la inteligencia emocional rasgo con la salud es el de Mikolajczak et al. (2015), en el que se comprobó que ésta predice una varianza incremental en el uso de recursos sanitarios, más incluso que otros factores como la edad, el

género, el índice de masa corporal, el nivel educacional, el soporte social o comportamientos relacionados con la salud (beber alcohol, fumar tabaco, hacer dieta o hacer ejercicio). Estas diferencias se calcularon en términos económicos para la población de Bélgica, llegándose a la potente estimación de que las personas con una baja inteligencia emocional cuestan al año aproximadamente dos millones de euros más a la seguridad social que los sujetos con alta inteligencia emocional. Más específicamente, las diferencias parecen ser aún más significativas en las personas con un bajo nivel educativo (educación primaria), donde el incremento de un 1% en la inteligencia emocional supondría el ahorro de un 1.3% en gastos sanitarios (Mikolajczak y Van Bellegem, 2017). Esto no solo refuerza el papel que tienen las emociones respecto a la salud, sino que es un importante argumento para que las instituciones políticas y sanitarias reconozcan su lugar e impulsen la integración de la inteligencia emocional en las estrategias preventivas y de promoción de la salud, sobre todo, teniendo en cuenta la tendencia actual a la sobremedicación del sufrimiento psíquico, y sus graves consecuencias en el bienestar y la salud de la población (Petrides et al., 2017).

2.1.2 Inteligencia emocional en el ámbito laboral

En el contexto organizacional los metaánálisis han dado muestra también de correlaciones muy interesantes de la inteligencia emocional, principalmente con respecto al rendimiento laboral (Joseph y Newman, 2010; O'Boyle et al., 2011) y a la satisfacción con el trabajo (Miao et al., 2017a; Miao et al., 2017b), donde se han visto positivamente relacionados. Esto cobra una especial importancia en trabajos con una alta carga emocional, en los que, como ya se ha mencionado previamente, puede haber un riesgo para la salud de los trabajadores según las estrategias de regulación emocional que utilicen. Frente a este tipo de dificultades, por tanto, la inteligencia emocional puede tener un importante papel protector, algo que ya apuntó Grandey (2000) en su modelo conceptual sobre el trabajo emocional. Sin embargo, aún queda por esclarecer la función de este constructo en relación a las exigencias emocionales en el trabajo, ya que en el metaanálisis de Joseph y Newman (2010), se observó que predecía el desempeño laboral en trabajos con una alta carga emocional ($r=.22$) pero no en los que era baja ($r=.00$), cuando ésta implicaba no solo el ocultar las propias emociones, si no mostrar además emociones positivas (Newman et al., 2010). Hay que reconocer pues, el peso que tiene el contexto en este ámbito, aunque sí que parece haber un consenso respecto al efecto positivo de la inteligencia emocional en los trabajos con alta carga emocional (Mikolajczak et al., 2007; Petrides et al., 2016).

Este tipo de empleos suelen estar asociados principalmente al trato con y cuidado de personas, por lo que ha sido foco de las investigaciones en este campo el personal sanitario,

docente o perteneciente al sector servicios. Una muestra de ello la tenemos en un estudio con profesionales de enfermería (Mikolajczak et al., 2007), donde se observó que la inteligencia emocional era un factor protector frente al estrés laboral y el *burnout*, debido entre otras cosas a que las personas con mayores puntuaciones en inteligencia emocional experimentaban más consonancia entre sus sentimientos y los esperados por el contexto, y realizaban menor esfuerzo emocional que las que tenían bajas puntuaciones. Otra investigación llevada a cabo también con enfermeros (Szczygiel y Mikolajczak, 2018) confirmó el efecto amortiguador de la inteligencia emocional frente al estrés y la insatisfacción laboral, a través del estudio de la experimentación de emociones negativas y su relación con el *burnout*. Se extrae de este trabajo la importante conclusión de que las emociones negativas no siempre conllevan a experimentar el síndrome de estar quemado con el trabajo, pero sí influyen particularmente en quienes presentan una baja inteligencia emocional.

En trabajadores del sector servicios, Lee, Lee y Chung (2018), analizaron el efecto de la inteligencia emocional sobre el agotamiento emocional y la satisfacción laboral, y en consecuencia con la intención de rotación profesional. Se observó que los empleados con mayor inteligencia emocional tenían menor intención de rotación profesional, lo que puede ser explicado por una mejor capacidad para recuperarse de la frustración y el agotamiento emocional. Se ha de señalar que en este estudio se usó el cuestionario Wong and Law's Emotional Intelligence Scale (WLEIS: Wong, C. y Law, 2002), el cual se debe considerar una escala de inteligencia emocional rasgo y no de capacidad por ser un autoinforme (Pérez et al., 2005; Siegling, Alexander B. et al., 2015). Otra aportación sustancial de este estudio es que pone de manifiesto que la inteligencia emocional no afecta sólo a los trabajadores de manera individual, sino que también tiene repercusiones a nivel organizacional.

Esto también ha sido corroborado en otro metaanálisis, en el que se observó que la inteligencia emocional está relacionada positivamente con el comportamiento de ciudadanía organizacional, y a su vez de forma negativa con las conductas contraproducentes en el trabajo (Miao et al., 2017c). En general, tal y como afirman Miao et al. (2017c), parece observarse que las personas que tienen mayores capacidades emocionales tienden a ser prosociales y útiles, y evitan incurrir en conductas que se desvíen de los intereses de la organización, lo que a su vez tiene consecuencias positivas sobre su salud, bienestar, satisfacción y rendimiento laboral, en línea con la teoría de la ganancia en espiral de recursos positivos (Salanova et al., 2005).

2.1.3 Inteligencia emocional, engagement y desesperanza

Inteligencia emocional y engagement son dos constructos cuyo interés por los investigadores se ha visto elevado en los últimos años, y por lo tanto, hemos podido encontrar diversos estudios dedicados a estudiar la relación entre ambos. No obstante, no ocurre lo mismo entre inteligencia emocional y desesperanza, cuya representación es mucho menor. La diferencia se hace patente haciendo una búsqueda en las bases de datos indexadas por EBSCO introduciendo los términos *emotional intelligence* y engagement, donde en mayo de 2019 aparecían más de 500 resultados, frente a los 25 para *emotional intelligence* y *hopelessness* (desesperanza). Nuestra exploración de la literatura científica tampoco reveló ningún estudio que investigara la relación entre las tres variables, siendo por tanto el primero el llevado a cabo en esta tesis doctoral.

2.1.3.1 Inteligencia emocional y engagement

Los diversos modelos e instrumentos de medida elaborados durante los últimos años sobre la inteligencia emocional han dado como fruto múltiples estudios que la relacionan con el engagement desde diferentes perspectivas. Pasamos a comentar aquí los trabajos que consideramos más relevantes por sus aportaciones y pertinencia con los objetivos de nuestra investigación.

En nuestro país encontramos varios estudios, como el de Durán, Extremera y Rey (2004), llevado a cabo con profesionales que trabajaban con personas con discapacidad intelectual. En éste, se observó una correlación significativa entre las tres dimensiones de engagement del UWES (vigor, absorción y dedicación) y la dimensión de reparación emocional del TMMS, aunque todas ellas fueron relativamente pequeñas. También en trabajadores sociales se observaron estas correlaciones con las dimensiones de claridad y reparación emocional, aunque la generalización de estos resultados es limitada pues la muestra de este estudio fue muy pequeña (Esteban Ramiro, 2014). En otra investigación, esta vez con estudiantes universitarios (Durán et al., 2006), sí que se encontraron correlaciones significativas ($p < .01$) entre todas las dimensiones del TMMS y del UWES (intervalo entre .16 y .23), observándose además que la inteligencia emocional presentaba validez incremental como predictor de *burnout* y engagement, sobre el estrés percibido y la autoeficacia. Mayores correlaciones se encontraron utilizando el WLEIS en profesores de infantil y primaria (Pena y Extremera, 2012; Pena et al., 2012), con valores comprendidos entre .31 y .46 entre todas las subdimensiones de engagement e inteligencia emocional percibida (IEP), corroborándose la relación positiva entre ambos constructos.

En el estudio de Pena, Rey y Extremera (2012) también se observó que había diferencias significativas ($p=.000$) entre quienes puntuaban más de una desviación típica por encima de la media en IEP y más de una desviación por debajo, y que en general mejores puntuaciones en IEP se correlacionaban también con mayor satisfacción con la vida y menor estrés percibido. Con estudiantes universitarios se volvió a encontrar una correlación positiva entre IEP y engagement, siendo este además mediador entre inteligencia emocional y satisfacción académica (Urquijo y Extremera, 2017). Otro estudio realizado con el WLEIS y el UWES en policías australianos, reconoció una relación entre inteligencia emocional y engagement mediada a través del bienestar y la satisfacción con el trabajo (Brunetto et al., 2012), algo que coincide con el estudio más reciente de Extremera, Mérida-López, Sánchez-Álvarez, y Quintana-Orts (2018) con una muestra multiocupacional, en el que también se observó que la relación entre inteligencia emocional y satisfacción laboral era mediada por las dimensiones de vigor y dedicación.

Por otro lado, basándose en el modelo de Bar-On, en el que se proponen dos factores propios de la inteligencia emocional (intrapersonal e interpersonal), Otake, Shimai, Uchiyama, y Utsuki, (2001) desarrollaron una escala validada en Japón a la que se añadió un tercer factor situacional. Esta escala fue utilizada en el estudio de Toyama y Mauno (2017), en el que a partir del modelo de demandas y recursos laborales (JD-R), se trataba de dilucidar la relación entre la inteligencia emocional y tres recursos personales (engagement, apoyo social y creatividad) en una muestra de enfermeros que trabajaban con personas mayores. Se vio en este estudio una correlación entre inteligencia emocional y engagement de .39 ($p<.001$), así como una relación directa significativa en el análisis mediacional ($\beta=.36$, 95%CI [0.275-0.454]). En general la inteligencia emocional en este estudio predijo engagement, apoyo social y creatividad, encontrándose también relaciones en las que engagement fue mediador de creatividad tanto por sí mismo como junto a apoyo social.

Otro estudio con enfermeros en China corroboró la relación entre inteligencia emocional (WLEIS) y engagement, encontrando además que esta relación estaba parcialmente mediada por la justicia organizacional (Zhu et al., 2015). En Sudáfrica los estudios de Williams, Wissing, Rothmann, y Temane (2009) y Nel, Jonker y Rabie (2013) se basaron también en el modelo de demandas y recursos laborales (JD-R) para evaluar, entre otras variables, engagement e inteligencia emocional, ésta mediante la Emotion Intelligence Scale (EIS: Schutte et al., 1998). La muestra aquí estuvo formada por funcionarios y enfermeros, y se comprobó que la inteligencia emocional es un importante mediador entre los factores contextuales del trabajo (demandas y recursos) y las variables psicológicas dependientes de este modelo, como el bienestar en el trabajo y el engagement.

El estudio de la inteligencia emocional rasgo a través del TEIQue y su relación con engagement también ha puesto de manifiesto una relación positiva entre ambos. En concreto en la investigación de Akhtar, Boustani, Tsivrikos, y Chamorro-Premuzic (2015) con más de mil trabajadores de los sectores de educación, tecnología y salud, la inteligencia emocional rasgo mostró validez incremental siendo capaz de predecir engagement aun controlando edad, género y factores de personalidad, y presentando a su vez la correlación más fuerte con el mismo (.41, $p < .01$).

2.1.3.2 Inteligencia emocional y desesperanza

Como ya hemos mencionado son bastante inferiores en número las investigaciones dedicadas al estudio de la inteligencia emocional y la desesperanza, siendo algo más frecuente los estudios que evalúan desesperanza como un síntoma de psicopatología o depresión, o como variable dentro del riesgo suicida. Comentaremos aquí los estudios cuya perspectiva teórica y aportaciones más se asemejan a la línea de investigación de esta tesis.

Ciarrochi, Deane, y Anderson (2002) realizaron una investigación con estudiantes universitarios para comprobar el papel mediador de la inteligencia emocional entre el estrés y tres variables asociadas a problemas de salud mental: la depresión, la desesperanza y la ideación suicida. La desesperanza fue medida mediante la HBS, pero para la inteligencia emocional se utilizaron el cuestionario de autoinforme de Schutte et al. (1998) y un Test de Historias, como medida objetiva de reconocimiento de emociones. Se observó en este estudio cierta superposición entre el factor de manejo de las propias emociones y la desesperanza, con una correlación de $-.70$, algo que era esperado por los autores por la similitud de ciertos ítems de las escalas. También de este estudio se desprende que la percepción emocional actúa como mediador entre el estrés y la depresión, la desesperanza y la ideación suicida, así como que las personas con una mayor percepción emocional muestran una asociación más fuerte entre los problemas de la vida diaria y la desesperanza. Ante los resultados obtenidos, se discute la hipótesis de que la baja percepción emocional puede ser protectora ante el estrés tanto por ignorancia como por confusión, por lo que la inteligencia emocional puede no ser siempre beneficiosa en los términos definidos por estos autores. Estas discrepancias sobre los efectos beneficiosos de la percepción y regulación emocional en ciertos contextos es algo también hallado en estudios que ya hemos mencionado previamente, como el metaanálisis de Joseph y Newman (2010) respecto a los trabajos con baja carga emocional, donde la inteligencia emocional no se revela como factor protector; o los estudios de Heffer y Willoughby (2018) y Anestis et al. (2011) donde la disfunción en la regulación emocional disminuyó el riesgo de suicidio.

Versiones adaptadas del cuestionario de Schutte et al. (1998) y la HBS fueron utilizadas en un estudio de más de 5500 estudiantes de secundaria en China, observándose una correlación significativa negativa entre la competencia emocional y la desesperanza (-.50, $p < .01$), siendo esta última además mediadora ante la ideación suicida. Esta correlación negativa se ha encontrado también con el cuestionario basado en el modelo de inteligencia socio-emocional de Bar-On (EQ-i: Bar-On, 1997) en un estudio con 119 hombres que cumplían condena en una prisión de media seguridad de Canadá (Hemmati et al., 2004). Debemos mencionar, sin embargo, que en este estudio se utilizó el Depression, Hopelessness and Suicide Screening Form (DHS: Mills y Kroner, 2002) como medida de desesperanza, y no la escala de Beck.

En España encontramos dos estudios que han querido valorar la relación entre inteligencia emocional y desesperanza, ambos utilizando el TMMS de Salovey et al. (1995). Calzada Espanyol et al. (2017) evaluaron el perfil psicopatológico de pacientes con diagnóstico de depresión en un servicio de salud mental público, observando que la inteligencia emocional se correlaciona negativamente con la desesperanza (medida con HBS) y la depresión, y valorándola como un importante factor a tener en cuenta para la evaluación y el tratamiento. El estudio de Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2003) comparó la correlación entre regulación emocional y la depresión endógena y la depresión por desesperanza, para lo que utilizaron diferentes ítems del BDI (Beck et al., 1961), encontrando que la regulación emocional está significativamente relacionada con la depresión por desesperanza, aun controlando para otros síntomas de depresión, lo que no ocurría en el caso contrario.

En definitiva, a pesar de la poca presencia de estudios en este ámbito, parece confirmarse la relación teórica negativa entre inteligencia emocional y desesperanza, en tanto en cuanto la primera está ligada a factores propios de salud y bienestar, y la segunda a lo contrario. Siguiendo este camino, la investigación que profundice en la naturaleza de esta relación, podrá ayudar a esclarecer de qué manera y en qué medida la inteligencia emocional puede ser un factor protector ante la desesperanza, validando aún más su papel como recurso personal de salud.

2.2 La educación para la salud y las emociones

Si bien la difusión de conocimientos en materia de salud se viene dando a lo largo de la historia de la humanidad a través de diversos formatos, no fue hasta principios del siglo XX cuando la educación sanitaria o educación para la salud comenzó a tenerse en cuenta dentro de la salud pública (Salleras, 1990), estableciéndose también como disciplina en el ámbito académico en el Instituto de Massachusetts (Perea Quesada, 2001). Se entendió pues que, para lograr una sociedad saludable, hacía falta que las personas se hicieran cargo de su propia salud, lo que no podría conseguirse sin los conocimientos necesarios sobre la misma. Esto supuso un claro avance hacia la mejora de la salud general, aunque, en estos primeros momentos y en consecuencia al desarrollo del saber científico de la época, la educación para la salud se focalizaba principalmente en los aspectos físicos y en la modificación de conductas insanas, responsabilizando al individuo de su propia salud (Salleras, 1990).

No obstante, las investigaciones en salud mental y psicología comenzaron a poner de manifiesto la necesidad de hacer frente también a los aspectos psíquicos y sociales en este ámbito (Kuriloff y Rindner, 1975), por lo que a partir de los años 70 comenzó a haber una transformación en el concepto y los objetivos de la educación para la salud (Salleras, 1990). Un cambio importante, en línea con la evolución del concepto de salud, fue el viraje del foco de atención desde los aspectos generadores de enfermedad hacia el polo opuesto, lo que hizo que Antonovsky (1993) propusiese el modelo de salutogénesis, dirigido a la comprensión de las condiciones y los mecanismos que contribuyen a la promoción y el mantenimiento de la salud en contraposición al modelo de patogénesis presente hasta el momento (Antonovsky, 1993; Bauer et al., 2019).

Asimismo, las numerosas investigaciones de las últimas décadas han demostrado fehacientemente la existencia de multitud de factores tanto individuales, como ambientales y sociales, que influyen en el estado de salud de las personas, y que, por tanto, deben de ser objeto de intervención de la educación para la salud. Sin embargo, ciertas carencias en el desarrollo de esta disciplina, como la ausencia de reconocimiento académico y profesional, la tardía implantación curricular, o las limitaciones estructurales metodológicas y de evaluación, han dificultado que haya una correlación entre la investigación y la realidad, generando en la práctica actividades puntuales sin continuidad espacio-temporal (García Martínez et al., 2000). En consecuencia, ciertos aspectos como los relacionados con la salud mental, han quedado de lado, priorizándose las conductas relacionadas con patologías físicas (e.g. campañas de alimentación saludable, contra el alcohol o el tabaco, sobre higiene dental...etc.).

Como puede resultar evidente, hacer ajena a la dimensión psíquica de las estrategias de prevención y promoción de la salud tiene consecuencias; prueba de ello es la reciente revisión de

Furnham y Swami (2018), en la que se observa que los conocimientos que tienen las personas sobre la salud mental influyen en su capacidad para el reconocimiento de síntomas y la búsqueda de ayuda, en perjuicio de la detección temprana y el tratamiento. Esto debe ser una llamada de atención para los agentes educadores en salud, y más si tenemos en cuenta la grave repercusión de trastornos mentales como la ansiedad y la depresión, en aumento año tras año (OMS, 2017c).

La educación para la salud, por tanto, debe aplicarse a diversos ámbitos de actuación (aunque el escolar pueda cobrar una especial relevancia por su propia idiosincrasia), e incluir todos los aspectos relativos al bienestar y la calidad de vida, y no solo a los aspectos físicos o a la modificación de conductas. En esta línea, Perea Quesada (2001) define la educación para la salud como:

un proceso de educación permanente que se inicia en los primeros años de la infancia orientado hacia el conocimiento de sí mismo en todas sus dimensiones tanto individuales como sociales, y también del ambiente que le rodea en su doble dimensión, ecológica y social, con objeto de poder tener una vida sana y participar en la salud colectiva. (pp.27-28)

Destacaremos dos aspectos fundamentales de esta definición, por su concordancia con los objetivos planteados en esta investigación. En primer lugar, la autora señala que se deben tener en cuenta todas las dimensiones del ser humano, lo que reafirma la necesidad de incluir los aspectos psíquicos y sociales en este proceso, en línea con el concepto holístico de salud actual. En consecuencia, el desarrollo de conocimientos y habilidades sobre nuestras emociones debe integrarse como un elemento más de la educación para la salud, lo que es reforzado por su papel más que demostrado sobre el bienestar. El segundo aspecto que queremos señalar de la definición de Perea Quesada (2001), es el hecho de que la finalidad de la educación para la salud no es solamente evitar la enfermedad, sino alcanzar un estado de bienestar que permita desarrollar una vida plena, lo que proporciona un enfoque positivo y centrado en los recursos de las personas, la participación social y la calidad de vida. Esto va en la línea del modelo de salutogénesis y de lo expuesto por García Martínez et al. (2000) que consideran que “el objetivo de la educación para la salud no ha de ser negar el riesgo, que es inherente a la vida humana, sino el de dominarlo y gestionarlo” (p.18), por lo que son de gran importancia las capacidades que adquieran los individuos en este sentido.

La definición de educación para la salud aquí expuesta, sin embargo, puede encontrar similitudes con otro término relacionado y desarrollado paralelamente en la literatura, y cuya

utilización puede ser ambigua en algunos casos: el de promoción de la salud. Algunos autores prefieren hablar de ésta por relacionar la educación exclusivamente con la búsqueda de un cambio comportamental (Lee, 2009), entendiendo a la promoción de la salud como un fenómeno que conlleva cambios más profundos y colectivos. Sin embargo, desde el ámbito educativo se tiene una visión más amplia de la educación para la salud, como se recoge en la definición de Perea Quesada (2001), y por tanto no se hace tan patente esa distinción (St Leger y Young, 2009).

Atendiendo a la definición utilizada por la OMS (1998), la promoción de la salud se conceptualiza como un término más amplio que engloba todos los medios necesarios para mejorar la salud y el control sobre los determinantes de la misma, por lo que la educación para la salud quedaría contenida dentro de esta. En nuestro caso, recurrimos al término de educación para la salud tal y como lo conceptualizan Perea Quesada (2001) y García Martínez (2006), y que implica un proceso permanente de enseñanza-aprendizaje más allá de la mera instrucción de conocimientos, generando un espacio de desarrollo donde las personas puedan crear o encontrar los recursos adecuados a sus necesidades. En definitiva esto hará “que los sujetos asuman sus propias responsabilidades, interviniendo activamente en el proceso de generación de conocimiento y acción práctica sobre las condiciones que afectan a su salud” (García Martínez et al., 2000, p. 42), lo que coincide directamente con el objetivo primordial de la promoción de la salud.

Pero más allá de las diferencias terminológicas, podemos observar en las últimas décadas una corriente que apuesta por una educación integral que abogue por la protección y promoción de la salud de manera transversal. Para ello, los más eminentes organismos internacionales en materias de salud y educación han elaborado diversos documentos donde se han materializado las directrices a seguir para lograr este objetivo, como por ejemplo la Carta de Ottawa (1986), la Conferencia de Yakarta (1997) o la Declaración de Incheon (2015). En todos ellos se hace hincapié en el papel de la comunidad como motor de cambio y de promoción de la salud, destacando el papel tan relevante que tienen los agentes educativos, y en especial las escuelas, en este campo. Por este motivo, en 1991 la Oficina Regional Europea de la OMS, la Comisión de la Unión Europea y el Consejo de Europa, crearon la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (*SHE Network*), que actualmente tiene presencia en más de 30 países.

En nuestro país el Plan Estratégico de Salud Escolar y Estilos de Vida Saludable (2016-2020), pretende desarrollar los objetivos planteados desde la red europea, haciendo de referente para la promoción de la salud en las escuelas españolas. Cabe destacar que en este documento se incluye el concepto de bienestar emocional como algo “novedoso” (p.33), y se hace una única mención a la inteligencia emocional, la cual se incluye entre los criterios de evaluación de la materia valores éticos (p.153).

No obstante, la educación para la salud no es solo tarea de la escuela, si no que debe estar presente también en el ámbito laboral y comunitario (Salleras, 1990). Cada contexto presenta una serie de necesidades, riesgos y recursos específicos, de los que los agentes en salud deben tomar consciencia para elaborar las estrategias educativas pertinentes, en línea con los objetivos de capacitación y promoción de la salud (García Martínez et al., 2000; Salleras, 1990). Para ello, se deben promover las investigaciones que analicen los factores predisponentes, facilitadores y reforzadores de la salud de manera rigurosa, como por ejemplo a través del modelo PRECEDE, que ha demostrado su utilidad en este ámbito, y que tiene en cuenta desde factores individuales hasta sociales y políticos (Phoenix y Winnie, 2008).

Existen, por tanto, fundamentadas líneas de actuación acordes a la ética y al conocimiento, que deben ser tenidas en cuenta a la hora de diseñar, implementar y evaluar estrategias adecuadas en educación para la salud, lo que implica la necesidad de incluir el componente emocional (Ortega-Navas, 2010). La repercusión en la mejora del bienestar y la prevención de pérdida de salud de todos los individuos es tal, que diversos autores la consideran como una cuestión de promoción de la salud pública (e.g. Bonell et al., 2014; Greenberg et al., 2017; Pérez-González y Qualter, 2018), cuyo objetivo debe ser lograr el mayor desarrollo posible de personas y sociedades saludables a todos los niveles. Cabría esperar entonces que las prácticas de educación para la salud llevadas a cabo en todos los ámbitos correspondieran al modelo holístico de salud que incluye todas las dimensiones del ser humano (biológica, psíquica y social), incluyendo por tanto el componente emocional. Sin embargo, nos encontramos con que, a pesar del sustento institucional y científico, la educación para la salud no parece tener en cuenta la salud mental y las emociones como debería, algo que quedará de manifiesto en las revisiones sistemáticas desarrolladas posteriormente en este capítulo.

2.2.1 Educación emocional

La diferenciación de modelos teóricos acerca de las emociones y la inteligencia emocional ha hecho que en el estudio de este campo se hallen diversas líneas metodológicas, lo que aún se encuentra con no pocas incógnitas sobre de qué manera se pueden llevar a cabo estrategias educativas al respecto. Como ya se ha expuesto anteriormente, la investigación científica ha dado cuenta de la relevancia de la inteligencia emocional y su relación con aspectos tan significativos como el bienestar, la salud, y el éxito académico entre otros; demostrando además que puede ser modificada a través de estrategias educativas. La siguiente cuestión, clave para el desarrollo de actuaciones destinadas a mejorar la inteligencia emocional adecuadas, es de qué manera es posible llevar a cabo este cambio en las personas.

Paralelamente a la investigación sobre inteligencia emocional, se han ido desarrollando intervenciones con el objetivo de mejorar las competencias emocionales bajo la luz de diversos nombres y modelos teóricos: educación emocional, educación socioemocional, educación afectiva, alfabetización emocional, y aprendizaje socio emocional (Pérez-González y Qualter, 2018). Aunque parten de premisas teóricas a priori distintas, estos diversos términos engloban características similares referentes al aprendizaje y puesta en práctica de competencias emocionales y sociales. En este caso, hemos optado por hacer referencia a estos procesos a través del término educación emocional, entendido según la definición de Bisquerra et al. (2015) como un “proceso educativo, continuo y permanente a lo largo de toda la vida, que se propone el desarrollo de competencias emocionales” (p.173).

Es importante esclarecer que, tanto de esta definición como de las diferentes etiquetas antes nombradas referidas a este concepto, se infiere que no nos referimos sólo a intervenciones educativas destinadas a mejorar la inteligencia emocional, sino todo tipo de componentes afectivos y sociales relacionados, o lo que Pérez-González (2012) denomina como educación emocional en sentido amplio o laxo. De esta manera, la educación emocional abarca tanto el conocimiento de las propias emociones (tipos, características, emociones principales, fenómenos afectivos...etc.) como las características propias de la inteligencia emocional, colocando en un lugar central a la regulación emocional, aspecto considerado como punto clave para evaluar la efectividad de las intervenciones de educación emocional (Pérez-González y Qualter, 2018).

Diversos programas e intervenciones se han llevado a cabo y evaluado con el objetivo de educar los aspectos emocionales, aunque con diferencias teóricas y metodológicas que no garantizan la generalización de resultados (Pérez-González, 2008). Los programas que mayor prestigio han adquirido son los desarrollados por la asociación *Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning* (CASEL), cuya efectividad ha sido demostrada en el ámbito escolar (Durlak et al., 2011) pero también criticada, puesto que no se sustentan en un modelo teórico o constructo basado en la evidencia científica como la inteligencia emocional, si no que aglutinan una serie de teorías y competencias emocionales que varían de unos estudios a otros y dificultan su replicación y validación (Pérez-González, 2008; Pérez-González y Qualter, 2018; Zeidner et al., 2002). Dos programas han sido desarrollados a partir del modelo de inteligencia emocional capacidad de Mayer y Salovey (1997): el RULER (Brackett et al., 2012) y el INTEMO (Ruiz-Aranda, Desiree et al., 2012). Ambos han demostrado tener efectos positivos sobre algunas competencias emocionales (Rivers et al., 2013; Ruiz-Aranda, Desiree et al., 2012), pero no sobre la inteligencia emocional global. Esto nos lleva de nuevo al concepto de educación emocional en sentido amplio, pues lograr una mejora de competencias emocionales ya es un éxito y, por tanto,

merece ser investigado en profundidad, aunque aún no haya evidencia de modificaciones en la inteligencia emocional.

Asimismo, la perspectiva de una educación para la salud integral que incluya la dimensión emocional es positiva, demostrando su efectividad al menos en las escuelas, como muestran cada vez más estudios (e.g. Barry, M. M. et al., 2017; Birch, 2017; Fuente et al., 2014; Kimber et al., 2008; Wells et al., 2003). La revisión sistemática de O'Connor, Dyson, Cowdell, y Watson (2017) refleja la creciente implantación de programas escolares que incluyen la educación emocional, pero también señala que es necesaria una mayor investigación sobre la eficacia de todas estas iniciativas como medios para mejorar el bienestar de los jóvenes. En esta línea el metaanálisis de Taylor, Oberle, Durlak, y Weissberg (2017) indagó acerca de los efectos a largo plazo de 82 intervenciones basadas en el enfoque del aprendizaje socioemocional (SEL), observándose efectos significativos positivos para aquellos que recibieron ese entrenamiento hasta más de 3 años después. En concreto las habilidades socioemocionales surgieron como el mejor predictor de bienestar en los seguimientos realizados tras las intervenciones, lo que demuestra de nuevo la importancia e influencia de las competencias emocionales como la regulación emocional o las habilidades relacionales. También en este estudio se valoró como un importante hallazgo que los resultados eran positivos no solo en cuanto a mejora de variables positivas (mejora de relaciones sociales, tasas de graduación escolar y asistencia a la universidad entre otras), sino que también las personas que recibieron intervenciones de SEL se vieron más protegidas frente a variables negativas, como los arrestos o la presencia de trastornos clínicos (Taylor et al., 2017).

Estos programas fueron diseñados para niños en etapas escolares y adolescentes, pero puesto que se ha demostrado que la inteligencia emocional puede ser entrenada y modificada en adultos (Hodzic et al., 2018), y los múltiples beneficios que esto puede conllevar, es necesario aplicar este conocimiento a todas las esferas posibles. Esto es especialmente relevante pues para el ámbito organizacional, que puede verse muy beneficiado de la puesta en marcha de prácticas que mejoren las competencias emocionales de sus trabajadores, con las consecuencias que esto tendría para su salud emocional, desempeño y satisfacción laboral. El metaanálisis de Mattingly y Kraiger (2018) viene a apoyar esta premisa, confirmando que la inteligencia emocional en adultos se puede mejorar a través de programas educativos en el ámbito laboral, concretamente entre un 12% y un 16%, lo que concuerda con la estimación realizada previamente por Petrides et al. (2016). Esto pone de manifiesto la necesidad de llevar a cabo estrategias de educación para la salud que incluyan las emociones y la inteligencia emocional en el ámbito laboral, y no sólo a nivel escolar.

Los datos son prometedores y deben ser tenidos en cuenta para futuras investigaciones que indaguen en la evidencia de qué tipo de intervenciones educativas mejoran las competencias

sociales y emocionales, o más concretamente la inteligencia emocional y sus facetas, tanto en el ámbito educativo y escolar, como en el ámbito organizacional. Para ello debe existir también una coordinación entre el ámbito educativo y el sanitario, que facilite la investigación multidisciplinar y conjunta, y que permita la adecuación de los recursos necesarios para la puesta en práctica de estrategias educativas para la salud emocional basadas en la evidencia.

Mientras tanto, Pérez-González y Qualter (2018) proponen un decálogo de recomendaciones para el diseño, implementación y evaluación de intervenciones de educación emocional, basado en la evidencia y el conocimiento que tenemos al respecto en la actualidad gracias a los estudios de numerosos autores especialistas en el campo, y del cual exponemos aquí un resumen:

1. Basar la educación emocional en modelos teóricos sólidos y explicitarlos.
2. Especificar los objetivos de aprendizaje en términos evaluables y comprensibles para los educandos.
3. Hacer esfuerzos coordinados para involucrar a toda la comunidad.
4. Asegurar el apoyo de la comunidad en torno a la escuela antes de implementar el programa.
5. Promover una implementación del programa sistemática, integrada con el resto de actividades y programas.
6. Usar técnicas de enseñanza-aprendizaje activas y participativas.
7. Ofrecer oportunidades para la práctica y la generalización a situaciones cotidianas.
8. Incluir planes de asesoramiento y entrenamiento para los responsables del programa.
9. Evaluar antes, durante y después de la implementación.
10. Utilizar diseños cuasi-experimentales rigurosos, con grupo control y grupo experimental, y con instrumentos de medida fiables y válidos.

En definitiva, aunque aún es necesaria una mayor profundización sobre los efectos de la educación emocional, la evidencia científica recabada al respecto parece indicar que ésta es un importante valor a tener en cuenta en la prevención y promoción de la salud, y las inversiones de tiempo, dinero y esfuerzo en la misma se presentan con altas probabilidades de ser rentabilizadas.

2.3 Revisión sistemática I: la salud y las emociones

Para completar el análisis bibliográfico sobre el estado de la cuestión, se llevó a cabo una revisión sistemática de la relación reportada entre las emociones y la salud en la literatura científica, siguiendo el modelo PRISMA (Liberati et al, 2009). A continuación, se describen todos los pasos de la misma en línea con las pautas establecidas en este protocolo.

2.3.1 Objetivos

La revisión solo constó con un objetivo general:

- Comprobar si en la difusión del conocimiento científico actual las emociones se relacionan de alguna manera con la salud.

2.3.2 Método

a) Protocolo y recogida de datos

Se realizó una revisión sistemática siguiendo el protocolo presentado en la declaración PRISMA (Liberati et al., 2009), el cual expone una lista de 27 ítems que deben ser tenidos en cuenta para la elaboración de un correcto informe, en estudios de revisión sistemática y metaanálisis.

b) Criterios de inclusión

El objetivo de la revisión fue encontrar artículos de revistas científicas en los que se relacionasen las emociones con la salud de algún modo. Para localizar el máximo número de artículos posibles, se aplicaron límites para el idioma (sólo artículos en inglés) pero no para la fecha de publicación. En definitiva, solo hubo un criterio de inclusión, que las emociones se relacionaran con la salud, independientemente de la naturaleza de esta relación, en artículos de revistas científicas en lengua inglesa.

c) Fuentes de información

Se consultaron dos bases de datos electrónicas: PsycInfo y Medline. Las búsquedas se realizaron entre el 28 de octubre y el 17 de diciembre de 2018.

d) Búsqueda

La revisión se llevó a cabo a través de la herramienta EBSCOHost *Online Research Databases*. Los parámetros de búsqueda seleccionados fueron títulos de artículos de revistas científicas, que comprendieran las palabras “health” y *emotion** (*emotions, emotional, emotionally...etc*). Se valoró incluir el término *affect**, considerando que puede ser utilizado como sinónimo de *emotions*, pero se descartó por su uso como verbo y su aparición en la mayoría de los casos como sinónimo de enfermedad (*affection*). Se aplicaron límites para artículos revisados por pares y escritos en inglés (tabla 4).

Tabla 4. *Términos de búsqueda (RS-I)*

Base de datos	Términos de búsqueda	Límites
PsycINFO	TI “health” Y TI <i>emotion*</i>	Tipo de publicación: Revista de revisión por pares; Idioma: inglés; Tipo de documento: Artículo de revista; Excluir disertaciones
Medline	TI “health” Y TI <i>emotion*</i>	Tipo de publicación: Artículo de revista; Idioma: inglés

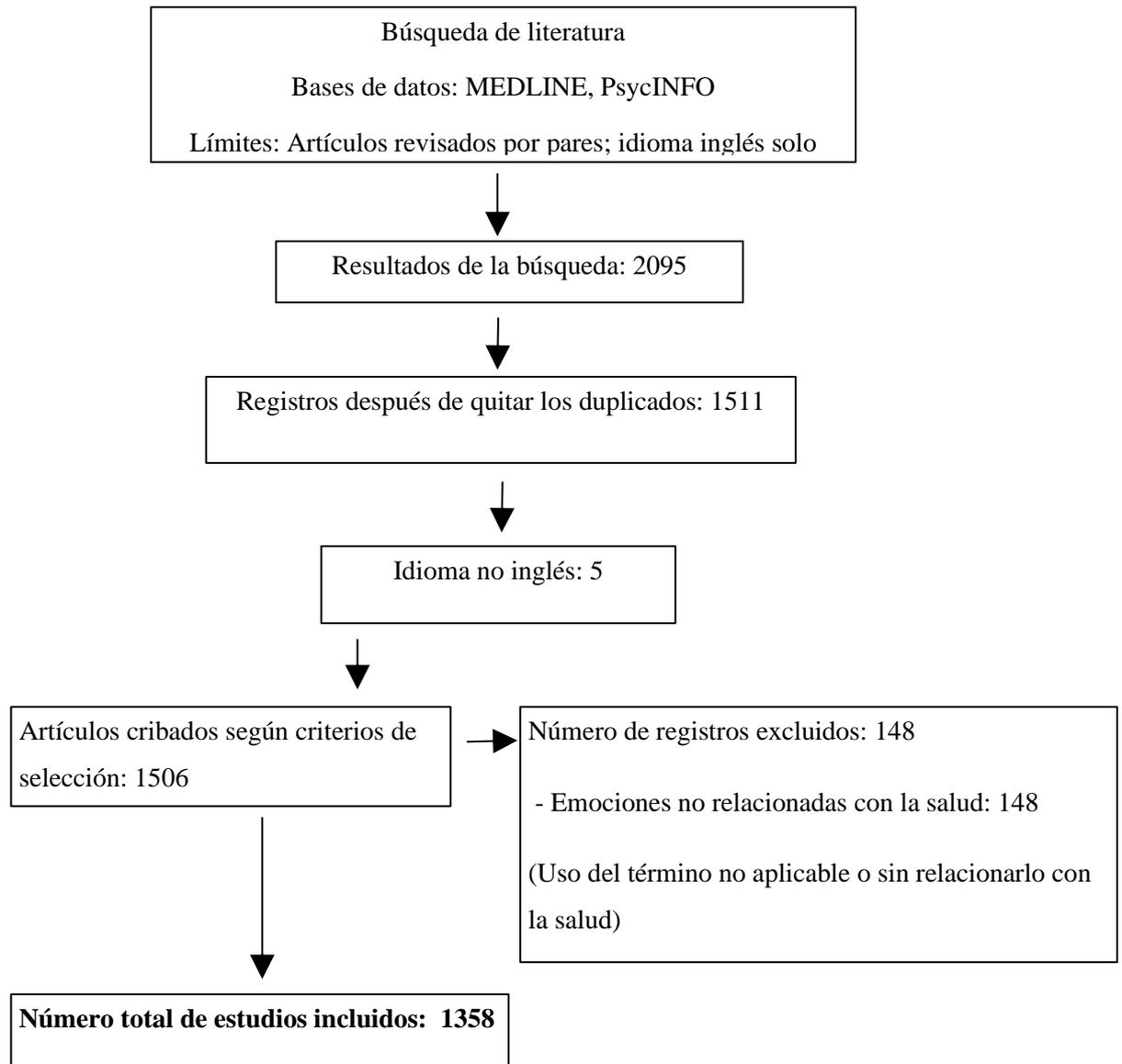
e) Selección de estudios

La búsqueda completa devolvió 2095 resultados: 1106 de Medline y 989 de PsycInfo. De estos, 572 fueron excluidos por EBSCO por estar duplicados, y otros 12 más fueron identificados como duplicados por la autora. Otros 5 registros fueron descartados por no estar en inglés, y de los 1506 restantes 148 no cumplieron el criterio de inclusión (figura 10).

f) Proceso de colección de datos

Los estudios se seleccionaron según el criterio de inclusión, que buscaba la existencia de relación entre las emociones y la salud, independientemente de la naturaleza de esta relación. Debido a la amplitud del criterio, no hizo falta la selección de estudios para su lectura completa, si no que los registros se filtraron en función del título y el resumen accesible desde la base de datos.

Figura 10. Diagrama de flujo del proceso de revisión según PRISMA (RS-I).



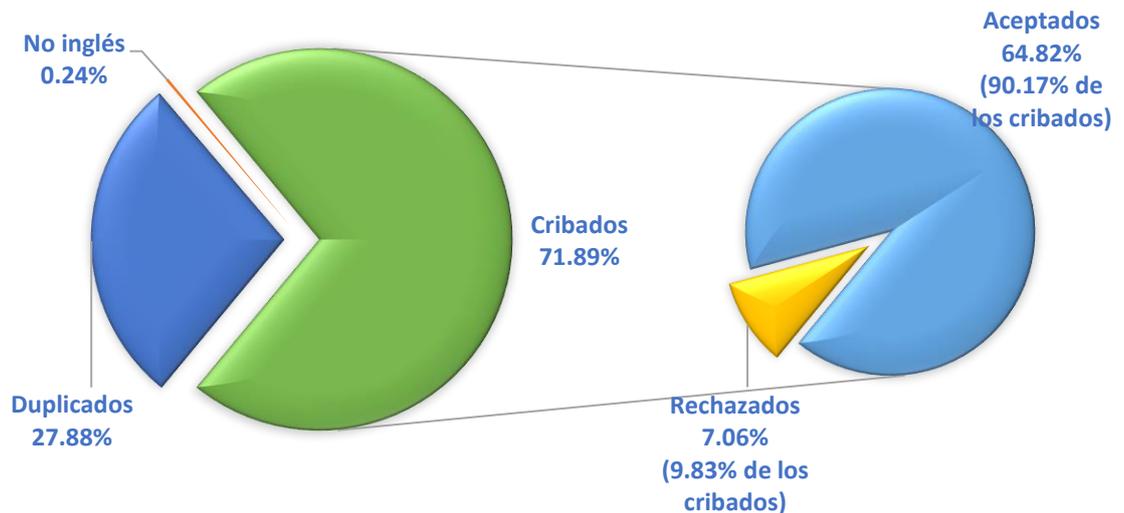
2.3.3 Resultados

Del total de artículos que aparecieron en la búsqueda de EBSCO, el 27.88% fueron duplicados, el 0.24% no estaban en inglés y el 7.06% no cumplieron el criterio de inclusión planteado en la revisión. El principal motivo de rechazo de los artículos fue el uso de la palabra “*health*” como adjetivo para definir profesiones sanitarias sobre las que se llevaron a cabo estudios o se daba algún tipo de información (*health care practitioners*). En ellos, la salud no era la variable a valorar de la investigación, aunque sí se hablase de las emociones de estos

profesionales. Otros artículos trataban temas de salud generales pero la palabra *emotion* o sus derivadas se utilizaban con otro sentido, no aplicable a nuestro estudio.

Sí que se observó que la mayoría de los artículos hablaban de la influencia de las emociones en la salud psicológica o mental, campo donde por la indudable influencia de la psicología han sido más estudiadas, aunque principalmente desde una visión negativa que se enfoca hacia los problemas emocionales. También se encontraron numerosos artículos que relacionaban la influencia de las emociones con los comportamientos y/o pensamientos que llevan o no a tener conductas saludables, aspecto de importancia para las autoridades de salud pública por cómo llevar a cabo estrategias adecuadas de prevención y promoción de la salud.

Figura 11. Resultados de la búsqueda RS-I



2.3.4 Discusión y conclusiones

El porcentaje de artículos aceptados en la revisión es bastante elevado (90.17% de los artículos cribados) siendo por tanto aproximadamente solo un 10% de los artículos los que no hablaban de la relación entre emociones y salud, a pesar de contener las palabras *emotion** y *health* en sus títulos. Esto se puede deber a otros usos de los términos *health* y *emotion** como ya se ha explicado anteriormente. Podría parecer entonces que la literatura científica está muy sensibilizada con la influencia de las emociones en la salud; sin embargo, este dato debe ser tomado con precaución, puesto que el criterio de inclusión de esta revisión fue muy amplio, y no

se profundizó en la relación que se establecía en cada artículo entre ambas variables. Este análisis más extenso se realizó en una segunda revisión sistemática, enfocada en el campo de la educación para la salud, y que se expondrá en el epígrafe siguiente.

También se recurrió a otro dato que pudiera servir de referencia para interpretar la información aquí recogida, comparando nuestra indagación con otra sobre literatura de salud general. Se realizó otra búsqueda con los mismos criterios utilizados en la revisión, pero sólo con el término “*health*”. La búsqueda en Medline de este término devolvió 427,303 resultados, y en PsycINFO 113,255. Atendiendo a estos datos observamos que sólo el 0.39% de los registros permaneció al añadir el término *emotion** en la búsqueda, quedando de manifiesto la poca representación que tienen las emociones respecto a la salud en la literatura científica. Si bien es cierto que, ampliando la búsqueda a otros campos como el resumen o el cuerpo del artículo en general, es posible que estas cifras aumenten, creemos que este dato es bastante representativo por ser el título del artículo el que da cuenta de la información más relevante recogida dentro del mismo. Por lo tanto, podemos inferir que, aunque sí parece haber una corriente que trata de investigar acerca de la relación existente entre las emociones y la salud, aún es bastante poco el peso que tiene el componente emocional respecto a la investigación científica sanitaria general.

Respecto a los artículos incluidos en la revisión podemos presentar algunos hallazgos fruto del análisis y estudio de los mismos. En primer lugar, se observa frecuentemente una categorización de las emociones como meras variables a medir para recoger información sobre sujetos, sobre todo en informes de tipo experimental, lo que genera conocimiento principalmente de tipo descriptivo, más que de búsqueda de relaciones entre emociones y salud. También aparece una tendencia mayoritaria a hablar de las emociones poniendo el foco en aspectos negativos, como trastornos o síntomas relacionados con las mismas. Esto puede entenderse quizá desde una perspectiva de resolución de problemas, asociada en mayor medida al modelo de patogénesis, prisma por el que son atravesadas probablemente las investigaciones sobre la salud.

Sin embargo, actualmente conocemos el carácter positivo y protector de una buena salud emocional, por lo que debería verse reflejado este saber en el interés investigador para lograr el desarrollo de estrategias educativas o de índole preventivo adecuadas. Esto no solo concordaría con la apuesta global por la salud como algo más que la mera ausencia de enfermedad, sino que muy probablemente minimizaría la necesidad de tratar con la aparición de múltiples trastornos de toda índole. Por último, llama la atención también que la mención que se hace a la inteligencia emocional es bastante escasa en general, a pesar de su peso en la investigación científica actual y su demostrada relación con la salud.

En conclusión, podemos afirmar que en esta primera revisión nos encontramos con la evidencia de que la literatura científica no parece estar sensibilizada con los avances sobre

emociones, inteligencia emocional y salud, a pesar de existir una corriente que trata de ahondar en este ámbito. Esto debe ser tenido en cuenta como una llamada a la comunidad investigadora para desarrollar su labor ampliando la frontera de conocimiento en este campo, apoyándose sobre los estudios basados en la evidencia; de no ser así, y mientras continúe esta situación, nos encontraremos inevitablemente con un impedimento para que las prácticas en torno a la promoción de la salud cumplan con su objetivo de lograr el mayor bienestar posible de las personas.

2.4 Revisión sistemática II: la educación para la salud y las emociones

Se plantea en esta segunda revisión conocer el grado de integración que tienen las emociones y la inteligencia emocional en las prácticas de educación para la salud (en adelante EpS), tomando como referencia la literatura científica al respecto.

2.4.1 Objetivos

Se plantearon tres objetivos para esta revisión:

- Analizar la conceptualización de la EpS y los tipos de intervenciones que se reportan.
- Comprobar en qué medida las emociones se consideran una parte necesaria a trabajar en las intervenciones de EpS.
- Comprobar en qué medida la inteligencia emocional es un constructo presente en la literatura sobre EpS

2.4.2 Método

a) Protocolo y recogida de datos

Se realizó una revisión sistemática siguiendo el protocolo presentado en la declaración PRISMA (Liberati et al., 2009), el cual expone una lista de 27 ítems que deben ser tenidos en cuenta para la elaboración de un correcto informe, en estudios de revisión sistemática y metaanálisis.

b) Criterios de inclusión

El propósito de la revisión fue encontrar artículos de revistas científicas en los que se incorporasen las emociones dentro de prácticas de EpS. Se aplicaron límites para el idioma (sólo artículos en inglés) pero no para la fecha de publicación. Para la selección de los artículos se tuvieron en cuenta dos criterios: criterio de EpS y criterio de inclusión de emociones. A través del primer criterio, se seleccionaron los artículos cuya temática versara sobre prácticas, recursos o técnicas educativas, dirigidas a mejorar el conocimiento, habilidades y/o aspectos comportamentales en relación con temas específicos o generales de salud. Por lo tanto, no se seleccionaron estudios sobre indicadores de salud si su aplicación al campo de la EpS no era su principal objetivo; ni tampoco estudios que comparasen programas o técnicas psicoterapéuticos con prácticas de EpS, teniendo en cuenta éstas sólo como grupo

control; o artículos sobre la educación que reciben los profesionales de la salud, denominada en inglés *public health education*.

