



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

TESIS DOCTORAL

Terapia de Aceptación y compromiso para prevenir el Burnout en sanitarios que cuidan a personas con demencia.



Autor

Xavier Montaner Casino

Directoras

Jenny Moix Queraltó

Salomé Tárrega Larrea

Programa de Doctorado en Psicología de la Salud y del Deporte

Facultad de Psicología UAB

TESIS PRESENTADA POR COMPENDIO DE PUBLICACIONES

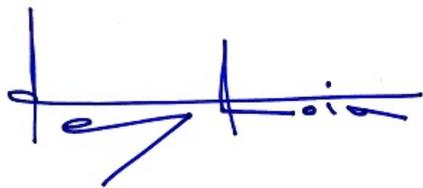
The logo of the Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), consisting of the letters 'UAB' in a bold, sans-serif font. The letter 'A' is stylized with a vertical line through its center.

Universitat Autònoma
de Barcelona

La Dra. Jenny Moix Queraltó (Departamento de Psicología Básica, Evolutiva y de la Educación, Universidad Autònoma de Barcelona) y la Dra. Salomé Tárrega Larrea (Facultad de ciencias de la Salud de Manresa, Universitat de Vic-Universitat Central de Cataunya, y Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación, Universitat Oberta de Catalunya) Certifican:

Que el trabajo experimental y la redacción de la memoria de la tesis doctoral titulada **Terapia de Aceptación y compromiso para prevenir el Burnout en sanitarios que cuidan a personas con demencia**, han sido realizados por Xavier Montaner Casino y consideran que es apta para el trámite de lectura y defensa pública delante de un tribunal, para optar al grado de Doctor por la Universitat Autònoma de Barcelona.

Por tal motivo queda constancia en el presente documento en Barcelona, 15 de junio de 2021

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Jenny Moix Queraltó'.

Jenny Moix Queraltó

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Salomé Tárrega Larrea'.

Salomé Tárrega Larrea

Los trabajos que integran esta tesis no han sido financiados por ningún proyecto de investigación. Sin embargo, no habrían sido posibles sin la colaboración de la dirección asistencial y de RRHH del Centro Sociosanitario Ricard Fortuny.

Dedicat a en Lluc, a l'Àfrica i a l'Alba

AGRAÏMENTS

En primer lloc voldria agrair a les meves directores el suport rebut durant aquest llarg trajecte.

Gràcies Marisa perquè sé que no ha estat fàcil per tu compaginar la vida familiar amb les meves demandes constants. Gràcies per el teu esforç metodològic, per la seguretat tranquil·la que m'has transmès davant dels meus dubtes, per la teva vitalitat i entusiasme a l'hora d'animar-me a seguir endavant, per la teva proximitat i disposició a parlar quan fes falta, i per la energia que m'has injectat després de cada conversa telefònica de més de 40 i 50 minuts, que eren gairebé terapèutiques.

Gràcies Jenny, primer de tot per ser la meravellosa persona que ets. Per haver estat un punt d'inflexió no només en el meu trajecte acadèmic, sinó també en el meu trajecte vital i professional. Per haver estat sempre disponible abans de que et demanés que et necessitava. Gràcies per la teva elegant intel·ligència, que m'ha animat a escriure, que m'ha criticat constructivament quan feia falta, que m'ha corregit sistemàticament i sempre en bona direcció, i gràcies per haver-me regalat la possibilitat de començar i acabar aquest projecte junts.

També vull agrair l'ajuda que he rebut per part de moltes persones involucrades en aquest treball d'una manera més indirecta. Gràcies Melodie per haver-me ajudat amb les dades i amb l'Anglès. Gràcies Mercè per haver-me ajudat a localitzar i perseguir persones i per haver-me fet de coach en certs moments.