El segundo criterio aplicado (inclusión de emociones), exigía que las emociones fuesen incluidas dentro de la práctica de EpS, como elemento propio de salud. En este paso se excluyeron aquellos artículos en los que sólo se hablaba de apoyo emocional o se realizaban intervenciones psicoterapéuticas, sin intencionalidad educativa al respecto; o en los que sólo se medían las emociones a modo de variables para evaluar la intervención educativa realizada.

c) Fuentes de información

Se consultaron tres bases de datos electrónicas: ERIC, PsycInfo y Medline. Las búsquedas se realizaron entre el 30 de septiembre y el 12 de octubre de 2018.

d) Búsqueda

La revisión se llevó a cabo a través de la herramienta EBSCOHost *Online Research Databases*. Los parámetros de búsqueda seleccionados fueron resúmenes (abstracts) que comprendieran las palabras “*health education*” y *emotion** (*emotions, emotional, emotionally...etc*). Se aplicaron límites para artículos revisados por pares y escritos en inglés (tabla 5).

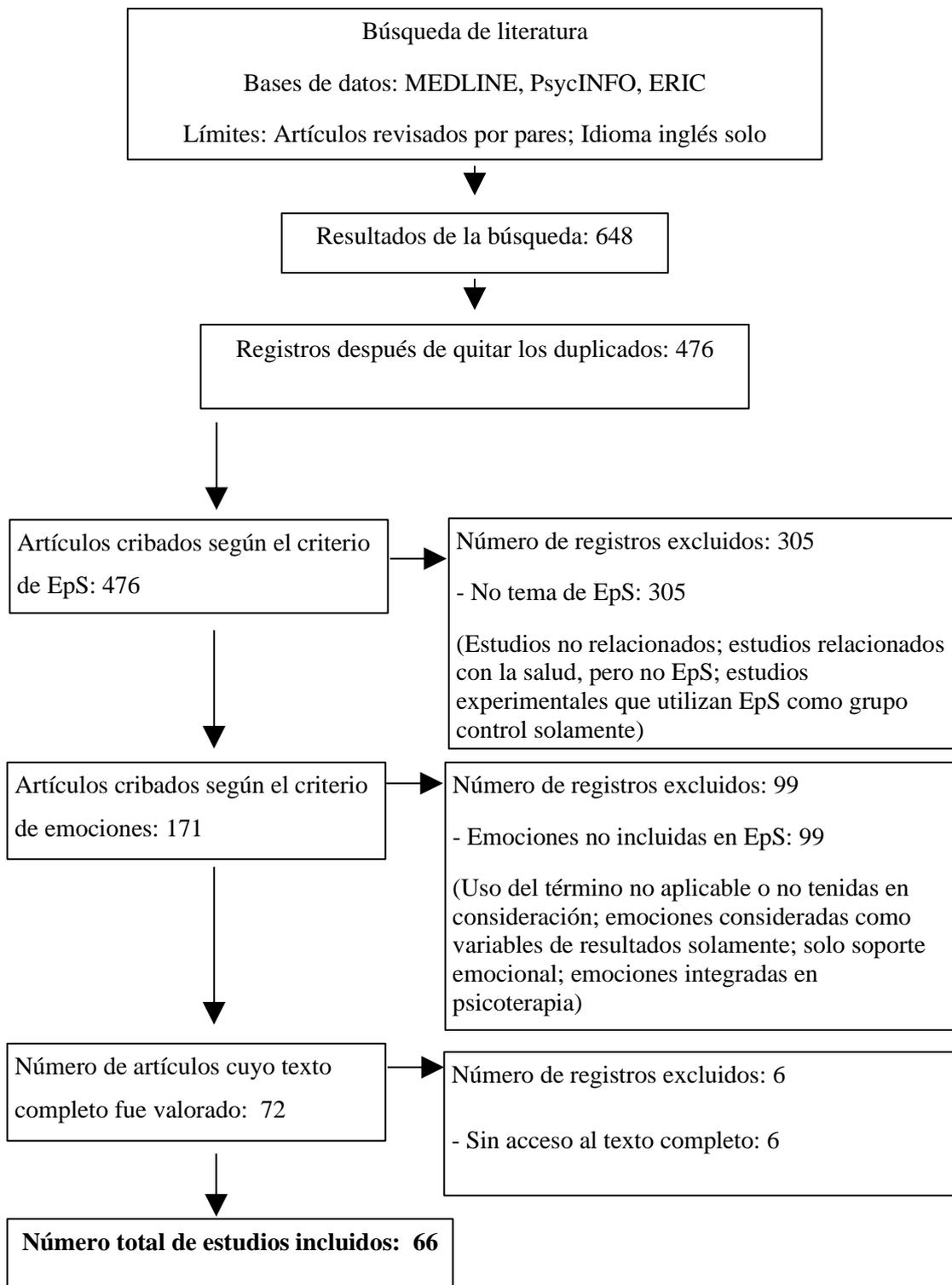
Tabla 5. *Términos de búsqueda (RS-II)*

Base de datos	Términos de búsqueda	Límites
ERIC	AB “health education” Y AB emotion*	Revisados por pares; Artículos de revista; Idioma: inglés
PsycINFO	AB “health education” Y AB emotion*	Tipo de publicación: Revista revisada por pares; Idioma: inglés
Medline	AB “health education” Y AB emotion*	Revistas académicas; Idioma: inglés

e) Selección de estudios

La búsqueda completa devolvió 648 resultados: 348 de Medline, 217 de PsycInfo y 83 de ERIC (figura 12).

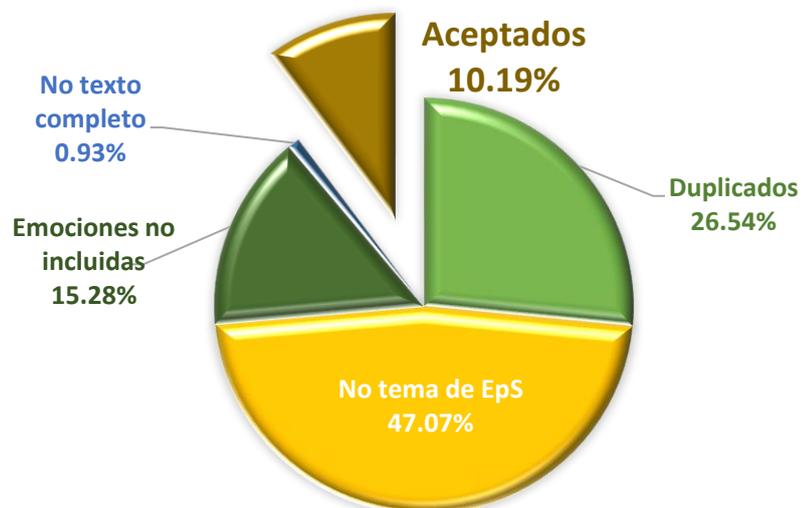
Figura 12. Diagrama de flujo del proceso de revisión según PRISMA (RS-II)



De estos 648, 167 fueron excluidos por EBSCO por estar duplicados, y otros 5 más fueron identificados como duplicados por la autora. Resultaron en total 476 artículos, que fueron cribados según el criterio de EpS, lo que conllevó a la exclusión de otros 305 registros.

De los 171 artículos restantes, 72 cumplieron el segundo filtro, relativo al criterio de inclusión de emociones. Sin embargo, 6 de estos artículos tuvieron que ser excluidos por imposibilidad de conseguir el texto completo para su valoración, no encontrándose en los registros electrónicos ni recibiendo respuesta por parte de los autores, lo que conllevó a un total de 66 artículos que cumplieron todos los criterios de inclusión.

Figura 13. Clasificación del total de artículos de la búsqueda según el proceso PRISMA.



f) Proceso de colección de datos

Los estudios seleccionados se clasificaron para obtener más información acerca del papel de las emociones en las prácticas de EpS. Se tuvieron en cuenta tipo de artículo, tipo de intervención, tipo de tema dentro del ámbito de la salud, y tratamiento de las emociones.

- Tipo de artículo: Se clasificaron los diferentes formatos de publicación, conforme a lo cual los artículos aceptados se dividieron en 3 categorías: Informe experimental, refiriéndose a la publicación de una investigación empírica tanto diseñada como ya realizada; Descripción de programa o teoría, en cuanto a presentación de nuevos programas o disertaciones sobre el tema; y Revisión del campo de conocimiento.

- Tipo de intervención: Práctica específica de EpS que fue descrita o llevada a cabo en cada publicación. Los registros se clasificaron en 7 categorías: 1) Programa de EpS con un objetivo y población específicos, 2) Asignatura de EpS en educación formal general, 3) Programa terapéutico que incluye EpS, 4) Revisión de estudios anteriores, 5) Disertación teórica sobre EpS, 6) Cuestionario sobre EpS y 7) Recurso desarrollado para la práctica de EpS.
- Tema: Área temática dentro del ámbito de la salud sobre la cual se desarrolla el artículo. Se recogieron 6 categorías diferentes, teniendo en cuenta que un mismo registro podía englobar más de un tema: 1) EpS en educación formal, principalmente la llevada a cabo en escuelas; 2) EpS para un tema concreto, i.e. enfermedades específicas (cáncer, sida, osteoporosis...etc.) o temas particulares de salud (sexualidad, salud de los cuidadores...etc.) siendo esta llevada a cabo mediante programas específicos; 3) Salud mental, término muy recurrente debido a la inclusión de la palabra *emotion** en la búsqueda; 4) Evaluación de intervenciones de EpS, en cuanto a presentación de resultados del efecto de las intervenciones educativas llevadas a cabo; 5) Agentes educadores para la salud, opinión de los mismos y su papel en la EpS; 6) Modelo de salud que se presenta de manera teórica, o práctica a través de diseños experimentales.
- Implicación emocional: Con el propósito de comprobar en qué medida las emociones se consideran una parte necesaria a trabajar en las intervenciones de EpS, se clasificaron los artículos según dos criterios. El primero fue tener en cuenta el enfoque desde el que se trataron las emociones dentro de cada práctica educativa, para ver qué lugar ocupan dentro de cada modelo de salud. El segundo fue comprobar los términos utilizados en referencia a las emociones en cada registro, para dar cuenta de la extensión o no de las teorías científicas y la cohesión entre los estudios del mismo campo.

Atendiendo a estos dos criterios, se consideraron 15 subcategorías, siendo posible la pertenencia a más de una por cada registro (tabla 6):

- 1) Salud emocional: Se incluyeron en esta subcategoría los artículos que directamente mencionaban este término, o que consideraban la salud de manera holística, en la que las emociones son un componente esencial más.
- 2) Manejo emocional: Se incluyeron esta subcategoría los artículos en los que la intervención educativa se centraba en la capacidad y los elementos relativos a la identificación, expresión y regulación de emociones.

- 3) Bienestar emocional: Se incluyeron en esa subcategoría los artículos que utilizaban explícitamente este término o similares, siendo muy utilizado como sinónimo de salud emocional.
- 4) Dificultades emocionales: Se incluyeron en esa subcategoría los artículos que hablaban sobre problemas asociados a las emociones o emociones negativas, centrando el foco de la intervención sobre ellos
- 5) Salud mental y emocional: Se incluyeron en esa subcategoría los artículos que hablaban de las emociones como un elemento propio de la salud mental, no diferenciando entre esta y la salud emocional.
- 6) Aprendizaje o habilidades socioemocionales (*SEL*): Se incluyeron en esa subcategoría los artículos que hablaban sobre competencias o habilidades socioemocionales.
- 7) Aspectos relacional-emocionales: Se incluyeron en esa subcategoría los artículos que hablaban de conceptos relacionados con el comportamiento humano, relativos a las emociones.
- 8) Emociones en la sexualidad: Se incluyeron en esa subcategoría los artículos que hablaban sobre las emociones específicas que tienen que ver con la sexualidad y las relaciones afectivas.
- 9) Emociones relativas a comportamientos saludables: Se incluyeron en esa subcategoría los artículos que hablaban de la relación de las emociones con el desarrollo o no de comportamientos saludables.
- 10) Respuesta emocional: Se incluyeron en esa subcategoría los artículos que hablaban de reacciones o respuestas emocionales, y su relación con la salud.
- 11) Desarrollo emocional: Se incluyeron en esa subcategoría los artículos que hablaban explícitamente de desarrollo emocional, como parte del crecimiento humano.
- 12) Soporte emocional: Se incluyeron en esa subcategoría los artículos que mencionaban el apoyo y soporte emocional.
- 13) Conocimiento emocional: Se incluyeron en esa subcategoría los artículos que hablaban sobre alfabetización o educación emocional.
- 14) Inteligencia emocional: Se incluyeron en esa subcategoría los artículos que utilizaban el término inteligencia emocional.
- 15) Vínculo cuerpo y mente: Se incluyeron en esa subcategoría los artículos que hablaban de la conexión fisiológica entre las emociones y el resto del cuerpo.

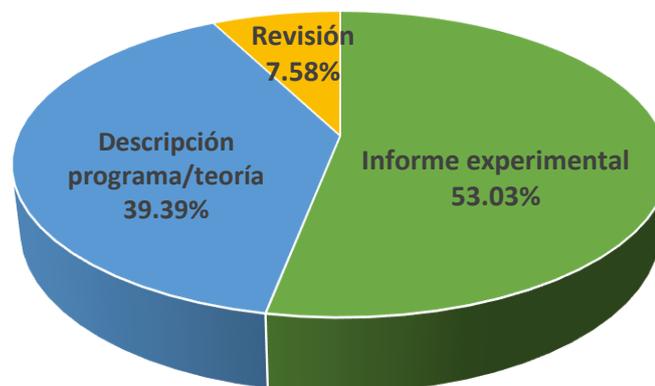
Tabla 6. *Términos encontrados en cada subcategoría de inclusión emocional*

Categoría de inclusión emocional	Términos en inglés incluidos en cada categoría
Salud emocional	<i>emotional health</i>
Manejo emocional	<i>emotional management, emotional competence, spiritual skills, emotional awareness, emotional expressiveness, emotional regulation, emotional adjustment</i>
Bienestar emocional	<i>emotional wellbeing, emotional balance</i>
Dificultades emocionales	<i>emotional difficulties, emotional problems, anger, emotional distress, negative emotions, unpleasant emotions, emotional symptoms</i>
Salud mental y emocional	<i>emotional and mental health</i>
Aprendizaje social y emocional	<i>social and emotional learning, social and emotional skills, social and emotional wellbeing</i>
Aspectos relacionales-emocionales	<i>relational-emotional aspects, emotional status, emotion-focused coping, resilience</i>
Emociones en la sexualidad	<i>emotions regarding sexuality</i>
Emociones relativas a comportamientos saludables	<i>emotions regarding health behaviors</i>
Respuesta emocional	<i>emotional reactions, emotional responses</i>
Desarrollo emocional	<i>emotional development</i>
Soporte emocional	<i>emotional support</i>
Conocimiento emocional	<i>emotional literacy, emotional education</i>
Inteligencia emocional	<i>emotional intelligence</i>
Vínculo cuerpo y mente	<i>mind-body link, psychoneuroimmunology, healing emotions</i>

2.4.3 Resultados

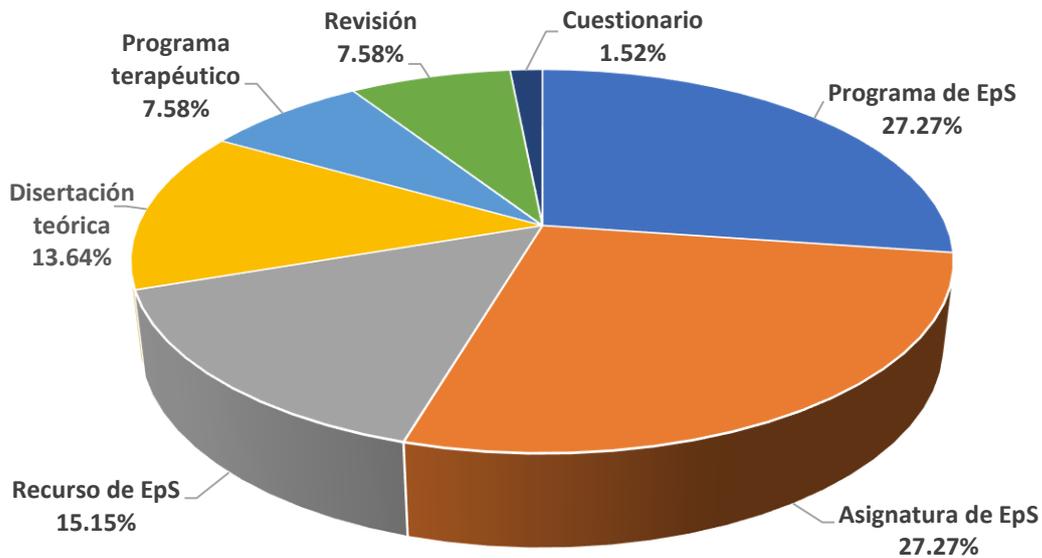
Sólo el 13.87% de los artículos revisados tras eliminar los duplicados cumplieron los criterios de inclusión, y fueron analizados para clasificar la información que presentaban. El tipo de artículo más frecuente fue el informe experimental (53.03%) seguido por la descripción de programa o teoría (39.39%) y la revisión (7.58%), lo que parece indicar que la investigación en EpS está fuertemente orientada a la evaluación de programas y técnicas educacionales en materias de salud (figura 14).

Figura 14. Clasificación de artículos aceptados en la revisión por tipo de artículo



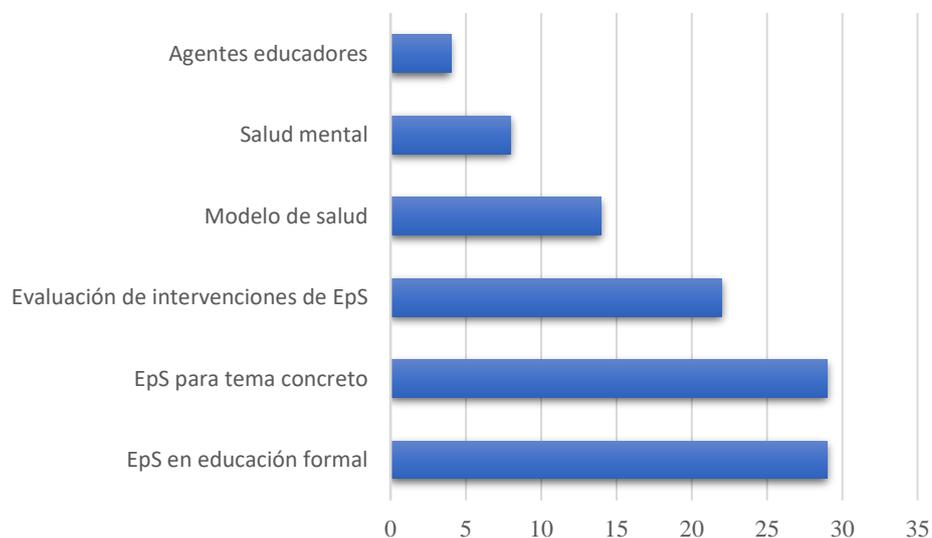
De acuerdo al tipo de intervención, tanto la asignatura de EpS como los programas específicos de EpS fueron las categorías con más registros (27.27%) (figura 15). Esto coincide con lo hallado atendiendo al criterio tema, según el cual la EpS en educación formal y la EpS para un tema concreto son los temas más mencionados, apareciendo ambas en un 43.94% de los registros. Esto parece indicar que las escuelas están a la misma altura que las intervenciones específicas de EpS por fuera de estas, lo que plantea la interesante cuestión de cuáles son las diferencias y semejanzas entre ellas, si comparten objetivos, y sobre todo si se pueden comparar sus resultados. La intervención a través de recursos desarrollados para la EpS apareció en un 15.15% de los registros, englobando dentro de esta categoría también los artículos que se centraban en los educadores para la salud, entendiendo estos como recursos humanos. El tercio restante de los artículos se dividieron en teorías sobre EpS (13.64%), programas terapéuticos que incluyeron EpS (7.58%) y revisiones acerca del campo de conocimiento (7.58%). Un registro hablaba del *Health Education Questionnaire*, cuestionario para evaluar el impacto de las intervenciones llevadas a cabo en EpS y que incluye un apartado dedicado a las emociones, por lo que fue recogido como subcategoría, representando finalmente el 1.52%.

Figura 15. Clasificación de artículos aceptados en la revisión por tipo de intervención



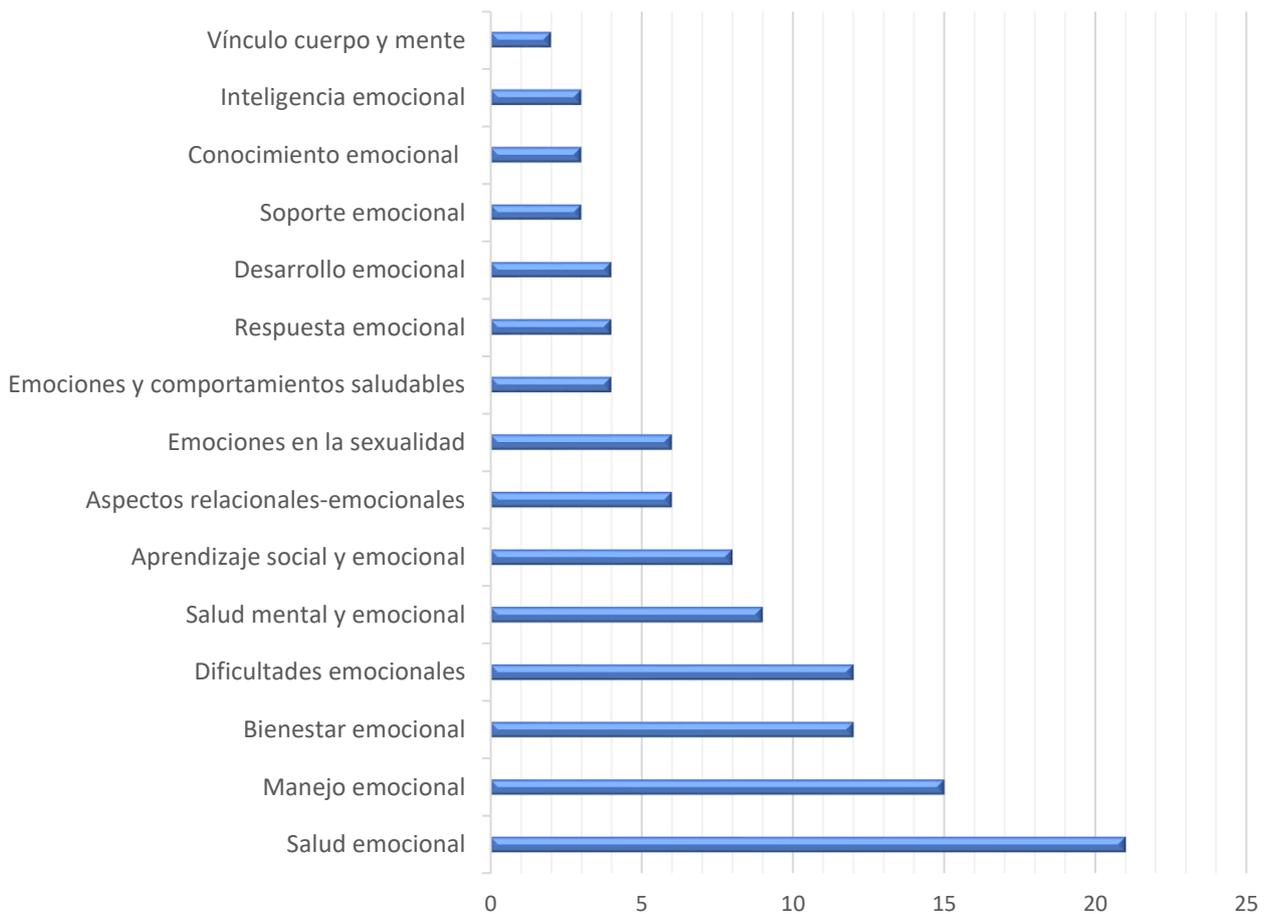
Respecto al tema de salud (figura 16), además de lo ya mencionado, se observó que el 33.33% de los artículos seleccionados en la revisión planteaban formas de evaluar o resultados concretos sobre la EpS llevada a cabo. También el 21.21% de los artículos hacían énfasis sobre el modelo de salud que amparaba su marco teórico, un 12.12% se referían a la salud mental en general, y un 6.06% analizaba el papel de los educadores en la EpS.

Figura 16. Clasificación de artículos aceptados en la revisión por tema de salud



Por último, el criterio de inclusión de emociones reveló los diferentes modelos de salud y conceptos utilizados por los autores (figura 17). En línea con un modelo holístico de salud que otorga a las emociones la categoría de dimensión a la misma altura que los aspectos físicos, la conceptualización de salud emocional aparece en un 31,82% de los registros; un porcentaje pequeño para lo que cabría esperar, aun siendo la categoría más representada.

Figura 17. Clasificación de artículos aceptados según inclusión emocional



La segunda categoría más recogida en los artículos fue la referente al manejo emocional (22.73%), que incluía los términos *E. management*, *E. adjustment*, *E. regulation*, *E. awareness*, y *E. skills*, y que refleja el objetivo principal de la intervención educativa sobre las emociones. El bienestar emocional y las dificultades emocionales fueron las siguientes categorías con más registros (18.18%). El primero se utiliza a veces como sinónimo de salud emocional, aunque coloca a las emociones más como consecuencias a ser medidas, que como factor intrínseco de salud sobre el que poder intervenir.

Las intervenciones educativas dirigidas a manejar o mejorar dificultades emocionales parecen tener cierto interés, sobre todo en relación a enfermedades graves y el manejo de estas. Esta perspectiva da importancia a las emociones, sí, pero más en un modelo de resolución de problemas que de prevención, lo que sería más acorde con el potencial de la intencionalidad educativa.

En un 13.64% de los casos, las emociones se englobaron dentro de la salud mental, lo que las convierte en un apéndice de ésta y no una dimensión de la salud como tal. Con un nivel de representación parecido, en el 12.12% de los registros se hablaba de aprendizaje o habilidades socioemocionales, términos asociados al enfoque de CASEL (*Social and Emotional Learning*).

El resto de términos relacionados con las emociones tuvieron una baja representación (menor al 10%), aunque su aparición da información sobre el estado del campo de conocimiento. Sí que destacamos entre ellos el término inteligencia emocional, por la relevancia en este trabajo de investigación, y que se menciona sólo en 3 de los 66 artículos aceptados en la revisión, lo que es llamativo debido al incremento de estudios científicos y de la importancia que ha ido incorporando este constructo en los últimos años.

La lista completa de referencias de los artículos aceptados, así como una tabla que recoge la clasificación de cada artículo según cada categoría reflejada en el estudio, se pueden consultar en el apartado de anexos (anexo 1 y anexo 2).

2.4.4 Discusión y conclusiones

El análisis de la literatura estudiada da cuenta de que, a pesar de la importancia demostrada del componente emocional en la salud, todavía no está extendida su integración en los programas de educación para la salud. Una muestra de ello es que previo a la búsqueda aquí descrita, se realizó una consulta en las mismas bases de datos y los mismos limitadores, incluyendo sólo el primer término (“*health education*”), apareciendo más de 24.000 resultados. Sin embargo, al añadir el segundo término de la búsqueda (*emotion**) sólo permanecieron 648, los cuales fueron utilizados para la revisión. Esto ya da una referencia de la poca atención que se muestra a las emociones en este campo, lo que concuerda con la primera revisión sistemática descrita en el anterior epígrafe sobre la salud y las emociones, y que ha sido confirmado en el análisis posterior de los artículos.

Debemos destacar de nuevo, que aún está menos reconocido en el ámbito de la educación para la salud el papel que, según la investigación científica de la última década, tiene la inteligencia emocional como factor promotor de salud. La literatura sobre educación para la salud

parece estar aún poco sensibilizada al respecto, lo que va en contra de los hallazgos científicos reportados por diversos autores, e incluso de las recomendaciones de la OMS (World Health Organization and The Calouste Gulbenkian Foundation, 2014).

Una posible explicación podría ser que las intervenciones de educación para la salud, tanto en la educación formal como en los programas específicos desarrollados al respecto, dependen inevitablemente de la formación que reciban los agentes educadores en esta materia. Por tanto, cabe la pregunta de si las instituciones están formando suficientemente y de manera acorde a la investigación científica actual, incluyendo las emociones y la inteligencia emocional en el currículo académico de los encargados de realizar dichas intervenciones, ya que los datos aquí recogidos muestran una representación insuficiente de las prácticas que sí lo hacen. Otra cuestión relativa a este tema es quién debe considerarse como agente educador para la salud y por ende recibir esta formación, a lo que García Martínez et al. (2000) responden que será todo aquel que pretenda mejorar la salud a cualquier nivel (individual, grupal o comunitario), por lo que “que educadores, pedagogos, psicólogos, biólogos, trabajadores sociales, profesionales sanitarios, etc. se interesen por la Educación para la Salud y se comprometan con ella es, pues, algo perfectamente legítimo y conveniente” (p.16), algo que sucede con normalidad en otros países (Luque-Fernandez y Negro Calduch, 2019). Por tanto, es necesaria la integración de una educación para la salud que incluya la perspectiva emocional en la formación profesional de manera transversal, para posibilitar la acción de agentes educadores que ejerzan su labor de manera acorde al modelo de salud actual en todos los ámbitos.

En esta revisión también se observa una tendencia a reportar y publicar principalmente intervenciones novedosas, sobre todo con la intención de demostrar su fiabilidad y validez. La investigación destinada a indagar en el trasfondo teórico de la educación para la salud y a revisar y difundir el conocimiento actual sobre el campo es escasa, lo que no ayuda a generar líneas de actuación en consenso con el saber establecido y basadas en la evidencia, situándose como una barrera más en su desarrollo.

Respecto al papel de las emociones en la educación para la salud, se observa también una división en cuanto a la manera de incluirlas, según el enfoque práctico y teórico que engloba a cada intervención. La perspectiva psicoterapéutica o del modelo patogénico de enfoque en el problema, convive con la línea educativa más enfocada a la prevención. Ambas tienen lugar desde luego según el contexto, pero parece que la parte educativa aún no tiene suficiente peso, cuando un aumento de este tipo de intervenciones produciría un efecto preventivo que disminuiría muy probablemente la necesidad de lo segundo.

Debemos mencionar también algunas limitaciones a las que se ha sometido el estudio. La poca representación del término “inteligencia emocional” puede ir unida a la variedad de términos

en relación al componente emocional que se han utilizado en las investigaciones según el modelo teórico y los autores que las realizaran (Pérez-González y Qualter, 2018). Esta dispersión de conceptos puede repercutir en una difícil localización e indexación de estudios que utilicen otros términos, aun refiriéndose a lo mismo. En este estudio se han tratado de recoger los máximos posibles (*E. competence, E. skills, E. management, E. awareness, E. regulation...*etc.) pero es posible que otros términos no descritos con la palabra *emotion* hayan quedado fuera, como por ejemplo aquellos que hablen de sentimientos (*feelings*) o afecto (*affection*).

Esto mismo puede ocurrir con el término “*health education*”, el cual puede ser que se vea reemplazado en la literatura por “*health promotion*” (promoción de la salud) según los autores, como ya se ha argumentado previamente. Cabe la posibilidad de que, existiendo proyectos cuyos objetivos se corresponderían con los planteados en nuestra conceptualización de la educación para la salud, no se incluyan bajo ese nombre si no bajo el de promoción de la salud, lo que puede hacer que queden fuera de la revisión. Esto debe ser tenido en cuenta en otros estudios, para conocer la totalidad de las intervenciones que se llevan a cabo en el ámbito emocional con el objetivo de mejorar el bienestar y la salud, ya que en este trabajo sólo se han seleccionado aquellas prácticas de educación emocional que estuvieran integradas dentro de programas bajo el término de educación para la salud.

En conclusión, las revisiones sistemáticas realizadas en este trabajo de investigación son una prueba de que a pesar de que existen programas e intervenciones que valoran las emociones como un factor de salud y que cuentan con la integración de estas dentro de las prácticas educativas al respecto de EpS, éstas aún no están suficientemente extendidas. Asimismo, es importante reseñar que las intervenciones que sí lo hacen, carecen en muchas ocasiones de la calidad necesaria a la hora de ser consideradas para la generalización o replicación de sus resultados, como exponen las revisiones sistemáticas de Barry, Chaney, Piazza-Gardner, y Chavarria (2014) y Langford et al. (2014; 2015). En consecuencia, se debe seguir trabajando e investigando para lograr la optimización de este campo, con los estándares científicos necesarios que garanticen la calidad del conocimiento (Rimer et al., 2001), y que faciliten el desarrollo de una educación para la salud integral y transversal cuyos efectos sean evidenciables y favorecedores de bienestar para todos los individuos y comunidades, lo que en definitiva pasará por integrar la educación emocional basada en la evidencia en este proceso.

CAPÍTULO 3. LA ATENCIÓN SOCIAL Y SUS PROFESIONALES

Índice del capítulo

3.1. La ayuda y el cuidado como profesión

3.1.1. Riesgos de las profesiones del cuidado y consecuencias para la salud

3.2. Atención a personas diagnosticadas de trastorno mental grave

3.2.1. Contexto histórico, ético y filosófico de la atención en salud mental

3.2.2. Características organizacionales de los recursos de atención psicosocial

3.2.3. El profesional de los recursos de atención psicosocial

3.2.4. Red pública de Atención Social de Madrid

LA ATENCIÓN SOCIAL Y SUS PROFESIONALES

Resumen

Objetivos: El tercer y último capítulo perteneciente al marco teórico trata de proporcionar una fotografía de las circunstancias que caracterizan a los profesionales de la Red de Atención Social de Madrid, quienes han conformado la muestra del estudio empírico de esta tesis.

Enfoque: En primer lugar, se hace un repaso acerca de las peculiaridades que atañen a las profesiones dedicadas al cuidado y la ayuda de los demás, revisando más específicamente las investigaciones que ponen de manifiesto los riesgos propios de este ámbito. Posteriormente se realiza una contextualización espaciotemporal de los cambios en torno a la psiquiatría y la atención psicosocial en el ámbito de la salud mental, y cómo estos han afectado la labor de los profesionales de este sector a todos los niveles. Por último, se describe la disposición de la Red de Atención Social de Madrid en la actualidad.

Resultados: El origen de las profesiones de ayuda y cuidado, en línea con las configuraciones sociales y políticas de la actualidad, han dado lugar a una multidisciplinariedad que convoca a numerosos perfiles profesionales, con similitudes y diferencias que afectan a su labor. Además, la propia tarea del cuidado implica ciertos riesgos para la salud de estos profesionales, presentándose evidencias en las investigaciones de que son vulnerables a trastornos como el estrés o el *burnout*, entre otros. Por este motivo es muy relevante el análisis de factores tanto organizacionales como individuales que puedan influir sobre el bienestar de los trabajadores, destacándose aquí el papel protector de la inteligencia emocional por la importancia del uso de las emociones en este sector.

Implicaciones prácticas: El análisis pormenorizado de la situación de los profesionales de la Red de Atención Social de Madrid permite observar las dificultades presentadas en este ámbito, y por tanto justifica el interés de la investigación acerca de su bienestar.

Implicaciones de la investigación: La descripción profunda de la muestra es necesaria para el desarrollo de hipótesis y conclusiones en relación a las variables tenidas en cuenta para esta investigación.

Originalidad/valor: Se aporta un análisis detallado y actualizado de los diversos factores que influyen en el desempeño laboral y el bienestar de los distintos profesionales que trabajan en la Red de Atención Social de Madrid.

Palabras clave: profesionales de atención social, profesionales de salud mental, red de atención social de Madrid, atención psicosocial.

Carácter de la investigación: Teórica y descriptiva.

3.1 La ayuda y el cuidado como profesión

Las diferencias sociales existentes entre los individuos pertenecientes a cualquier grupo humano se han acentuado más o menos según los modelos de convivencia que se han ido sucediendo a lo largo de la historia. De la observación de estas diferencias surgen las conductas de ayuda a los más vulnerables, respaldadas y guiadas en cada momento por paradigmas éticos, filosóficos, religiosos, económicos, culturales, ...etc., especialmente definiendo a quién había que ayudar, de qué manera, y de quién era responsabilidad. La corriente predominante en los países europeos hasta el siglo XX fue la de la beneficencia o caridad, principalmente desde los estamentos religiosos, quienes tenían, por mandato divino, la labor de hacerse cargo de pobres, enfermos o niños desamparados. La ayuda a los menos favorecidos era por tanto algo opcional, piadoso, y que hacían ciertas personas porque tenían la voluntad de hacerlo. Por otro lado, el cuidado era una conducta asociada al sexo femenino por sus cualidades maternas, por lo que han sido mayoritariamente las mujeres quien se han dedicado a esta labor de manera informal y no reconocida. Sin embargo, los cambios asociados al progreso trajeron de la mano una cada vez mayor conciencia de que las desigualdades sociales eran tales precisamente porque tenían su origen en el seno de una sociedad, y, por lo tanto, era deber de ésta hacer algo al respecto.

Durante la segunda mitad del siglo XX, tras una época tormentosa de crisis económicas y guerras mundiales, se fueron asentando las bases estructurales para lograr la garantía de la seguridad y el respeto de los derechos de todos los ciudadanos, con el objetivo de crear sociedades más justas y humanitarias. Estos procesos cristalizaron en la génesis del conocido como Estado de Bienestar (E.B.), caracterizado por:

la responsabilidad estatal en el mantenimiento de un nivel de vida que se define por la provisión pública de servicios sociales universales para cubrir las necesidades humanas básicas de los ciudadanos como la educación, la asistencia sanitaria, las pensiones, las ayudas familiares y la vivienda. Este nivel de vida es entendido, en la concepción del E.B. como un derecho social, no como caridad pública. (Carreño Rivero, 2015, p.34)

Por lo tanto, es menester en este nuevo modelo que haya personas dedicadas al cumplimiento de semejante encargo social, delimitando un camino profesionalizante de todas aquellas acciones de ayuda que de forma disgregada venían evolucionando desde múltiples ámbitos, en función de las necesidades emergidas en cada contexto. Así, el Estado pasa a hacerse cargo de la regulación de los sistemas de protección social, y comienza a legislar y crear organismos dedicados a ello, como por ejemplo en nuestro país, el Ministerio de Asuntos Sociales

y los sistemas de Servicios Sociales públicos o la Seguridad Social, a la vez que se abre la puerta a organizaciones privadas no lucrativas que se dedican a la gestión de programas de intervención social de diversa índole.

El papel de estas organizaciones adquiere una gran importancia cuando comienza a constatarse la rigidez burocrática de los sistemas públicos, reducidos en muchos casos a la mera gestión de prestaciones, y que por ende no pueden atender al aumento de las complejidades sociales sobrevenidas por la crisis del Estado del Bienestar (Martín García, 2015; Sanz Cintora, 2011). Esta proliferación de servicios ha permitido y acentuado la especialización de los recursos, lo cual unido al actual contexto de crisis en el que el número de personas dependientes y necesitadas de ayudas sociales ha aumentado considerablemente (Álvarez Fernández, 2017; Jiménez-Martín y Prieto, 2012), ha generado un ámbito laboral caracterizado por la multiprofesionalidad, al amparo de los hitos legislativos que enmarcan estos contextos. Un ejemplo de ello es el I Convenio colectivo marco estatal de acción e intervención social, del 5 de junio de 2007, en el que en su segundo artículo se determina que:

Por Acción e Intervención Social, se entienden las actividades o acciones, que se realizan de manera formal u organizada, que responden a necesidades sociales, que su propósito puede ser tanto prevenir, paliar o corregir procesos de exclusión social, como promover procesos de inclusión o participación social.

Se verán afectados por este convenio los ámbitos de la acción social, así como el socio-laboral o el socio-sanitario, pasando por lo socio-cultural y lo socio-educativo, psicosocial, asistencial, intervención socio-comunitaria y sociocultural y las áreas de diseño y evaluación de programas sociales, tal como se definen en el presente artículo. (art. 2, I Convenio colectivo marco estatal de acción e intervención social, de 5 de junio de 2007)

La cobertura de necesidades sociales se entiende de manera absolutamente transversal, desde los ámbitos laboral, sanitario, cultural, educativo, psicosocial, asistencial y comunitario, lo que configura un vasto campo de actuación profesional. La actualización de este Convenio en 2015 mantiene esta visión, aunque “redujo” el área de actuación a “los ámbitos de la acción social, así como el socio-laboral o el socio-sanitario, pasando por lo socio-cultural y lo socio-educativo” (art.7, Convenio colectivo estatal de acción e intervención social 2015-2017, de 22 de junio de

2015). Se explica así la confluencia actual de un gran número de perfiles profesionales que, provenientes de diversos itinerarios formativos, encuentran su lugar en los diferentes servicios y recursos dedicados a la intervención social en toda su extensión.

Francisco José Ortega Muñoz (2016) ha dedicado su tesis doctoral al estudio de estos profesionales en España, observando que:

los profesionales y ocupaciones con más presencia en la intervención social son los sociólogos, psicólogos, psicólogos sociales, pedagogos, psicopedagogos, médicos, abogados, trabajadores sociales, educadores sociales, diplomados en enfermería, diplomado en magisterio, técnicos en Integración Social, técnicos en Animación Sociocultural, técnicos de auxiliar de enfermería, monitores y coordinadores de tiempo libre, además de otras ocupaciones emergentes como los mediadores interculturales, (...) los agentes de igualdad de oportunidades y promotores de igualdad (...) y los auxiliares de servicios sociales (p.10)

Nos encontramos pues con un complejo entramado de diferentes roles profesionales, cuyas funciones y competencias se van a ver altamente influenciadas por diversos factores; en primer lugar, entran en juego sus orígenes y el prestigio otorgado a cada uno de ellos por la tradición y la formación, y en segundo lugar, se determinan sus diferencias según el contexto de actuación, que varía notablemente según el colectivo destinatario de la intervención, el objetivo y definición de la misma, así como por el agente contratante (público o privado, empresa o asociación...etc.). De este modo Ortega Muñoz (2016) señala que “los profesionales de referencia en el ámbito social son los trabajadores sociales, mientras que en el sanitario son los médicos y en el educativo los maestros” (p.198), lo que no excluye que haya otros profesionales presentes en estos contextos, aunque en teoría cumpliendo funciones subordinadas.

No obstante, si tenemos en cuenta que en muchas ocasiones los contextos de intervención abarcan intervenciones mixtas (e.g. socioeducativas o sociosanitarias), nos encontramos con que las figuras de referencia son más difíciles de definir, corriendo el riesgo de traducirse en una multidisciplinariedad mal entendida en la que los profesionales ejerzan una repartición de tareas como si se tratara de una “cadena de montaje” (López y Laviana, 2007), o, en el otro extremo, una mala delimitación de funciones que genere confusión de roles profesionales (Ortega Muñoz, 2016). Esta situación viene acompañada de los cambios en los planes educativos que han ido incorporando nuevas titulaciones, o equiparando diplomaturas y licenciaturas al título de grado

con la entrada en vigor del “Plan Bolonia”, lo cual ha obligado a administraciones, empresas y colegios profesionales a entrar en disputa por delimitar funciones y contextos de actuación, observando además que en la práctica es frecuente el intrusismo, y que muchas veces se tienen más en cuenta las cualidades particulares de la persona que su formación a la hora de contratarla (Ortega Muñoz, 2016).

Todas estas circunstancias, así como las dificultades que se encuentran estos profesionales en su trabajo y las consecuencias para su salud, son descritas más extensamente a continuación, para lo cual debemos reseñar un último apunte: la terminología referida a estos profesionales en la literatura científica puede variar debido a la pluralidad existente de figuras profesionales según su función y el país en que se encuentren (Álvarez Fernández, 2017), por lo que el término de “trabajador social” que se utilizará de manera general, puede incluir otras categorías profesionales de similar labor pero que se corresponderían con una cualificación diferente en nuestro contexto.

3.1.1 Riesgos de las profesiones del cuidado y consecuencias para la salud

Existen ciertas particularidades que caracterizan la atención a personas con necesidades, lo que conlleva la emergencia de riesgos laborales o dificultades propias de la profesión, y que tienen repercusiones en la salud y el bienestar de los trabajadores. Los ámbitos laborales que se incluyen en esta categoría pueden ser, como ya hemos mencionado, sociales, sanitarios, educativos o mixtos, por lo que pasaremos a presentar las investigaciones que han dado cuenta de la salud de los profesionales en todos estos contextos, tanto nacionales como internacionales, con un especial hincapié en los referidos al ámbito de la salud mental por su relevancia en esta tesis.

En la 6ª encuesta europea de condiciones laborales (INHST, 2017), del total de trabajadores que creían que su trabajo afectaba a su salud de forma negativa, la cifra más elevada correspondió a la del ámbito de la salud, un 49%. También este sector se llevó la palma en cuanto a percepción de estrés en el trabajo, en el que un 37% de los encuestados refirió estar expuesto a estrés siempre o casi siempre, y un 26% afirmó haber tenido problemas de ansiedad en los últimos 12 meses, representando en ambos casos el porcentaje más elevado. La siniestralidad laboral también afecta a estos profesionales, siendo el sector de Actividades Sanitarias y de Servicios Sociales el que experimentó el mayor crecimiento de tasa de accidentes en jornada laboral por cada 100,000 trabajadores entre 2012 y 2015 en España (Instituto Sindical de Trabajo Medioambiente y Salud, 2015).

Llama la atención este dato ya que después de muchos años de descenso progresivo los accidentes laborales volvieron a aumentar en este período, concluyéndose en este informe que existió “un aumento muy centrado en aquellos trabajadores ligados al sector público (sanidad, enseñanza y servicios sociales) y trabajadores cualificados o no cualificados de ciertos sectores productivos del ámbito privado” (Instituto Sindical de Trabajo Medioambiente y Salud, 2015, p.54). Estos datos acompañan a los de numerosas investigaciones que se han interesado por la situación de estos profesionales, como el estudio de Oginska-Bulik (2005) donde se analizó conjuntamente a médicos, enfermeros, profesores, agentes de la condicional y managers, por su categoría de profesionales de “servicios humanos”, observándose que éstos presentaban altos niveles de estrés, superiores a los observados en otras profesiones que implicaban el trato con personas como bomberos, agentes de prisiones, banqueros o periodistas.

En otro estudio llevado a cabo con profesionales del ámbito sociosanitario y de la educación en Málaga, se observó que el 79.2% de la muestra se situó por encima del punto de corte de la escala GHQ-28, lo que implica deficiencias en el estado de salud general, siendo las subescalas de ansiedad-insomnio y síntomas psicósomáticos las que mayores puntuaciones obtuvieron (Vázquez Díaz et al., 2010). En concreto en el ámbito de la salud mental, las revisiones sistemáticas de Edwards y Burnard (2003) y de Hannigan, Edwards y Burnard (2004) añaden que, a pesar de que se conoce que el trabajo en este ámbito es estresante para los profesionales, existen muy pocas estrategias de manejo de este estrés que se lleven a cabo desde las organizaciones.

Es sabido, por tanto, que el trato con personas de manera continuada constituye un riesgo para la salud de los trabajadores, y por este motivo, el personal sanitario, así como las profesiones dedicadas a la atención social o la educación, han recibido mucha atención de la comunidad investigadora respecto a su vulnerabilidad para padecer multitud de patologías. De hecho, fue en este colectivo en el primero donde se observó, investigó y diagnosticó el síndrome de *burnout* (Salanova et al., 2000), y en general parece ser que estos profesionales son más vulnerables a padecerlo que quienes no tienen empleos relacionados con la ayuda (Acker, 2010; Lloyd et al., 2002; Morse et al., 2012; Wilkinson et al., 2017). Por ejemplo, en un estudio con diferentes profesiones del cuidado de la salud, se observó que el 32% de los enfermeros sufrían síndrome de *burnout*, y esto a su vez se asoció con una peor salud autopercebida, trastornos del sueño y alteraciones de memoria (Peterson et al., 2008). También en personal no sanitario, Siebert (2006) comprobó que de 751 trabajadores sociales el 39% de ellos presentaban *burnout* en el momento de realizarse el estudio, y el 75% de ellos refería haber tenido problemas relacionados con este síndrome en algún momento de su vida. En concreto en profesionales del ámbito de la salud mental, la cifra de personas que padecían *burnout* en el estudio de Morse et al. (2012) se situó entre el 21% y el 67%.

Asimismo, se ha estudiado en estos profesionales las consecuencias que tiene el síndrome de estar quemado con el trabajo sobre otras variables relacionadas con el bienestar, observándose efectos negativos en variables como la satisfacción laboral y la satisfacción con la vida (Hombrados-Mendieta y Cosano-Rivas, 2013), así como la presencia de correlación con otros factores considerados de riesgo para la salud como la desesperanza (McCarter, 2007). En este sentido, Pompili et al. (2006) observaron en un estudio con enfermeros que las dimensiones del *burnout* de despersonalización y agotamiento emocional, unidas a mecanismos de defensa tendientes a la autoagresión, predijeron un 29% de la varianza en la puntuación de la Escala de Desesperanza de Beck, concluyendo además que la presencia común de todas estas variables se relacionaba con un mayor riesgo de suicidio. En este estudio, además, quienes más sufrieron despersonalización y agotamiento emocional fueron los enfermeros psiquiátricos, resaltando el difícil contexto que implica la atención a personas con diagnóstico de trastorno mental (Pompili et al., 2006).

Kim, Ji y Kao (2011) llevaron a cabo un estudio longitudinal con trabajadores sociales, en el que aquellos que mostraron altos niveles de *burnout* también presentaron peor salud física general al cabo de un año, con en concreto mayores dolores de cabeza, problemas gastrointestinales e infecciones respiratorias. Más específicamente, una muestra de trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales de Australia reveló que la prevalencia de *burnout* en estos profesionales se debía principalmente a la alta puntuación en la dimensión de agotamiento emocional, ya que estos mostraron moderada despersonalización y alta eficacia profesional (Lloyd y King, 2004). Se ve aquí de nuevo la importancia de la gestión emocional en la salud, lo que demuestran también los resultados del estudio realizado por el *National Institute of Occupational Health* de Noruega con profesionales del ámbito de la salud y de lo social (n=937), en el que observó que quienes experimentaban frecuentemente disonancia emocional en el trabajo (concepto utilizado en este estudio de manera similar al de trabajo emocional), mostraron mayores niveles de agotamiento y estrés, además de presentar mayores probabilidades de ausentarse en el trabajo por causa médica (Indregard et al., 2018).

El trabajo emocional es parte inherente del trabajo con personas, y ya hemos expuesto anteriormente los riesgos que puede suponer para la salud de los empleados que tienen que gestionarlo. En las profesiones del cuidado, y en especial en el ámbito de la salud mental, la propia tarea implica estar en contacto a diario con personas con problemáticas de diversa índole que con frecuencia son muy difíciles de manejar por el profesional, lo que supone una carga extra al propio trabajo emocional. Es por eso que los autores han estudiado las consecuencias negativas que esto supone, encontrando en la literatura científica términos tales como fatiga por compasión (Turgoose y Maddox, 2017; Zeidner et al., 2013), estrés traumático secundario (Ivicic y Motta,

2017) o trauma vicario (McCann y Pearlman, 1990; Pross, 2006). Todos ellos hacen referencia a las secuelas negativas que tiene para los profesionales la exposición a distintos tipos de trauma experimentado por los pacientes/clientes/usuarios², pudiendo afectar a su salud gravemente, debido al agotamiento de los recursos propios del profesional o al contagio emocional (Zeidner et al., 2013).

Según el estudio de Ivicic y Motta (2017) los profesionales de salud mental están expuestos a un riesgo relativamente elevado de padecer estrés traumático secundario, detectando que se daba en entre un 23% y un 27% de una muestra de distintos profesionales de este ámbito. Zeidner et al. (2003) también observaron cierta vulnerabilidad de los profesionales de salud mental comparándolos a otros profesionales sanitarios, presentando en su estudio niveles más elevados de afecto negativo y estrategias de afrontamiento de evitación, así como menores puntuaciones en estrategias de afrontamiento centradas en el problema, lo que en conjunto aumenta las probabilidades de padecer fatiga por compasión. Desde la perspectiva psicoanalítica se habla también de estos fenómenos, definidos como mecanismos de transferencia y contratransferencia, cuyos efectos son notables no sólo para la propia salud mental y emocional de los profesionales pues pueden sufrir sentimientos de confusión, ira, desesperanza y culpa (Evans, 2007), sino también para la relación que se establece con las personas atendidas, pudiendo perjudicar la intervención.

A través del estudio de estas interacciones entre profesionales y usuarios, se pone de manifiesto la importancia de las características personales de los primeros, y la posibilidad de que estas aumenten su vulnerabilidad a sufrir ciertas patologías. De hecho, la teoría vocacional del ajuste persona-ambiente (Sánchez-Ruiz et al., 2010) propone que existe un proceso natural de selección según el cual los estudiantes eligen aquellas titulaciones más acordes con sus propias características personales, lo que en este sector se interpreta en ocasiones como el intento de compensación de carencias internas, que empujan a solucionar en los demás aquello que no se puede afrontar en uno mismo, así como a una necesidad de sentirse útil y valorado (Lloyd et al., 2002; Pross, 2006). Esto puede conllevar a que los profesionales corran el riesgo de sobreimplicarse, agotarse o frustrarse cuando no se cumplen sus expectativas idealistas (Pross, 2006; Sabo, 2011) o se dan conflictos entre la filosofía de la intervención, las demandas y necesidades de los usuarios, y las características de la organización.

Sin embargo, no podemos afirmar que esto sólo dependa de las características individuales, ya que en estos trabajos frecuentemente se deben hacer frente a situaciones muy

² La terminología utilizada por los profesionales depende del sector en el que se enmarque la intervención: sanitario (paciente), psicológico (cliente), o social (usuario).

complejas para las que se espera que los profesionales tengan el saber y la capacidad de solucionarlas, lo que no siempre es posible, generando en éstos sentimientos de indefensión, incompetencia, desesperanza y enfado (Young, J. y Oliver, 1997). Es por ello que, los investigadores también han indagado acerca de las características organizacionales y su influencia en el bienestar de los profesionales del cuidado, reconociendo que no solo los factores personales deben ser valorados.

La revisión de Lloyd et al. (2002) puso de manifiesto que la ambigüedad y conflicto de rol, los desafíos propios del trabajo y la falta de autonomía eran factores que afectaban negativamente al bienestar de los trabajadores sociales aumentando sus probabilidades de padecer estrés y *burnout*. También en relación a este síndrome, Green, Albanese, Shapiro y Aarons (2014) pusieron en relieve que los contextos laborales en este sector cada vez son más demandantes emocional y productivamente, y comprobaron en su investigación que el clima organizacional y el liderazgo transformacional tenían un importante papel en el desarrollo de *burnout* en profesionales del cuidado de la salud mental de servicios públicos. Acker (2004) comparó el papel predictor de variables demográficas y organizacionales sobre la satisfacción laboral y la intención de dejar el trabajo en trabajadores sociales, concluyendo que aunque ambas correlacionaban significativamente, las segundas (conflicto de rol, ambigüedad de rol, apoyo social y oportunidades de desarrollo profesional) tenían más peso, llegando a predecir un 27% de la varianza de la intención de dejar el trabajo. En el estudio mencionado previamente de Oginska-Bulik (2005) se observó que los factores más estresantes relacionados con el trabajo fueron la carga de trabajo, la falta de recompensas y las relaciones sociales.

En nuestro país, Vázquez Díaz et al. (2010) destacaron la necesidad de tener en cuenta los factores motivacionales para valorar el estado de salud de los profesionales que trabajan con personas, observando que los que más se relacionaban con la salud mental de los trabajadores eran la conciliación de la vida personal y profesional, así como la participación en el trabajo y el apoyo recibido por parte de los superiores. Esta situación no es ajena a los propios profesionales, quienes, tal y como refleja Ortega Muñoz (2016), tienen la percepción de que trabajan en unas condiciones laborales en general precarias, con sueldos bajos y con “una gran incoherencia entre la categoría profesional y las demandas de los empleadores y el puesto de trabajo que se oferta” (p.135), además de existir en muchos casos indefinición de roles y mala delimitación de competencias, lo que mina la ilusión y la implicación de los trabajadores.

Siendo por tanto un colectivo tan vulnerable a verse afectado por múltiples factores con consecuencias negativas para el bienestar, es necesario la búsqueda y el fomento de factores protectores, ya sean colectivos o individuales. En cuanto al nivel organizacional ya hemos mencionado el papel protector que puede tener el liderazgo transformacional (Green et al., 2014),

pero otros factores también pueden ser importantes como el apoyo social en el trabajo, el cual en el estudio de Hombrados-Mendieta y Cosano-Rivas (2013) con trabajadores sociales de Málaga, se observó que aumentaba la satisfacción laboral y disminuía los efectos negativos del *burnout*. Picco et al. (2017) también pusieron de manifiesto la importancia de factores como el soporte social, la participación de los profesionales, el equilibrio entre esfuerzo y recompensas o la claridad de los roles y las políticas, y de cómo estos influyen en la satisfacción laboral de los trabajadores dedicados al cuidado de la salud mental, lo que a su vez correlacionó en su estudio con una salud mental positiva.

A nivel personal, diversos factores se han considerado como protectores y promotores de salud en estas profesiones, como la esperanza (McCarter, 2007), el *mindfulness* (Turgoose y Maddox, 2017) o la autoeficacia (Indregard et al., 2018). Sin embargo, la inteligencia emocional se destaca como una valiosa variable a tener en cuenta en este sector, tanto por las múltiples investigaciones que avalan su carácter beneficioso como por el papel tan importante que se da a las emociones en estas profesiones. Por ejemplo, en personas dedicadas al cuidado de personas con dependencia, Weaving, Orgeta, Orrel y Petrides (2014) observaron que mayores puntuaciones en inteligencia emocional se relacionaban con mejores niveles de ajuste psicosocial. Esto queda de manifiesto también en el metaanálisis de Etxeberria, Salaberria y Gorostiaga (2020), en el que comprobaron que en 10 intervenciones similares a las propuestas de educación emocional en cuidadores de personas con demencia, éstas contribuyeron a reducir los síntomas depresivos y a mejorar el bienestar. Asimismo, en el estudio de Oginska-Bulik (2005) la inteligencia emocional de los profesionales de “servicios humanos” actuó como amortiguador de los efectos negativos del estrés laboral sobre la salud, especialmente sobre la depresión. En personal sanitario se ha observado de nuevo este papel protector de la inteligencia emocional, tanto frente el desarrollo de trastornos tales como la fatiga por compasión (Zeidner et al., 2013) o el *burnout* (Szczygiel y Mikolajczak, 2018), como por su relación positiva con otros recursos beneficiosos como el apoyo social y el engagement (Toyama y Mauno, 2017).

Sin embargo, a pesar de las evidencias cada vez más robustas en este ámbito, aún queda por esclarecer mucha información en relación al papel de estos factores como protectores de la salud, por lo que la investigación tiene el deber de continuar con este trabajo para ayudar a prevenir el desarrollo de patologías de estos profesionales, los cuales, como se ha visto, están expuestos a numerosos riesgos derivados de su desempeño laboral.

3.2 Atención a personas diagnosticadas de trastorno mental grave

El epígrafe anterior tenía como objetivo exponer una primera panorámica acerca de los profesionales dedicados al cuidado y la ayuda de personas con distintas necesidades, y las consecuencias que en general esto tiene para su salud. Sin embargo, cada contexto en el que se llevan a cabo intervenciones de este tipo tiene sus propias peculiaridades y dinámicas, por lo que se hace necesario concretar en mayor profundidad las características propias de la atención a personas diagnosticadas de trastorno mental grave, cuyos profesionales han sido objeto de estudio de esta tesis.

3.2.1 Contexto histórico, ético y filosófico de la atención en salud mental

En primer lugar, hablamos en la actualidad de un ámbito de intervención sociosanitario y comunitario, pero esto no ha sido siempre así, lo que tiene una gran repercusión en los modelos teóricos que respaldan estas intervenciones hoy en día. La medicina, y en concreto el ámbito de la psiquiatría, ha sido la encargada históricamente de la atención a las personas con enfermedad mental, utilizándose tradicionalmente como tratamiento preferente la reclusión de estas personas en manicomios, por considerarlas como un peligro para sí mismas y para los demás. Sin embargo, durante la segunda mitad del siglo pasado surgieron varios movimientos en distintos países enmarcados en lo que se denominó como “antipsiquiatría”, que criticaron la violencia de este modelo y que abogaban por un tratamiento comunitario, que permitiese a las personas con este tipo de trastornos vivir en su entorno con los apoyos necesarios (Laviana-Cuetos, 2006; Saiz Galdós y Chévez Mandelstein, 2009).

Estos movimientos desencadenaron una serie de importantes acontecimientos englobados en la llamada “reforma psiquiátrica”, cuyo desenlace principal fue el cierre de los manicomios y a la desinstitucionalización de los “locos”, que pasaron a ser considerados como enfermos que debían ser tratados en la comunidad, en un largo y complejo proceso desgranado en profundidad en la obra de Desviat y Moreno (2012). En nuestro país la Ley General de Sanidad de 1986 fue la que sentó las bases de este cambio, en el que los recursos de psiquiatría pasaron a pertenecer a los servicios generales de salud, implantando desde el ámbito sanitario la atención comunitaria que reivindicaban los movimientos sociales, aunque la transferencia de las competencias a las comunidades autónomas, y los cambios políticos y sociales de nuestro tiempo, han generado grandes diferencias en cuanto al desarrollo de este paradigma (Desviat, 2010; Laviana-Cuetos, 2006).

En general los planteamientos de la atención comunitaria que se comenzó a instaurar se basaban en aquellos característicos de la salud pública, cuya atención está organizada en una red de dispositivos situados en la comunidad, coordinados y que trabajan en equipo (Laviana-Cuetos, 2006; López y Laviana, 2007). Una característica muy relevante de este sistema es su mayor cercanía a los contextos de las personas atendidas, detectando así una gran diversidad de necesidades antes invisibles, y que a su vez requieren de una gran variedad de respuestas, frente a la uniformidad del sistema manicomial (Laviana-Cuetos, 2006). Paralelamente, se venía desarrollando la filosofía de la rehabilitación desde los movimientos de la antipsiquiatría, la cual atraviesa esta nueva visión de la enfermedad mental y las formas de tratamiento de la misma, cristalizando en un modelo de intervención denominado de rehabilitación psicosocial (González Cases y Rodríguez González, 2010).

Este enfoque, trata de devolver a las personas afectadas por una enfermedad mental sus competencias o capacidades perdidas por la misma, buscando llevar una vida lo más digna y completa posible, más allá de la eliminación del síntoma, y sin perseguir la “curación” (González Cases y Rodríguez González, 2010). Surge así el desarrollo de toda una nueva serie de dispositivos dedicados a la rehabilitación psicosocial, con profesionales no sanitarios, que en coordinación con los servicios de salud mental se dedican al trabajo de distintas áreas relacionadas con la vida a través del desarrollo de programas de, entre otros: habilidades sociales, psicoeducación y prevención de recaídas, autocontrol y manejo de la ansiedad, rehabilitación cognitiva, psicoeducación en familias, autocuidados y actividades de la vida diaria, ocio y tiempo libre, integración comunitaria, e inserción laboral (González Cases y Rodríguez González, 2010).

Por lo tanto, en nuestro país, salvando las distancias territoriales ya mencionadas, se produjo desde los años 90 del pasado siglo una extensión de la rehabilitación psicosocial comunitaria y un consecuente aumento de estos dispositivos especializados, lo cual ha promovido una mejora en la atención a las personas diagnosticadas de trastorno mental grave. Sin embargo, tras tres décadas de implantación de este modelo, su desarrollo no está exento de críticas, tanto por sus limitaciones en la consecución de los objetivos propuestos en sus inicios, como por los conflictos éticos que se denuncian desde importantes movimientos sociales, sobre todo de aquellos en primera persona promovidos por los usuarios de estos servicios, que han ido ganando fuerza en los últimos años y que apuestan por llevar a cabo modificaciones profundas en el paradigma de intervención (Desviat, 2010; Madoz-Gúrpide et al., 2017; Rosillo Herrero et al., 2013).

Una de estas principales críticas se centra en el fracaso del trabajo real hacia la autonomía de los usuarios, habiéndose creado principalmente un sistema paternalista que reproduce las intervenciones institucionales del manicomio, pero llevadas a cabo a través de una dispersión de

recursos y profesionales en vez de en un único lugar; lo que Madoz-Gúrpide et al. (2017) denominan como “la paradoja de la desinstitucionalización”. En consecuencia, no es infrecuente encontrar personas dependientes de los recursos insertadas en verdaderos procesos de cronificación e identificación con la enfermedad, lo que se ha justificado muchas veces por la patología y el rechazo de los usuarios a los tratamientos, sin casi cuestionarse el papel ejercido por los profesionales y los recursos.

Asimismo, el peso de la industria farmacéutica y los enfoques biologicistas han servido de freno en muchos casos de la aplicación real de los modelos de rehabilitación, estancándose un profesionalismo omnisciente que se aleja de tener en cuenta a la persona y sus necesidades concretas e individualizadas, y centralizando en numerosas ocasiones el tratamiento sobre el fármaco (González Cases y Rodríguez González, 2010; Rosillo Herrero et al., 2013). Tampoco son ajenas a las críticas ciertas técnicas utilizadas como supuestas medidas de protección a estas personas, como los ingresos psiquiátricos involuntarios, las incapacitaciones legales o las medidas de contención mecánicas, cuya utilización está ampliamente extendida a pesar de que se ha denunciado en numerosas ocasiones que su uso entra en conflicto con el respeto de los derechos humanos (Moreno y Desviat, 2012b; Torras, 2012a; Torras, 2012b).

No obstante, estas críticas también han ido posibilitando la revisión y adopción de cambios en los modelos de atención, como el paso del modelo de “rehabilitación” al de “recuperación”, en consonancia con la evolución del término “loco”, que pasó a ser “enfermo” y posteriormente “ciudadano” (López y Laviana, 2007; Madoz-Gúrpide et al., 2017). Esta desidentificación de la persona con su patología es un lance significativo hacia la desestigmatización y el reconocimiento de su dignidad y sus derechos, lo que en el ámbito sanitario además ha sido apoyado por la Ley de Autonomía del Paciente (41/2002, de 14 de noviembre), no sin provocar complicados debates acerca del concepto de capacidad de decidir y su aplicabilidad en el ámbito de la salud mental (Moreno y Desviat, 2012a).

Al mismo tiempo, más allá de lo estipulado en la ley, se ha impuesto la necesidad de reconocer los frutos de diversas experiencias a nivel mundial (e.g. Escuchadores de voces, Grupos de apoyo mutuo, Clubhouse, Parachute, Diálogo abierto...entre otros) y estudios a largo plazo que han puesto en entredicho desde la cronicidad, a los propios diagnósticos y los tratamientos, colocando la viabilidad de la curación y el respeto a los derechos humanos sobre la mesa, y exigiendo a los profesionales la revisión de los modelos establecidos en torno a estos principios (Moreno y Desviat, 2012b; Rosillo Herrero et al., 2013).

Todas estas evidencias junto con la reflexión ética han promovido un contexto en el que se está produciendo un viraje hacia una visión individualizada de la persona que padece

sufrimiento psíquico, por fuera de las etiquetas diagnósticas. Esto conlleva a la construcción de un ámbito de intervención en el que cada quién sea protagonista de su propio proceso, dando valor a la subjetividad y los discursos en primera persona, y obligando a los profesionales a escuchar (y no sólo a ser escuchados) y a cuestionar permanentemente su lugar y sus prácticas. Como dicen Moreno y Desviat (2012b) “no hay “ellos”, sino sólo “nosotros” (p.790). No obstante, estas transformaciones aún encuentran detractores y muchas trabas para su extensión, pues se necesita en primer lugar un cuestionamiento del poder ejercido por los propios profesionales, que genere un cambio de actitud, así como una formación que proporcione los conocimientos y competencias adecuadas en esta línea, algo que no sucede en la mayoría de los casos en la formación reglada, y que por tanto recae en la disponibilidad de cursos de formación continuada y el deseo de realización de los mismos por los propios profesionales (Bravo Ortiz, 2012).

En consecuencia, a pesar de que el paradigma de la recuperación comunitaria está bastante asentado a nivel teórico y es reconocido en la atención a la salud mental (Guinea, 2007), en la actualidad su aplicación depende más de la voluntariedad de los profesionales que han decidido tomar ese camino, que de la consolidación de criterios comunes. De este modo, encontramos aún muchos conflictos teóricos y prácticos que dibujan un panorama de trabajo en completo movimiento, generando una gran variabilidad entre los profesionales (Madoz-Gúrpide et al., 2017), quienes, según su formación, lugar de trabajo e intereses propios, navegaran hacia unas aguas u otras, con los consecuentes distanciamientos o acercamientos en la atención.

3.2.2 Características organizacionales de los recursos de atención psicosocial

Ya hemos dejado entrever que, al no existir un consenso teórico claro de cara al abordaje de los trastornos mentales graves, se generan dificultades en la coordinación de los distintos equipos y profesionales pertenecientes a este ámbito. A esto, además, se unen otras cuestiones relativas a las peculiaridades organizacionales de este sector, y que pasamos a exponer aquí brevemente.

El concepto holístico de salud biopsicosocial requiere de una atención global que integre los recursos sociales y sanitarios, algo que quedó delineado en la conocida como Ley de Dependencia (39/2006, de 14 de diciembre). Sin embargo, a día de hoy esta integración no es tal por diferentes factores sociopolíticos y económicos (Jiménez-Martín y Prieto, 2012), dándose en mayor medida un sistema de coordinación de servicios. En referencia a la salud mental, esto se traduce por un lado en una serie de dispositivos sanitarios especializados, con diferentes niveles de atención y servicios, y por otro en distintos dispositivos de atención psicosocial. Ambas redes

se coordinan fundamentalmente a través de los centros de atención ambulatoria de salud mental (CSM) de referencia, siguiendo la línea de un Plan de Continuidad de Cuidados (PCC), “marco de planificación del trabajo a través del cual se facilitan intervenciones sanitarias, sociales, rehabilitadoras y de apoyo a la autonomía del paciente” (Madoz-Gúrpide et al., 2017, p.3).

Cada persona atendida en un CSM tiene un responsable de su PCC, generalmente enfermero o trabajador social, que en coordinación con el resto de profesionales y con el consentimiento del paciente, se encarga de elaborar el Plan Terapéutico Individualizado. Si en este plan se considera que la persona se puede beneficiar de los recursos de atención psicosocial existentes, se lleva a cabo una derivación, y esta persona pasará a ser atendida por el recurso en cuestión, donde tras una evaluación por los profesionales pertinentes se elaborará también un plan individualizado de atención. La persona en ningún momento deja de ser atendida por sus profesionales de referencia en el CSM, quienes se erigen como guías y responsables del caso. Por tanto, se hace necesaria una coordinación entre los profesionales del CSM y los profesionales de los dispositivos de atención psicosocial, para evaluar el progreso y la consecución de los objetivos planteados por ambos, que deben estar alineados.

Este funcionamiento teórico se ve en la práctica acechado por diversas situaciones que entorpecen el proceso, además de las diferencias ya mencionadas por referentes teóricos y políticas territoriales. En primer lugar, el contexto de crisis socioeconómica y el aumento de la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión están generando un desbordamiento en los CSM que disminuyen su capacidad de atender de forma personalizada y con la suficiente calidad a quienes acuden en busca de ayuda (Madoz-Gúrpide et al., 2017). Difícilmente puede hacerse un seguimiento de un paciente cuando la agenda no permite citas de más de 10 minutos, con una frecuencia que habitualmente no puede ser más que mensual, y menos aún realizar intervenciones fuera del despacho como requiere el ideal comunitario. Esta falta de tiempo, proveniente principalmente de la falta de recursos humanos, también se refleja en la dificultad de encontrar espacio para las coordinaciones entre servicios, con lo que muchas veces ocupan tiempo por fuera de la jornada laboral de los profesionales, y por ende tienden a limitarse a un traspaso de información en vez de ser un verdadero espacio de diálogo y reflexión acerca de la situación de cada usuario.

Al mismo tiempo, la saturación de los CSM deja en muchas ocasiones el peso de la atención en los dispositivos de atención psicosocial, quienes tienen mayor flexibilidad y capacidad de acercamiento a la persona, pero que a su vez se ven restringidos a rendir cuentas a los servicios de salud mental, que son en última instancia los responsables del caso. Esto puede generar desavenencias entre los dispositivos, en función de si la relación que se establece entre ambos es de verdadera colaboración o de mera supervisión, dependiendo en gran medida de la

individualidad de cada profesional y de la importancia que se dé a esto desde la gestión de los centros.

Otro factor a tener en cuenta es el número limitado de plazas que se dan en los recursos y por tanto la generación de listas de espera. Los procesos de atención psicosocial generalmente son lentos y requieren de bastante tiempo para que la persona, en primer lugar, se vincule a los dispositivos, y en segundo lugar, trabaje sus objetivos de intervención. Esto hace crecer las listas de espera y genera presiones tanto en los recursos de atención psicosocial como en los continuadores de cuidados para movilizar las plazas, llegando a veces a la situación de tener que ejercer como “jueces” que deciden quien lo necesita más y quien puede ser “expulsado” del dispositivo si se considera que no está haciendo un aprovechamiento del mismo. Esto no deja de ser un conflicto en sí mismo puesto que entran en juego las diferencias teóricas en cuanto al paradigma de intervención, el conocimiento que se tenga del usuario y sus circunstancias por cada profesional, y la capacidad de absorción de altas y bajas por cada recurso. Este último factor no es nada desdeñable y aparece con gran frecuencia, debido a que el número de profesionales que conforman los equipos de los recursos de atención psicosocial es generalmente pequeño, por lo que situaciones habituales de ausencia, tales como bajas o vacaciones, pueden limitar en gran medida la capacidad de atención a los usuarios.

A nivel interno de los recursos de atención psicosocial existen también factores que influyen en el trabajo diario. La relación entre los distintos profesionales, por ejemplo, puede variar desde la repartición de tareas jerarquizada, donde habitualmente el psicólogo dirige al resto del equipo y es referente en todos los casos, a la dispersión de roles en la que todos llevan a cabo tareas similares. Esto se ve influenciado en primer lugar por la elección de un modelo de intervención multidisciplinar o interdisciplinar por parte del equipo, que a su vez depende de la filosofía de trabajo de la entidad a la que pertenezca, y de los requisitos establecidos por la administración correspondiente. Por tanto, encontramos una gran variabilidad entre servicios, que en función de su historia, objetivos y contexto optan por relaciones entre profesionales más jerarquizadas o más difusas.

El prestigio otorgado a cada categoría profesional también influye en este funcionamiento. Existe una diferenciación entre los psicólogos, cuya carrera ha sido tradicionalmente una licenciatura, respecto al resto de figuras profesionales, que provenían de diplomaturas o incluso FP (trabajo social, terapia ocupacional, educación social, integración social...etc.), con su correspondiente diferencia en los salarios. Sin embargo, la entrada en vigor del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) ha equiparado las titulaciones universitarias, por lo que cobra más sentido en la actualidad la realización de un trabajo interdisciplinar en el que se valoren por igual todos los grados, y se repartan las responsabilidades; algo que no obstante

puede tardar en aplicarse efectivamente por la mayoría de profesionales en activo que proceden del plan antiguo y que, por tanto, no tienen su formación acorde a esta situación.

Esta heterogeneidad en las titulaciones también genera que en muchas ocasiones en un mismo puesto se encuentren personas con diversas categorías profesionales (especialmente en el de educador, cuya existencia en el tiempo como título universitario es menor que los demás), lo que unido a los cambios que se han ido dando en los sucesivos convenios colectivos, puede generar agravios comparativos respecto a los salarios, que son desiguales a pesar de tener que realizar las mismas funciones. Asimismo, debemos tener en cuenta, que tanto las formaciones pregrado como las competencias laborales en este ámbito se solapan en muchos casos, lo que puede facilitar la indefinición de roles, agudizada además por el contexto actual de revisión teórica y cambio de paradigma, que obliga a repensar y redefinir las competencias y funciones de todos los profesionales. De igual modo, los años de experiencia y procesos de formación continuada, tanto los ofrecidos por las entidades como los realizados de manera voluntaria por los trabajadores, generan también serias diferencias entre estos, pudiendo influir en el reparto de responsabilidades y tareas de cada centro.

Por último, en relación al contexto legislativo, queremos puntualizar que en la actualidad el principal convenio que rige las condiciones laborales de los profesionales de la Red de Atención Social es el decimoquinto Convenio Colectivo General de Centros y Servicios de Atención a Personas con Discapacidad, cuya versión anterior sufrió directamente los recortes presupuestarios derivados de la crisis de los últimos años, con importantes consecuencias que se han mantenido en la versión vigente.

3.2.3 El profesional de los recursos de atención psicosocial

A pesar de las diferencias teóricas y competenciales, existen unas ciertas características del trabajo con personas diagnosticadas de trastorno mental grave que conciernen a todos los profesionales de manera individual. Aunque la mayoría de estas pueden aplicarse muy probablemente también a los profesionales de los dispositivos sanitarios, pasaremos a hablar aquí preferentemente de los pertenecientes a los recursos de atención psicosocial, pues son quienes han conformado la muestra del estudio empírico de esta investigación.

La atención a personas con diagnóstico de trastorno mental grave exige a los profesionales tener ciertas capacidades personales, que no suelen aprenderse en las formaciones regladas. En primer lugar, deben de ser capaces de crear relaciones de alianza terapéutica, basadas en los principios de respeto mutuo, sinceridad, confianza y cercanía (González Cases y Rodríguez

González, 2010; Madoz-Gúrpide et al., 2017). Laviana-Cuetos (2006) habla de la necesidad de que estos profesionales estén “absolutamente empeñados” (p.358) en la consecución de su trabajo, y que deben constar de “actitudes y capacidades relacionales difíciles de aprender” (p.359). Bravo-Ortiz (2012) también menciona como necesarias en este ámbito “competencias específicas de comunicación, de negociación, de enlace y de resolución de conflictos” (p.750).

Asimismo, bajo el paradigma de la recuperación se presenta como indispensable la capacidad de valorar y priorizar los recursos y potencialidades de las personas atendidas, frente al tradicional enfoque en el déficit, lo que conlleva una orientación positiva hacia la autodeterminación de la persona y de esperanza en su propio proceso (Madoz-Gúrpide et al., 2017; Rosillo Herrero et al., 2013). En definitiva existen una serie de características personales necesarias para quien quiera ejercer este trabajo, lo que por otro lado conlleva a la delimitación de otras que van en contra del ideal profesional y que en consecuencia deben ser evitadas, como recoge Laviana-Cuetos (2006) en la su lista de extraída de Moosher y Burti (1994) (tabla 7).

Tabla 7. *Características de la personalidad deseables e indeseables para los profesionales de salud mental comunitaria*

Características deseables	Características indeseables
1. Fuerte sentido del yo: tolera la incertidumbre.	1. Fantasía de salvador.
2. Actitud comprensiva: acepta y no juzga.	2. Distorsión consistente de la información.
3. Paciencia, sin intromisiones.	3. Visión pesimista.
4. Sentido práctico, orientado a la solución de problemas.	4. Abuso de los clientes en función de sus propias necesidades.
5. Flexibilidad.	5. Control excesivo, con necesidad de hacer las cosas de los demás.
6. Empatía.	6. Desconfianza y culpabilización de los demás.
7. Optimismo y apoyo.	
8. Firmeza respetuosa.	
9. Humor.	
10. Modestia.	
11. Razonamiento tomando en consideración el contexto.	

Fuente: Moosher y Burti (1994) (citado en Laviana-Cuetos, 2006)

Se configura así una personalidad ejemplar acorde con la línea de trabajo en los recursos de atención psicosocial, pero que va a depender en gran medida de cada profesional, pues no es algo que se enseñe habitualmente en las formaciones. No obstante, no sólo de las características personales va a depender la labor profesional y el bienestar de estos trabajadores, sino que la

propia tarea también genera situaciones que les afectan directamente. En primer lugar, se trata de un trabajo con una gran carga emocional, tanto por la multitud de dificultades que atraviesan los usuarios en sus vidas y que comparten con los profesionales, como por las situaciones que se generan en el trato diario, lo que puede conllevar, como hemos mencionado anteriormente, a procesos de *burnout* o de fatiga por compasión.

Asimismo, la atención directa a personas diagnosticadas de trastorno mental grave implica trabajar desde el vínculo o relación terapéutica, lo que supone utilizar las propias emociones como herramienta de intervención, con el consecuente agotamiento del profesional si no dispone de recursos y apoyo suficientes para gestionarlo. Además, la flexibilidad y cercanía que pueden ofrecer los recursos de atención psicosocial también implica conocer más de cerca las vidas de los usuarios, observando en ocasiones situaciones de auténtica precariedad o vulnerabilidad cuya atención en muchas ocasiones escapa a la realizada por estos profesionales. Existe el riesgo por tanto de frustrarse y rendirse, o de caer en la trampa de sentirse imprescindible, más aun observando la falta de recursos de apoyo a estas personas fuera de la red, lo que a su vez puede conllevar a una atención a los usuarios muy prolongada en el tiempo. Si no se revisan estas situaciones, pueden dar lugar a procesos iatrogénicos de cronificación, que además de perjudicar a los usuarios, dinamitan la esperanza de los profesionales, generando sentimientos de impotencia y despersonalización, que pueden repercutir en su salud.

Las indefiniciones teóricas también tienen su influencia a nivel individual, pues llevan en muchas ocasiones a los profesionales a tener que decidir hasta qué punto es adecuado y de qué manera intervenir en la vida de una persona, tratando de no caer por un lado en el asistencialismo paternalista ni por el otro en el abandono (Dozza et al., 2011), en lo que el reconocido psiquiatra Fernando Colina denomina como “el arte de no intervenir” (Colina, 2013). Este contexto de revolución teórica y ética exige mucho tiempo para el estudio y la reflexión de cada caso, tanto individual como en equipo, lo que no siempre es posible debido a variables organizacionales, o a demandas y situaciones personales de los usuarios que requieren acciones más inmediatas. Se dejan así, en ocasiones, a criterio del profesional decisiones nada fáciles de tomar, y que conllevan en muchos casos una gran responsabilidad, con el consiguiente cargo de conciencia y soledad que esto supone.

Por último, no es nada sencillo la búsqueda de equilibrio entre los objetivos planteados desde la administración, los que provienen de los continuadores de cuidados, los que se piensan en el equipo multidisciplinar y los de la persona atendida, siendo el profesional de referencia de esa persona quien termina ejerciendo de bisagra entre todos estos elementos, y, si no se gestiona bien, recogiendo los reproches de cada bando. Individualizar la atención respetando los objetivos generales de cada recurso ya es complicado en muchas ocasiones, y más cuando éstos con

frecuencia son difícilmente cuantificables por su marcada subjetividad. Se delimita así un marco de actuación en el que día a día se replantean intervenciones y se cuestiona su adecuación, con la consiguiente sensación de incertidumbre para el profesional, que debe poner su fe al servicio de su trabajo para poder continuar con el ejercicio de su labor.

En definitiva, las capacidades de afrontamiento y gestión emocional de los profesionales de los recursos de atención psicosocial tienen un papel esencial tanto en el desempeño de su trabajo diario como en su propia salud y bienestar. Sin embargo, estas cualidades son algo que a día de hoy aún depende de factores de personalidad más que de la formación y la supervisión que se recibe (recursos laborales), generándose un vacío que puede repercutir en la atención a todos los niveles, y que puede y debe ser modificado.

3.2.4 La Red de Atención Social de Madrid

Como ya hemos mencionado anteriormente, la transferencia de competencias a las comunidades autónomas llevada a cabo por la Ley General de Sanidad de 1986 ha supuesto grandes diferencias en cuando a la organización y desarrollo de los recursos de atención psicosocial, por lo que pasamos aquí a comentar el caso específico de la Comunidad de Madrid, donde se ha llevado a cabo esta investigación. Toda la información aquí recogida procede de los Folletos Explicativos elaborados por la Consejería de Políticas Sociales y Familia, Igualdad y Natalidad, los cuales se pueden consultar en su página web (Consejería de Políticas Sociales, Familia, Igualdad y Natalidad, 2020).

En la actualidad, la Comunidad de Madrid dispone de una Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera con cerca de 6.700 plazas en distintos tipos de recursos repartidos por todo el territorio, gestionados en régimen de concierto por distintas entidades sin fin de lucro. Comenzó su funcionamiento como tal, a partir de la entrada en vigor del Decreto 122/1997, de 2 de octubre, “por el que se establece el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de Personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas, en diferentes centros de servicios sociales especializados”, que vino a unificar y regular como Servicios Sociales Especializados a los recursos de atención comunitaria que se veían desarrollando dentro del Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica. Esta red de recursos se dedica pues a la atención de personas entre 18 y 65 años diagnosticadas de algún trastorno mental grave y duradero (esquizofrenia, trastornos maniaco-depresivos, trastornos depresivos graves y recurrentes, trastornos paranoides y otras psicosis) así como a sus familias, cuando se presentan

dificultades en su funcionamiento psicosocial y/o en su integración comunitaria que requieren de un apoyo especializado. Por tanto, los objetivos generales de la Red de Atención Social son:

- Favorecer que dichas personas se mantengan en la comunidad en mejores condiciones de normalización, integración y calidad de vida.
- Posibilitar que puedan funcionar y desenvolverse en la comunidad del modo más autónomo posible.
- Potenciar su integración social.
- Evitar procesos de marginación y/o institucionalización.
- Apoyar a las familias mejorando sus capacidades y recursos y promoviendo la mejora en su calidad de vida.

Para el cumplimiento de estos objetivos se han desarrollado diferentes tipos de recursos, que tratan de abarcar todas las necesidades y perfiles posibles dentro de la heterogeneidad existente en las personas con diagnóstico psiquiátrico. Estos recursos son, tal y como vienen explicados en los Folletos Explicativos de la Red de Atención Social:

a) Centros de Rehabilitación Psicosocial (C.R.P.S.)

Ofrecen programas individualizados de rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración y actividades de apoyo social, para ayudar a las personas con enfermedad mental severa y persistente a recuperar el máximo grado de autonomía personal y social, mejorar su funcionamiento psicosocial y promover su mantenimiento e integración en la comunidad. Así mismo ofrecen psicoeducación, asesoramiento y apoyo a las familias.

b) Centros de Día de Soporte Social (C.D.S.S.)

Ofrecen programas y actividades de apoyo y soporte social, para ayudar a las personas con enfermedad mental severa y persistente con mayores niveles de dificultades de funcionamiento, aislamiento y dependencia, a alcanzar un mínimo de autonomía y apoyar su mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles.

c) Centros de Rehabilitación Laboral (C.R.L.)

Ofrecen programas de rehabilitación laboral para ayudar a aquellas personas con enfermedad mental que han alcanzado un buen nivel de autonomía, a aprender o recuperar los hábitos y capacidades laborales necesarias para acceder al mundo laboral y apoyar su integración y mantenimiento en el mismo.

d) Alternativas Residenciales Comunitarias

- a. Residencias (R): Servicio residencial flexible y polivalente de entre 20 y 30 plazas. Ofrece estancias cortas, transitorias o indefinidas para atender diferentes necesidades. Así como atención psicosocial, apoyo rehabilitador y supervisión las 24 horas del día.
- b. Pisos supervisados (PS): Alternativa de alojamiento estable y normalizada organizada en pisos normales en los que residen 3 ó 4 personas con enfermedad mental recibiendo el apoyo y supervisión que en cada momento necesiten.
- c. Plazas supervisadas en Pensiones (PC): A través del concierto de plazas en Pensiones se pretende ofrecer un alojamiento digno y la cobertura de necesidades básicas de personas con enfermedad mental con un buen nivel de autonomía, pero sin apoyo familiar ni recursos económicos intentado evitar procesos de marginación.

e) Otros Recursos:

- a. Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC): Como una nueva iniciativa que viene a completar la red de centros se han desarrollado los Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC) que funcionan de un modo integrado y coordinado con los programas de rehabilitación y continuidad de cuidados de los Servicios de Salud Mental de cada Distrito, y que permiten ofrecer atención social domiciliaria y en el propio entorno a aquellas personas con enfermedad mental severa con dificultades y necesidad de apoyo social para poder mantenerse en su entorno familiar y comunitario, siendo por tanto un recurso más de la red de Atención Social, que da cobertura social y apoyo domiciliario y comunitario a las personas con patología grave atendidas en los Programas de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados de los diferentes Servicios de Salud Mental de distrito.
- b. Servicio de Atención Social y apoyo a la reinserción Social de enfermos mentales crónicos sin hogar: Se trata de una iniciativa específica dirigida a aquellos con enfermedad mental que se encuentran en una situación de marginación sin hogar. Por una parte, se dirige a los enfermos mentales atendidos en el Centro de Acogida Municipal San Isidro ofreciendo programas individualizados de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario. Asimismo, cuenta con varios pisos supervisados para facilitar su proceso de reinserción social. También ofrece apoyo social, acompañamiento y procesos de reinserción con aquellos enfermos mentales en situación de grave marginación sin hogar que se encuentran en las calles o en contactos con recursos básicos de la red de atención a personas sin hogar, trabajando para ello en estrecha coordinación y complementariedad con

el equipo sanitario de atención psiquiátrica de calle dependiente de Salud Mental y con la red de recursos de atención a personas Sin hogar del Ayuntamiento de Madrid y de otras entidades sociales.

Esta red se sostiene con alrededor de 1300 profesionales (cifra aportada por la Consejería de Políticas Sociales y Familia en el momento de escritura de esta tesis) con diferentes perfiles. Principalmente encontramos: psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, y educadores, así como personal administrativo, de mantenimiento y de gestión. La constitución de los equipos varía en función de la tipología de centro, existiendo por ejemplo un mayor número de psicólogos en los Centros de Rehabilitación Psicosocial, y menor en las alternativas residenciales, donde priman los educadores. El número de plazas que se ofertan en cada recurso también influye en el número de profesionales, siendo el ratio mínimo aproximado de 4 profesionales técnicos (con perfiles variados según el recurso) por cada 30 plazas.

Todas estas situaciones vienen reguladas por los pliegos de prescripciones técnicas que han de regir en los acuerdos marco para la contratación en la modalidad de concierto de todos los recursos de la red, elaborados por la Subdirección general de Atención a Personas con Discapacidad Física, Psíquica y Sensorial y Enfermedad Mental, donde se desarrollan más detenidamente, entre otras cuestiones, qué programas y objetivos debe tener cada recurso, cómo deben llevarse a cabo los procesos de evaluación, intervención y seguimiento, cómo se deben llevar a cabo las coordinaciones con otros recursos tanto de la red como fuera de ésta, y qué recursos humanos y materiales deben estar presentes. Además, se establece que aparte de la atención a los usuarios, los recursos deben trabajar también en distintas iniciativas de sensibilización social contra el estigma asociado a los trastornos mentales, de cuya difusión se encarga la Consejería de Políticas Sociales y Familia a través de su página web entre otros medios.

Para finalizar, presentamos una imagen (figura 18) que resume la situación de los recursos de la Red de Atención Psicosocial de Madrid respecto a la atención comunitaria y los servicios sociales.

SEGUNDA PARTE

ESTUDIO EMPÍRICO

CAPÍTULO 4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Índice del capítulo

4.1. Planteamiento y formulación del problema

4.2. Objetivos e hipótesis de la investigación

4.2.1. Objetivos generales

4.2.2. Objetivos específicos

4.3. Método

4.3.1. Muestra

4.3.2. Variables e instrumentos

4.3.3. Procedimiento

4.3.4. Plan de análisis de datos

4.3.4.1 Estudio 1

4.3.4.2. Estudio 2

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Resumen

Objetivos: En el cuarto capítulo se exponen todos los elementos relativos al diseño del estudio empírico llevado a cabo durante el desarrollo de esta investigación.

Enfoque: Tras una recapitulación a modo resumen de los hechos hasta aquí recogidos en la fundamentación teórica, se desarrollan los planteamientos que dan lugar a la formulación de las preguntas de investigación, especificando los objetivos e hipótesis que de estas se derivan. Por último, se recogen todos los pasos seguidos respecto a la metodología, en lo referente a muestra, variables e instrumentos, procedimiento y análisis de datos.

Resultados: Las hipótesis y derivadas de la fundamentación teórica, y relativas a las tres variables objeto de estudio, se han de contrastar a través de tres cuestionarios validados para su observación. Estos se hacen llegar a los participantes del estudio de manera aleatoria, obteniéndose una muestra representativa del universo poblacional. La información en estos recogida, así como las variables sociodemográficas sexo, edad y rol profesional, se analizarán en base a un estudio descriptivo, que busca analizar las características de la muestra, y un estudio inferencial, a través del cual se valorarán correlaciones y modelos de regresión.

Implicaciones prácticas: Se diseña y detalla todo el diseño de la investigación empírica, desde la recogida de datos hasta su análisis.

Implicaciones de la investigación: El diseño de investigación ejerce de guía y permite su aplicación práctica para contrastar las hipótesis formuladas.

Originalidad/valor: Se plantea a nivel teórico como recoger y procesar los datos proporcionados por los instrumentos, seleccionando los análisis más adecuados para obtener la información adecuada para contrastar las hipótesis.

Palabras clave: diseño de investigación, objetivos, hipótesis, instrumentos, procedimiento, análisis de datos.

Carácter de la investigación: Empírica descriptiva.

4.1 Planteamiento y formulación del problema

La evolución de la medicina y la tecnología del último siglo ha permitido el avance hacia la curación y prevención de multitud de enfermedades físicas, sobre todo las producidas por patógenos externos. Sin embargo, el reto del siglo XXI tal y como muestran los índices de prevalencia y los estudios proyectivos, son y serán las enfermedades no transmisibles, y en especial las relativas a los trastornos de salud mental como la ansiedad y la depresión. La inversión en la investigación del tratamiento de estas enfermedades es muy importante, pero es necesario dedicar mayores esfuerzos a la prevención y la promoción de la salud, pues es mucho más sencillo intervenir sobre el problema antes de que aparezca, además de que genera entornos más saludables y personas más capaces de gestionar su propio bienestar. Muchos autores e investigadores se han dado cuenta de esto, produciéndose un cambio de mentalidad en los últimos años hacia el enfoque en los factores positivos o potenciadores de salud y bienestar (e.g. modelo de salutogénesis, psicología positiva) en vez de centrarse solamente en las causas y procesos de enfermedad para su tratamiento.

En este contexto, la educación para la salud se presenta como una valiosa herramienta de “vacunación masiva”, con la que potenciar los recursos positivos de las personas, y ayudar a generar cambios a todos los niveles que favorezcan la prevención de las enfermedades no transmisibles y la promoción de la salud en general. No obstante, para que ésta sea efectiva debe incluir todos los aspectos del ser humano que determinan su salud, esto es, la dimensión biológica, la psicológica y la social, y por lo tanto no se pueden excluir las emociones de la misma, como queda patente en la literatura que se está haciendo. Mientras la educación para la salud no incluya la educación emocional, cuyos efectos positivos en relación a la salud están más que demostrados, estaremos perdiendo la oportunidad de proporcionar recursos adecuados y necesarios a la población para la prevención y promoción de la salud (Pérez-González, Yáñez, Ortega-Navas y Piqueras, 2020).

En el ámbito laboral, también la prevención fue ganando protagonismo durante el siglo XX, pues multitud de patologías son producidas o agravadas por el trabajo, generando graves costes para las empresas y los sistemas sanitarios. Sin embargo, la atención de nuevo se dedicó mayoritariamente a los factores ambientales y físicos, dejando en un segundo plano los relativos a los riesgos psicosociales, a pesar de su gran peso en la salud. Éstos se han comenzado a estudiar más profundamente en los últimos años, debido entre otras cosas a la terciarización del empleo, con el consecuente aumento del trabajo emocional que tienen que gestionar las personas. Sin embargo, la investigación sobre trastornos como el estrés o el *burnout* ha dejado patente las consecuencias de los riesgos psicosociales sobre la salud, por lo que se ha impulsado en el campo

de la salud laboral la identificación y análisis de variables psicosociales, tanto personales como organizacionales, que puedan conducir no solo a la prevención de pérdida de salud, sino también a la mejora del bienestar de los trabajadores.

Este trabajo de investigación se enmarca dentro de esta línea de búsqueda de variables psicosociales relacionadas con la salud laboral, con el objetivo de aumentar el conocimiento actual sobre las mismas y promover el desarrollo de estrategias adecuadas de prevención y promoción de la salud. En este sentido, la proliferación de investigaciones de los últimos años sobre los aspectos positivos del ser humano ha hecho que conozcamos la importancia de ciertos recursos psicosociales personales como elementos favorecedores de salud y bienestar, destacándose en este ámbito el papel de la inteligencia emocional y el engagement. Estos dos factores se presentan como un valioso recurso sobre el que intervenir a nivel laboral, por su demostrada relación con variables relativas a la salud, al bienestar, la satisfacción laboral, el desempeño...etc. Sin embargo, al ser conceptos relativamente nuevos en la investigación científica, aún existen incógnitas sobre su funcionamiento y características que requieren de una mayor profundización en el estudio de las mismas.

Por otro lado, tan importante es conocer aquellos factores que puedan ser favorecedores de salud y bienestar, y por tanto protectores, como los que puedan generar un riesgo para las personas, entre los que hemos decidido incluir en esta investigación la desesperanza. Esta variable ha sido estudiada durante muchos años ligada a la depresión y el suicidio, considerándose un indicador de malestar y un riesgo para la salud, pero su relación con factores protectores como la inteligencia emocional o el engagement aún no había sido explorada, lo que puede aportar información relevante para la prevención de riesgos laborales.

Finalmente, se plantea conocer la situación respecto a estas tres variables relacionadas con la salud, de un colectivo vulnerable al desarrollo de trastornos psicosociales por el desempeño de su trabajo, como son los profesionales de la Red de Atención Social de Madrid que atiende a personas diagnosticadas de trastorno mental grave. De este modo, además de añadir evidencias sobre el comportamiento como recursos psicosociales de la inteligencia emocional, el engagement y la desesperanza, se podrán evaluar las necesidades concretas de los profesionales de este sector, analizando además posibles diferencias en función a variables sociodemográficas, lo que en definitiva ayudará a la generación de estrategias de prevención y promoción de la salud laboral adecuadas para este ámbito, entre las que la educación emocional puede ser un valioso recurso a considerar.

En conclusión, el problema de investigación se formula de acuerdo a los siguientes interrogantes: ¿qué grado de inteligencia emocional, engagement y desesperanza poseen los

distintos grupos de profesionales de la Red de Atención Social de Madrid?; y, en segundo lugar, en relación a la salud laboral ¿qué nivel predictivo combinado tienen la inteligencia emocional y el engagement sobre la desesperanza?. Estos interrogantes dan lugar a los objetivos e hipótesis de la investigación formulados en el siguiente epígrafe.

4.2 Objetivos e hipótesis de la investigación

4.2.1 Objetivos generales

La investigación consta de tres objetivos generales:

1. Conocer la situación de los profesionales de la Red de Atención Social de Madrid respecto a inteligencia emocional rasgo, engagement y desesperanza.
2. Analizar las relaciones entre las variables de estudio mediante análisis estadísticos.
3. Valorar el papel correspondiente a la educación emocional en la educación para la salud laboral.