ÍNDICE

PRÓLOGO	15
ABREVIATURAS	19
0. RESUMEN	23
1. INTRODUCCIÓN	29
1.1 DEFINICIÓN DE DEMENCIA	29
1.2 CIRCUITO ASISTENCIAL DE LA DEMENCIA	31
1.3 LOS EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES	32
2. LA COMPLEJIDAD DEL CUIDADO DE LA DEMENCIA	35
2.1 LOS PROBLEMAS DE INDEPENDENCIA	35
2.2 LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES DE LA DEMENCIA (SPCD)	35
3. ESTRÉS, BURNOUT Y TRABAJADORES SANITARIOS	39
3.1 FACTORES DE RIESGO EMOCIONAL ASOCIADOS AL HECHO DE CUIDAR	39
3.2 DEFINICIÓN DE SÍNDROME DE BURNOUT	39
3.2.1 MEDICIÓN DEL BURNOUT	40
3.2.2 PREVALENCIA DEL BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO QUE ATIENDE A PERSONAS AFECTADAS DE DEMENCIA	41
3.3. CAUSAS DEL BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO QUE TRABAJA CON DEMENCIAS	41
3.3.1 FACTORES ORGANIZACIONALES	41
3.3.2 FACTORES PERSONALES	42
4. INTERVENCIONES DIRIGIDAS A PREVENIR EL BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO QUE TRABAJA CON PERSONAS AFECTADAS DE DEMENCIA	47
4.1 INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS	47
4.2 INTERVENCIONES DIRIGIDAS A REDUCIR EL ESTRÉS	48
5. LA FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA COMO ESTILO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS Y COMO FACTOR PROTECTOR DEL BURNOUT	51
5.1 LA FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA	51
5.2 COMPONENTES DE LA FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA	52

5.3 MEDICIÓN DE LA FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA	54
5.4 LA FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA EN EL PERSONAL SANITARIO QUE TRABAJA CON PERSONAS AFECTADAS DE DEMENCIA	54
6. LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO	57
<hr/>	
7. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	61
<hr/>	
7.1. PLANTEAMIENTO DE LA TESIS	61
7.2 OBJETIVOS	61
7.2.1 OBJETIVOS GENERALES	61
7.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	62
7.3 HIPÓTESIS DE TRABAJO	62
8. MÉTODO	67
<hr/>	
8.1 PARTICIPANTES	67
8.2. INSTRUMENTOS Y MEDIDAS	68
8.2.1 FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA	68
8.2.2 BURNOUT: AGOTAMIENTO EMOCIONAL, DESPERSONALIZACIÓN Y REALIZACIÓN PERSONAL.	69
8.2.3 ANSIEDAD RASGO	69
8.2.4 SATISFACCIÓN VITAL	69
8.2.5 ACTITUDES HACIA LA DEMENCIA	70
8.2.6 PREGUNTAS CUALITATIVAS.	70
8.3. INTERVENCIÓN	71
8.4. PROCEDIMIENTO	73
8.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	74
ESTUDIO 1	77
MONTANER, X., TÁRREGA, S., PULGARIN, M., & MOIX, J. (2021). EFFECTIVENESS OF ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT) IN PROFESSIONAL DEMENTIA CAREGIVERS BURNOUT. CLINICAL GERONTOLOGIST, 1–12. ADVANCE ONLINE PUBLICATION. HTTPS://DOI.ORG/10.1080/07317115.2021.1920530	77
ESTUDIO 2	87
MONTANER, X., TÁRREGA, S., & MOIX, J. (2021). FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA, BURNOUT Y SATISFACCIÓN VITAL EN PROFESIONALES QUE TRABAJAN CON PERSONAS AFECTADAS DE DEMENCIA. REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA, 56(3), 144–151. HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.REGG.2020.10.004	87
9. DISCUSIÓN GENERAL	105
<hr/>	
9.1 EVIDENCIAS EMPÍRICAS DERIVADAS DEL ARTÍCULO 1	105
9.2 EVIDENCIAS EMPÍRICAS DERIVADAS DEL ARTÍCULO 2	105
9.3 LIMITACIONES	106
9.4 IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS	108