4.2.2 Objetivos específicos

De los objetivos generales se desprenden seis objetivos específicos:

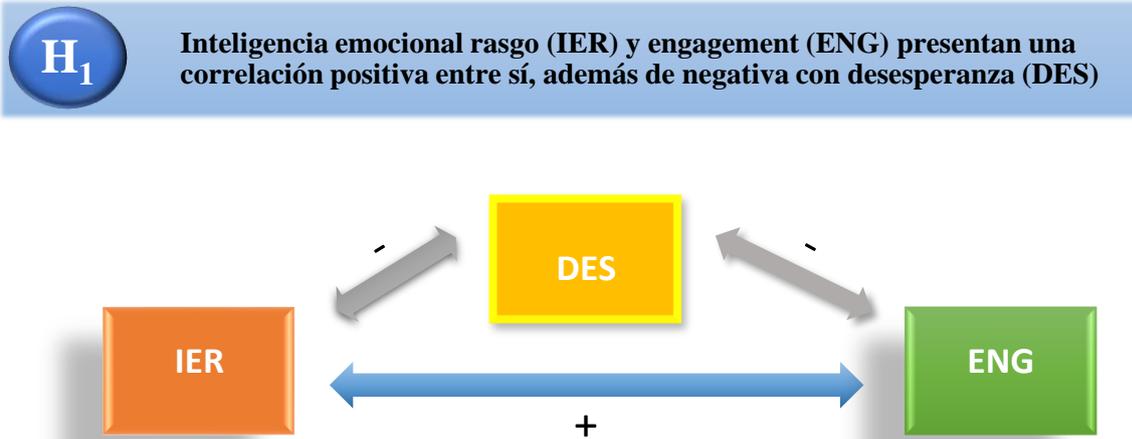
- 1.1. Comparar las puntuaciones de los profesionales de la Red de Atención Social de Madrid respecto a las variables estudiadas con las de investigaciones previas.
- 1.2. Analizar diferencias entre profesionales en base a variables sociodemográficas.
- 2.1. Analizar las interacciones entre las variables objeto de estudio en base a correlaciones y modelos de regresión.
- 2.2. Observar el comportamiento de las variables objeto de estudio como factores protectores o de riesgo de la salud laboral.
- 3.1. Analizar la inclusión de la educación emocional en la salud laboral en base a la revisión teórica realizada.
- 3.2. Analizar la idoneidad de la inclusión de la educación emocional en la educación para la salud laboral de los profesionales de la Red de Atención Social de Madrid, en base a los resultados obtenidos.

4.2.3 Hipótesis de la investigación

En línea con los objetivos generales primero y segundo de la tesis, se plantearon tres hipótesis a contrastar en el estudio empírico mediante el análisis de los datos (figuras 19-21).

La primera hipótesis se refiere a la relación que poseen las tres variables de estudio entre sí, hipotetizada en términos de correlación positiva o negativa según su base teórica:

Figura 19. Hipótesis 1 del estudio inferencial de la investigación.



La segunda hipótesis tiene en consideración el poder predictivo combinado de la inteligencia emocional rasgo y el engagement sobre la desesperanza:

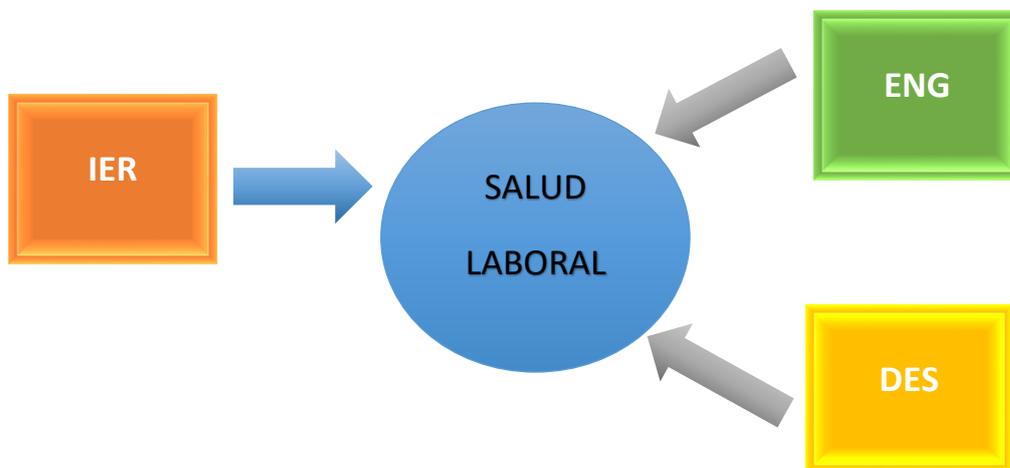
Figura 20. Hipótesis 2 del estudio inferencial de la investigación.



La tercera hipótesis añade una variable latente (salud laboral), caracterizada por desesperanza y engagement, y del cual la inteligencia emocional rasgo sería factor protector:

Figura 21. Hipótesis 3 del estudio inferencial de la investigación

H₃ La inteligencia emocional rasgo actúa como factor protector de salud laboral, caracterizada por engagement y desesperanza



4.3 Método

4.3.1 Muestra

Los participantes del estudio fueron 278 profesionales pertenecientes a la Red de Atención Social de la Comunidad de Madrid, de los cuales un 75% fueron mujeres. Se utilizó un muestreo no probabilístico, de carácter incidental o por accesibilidad, pero con una muestra representativa de la población diana. Según datos de la Consejería de Políticas Sociales y Familia, en el momento de realizarse el estudio el número total de profesionales de la Red de Atención Social era de en torno a 1300, por lo que se calculó el error muestral a través de la fórmula:

$$e = \sqrt{\frac{N - n}{N} \cdot \frac{P \cdot q}{n - 1}}$$

Nota: e= error muestral, N=población total, n=muestra de referencia, P= proporción de la muestra sobre la población, q=1-P.

El error muestral calculado fue de .0217, lo que implica un 97.83% de probabilidades de que la muestra sea representativa.

En cuanto a la edad, el rango comprendió desde los 24 a los 60 años, situándose la media en 39.23 años (DT=7.28). Se realizó una división de edad por cuartiles para el análisis de datos (figuras 22 y 23).

Figura 22. Distribución de edad.

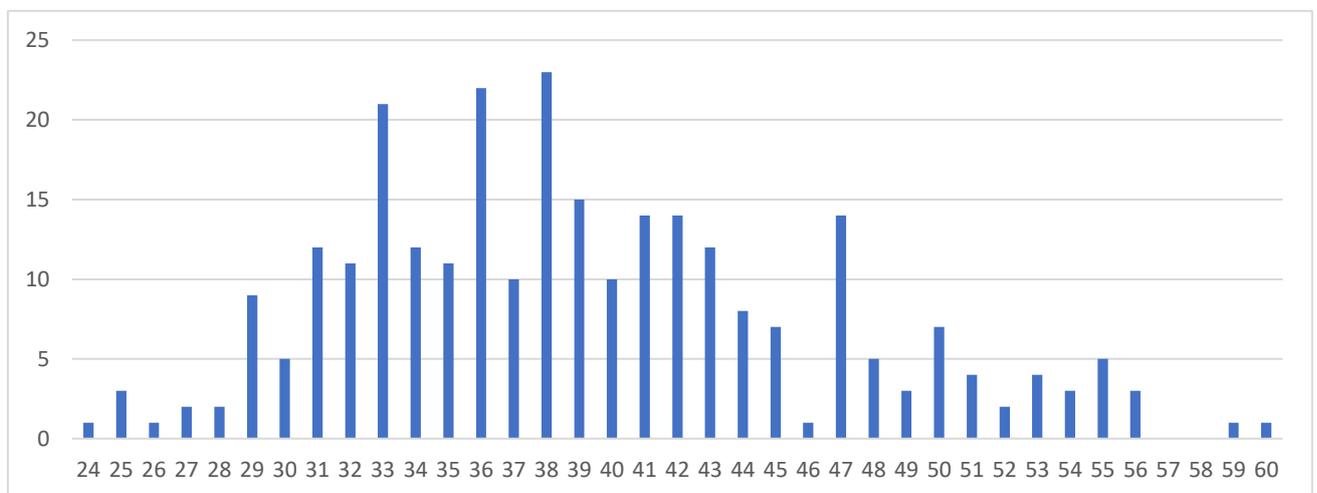
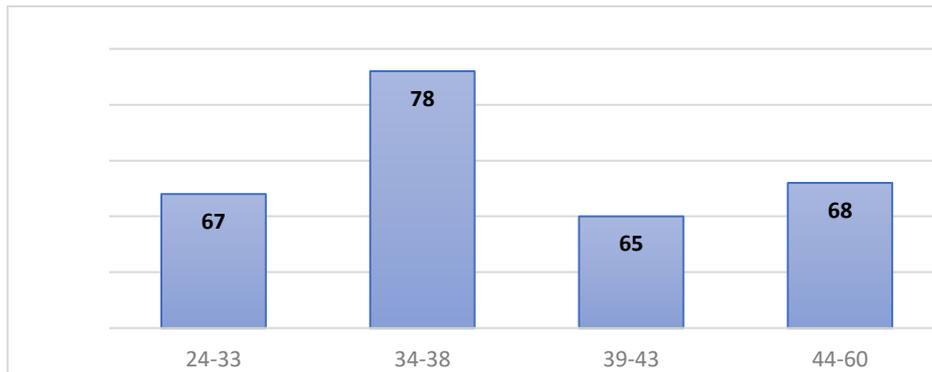
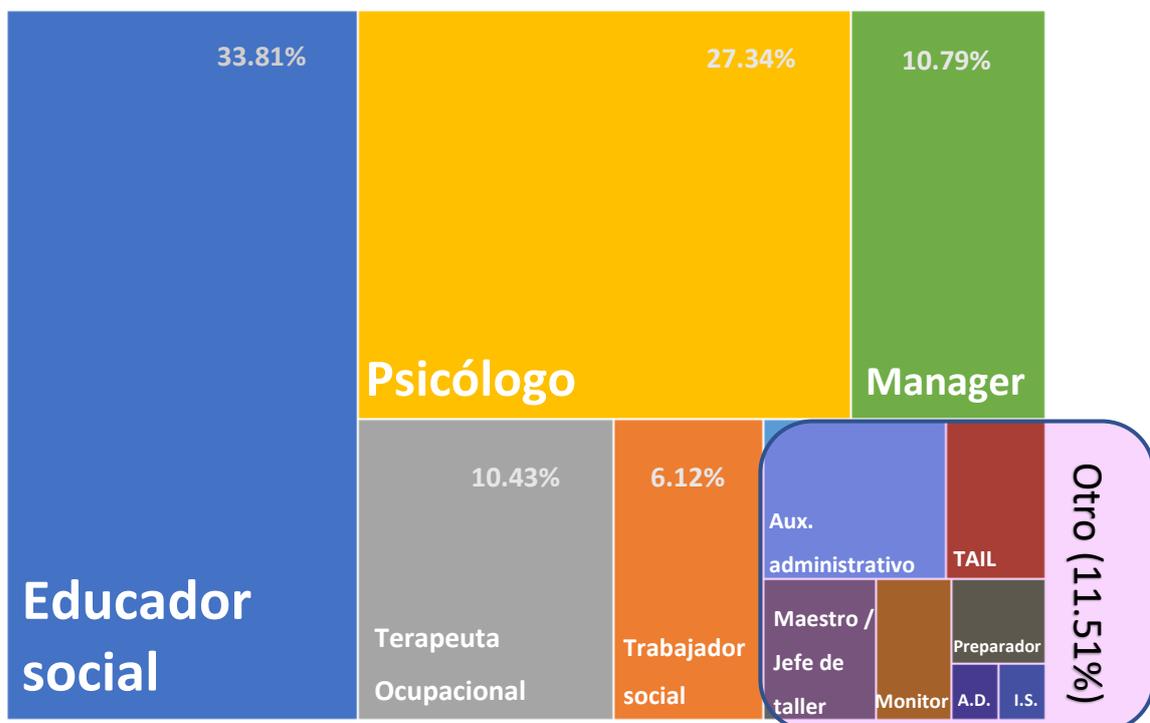


Figura 23. Distribución de edad por cuartiles



Respecto a los perfiles profesionales, las categorías más numerosas fueron las de Educador social (33.81%) y Psicólogo (27.34%). La categoría Otro tal y como se recogió en los cuestionarios representó un porcentaje elevado (22.30%), pero dentro de ésta encontramos un subgrupo que denominamos Manager (10.79%) y que comprendía aquellos puestos definidos como de dirección, coordinación o gerencia. El resto de perfiles de la categoría Otro (11.51%) fue muy heterogéneo, por lo que no se incluyeron en los análisis de datos inferenciales. Por último, las categorías de Terapeuta ocupacional y Trabajador social representaron el 10.43% y el 6.12% de la muestra respectivamente (figura 24).

Figura 24. Distribución de roles profesionales



Nota: Aux. administrativo = Auxiliar administrativo (3.96%); TAIL = Técnico de Apoyo a la Inserción Laboral (2.16%); Maestro / Jefe de taller (2.16%); Monitor (1.44%); Preparador = Preparador laboral (1.08%); I.S.= Integrador social (0.36%); A.D. = Auxiliar doméstico (0.36%).

4.3.2 Variables e instrumentos

En primer lugar, el cuestionario recogía la información sobre variables sociodemográficas: sexo, edad y perfil profesional. Para evaluar las variables correspondientes a nuestro estudio se utilizaron tres cuestionarios, uno para inteligencia emocional rasgo, otro para engagement y otro para desesperanza. Los instrumentos de evaluación utilizados son:

a) **Trait Emotional Intelligence Questionnaire Short Form (TEIQue SF)**

Cuestionario de autoinforme en su forma breve, diseñado para medir la inteligencia emocional rasgo en base al modelo de Petrides y Furnham (2001) y adaptado por Pérez-González (2010a). Se puede obtener una puntuación global y también puntuaciones para las cuatro subescalas correspondientes a los cuatro factores del modelo (bienestar (BIE), emocionalidad (EMO), sociabilidad (SOC) y autocontrol (AUT)). Consta de 30 ítems con una escala likert de 1 a 7, donde 1 se corresponde con “Completamente en desacuerdo” y 7 con “Completamente de acuerdo”. La puntuación global se obtiene mediante la suma de los 30 ítems. Su fiabilidad y validez han sido demostradas en numerosas investigaciones (Andrei et al., 2016; Cooper, A. y Petrides, 2010; Petrides, 2009; Petrides et al., 2017). El cuestionario completo se puede consultar en el anexo 3.

b) **Utrecht Work Engagement Scale (UWES-15)**

Se utilizó la versión del cuestionario de 15 ítems (Schaufeli y Bakker, 2003), donde la respuesta es una escala tipo likert que va desde 0 (nunca) a 6 (todos los días). El instrumento ofrece una puntuación total de engagement, pero también de sus tres subescalas: vigor (VIG) absorción (ABS) y dedicación (DED), constando de 5 ítems cada una. Su fiabilidad y validez han sido ampliamente demostradas obteniendo siempre muy buenas puntuaciones al respecto (Bakker et al., 2008; Extremera et al., 2012; Schaufeli et al., 2006). El cuestionario completo se puede consultar en el anexo 4.

c) **Escala de Desesperanza de Beck (HBS)**

Cuestionario de 20 ítems de respuesta dicotómica verdadero o falso (Beck et al., 1974). La puntuación total puede variar entre 0 y 20 puntos, existiendo ítems que puntúan directamente y otros que puntúan de forma indirecta, según si están formulados en sentido positivo o negativo. En su origen se ideó como una escala trifactorial (factor cognitivo, factor afectivo y factor motivacional) aunque existen muchas discrepancias al respecto en la literatura (Glanz et al., 1995;

Kocalevent et al., 2017; Satorres et al., 2018), ofreciendo mejores resultados de fiabilidad cuando se contempla como un único factor. El cuestionario completo se puede consultar en anexo 5.

4.3.3 Procedimiento

Para la recogida de información se envió un e-mail a todos los recursos de la Red Pública de Atención Social de Madrid, solicitando la colaboración de todos los profesionales, y facilitando los cuestionarios vía electrónica. Estos se cumplimentaron de forma online, a través de la aplicación *Google Forms*, durante el mes de mayo de 2017. La participación fue voluntaria, y se aseguró en todos los casos que los datos recogidos serían confidenciales y utilizados sólo para los propósitos de la investigación. Este procedimiento está de acuerdo a los estándares internacionales de evaluación psicológica (APA, AERA, NCME, 2014).

El estudio empírico se compuso de una parte descriptiva y otra inferencial, denominadas Estudio 1 y Estudio 2, en línea con los objetivos generales primero y segundo de la tesis. En el estudio descriptivo se trató de caracterizar a los profesionales en relación a sus puntuaciones en inteligencia emocional, engagement y desesperanza, En el estudio inferencial, se trató de observar las relaciones entre las tres variables de estudio y sus subescalas, de modo que se pudieran contrastar las hipótesis planteadas con los análisis de datos. Para la realización de los cálculos estadísticos y las representaciones gráficas se utilizaron el programa SPSS versión 24 con la extensión AMOS, y el Microsoft Excel versión Office 365.

4.3.4 Plan de análisis de datos

En primer lugar, se estudió la consistencia interna de los instrumentos de evaluación utilizados, así como de todas sus subescalas, a través del cálculo del alfa de Cronbach (α) (tabla 8). Tal y como se puede observar, todos los índices de consistencia interna calculados mediante alfa de Cronbach son aceptables (Cronbach, 1951) excepto los hallados para las subescalas de Sociabilidad y Autocontrol, lo que se tuvo en cuenta en los análisis estadísticos. Tampoco los factores de la escala de desesperanza tuvieron una consistencia interna aceptable, lo que unido a las discrepancias sobre la estructura trifactorial de la misma conllevó a su no consideración para los análisis. Asimismo, se decidió eliminar el ítem 13 de la HBS tras comprobar que disminuía la fiabilidad de .81 a .78, mostrando una correlación ítem-total negativa, en línea con lo hallado en investigaciones previas (Durham, 1982; Holden y Fekken, 1988; Satorres et al., 2018; Steed, 2001).

Tabla 8. *Estadísticos descriptivos*

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS	M	DT	Mín	Máx	α
INTELIGENCIA EMOCIONAL RASGO	5.28	.55	3.70	6.63	.85
Bienestar	5.49	.79	2.83	7	.79
Emocionalidad	5.58	.69	3.5	7	.63
Sociabilidad	4.81	.73	2.5	6.83	.54
Autocontrol	4.96	.74	3	7	.54
ENGAGEMENT	4.50	.94	.93	6	.92
Vigor	4.59	.98	.40	6	.85
Dedicación	4.73	1.11	.40	6	.91
Absorción	4.18	1.14	.60	6	.83
DESESPERANZA	4.10	3.30	.00	16	.81

4.3.4.1 Estudio 1

Se analizaron los datos recogidos en los cuestionarios realizándose en primer lugar un análisis descriptivo de las distribuciones y la normalidad de las variables objeto de estudio, con la intención de comparar las puntuaciones con las de estudios previos. Asimismo, para observar las posibles diferencias existentes en función de las variables demográficas recogidas en el estudio (sexo, edad y rol profesional), se realizaron análisis de comparación de medias (t de Student y ANOVA). En este paso, también se realizó un análisis post-hoc Games-Howell y se calculó el tamaño del efecto mediante d de Cohen y g de Hedges, con la intención de analizar en profundidad las diferencias entre los grupos y el tamaño del efecto.

4.3.4.2 Estudio 2

A continuación, se contrastaron las hipótesis del estudio 2, por lo que se llevaron a cabo diferentes análisis estadísticos. En primer lugar, se analizaron las interacciones entre las puntuaciones correspondientes a las variables estudiadas, para observar la existencia de

correlaciones mediante análisis de correlación de Pearson (H_1). Para contrastar la segunda hipótesis (H_2) se llevó a cabo un análisis de regresión lineal, utilizando tanto las variables globales (inteligencia emocional rasgo y engagement) como sus subdimensiones, con el objetivo de comprobar si éstas eran predictoras de desesperanza, y en caso afirmativo qué modelo se ajustaba mejor. Se comprobaron en este paso los supuestos de no colinealidad a través de los niveles de tolerancia y los factores de inflación de la varianza (VIF). Por último, se realizaron análisis de modelos de ecuaciones estructurales (SEM) con carácter exploratorio, para evaluar el modelo en el que engagement y desesperanza contribuirían a un factor relacionado con la salud laboral, el cual a su vez estaría influenciado por la inteligencia emocional como factor protector (H_3). También se realizó un análisis SEM para confirmar la relación entre inteligencia emocional y engagement, para profundizar en los resultados obtenidos en la regresión.

CAPÍTULO 5. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Índice del capítulo

5.1. Estudio 1: Análisis descriptivo

5.1.1. Análisis de distribuciones y normalidad

5.1.2. Comparación con estudios previos

5.1.3. Análisis de comparación de medias

5.1.4. Discusión de resultados del estudio 1

5.2. Estudio 2: Análisis inferencial

5.2.1. Análisis de correlaciones

5.2.2. Análisis de regresión

5.2.2.1. Modelo de regresión 1

5.2.2.2. Modelo de regresión 2

5.2.2.3. Análisis de regresión jerárquica

5.2.3. Análisis de modelos de ecuaciones estructurales

5.2.4. Discusión de resultados del estudio 2

PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Resumen

Objetivos: En el quinto capítulo se presentan los resultados de los análisis de los datos recogidos, así como la discusión teórica de los mismos.

Enfoque: Para contrastar las hipótesis de investigación se realizaron dos estudios. En el primero, de carácter descriptivo, se trató de conocer la situación en la que se encontraban los profesionales de la Red de Atención Social de Madrid, respecto a las tres variables objeto de estudio. Para ello se analizaron las distribuciones de normalidad, se compararon los resultados de los cuestionarios con estudios previos, y se realizaron análisis de varianza para la comparación de medias en función de las variables sociodemográficas sexo, edad y rol profesional. En el segundo estudio o estudio inferencial, se trató de profundizar acerca de las interrelaciones existentes entre las variables objeto de estudio, para lo que se analizaron sus correlaciones, y se llevaron a cabo análisis de modelos de regresión y ecuaciones estructurales, en línea con las hipótesis planteadas previamente.

Resultados: De los resultados más relevantes del estudio descriptivo se destaca que los profesionales de la Red de Atención Social de Madrid tienen niveles de inteligencia emocional, engagement y desesperanza correspondientes a la media (dentro de la normalidad). Por otro lado, no se observaron diferencias significativas en las variables estudiadas en función del sexo o edad de los participantes, pero sí en función del rol profesional, en especial entre educadores sociales y psicólogos, con tamaños del efecto al menos moderados. En el estudio inferencial se comprobó también que existen correlaciones significativas entre todas las variables objeto de estudio, existiendo además una capacidad predictora de inteligencia emocional y engagement sobre desesperanza de entre un 32% y un 46%, según el análisis de regresión. Los análisis de modelos de ecuaciones estructurales, sin embargo, no permitieron aceptar la hipótesis de la existencia de una variable latente de salud laboral caracterizada por engagement y desesperanza, a su vez determinada por la inteligencia emocional.

Implicaciones prácticas: El examen de los resultados fruto de los análisis de datos llevados a cabo, permite la contrastación de las hipótesis de la investigación.

Implicaciones de la investigación: Una vez contrastadas las hipótesis, la discusión de resultados a la luz del saber teórico y práctico del campo de conocimiento permite la extracción de conclusiones en relación a los objetivos planteados en la tesis doctoral.

Originalidad/valor: Se aporta un estudio original relativo a la situación en cuanto a inteligencia emocional, engagement y desesperanza de los profesionales que trabajan en la Red de Atención Social de Madrid, así como el completo análisis y discusión de sus resultados.

Palabras clave: resultados, análisis de datos, discusión, contrastación de hipótesis

Carácter de la investigación: Empírica.

5.1 Estudio 1: análisis descriptivo

5.1.1 Análisis de distribuciones y normalidad

Se representaron gráficamente las puntuaciones de la muestra respecto a la media y las desviaciones típicas obtenidas, y respecto a las puntuaciones totales que se podían obtener en cada cuestionario, con el objetivo de analizar las distribuciones obtenidas para cada variable (figuras 25-30).

Figura 25. Distribución de puntuaciones de IER y sus factores respecto a la media de la muestra.

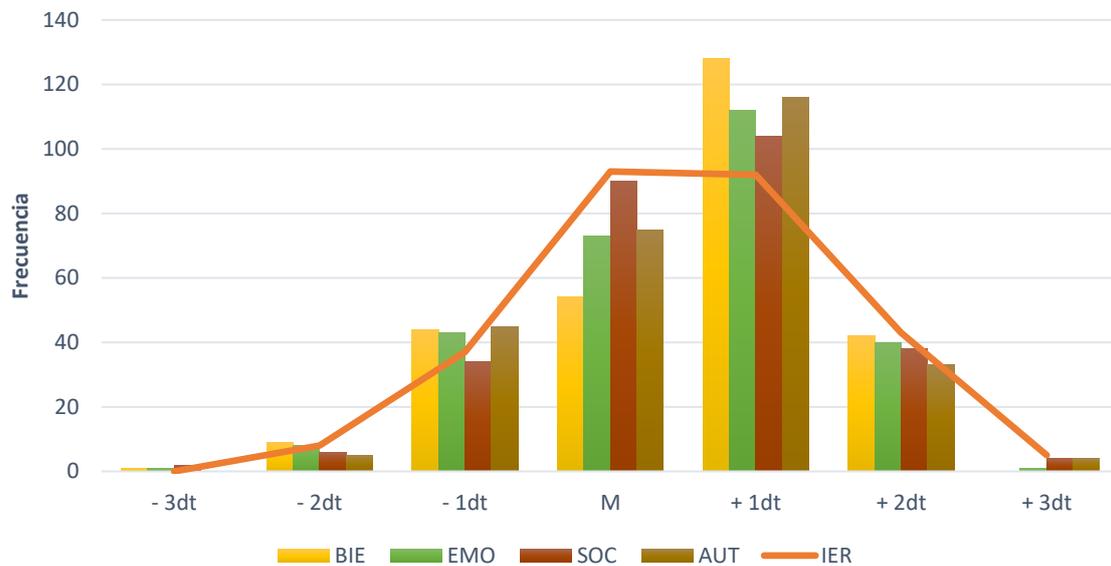


Figura 26. Distribución de puntuaciones de IER y sus factores respecto a puntuaciones totales

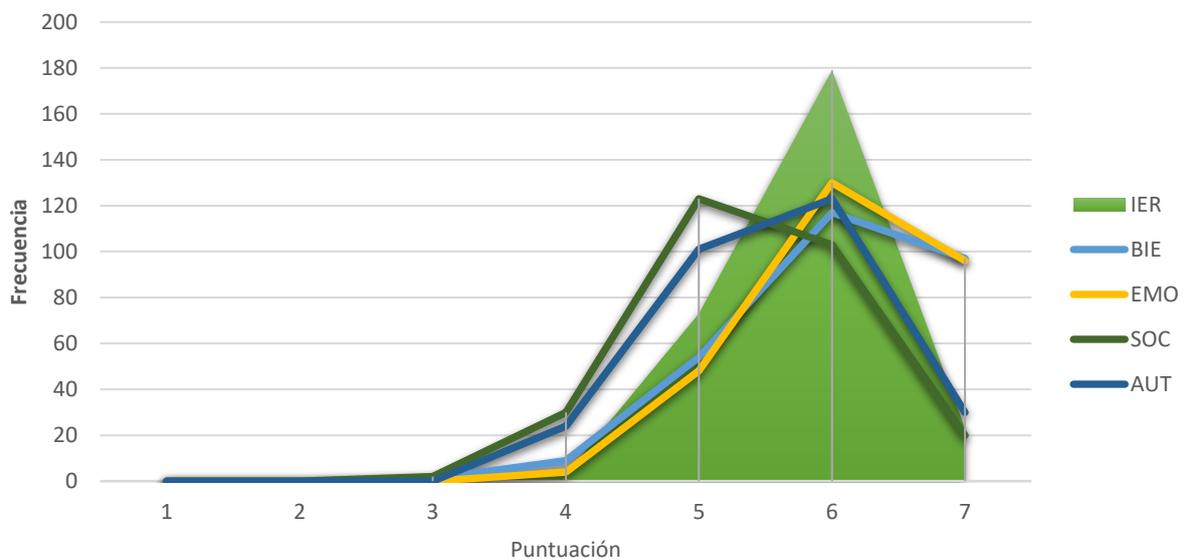


Figura 27. Distribución de puntuaciones de ENG y sus factores respecto a la media de la muestra.

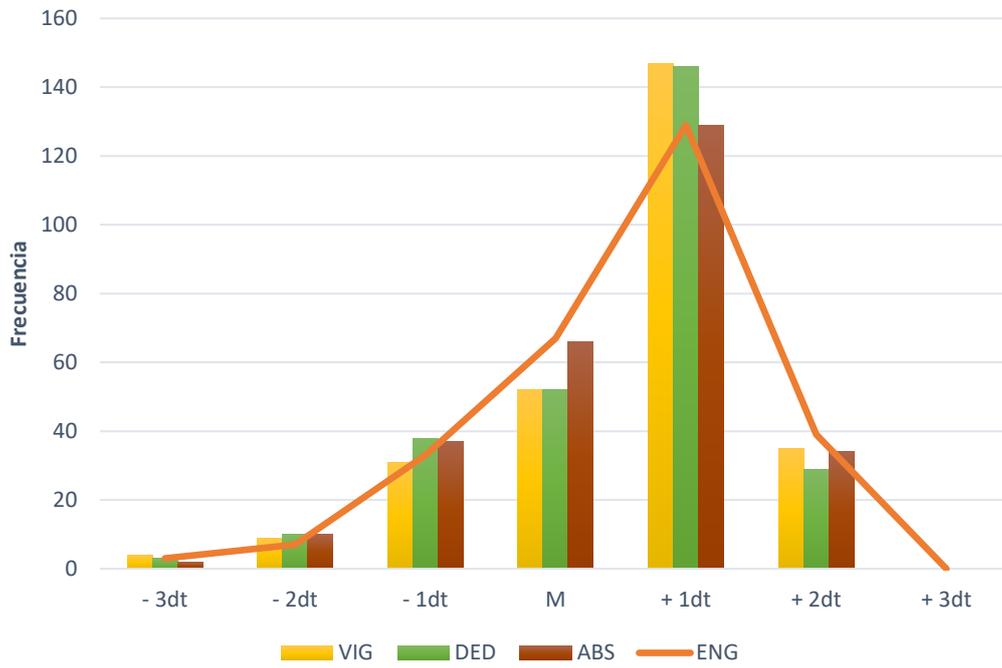


Figura 28. Distribución de puntuaciones de ENG y sus factores respecto a puntuaciones totales.

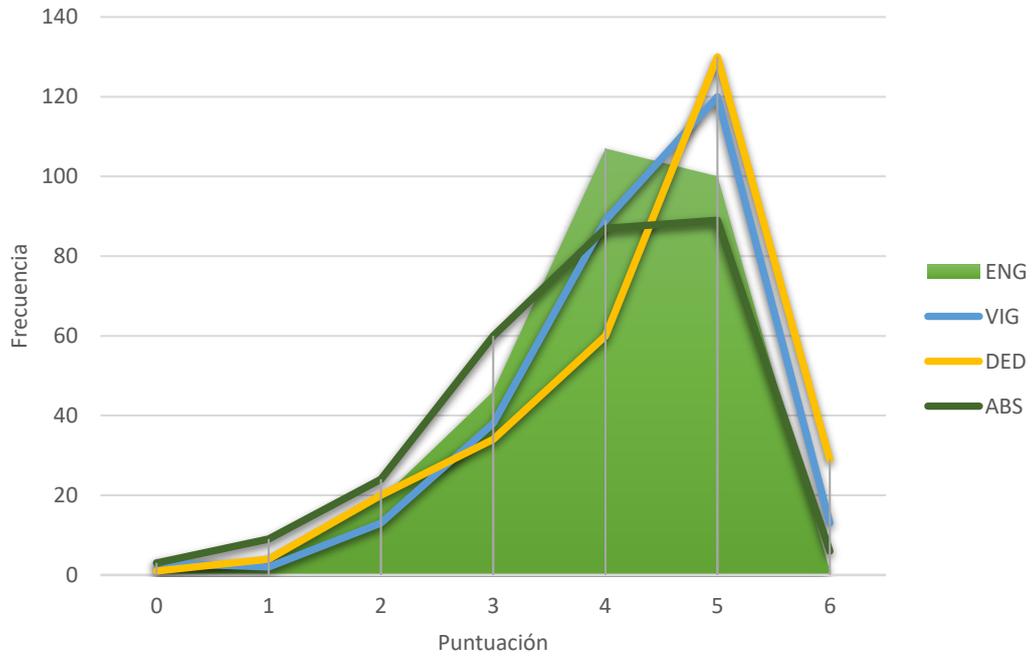


Figura 29. Distribución de puntuaciones de DES respecto a la media de la muestra.

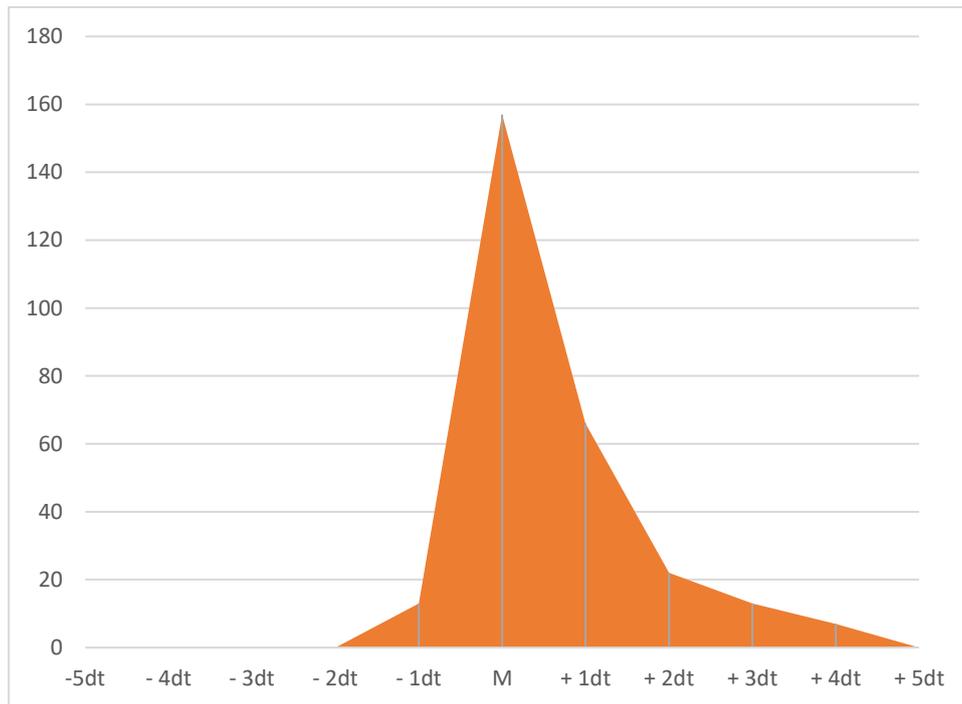
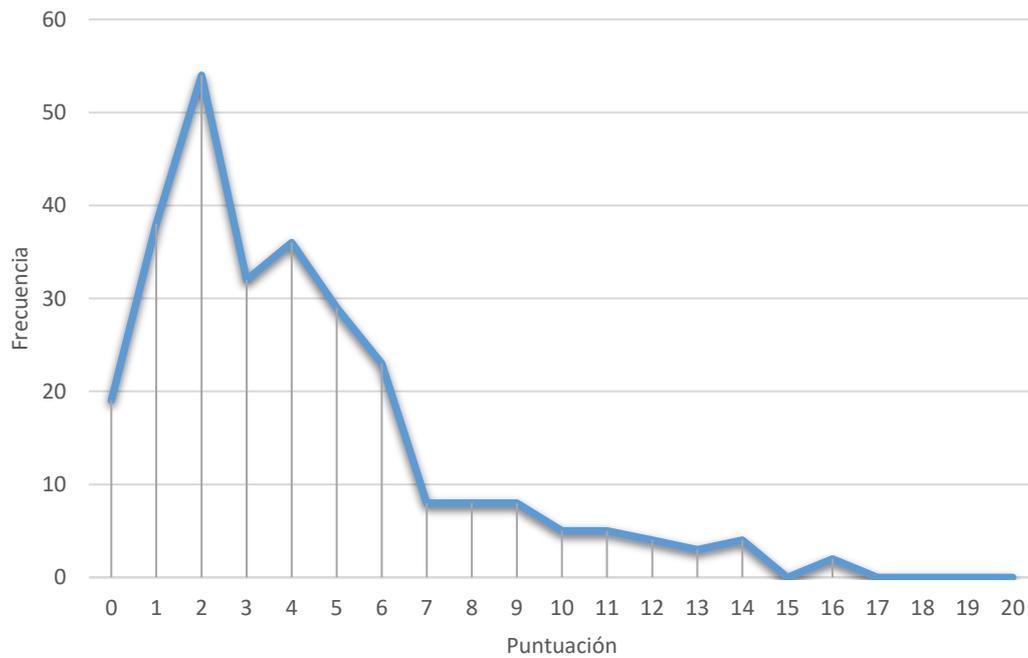


Figura 30. Distribución de puntuaciones de DES respecto a puntuaciones totales.



Se observa en las gráficas que salvo inteligencia emocional no parece haber una distribución normal en las variables estudiadas. Para corroborarlo se analizaron la simetría y la curtosis, y se realizaron los test de Kolmogorov-Smirnov (con la corrección de Lilliefors) y el de de Saphiro-Wilk (tabla 9). También se realizaron y analizaron los gráficos de normalidad Q-Q plot, incluidos en el anexo 6.

Tabla 9. *Pruebas de normalidad de las variables estudiadas*

			KOLMOGOROV-SMIRNOV^A			SHAPIRO-WILK		
	Asimetría	Curtosis	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
IER	-.136	-.123	.035	278	.200*	.995	278	.577
BIE	-.533	-.059	.116	278	.000	.972	278	.000
EMO	-.444	-.233	.082	278	.000	.979	278	.000
SOC	-.111	.050	.059	278	.020	.991	278	.106
AUT	-.109	-.241	.070	278	.002	.992	278	.159
ENG	-.999	1.000	.119	278	.000	.935	278	.000
VIG	-1.353	2.549	.159	278	.000	.900	278	.000
DED	-1.139	.938	.167	278	.000	.893	278	.000
ABS	-.809	.353	.108	278	.000	.947	278	.000
DES	1.288	1.531	.156	278	.000	.882	278	.000

Nota: a= Corrección de significación de Lilliefors; * = Límite inferior de la significación verdadera

En base a estos resultados se corrobora que las distribuciones no son normales salvo para la puntuación global de inteligencia emocional rasgo, siendo muy cercanas a la normalidad las correspondientes a los factores de sociabilidad y autocontrol.

5.1.2 Comparación con estudios previos

Tras el análisis de las distribuciones, pasamos a la comparación de los estadísticos descriptivos de las tres variables estudiadas con la de estudios previos. En primer lugar, la puntuación global de inteligencia emocional rasgo (tabla 10) es ligeramente superior a la media si comparamos con el estudio de Cooper y Petrides (2010), aunque se sitúa dentro del rango de la primera desviación típica. También se han comparado nuestras puntuaciones con las obtenidas en los estudios de Fernández-Abascal y Martín-Díaz (2015) y Laborde, Allen y Guillén (2016), llevados a cabo con población española, y cuyos resultados son también ligeramente inferiores a los obtenidos en nuestro estudio.

Tabla 10. Comparación de puntuaciones de IER y sus factores con estudios previos

	N	IER		Bie		Emo		Soc		Aut	
		M	DT								
ESTUDIO	278	5.27	.56	5.49	.79	5.58	.69	4.81	.73	4.96	.74
<i>Cooper y Petrides (2010)^a</i>	455	5.05	.69	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Cooper y Petrides (2010)^b</i>	664	4.94	.67	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Fernández-Abascal y Martín-Díaz (2015)^c</i>	855	5.01	.63	5.27	.94	5.28	.7	4.76	.75	4.66	.84
<i>Laborde et al. (2016)</i>	1889	4.83	.65	5.33	.98	4.86	.84	4.61	.83	4.44	.82

Nota: a= Muestra de hombres; b=Muestra de mujeres; c=TEIQue (LF)

Respecto a engagement (tabla 11), los profesionales mostraron niveles dentro de los valores promedio presentados en el Manual del UWES (Schaufeli y Bakker, 2003), tanto de puntuación global de engagement como de vigor, dedicación y absorción. También se tomó el estudio de Salanova et al. (2000) como referencia por haberse realizado con una muestra multiocupacional de población española, presentando menores niveles de vigor, dedicación y absorción que en nuestro estudio.

Tabla 11. Comparación de puntuaciones de ENG y sus factores con estudios previos

	N	ENG		Vig		Ded		Abs	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
ESTUDIO	278	4.5	.94	4.59	.98	4.73	1.11	4.18	1.14
<i>UWES Manual^a</i>	9679	3.82	1.1	3.99	1.11	3.91	1.31	3.59	1.18
<i>UWES Manual^b</i>	12631	4.12	1.12	4.22	1.37	4.33	1.3	3.82	1.31
<i>Salanova et al. (2000)</i>	514	-	-	3.68	.91	3.73	1.24	3.67	.98

Nota: a= Muestra holandesa; b=Muestra internacional

En cuanto a desesperanza (tabla 12), la puntuación global es baja en relación a la clasificación hecha por Beck sobre la gravedad de la misma (Beck et al., 1993a), situándose en la línea de lo hallado en estudios con población general (Haatainen et al., 2004; Kocalevent et al., 2017; Poch et al., 2004).

Tabla 12. Comparación de puntuaciones de DES con estudios previos

	N	DES	
		M	DT
ESTUDIO	278	4.10	3.30
<i>Haatainen et al. (2004)</i>	1722	3.9	3.6
<i>Kocalevent et al. (2017)</i>	1500	4.27	3.72
<i>Poch et al. (2004)</i>	1277	4.56	3.42

5.1.3 Análisis de comparación de medias

En primer lugar, se exploraron las diferencias en función de las variables sociodemográficas de los participantes del estudio. Se llevó a cabo una prueba t para la comparación en función de la categoría sexo, recogida como mujer (n=209) u hombre (n=69), y según la cual no se encontraron diferencias significativas para ninguna variable del estudio (tabla 13). Las dimensiones de sociabilidad y autocontrol de inteligencia emocional fueron excluidas a partir de este momento de los análisis por no haber obtenido un valor de consistencia interna aceptable.

Tabla 13. *Diferencias de medias en función del sexo. Prueba t.*

	Prueba de Levene		Prueba t para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
								Inferior	Superior
IER	.024	.878	-.921	276	.358	-.070	.076	-.220	.080
BIE	.517	.473	-1.178	276	.240	-.128	.109	-.343	.086
EMO	1.789	.182	1.616	276	.107	.155	.096	-.034	.343
ENG	.007	.931	.003	276	.998	.000	.131	-.257	.258
VIG	.114	.736	.311	276	.756	.043	.137	-.227	.312
DED	.945	.332	-.458	276	.647	-.071	.154	-.375	.233
ABS	.006	.940	.185	276	.854	.029	.158	-.282	.340
DES	2.068	.152	.806	276	.421	.370	.459	-.534	1.274

También se analizaron las diferencias de medias en función de la edad, habiendo dividido la muestra por cuartiles ($Q_1=33$, $Q_2=38$, $Q_3=43$). Se realizó un análisis ANOVA de un factor cuyos resultados reflejaron la no existencia de diferencias significativas en función de la edad para ninguna variable (tabla 14).

Tabla 14. *Diferencias de medias en función de la edad. ANOVA de un factor.*

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
IER	Entre grupos	.504	3	.168	.557	.644
	Dentro de grupos	82.715	274	.302		
	Total	83.219	277			
BIE	Entre grupos	2.164	3	.721	1.171	.321
	Dentro de grupos	168.810	274	.616		
	Total	170.974	277			
EMO	Entre grupos	1.854	3	.618	1.298	.276
	Dentro de grupos	130.472	274	.476		
	Total	132.326	277			
ENG	Entre grupos	2.181	3	.727	.821	.483
	Dentro de grupos	242.563	274	.885		
	Total	244.744	277			
VIG	Entre grupos	2.377	3	.792	.818	.485
	Dentro de grupos	265.347	274	.968		
	Total	267.723	277			
DED	Entre grupos	3.021	3	1.007	.816	.486
	Dentro de grupos	338.348	274	1.235		
	Total	341.369	277			
ABS	Entre grupos	3.470	3	1.157	.896	.444
	Dentro de grupos	353.644	274	1.291		
	Total	357.114	277			
DES	Entre grupos	51.145	3	17.048	1.571	.197
	Dentro de grupos	2972.830	274	10.850		
	Total	3023.975	277			

Por último, para explorar las posibles diferencias de medias en función del rol profesional de los participantes, se compararon los 5 grupos mayoritarios recogidos en la muestra: Educador Social (n=94), Psicólogo (n=76), Manager (n=30), Terapeuta ocupacional (n=29) y Trabajador social (n=17). Los participantes de la categoría Otro (n=32) no se contemplaron en este análisis por ser perfiles muy heterogéneos dentro de la misma categoría, como ya se ha expuesto anteriormente. Se realizó de nuevo un análisis ANOVA de un factor descartándose el supuesto de

homogeneidad de varianzas mediante la prueba de Levene, observándose en este caso que sí se dan diferencias significativas entre los grupos (tabla 15).

Tabla 15. *Media (desviación típica), y diferencia de medias (ANOVA) entre roles profesionales*

	Educador social	Psicólogo	Manager	Terapeuta ocupacional	Trabajador social	F	p
	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)		
IER	5.11 (.55)	5.48(.51)	5.44(.44)	5.30(.46)	5.18 (.79)	5.762	.000
BIE	5.30 (.89)	5.68 (.66)	5.62 (.76)	5.65 (.58)	5.22 (.97)	3.479	.009
EMO	5.44 (.66)	5.80 (.67)	5.75 (.54)	5.66 (.72)	5.43 (.91)	3.658	.006
ENG	4.20 (1.07)	4.88 (.69)	4.52 (.76)	4.40 (1.13)	4.47 (.82)	5.768	.000
VIG	4.34 (1.12)	4.88 (.71)	4.40 (.96)	4.49 (1.26)	4.62 (.93)	3.267	.012
DED	4.40 (1.29)	5.11 (.80)	4.87 (1.05)	4.68 (1.20)	4.74 (.89)	4.565	.001
ABS	3.86 (1.17)	4.65 (.84)	4.27 (1.06)	4.02 (1.44)	4.04 (1.08)	5.805	.000
DES	5.14 (4.01)	3.20 (2.67)	3.43 (2.69)	3.28 (2.48)	5.29 (3.74)	5.042	.001

Se encontraron diferencias significativas al menos al nivel de $p < .05$ para todas las variables en función del rol profesional de los participantes. Los psicólogos presentaron mayores puntuaciones para las variables positivas (inteligencia emocional y sus factores, y engagement y sus factores), así como la menor puntuación media en desesperanza comparado con el resto de roles profesionales. Los educadores sociales obtuvieron las peores puntuaciones para inteligencia emocional rasgo global, así como para engagement y sus dimensiones, y fueron superados en desesperanza solo por los trabajadores sociales. Estos últimos fueron quienes peor puntuaron también en bienestar y emocionalidad, mientras que son el segundo mejor grupo para la dimensión de vigor, y están en la media del resto de grupos para engagement, dedicación y absorción.

Para detectar entre qué roles exactamente se generaban estas diferencias y la magnitud del tamaño del efecto se realizó un análisis post-hoc Games-Howell y se calcularon la d de Cohen y la g de Hedges, encontrando diferencias significativas entre educadores sociales y psicólogos en todas las variables (tabla 16). Estos dos grupos corresponden justamente a los que constan de tamaños muestrales más grandes y más parecidos, por lo que la comparación entre ambos es fiable.

Tabla 16. *Análisis Post-Hoc Games-Howell y tamaños del efecto*

ROLES COMPARADOS	VARIABLES	Games- Howell	d			g		
			Pequeño	Moderado	Grande	Pequeño	Moderado	Grande
E.S. Y PSI.	<i>IER</i>	-.37**			-.69			-.69
	<i>BIE</i>	-.38*		-.48		-.47		
	<i>EMO</i>	-.36**		-.54				-.54
	<i>ENG</i>	-.68**			-.75			-.73
	<i>VIG</i>	-.53**		-.57				-.55
	<i>DED</i>	-.71**			-.66			-.64
	<i>ABS</i>	-.79**			-.78			-.76
	<i>DES</i>	1.94**		.63				.61
E.S. Y MAN.	<i>IER</i>	-.34*			-.67			-.63
E.S. Y T.O.	<i>DES</i>	1.86**		.63				.55

Nota: Solo se incluyen los grupos que obtuvieron diferencias de medias significativas, * $p < .05$, ** $p < .01$; Los tamaños del efecto grandes están señalados en negrita; E.S.= Educador Social; PSI.= Psicólogo; MAN.= Manager; T.O.= Terapeuta Ocupacional

Según la d de Cohen, los tamaños del efecto fueron moderados ($.36 \leq d \leq .65$) para las diferencias encontradas entre educadores sociales y psicólogos en las dimensiones de bienestar, emocionalidad y vigor. También fueron moderados los efectos de las diferencias para desesperanza entre educadores sociales y terapeutas ocupacionales, así como entre educadores sociales y psicólogos. El resto de variables tuvieron tamaños del efecto grandes ($.66 \leq d \leq 1.00$) entre educadores sociales y psicólogos, y en inteligencia emocional rasgo también entre educadores sociales y managers.

Según la g de Hedges, sin embargo, los tamaños del efecto se consideraron medios en todos los casos ($.51 \leq g \leq .80$), salvo la diferencia de medias encontrada para bienestar entre educadores sociales y psicólogos, que se considera pequeña, aunque está muy cercana al valor de corte. La comparación entre estos dos indicadores del tamaño del efecto pone de manifiesto que las diferencias encontradas entre roles profesionales tienen una significación al menos moderada para todos los casos, siendo siempre los educadores sociales quienes presentan menores niveles de inteligencia emocional y engagement, y mayor desesperanza que sus compañeros.

En el apartado de anexos (anexo 7) se incluyen representaciones de cajas y bigotes para cada variable de estudio, en las que se pueden observar las diferencias de medias entre los roles profesionales.

5.1.4 Discusión de resultados del estudio 1

El primer objetivo general de esta investigación fue conocer la situación en la que se encuentran los profesionales de la Red de Atención Social de Madrid en relación a las tres variables estudiadas: inteligencia emocional rasgo, engagement y desesperanza. Para ello las puntuaciones obtenidas han sido comparadas con las de estudios previos, observando que para todas las variables los profesionales de la Red se encuentran dentro de la media y la normalidad estadística, aun encontrándose diferencias muy pequeñas respecto a alguna investigación. El análisis de las diferencias por variables sociodemográficas tampoco ha arrojado ningún resultado significativo, lo que en general coincide también con estudios previos como exponemos a continuación.

Respecto a inteligencia emocional, Cooper y Petrides (2010) sí que hallaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en su estudio, aunque estas obtuvieron un tamaño del efecto pequeño según la d de Cohen. Joseph y Newman (2010) analizaron también estas diferencias en su metaanálisis debido a que observaron una corriente existente en la literatura que soportaba la creencia de diferencias en el manejo emocional en función del sexo; sin embargo, los resultados de sus análisis reflejaron que tanto en medidas de autoinforme de inteligencia emocional capacidad (que en definitiva son de inteligencia emocional rasgo como ya se ha argumentado previamente) o en medidas mixtas, no se encuentran diferencias significativas en función del sexo, algo que coincide también con lo hallado en el metaanálisis de Miao et al. (2017b) y con nuestros resultados.

En referencia al engagement, el manual del UWES establece que sí se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres, pero que estas son pequeñas y que carecen de ningún sentido práctico (Schaufeli y Bakker, 2003). En estudios posteriores se han encontrado

resultados contradictorios al respecto (Schaufeli et al., 2006), o directamente no se han hallado diferencias significativas en función del sexo (Extremera et al., 2012), lo que de nuevo coincide con lo hallado en nuestro estudio. También se han encontrado ligeras diferencias de engagement respecto a la edad, pero de nuevo los autores las consideran irrelevantes a nivel práctico por lo que no son tenidas en consideración (Schaufeli y Bakker, 2003; Schaufeli et al., 2006).

En relación con la desesperanza, Holden y Fekken (1988) observaron diferencias significativas en función del sexo en una muestra de estudiantes universitarios, algo que sin embargo no se halló en el estudio de Poch et al. (2004) con una muestra de características similares. En los estudios de Haatainen et al. (2003a; 2003b; 2004) y de Kocalevent et al. (2017) tampoco se observaron diferencias significativas por sexo, pero sí con respecto a la edad, con la que parece relacionarse positivamente, aunque con tamaños del efecto de las diferencias pequeños.

Asimismo, es interesante analizar las puntuaciones de desesperanza en sí mismas por sus implicaciones prácticas. En nuestro estudio, un 11.15% de los participantes mostraron una puntuación mayor o igual que 9, punto de corte a partir del cual se considera un riesgo moderado. Este resultado coincide con estudios previos con población general, en los que la proporción suele rondar entre el 11% y el 15% (Greene, 1981; Haatainen et al., 2004; Kocalevent et al., 2017; Poch et al., 2004; Soares et al., 2008).

Con el objetivo de comprender mejor la prevalencia de la desesperanza en población general, Haatainen et al. (2003b) diferenciaron entre la desesperanza considerada como un factor estable y, por tanto, como rasgo de personalidad, y la desesperanza “estado” que varía en función del momento. En su estudio, estimaron el porcentaje de población sin patologías psíquicas que presentan desesperanza moderada (≥ 9) y estable, cuya cifra se sitúa en torno a un 7%. Estos resultados unidos a los de Young et al. (1996) parecen indicar que existe un nivel de desesperanza basal, estable y diferente para cada persona, y que esto puede ser útil para identificar personas vulnerables aún sin presentar en el momento estados depresivos, y por tanto, establecer estrategias de prevención (Haatainen et al., 2003b).

En nuestro caso, 31 personas entrarían dentro de ese grupo de las 278 que participaron en el estudio, de las cuales además, dos puntuaron en la escala por encima de 15 puntos, lo que se ha demostrado que correlaciona con un alto riesgo de suicidio (Cochrane-Brink et al., 2000). Aunque no son porcentajes elevados, debido a las consecuencias que se pueden derivar de no tomar acciones al respecto consideramos que son valores que deben ser tenidos en cuenta, al menos como punto de partida, ya que en la investigación no se obtuvo información acerca de otros datos que sería deseable conocer, como por ejemplo si las personas se encontraban en tratamiento psicológico o psiquiátrico en el momento de realizar la encuesta.

En cuanto al rol profesional de los participantes del estudio, sí que se han hallado diferencias significativas para todas las variables estudiadas, especialmente entre educadores sociales y psicólogos. Estas diferencias parecen indicar que existen factores relativos al puesto laboral o a la formación previa recibida, que juegan un importante papel en aspectos relativos a la salud de los profesionales, y que, por tanto, deben de ser analizados y tenidos en cuenta por las empresas y la academia. En nuestro estudio, llama la atención la posición que ocupan los educadores sociales respecto a los demás profesionales de la Red de Atención Social, a luz de lo cual se pueden desprender varias interpretaciones:

En primer lugar, es posible que las diferencias se deban a las condiciones laborales mantenidas en cada puesto (sueldo, reconocimiento laboral, intrusismo laboral, horarios...), donde los educadores sociales podrían estar sufriendo peores condiciones que sus colegas, o al menos percibiéndolas como peores. Asimismo, la propia definición del puesto y sus funciones podrían estar implicando una mayor exposición a riesgos psicosociales, lo que podría estar afectando a los niveles de inteligencia emocional, engagement y desesperanza de los educadores sociales, así como a otras posibles variables relacionadas con la salud no analizadas en este estudio. Por otro lado, también podría considerarse que las cualidades propias de cada persona puedan estar ejerciendo de filtro para la selección de una carrera u otra, como afirma la teoría vocacional del ajuste persona-ambiente (Sánchez-Ruiz et al., 2010). Asimismo, la formación académica recibida por cada profesional puede ser un factor relevante; por ejemplo, podemos inferir que los psicólogos reciben una mayor educación emocional que los educadores sociales, acorde con su plan de estudios, y este tipo de formación ha demostrado tener efecto en los niveles de inteligencia emocional (Hodzic et al., 2018). También en esta línea, parece lógico que los miembros de la categoría manager puntúen más alto en inteligencia emocional, si entendemos que ejercen un puesto que requiere mayor grado de responsabilidad y cualidades directivas (Siegling, AB et al., 2014). Más investigación en función de la formación recibida y los grupos profesionales es necesaria aún para llegar a conclusiones firmes acerca de si estos factores tienen más peso que las características personales o viceversa.

Respecto al engagement si se han observado diferencias significativas entre grupos profesionales, aunque de nuevo los autores creadores del UWES no consideran que tenga un significado a nivel práctico (Schaufeli y Bakker, 2003). En el estudio de Schaufeli et al. (2006) se encontraron niveles más altos para educadores, managers y policías, y más bajos para obreros, trabajadores sociales, terapeutas (*counselors*), y profesionales del cuidado de la salud, lo que no coincide con los resultados de nuestro estudio, pues los managers siempre puntuaron por debajo de los psicólogos, y para la subdimensión de vigor también de los trabajadores sociales. No obstante, a pesar de que el dato en sí mismo no aporte gran información a nivel práctico, sí que puede ser interesante valorar si estrategias destinadas a mejorar el engagement de los grupos

profesionales que puntúan más bajo (en nuestro estudio educadores sociales y terapeutas ocupacionales), conllevan a la generación de mayores recursos positivos como establece la teoría de demandas y recursos laborales (DRL) (Bakker y Demerouti, 2017), y por ende, a la mejora del bienestar.

En relación a la desesperanza, los estudios de Haatainen et al. (2003a; 2003b; 2004) y Kocalevent et al.(2017) encontraron diferencias según el estatus laboral de las personas, observando que el factor de riesgo más importante para desarrollar o aumentar la desesperanza es una mala situación financiera o el empeoramiento subjetivo de la misma, lo que va unido a peores niveles de desesperanza en personas desempleadas, que sufren una disminución en su capacidad de trabajar o que tienen trabajos relacionados con un menor nivel educativo. Asimismo, se encontró que los conflictos interpersonales en el trabajo son un factor de riesgo para aumentar la desesperanza (Haatainen et al., 2003a), así como la percepción de salud general negativa (Haatainen et al., 2004). Todos estos factores podrían apoyar la hipótesis de que los educadores sociales están percibiendo su situación laboral como peor que la de sus colegas, y por eso presentan mayores niveles de desesperanza. Sin embargo, debido a la diferenciación entre la desesperanza como estado y como rasgo, es necesario recabar más información a nivel cualitativo y longitudinal para poder confirmar estas hipótesis.

5.2 Estudio 2: análisis inferencial

5.2.1 Análisis de correlaciones

En línea con el objetivo de observar las relaciones existentes entre las variables estudiadas se realizó un análisis de correlación bivariada de Pearson, cuyos resultados se muestran en la tabla 17.

Tabla 17. *Correlaciones entre las variables estudiadas*

	IER	BIE	EMO	ENG	VIG	DED	ABS	DES
IER	-							
BIE	.780**	-						
EMO	.730**	.374**	-					
ENG	.394**	.396**	.188**	-				
VIG	.398**	.432**	.157**	.872**	-			
DED	.406**	.402**	.201**	.897**	.730**	-		
ABS	.237**	.217**	.134*	.851**	.587**	.619**	-	
DES	-.532**	-.653**	-.246**	-.395**	-.407**	-.415**	-.223**	-

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$.

Todas las correlaciones halladas entre las variables fueron significativas al nivel $p < .01$ excepto la encontrada entre los factores de emocionalidad y absorción, que fue significativa al nivel $p < .05$, lo que confirma la primera hipótesis de nuestra investigación (H_1). Los tamaños del efecto de las correlaciones se valoraron siguiendo las recomendaciones de Cohen (1992) que considera una correlación como indicativa de un tamaño del efecto pequeño (menor a .29), medio (entre .30 y .49) o grande (.50 o superior). Las correlaciones mayores correspondieron a los factores internos de cada escala con sus puntuaciones globales, pero también encontramos una correlación grande entre inteligencia emocional y desesperanza, y aún mayor entre el factor de bienestar y desesperanza, siempre con signo negativo. Engagement, vigor y dedicación mostraron correlaciones positivas y de magnitud media con inteligencia emocional y bienestar; no así el factor absorción, que presentó una correlación pequeña. El factor de emocionalidad presentó siempre correlaciones pequeñas salvo con inteligencia emocional global, y la desesperanza correlacionó siempre con signo negativo en coherencia con su construcción teórica.

5.2.2 Análisis de regresión

Con el objetivo de seguir analizando las relaciones entre las variables estudiadas, se llevaron a cabo análisis de regresión para evaluar el comportamiento de éstas como factores predictores o dependientes, resultado en cuatro modelos diferentes que analizaremos a continuación.

5.2.2.1 Modelo de regresión 1

Se estableció primero un modelo en el que inteligencia emocional rasgo y engagement fueran las variables predictoras y desesperanza la variable criterio, mediante el cual se halló que el 32% de la variabilidad de la desesperanza podía ser explicada a través de las puntuaciones globales de inteligencia emocional rasgo y engagement de cada sujeto (tabla 18).

Tabla 18. *Estudio de validez "criterial" (predictiva): Regresiones lineales de inteligencia emocional rasgo y engagement (vv. predictoras) sobre desesperanza (v. criterio)*

Modelo 1	Desesperanza	
	F(2,275)=65.893 ^{***} , R ² adj=.319	
	Beta	t
Inteligencia emocional rasgo	-.446	-8.264 ^{***}
Engagement	-.220	-4.070 ^{***}

Nota: ^{***}p< .001.

Los coeficientes de regresión de cada variable fueron significativos al nivel p<.001 y se cumplieron los supuestos de no colinealidad con una tolerancia mayor a .20 (.845) y un VIF menor a 4 (1.184), comprobándose así que el modelo de regresión es correcto. Se observó también que la variable de inteligencia emocional rasgo es capaz de predecir el doble de la varianza de desesperanza que el engagement.

5.2.2.2 Modelo de regresión 2

En segundo lugar, se realizó un análisis de regresión lineal utilizando como variables predictoras las subdimensiones de inteligencia emocional y engagement: bienestar, emocionalidad, vigor, absorción y dedicación. Se observó en este segundo modelo que el valor

del coeficiente de determinación aumentaba con respecto al modelo anterior, llegando a predecir un 45% de la variabilidad de la desesperanza (tabla 19).

Tabla 19. *Estudio de validez "criterial" (predictiva): Regresiones lineales de las subdimensiones de inteligencia emocional rasgo y de engagement (vv. predictoras) sobre desesperanza (v. criterio)*

Desesperanza		
Modelo 2	F(5,272)=45,600 ^{***} , R ² adj=.446	
	Beta	t
Bienestar	-.568	-10.632 ^{***}
Emocionalidad	.004	.085
Vigor	-.066	-.946
Dedicación	-.165	-2.325 [*]
Absorción	.041	.689

Nota: *p < .05, ***p < .001.

Sin embargo, el análisis de la significación de los coeficientes de regresión para cada variable reveló que las dimensiones de emocionalidad, vigor y absorción no presentaban valores que permitiesen contrastar la hipótesis nula (<.05), y por lo tanto podían ser excluidas de la ecuación sin pérdida de ajuste del modelo (tabla 21). Bienestar y dedicación sí cumplieron los supuestos de significación, y también los de no colinealidad (tolerancia(BIE)= .700; VIF(BIE)= 1.428; tolerancia(DED)= .398; VIF(DED)= 2.510), obteniendo el primero un coeficiente de regresión estandarizado casi cinco veces mayor que el de la subdimensión de engagement. Esto refleja la gran diferencia entre la aportación al modelo de ambos factores, recayendo en el factor de bienestar la mayoría del poder predictivo del mismo.

5.2.2.3 Análisis de regresión jerárquica

Por último, se llevó a cabo una regresión jerárquica para comprobar qué modelo se ajustaba más respecto a la predicción de variabilidad en la desesperanza, teniendo en cuenta los resultados de las regresiones llevadas a cabo previamente en las que las “partes” de inteligencia emocional y engagement son mejores predictoras que “el todo”. De este modo, se tuvieron en consideración como variables independientes inteligencia emocional, engagement, bienestar y dedicación, atendiendo a que no hubiera solapamiento como cabría esperar por su construcción

teórica. Este análisis reveló que efectivamente las variables que mejor actúan como predictoras de la desesperanza son las subdimensiones de bienestar y dedicación, explicando conjuntamente un 45% de la variabilidad de la misma, porcentaje del cual un 42% corresponde al factor de bienestar (tabla 20).

Tabla 20. *Estudio de validez "incremental": Regresiones jerárquicas de las subdimensiones de bienestar y dedicación (vv. predictoras) sobre desesperanza (v. criterio)*

Desesperanza		
Modelo 3	F(1,276)=204.703 ^{***} , R ² adj=.424 ^Δ	
Modelo 4	F(2,275)=114.217 ^{***} , R ² adj=.450 ^Δ	
	Beta	t
Modelo 3		
Bienestar	-.653	-14.307 ^{***}
Modelo 4		
Bienestar	.579	-11.898 ^{***}
Dedicación	.182	-3.749 ^{***}

Nota: *p < .05, ***p < .001, Δ Cambio significativo en F al nivel de p < .001.

Se observa en esta tabla que los coeficientes de significación para cada modelo permiten rechazar la hipótesis nula al 99.99% de probabilidad. Para descartar de nuevo la colinealidad, se tuvieron en cuenta los valores de tolerancia (Modelo 3=1.000; Modelo 4= .838) y VIF (Modelo 3= 1.000; Modelo 4= 1.193), cumpliendo ambos modelos los supuestos de bondad de ajuste.

Por último, presentamos en la tabla 21 las variables excluidas de la ecuación en cada paso, observándose que en el momento que se tiene en cuenta el factor bienestar como primera variable predictora por ser su coeficiente de correlación el mayor de todos, el coeficiente de regresión de la inteligencia emocional global deja de tener significación estadística, y por tanto queda excluido del modelo. El engagement sí presenta una significación aceptable en el modelo 3, pero su coeficiente de correlación es menor que el de la dimensión de dedicación, por lo que es este último factor quien se ve incluido en el siguiente paso. El análisis se detiene cuando están incluidos los factores de bienestar y dedicación puesto que ninguna de las dos variables globales analizadas (inteligencia emocional y engagement) aportan un coeficiente de regresión significativo a partir de ese momento, quedando por tanto demostrado que las mejores variables predictoras de desesperanza en nuestro estudio son las subdimensiones de bienestar y dedicación.

Tabla 21. *Variables excluidas en regresión jerárquica en cada paso*

Modelo	Beta	t	Sig.	Correlación parcial	Estadísticas de colinealidad		
					Tolerancia	VIF	
3	DED	-.182 ^a	-3.749	.000	-.220	.838	1.193
	IER	-.059 ^a	-.816	.415	-.049	.392	2.552
	ENG	-.162 ^a	-3.319	.001	-.196	.843	1.186
4	IER	-.017 ^b	-.235	.815	-.014	.382	2.620
	ENG	-.010 ^b	-.095	.924	-.006	.193	5.172

a. Predictores: (Constante), Bienestar (Modelo 3)

b. Predictores: (Constante), Bienestar, Dedicación (Modelo 4)

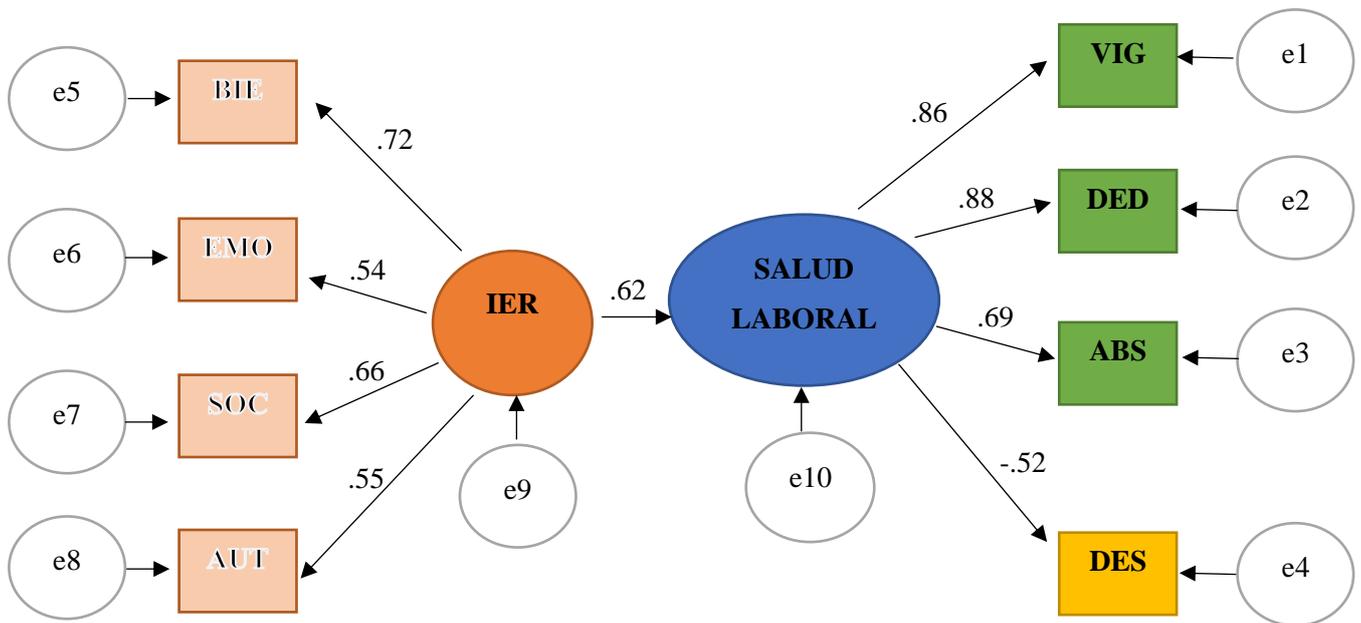
5.2.3 Análisis de modelos de ecuaciones estructurales

Para contrastar la tercera hipótesis, en la que engagement y desesperanza se engloban dentro de un factor superior de salud laboral, que a su vez está influido por la inteligencia emocional, se llevó a cabo un análisis de modelos de ecuaciones estructurales (SEM). Esta técnica combina el análisis factorial con la regresión múltiple, permitiendo analizar las relaciones existentes entre variables observadas y constructos latentes e incorporando además los errores de medición, por lo que se considera una potente herramienta para el estudio de relaciones causales (Cupani, 2012).

El modelo hipotetizado, de carácter exploratorio en línea con la base teórica, planteó un efecto directo de la inteligencia emocional rasgo sobre un constructo latente denominado salud laboral, que a su vez predecía las dimensiones de engagement y desesperanza. La inteligencia emocional rasgo se consideró una variable latente estimada a partir de las cuatro dimensiones proporcionadas por el TEIQue: bienestar, emocionalidad, sociabilidad y autocontrol (figura 31).

Para evaluar la bondad de ajuste del modelo se siguieron las recomendaciones de Hu y Bentler (1995) de utilizar varios índices que cubran distintas facetas del mismo. Éstos se clasificaron posteriormente en base a las categorías propuestas por Newsom (2012), y se utilizaron los criterios de Hooper, Coughlan y Mullen (2008) para valorar la aceptación del ajuste en función de cada indicador (tabla 22).

Figura 31. Modelo 1 de SEM: IER como factor protector de Salud Laboral



Nota: e=error de medición de cada variable.

Tabla 22. Índices de ajuste del modelo SEM 1: IER como factor protector de Salud Laboral

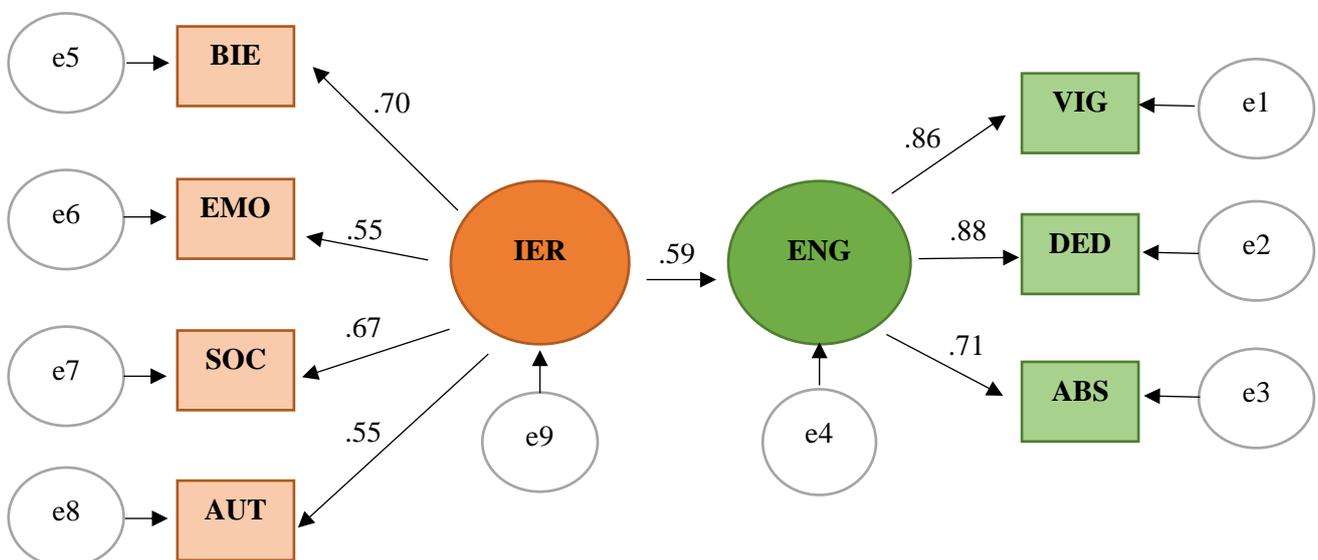
TIPO DE INDICADOR	INDICADOR	CRITERIO PARA LA ACEPTACIÓN DEL AJUSTE	MODELO 1
ABSOLUTO	χ^2	-	145.95
	gl	-	20
	χ^2 / gl	< 3.0	7.3
	GFI	> .95	.89
RELATIVO	TLI	> .95	.78
DE PARSIMONIA	PCFI	> .60	.60
DE NO CENTRALIDAD	RMSEA	< .08	.15
	CFI	> .90	.84

El Modelo 1 no cumplió los criterios de bondad de ajuste, por lo que no podemos rechazar la hipótesis nula ni afirmar que el modelo teorizado en el que inteligencia emocional rasgo influye en un factor de salud laboral caracterizado por engagement y desesperanza, se aproxime al fenómeno real. Esto puede deberse entre otros factores a la no normalidad de la distribución de las variables observadas, criterio necesario para estos análisis, aunque los valores de asimetría y

curtosis son menores a 1.60, límite a partir del cual se consideran como aceptables (George, D. y Mallery, 2003).

En segundo lugar, para complementar lo explorado en las regresiones lineales, se planteó un modelo en el que inteligencia emocional rasgo predijera engagement, teniendo en cuenta estas dos como variables latentes estimadas desde sus subdimensiones (figura 32). De esta forma, se pretende aportar mayores evidencias a las relación observada en otros estudios entre estas dos variables, generalmente de correlación o regresión y con cuestionarios diferentes al TEIQue (e.g. Extremera et al., 2018; Pena y Extremera, 2012; Pena et al., 2012).

Figura 32. Modelo 2 de SEM: IER como factor predictor de ENG



Nota: e=error de medición de cada variable.

El ajuste de bondad de este segundo modelo, aunque no llegó a ser perfecto, sí presentó unos indicadores con valores aceptables (tabla 23). Por tanto, permite corroborar la relación entre inteligencia emocional rasgo y engagement, y en concreto la predicción de la primera sobre el segundo, apoyando la evidencia científica al respecto ya establecida en el campo de conocimiento.

Tabla 23. *Índices de ajuste del modelo SEM 2: IER como factor predictor de ENG*

TIPO DE INDICADOR	INDICADOR	CRITERIO PARA LA ACEPTACIÓN DEL AJUSTE	MODELO 2
ABSOLUTO	χ^2	-	41.79
	gl	-	14
	χ^2 / gl	< 3.0	2.98
	GFI	> .95	.96
RELATIVO	TLI	> .95	.93
DE PARSIMONIA	PCFI	> .60	.64
DE NO CENTRALIDAD	RMSEA	< .08	.08
	CFI	> .90	.96

5.2.4 Discusión de resultados del estudio 2

El segundo objetivo general de esta tesis pretendía analizar qué tipo de relaciones se establecen entre las variables objeto de estudio, para lo cual se plantearon tres hipótesis a contrastar. En primer lugar, los resultados obtenidos mediante el análisis de correlaciones de Pearson permiten la aceptación de la H₁: *inteligencia emocional rasgo y engagement presentan una correlación positiva entre sí, además de negativa con desesperanza*, lo que se cumple también si observamos las subdimensiones de cada variable. Asimismo, los valores de las correlaciones y su significación permiten inferir que la conexión que existe entre las variables es lo suficientemente importante como para que el hecho de mejorar la inteligencia emocional y el engagement de los profesionales a través de estrategias adecuadas, pueda conllevar a la disminución de la desesperanza, lo que supondría la reducción del riesgo de padecer malestares psicológicos tales como depresión o alexitimia (Haatainen et al., 2004).

La segunda hipótesis planteada para el estudio inferencial ahondaba en esa línea, suponiendo que *inteligencia emocional rasgo y engagement actúan como factores protectores ante la desesperanza* (H₂). También los resultados obtenidos según los análisis de regresión permiten aceptar este supuesto, con una peculiaridad al respecto, puesto que es la subdimensión de inteligencia emocional rasgo referida al bienestar la variable más relevante a la hora de predecir desesperanza. Esta subdimensión “no es un estado, sino una tendencia a sentir ese estado, (...) pues denota una manera de ser proclive al disfrute de estados de bienestar” (Bisquerra et al., 2015, p.62), y está caracterizada por la felicidad disposicional, la autoestima y el optimismo, de modo que su relación negativa con la desesperanza es congruente con la fundamentación teórica de ambos constructos. Consecuentemente, los resultados obtenidos en el análisis de regresión permiten inferir que trabajar específicamente aspectos relativos a la capacidad de disfrutar y sentir bienestar (e.g. la confianza en uno mismo, la valoración de los aspectos positivos de las cosas o

la satisfacción con la vida, entre otras) más que la inteligencia emocional general, puede modificar significativamente los niveles de desesperanza de las personas, y por tanto, tener efectos positivos en su salud. Esto puede ser útil para el diseño de intervenciones con fines más concretos que faciliten la puesta en marcha de estrategias preventivas, al no tratar de abarcar aspectos demasiado amplios o generales, o cumplir demasiados objetivos.

Además, debemos mencionar la subdimensión del engagement de dedicación, pues aparece como predictora en el modelo de regresión, aunque con un poder mucho menor que la de bienestar. Esta variable hace referencia a la percepción del trabajo como un reto positivo, fuente de orgullo, entusiasmo, inspiración y significado para la persona. Así, en el estudio de Salanova et al. (2000) se observó también su poder predictivo en comparación a las otras dimensiones del engagement, pues tras controlar las dimensiones del *burnout*, era la que mejor predecía compromiso organizacional, satisfacción y entusiasmo laboral. Los resultados de nuestro estudio indican que también tiene cierto poder predictivo en relación a la desesperanza, lo que se ajusta con su conceptualización a nivel teórico, pues ésta implica la presencia de expectativas negativas que desembocan en la pérdida de sentido personal. Los datos obtenidos, sin embargo, no parecen indicar que se pueda lograr una gran disminución de la desesperanza a través de la mejora de aspectos relativos a la dedicación en el trabajo.

La tercera hipótesis, en la que se planteaba que *la inteligencia emocional rasgo actúa como factor protector de salud laboral, caracterizada por engagement y desesperanza* (H₃), no pudo ser aceptada a través del análisis de modelos estructurales, lo que pone en duda la validez de constructo de la salud laboral si esta es conceptualizada exclusivamente a partir de la combinación de engagement y desesperanza. Los datos proporcionados en nuestro estudio no fueron suficientes para confirmar este modelo, coherente en base a la construcción teórica y los hallazgos de los análisis de correlación y regresión. Esto puede deberse a diversos factores, como por ejemplo las características de las variables estudiadas o el tamaño de la muestra, el cual a pesar de ser suficiente está muy cerca del límite inferior para este tipo de análisis.

Sin embargo, la capacidad de predicción de la inteligencia emocional rasgo sobre el engagement sí que pudo ser confirmada a través del SEM, lo que corrobora lo hallado en estudios previos con otros análisis e instrumentos de medida (e.g. Extremera et al., 2018; Pena y Extremera, 2012; Pena et al., 2012). De nuevo se refuerza el papel de la inteligencia emocional rasgo como recurso personal positivo, y queda de manifiesto que el trabajo sobre ella y sobre las capacidades emocionales puede tener efectos muy beneficiosos en variables relacionadas con la salud o el rendimiento y la satisfacción laboral.

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES

Índice del capítulo

6.1. Conclusiones

- 6.1.1. Con respecto al primer objetivo general
 - 6.1.1.1. Con respecto al primer objetivo específico
 - 6.1.1.2. Con respecto al segundo objetivo específico
- 6.1.2. Con respecto al segundo objetivo general
 - 6.1.2.1. Con respecto al tercer objetivo específico
 - 6.1.2.2. Con respecto al cuarto objetivo específico
- 6.1.3. Con respecto al tercer objetivo general
 - 6.1.3.1. Con respecto al quinto objetivo específico
 - 6.1.3.2. Con respecto al sexto objetivo específico
- 6.1.4. Conclusiones generales

6.2. Implicaciones de la investigación

6.3. Limitaciones y sugerencias

- 6.3.1. Limitaciones
- 6.3.2. Líneas futuras de investigación

CONCLUSIONES

Resumen

Objetivos: El sexto y último capítulo se dedica a las conclusiones derivadas del proceso de investigación desarrollado en esta tesis.

Enfoque: Al inicio se describen de forma sistemática las conclusiones obtenidas para los tres objetivos generales, y sus seis objetivos específicos, para continuar con un apartado de conclusiones generales. Para finalizar se exponen las implicaciones derivadas de este trabajo, así como las limitaciones y las posibles líneas futuras de investigación.

Resultados: Las diferencias halladas entre roles profesionales para inteligencia emocional, engagement y desesperanza, ponen de manifiesto que, pese a que los participantes del estudio se sitúan dentro de la normalidad, los educadores sociales parecen tener un factor de vulnerabilidad respecto a sus compañeros, lo que puede repercutir en su salud. Asimismo, la inteligencia emocional se constata como un valioso recurso personal, predictor de engagement y protector ante desesperanza, cuya relevancia debe tenerse en cuenta en los modelos teóricos y prácticos para la mejora del bienestar y el desarrollo personal. Por último, la educación emocional para la salud se postula como una estrategia viable y adecuada, no sólo para la mejora de la salud laboral de los profesionales de la Red de Atención Social, si no para la optimización de la educación para la salud general, responsabilidad del ámbito de la salud pública.

Implicaciones prácticas: Se proponen estrategias relativas a la inclusión de la educación emocional en las estrategias de educación para la salud laboral a todos los niveles para disminuir las diferencias encontradas entre roles profesionales entre los participantes del estudio, así como posibles líneas futuras de investigación en la materia.

Implicaciones de la investigación: Las conclusiones derivadas de esta investigación ponen de manifiesto la necesidad de la puesta en marcha de estrategias que tengan en cuenta los recursos psicosociales avalados por la evidencia científica para la mejora del bienestar y la salud de todas las personas en general, y de los profesionales de la Red de Atención Social en particular.

Originalidad/valor: Hasta la fecha ningún estudio previo había analizado las interrelaciones entre inteligencia emocional, engagement, desesperanza y su relación con la salud laboral, en los profesionales de la Red de Atención Social de Madrid.

Palabras clave: conclusiones, implicaciones prácticas, limitaciones, líneas futuras de investigación.

Carácter de la investigación: Empírica.

6.1 Conclusiones

En este capítulo se presentan las conclusiones derivadas de la revisión sistemática de la literatura, así como los resultados obtenidos a través del estudio empírico.

6.1.1 Con respecto al primer objetivo general: Conocer la situación de los profesionales de la Red de Atención Social de Madrid respecto inteligencia emocional rasgo, engagement y desesperanza.

PRIMERA: La presente tesis doctoral se basa en una evaluación fiable y válida de tres variables relacionadas con la salud (inteligencia emocional rasgo, engagement y desesperanza) en una muestra representativa de los profesionales de la Red de Atención Social de la Comunidad de Madrid.

El primer objetivo general se subdividió a su vez en dos objetivos específicos, con respecto a los cuales concluimos:

6.1.1.1 Con respecto al primer objetivo específico: Comparar las puntuaciones de los profesionales de la Red de Atención Social de Madrid respecto a las variables estudiadas con las de investigaciones previas.

SEGUNDA: Los profesionales de la Red de Atención Social de la Comunidad de Madrid presentaron valores medios (dentro de la normalidad) para inteligencia emocional rasgo, engagement y desesperanza en el momento de realizarse el estudio.

6.1.1.2 Con respecto al segundo objetivo específico: Analizar diferencias entre profesionales en base a variables sociodemográficas.

TERCERA: No se han encontrado diferencias significativas para inteligencia emocional rasgo, engagement o desesperanza en función del sexo o la edad de los participantes.

CUARTA: Existen diferencias significativas para inteligencia emocional rasgo, engagement y desesperanza en función del rol profesional de los participantes del estudio.

QUINTA: Los educadores sociales presentan peores niveles de inteligencia emocional rasgo, engagement y desesperanza que sus colegas, especialmente en comparación con los psicólogos, lo que puede ser un factor de vulnerabilidad ante problemas o dificultades de ajuste psicosocial en el trabajo.

6.1.2 Con respecto al segundo objetivo general: Analizar las relaciones entre las variables de estudio mediante análisis estadísticos.

SEXTA: Se han analizado las interrelaciones entre inteligencia emocional rasgo, engagement y desesperanza en base a distintos modelos de regresión y de ecuaciones estructurales.

El segundo objetivo general se subdividió a su vez en dos objetivos específicos, con respecto a los cuales concluimos:

6.1.2.1 Con respecto al tercer objetivo específico: Analizar las interacciones entre las variables objeto de estudio en base correlaciones y modelos de regresión.

SÉPTIMA: Inteligencia emocional rasgo, engagement y desesperanza están significativamente correlacionadas, presentando esta última una relación inversa con las otras dos.

OCTAVA: Inteligencia emocional rasgo y engagement son predictores significativos de desesperanza y, por tanto, podrían ser considerados factores potencialmente protectores ante la misma.

NOVENA: La subdimensión de bienestar de la inteligencia emocional rasgo es el mejor predictor, y, por tanto, mejor factor protector potencial, ante la desesperanza entre las variables estudiadas.

6.1.2.2 Con respecto al cuarto objetivo específico: Observar el comportamiento de las variables objeto de estudio como factores protectores o de riesgo de la salud laboral.

DÉCIMA: No se ha confirmado que la varianza compartida por engagement y desesperanza constituyan una variable latente de salud laboral, que a su vez esté determinada por la inteligencia emocional rasgo.

UNDÉCIMA: El modelo de análisis de ecuaciones estructurales confirma que la inteligencia emocional rasgo medida a través del TEIQue SF es un robusto factor predictor de engagement, por lo que puede considerarse como un recurso personal protector de salud laboral, lo que concuerda con su consideración como un componente clave tanto de la covitalidad (Furlong et al., 2014) como del capital psicológico (Luthans, Youssef y Avolio, 2007; 2015).

6.1.3 Con respecto al tercer objetivo general: Valorar el papel correspondiente a la educación emocional en la educación para la salud laboral.

DUODÉCIMA: La investigación de las últimas décadas justifica la integración de la educación emocional en la educación para la salud en todos los ámbitos, incluido el de la salud laboral (Pérez-González et al., 2020).

El tercer objetivo general se subdividió a su vez en dos objetivos específicos, con respecto a los cuales concluimos:

6.1.3.1 Con respecto al quinto objetivo específico: Analizar la inclusión de la educación emocional en la salud laboral en base a la revisión teórica realizada.

DECIMOTERCERA: Las revisiones sistemáticas realizadas demuestran que la educación para la salud aún no tiene en cuenta el componente emocional en sus prácticas como debería, lo que es incongruente con las evidencias científicas disponibles acerca del papel activo de las emociones, y de la competencia emocional en los procesos de salutogénesis (Antonovsky, 1993; Bauer et al., 2019; Sarrionandia y Mikolajczak, 2019).

DECIMOCUARTA: En el ámbito de la salud laboral los factores psicosociales, y en especial los emocionales, no se tienen en cuenta de forma sistemática en la prevención y promoción de la salud como los factores físicos o ambientales, dejando un vacío que desprotege a los trabajadores.

DECIMOQUINTA: La educación para la salud laboral llevada a cabo por empresas y administraciones acorde a la ley, debe incorporar prácticas basadas en el saber científico sobre los factores psicosociales promotores de salud, así como contar con los aspectos emocionales para promover el bienestar integral de los trabajadores y prevenir la pérdida de salud.

6.1.3.2 Con respecto al sexto objetivo específico: Analizar la idoneidad de la inclusión de la educación emocional en la educación para la salud laboral de los profesionales de la Red de Atención Social de Madrid, en base a los resultados obtenidos.

DECIMOSEXTA: Los profesionales de la Red de Atención Social de la Comunidad de Madrid representan un colectivo vulnerable a sufrir patologías psicológicas y/o psicosomáticas derivadas de la exposición a riesgos psicosociales presentes en su trabajo, como es la gestión de un alto trabajo emocional (*emotional labour*) entre otros.

DECIMOSÉPTIMA: La educación para la salud emocional ha demostrado tener efectos beneficiosos en la prevención y promoción de la salud, y, por tanto, podría ser una valiosa

herramienta para la protección de estos profesionales en su trabajo, en especial de aquellos más vulnerables, como son los educadores sociales dentro del colectivo de profesionales de la Red de Atención Social de Madrid.

DECIMOCTAVA: La inclusión de la educación para la salud emocional dentro de la formación permanente que exige la ley sobre la prevención de riesgos laborales, sería una estrategia poco costosa y que puede repercutir en la mejora del bienestar y la prevención de pérdida de salud de los profesionales de la Red de Atención Social de Madrid.

6.1.4 Conclusiones generales

Los resultados de nuestro estudio muestran que, aunque los profesionales de la Red de Atención Social de la Comunidad de Madrid se sitúan dentro de la media para inteligencia emocional, engagement y desesperanza, existen diferencias entre roles que, unidas a la exposición a un alto **trabajo emocional** (*emotional labour*) propio de su desempeño laboral, pueden repercutir en el bienestar de ciertos profesionales, e, indirectamente, en la calidad del servicio prestado a los ciudadanos. En especial, parece que los educadores sociales presentan menos recursos positivos que les puedan ayudar como factores protectores de bienestar, por lo que es menester continuar indagando sobre este hallazgo para llevar a cabo estrategias que puedan favorecer a este colectivo. En concreto, trabajar específicamente aspectos relacionados con la capacidad de sentir y disfrutar el bienestar parece que puede producir efectos positivos que disminuyan la desesperanza, y por tanto la vulnerabilidad a sufrir patologías psíquicas.

Nuestra investigación también pone de manifiesto que la inteligencia emocional es un valioso factor personal positivo, predictor de engagement y protector ante la desesperanza. Esto afianza su valor como recurso personal, y es, un argumento a favor más para tenerlo en cuenta como tal, por ejemplo, en el modelo teórico de **covitalidad** (Furlong et al., 2014), en el de **trabajo emocional** (Grandey; 2000) y en el de **capital psicológico** (Luthans, Youssef y Avolio, 2007; 2015; Azanza et al., 2014), impulsores de la consideración de los aspectos emocionales como factores de bienestar.

La relación observada entre las tres variables también se confirma dentro de la teoría de demandas-recursos laborales (Bakker y Demerouti, 2017) y anima a potenciar la inteligencia emocional rasgo como factor protector, para la puesta en marcha de círculos virtuosos de generación de engagement y otros recursos de **capital psicológico**. Una de las acciones que se pueden llevar a cabo en este sentido es la **educación emocional para la salud**, que como hemos

visto es obviada todavía en la educación para la salud en general, y por ende también en la educación para la **salud laboral**, a pesar de que varios autores y la propia OMS han subrayado su valor para la **salud pública** (Pérez-González et al., 2020; World Health Organization and The Calouste Gulbenkian Foundation, 2014).

En nuestro caso, además, cobra un mayor sentido debido a la carga emocional a la que están sometidos los profesionales de la Red de Atención Social de la Comunidad de Madrid, por lo que sería recomendable incluir algún tipo de **educación emocional** en la formación obligatoria de prevención de riesgos laborales que deben realizar todos los trabajadores al comenzar su relación con la organización. Del mismo modo, se deberían considerar los aspectos emocionales en los procesos de vigilancia de la salud, por ejemplo, mediante la evaluación de desesperanza, pues es un indicador que se mide fácilmente a través de un sencillo cuestionario y aporta información muy relevante sobre el bienestar psíquico de la persona.

En definitiva, nuestros resultados refuerzan la perspectiva de que es necesario promover entornos de trabajo capaces de ofrecer algo más que de un salario a final de mes (Vázquez Díaz et al., 2010), y que prestar atención a las necesidades emocionales y de autorrealización de los profesionales puede tener importantes efectos sobre su salud y bienestar, lo que en definitiva es un camino que puede proporcionar múltiples beneficios tanto para las empresas como para los profesionales. Por tanto, esto debe ser tenido en cuenta por las políticas laborales destinadas a la formación permanente en el trabajo, a la prevención de riesgos y gestión de la **salud laboral**, en particular, y por las políticas de pedagogía social, en general (De-Juanas y Rodríguez, 2019; Limón Mendizábal, 2017).

6.2 Implicaciones de la investigación

El asentamiento de la inteligencia emocional rasgo como recurso positivo debe incitar a las organizaciones a tenerla en cuenta en la formación que hacen a sus empleados. En el caso de los trabajadores de la Red de Atención Social, además de situarse como un factor protector de salud, constituye una habilidad requerida debido a las características del trabajo, por lo tanto, intervenir a nivel organizacional fomentando la inteligencia emocional generará trabajadores más sanos, resistentes y resilientes, pero también mejores en su desempeño laboral. De este modo, la inversión de recursos para integrar la educación emocional al menos en la prevención de riesgos laborales se puede ver altamente rentabilizada. Asimismo, la formación en esta área a las personas con puestos de liderazgo sería deseable, puesto que ellas van a hacer que estos avances se mantengan y mejoren día a día (Azanza, Moriano, Molero y Lévy Mangin, 2015; Martins, 2019).

Otras vías de fácil implementación para fomentar el bienestar emocional de los trabajadores son las relativas a la gestión del entorno laboral, con el objetivo de propiciar contextos saludables que favorezcan los recursos personales, como por ejemplo haciendo que se dé lugar a la experimentación de emociones positivas (Hülshager y Schewe, 2011), fomentando el apoyo emocional (Madoz-Gúrpide et al., 2017; Totterdell y Holman, 2003) o contando con planes de tratamiento del estrés (OMS, 2013b). Además, es muy importante contar con la opinión de los propios profesionales, pues éstos son los expertos en su propio entorno laboral (Bakker y Demerouti, 2017), y en definitiva el bienestar tiene un gran carga subjetiva. De este modo, generar un clima de diálogo y escucha que consolide una comunicación efectiva entre la organización y los trabajadores es algo necesario para lograr el equilibrio entre recursos y demandas laborales y personales (Bakker et al., 2011). Asimismo, mejorar el clima organizacional y el liderazgo son aspectos a tener en cuenta, y que no sólo tienen consecuencias sobre los recursos positivos como el engagement, si no que en determinados ámbitos como el sanitario se puede traducir, incluso, en la mejora de seguridad de los pacientes, como queda de manifiesto en el estudio llevado a cabo en un hospital de larga estancia por Merino-Plaza et al. (2018).

También debemos mencionar, que algunos autores argumentan que la evaluación de recursos como la inteligencia emocional puede ser utilizado como un indicador para la selección de personal en función de sus características personales (Bakker, 2017; Hülshager y Schewe, 2011), en vez de usarlo como punto de partida para el desarrollo de estrategias de mejora. Esta óptica meramente observacional limita seleccionar a unos pocos afortunados que, por sus circunstancias vitales o formación previa, hayan podido desarrollar estos recursos, mientras que llevar a cabo estrategias de formación para todas las personas puede potenciar a quienes ya constan de estas competencias y a su vez proporcionárselas a quien no las posea, mejorando el bienestar y la salud de todos. En consecuencia, es una mejor opción tanto a nivel ético como

práctico, llevar a cabo intervenciones globales y accesibles para todos, desde un objetivo común de favorecer los recursos personales, pero flexibilizando y adaptando a cada contexto en función de sus características. Y todo ello, tanto dentro del entorno laboral como fuera de él, sea en la formación inicial de los profesionales, como los educadores sociales, como en la formación de adultos y mayores. Finalmente cabe destacar que nuestro análisis de variables psicológicas clave en la salud mental y laboral, ha estado dirigido siempre por una motivación y una finalidad pedagógica; así, nuestros resultados contribuyen a fundamentar futuras iniciativas de educación emocional en el ámbito de la pedagogía social y laboral, siguiendo la tradicional alianza entre psicología y pedagogía (Zaragüeta, 1934; 1944).

En última instancia, es necesaria una coordinación entre los ámbitos social, sanitario y educativo, que faciliten la cristalización del modelo teórico integrador de salud bio-psico-social. Por tanto, es deber de las autoridades en estos ámbitos, y de la salud pública en especial, proporcionar los recursos necesarios para prevenir y promover todos los aspectos relativos a la salud a todos los niveles, con el objetivo de crear una sociedad más saludable y que pueda transformarse a sí misma a través de diversos agentes de salud. Para ello, es fundamental en primer lugar proporcionar una formación actualizada y acorde al modelo holístico de salud a los profesionales dedicados a trabajar en el cuidado, ayuda y formación de personas, así como también, dotarles de herramientas y recursos para que puedan trabajar de forma coordinada y colaborativa de manera real, desde un paradigma conjunto, en vez de perpetuar campos de trabajo aislados entre sí, que fragmentan la realidad y frenan el crecimiento.

6.3 Limitaciones y líneas futuras de investigación

6.3.1 Limitaciones

La principal limitación de esta investigación se debe a que se trata de un estudio transversal y puntual, por lo que la información recogida pertenece a un momento concreto en el tiempo. La evidencia muestra que los niveles de recursos personales como el engagement pueden fluctuar incluso durante el mismo día, por lo que para lograr un mayor entendimiento acerca del comportamiento de estas variables es recomendable realizar estudios longitudinales o que evalúen los parámetros en más puntos en el tiempo.

Otra de las limitaciones es relativa a la participación en el estudio, pues fue totalmente voluntaria y por tanto generó una muestra completamente aleatoria, lo que produjo que una gran parte de roles profesionales obtuviera una baja representación (los pertenecientes a la categoría Otro). No obstante, a pesar de que esto pueda implicar la pérdida de información acerca de algunos perfiles profesionales, consideramos que la alta participación respecto a nuestro universo poblacional permite una buena extrapolación de los resultados. En el momento de recogida de información también se decidió no solicitar más datos acerca de la situación personal de los participantes, como por ejemplo el tiempo que llevaban trabajando en la Red de Atención Social o si estaban en tratamiento psicológico o psiquiátrico en el momento de contestar al cuestionario, lo que posteriormente podría haber arrojado más luz acerca de las diferencias entre los recursos asociados al trabajo y los asociados a las personas.

Por último, otra limitación vendría motivada por no conocer exactamente la formación previa de cada profesional, pues el cargo ejercido no siempre indica una formación concreta, sobre todo en los puestos de dirección en los que se puede provenir de varios itinerarios formativos. Todos estos datos pueden ser tenidos en cuenta para futuros estudios que profundicen en el análisis de la salud emocional de estos profesionales, para la búsqueda de una mejora en los mismos que tenga repercusiones satisfactorias en su vida, personal, profesional y social.

6.3.2 Líneas futuras de investigación

La principal implicación de esta investigación está dirigida a mejorar la prevención y promoción de la salud emocional laboral de los profesionales de la Red de Atención Social de la Comunidad de Madrid, para lo que se ha hecho un primer acercamiento acerca de recursos protectores y vías de actuación que pueden mejorar su bienestar. Sin embargo, esta investigación es de carácter observacional y exploratorio, y por tanto, sería conveniente seguir profundizando en los resultados hallados en esta tesis a través de un estudio cualitativo que permitiese a los

trabajadores dar su opinión acerca de sus necesidades emocionales, cómo éstas están siendo tratadas en su trabajo y qué estrategias o recursos creen que podrían mejorar su bienestar en este sentido.

Asimismo, se podría iniciar un proceso de investigación-acción que permitiera observar cambios en el tiempo a medida que se llevan a cabo las estrategias de educación emocional pertinentes, proporcionando información valiosa acerca de numerosos factores que continúan necesitando ser esclarecidos a día de hoy, por ejemplo, qué intervenciones son efectivas y cuáles no lo son, o si tienen mejores resultados unas que otras en función del contexto. También sería interesante cuantificar tanto los costes como los beneficios a nivel humano y económico que supone llevar a cabo estas estrategias, así como observar si esto genera transformaciones a nivel organizacional y la influencia que pudieran tener sobre otro tipo de variables personales, relacionales y sociales.

Por otro lado, puede ser muy interesante ahondar en las diferencias halladas por roles profesionales extrapolando este estudio a otros sectores laborales, lo que permitiría comprobar, en primer lugar, si en otros ámbitos se siguen dando estas diferencias, y en segundo lugar, si efectivamente es la formación previa la que tiene efecto sobre estas variables personales, o si por el contrario son las características propias de la persona, previas a la formación, las que le hacen elegir una profesión concreta, generándose así las discrepancias. De este modo, se arrojaría más luz sobre cuánto peso tiene lo innato y lo aprendido en este tipo de recursos, mejorando nuestro entendimiento respecto a la posibilidad real de modificación de características personales mediante técnicas educativas, que en definitiva repercutan en la mejora del bienestar en general.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., y Metalsky, G. L. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96(2), 358-372. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.2.358>
- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Metalsky, G. L., Joiner, T. E., y Sandín, B. (1997). Teoría de la depresión por desesperanza: Aportaciones recientes. *Rev Psicopatol Psicol Clin.*, 2(3), 211-22. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.2.num.3.1997.3845>
- Acker, G. M. (2010). The challenges in providing services to clients with mental illness: Managed care, burnout and somatic symptoms among social workers. *Community Mental Health Journal*, 46(6), 591-600. <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9269-5>
- Acker, G. M. (2004). The effect of organizational conditions (role conflict, role ambiguity, opportunities for professional development, and social support) on job satisfaction and intention to leave among social workers in mental health care. *Community Mental Health Journal*, 40(1), 65-73. <https://doi.org/10.1023/B:COMH.0000015218.12111.26>
- Aguilar, E., Haas, G., Manzanera, F., Hernandez, J., Gracia, R., Rodado, M., y Keshavan, M. (1997). Hopelessness and first-episode psychosis: a longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(1), 25-30. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1997.tb09900.x>
- Akhtar, R., Boustani, L., Tsivrikos, D., y Chamorro-Premuzic, T. (2015). The engageable personality: Personality and trait EI as predictors of work engagement. *Personality and Individual Differences*, 73, 44-49. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.08.040>
- Alastruey Anza, J. C., y Gómez Etxebarria, M. (2012). Herramientas frente a los riesgos organizativos y la violencia laboral. En M. P. Collantes, y J. I. Marcos (Eds.), *La salud mental de los trabajadores* (1ª ed., pp. 167-194). La Ley.
- Alfes, K., Shantz, A. D., Truss, C., y Soane, E. C. (2013). The link between perceived human resource management practices, engagement and employee behaviour: a moderated mediation model. *The International Journal of Human Resource Management*, 24(2), 330-351. <https://doi.org/10.1080/09585192.2012.679950>
- Alloy, L. B., y Clements, C. M. (1998). Hopelessness theory of depression: Tests of the symptom component. *Cognitive Therapy and Research*, 22(4), 303-335. <https://doi.org/10.1023/A:1018753028007>
- Álvarez Fernández, A. M. (2017). *El desempeño profesional del educador y la educadora social: funciones, competencias y creencias de autoeficacia*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, Recuperado de: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/678291/alvarez_fernandez_ana_maria.pdf?sequence=1
- Álvaro-Estramiana, J. L., Garrido-Luque, A., y Schweiger-Gallo, I. (2010). Causas sociales de la depresión. Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional De Sociología*, 68(2), 333-348. <https://doi.org/10.3989/ris.2008.06.08>

- Alvis, N., y Valenzuela, M. T. (2010). Los QALYs y DALYs como indicadores sintéticos de salud. *Revista Médica De Chile*, 138, 83-87. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872010001000005>
- American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education, Joint Committee on Standards for Educational and Psychological Testing (U.S.). (2014). Standards for educational and psychological testing. Washington, DC: AERA
- Anda, R., Williamson, D., Jones, D., MacEra, C., Eaker, E., Glassman, A., y Marks, J. (1993). Depressed affect, hopelessness, and the risk of ischemic heart disease in a cohort of US adults. *Epidemiology*, 285-294. <https://doi.org/10.1097/00001648-199307000-00003>
- Andrei, F., Siegling, A. B., Aloe, A. M., Baldaro, B., y Petrides, K. V. (2016). The Incremental Validity of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue): A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Personality Assessment*, 98(3), 261-276. <https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1084630>
- Anestis, M. D., Bagge, C. L., Tull, M. T., y Joiner, T. E. (2011). Clarifying the role of emotion dysregulation in the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior in an undergraduate sample. *Journal of Psychiatric Research*, 45(5), 603-611. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.10.013>
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36(6), 725-733. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90033-Z](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-Z)
- Ardila, R. (2011). Inteligencia; Qué sabemos y qué nos falta por investigar? *Revista de la Academia Colombiana de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales*, 35(134), 97-103.
- Azanza, G., Domínguez, A.J., Moriano, J. A., y Molero, F. J. (2014). Positive psychological capital. Validation of the Spanish version of the PCQ questionnaire. *Anales De Psicología*, 30(1), 294-301. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.1.153631>
- Azanza, G., Moriano, J.A., Molero, F. y Lévy Mangin, J.P. (2015), The effects of authentic leadership on turnover intention. *Leadership & Organization Development Journal*, 36(8), 955-971. <https://doi.org/10.1108/LODJ-03-2014-0056>
- Arora, S., Ashrafian, H., Davis, R., Athanasiou, T., Darzi, A., y Sevdalis, N. (2010). Emotional intelligence in medicine: a systematic review through the context of the ACGME competencies. *Medical Education*, 44(8), 749-764. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03709.x>
- Bacigalupe, A., Shahidi, F. V., Muntaner, C., Martin, U., y Borrell, C. (2016). Why is there so much controversy regarding the population health impact of the great recession? Reflections on three case studies. *International Journal of Health Services*, 46(1), 5-35. <https://doi.org/10.1177/0020731415611634>
- Baka, L. (2015). Does job burnout mediate negative effects of job demands on mental and physical health in a group of teachers? Testing the energetic process of Job Demands-Resources model. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 28(2), 335. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.00246>
- Bakker, A. B. (2017). Strategic and proactive approaches to work engagement. *Organizational Dynamics*, 46(2), 67-75. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2017.04.002>

- Bakker, A. B., y Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273.
<https://doi.org/10.1037/ocp0000056>
- Bakker, A. B., y Oerlemans, W. G. M. (2012). Subjective Well-being in Organizations. En G. M. Spreitzer, y K. S. Cameron (Eds.), *The Oxford Handbook of Positive Organizational Scholarship* (). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199734610.013.0014>
- Bakker, A. B., y Albrecht, S. (2018). Work engagement: current trends. *Career Dev Int*, 23(1), 4-11. <https://doi.org/10.1108/CDI-11-2017-0207>
- Bakker, A. B., Albrecht, S. L., y Leiter, M. P. (2011). Work engagement: Further reflections on the state of play. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 20(1), 74-88.
<https://doi.org/10.1080/1359432X.2010.546711>
- Bakker, A. B., y 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>
- Bakker, A. B., y Demerouti, E. (2014). Job Demands-Resources Theory. *Wellbeing* (C.L. Cooper ed., pp. 1-28) <https://doi.org/10.1002/9781118539415.wbwell019>
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., y Taris, T. W. (2008). Work engagement: An emerging concept in occupational health psychology. *Work & Stress*, 22(3), 187-200.
<https://doi.org/10.1080/02678370802393649>
- Bar-On, R. (1997). The BarOn Emotional Quotient Inventory (BarOn EQ-i). *Toronto, ON: Multi-Health Systems Inc*,
- Barreira Méndez, R. (2012). Conflictos éticos. En M. P. Collantes Ibáñez, y J. I. Marcos (Eds.), *La salud mental de los trabajadores* (1ª ed., pp. 417-423). La Ley.
- Barry, A. E., Chaney, B., Piazza-Gardner, A. K., y Chavarria, E. A. (2014). Validity and reliability reporting practices in the field of health education and behavior: A review of seven journals. *Health Education & Behavior*, 41(1), 12-18.
<https://doi.org/10.1177/1090198113483139>
- Barry, M. M., Clarke, A. M., y Dowling, K. (2017). Promoting social and emotional well-being in schools. *Health Education*, 117(5), 434-451. <https://doi.org/10.1108/HE-11-2016-0057>
- Bauer, G.,F., Roy, M., Bakibinga, P., Contu, P., Downe, S., Eriksson, M., Espnes, G., Jensen, B.,B., Juvinya Canal, D., Lindstrom, B., Mana, A., Mittelmark, M., Morgan, A., Pelikan, J., saboga-nunes, L., Sagy, S., Shorey, S., Vaandrager, L., y Vinje, H. (2019). *Future directions for the concept of salutogenesis: a position article*
<https://doi.org/10.1093/heapro/daz057>
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Brouwer.

- Beck, A. T., Steer, R. A., Beck, J. S., y Newman, C. F. (1993a). Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(2), 139-145.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., y Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861. <https://doi.org/10.1037/h0037562>
- Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L., y Steer, R. A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 190-195. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.2.190>
- Beck, A. T., Brown, G. K., Steer, R. A., Dahlsgaard, K. K., y Grisham, J. R. (1999). Suicide Ideation at Its Worst Point: A Predictor of Eventual Suicide in Psychiatric Outpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29(1), 1-9.
- Beck, A. T., Kovacs, M., y Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior. An overview. *Jama*, 234(11), 1146-1149. <https://doi.org/10.1001/jama.1975.03260240050026>
- Beck, A. T., y Steer, R. A. (1988). Manual for the Beck hopelessness scale. *San Antonio, TX: Psychological Corporation*,
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1993b). Dysfunctional attitudes and suicidal ideation in psychiatric outpatients. *Suicide Life Threat Behav*, 23, 11-20.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M., y Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A ten year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142, 559-563. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.5.559>
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Benach, J., Gimeno, D., Benavides, F. G., Martinez, J. M., y del Mar Torné, M. (2004). Types of employment and health in the European Union: changes from 1995 to 2000. *The European Journal of Public Health*, 14(3), 314-321. <https://doi.org/10.1093/eurpub/14.3.314>
- Benavides, F. G., Delclós, J., y Serra, C. (2018). Estado de bienestar y salud pública: el papel de la salud laboral. *Gaceta Sanitaria*, 32(4), 377-380. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.007>
- Birch, D. A. (2017). Improving schools, improving school health education, improving public health: the role of SOPHE members. *Health Education & Behavior*, 44(6), 839-844. <https://doi.org/10.1177/1090198117736353>
- Bisquerra, R., Pérez-González, J. C., y García Navarro, E. (2015). Inteligencia emocional en educación. *Madrid: Síntesis*
- Bloom, D., Cafiero, E., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L., Fathima, S., Feigl, A., Gaziano, T., Mowafi, M., y Pandya, A. (2011). The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases. Geneva: World Economic Forum. *The Global Economic Burden*

of Non-Communicable Diseases. Geneva: World Economic Forum.
<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18806en/s18806en.pdf>

- Bonell, C., Humphrey, N., Fletcher, A., Moore, L., Anderson, R., y Campbell, R. (2014). Why schools should promote students' health and wellbeing. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 348, g3078. <https://doi.org/10.1136/bmj.g3078>
- Bongers, P., Ijmker, S., Van den Heuvel, S., y Blatter, B. (2006). Epidemiology of work related neck and upper limb problems: psychosocial and personal risk factors (part I) and effective interventions from a bio behavioural perspective (part II). *Journal of Occupational Rehabilitation*, 16(3), 272-295. <https://doi.org/10.1007/s10926-006-9044-1>
- Bosch, G. (1999). Working time: Tendencies and emerging issues. *International Labour Review*, 138(2), 131-149. <https://doi.org/10.1111/j.1564-913X.1999.tb00063.x>
- Brackett, M. A., Rivers, S. E., Reyes, M. R., y Salovey, P. (2012). Enhancing academic performance and social and emotional competence with the RULER feeling words curriculum. *Learning and Individual Differences*, 22(2), 218-224. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2010.10.002>
- Bravo Ortiz, M. F. (2012). La formación en Salud Mental Comunitaria. En M. Desviat, y A. Moreno (Eds.), *Acciones de salud mental en la comunidad* (pp. 743-752). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Brotheridge, C. M., y Grandey, A. A. (2002). Emotional labor and burnout: Comparing two perspectives of “people work”. *Journal of Vocational Behavior*, 60(1), 17-39. <https://doi.org/10.1006/jvbe.2001.1815>
- Brunetto, Y., Teo, S. T., Shacklock, K., y Farr-Wharton, R. (2012). Emotional intelligence, job satisfaction, well-being and engagement: explaining organisational commitment and turnover intentions in policing. *Human Resource Management Journal*, 22(4), 428-441. <https://doi.org/10.1111/j.1748-8583.2012.00198.x>
- Bubonya, M., Cobb-Clark, D. A., y Wooden, M. (2017). Mental health and productivity at work: Does what you do matter? *Labour Economics*, 46, 150-165. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2017.05.001>
- Buck, R. (2014). *Emotion: A biosocial synthesis*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139049825>
- Burchell, B., Day, D., Hudson, M., Ladipo, D., Mankelow, R., Nolan, J., Reed, H., Wichert, I., y Wilkinson, F. (1999). *Job insecurity and work intensification: Flexibility and the changing boundaries of work*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Burdorf, A. (2012). The need for novel strategies to analyze the dynamic pattern of worker's health over time and the consequences for sustained employability. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 38(6), 485-488. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3325>
- Calzada Espanyol, A., Farriols Hernando, N., Bruna Rabassa, O., Palma Sevillano, C., Frías Ibañez, A., y Aliaga Gómez, F. (2017). Perfil psicopatológico de pacientes con depresión en la Salud Mental Pública. *Revista De Psicoterapia*, (107), 1-12. <https://doi.org/10.33898/rdp.v28i107.165>

- Çapri, B., Gündüz, B., y Akbay, S. E. (2013). The Study of Relations between Life Satisfaction, Burnout, Work Engagement and Hopelessness of High School Students. *International Education Studies*, 6(11), 35-46. <https://doi.org/10.5539/ies.v6n11p35>
- Carayon, P., Haims, M., y Yang, C. (2001). Psychosocial work factors and work organization. En W. Karwowski (Ed.), *The International Encyclopedia of Ergonomics and Human Factors* (pp. 111-121). Taylor and Francis London.
- Carreño Rivero, M. (2015). Modelos de acción social a través de la historia. En A. Tiana Ferrer, y F. Sanz Fernández (Eds.), *Génesis y situación de la Educación Social en Europa* (pp. 14-38). UNED.
- Castellano Arroyo, M., y Díaz Franco, J. J. (2012). Legislación sobre salud laboral y prevención de riesgos laborales. La vigilancia de la salud. Aspectos positivos y negativos. En M. P. Rivas Vallejo, y J. L. Monereo Pérez (Eds.), *Tratado de salud laboral. Tomo II: Aspectos Técnico-Sanitarios y Lugares, Sectores y Colectivos Singulares* (1ª ed., pp. 1005-1047). Thomson Reuters.
- Chen, W. Q., Yu, I. T., y Wong, T. W. (2005). Impact of occupational stress and other psychosocial factors on musculoskeletal pain among Chinese offshore oil installation workers. *Occupational and Environmental Medicine*, 62(4), 251-256. <https://doi.org/10.1136/oem.2004.013680>
- Cherry, M. G., Fletcher, I., O'Sullivan, H., y Dornan, T. (2014). Emotional intelligence in medical education: a critical review. *Medical Education*, 48(5), 468-478. <https://doi.org/10.1111/medu.12406>
- Ciarrochi, J., Deane, F. P., y Anderson, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences*, 32(2), 197-209. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00012-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00012-5)
- Cochrane-Brink, K. A., Lofchy, J. S., y Sakinofsky, I. (2000). Clinical rating scales in suicide risk assessment. *General Hospital Psychiatry*, 22(6), 445-451. [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(00\)00106-7](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(00)00106-7)
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Colina, C. P. (2013). *Sobre la locura*. Cuatro. Ediciones.
- Collantes Ibáñez, M. P. (2012). Prevención de riesgos psicosociales y salud mental. En M. P. Collantes, y J. I. Marcos (Eds.), *La salud mental de las y los trabajadores* (1ª ed., pp. 23-44). La Ley.
- Collins, P. Y., Patel, V., Joestl, S. S., March, D., Insel, T. R., Daar, A. S., Bordin, I. A., Costello, E. J., Durkin, M., y Fairburn, C. (2011). Grand challenges in global mental health. *Nature*, 475(7354), 27. <https://doi.org/10.1038/475027a>
- Cooper, A., y Petrides, K. V. (2010). A psychometric analysis of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire–Short Form (TEIQue–SF) using item response theory. *Journal of Personality Assessment*, 92(5), 449-457. <https://doi.org/10.1080/00223891.2010.497426>

- Cooper, C. L., y Cartwright, S. (1997). An intervention strategy for workplace stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(1), 7-16. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(96\)00392-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(96)00392-3)
- Cortès-Franch, I., y López-Valcárcel, B. G. (2014). Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.011>
- Cox, T., y Griffiths, A. (1996). The assessment of psychosocial hazards at work. En M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst y C. L. Cooper (Eds.), *Handbook of Work and Health Psychology* (pp. 127-146). Wiley and sons.
- Cox, T., Griffiths, A., y Rial-González, E. (2000). *Research on work-related stress*. European Communities.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Csikszentmihalyi, M., y Seligman, M. E. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Cukrowicz, K. C., Cheavens, J. S., Van Orden, K. A., Ragain, R. M., y Cook, R. L. (2011). Perceived burdensomeness and suicide ideation in older adults. *Psychology and Aging*, 26(2), 331-338. <https://doi.org/10.1037/a0021836>
- Cupani, M. (2012). Análisis de Ecuaciones Estructurales: conceptos, etapas de desarrollo y un ejemplo de aplicación. *Revista Tesis*, 1(1), 186-199.
- De-Juanas Oliva, A. y Rodríguez Bravo, A.E. (2019). Educación de personas adultas y mayores. *España: UNED*.
- De la Fuente Madero, José Luis, y Gómez Álvarez, A. M. (2012). Riesgos psicosociales. En M. P. Rivas Vallejo, y J. L. Monereo Pérez (Eds.), *Tratado de Salud Laboral. Tomo II: Aspectos Técnico-Sanitarios y Lugares Sectores y Colectivos Singulares*. (1ª ed., pp. 777-808). Thomson Reuters.
- De Ottawa, C. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. *Health Promotion*, 1(4)
- Demerouti, E., y Bakker, A. B. (2008). The Oldenburg Burnout Inventory: A good alternative to measure burnout and engagement. *Handbook of Stress and Burnout in Health Care*. Hauppauge, NY: Nova Science
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., y Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
- Desviat, M. (2010). Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. *Cuadernos De Trabajo Social*, 23, 253-263.
- Desviat, M., y Moreno, A. (2012). *Acciones de salud mental en la comunidad*. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Di Fabio, A., y Kenny, M. E. (2016). Promoting well-being: the contribution of emotional intelligence. *Frontiers in Psychology*, 7, 1182. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01182>

- Do, D. P., Dowd, J. B., Ranjit, N., House, J. S., y Kaplan, G. A. (2010). Hopelessness, depression, and early markers of endothelial dysfunction in U.S. adults. *Psychosomatic Medicine*, 72(7), 613-619. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181e2cca5>
- Dozois, D. J. A., y Covin, R. (2004). The Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Beck Hopelessness Scale (BHS), and Beck Scale for Suicide Ideation (BSS). (pp. 50-69). John Wiley & Sons Inc.
- Dozza, L., Abad, T., Castejón, M. Á, Gómez, R., Lafuente, S., Ledo, G., Molina, A., del Olmo, R., Perdigón, A., Rodado, B., Rodríguez, M., y Toledano, S. (2011). Manifiesto anti-asistencialista -1ª parte-. *Área 3. Cuadernos De Temas Grupales E Institucionales*, 15
- Dragano, N., Siegrist, J., Nyberg, S. T., Lunau, T., Fransson, E. I., Alfredsson, L., Bjorner, J. B., Borritz, M., Burr, H., Erbel, R., Fahlen, G., Goldberg, M., Hamer, M., Heikkila, K., Jockel, K. H., Knutsson, A., Madsen, I. E. H., Nielsen, M. L., Nordin, M., . . . IPD-Work consortium. (2017). Effort-Reward Imbalance at Work and Incident Coronary Heart Disease: A Multicohort Study of 90,164 Individuals. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, 28(4), 619-626. <https://doi.org/10.1097/EDE.0000000000000666>
- Durán, M. A., Extremera, N., y Rey, L. (2004). Self-reported emotional intelligence, burnout and engagement among staff in services for people with intellectual disabilities. *Psychological Reports*, 95(2), 386-390. <https://doi.org/10.2466/pr0.95.2.386-390>
- Durán, M. A., Extremera, N., Rey, L., Fernández-Berrocal, P., y Montalbán, F. M. (2006). Predicting academic burnout and engagement in educational settings: Assessing the incremental validity of perceived emotional intelligence beyond perceived stress and general self-efficacy. *Psicothema*, 18
- Duran, X., Martínez, J. M., y Benavides, F. G. (2012). Tendencia temporal de la incapacidad laboral permanente en España (1992-2010). *Revista Española De Salud Pública*, 86(5), 533-542.
- Durham, T. W. (1982). Norms, reliability, and item analysis of the Hopelessness Scale in general psychiatric, forensic psychiatric, and college populations. *Journal of Clinical Psychology*, 38(3), 597-600. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198207\)38:3%3C597::AID-JCLP2270380321%3E3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198207)38:3%3C597::AID-JCLP2270380321%3E3.0.CO;2-6)
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., y Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405-432. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>
- Edwards, A. L. (1970). *The measurement of personality traits by scales and inventories*. Holt, Rinehart & Winston.
- Edwards, D., y Burnard, P. (2003). A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 42(2), 169-200. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02600.x>
- Enns, J., Holmqvist, M., Wener, P., Halas, G., Rothney, J., Schultz, A., Goertzen, L., y Katz, A. (2016). Mapping interventions that promote mental health in the general population: a scoping review of reviews. *Preventive Medicine*, 87, 70-80. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.02.022>

- Erickson, R. J., y Ritter, C. (2001). Emotional labor, burnout, and inauthenticity: Does Gender Matter. *Social Psychology Quarterly*, 64(2), 146-163. <https://doi.org/10.2307/3090130>
- Erickson, R. J., y Wharton, A. S. (1997). Inauthenticity and depression: Assessing the consequences of interactive service work. *Work and Occupations*, 24(2), 188-213. <https://doi.org/10.1177/0730888497024002004>
- Esplen, M. J., Berk, T., Butler, K., Gallinger, S., Cohen, Z., y Trinkhaus, M. (2004). Quality of life in adults diagnosed with familial adenomatous polyposis and desmoid tumor. *Diseases of the Colon & Rectum*, 47(5), 687-696. <https://doi.org/10.1007/s10350-003-0121-7>
- Esteban Ramiro, B. (2014). Una aproximación a la influencia de la Inteligencia Emocional Percibida en su relación con los niveles de Burnout y Engagement en el desempeño del Trabajo Social. *AZARBE, Revista Internacional De Trabajo Social Y Bienestar*, (3)
- Etxeberria, I., Salaberria, K. y Gorostiaga, A. (2020). Online support for family caregivers of people with dementia: a systematic review and meta-analysis of RCTs and quasi-experimental studies. *Aging & Mental Health*. 1-16. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1758900>
- Evans, M. (2007). Being driven mad: towards understanding borderline and other disturbed states of mind through the use of the counter-transference. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 21(3), 216-232. <https://doi.org/10.1080/02668730701535578>
- Everson, S. A., Goldberg, D. E., Kaplan, G. A., Cohen, R. D., Pukkala, E., Tuomilehto, J., y Salonen, J. T. (1996). Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. *Psychosomatic Medicine*, 58(2), 113-121. <https://doi.org/10.1097/00006842-199603000-00003>
- Everson, S. A., Kaplan, G. A., Goldberg, D. E., y Salonen, J. T. (2000). Hypertension incidence is predicted by high levels of hopelessness in Finnish men. *Hypertension*, 35(2), 561-567. <https://doi.org/10.1161/01.HYP.35.2.561>
- EWCS 2015. (2015). *¿Su trabajo le exige que oculte sus sentimientos? (Intensidad del trabajo) visualización: Gráfico de barras nacional por: Edad, país: España. España - Sexta Encuesta Europea sobre las Condiciones de Trabajo 2015 (EWCS 2015)*. https://www.eurofound.europa.eu/es/data/european-working-conditions-survey?locale=ES&dataSource=EWCS2017NW&media=png&width=740&question=Q61o&plot=inCountry&countryGroup=linear&subset=agecat_3&country=ES
- Extremera, N., Sánchez-García, M., Durán, M. A., y Rey, L. (2012). Examining the Psychometric Properties of the Utrecht Work Engagement Scale in Two Spanish Multi-occupational Samples. *International Journal of Selection and Assessment*, 20(1), 105-110. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2389.2012.00583.x>
- Extremera, N., Mérida-López, S., Sánchez-Álvarez, N., y Quintana-Orts, C. (2018). How Does Emotional Intelligence Make One Feel Better at Work? The Mediation Role of Work Engagement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9) <https://doi.org/10.3390/ijerph15091909>
- Fernandes, C., y Pereira, A. (2016). Exposure to psychosocial risk factors in the context of work: a systematic review. *Revista De Saude Publica*, 50, 24. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006129>

- Fernández-Abascal, E. G., y Martín-Díaz, M. D. (2015). Dimensions of emotional intelligence related to physical and mental health and to health behaviors. *Frontiers in Psychology*, 6, 317. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00317>
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., y Ramos, N. (2003). Inteligencia emocional y depresión. *Encuentros En Psicología Social*, 1(5), 251-254.
- Fidalgo Vega, M. (2006). Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout"(II): consecuencias, evaluación y prevención (NTP 705). *Madrid: INSHT*,
- Fischer, J. E., Wilson, M. G., y Litaker, D. (2012). Occupational Public Health: it's time to get to work. *Preventive Medicine*, 55(6), 565-566. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.10.003>
- Fishta, A., y Backe, E. (2015). Psychosocial stress at work and cardiovascular diseases: an overview of systematic reviews. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 88(8), 997-1014. <https://doi.org/10.1007/s00420-015-1019-0>
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., y Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Fuente, A. V., Jauregui, P. A., Vidales, M. K. B., y Casares, S. G. (2014). La educación para la salud en la ESO: Aportaciones de un estudio sobre el País Vasco. *Educación XXI*, 18(1) <https://doi.org/10.5944/educxx1.18.1.12316>
- Furlong, M., Dowdy, E., Carnazzo, K., Boverly, B. L. y Kim, E. (2014). Covitality: Fostering the building blocks of complete mental health. *Communique*, 42(8), 1-28.
- Furnham, A., y Swami, V. (2018). Mental health literacy: A review of what it is and why it matters. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 7(4), 240. <https://doi.org/10.1037/ipp0000094>
- García Martínez, A. (2006). Contextos no formales y educación para la salud. *Revista De Estudios De Juventud*, (74), 49-70.
- García Martínez, A., Sáez Carreras, J., y Escarbajal de Haro, A. (2000). *Educación para la salud: la apuesta por la calidad de vida*. Arán Ediciones.
- García Ruiz, P. (2012). Enfermedades profesionales: La lista europea y la lista española. Ausencia. En M. P. Rivas Vallejo, y J. L. Monereo Pérez (Eds.), *Tratado de Salud Laboral. Tomo II: Aspectos Técnico-Sanitarios y Lugares, Sectores y Colectivos Singulares* (1ª ed., pp. 747-776). Thomson Reuters.
- García-Alandete, J., Gallego-Pérez, J. F., y Pérez-Delgado, E. (2009). Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Universitas Psychologica*, 8(2), 447-454.
- George, D., y Mallery, M. (2003). Using SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference.

- George, J. M. (2011). The wider context, costs, and benefits of work engagement. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 20(1), 53-59. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2010.509924>
- Geuskens, G. A., Hengel, K. M. O., Koppes, L. L., y Ybema, J. F. (2012). Predictors of the willingness and the ability to continue working until the age of 65 years. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 54(5), 572-578. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e318248057a>
- Gili, M., Campayo, J. G., y Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 104-108. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.005>
- Glanz, L. M., Haas, G. L., y Sweeney, J. A. (1995). Assessment of hopelessness in suicidal patients. *Clinical Psychology Review*, 15(1), 49-64. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(94\)00040-9](https://doi.org/10.1016/0272-7358(94)00040-9)
- Golkar, A., Johansson, E., Kasahara, M., Osika, W., Perski, A., y Savic, I. (2014). The influence of work-related chronic stress on the regulation of emotion and on functional connectivity in the brain. *PLoS One*, 9(9), e104550. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0104550>
- González Cases, J., y Rodríguez González, A. (2010). Programas de rehabilitación psicosocial en la atención comunitaria a las personas con psicosis. *Clínica Y Salud*, 21(3), 319-332. <https://doi.org/10.5093/cl2010v21n3a8>
- González-Romá, V., Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., y Lloret, S. (2006). Burnout and work engagement: Independent factors or opposite poles? *Journal of Vocational Behavior*, 68(1), 165-174. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2005.01.003>
- Gould, S. J. (1996). *The mismeasure of man*. WW Norton & Company.
- Grandey, A. A. (2000). Emotional regulation in the workplace: A new way to conceptualize emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 95. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.5.1.95>
- Grandey, A. A. (2003). When “the show must go on”: Surface acting and deep acting as determinants of emotional exhaustion and peer-rated service delivery. *Academy of Management Journal*, 46(1), 86-96. <https://doi.org/10.5465/30040678>
- Gratz, K. L., y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Green, A. E., Albanese, B. J., Shapiro, N. M., y Aarons, G. A. (2014). The roles of individual and organizational factors in burnout among community-based mental health service providers. *Psychological Services*, 11(1), 41. <https://doi.org/10.1037/a0035299>
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C. E., Weissberg, R. P., y Durlak, J. A. (2017). Social and emotional learning as a public health approach to education. *The Future of Children*, 13-32. <https://doi.org/10.1353/foc.2017.0001>

- Greene, S. M. (1981). Levels of measured hopelessness in the general population. *British Journal of Clinical Psychology*, 20(1), 11-14. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1981.tb00490.x>
- Griep, Y., Kinnunen, U., Nätti, J., De Cuyper, N., Mauno, S., Mäkikangas, A., y De Witte, H. (2015). The effects of unemployment and perceived job insecurity: a comparison of their association with psychological and somatic complaints, self-rated health and life satisfaction. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89(1), 147-162. <https://doi.org/10.1007/s00420-015-1059-5>
- Grossarth-Maticek, R., Kanazir, D. T., Vetter, H., y Schmidt, P. (1983). Psychosomatic factors involved in the process of cancerogenesis. Preliminary results of the Yugoslav prospective study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 40(1-4), 191-210. <https://doi.org/10.1159/000287767>
- Guinea, R. (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*. IMSERSO.
- Haatainen, K., Tanskanen, A., Kylmä, J., Antikainen, R., Hintikka, J., Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., y Viinamäki, H. (2003a). Life events are important in the course of hopelessness—a 2-year follow-up study in a general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(8), 436-441. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0660-1>
- Haatainen, K., Tanskanen, A., Kylmä, J., Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Hintikka, J., Antikainen, R., y Viinamäki, H. (2003b). Stable hopelessness and its predictors in a general population: a 2-year follow-up study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(4), 373-380. <https://doi.org/10.1521/suli.33.4.373.25237>
- Haatainen, K., Tanskanen, A., Kylmä, J., Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Hintikka, J., y Viinamäki, H. (2004). Factors associated with hopelessness: A population study. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(2), 142-152. <https://doi.org/10.1177/0020764004040961>
- Hakanen, J. J., Perhoniemi, R., y Toppinen-Tanner, S. (2008a). Positive gain spirals at work: From job resources to work engagement, personal initiative and work-unit innovativeness. *Journal of Vocational Behavior*, 73(1), 78-91. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2008.01.003>
- Hakanen, J. J., y Schaufeli, W. B. (2012). Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 141(2-3), 415-424. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.02.043>
- Hakanen, J. J., Schaufeli, W. B., y Ahola, K. (2008b). The Job Demands-Resources model: A three-year cross-lagged study of burnout, depression, commitment, and work engagement. *Work & Stress*, 22(3), 224-241. <https://doi.org/10.1080/02678370802379432>
- Hannigan, B., Edwards, D., y Burnard, P. (2004). Stress and stress management in clinical psychology: Findings from a systematic review. *Journal of Mental Health*, 13(3), 235-245. <https://doi.org/10.1080/09638230410001700871>
- Heffer, T., y Willoughby, T. (2018). The role of emotion dysregulation: A longitudinal investigation of the interpersonal theory of suicide. *Psychiatry Research*, 260, 379-383. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.075>

- Hemmati, T., Mills, J. F., y Kroner, D. G. (2004). The validity of the Bar-On emotional intelligence quotient in an offender population. *Personality and Individual Differences*, 37(4), 695-706. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.10.003>
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología Conductual*, 19(2), 347.
- Hilgard, E. R. (1980). The trilogy of mind: Cognition, affection, and conation. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 16(2), 107-117. [https://doi.org/10.1002/1520-6696\(198004\)16:2%3C107::AID-JHBS2300160202%3E3.0.CO:2-Y](https://doi.org/10.1002/1520-6696(198004)16:2%3C107::AID-JHBS2300160202%3E3.0.CO:2-Y)
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>
- Hobfoll, S. E., Shirom, A., y Golembiewski, R. (2000). Conservation of resources theory. *Appears in Handbook of Organizational Behavior*, RT Golembiewski (Ed.), Marcel Dekker, New York, 57-80.
- Hochschild, A. R. (1983). *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*.
- Hodzic, S., Scharfen, J., Ripoll, P., Holling, H., y Zenasni, F. (2018). How efficient are emotional intelligence trainings: a meta-analysis. *Emotion Review*, 10(2), 138-148. <https://doi.org/10.1177/1754073917708613>
- Holden, R. R., y Fekken, G. C. (1988). Test-retest reliability of the hopelessness scale and its items in a university population. *Journal of Clinical Psychology*, 44(1), 40-43. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198801\)44:1%3C40::AID-JCLP2270440108%3E3.0.CO:2-P](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198801)44:1%3C40::AID-JCLP2270440108%3E3.0.CO:2-P)
- Holden, R. R., Mendonca, J. D., y Serin, R. C. (1989). Suicide, hopelessness, and social desirability: A test of an interactive model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(4), 500. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.57.4.500>
- Hombrados-Mendieta, I., y Cosano-Rivas, F. (2013). Burnout, workplace support, job satisfaction and life satisfaction among social workers in Spain: A structural equation model. *International Social Work*, 56(2), 228-246. <https://doi.org/10.1177/0020872811421620>
- Hooper, D., Coughlan, J., y Mullen, M. R. (2008). Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(1), 53-60.
- Hu, L., y Bentler, P. M. (1995). Evaluating model fit. (pp. 76-99). Sage Publications, Inc.
- Hülsheger, U. R., y Schewe, A. F. (2011). On the costs and benefits of emotional labor: a meta-analysis of three decades of research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(3), 361. <https://doi.org/10.1037/a0022876>
- Indregard, A. R., Nielsen, M., y Knardahl, S. (2018). Emotional dissonance, mental health complaints, and sickness absence among health-and social workers. The moderating role of self-efficacy. *Frontiers in Psychology*, 9, 592. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00592>
- INE. (2018). *España en cifras 2018: Mercado laboral*. España: <https://www.ine.es/ss/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobhea>

[dername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3DMercado_laboral_-18.pdf&blobkey=urldata&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=640%2F65%2FMercado+laboral+-+18.pdf&ssbinary=true](#)

- INE. (2019). *Estadística de defunciones según la causa de muerte*. España: https://www.ine.es/prensa/edcm_2018.pdf
- INSHT. (2017). *Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. 2015 (6ª EWCS) – España*. Madrid: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/GENERALIDAD/ENCT%202015.pdf>
- INSSBT. (2018). *Informe sobre el estado de la seguridad y salud laboral en España. 2016*. Madrid: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/Informe%20SS%202014.pdf>
- INSST. (2018). *Informe anual de accidentes de trabajo en España 2017*. Madrid: <https://www.insst.es/-/informe-anual-de-accidentes-de-trabajo-en-espana-2016>
- INSST. (2019). *El efecto sobre la salud de los riesgos psicosociales en el trabajo: una visión general*. Madrid: <https://www.insst.es/documents/94886/538970/El+efecto+sobre+la+salud+de+los+riesgos+psicosociales+en+el+trabajo+una+visi%C3%B3n+general.pdf/7b79def3-88be-4653-8b0e-7518ef66f518>
- Instituto Sindical de Trabajo Medioambiente y Salud. (2015). *Informe sobre la evolución de la siniestralidad en España*. España: <http://istas.net/descargas/Informesiniestralidaddef.pdf>
- Ivanoff, A., y Jang, S. J. (1991). The role of hopelessness and social desirability in predicting suicidal behavior: A study of prison inmates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(3), 394. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.3.394>
- Ivicic, R., y Motta, R. (2017). Variables associated with secondary traumatic stress among mental health professionals. *Traumatology*, 23(2), 196-204. <https://doi.org/10.1037/trm0000065>
- Jiménez-Martín, S., y Prieto, C. V. (2012). La interacción del sistema social y el sanitario. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 124-133. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.06.008>
- Joiner, T. E., y Silva, C. (2012). Why people die by suicide: Further development and tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior. *Meaning, Mortality, and Choice: The Social Psychology of Existential Concerns*, 325-336. <https://doi.org/10.1037/13748-018>
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Joseph, D. L., y Newman, D. A. (2010). Emotional intelligence: an integrative meta-analysis and cascading model. *Journal of Applied Psychology*, 95(1), 54. <https://doi.org/10.1037/a0017286>

- Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70-79.
- Jung, H. S., y Yoon, H. H. (2014). Antecedents and consequences of employees' job stress in a foodservice industry: Focused on emotional labor and turnover intent. *International Journal of Hospitality Management*, 38, 84-88. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2014.01.007>
- Kalimo, R., El Batawi, M. A., y Cooper, C. L. (1988). En Organización Mundial de la Salud (Ed.), *Los Factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Karasek, R. A., y Theorell, T. (1990). *Healthy Work*. Basic Books.
- Kim, H., Ji, J., y Kao, D. (2011). Burnout and physical health among social workers: A three-year longitudinal study. *Social Work*, 56(3), 258-268. <https://doi.org/10.1093/sw/56.3.258>
- Kimber, B., Sandell, R., y Bremberg, S. (2008). Social and emotional training in Swedish classrooms for the promotion of mental health: results from an effectiveness study in Sweden. *Health Promotion International*, 23(2), 134-143. <https://doi.org/10.1093/heapro/dam046>
- Kivimäki, M., Nyberg, S. T., Batty, G. D., Fransson, E. I., Heikkilä, K., Alfredsson, L., Bjorner, J. B., Borritz, M., Burr, H., y Casini, A. (2012). Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *The Lancet*, 380(9852), 1491-1497. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60994-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60994-5)
- Kivimäki, M., Head, J., Ferrie, J. E., Shipley, M. J., Vahtera, J., y Marmot, M. G. (2003). Sickness absence as a global measure of health: evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 327(7411), 364. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7411.364>
- Knardahl, S., Johannessen, H. A., Sterud, T., Härmä, M., Rugulies, R., Seitsamo, J., y Borg, V. (2017). The contribution from psychological, social, and organizational work factors to risk of disability retirement: a systematic review with meta-analyses. *BMC Public Health*, 17(1), 176. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4059-4>
- Kocalevent, R., Finck, C., Pérez-Trujillo, M., Sautier, L., Zill, J., y Hinz, A. (2017). Standardization of the Beck Hopelessness Scale in the general population. *Journal of Mental Health*, 26(6), 516-522. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1244717>
- Kotsou, I., Mikolajczak, M., Heeren, A., Grégoire, J., y Leys, C. (2018). Improving emotional intelligence: a systematic review of existing work and future challenges. *Emotion Review*, 11(2), 151-165. <https://doi.org/10.1177/1754073917735902>
- Kumcagiz, H., Ersanli, E., y Alakus, K. (2014). Hopelessness, procrastination and burnout in predicting job satisfaction: A reality among public school teachers. *International Journal of Academic Research*, 6(1), 333-339. <https://doi.org/10.7813/2075-4124.2014/6-1/B.45>
- Kuoppala, J., Lamminpää, A., Liira, J., y Vainio, H. (2008). Leadership, job well-being, and health effects--a systematic review and a meta-analysis. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(8), 904-915. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e31817e918d>

- Kuriloff, P., y Rindner, M. (1975). How psychological education can promote mental health with competence. *Counselor Education and Supervision*, 14(4), 257-267. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6978.1975.tb00879.x>
- Laborde, S., Allen, M. S., y Guillén, F. (2016). Construct and concurrent validity of the short- and long-form versions of the trait emotional intelligence questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 101, 232-235. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.06.009>
- Langford, R., Bonell, C. P., Jones, H. E., Poulou, T., Murphy, S. M., Waters, E., Komro, K. A., Gibbs, L. F., Magnus, D., y Campbell, R. (2014). The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane Database Syst Rev*, 4(4), CD008958. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008958.pub2>
- Langford, R., Bonell, C., Jones, H., Poulou, T., Murphy, S., Waters, E., Komro, K., Gibbs, L., Magnus, D., y Campbell, R. (2015). The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 15(1), 130. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1360-y>
- Laviana-Cuetos, M. (2006). La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. *Apuntes De Psicología*, 24(1-3), 345-373.
- Lee, Y. H., Lee, S. H. B., y Chung, J. Y. (2018). Research on How Emotional Expressions of Emotional Labor Workers and Perception of Customer Feedbacks Affect Turnover Intentions: Emphasis on Moderating Effects of Emotional Intelligence. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02526>
- Lee, A. (2009). Health-promoting schools: Evidence for a holistic approach to promoting health and improving health literacy. *Applied Health Economics and Health Policy*, 7(1), 11-17. <https://doi.org/10.1007/BF03256138>
- Leiter, M. P., y Bakker, A. B. (2010). *Work engagement: A handbook of essential theory and research*. Psychology press.
- Leiter, M. P., y Maslach, C. (2016). Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. *Burnout Research*, 3(4), 89-100. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2016.09.001>
- Leiter, M. P., y Maslach, C. (2017). Burnout and engagement: Contributions to a new vision. *Burnout Research*, 5, 55-57. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.04.003>
- Leka, S., Hassard, J., Jain, A., Makrinov, N., Cox, T., Kortum, E., Ertel, M., Hallsten, L., Iavicoli, S., y Lindstrom, K. (2008). *Towards the development of a psychosocial risk management framework for Europe*. I-WHO Publications.
- Lester, D. (2013). Hopelessness in undergraduate students around the world: a review. *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 1204-1208. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.055>
- Lewchuk, W., De Wolff, A., King, A., y Polanyi, M. (2003). From job strain to employment strain: Health effects of precarious employment. *Just Labour*, 3, 23-35. <https://doi.org/10.25071/1705-1436.165>

- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., y Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000100. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>
- Limón Mendizábal, M. R. (2017). Carácter científico y orígenes de la pedagogía social contemporánea. *Revista Iberoamericana De Educación*, 75, 21-44. <https://doi.org/10.35362/rie7501198>
- Lisbona, A., Morales, J. F., y Palací, F. J. (2009). El "engagement" como resultado de la socialización organizacional. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(1), 89-100.
- Lloyd, C., y King, R. (2004). A survey of burnout among Australian mental health occupational therapists and social workers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(9), 752-757. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0808-7>
- Lloyd, C., King, R., y Chenoweth, L. (2002). Social work, stress and burnout: A review. *Journal of Mental Health*, 11(3), 255-265. <https://doi.org/10.1080/09638230020023642>
- López, M., y Laviana, M. (2007). Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave: propuestas desde Andalucía. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 27(1), 187-223. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352007000100016>
- Luque-Fernandez, M. A., y Negro Calduch, E. (2019). Education in public health, epidemiology and biostatistics in Spain from a global and comparative perspective. *Gaceta Sanitaria*, 33(6), 502-503. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.02.005>
- Luthans, F., Youssef, C. M., y Avolio, B. J. (2007). *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. Oxford University Press, USA.
- Luthans, F., Youssef, C. M., y Avolio, B. J. (2015). *Psychological capital and beyond*. Oxford University Press, USA.
- Madoz-Gúrpide, A., Ballesteros Martín, J. C., Leira Sanmartín, M., y García Yagüe, E. (2017). Necesidad de un nuevo enfoque en la atención integral a los pacientes con trastorno mental grave treinta años después de la reforma psiquiátrica. *Revista Española De Salud Pública*, 91, 201701007.
- Maier, S. F., y Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: theory and evidence. *J Exp Psychol Gen*, 105, 3-46. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.105.1.3>
- Mäkikangas, A., Feldt, T., Kinnunen, U., y Tolvanen, A. (2012). Do low burnout and high work engagement always go hand in hand? Investigation of the energy and identification dimensions in longitudinal data. *Anxiety, Stress, & Coping*, 25(1), 93-116. <https://doi.org/10.1080/10615806.2011.565411>
- Mäkikangas, A., y Kinnunen, U. (2016). The person-oriented approach to burnout: A systematic review. *Burnout Research*, 3(1), 11-23. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2015.12.002>

- Martín García, A. V. (2015). La educación social en España durante la segunda mitad del siglo XX. En A. Tiana Ferrer, y F. Sanz Fernández (Eds.), *Génesis y situación de la educación social en Europa* (pp. 237-270). UNED.
- Martínez-Iñigo, D. (2001). Evolución del Concepto de Trabajo Emocional: dimensiones, antecedentes y consecuencias. Una revisión teórica. *Revista De Psicología Del Trabajo Y De Las Organizaciones*, 1(3), 1.
- Martins, A., Ramalho, N., y Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 49(6), 554-564. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.05.029>
- Martins, J. M. (2019). Human dimension of health service management. *Australian Health Review*, 43(1), 103-110. <https://doi.org/10.1071/AH17063>
- Maruyama, S., Kohno, K., y Morimoto, K. (1995). A Study of Preventive Medicine in Relation to Mental Health among Middle-management Employees (Part 2). *Nippon Eiseigaku Zasshi (Japanese Journal of Hygiene)*, 50(4), 849-860. <https://doi.org/10.1265/jjh.50.849>
- Maslach, C., y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., y Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B., y Schwab, R. L. (1996). *Maslach burnout inventory*. Consulting Psychologists Press Palo Alto, CA.
- Maslach, C., y Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. Jossey-Bass.
- Mattingly, V., y Kraiger, K. (2018). Can emotional intelligence be trained? A meta-analytical investigation. *Human Resource Management Review*, 29(2), 140-155. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2018.03.002>
- Mavroveli, S., Petrides, K. V., Shove, C., y Whitehead, A. (2008). Investigation of the construct of trait emotional intelligence in children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(8), 516-526. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-0696-6>
- Mayer, J. D., y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence. *Emotional Development and Emotional Intelligence: Educational Implications*, 3, 31.
- Mayer, J. D., Salovey, P., y Caruso, D. R. (2000). Emotional intelligence as zeitgeist, as personality, and as a mental ability. En R. Bar-on, y J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace* (pp. 92-117). Jossey-Bass.
- McCann, I. L., y Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131-149. <https://doi.org/10.1007/BF00975140>

- McCarter, A. K. (2007). The impact of hopelessness and hope on the social work profession. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 15(4), 107-123. https://doi.org/10.1300/J137v15n04_07
- McClelland, D. C. (1973). Testing for competence rather than for "intelligence.". *American Psychologist*, 28(1), 1. <https://doi.org/10.1037/h0034092>
- McMillan, D., Gilbody, S., Beresford, E., y Neilly, L. (2007). Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37(6), 769-778. <https://doi.org/10.1017/S0033291706009664>
- Memish, K., Martin, A., Bartlett, L., Dawkins, S., y Sanderson, K. (2017). Workplace mental health: An international review of guidelines. *Preventive Medicine*, 101, 213-222. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.03.017>
- Mendonca, J. D., Holden, R. R., Mazmanian, D. S., y Dolan, J. (1983). The influence of response style on the Beck Hopelessness Scale. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 15(3), 237. <https://doi.org/10.1037/h0080734>
- Miao, C., Humphrey, R. H., y Qian, S. (2017a). A meta-analysis of emotional intelligence and work attitudes. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 90(2), 177-202. <https://doi.org/10.1111/joop.12167>
- Miao, C., Humphrey, R. H., y Qian, S. (2017b). A meta-analysis of emotional intelligence effects on job satisfaction mediated by job resources, and a test of moderators. *Personality and Individual Differences*, 116, 281-288. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.04.031>
- Miao, C., Humphrey, R. H., y Qian, S. (2017c). Are the emotionally intelligent good citizens or counterproductive? A meta-analysis of emotional intelligence and its relationships with organizational citizenship behavior and counterproductive work behavior. *Personality and Individual Differences*, 116, 144-156. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.04.015>
- Mikolajczak, M. (2009). Going Beyond the Ability-Trait Debate: The Three-Level Model of Emotional Intelligence. *E-Journal of Applied Psychology*, 5(2), 25-31. <https://doi.org/10.7790/ejap.v5i2.175>
- Mikolajczak, M., Avalosse, H., Vancorenland, S., Verniest, R., Callens, M., Van Broeck, N., Fantini-Hauwel, C., y Mierop, A. (2015). A nationally representative study of emotional competence and health. *Emotion*, 15(5), 653. <https://doi.org/10.1037/emo0000034>
- Mikolajczak, M., Menil, C., y Luminet, O. (2007). Explaining the protective effect of trait emotional intelligence regarding occupational stress: Exploration of emotional labour processes. *Journal of Research in Personality*, 41(5), 1107-1117. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2007.01.003>
- Mikolajczak, M., Roy, E., Luminet, O., Fillée, C., y de Timary, P. (2007). The moderating impact of emotional intelligence on free cortisol responses to stress. *Psychoneuroendocrinology*, 32(8-10), 1000-1012.
- Mikolajczak, M., y Van Belleghem, S. (2017). Increasing emotional intelligence to decrease healthcare expenditures: How profitable would it be? *Personality and Individual Differences*, 116, 343-347. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.05.014>

- Milczarek, M., Brun, E., Houtman, I., Goudswaard, A., Evers, M., Bovenkamp, M., Roskams, N., Op de Beeck, R., Pahkin, K., y Berthet, M. (2007). En European Agency for Safety and Health at Work (Ed.), *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. Office for Official Publications of the European Communities.
- Miller, W. R., y Seligman, M. E. (1975). Depression and learned helplessness in man. *Journal of Abnormal Psychology*, 84(3), 228-238. <https://doi.org/10.1037/h0076720>
- Milligan-Saville, J. S., Tan, L., Gayed, A., Barnes, C., Madan, I., Dobson, M., Bryant, R. A., Christensen, H., Mykletun, A., y Harvey, S. B. (2017). Workplace mental health training for managers and its effect on sick leave in employees: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 4(11), 850-858. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30372-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30372-3)
- Mills, J., y Kroner, D. (2002). The depression, hopelessness and suicide screening form. *Unpublished User Guide*, <https://doi.org/10.1037/t06758-000>
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Plan estratégico de salud escolar y estilos de vida saludable (2016-2020). Centro Nacional de Innovación e Investigación Educativa (CNIIE), 2017. Recuperado de <https://sede.educacion.gob.es/publiventa/d/22124/19/0> el 5 de mayo de 2019
- Minkoff, K., Bergman, E., Beck, A. T., y Beck, R. (1973). Hopelessness, depression, and attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 130(4), 455-459.
- Moeller, J., Ivcevic, Z., White, A. E., Menges, J. I., y Brackett, M. A. (2018). Highly engaged but burned out: intra-individual profiles in the US workforce. *Career Dev Int*, 23(1), 86-105. <https://doi.org/10.1108/CDI-12-2016-0215>
- Moreno Jiménez, B., y Báez León, C. (2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. España: <https://www.insst.es/documents/94886/96076/Factores+y+riesgos+psicosociales%2C+formas%2C+consecuencias%2C+medidas+y+buenas+pr%C3%A1cticas/c4cde3ce-a4b6-45e9-9907-cb4d693c19cf>
- Moreno, A., y Desviat, M. (2012a). Competencia y capacidad. En M. Desviat, y A. Moreno (Eds.), *Acciones de salud mental en la comunidad* (pp. 812-819). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Moreno, A., y Desviat, M. (2012b). Del paternalismo a la ciudadanía. La dignidad y la libertad como elementos fundamentales del cuidado. En M. Desviat, y A. Moreno (Eds.), *Acciones de salud mental en la comunidad* (pp. 787-795). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Morse, G., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Monroe-DeVita, M., y Pfahler, C. (2012). Burnout in mental health services: A review of the problem and its remediation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 39(5), 341-352. <https://doi.org/10.1007/s10488-011-0352-1>
- MSCBS. (2018). *Encuesta Nacional de Salud. España 2017*. España: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Athanasouli, P., Galanos, A., y Anna, P. (2009). Illness-related hopelessness in advanced cancer: influence of anxiety, depression, and preparatory grief. *Arch Psychiatr Nurs*, 23(2), 138-47. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2008.04.008>
- Navines, R., Martin-Santos, R., Olive, V., y Valdes, M. (2016). Work-related stress: implications for physical and mental health. *Medicina Clinica*, 146(8), 359. <https://doi.org/10.1016/j.medcle.2016.06.010>
- Nel, J. A., Jonker, C. S., y Rabie, T. (2013). Emotional intelligence and wellness among employees working in the nursing environment. *Journal of Psychology in Africa*, 23(2), 195-203. <https://doi.org/10.1080/14330237.2013.10820615>
- Newman, D. A., Joseph, D. L., y MacCann, C. (2010). Emotional intelligence and job performance: The importance of emotion regulation and emotional labor context. *Industrial and Organizational Psychology*, 3(2), 159-164. <https://doi.org/10.1111/j.1754-9434.2010.01218.x>
- Newsom, J. (2012). Some clarifications and recommendations on fit indices. *Usp*, 655, 123-133.
- Nylen, L., Voss, M., y Floderus, B. (2001). Mortality among women and men relative to unemployment, part time work, overtime work, and extra work: a study based on data from the Swedish twin registry. *Occupational and Environmental Medicine*, 58(1), 52-57. <https://doi.org/10.1136/oem.58.1.52>
- O'Boyle, E. H., Humphrey, R. H., Pollack, J. M., Hawver, T. H., y Story, P. A. (2011). The relation between emotional intelligence and job performance: A meta-analysis. *Journal of Organizational Behavior*, 32(5), 788-818. <https://doi.org/10.1002/job.714>
- O'Connor, C. A., Dyson, J., Cowdell, F., y Watson, R. (2017). Do universal school-based mental health promotion programmes improve the mental health and emotional wellbeing of young people? A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), e412-e426. <https://doi.org/10.1111/jocn.14078>
- Oginska-Bulik, N. (2005). Emotional intelligence in the workplace: exploring its effects on occupational stress and health outcomes in human service workers. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 18(2), 167-175.
- OIT. (1986). *Factores psicosociales en el trabajo: reconocimiento y control*. Ginebra: OIT.
- OMS. (1997). Declaración de Yakarta: Sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Presentado en *Cuarta Conferencia Internacional Sobre La Promoción De La Salud: Nuevos Actores Para Una Nueva Era: Llevar La Promoción De La Salud Hacia El Siglo XXI, Yakarta*. Ginebra, Organización Mundial De La Salud, Yakarta.
- OMS. (1998). *Promoción De La Salud: Glosario*.
- OMS. (2010a). *Ambientes de trabajo saludables: Un modelo para la acción*. Ginebra: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44317/9789243599311_spa.pdf;jsessionid=12B8E9358B1A9006675479717C8857CD?sequence=1
- OMS. (2010b). *Salud mental y desarrollo: poniendo a las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable*. OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/84757/9789962642657_spa.pdf

- OMS. (2013b). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020*. Suiza: Ginebra: OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=E2EACFEF6B0FCA6208D18F2D3908FAE3?sequence=1
- OMS. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. World Health Organization. https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
- OPS. (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Presentado en Alma-Ata.
- Ortega Muñoz, F. J. (2016). *Los profesionales de la intervención social: función y su representación subjetiva*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Recuperado de <https://eprints.ucm.es/37476/1/T37151.pdf>
- Ortega-Navas, M. C. (2010). La educación emocional y sus implicaciones en la salud. *Revista Española De Orientación Y Psicopedagogía*, 21(2)
- Otake, K., Shimai, S., Uchiyama, K., y Utsuki, N. (2001). Development of Japanese Emotional Intelligence Scale (EQS) and its validity and reliability. *Job Stress Res*, 8, 153-161.
- Panksepp, J. (1998a). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford university press.
- Panksepp, J. (1998b). The quest for long-term health and happiness: To play or not to play, that is the question. *Psychological Inquiry*, 9(1), 56-66. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0901_9
- Pas, L. W., Boot, C. R., van der Beek, Allard J, y Proper, K. I. (2016). The prevalence of implementation of mental health measures in companies and its association with sickness absence. *Public Health*, 132, 79-85. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2015.11.021>
- Pena, M., y Extremera, N. (2012). Inteligencia emocional percibida en el profesorado de Primaria y su relación con los niveles de burnout e ilusión por el trabajo (engagement). [Perceived Emotional Intelligence in Primary School Teachers and Its Relationship with Levels of Burnout and Engagement] *Revista De Educación*, 359, 604-627. <https://doi.org/10.4438/1988-592X-RE-2011-359-109>
- Pena, M., Rey, L., y Extremera, N. (2012). Life satisfaction and engagement in elementary and primary educators: Differences in emotional intelligence and gender. *Revista De Psicodidáctica*, 17(2). <https://doi.org/10.1387/RevPsicodidact.1220>
- Perea Quesada, R. (2001). La educación para la salud, reto de nuestro tiempo. *Educación XXI*, 4(1). <https://doi.org/10.5944/educxx1.4.0.361>
- Pérez, J. C., Petrides, K. V., y Furnham, A. (2005). Measuring trait emotional intelligence. *Emotional Intelligence: An International Handbook*, 181, 201. <https://doi.org/10.1037/t12409-000>
- Pérez-González, J. C. (2008). Propuesta para la evaluación de programas de educación socioemocional. *Electronic Journal of Research in Education Psychology*, 6(15), 523-546. <https://doi.org/10.25115/ejrep.v6i15.1285>

- Pérez-González, J. C. (2010a). *La inteligencia emocional rasgo operacionalizada a través del teique: Validez de constructo e implicaciones psicopedagógicas*. (Tesis doctoral). UNED, España.
- Pérez-González, J. C. (2010b). Revisión del sentido y de los contenidos de la orientación personal. [Review of the sense and contents of personal counseling] *REOP-Revista Española De Orientación Y Psicopedagogía*, 21(2), 434-442. <https://doi.org/10.5944/reop.vol.21.num.2.2010.11557>
- Pérez-González, J. C. (2011). Ability, stable self-perceptions, and competence are not the same thing: the case of 3 emotional intelligences. Paper presented at the *15th Biennial Inteligencia Emocional En Educación Meeting of the International Society for the Study of the Individual Differences (IS-SID)*, Londres, UK. <https://doi.org/10.1037/e676392012-073>
- Pérez-González, J. C. (2012). Revisión del aprendizaje social y emocional en el mundo. En R. Bisquerra (Ed.), *¿Cómo educar las emociones? La inteligencia emocional en la infancia y la adolescencia* (pp. 56-69). Esplugues de Llobregat, Barcelona: Hospital Sant Joan de Déu.
- Pérez-González, J. C., y Qualter, P. (2018). Emotional intelligence and emotional education in school years. En L. Dacree Pool, y P. Qualter (Eds.), *An introduction to emotional intelligence* (pp. 81-104). Wiley.
- Pérez-González, J. C., Yáñez, S., Ortega-Navas, M. C. y Piqueras, J. A. (2020). Educación emocional en la educación para la salud: cuestión de salud pública. *Clínica y Salud*. Avance online. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a7>
- Peterson, U., Demerouti, E., Bergström, G., Samuelsson, M., Åsberg, M., y Nygren, Å. (2008). Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 84-95. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04580.x>
- Petrides, K. V. (2009). Psychometric properties of the trait emotional intelligence questionnaire (TEIQue). En J. Parker, y Saklofske, D., Stough, C. (Eds.), *Assessing emotional intelligence* (pp. 85-101). Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-88370-0_5
- Petrides, K. V., y Furnham, A. (2000). On the dimensional structure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 29(2), 313-320. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00195-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00195-6)
- Petrides, K. V., y Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: Psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality*, 15(6), 425-448. <https://doi.org/10.1002/per.416>
- Petrides, K. V., y Furnham, A. (2009). Trait emotional intelligence questionnaire (TEIQue). <http://www.eiconsortium.org/measures/teique.html>
- Petrides, K. V., Gómez, M. G., y Pérez-González, J. (2017). Pathways into psychopathology: Modeling the effects of trait emotional intelligence, mindfulness, and irrational beliefs in a clinical sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(5), 1130-1141. <http://doi.org/10.1002/cpp.2079>
- Petrides, K. V., Mikolajczak, M., Mavroveli, S., Sanchez-Ruiz, M., Furnham, A., y Pérez-González, J. (2016). Developments in trait emotional intelligence research. *Emotion Review*, 8(4), 335-341. <https://doi.org/10.1177/1754073916650493>

- Petrides, K. V., Pérez-González, J. C., y Furnham, A. (2007). On the criterion and incremental validity of trait emotional intelligence. *Cognition and Emotion*, 21(1), 26-55.
<https://doi.org/10.1080/02699930601038912>
- Phoenix, K. H. M., y Winnie, W. S. M. (2008). Application of the PRECEDE model to understanding mental health promoting behaviors in Hong Kong. *Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education*, 35(4), 574-587. <https://doi.org/10.1177/1090198108317409>
- Picco, L., Yuan, Q., Vaingankar, J. A., Chang, S., Abdin, E., Chua, H. C., Chong, S. A., y Subramaniam, M. (2017). Positive mental health among health professionals working at a psychiatric hospital. *PloS One*, 12(6), e0178359.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178359>
- Plutchik, R. (1994). *The psychology and biology of emotion*. HarperCollins College Publishers.
- Poch, F. V., Villar, E., Caparros, B., Juan, J., Cornella, M., y Perez, I. (2004). Feelings of hopelessness in a Spanish university population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(4), 326-334. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0756-2>
- Pompili, M., Innamorati, M., Narciso, V., Kotzalidis, G. D., Dominici, G., Talamo, A., Girardi, P., Lester, D., Tatarelli, R., y Pompili, M. (2010). Burnout, hopelessness and suicide risk in medical doctors. *La Clinica Terapeutica*, 161(6), 511-514.
- Pompili, M., Rinaldi, G., Lester, D., Girardi, P., Ruberto, A., y Tatarelli, R. (2006). Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(3), 135-143.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2005.12.002>
- Portero Lazcano, G. (2012). ¿Qué es la salud mental? En M. P. Collantes, y J. I. Marcos (Eds.), *La salud mental de las y los trabajadores* (1ª ed., pp. 101-128). La Ley.
- Pross, C. (2006). Burnout, vicarious traumatization and its prevention. *Torture: Quarterly Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture*, 16(1), 1-9.
- Quick, J. D., Horn, R. S., y Quick, J. C. (1987). Health consequences of stress. *Journal of Organizational Behavior Management*, 8(2), 19-36.
https://doi.org/10.1300/J075v08n02_03
- Racine, M. (2018). Chronic pain and suicide risk: A comprehensive review. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 87, 269-280.
<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.08.020>
- Rajappa, K., Gallagher, M., y Miranda, R. (2012). Emotion Dysregulation and Vulnerability to Suicidal Ideation and Attempts. *Cognitive Therapy and Research*, 36(6), 833-839.
<https://doi.org/10.1007/s10608-011-9419-2>
- Red Europea para la Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo. (1997). Declaración de Luxemburgo. Presentado en Luxemburgo.
http://www.insht.es/PromocionSalud/Contenidos/Promocion%20Salud%20Trabajo/Documentos%20ENWHP/Documentos%20estrategicos/Ficheros/22_1%20Declaracion_%20Luxemburgo.pdf

- Reeve, J., Raven, A. M. L., y i Besora, M. V. (1994). *Motivación y emoción*. McGraw-Hill Madrid.
- Reina-Tamayo, A. M., Bakker, A. B., y Derks, D. (2018). The work engagement–performance link: an episodic perspective. *Career Development International*, 23(5), 478-496. <https://doi.org/10.1108/CDI-10-2017-0179>
- Ribeiro, J. D., Huang, X., Fox, K. R., y Franklin, J. C. (2018). Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. *The British Journal of Psychiatry*, 212(5), 279-286. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.27>
- Richards, J. M., y Gross, J. J. (1999). Composure at any cost? The cognitive consequences of emotion suppression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25(8), 1033-1044. <https://doi.org/10.1177/01461672992511010>
- Rimer, B. K., Glanz, K., y Rasband, G. (2001). Searching for evidence about health education and health behavior interventions. *Health Education & Behavior*, 28(2), 231-248. <https://doi.org/10.1177/109019810102800208>
- Rivers, S. E., Brackett, M. A., Reyes, M. R., Elbertson, N. A., y Salovey, P. (2013). Improving the social and emotional climate of classrooms: A clustered randomized controlled trial testing the RULER approach. *Prevention Science*, 14(1), 77-87. <https://doi.org/10.1007/s11121-012-0305-2>
- Rosillo Herrero, M., Hernández Monsalve, M., y Smith, S. P. K. (2013). La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 33(118), 257-271. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352013000200003>
- Rugulies, R., Aust, B., y Madsen, I. E. (2017). Effort-reward imbalance at work and risk of depressive disorders. A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 43(4), 294-306. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3632>
- Ruiz-Aranda, D., Castillo, R., Salguero, J. M., Cabello, R., Fernández-Berrocal, P., y Balluerka, N. (2012). Short-and midterm effects of emotional intelligence training on adolescent mental health. *Journal of Adolescent Health*, 51(5), 462-467. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.02.003>
- Ruiz-Aranda, D., Salguero, J. M., Cabello, R., Palomera, R., y Berrocal, P. F. (2012). Can an emotional intelligence program improve adolescents' psychosocial adjustment? results from the INTEMO project. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 40(8), 1373-1379. <https://doi.org/10.2224/sbp.2012.40.8.1373>
- Runeson, B., Odeberg, J., Pettersson, A., Edbom, T., Adamsson, I. J., y Waern, M. (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: a systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLoS One*, 12(7), e0180292. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180292>
- Russell, J. A. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(6), 1161-1178. <https://doi.org/10.1037/h0077714>
- Sabo, B. (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1)

- Saiz Galdós, J., y Chévez Mandelstein, A. (2009). La Intervención Socio-Comunitaria en Sujetos con Transtorno Mental Grave y Crónico: Modelos Teóricos y Consideraciones Prácticas. *Psychosocial Intervention*, 18(1), 75-88. <https://doi.org/10.5093/in2009v18n1a8>
- Salanova, M., Bresó, E., y Schaufeli, W. B. (2005). Hacia un modelo espiral de las creencias de eficacia en el estudio del burnout y del engagement. [Towards a spiral model of the efficacy beliefs in the study of burnout and engagement] *Ansiedad Y Estrés*, 11(2-3), 215-231.
- Salanova, M., y Llorens, S. (2016). Hacia una Psicología Positiva Aplicada. *Papeles Del Psicólogo*, 37(3), 161-164.
- Salanova, M., Llorens, S., y Martínez, I. (2016). Aportaciones desde la Psicología Organizacional Positiva para desarrollar organizaciones saludables y resilientes. *Papeles Del Psicólogo*, 37, 177-184.
- Salanova, M., Martínez, I., y Llorens, S. (2014). Una mirada más “positiva” a la salud ocupacional desde la psicología organizacional positiva en tiempos de crisis: aportaciones desde el equipo de investigación WoNT. *Papeles Del Psicólogo*, 35(1), 22-30.
- Salanova, M., y Schaufeli, W. B. (2009). *El engagement en el trabajo: cuando el trabajo se convierte en pasión*. Alianza.
- Salanova, M., Schaufeli, W. B., Llorens, S., Peiro, J. M., y Grau, R. (2000). Desde el 'burnout' al 'engagement': una nueva perspectiva? [From 'burnout' to 'engagement': A new perspective?] *Revista De Psicología Del Trabajo Y De Las Organizaciones*, 16(2), 117-134.
- Salleras, S. M. (1990). *Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones* (1ª ed., reimp. ed.). Madrid: Díaz de Santos.
- Salovey, P., y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185-211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., y Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. <https://doi.org/10.1037/t01392-000>
- Sánchez-Ruiz, M. J., Perez-Gonzalez, J. C., y Petrides, K. V. (2010). Trait emotional intelligence profiles of students from different university faculties. *Australian Journal of Psychology*, 62(1), 51-57. <https://doi.org/10.1080/00049530903312907>
- Sanz Cintora, Á. (2011). Acción social y Trabajo Social en España: una revisión histórica. *Acciones E Investigaciones Sociales*, 13, 5-42. https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.200113201
- Sarrionandia, A., y Mikolajczak, M. (2019). A Meta-Analysis of the Possible Behavioural and Biological Variables Linking Trait Emotional Intelligence to Health. *Health Psychology Review*, <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1641423>
- Satorres, E., Ros, L., Meléndez, J. C., Serrano, J. P., Latorre, J. M., y Sales, A. (2018). Measuring elderly people's quality of life through the Beck Hopelessness Scale: a study

- with a Spanish sample. *Aging & Mental Health*, 22(2), 239-244. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1247427>
- Scarton, L. J., y de Groot, M. (2016). Emotional and Behavioral Aspects of Diabetes in American Indians/Alaska Natives: A Systematic Literature Review. *Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education*, 44(1), 70-82. <https://doi.org/10.1177/1090198116639289>
- Schabracq, M. J., Winnubst, J. A. M., y Cooper, C. L. (2003). *The handbook of work and health psychology*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/0470013400>
- Schaufeli, W. B., y Bakker, A. B. (2003). UWES–Utrecht work engagement scale: test manual. *Manuscrito no publicado: Department of Psychology, Utrecht University*, 8. <https://doi.org/10.1037/t07164-000>
- Schaufeli, W. B., y Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293-315. <https://doi.org/10.1002/job.248>
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., y Salanova, M. (2006). The Measurement of Work Engagement With a Short Questionnaire: A Cross-National Study. *Educational and Psychological Measurement*, 66(4), 701-716. <https://doi.org/10.1177/0013164405282471>
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., y Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 71-92. <https://doi.org/10.1023/A:1015630930326>
- Schaufeli, W. B., y De Witte, H. (2017a). Outlook Work Engagement in Contrast to Burnout: Real and Redundant! *Burnout Research*, 5, 58-60. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.06.002>
- Schaufeli, W. B., y De Witte, H. (2017b). Special Issue: Burnout and Work Engagement: dual unity? *Burnout Research*, 5, 1-60.
- Schaufeli, W. B., y Salanova, M. (2007). Efficacy or inefficacy, that's the question: Burnout and work engagement, and their relationships with efficacy beliefs. *Anxiety, Stress, & Coping*, 20(2), 177-196. <https://doi.org/10.1080/10615800701217878>
- Schaufeli, W. B., Taris, T. W., y Van Rhenen, W. (2008). Workaholism, Burnout, and Work Engagement: Three of a Kind or Three Different Kinds of Employee Well-being? *Applied Psychology*, 57(2), 173-203. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00285.x>
- Schuring, M., Burdorf, L., Kunst, A., y Mackenbach, J. (2007). The effects of ill health on entering and maintaining paid employment: evidence in European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(7), 597-604. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.047456>
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J., y Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25(2), 167-177. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(98\)00001-4](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00001-4)

- Schutte, N. S., Malouff, J. M., y Thorsteinsson, E. B. (2013). Increasing emotional intelligence through training: Current status and future directions. *International Journal of Emotional Education*, 5(1), 56.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Bhullar, N., y Rooke, S. E. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 921-933. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.09.003>
- Seligman, M. E. (1999). The president's address. *American Psychologist*, 54(8), 559-562.
- Seligman, M. E., y Maier, S. F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74(1), 1. <https://doi.org/10.1037/h0024514>
- Shim, E., Song, Y. W., Park, S., Lee, K., Go, D. J., y Hahm, B. (2017). Examining the relationship between pain catastrophizing and suicide risk in patients with rheumatic disease: the mediating role of depression, perceived social support, and perceived burdensomeness. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(4), 501-512. <https://doi.org/10.1007/s12529-017-9648-1>
- Siebert, D. C. (2006). Personal and occupational factors in burnout among practicing social workers: Implications for researchers, practitioners, and managers. *Journal of Social Service Research*, 32(2), 25-44. https://doi.org/10.1300/J079v32n02_02
- Siegling, A., Nielsen, C., y Petrides, K. (2014). Trait emotional intelligence and leadership in a European multinational company. *Personality and Individual Differences*, 65, 65-68. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.01.049>
- Siegling, A. B., Saklofske, D. H., y Petrides, K. V. (2015). Measures of ability and trait emotional intelligence. En G. J. Boyle, D. H. Saklofske y G. Matthews (Eds.), *Measures of personality and social psychological constructs* (pp. 381-414). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-386915-9.00014-0>
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.27>
- Sivris, K. C., y Leka, S. (2015). Examples of holistic good practices in promoting and protecting mental health in the workplace: current and future challenges. *Safety and Health at Work*, 6(4), 295-304. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2015.07.002>
- Soares, J. J., Macassa, G., Grossi, G., y Viitasara, E. (2008). Psychosocial correlates of hopelessness among men. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37(1), 50-61. <https://doi.org/10.1080/16506070701628016>
- Sokejima, S., y Kagamimori, S. (1998). Working hours as a risk factor for acute myocardial infarction in Japan: case-control study. *Bmj*, 317(7161), 775-780. <https://doi.org/10.1136/bmj.317.7161.775>
- Sonnentag, S. (2011). Research on work engagement is well and alive. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 20(1), 29-38. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2010.510639>

- Sorensen, G., McLellan, D. L., Sabbath, E. L., Dennerlein, J. T., Nagler, E. M., Hurtado, D. A., Pronk, N. P., y Wagner, G. R. (2016). Integrating worksite health protection and health promotion: A conceptual model for intervention and research. *Preventive Medicine*, *91*, 188-196. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.08.005>
- Soriano, J. B., Rojas-Rueda, D., Alonso, J., Antó, J. M., Cardona, P., Fernández, E., Garcia-Basteiro, A. L., Benavides, F. G., Glenn, S. D., y Krish, V. (2018). La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016. *Medicina Clínica*, *151*(5), 171-190. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.05.011>
- Sparks, K., Faragher, B., y Cooper, C. L. (2001). Well-being and occupational health in the 21st century workplace. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, *74*(4), 489-509. <https://doi.org/10.1348/096317901167497>
- St Leger, L., y Young, I. M. (2009). Creating the document 'Promoting health in schools: from evidence to action'. *Global Health Promotion*, *16*(4), 69-71. <https://doi.org/10.1177/1757975909348138>
- Steed, L. (2001). Further validity and reliability evidence for Beck Hopelessness Scale scores in a nonclinical sample. *Educational and Psychological Measurement*, *61*(2), 303-316. <https://doi.org/10.1177/00131640121971121>
- Sverke, M., Hellgren, J., y Näswall, K. (2002). No security: a meta-analysis and review of job insecurity and its consequences. *Journal of Occupational Health Psychology*, *7*(3), 242. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.7.3.242>
- Szczygiel, D. D., y Mikołajczak, M. (2018). Emotional intelligence buffers the effects of negative emotions on job burnout in nursing. *Frontiers in Psychology*, *9*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02649>
- Tadić, M., Bakker, A. B., y Oerlemans, W. G. M. (2015). Challenge versus hindrance job demands and well-being: A diary study on the moderating role of job resources. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, *88*(4), 702-725. <https://doi.org/10.1111/joop.12094>
- Taylor, R. D., Oberle, E., Durlak, J. A., y Weissberg, R. P. (2017). Promoting positive youth development through school-based social and emotional learning interventions: A meta-analysis of follow-up effects. *Child Development*, *88*(4), 1156-1171. <https://doi.org/10.1111/cdev.12864>
- Torras, A. (2012a). Un camino por recorrer: Nuestra defensa. Derechos humanos en salud mental. Una aproximación. En M. Desviat, y A. Moreno (Eds.), *Acciones de salud mental en la comunidad* (pp. 820-834). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Torras, A. (2012b). Visibilización, protesta y denuncia. Algunas propuestas. En M. Desviat, y A. Moreno (Eds.), *Acciones de salud mental en la comunidad* (pp. 835-848). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Totterdell, P., y Holman, D. (2003). Emotion regulation in customer service roles: Testing a model of emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, *8*(1), 55-73. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.8.1.55>

- Toyama, H., y Mauno, S. (2017). Associations of Trait Emotional Intelligence with Social Support, Work Engagement, and Creativity in Japanese Eldercare Nurses. *Japanese Psychological Research*, 59(1), 14-25. <https://doi.org/10.1111/jpr.12139>
- Turgoose, D., y Maddox, L. (2017). Predictors of compassion fatigue in mental health professionals: A narrative review. *Traumatology*, 23(2), 172. <https://doi.org/10.1037/trm0000116>
- UGT. (2013). *Costes socio-económicos de los riesgos psicosociales*. <http://portal.ugt.org/saludlaboral/observatorio/publicaciones/new2013/GuiaCostes.pdf>
- UNESCO, U. (2015). Declaración de Incheon. *Educación 2030. Hacia Una Educación Inclusiva Y Equitativa De Calidad Y Un Aprendizaje a Lo Largo De La Vida Para Todos*. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000245656_spa
- Urquijo, I., y Extremera, N. (2017). Satisfacción académica en la universidad: relaciones entre inteligencia emocional y engagement académico. *Electronic Journal of Research in Education Psychology*, 15(43), 553-573. <https://doi.org/10.14204/ejrep.43.16064>
- Vahtera, J., Kivimaki, M., y Pentti, J. (1997). Effect of organisational downsizing on health of employees. *The Lancet*, 350(9085), 1124-1128. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(97\)03216-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(97)03216-9)
- Vahtera, J., Kivimäki, M., Pentti, J., Linna, A., Virtanen, M., Virtanen, P., y Ferrie, J. E. (2004). Organisational downsizing, sickness absence, and mortality: 10-town prospective cohort study. *Bmj*, 328(7439), 555. <https://doi.org/10.1136/bmj.37972.496262.0D>
- van den Berg, T. I., Elders, L. A., de Zwart, B. C., y Burdorf, A. (2009). The effects of work-related and individual factors on the Work Ability Index: a systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*, 66(4), 211-220. <https://doi.org/10.1136/oem.2008.039883>
- van den Berg, T. I., Schuring, M., Avendano, M., Mackenbach, J., y Burdorf, A. (2010). The impact of ill health on exit from paid employment in Europe among older workers. *Occupational and Environmental Medicine*, 67(12), 845-852. <https://doi.org/10.1136/oem.2009.051730>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., y Joiner Thomas E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Vargas, M. L. (2012). Salud mental, ocupación e identidad. En M. P. Collantes, y J. I. Marcos (Eds.), *La salud mental de las y los trabajadores* (1ª ed., pp. 153-164). La Ley.
- Vázquez Díaz, A. J., Pérez Cano, D., Moreno Ramos, R. M., Arroyo Yanes, F., y Suárez Delgado, J. M. (2010). Factores psicosociales motivacionales y estado de salud. *Medicina Y Seguridad Del Trabajo*, 56(218), 12-21. <https://doi.org/10.4321/S0465-546X2010000100002>
- Velázquez, M. (2012). La promoción de la salud en los lugares de trabajo. En M. P. Collantes Ibáñez, y J. I. Marcos (Eds.), *La salud mental de los trabajadores* (1ª ed., pp. 281-290). La Ley.

- Weaving, J., Orgeta, V., Orrell, M., y Petrides, K. V. (2014). Predicting anxiety in carers of people with dementia: the role of trait emotional intelligence. *International Psychogeriatrics / IPA*, 26(7), 1201. <https://doi.org/10.1017/S1041610214000404>
- Wells, J., Barlow, J., y Stewart-Brown, S. (2003). A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools. *Health Education*, 103(4), 197-220. <https://doi.org/10.1108/09654280310485546>
- Wilkinson, H., Whittington, R., Perry, L., y Eames, C. (2017). Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burnout Research*, 6, 18-29. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.06.003>
- Williams, S., Wissing, M. P., Rothmann, S., y Temane, Q. M. (2009). Emotional Intelligence, Work, and Psychological Outcomes in a Public Service Context. *Journal of Psychology in Africa*, 19(4), 531. <https://doi.org/10.1080/14330237.2009.10820325>
- Wilson, C. J., y Deane, F. P. (2010). Help-negation and suicidal ideation: the role of depression, anxiety and hopelessness. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(3), 291-305. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9487-8>
- Wilson, K. G., Kowal, J., Henderson, P. R., McWilliams, L. A., y Péloquin, K. (2013). Chronic pain and the interpersonal theory of suicide. *Rehabilitation Psychology*, 58(1), 111-115. <https://doi.org/10.1037/a0031390>
- World Health Organization and The Calouste Gulbenkian Foundation (Eds.) (2014). Social determinants of mental health. <https://doi.org/10.1111/cdev.12739>
- Wong, C., y Law, K. S. (2002). The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: An exploratory study. *The Leadership Quarterly*, 13(3), 243-274. [https://doi.org/10.1016/S1048-9843\(02\)00099-1](https://doi.org/10.1016/S1048-9843(02)00099-1)
- Wong, Y. J., Pituch, K. A., y Rochlen, A. B. (2006). Men's restrictive emotionality: An investigation of associations with other emotion-related constructs, anxiety, and underlying dimensions. *Psychology of Men & Masculinity*, 7(2), 113. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.7.2.113>
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E., y Schaufeli, W. B. (2007). The role of personal resources in the job demands-resources model. *International Journal of Stress Management*, 14(2), 121. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.14.2.121>
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E., y Schaufeli, W. B. (2009). Reciprocal relationships between job resources, personal resources, and work engagement. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 235-244. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2008.11.003>
- Young, J., y Oliver, I. (1997). Should mental health professionals show their feelings? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21(1), 23-30. <https://doi.org/10.1037/h0095346>
- Young, M. A., Fogg, L. F., Scheftner, W., Fawcett, J., Akiskal, H., y Maser, J. (1996). Stable trait components of hopelessness: Baseline and sensitivity to depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2), 155-165. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.105.2.155>
- Zaragüeta, J. (1944) La pedagogía, ciencia social. *Madrid: Ministerio de Trabajo*.

- Zaragüeta, J. (1934) Problemas de la pedagogía social. *Revista de Psicología i Pedagogía*, 2(6), 190-198.
- Zeidner, M., Matthews, G., Roberts, R. D., y MacCann, C. (2003). Development of emotional intelligence: Towards a multi-level investment model. *Human Development*, 46(2-3), 69-96. <https://doi.org/10.1159/000068580>
- Zeidner, M., Roberts, R. D., y Matthews, G. (2002). Can emotional intelligence be schooled? A critical review. *Educational Psychologist*, 37(4), 215-231. https://doi.org/10.1207/S15326985EP3704_2
- Zeidner, M., Hadar, D., Matthews, G., y Roberts, R. D. (2013). Personal factors related to compassion fatigue in health professionals. *Anxiety, Stress, & Coping*, 26(6), 595-609. <https://doi.org/10.1080/10615806.2013.777045>
- Zhu, Y., Liu, C., Guo, B., Zhao, L., y Lou, F. (2015). The impact of emotional intelligence on work engagement of registered nurses: the mediating role of organisational justice. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 24(15-16), 2115-2124. <https://doi.org/10.1111/jocn.12807>

PÁGINAS WEB

- Folletos explicativos de la tipología de centros y dispositivos de atención social. (2020). *Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera*. https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/folletos_explicativos_tipologia_red_enfermedad_mental_2019.pdf
- OMS. (2013a). *10 datos sobre salud mental*. https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/#
- OMS. (2017a). *Protección de la salud de los trabajadores*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/protecting-workers'-health>
- OMS. (2017b). *Salud mental en el lugar de trabajo*. https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es/
- OMS. (2017c). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- The National Institute of Occupational Safety and Health. (2018). *CDC - NIOSH Total Worker Health*. <https://www.cdc.gov/niosh/twh/default.html>

JURISPRUDENCIA

- Comunidad de Madrid. Decreto 122/1997, de 2 de octubre, por el que se establece el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y

Soporte Comunitario de Personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas, en diferentes centros de servicios sociales especializados. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, de 9 de octubre de 1997, núm 240., páginas 3 a 5.

España. Convenio colectivo estatal de acción e intervención social 2015-2017. Boletín Oficial del Estado, de 3 de julio de 2015, núm. 158, páginas 54664 a 54721

España. I Convenio colectivo marco estatal de acción e intervención social. Boletín Oficial del Estado, de 19 de junio de 2007, núm. 146, páginas 26713 a 26728

España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, de 29 de abril de 1986, núm. 102, pp. 15207 a 15224.

España. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado, de 10 de noviembre de 1995, núm. 269, páginas 32590 a 32611

España. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado, 5 de octubre de 2011, núm. 240, pp. 104593 a 104626.

España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, de 15 de diciembre de 2006, núm. 299

España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, de 15 de noviembre de 2002, núm. 274.

España. Real Decreto-ley 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado, de 31 de octubre de 2015, núm. 261, pp. 103291 a 103519.

ANEXOS

Anexo 1. Referencias de los 66 artículos aceptados en la RS-II

- Abraham, C. S., y Sheeran, P. (1994). Modelling and modifying young heterosexuals' HIV-preventive behaviour: A review of theories, findings and educational implications. *Patient Education and Counseling*, 23(3), 173-186. [https://doi.org/10.1016/0738-3991\(94\)90033-7](https://doi.org/10.1016/0738-3991(94)90033-7)
- Amnie, A. G. (2018). An investigation of predictors of self-efficacy to cope with stress and implications for health education practice. *American Journal of Health Education*, 49(3), 155-165. <https://doi.org/10.1080/19325037.2018.1431165>
- Anderson, R. C. (1993). The need to modify health education programs for the mentally retarded and developmentally disabled. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 5(2), 95-108. <https://doi.org/10.1007/BF01045969>
- Apgar, F. M. (1980). Our Children Are Going to Pot: Comments from a Health Educator. *Journal of School Health*, 50(1), 40-41. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.1980.tb03881.x>
- Bermejo-Martins, E., López-Dicastillo, O., y Mujika, A. (2018). An exploratory trial of a health education programme to promote healthy lifestyles through social and emotional competence in young children: Study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 74(1), 211-222. <https://doi.org/10.1111/jan.13402>
- Branscum, P., Haider, T., Brown, D., y Sharma, M. (2016). Using emotional intelligence and social support to predict job performance of health educators. *American Journal of Health Education*, 47(5), 309-314. <https://doi.org/10.1080/19325037.2016.1203840>
- Breitenstein, D., y Ewert, A. (1990). Health benefits of outdoor recreation: Implications for health education. *Health Education*, 21(1), 16-21. <https://doi.org/10.1080/00970050.1990.10616165>
- Brouse, C. H., Basch, C. E., y Kubara, M. (2005). Contrasts between didactic and Deweyan approaches to health education. *Health Education*, 105(6), 467-476. <https://doi.org/10.1108/09654280510630803>
- Burrows, L., y Wright, J. (2004). The Good Life: New Zealand Children's Perspectives on Health and Self. *Sport, Education and Society*, 9(2), 193-205. <https://doi.org/10.1080/1357332042000233930>

- Chang, Y., Chen, Y., Hayter, M., y Lin, M. (2009). Menstrual and menarche experience among pubescent female students in Taiwan: Implications for health education and promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*, 18(14), 2040-2048. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02545.x>
- Chen, W., Dorman, S., Rienzo, B., Varnes, J., Ludwigsen, K., D'Annunizio, D., y Hocker, A. (1990). Impact of a continuing health education inservice program on teachers' competencies. *Health Education*, 21(6), 8-11. <https://doi.org/10.1080/00970050.1990.10614584>
- Chen, Z., Koh, P. W., Ritter, P. L., Lorig, K., Bantum, E. O., y Saria, S. (2015). Dissecting an online intervention for cancer survivors: Four exploratory analyses of Internet engagement and its effects on health status and health behaviors. *Health Education & Behavior*, 42(1), 32-45. <https://doi.org/10.1177/1090198114550822>
- Coleman, K. J. (2009). Learning about loss within a health education program. *Health Education*, 109(1), 9-24. <https://doi.org/10.1108/09654280910923354>
- Craig, R. J. (1985). Multimodal treatment package for substance abuse treatment programs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16(2), 271-285. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.16.2.271>
- Cranston, K. (1991). HIV education for gay, lesbian, and bisexual youth: Personal risk, personal power, and the community of conscience. *Journal of Homosexuality*, 22(3-4), 247-259. https://doi.org/10.1300/J082v22n03_11
- Diedrich, K. C. (2014). Using TPSR as a Teaching Strategy in Health Classes. *Physical Educator*, 71(3), 491-504.
- Dobbs, H. T. (1994). Personal Physical Health: The Wellness Way. *Thresholds in Education*, 20(1), 8-12.
- Eadie, D. R. (1987). Relationships between health and fitness and the implications for health education. *Health Education Research*, 2(2), 81-91. <https://doi.org/10.1093/her/2.2.81>
- Elderen, T. V., Maes, S., Seegers, G., Kragten, H., y Wely, L. R. (1994). Effects of a post-hospitalization group health education programme for patients with coronary heart disease. *Psychology & Health*, 9(4), 317-330. <https://doi.org/10.1080/08870449408407490>

- Fenwick-Smith, A., Dahlberg, E. E., y Thompson, S. C. (2018). Systematic review of resilience-enhancing, universal, primary school-based mental health promotion programs. *BMC Psychology*, 6(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0242-3>
- Feste, C., y Anderson, R. M. (1995). Empowerment: from philosophy to practice. *Patient Education and Counseling*, 26(1-3), 139-144. [https://doi.org/10.1016/0738-3991\(95\)00730-N](https://doi.org/10.1016/0738-3991(95)00730-N)
- Fitzpatrick, C., Conlon, A., Cleary, D., Power, M., King, F., y Guerin, S. (2013). Enhancing the Mental Health Promotion Component of a Health and Personal Development Programme in Irish Schools. *Advances in School Mental Health Promotion*, 6(2), 122-138. <https://doi.org/10.1080/1754730X.2013.784617>
- Furney, S. R. (1989). Implementing the nation's health objectives for the 1990s: The role of the secondary and elementary health education specialist. *Health Education*, 20(1), 22-25. <https://doi.org/10.1080/00970050.1989.10616087>
- Gilliam, M., Orzalli, S., Heathcock, S., Sutherland, E., Jagoda, P., Menendez, A., y Ojengbede, O. (2012). From intervention to invitation: reshaping adolescent sexual health through story telling and games. *African Journal of Reproductive Health*, 16(2), 189-196.
- Graham, A., Phelps, R., Maddison, C., y Fitzgerald, R. (2011). Supporting Children's Mental Health in Schools: Teacher Views. *Teachers and Teaching: Theory and Practice*, 17(4), 479-496. <https://doi.org/10.1080/13540602.2011.580525>
- Greenberg, J. S. (1985). Health and Wellness: A Conceptual Differentiation. *Journal of School Health*, 55(10), 403-06. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.1985.tb01164.x>
- Hammig, B., Ogletree, R., y Wycoff-Horn, M. (2011). The relationship between professional preparation and class structure on health instruction in the secondary classroom. *The Journal of School Health*, 81(9), 513-519. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2011.00621.x>
- Hanson, C. (1992). Psychoneuroimmunology in health education. *Journal of Health Education*, 23(7), 405-408. <https://doi.org/10.1080/10556699.1992.10616331>
- Hawks, S. (2004). Spiritual Wellness, Holistic Health, and the Practice of Health Education. *American Journal of Health Education*, 35(1), 11-16. <https://doi.org/10.1080/19325037.2004.10603599>

- Hendricks, C. M., Echols, D., y Nelson, G. D. (1989). The impact of a preschool health curriculum on children's health knowledge. *The Journal of School Health*, 59(9), 389-392. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.1989.tb04753.x>
- Houck, C. D., Barker, D. H., Hadley, W., Menefee, M., y Brown, L. K. (2018). Sexual Risk Outcomes of an Emotion Regulation Intervention for At-Risk Early Adolescents. *Pediatrics*, 141(6), e20172525. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-2525>
- Hurrelmann, K., Leppin, A., y Nordlohne, E. (1995). Promoting health in schools: The German example. *Health Promotion International*, 10(2), 121-131. <https://doi.org/10.1093/heapro/10.2.121>
- Inman, D. D., van Bakergem, K. M., LaRosa, A. C., y Garr, D. R. (2011). Evidence-based health promotion programs for schools and communities. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(2), 207-219. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.10.031>
- Ioannou, S., Kouta, C., y Andreou, A. (2015). Cyprus health education curriculum from 'victim blaming to empowerment'. *Health Education*, 115(3-4), 392-404. <https://doi.org/10.1108/HE-03-2014-0044>
- Jabbour, K. K. (2013). M-Health, New Prospect for School Health Education through Mobile Technologies at Lebanese School. *Acta Didactica Napocensia*, 6(2), 61-70.
- Karasimopoulou, S., Derri, V., y Zervoudaki, E. (2012). Children's perceptions about their health-related quality of life: Effects of a health education-social skills program. *Health Education Research*, 27(5), 780-793. <https://doi.org/10.1093/her/cys089>
- Kasparian, N. A., Mireskandari, S., Butow, P. N., Dieng, M., Cust, A. E., Meiser, B., Barlow-Stewart, K., Menzies, S., y Mann, G. J. (2016). "Melanoma: Questions and Answers." Development and evaluation of a psycho-educational resource for people with a history of melanoma. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 24(12), 4849-4859. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3339-3>
- Kelemen, G., Erdos, M. B., Csurke, J., Brettner, Z., y Molnar, D. (2012). Dialogues for sobriety: Health learning in the context of addictions – A Hungarian model. *Practice: Social Work in Action*, 24(1), 21-39. <https://doi.org/10.1080/09503153.2011.646978>
- Kingsbury, N. M., y Hall, J. C. (1988). Provision of a health education program for preschoolers: A demonstration project using volunteers. *Early Child Development and Care*, 36, 91-100. <https://doi.org/10.1080/0300443880360107>

- Krahn, T. M., y Outram, S. (2012). 'Go Now': A popular film showing the potential for 'masculinity' to facilitate health-promoting behaviours. *International Journal of Men's Health*, 11(2), 107-126. <https://doi.org/10.3149/jmh.1102.107>
- Lee, A. (2009). Health-promoting schools: Evidence for a holistic approach to promoting health and improving health literacy. *Applied Health Economics and Health Policy*, 7(1), 11-17. <https://doi.org/10.1007/BF03256138>
- Lee, F., y Wright, J. (2001). Developing an emotional awareness programme for pupils with moderate learning difficulties at Durants School. *Emotional & Behavioural Difficulties*, 6(3), 186-199. <https://doi.org/10.1177/1363275201006003005>
- Lorig, K. (1996). Chronic disease self-management: A model for tertiary prevention. *American Behavioral Scientist*, 39(6), 676-683. <https://doi.org/10.1177/0002764296039006005>
- Maes, S., y Schlösser, M. (1988). Changing health behaviour outcomes in asthmatic patients: A pilot intervention study. *Social Science & Medicine*, 26(3), 359-364. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(88\)90401-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(88)90401-7)
- Matzo, M., Graham, C., Troup, C. L., y Ferrell, B. (2014). Development of a patient education resource for women with gynecologic cancers: Cancer treatment and sexual health. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(3), 343-348. <https://doi.org/10.1188/14.CJON.343-348>
- McCarthy, O., Carswell, K., Murray, E., Free, C., Stevenson, F., y Bailey, J. V. (2012). What young people want from a sexual health website: Design and development of Sexunzipped. *Journal of Medical Internet Research*, 14(5), 62-70. <https://doi.org/10.2196/jmir.2116>
- McPherson-Turner, C. (1980). Education for aging. *Journal of School Health*, 50(6), 314-317. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.1980.tb08170.x>
- Millard, T., Agius, P. A., McDonald, K., Slavin, S., Girdler, S., y Elliott, J. H. (2016). The Positive Outlook study: A randomised controlled trial evaluating online self-management for HIV positive gay men. *AIDS and Behavior*, 20(9), 1907-1918. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1301-5>
- Millard, T., Elliott, J., Slavin, S., McDonald, K., Rowell, S., y Girdler, S. (2014). The positive outlook study- a randomised controlled trial evaluating the effectiveness of an online self-management program targeting psychosocial issues for men living with HIV: a

- study protocol. *BMC Public Health*, 14, 106-106. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-106>
- Olatunya, O. S., Oseni, S. B., Oyelami, O. A., Adegbenro, C., y Akani, N. (2014). Health instruction in Nigerian schools: what are the missing links? *The Pan African Medical Journal*, 19, 360-360. <https://doi.org/10.11604/pamj.2014.19.360.4587>
- O'Neill, J., M., Clark, J. K., y Jones, J. A. (2011). Promoting mental health and preventing substance abuse and violence in elementary students: a randomized control study of the Michigan Model for Health. *The Journal of School Health*, 81(6), 320-330. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2011.00597.x>
- Osborne, R. H., Elsworth, G. R., y Whitfield, K. (2007). The Health Education Impact Questionnaire (heiQ): An outcomes and evaluation measure for patient education and self-management interventions for people with chronic conditions. *Patient Education and Counseling*, 66(2), 192-201. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.12.002>
- Patton, G. C., Glover, S., Bond, L., Butler, H., Godfrey, C., Di Pietro, G., y Bowes, G. (2000). The Gatehouse Project: a systematic approach to mental health promotion in secondary schools. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(4), 586-593. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2000.00718.x>
- Puskar, K. R., Ren, D., y McFadden, T. (2015). Testing the 'Teaching Kids to Cope with Anger' youth anger intervention program in a rural school-based sample. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(3), 200-208. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.969390>
- Roberts, C. M., Kane, R. T., Rooney, R. M., Pintabona, Y., Baughman, N., Hassan, S., Cross, D., Zubrick, S. R., y Silburn, S. R. (2018). Efficacy of the Aussie Optimism Program: Promoting Pro-social Behavior and Preventing Suicidality in Primary School Students. A Randomised-Controlled Trial. *Frontiers in Psychology*, 8, 1392. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01392>
- Rooney, R., Hassan, S., Kane, R., Roberts, C. M., y Nesa, M. (2013). Reducing depression in 9–10 year old children in low SES schools: A longitudinal universal randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51(12), 845-854. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.09.005>
- Russell, R. D. (1983). Is behavior change a legitimate objective for the health educator? *Health Education*, 14(2), 16-19. <https://doi.org/10.1080/00970050.1983.10614379>

Rutherford, K. M. (1995). Mobilizing the Healing Emotions: Nature Experiences in Theory and Practice. *Journal of Humanistic Education and Development*, 33(4), 146-55.

<https://doi.org/10.1002/j.2164-4683.1995.tb00100.x>

Sandlos, K. (2010). On the aesthetic difficulties of research on sex education: Toward a methodology of affect. *Sex Education*, 10(3), 299-308.

<https://doi.org/10.1080/14681811.2010.491634>

Stoudenmire, J. A., Clark, D. A., y Fleming, E. E. (1974). Evaluating a mental health seminar for foremen in industry. *Journal of Community Psychology*, 2(2), 176-178.

[https://doi.org/10.1002/1520-6629\(197404\)2:2%3C176::AID-JCOP2290020219%3E3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/1520-6629(197404)2:2%3C176::AID-JCOP2290020219%3E3.0.CO;2-Q)

Tian, K., Sautter, P., Fisher, D., Fischbach, S., Luna-Nevarez, C., Boberg, K., Kroger, J., y Vann, R. (2014). Transforming health care: Empowering therapeutic communities through technology-enhanced narratives. *Journal of Consumer Research*, 41(2), 237-260.

<https://doi.org/10.1086/676311>

Toseland, R. W., McCallion, P., Smith, T., y Banks, S. (2004). Supporting Caregivers of Frail Older Adults in an HMO Setting. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74(3), 349-364.

<https://doi.org/10.1037/0002-9432.74.3.349>

Toseland, R. W., McCallion, P., Smith, T., Huck, S., Bourgeois, P., y Garstka, T. A. (2001). Health education groups for caregivers in an HMO. *Journal of Clinical Psychology*, 57(4), 551-570.

<https://doi.org/10.1002/jclp.1028>

Waller, J. V., y Goldman, L. (1993). Bringing comprehensive health education to the New York City Public Schools: a private-public success story. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 70(3), 171-187.

Watts, P. (1982). The Whole Person Concept as a Part of the Elementary School Health Education Program. *Journal of School Health*, 52(5), 286-290.

<https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.1982.tb04624.x>

Zhang, M. (2017). Effect of HBM Rehabilitation Exercises on Depression, Anxiety and Health Belief in Elderly Patients with Osteoporotic Fracture. *Psychiatria Danubina*, 29(4), 466-472.

<https://doi.org/10.24869/psyd.2017.466>

Anexo 2. Tabla de los 66 artículos aceptados en la RS-II clasificados por categorías

Nº	AÑO	TÍTULO	AUTORES	TIPO DE ARTÍCULO	TIPO DE INTERVENCIÓN	TEMA DE SALUD	INCLUSIÓN EMOCIONAL
9	1974	Evaluating a mental health seminar for foremen in industry.	Stoudenmire, John A.; Clark, Duncan A.; Fleming, Eldridge E.	Informe experimental	Programa EPS	Salud mental, Evaluación de intervención EPS	Dificultades emocionales
16	1980	Our Children Are Going to Pot: Comments from a Health Educator.	Apgar, Fred M.	Descripción de programa/teoría	Teoría	EPS para cuestión concreta	Desarrollo emocional, Emociones y comportamientos saludables
17	1980	Education for aging.	McPherson-Turner C	Descripción de programa/teoría	Asignatura EPS	EPS para cuestión concreta, EPS en educación formal	Salud emocional, Salud mental y emocional, Desarrollo emocional, Aspectos relacionales-emocionales
22	1982	The Whole Person Concept as a Part of the Elementary School Health Education Program	Watts, Parris	Descripción de programa/teoría	Asignatura EPS	Modelo EPS, EPS en educación formal	Salud emocional
23	1983	Is behavior change a legitimate objective for the health educator?	Russell, R. D.	Descripción de programa/teoría	Teoría	Modelo EPS	Bienestar emocional, Emociones y comportamientos saludables
27	1985	Health and Wellness: A Conceptual Differentiation.	Greenberg, Jerrold S.	Descripción de programa/teoría	Teoría	Modelo EPS	Salud emocional
29	1985	Multimodal treatment package for substance abuse treatment programs	Craig, Robert J.	Descripción de programa/teoría	Programa terapéutico	EPS para cuestión concreta	Salud emocional, Emociones y comportamientos saludables
37	1987	Relationships between health and fitness and the implications for health education.	Eadie, Douglas R.	Informe experimental	Asignatura EPS	Modelo EPS	Bienestar emocional
38	1988	Provision of a health education program for preschoolers: A demonstration project using volunteers.	Kingsbury, Nancy M.; Hall, Joan C.	Informe experimental	Asignatura EPS	EPS en educación formal, Evaluación de intervención EPS	Salud emocional
39	1988	Changing health behaviour outcomes in asthmatic patients: A pilot intervention study	Maes, S.; Schlösser, M.	Informe experimental	Programa terapéutico	EPS para cuestión concreta, Evaluación de intervención EPS	Reacciones emocionales, Dificultades emocionales
43	1989	Implementing the nation's health objectives for the 1990s: The role of the secondary and elementary health education specialist	Furney, S. R.	Informe experimental	Asignatura EPS	EPS en educación formal, Educadores	Salud emocional
48	1989	The impact of a preschool health curriculum on children's health knowledge.	Hendricks C.M.; Echols D.; Nelson G.D.	Informe experimental	Asignatura EPS	EPS en educación formal	Salud mental y emocional
52	1990	Impact of a continuing health education inservice program on teachers' competencies.	Chen, W., & Others, A.	Informe experimental	Asignatura EPS	EPS en educación formal	Salud emocional
53	1990	Health benefits of outdoor recreation: Implications for health education.	Breitenstein, D., & Ewert, A.	Descripción de programa/teoría	Teoría	Modelo EPS	Salud emocional, Bienestar emocional
63	1991	HIV education for gay, lesbian, and bisexual youth: Personal risk, personal power, and the community of conscience.	Cranston, Kevin	Descripción de programa/teoría	Teoría	EPS en educación formal, EPS para cuestión concreta	Aspectos relacionales-emocionales

68	1992	Psychoneuroimmunology in health education.	Hanson, C.	Revisión	Revisión	EPS en educación formal	Vínculo cuerpo y mente
74	1993	The need to modify health education programs for the mentally retarded and developmentally disabled.	Anderson, Rebecca C.	Revisión	Revisión	EPS para cuestión concreta	Salud mental y emocional
75	1993	Bringing comprehensive health education to the New York City Public Schools: a private-public success story.	Waller J.V.; Goldman L.	Descripción de programa/teoría	Asignatura EPS	EPS en educación formal	Salud emocional, Bienestar emocional
76	1994	Personal Physical Health--The Wellness Way.	Dobbs, H. Thomas.	Descripción de programa/teoría	Teoría	Modelo EPS	Salud emocional
80	1994	Effects of a post-hospitalization group health education programme for patients with coronary heart disease.	Elderen, T. V.; Maes, S.; Seegers, G.; Kragten, H.; Wely, L. R.	Informe experimental	Programa EPS	EPS para cuestión concreta, Evaluación de intervención EPS	Reacciones emocionales, Dificultades emocionales
81	1994	Modelling and modifying young heterosexuals' HIV-preventive behaviour: A Revisión of theories, findings and educational implications.	Abraham, Charles S.; Sheeran, Paschal	Revisión	Revisión	EPS para cuestión concreta	Emociones en la sexualidad
84	1995	Mobilizing the Healing Emotions: Nature Experiences in Teoría and Practice.	Rutherford, Kay M.	Descripción de programa/teoría	Teoría	Modelo EPS	Vínculo cuerpo y mente
86	1995	Promoting health in schools: The German example.	Hurrelmann, K.; Leppin, A.; Nordlohne, E.	Descripción de programa/teoría	Asignatura EPS	EPS en educación formal, Modelo EPS	Desarrollo emocional
91	1995	Empowerment: from philosophy to practice.	Feste, C.; Anderson, R.M.	Descripción de programa/teoría	Programa EPS	EPS para cuestión concreta	Aspectos relacionales-emocionales, Manejo emocional
95	1996	Chronic disease self-management: A model for tertiary prevention.	Lorig, Kate	Descripción de programa/teoría	Programa terapéutico	EPS para cuestión concreta	Manejo emocional
119	2000	The Gatehouse Project: a systematic approach to mental health promotion in secondary schools.	Patton, G.C.; Glover, S.; Bond, L.; Butler, H.; Godfrey, C.; Di Pietro, G.; Bowes, G.	Descripción de programa/teoría	Programa EPS	EPS en educación formal, Salud mental	Bienestar emocional, Desarrollo emocional
125	2001	Health education groups for caregivers in an HMO.	Toseland, Ronald W.; McCallion, Philip; Smith, Tamara; Huck, Steve; Bourgeois, Pauline; Garstka, Teri A.	Informe experimental	Programa EPS	EPS para cuestión concreta, Evaluación de intervención EPS	Manejo emocional, Apoyo emocional
127	2001	Developing an emotional awareness programme for pupils with moderate learning difficulties at Durants School.	Lee, Frances; Wright, Jonathan	Descripción de programa/teoría	Asignatura EPS	EPS en educación formal, Evaluación de intervención EPS	Conocimiento emocional, Manejo emocional, Dificultades emocionales
145	2004	Spiritual Wellness, Holistic Health, and the Practice of Health Education	Hawks, Steven	Descripción de programa/teoría	Teoría	Modelo EPS	Salud emocional, Bienestar emocional
149	2004	The Good Life: New Zealand Children's Perspectives on Health and Self	Burrows, Lisette; Wright, Jan.	Descripción de programa/teoría	Asignatura EPS	EPS en educación formal, Modelo EPS	Salud emocional, Bienestar emocional

150	2004	Supporting Caregivers of Frail Older Adults in an HMO Setting.	Toseland, Ronald W.; McCallion, Philip; Smith, Tamara; Banks, Steve	Informe experimental	Programa EPS	EPS para cuestión concreta, Evaluación de intervención EPS	Manejo emocional, Apoyo emocional
157	2005	Contrasts between didactic and Deweyan approaches to health education.	Brouse, Corey H.; Basch, Charles E.; Kubara, Michael	Descripción de programa/teoría	Teoría	Modelo EPS	Emociones y comportamientos saludables
190	2007	The Health Education Impact Questionnaire (heiQ): An outcomes and evaluation measure for patient education and self-management interventions for people with chronic conditions.	Osborne, Richard H.; Elsworth, Gerald R.; Whitfield, Kathryn	Informe experimental	Cuestionario	Evaluación de intervención EPS	Bienestar emocional, Manejo emocional
215	2009	Health-promoting schools: evidence for a holistic approach to promoting health and improving health literacy.	Lee, A.	Descripción de programa/teoría	Programa EPS	Modelo EPS, EPS en educación formal	Salud emocional
219	2009	Learning about loss within a health education program.	Coleman, K. Jeanne	Informe experimental	Programa EPS	EPS para cuestión concreta, EPS en educación formal	Reacciones emocionales, Salud emocional
226	2009	Menstrual and menarche experience among pubescent female students in Taiwan: Implications for health education and promotion practice.	Chang, Yu-Ting; Chen, Yueh-Chih; Hayter, Mark; Lin, Mei-Ling	Informe experimental	Programa EPS	EPS para cuestión concreta	Emociones en la sexualidad
245	2010	On the aesthetic difficulties of research on sex education: Toward a methodology of affect.	Sandlos, Karyn	Descripción de programa/teoría	Programa EPS	EPS para cuestión concreta	Emociones en la sexualidad
256	2011	Supporting Children's Mental Health in Schools: Teacher Views	Graham, Anne; Phelps, Renata; Maddison, Carrie	Informe experimental	Asignatura EPS	Salud mental, EPS en educación formal, Educadores	Salud mental y emocional, Bienestar emocional
257	2011	Evidence-based health promotion programs for schools and communities.	Inman, Dianna D.; van Bakergem, Karen M.; LaRosa, Angela C.; Garr, David R.	Revisión	Revisión	EPS en educación formal	Salud mental y emocional, Manejo emocional
262	2011	Promoting Mental Health and Preventing Substance Abuse and Violence in Elementary Students: A Randomized Control Study of the Michigan Model for Health	O'Neill, James M.; Clark, Jeffrey K.; Jones, James A.	Informe experimental	Asignatura EPS	Salud mental, Modelo EPS, EPS en educación formal, Evaluación de intervención EPS	Salud mental y emocional, Aprendizaje socio-emocional
265	2011	The Relationship between Professional Preparation and Class Structure on Health Instruction in the Secondary Classroom	Hammig, Bart; Ogletree, Roberta; Wycoff-Horn, Marcie R.	Informe experimental	Asignatura EPS	EPS en educación formal, Educadores	Salud mental y emocional
270	2012	Dialogues for sobriety: Health learning in the context of addictions – A Hungarian model.	Kelemen, Gabor; Erdos, Marta B.; Csúrke, Jozsef;	Informe experimental	Programa EPS	EPS para cuestión concreta, Evaluación de intervención EPS	Aspectos relacionales-emocionales

		Brettner, Zsuzsanna; Molnar, Daniel					
277	2012	From intervention to invitation: reshaping adolescent sexual health through story telling and games.	Gilliam M; Orzalli S; Heathcock S; Sutherland E; Jagoda P; Menendez A; Ojengbede O,	Descripción de programa/teoría	Programa EPS	EPS para cuestión concreta, Evaluación de intervención EPS	Salud emocional, Emociones en la sexualidad
279	2012	Go Now': A popular film showing the potential for 'masculinity' to facilitate health-promoting behaviours.	Krahn, Timothy Mark; Outram, Simon	Descripción de programa/teoría	Recurso EPS	EPS para cuestión concreta	Conocimiento emocional, Manejo emocional
283	2012	What young people want from a sexual health website: Design and development of Sexunzipped.	McCarthy, Ona; Carswell, Kenneth; Murray, Elizabeth; Free, Caroline; Stevenson, Fiona; Bailey, Julia V.	Informe experimental	Recurso EPS	EPS para cuestión concreta, Evaluación de intervención EPS	Emociones en la sexualidad
285	2012	Children's perceptions about their health-related quality of life: Effects of a health education-social skills program.	Karasimopoulou, Smaragda; Derri, Vassiliki; Zervoudaki, Eleni	Informe experimental	Programa EPS	EPS en educación formal, Evaluación de intervención EPS	Bienestar emocional, Salud emocional, Inteligencia emocional, Aprendizaje socio-emocional
289	2013	M-Health, New Prospect for School Health Education through Mobile Technologies at Lebanese School	Jabbour, Khayrazad Kari	Descripción de programa/teoría	Recurso EPS	EPS en educación formal	Salud emocional
290	2013	Enhancing the mental health promotion component of a health and personal development programme in Irish schools.	Fitzpatrick, Carol; Conlon, Andrea; Cleary, Deirdre; Power, Mike; King, Frances; Guerin, Suzanne	Informe experimental	Asignatura EPS	Salud mental, EPS en educación formal, Evaluación de intervención EPS	Salud mental y emocional, Aprendizaje socio-emocional, Dificultades emocionales
306	2013	Reducing depression in 9–10 year old children in low SES schools: A longitudinal universal randomized controlled trial.	Rooney, Rosanna; Hassan, Sharinaz; Kane, Robert; Roberts, Clare M.; Nesa, Monique	Informe experimental	Programa terapéutico	Salud mental, EPS en educación formal, Evaluación de intervención EPS	Dificultades emocionales, Aprendizaje socio-emocional
309	2014	Using TPSR as a Teaching Strategy in Health Classes	Diedrich, K. C.	Descripción de programa/teoría	Asignatura EPS	Modelo EPS, EPS en educación formal	Salud mental y emocional
314	2014	The positive outlook study- a randomised controlled trial evaluating the effectiveness of an online self-management program targeting psychosocial issues for men living with HIV: a study protocol.	Millard T; Elliott J; Slavin S; McDonald K; Rowell S; Girdler S,	Informe experimental	Recurso EPS	EPS para cuestión concreta, Evaluación de intervención EPS	Manejo emocional, Aprendizaje socio-emocional, Bienestar emocional

321	2014	Development of a patient education resource for women with gynecologic cancers: Cancer treatment and sexual health.	Matzo, Marianne; Graham, Catherine; Troup, Cassandra L.; Ferrell, Betty	Informe experimental	Recurso EPS	EPS para cuestión concreta	Emociones en la sexualidad, Dificultades emocionales
324	2014	Transforming health care: Empowering therapeutic communities through technology-enhanced narratives.	Tian, Kelly; Sautter, Pookie; Fisher, Derek; Fischbach, Sarah; Luna-Nevarez, Cuauhtemoc; Boberg, Kevin; Kroger, Jim; Vann, Richard	Informe experimental	Recurso EPS	EPS para cuestión concreta	Manejo emocional
331	2014	Health instruction in Nigerian schools: what are the missing links?	Olatunya, O.S.; Oseni, S.B.; Oyelami, O.A.; Adegbenro, C.; Akani, N.	Informe experimental	Asignatura EPS	EPS en educación formal	Salud emocional
335	2015	Cyprus health education curriculum from 'victim blaming to empowerment'.	Ioannou, Soula; Kouta, Christiana; Andreou, Angeliki	Descripción de programa/teoría	Asignatura EPS	EPS en educación formal	Salud emocional
336	2015	Dissecting an online intervention for cancer survivors: Four exploratory analyses of Internet engagement and its effects on health status and health behaviors.	Chen, Zhenghao; Koh, Pang Wei; Ritter, Philip L.; Lorig, Kate; Bantum, Erin O'Carroll; Saria, Suchi	Informe experimental	Recurso EPS	EPS para cuestión concreta, Evaluación de intervención EPS	Manejo emocional, Apoyo emocional
341	2015	Testing the 'Teaching Kids to Cope with Anger' youth anger intervention program in a rural school-based sample.	Puskar, Kathryn Rose; Ren, Dianxu; McFadden, Tricia	Informe experimental	Programa EPS	EPS para cuestión concreta	Dificultades emocionales, Salud emocional
369	2016	Using emotional intelligence and social support to predict job performance of health educators.	Branscum, P.; Haider, T.; Brown, D.; Sharma, M.	Informe experimental	Recurso EPS	Educadores	Inteligencia emocional
387	2016	The Positive Outlook Study: A Randomised Controlled Trial Evaluating Online Self-Management for HIV Positive Gay Men.	Millard, T.; Agius, P.A.; McDonald, K.; Slavin, S.; Girdler, S.; Elliott, J.H.	Informe experimental	Recurso EPS	EPS para cuestión concreta, Evaluación de intervención EPS	Manejo emocional, Dificultades emocionales

404	2016	"Melanoma: Questions and Answers." Development and evaluation of a psycho-educational resource for people with a history of melanoma.	Kasparian, N.A.; Mireskandari, S.; Butow, P.N.; Dieng, M.; Cust, A.E.; Meiser, B.; Barlow-Stewart, K.; Menzies, S.; Mann, G.J.	Informe experimental	Recurso EPS	EPS para cuestión concreta, Evaluación de intervención EPS	Reacciones emocionales, Bienestar emocional
439	2017	Effect of HBM Rehabilitation Exercises on Depression, Anxiety and Health Belief in Elderly Patients with Osteoporotic Fracture	Zhang, Ming	Informe experimental	Programa EPS	EPS para cuestión concreta, Evaluación de intervención EPS	Manejo emocional, Dificultades emocionales
449	2017	An exploratory trial of a health education programme to promote healthy lifestyles through social and emotional competence in young children: Study protocol	Bermejo-Martins, Elena; López-Dicastillo, Olga; Mujika, Agurtzane	Informe experimental	Programa EPS	EPS en educación formal	Aprendizaje socio-emocional
450	2018	An Investigation of Predictors of Self-Efficacy to Cope with Stress and Implications for Health Education Practice	Amnie, Asrat G.	Informe experimental	Programa terapéutico	EPS para cuestión concreta	Salud emocional, Aspectos relacionales-emocionales, Dificultades emocionales
461	2018	Efficacy of the Aussie Optimism Program: Promoting Pro-social Behavior and Preventing Suicidality in Primary School Students. A Randomised-Controlled Trial	Roberts, Clare M.; Kane, Robert T.; Rooney, Rosanna M.; Pintabona, Yolanda; Baughman, Natalie; Hassan, Sharinaz; Cross, Donna; Zubrick, Stephen R.; Silburn, Sven R.	Informe experimental	Programa EPS	EPS en educación formal, Salud mental, Evaluación de intervención EPS	Aprendizaje socio-emocional, Dificultades emocionales
467	2018	Sexual Risk Outcomes of an Emotion Regulation Intervention for At-Risk Early Adolescents	Houck, Christopher D.; Barker, David H.; Hadley, Wendy; Menefee, Maya; Brown, Larry K.	Informe experimental	Programa EPS	EPS para cuestión concreta, Evaluación de intervención EPS	Manejo emocional, Conocimiento emocional
473	2018	Systematic Revisión of resilience-enhancing, universal, primary school-based mental health promotion programs	Bermejo-Martins, Elena; López-Dicastillo, Olga; Mujika, Agurtzane	Revisión	Revisión	EPS en educación formal, Salud mental	Aprendizaje socio-emocional, Aspectos relacionales-emocionales, Inteligencia emocional, Manejo emocional

Anexo 3. Trait Emotional Questionnaire Short Form (versión en español).

TEIQue-SF

Instrucciones: Por favor, responda cada una de las afirmaciones expuestas más abajo poniendo un círculo alrededor del número que mejor refleja su grado de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación. Lea cada afirmación y escoja la respuesta que se corresponda mejor con su manera más frecuente de ser, pensar o actuar. NO piense demasiado sobre el significado exacto de la afirmación. Responda con sinceridad. NO hay respuestas correctas o incorrectas. Hay siete posibles respuestas a cada afirmación, variando desde “Completamente en Desacuerdo” (nº 1) hasta “Completamente de Acuerdo” (nº 7).

1 2 3 4 5 6 7
Completamente en Desacuerdo **Completamente de Acuerdo**

1. No tengo dificultad para expresar mis emociones con palabras.	1	2	3	4	5	6	7
2. A menudo me resulta difícil ver las cosas desde el punto de vista de otra persona.	1	2	3	4	5	6	7
3. En general soy una persona con alta motivación.	1	2	3	4	5	6	7
4. Me cuesta controlar mis emociones.	1	2	3	4	5	6	7
5. En general no encuentro la vida agradable.	1	2	3	4	5	6	7
6. Puedo relacionarme fácilmente con la gente.	1	2	3	4	5	6	7
7. Tiendo a cambiar de opinión frecuentemente.	1	2	3	4	5	6	7
8. Muchas veces no consigo tener claro qué emoción estoy sintiendo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Creo que poseo buenas cualidades.	1	2	3	4	5	6	7
10. En muchas ocasiones me resulta difícil defender mis derechos.	1	2	3	4	5	6	7
11. Soy capaz de influir en los sentimientos de los demás.	1	2	3	4	5	6	7
12. Soy pesimista en la mayoría de las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
13. Las personas de mi entorno más cercano se quejan de que no les trato bien.	1	2	3	4	5	6	7
14. Me cuesta trabajo adaptarme a los cambios.	1	2	3	4	5	6	7
15. En general soy capaz de afrontar situaciones estresantes.	1	2	3	4	5	6	7
16. A menudo siento dificultad para mostrar mi afecto a las personas más allegadas.	1	2	3	4	5	6	7
17. Soy capaz de “ponerme en la piel” de los demás y sentir sus emociones.	1	2	3	4	5	6	7
18. Me cuesta motivarme por lo que hago.	1	2	3	4	5	6	7
19. Puedo encontrar diferentes maneras de controlar mis emociones cuando lo deseo.	1	2	3	4	5	6	7
20. En general estoy encantado/a con mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
21. Me considero un/a buen/a negociador/a.	1	2	3	4	5	6	7
22. Me implicó, sin pensar lo suficiente, en cosas que más tarde desearía poder dejar.	1	2	3	4	5	6	7
23. A menudo me detengo a pensar sobre mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
24. Creo que estoy lleno/a de virtudes.	1	2	3	4	5	6	7
25. En una discusión tiendo a ceder incluso cuando sé que estoy en lo cierto.	1	2	3	4	5	6	7
26. No creo tener ningún poder sobre los sentimientos de los demás.	1	2	3	4	5	6	7
27. En general creo que las cosas me irán bien en la vida.	1	2	3	4	5	6	7

28. Me cuesta conectar con las personas, incluso con aquellas más cercanas a mí.	1	2	3	4	5	6	7
29. Por lo general soy capaz de adaptarme a nuevas situaciones.	1	2	3	4	5	6	7
30. Algunas personas me admiran por ser tan tranquilo/a.	1	2	3	4	5	6	7

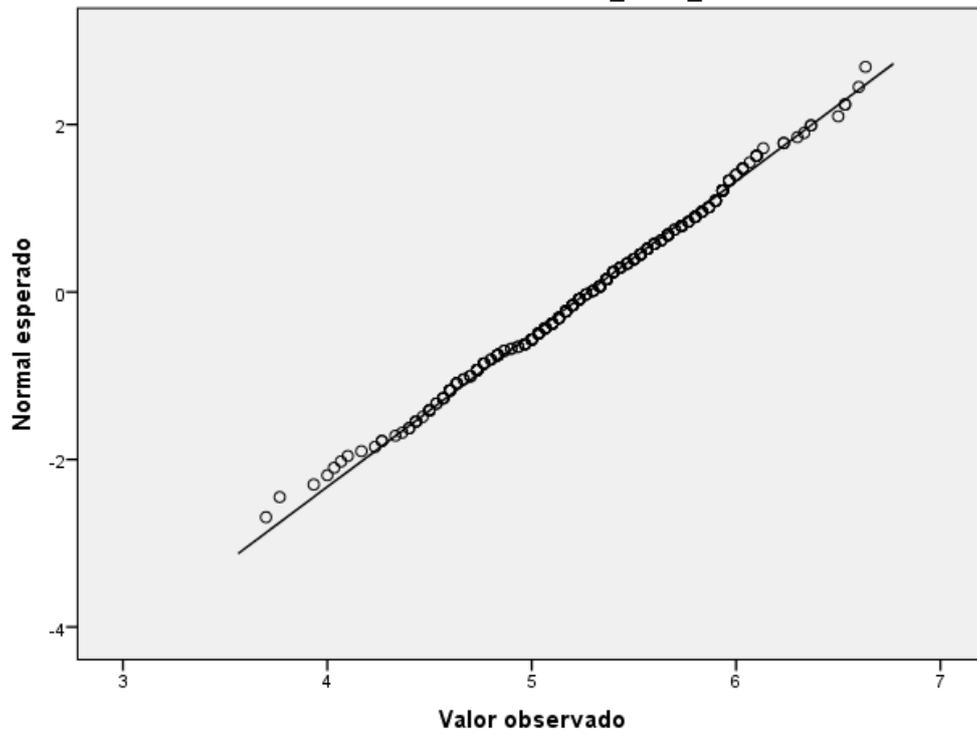
Anexo 5. Escala de desesperanza de Beck (versión en español).

Instrucciones para el paciente: Por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuestas son verdadero o falso.

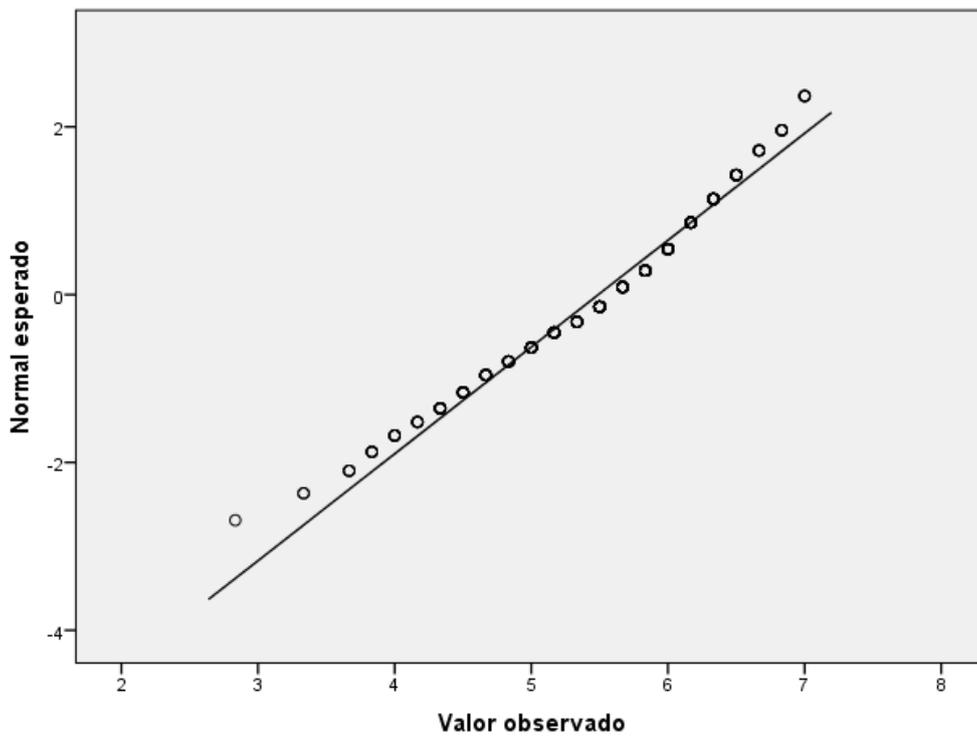
	V	F
1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo		
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo		
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así		
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años		
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer		
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar		
7. Mi futuro me parece oscuro		
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio		
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro		
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro		
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo		
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora		
14. Las cosas no marchan como yo quisiera		
15. Tengo una gran confianza en el futuro		
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa		
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro		
18. El futuro me parece vago e incierto		
19. Espero más bien épocas buenas que malas.		
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré		

Anexo 6. Análisis de normalidad en gráficas q-Q plot.

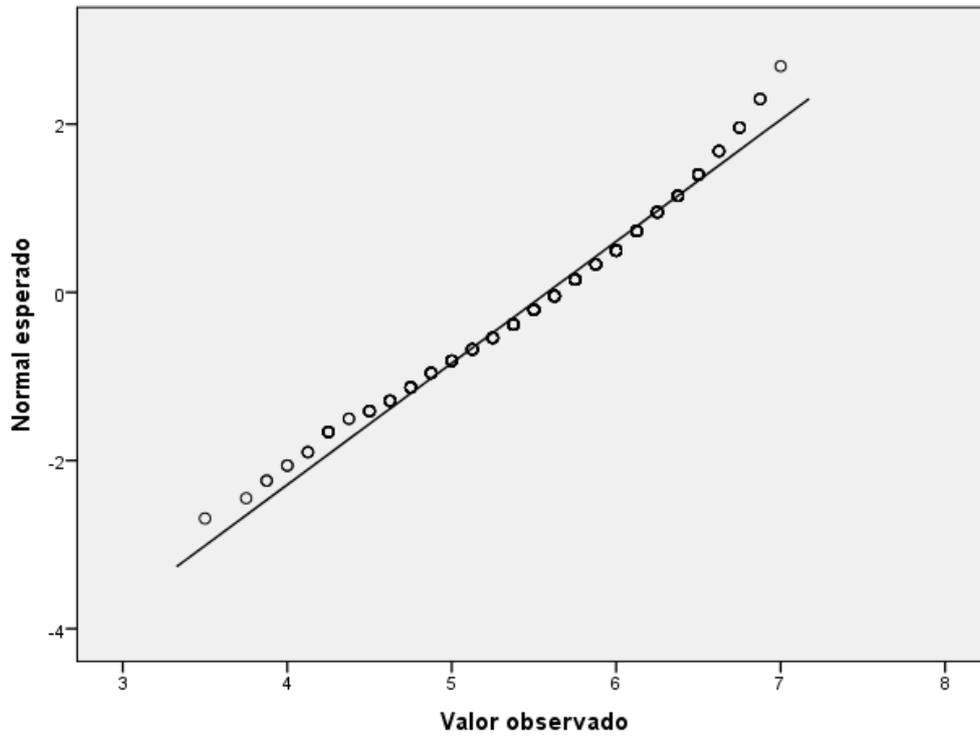
1. Gráfico Q-Q normal de IER



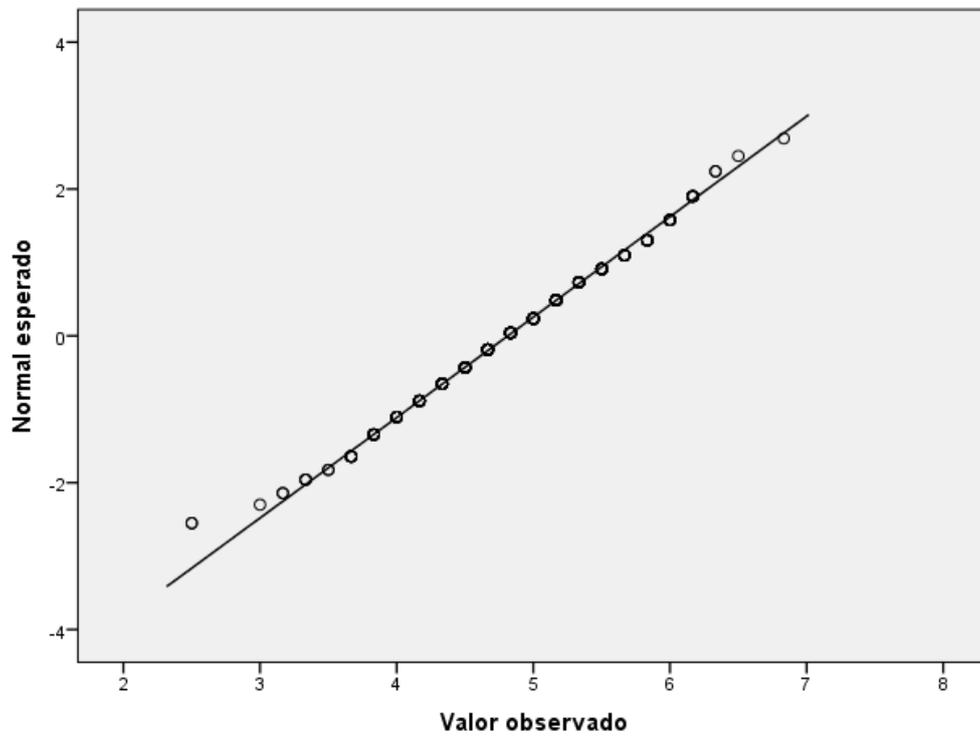
2. Gráfico Q-Q normal de Bienestar



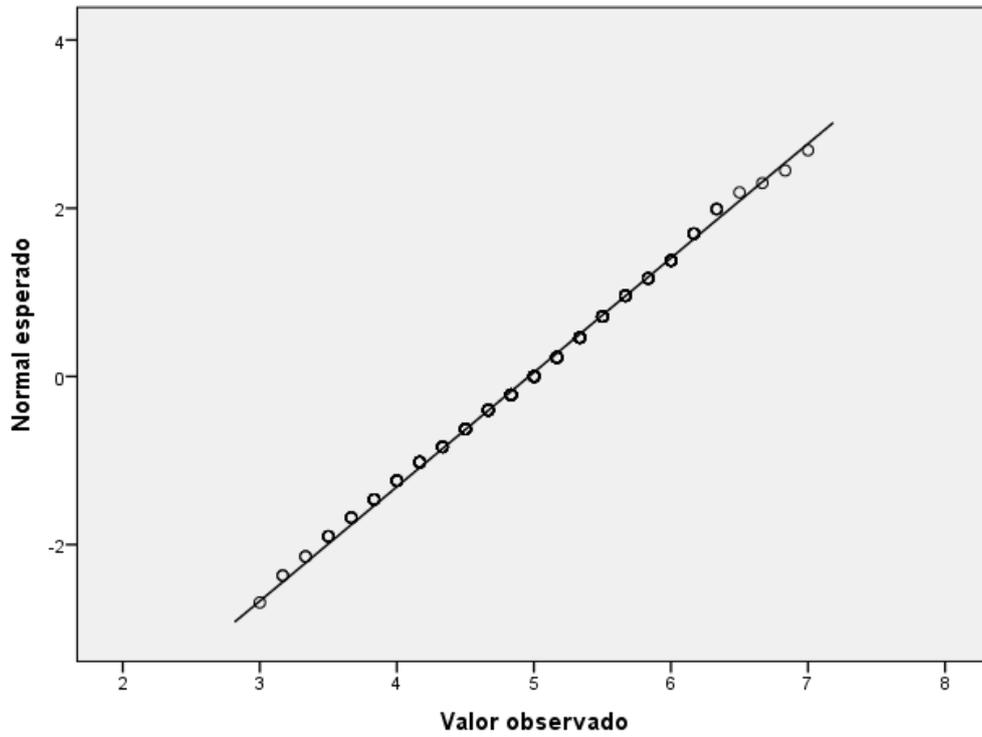
3. Gráfico Q-Q normal de Emocionalidad



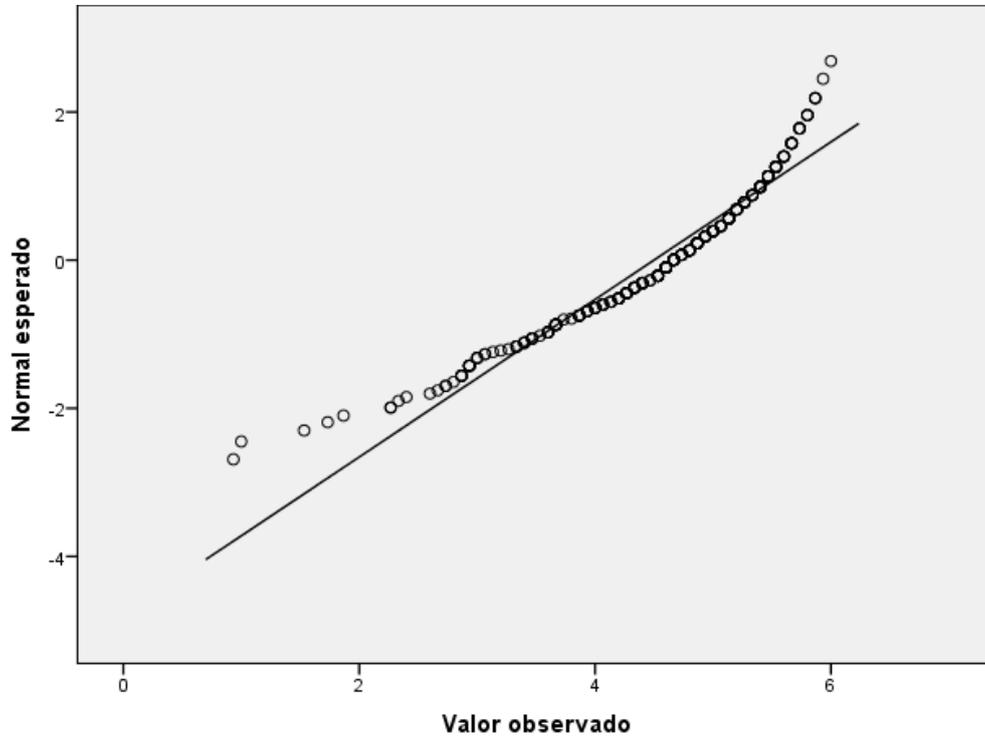
4. Gráfico Q-Q normal de Sociabilidad



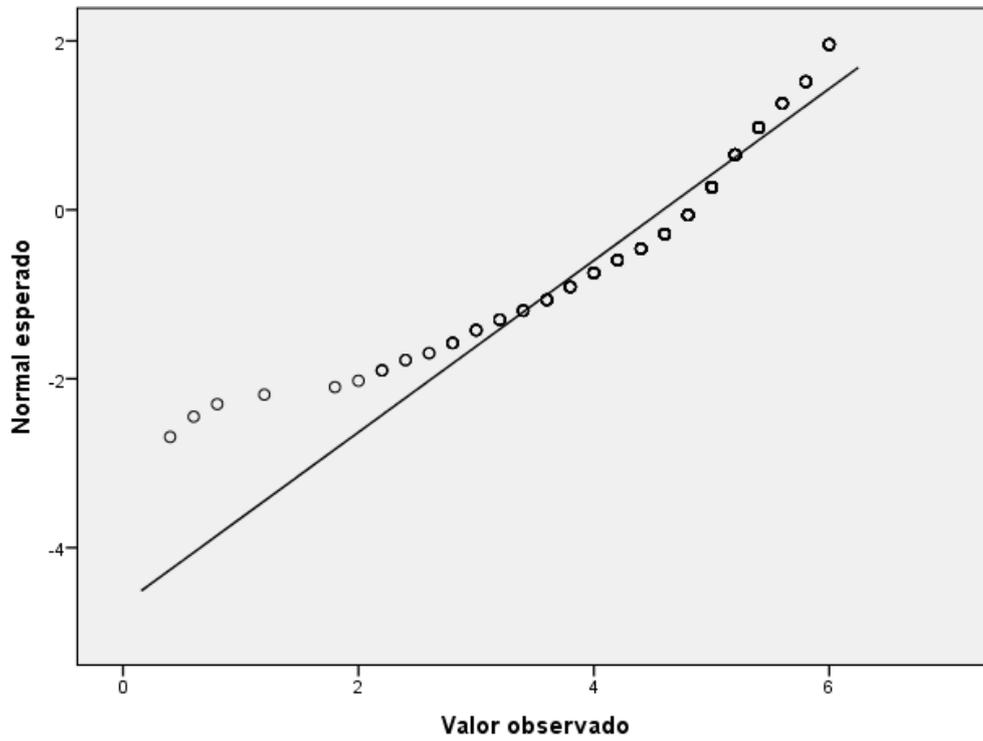
5. Gráfico Q-Q normal de Autocontrol



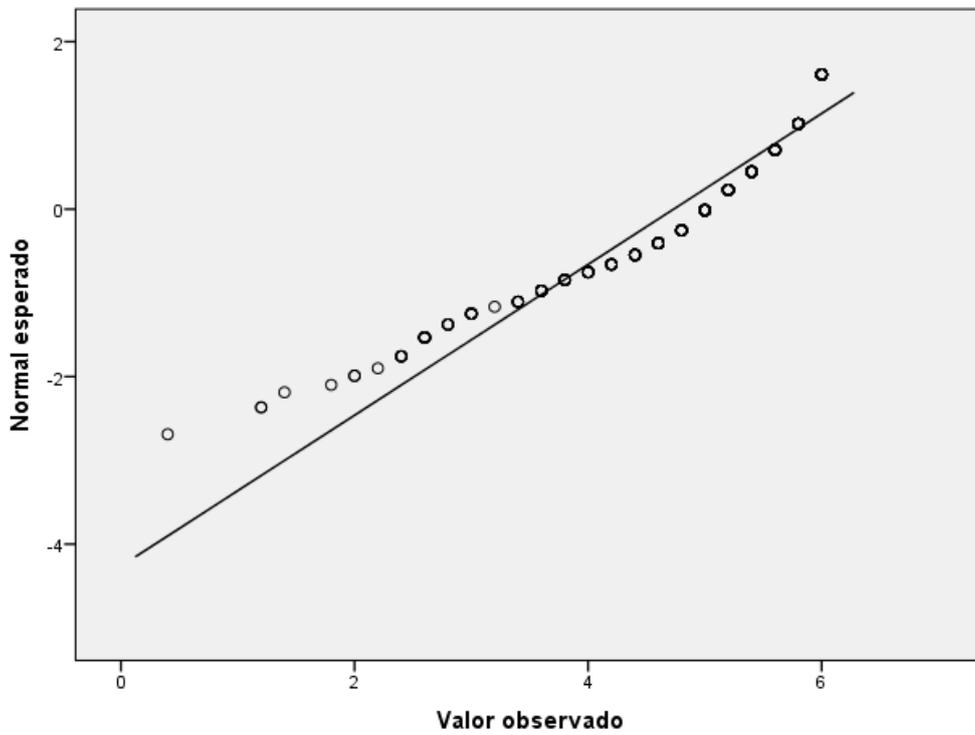
6. Gráfico Q-Q normal de ENG



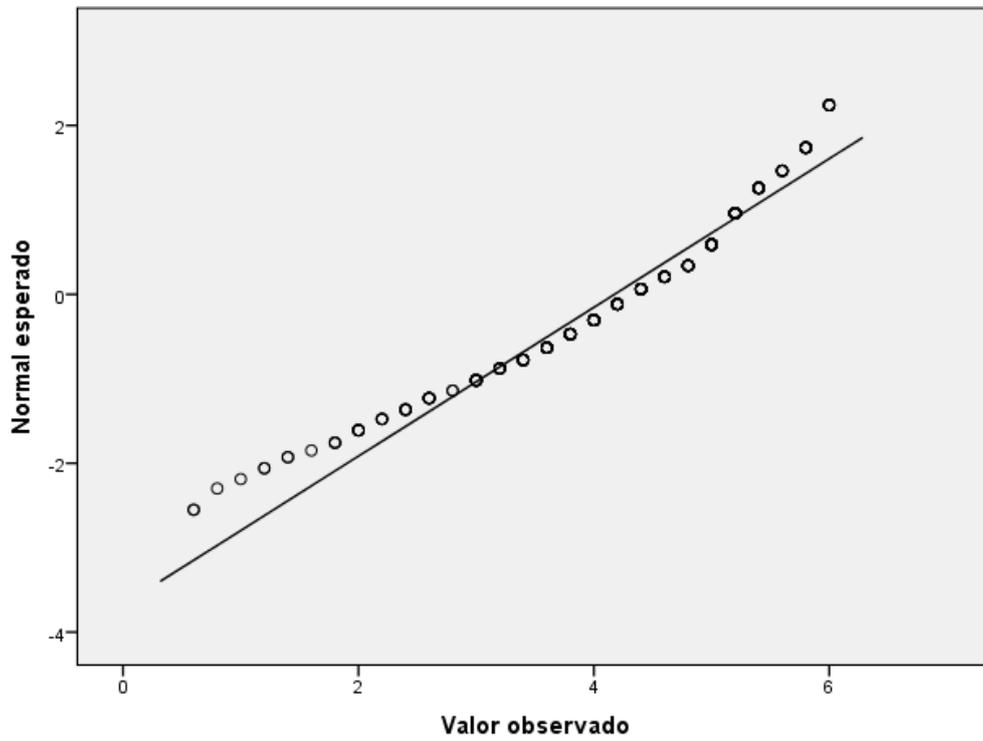
7. Gráfico Q-Q normal de Vigor



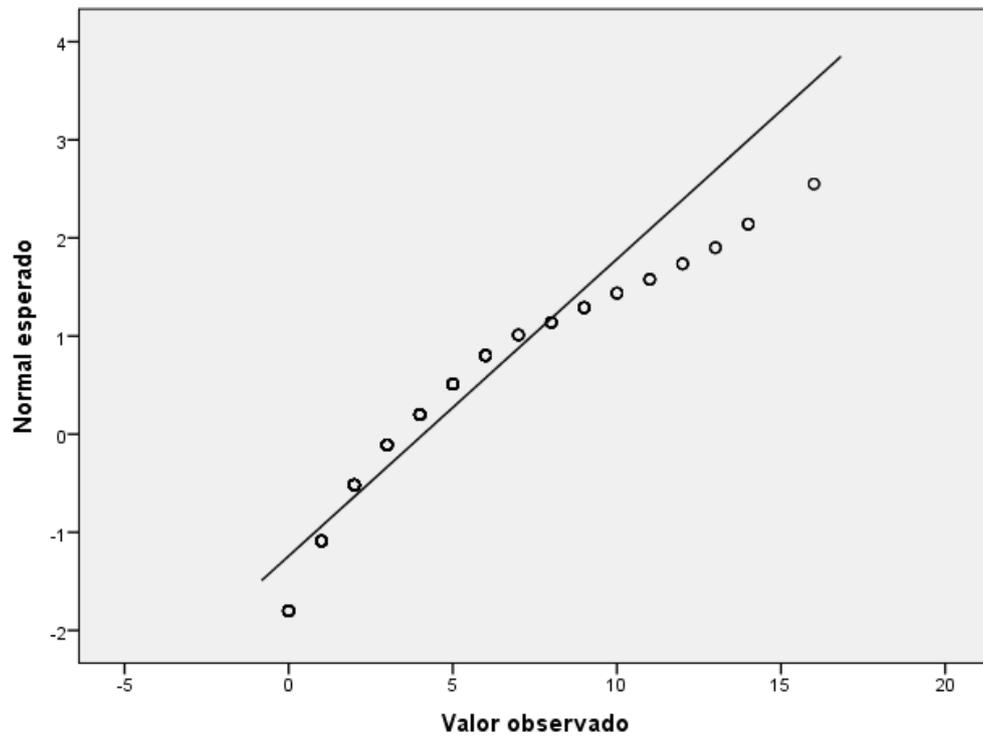
8. Gráfico Q-Q normal de Dedicación



9. Gráfico Q-Q normal de Absorción



10. Gráfico Q-Q normal de DES



Anexo 7. Diferencias de medias entre roles profesionales en gráficas de cajas y bigotes.