9.5 DIRECCIONES FUTURAS	113
<u>EPÍLOGO</u>	<u>117</u>
<u>10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	<u>121</u>

Prólogo

PRÓLOGO

La presente tesis nace del interés del autor en ayudar a gestionar las emociones difíciles que experimentan los trabajadores sanitarios que están en contacto diario con pacientes con demencia. A raíz de dicho interés, compartido con la Dra. Jenny Moix, el autor presentó un esbozo de proyecto de investigación a la dirección asistencial y de RRHH del Centro Sociosanitario de Vilafranca Ricard Fortuny, para valorar la posibilidad de implementar un proyecto formativo dirigido a los profesionales sanitarios que ayudara a la gestión de las emociones difíciles asociadas a su puesto de trabajo.

Una vez presentado y aprobado el proyecto por parte del Consorcio Sociosanitario, empezó el desarrollo de la investigación que se despliega en la presente tesis doctoral, coordinada y dirigida por las doctoras Jenny Moix y Salomé Tárrega, y que dio lugar a dos artículos originales de investigación.

ESTUDIO 1

Montaner X, Tárrega S, Moix J. (2021). Psychological flexibility, burnout and job satisfaction in dementia care workers. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* May-Jun;56 (3):144-151. doi: 10.1016/j.regg.2020.10.004. Epub 2021 Feb 16. PMID: 33608164

Enviado: 4 de mayo de 2020

Aceptado para publicación: 5 de noviembre de 2020

Publicado online: 16 de febrero de 2021

ESTUDIO 2

Montaner X, Tárrega S, Pulgarin M, Moix J. (2021). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in Professional Dementia Caregivers Burnout. *Clin Gerontol.* May 6:1-12. doi: 10.1080/073171115.2021.1920530. Online ahead of print. PMID: 33955318

Enviado: 26 de noviembre de 2020

Aceptado para publicación: 18 de abril de 2021

Publicado: 6 de mayo de 2021

Abreviaturas

ABREVIATURAS

AAE: Alto Agotamiento Emocional

AE: Agotamiento Emocional

AAQ-II: Acceptance and Action Questionnaire II

ACP: Atención Centrada en la Persona

ACT: Acceptance and Commitment Therapy

AD: Alta Despersonalización

BSL: Baja Satisfacción Laboral

CSSRF: Centro Sociosanitario Ricard Fortuny

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders 5

DP: Despersonalización

EAD: Escala de Actitudes hacia la demencia

EAD-R: Subescala de Rechazo (escala de Actitudes hacia la demencia)

EAD-A: Subescala de Afecto (escala de Actitudes hacia la demencia)

EAD-E: Subescala de Experiencia (escala de Actitudes hacia la demencia)

EAIA: Equipo de Atención Integral Ambulatorio

HCAP: Hospital Comarcal del Alt Penedès

MBI: Maslach Burnout Inventory

PAE: Personal Auxiliar de Enfermería

PE: Personal de Enfermería

RP: Realización Personal

SAD: Servicio de Atención Domiciliaria

STAI-T: State and trait anxiety inventory - Trait

SWLQ: Satisfaction with life questionnaire

Resumen

0. RESUMEN

INTRODUCCIÓN. El manejo de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia supone un reto para los trabajadores sanitarios. La exposición diaria a las manifestaciones de agresividad verbal, física o sexual pone a los sanitarios que trabajan con personas afectadas de demencia en una situación de alto riesgo de sufrir burnout y escasa satisfacción laboral, que en última instancia podría traducirse en una menor calidad asistencial.

OBJETIVOS. Describir y analizar la relación de los niveles de Burnout, Flexibilidad Psicológica, Actitudes hacia la demencia y Satisfacción vital en una muestra de trabajadores en contacto con personas afectadas de demencia. Diseñar y valorar la efectividad de una intervención grupal basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para prevenir el Burnout de los trabajadores sanitarios en contacto con personas afectadas de demencia

MÉTODO. Se reclutó una muestra de 105 trabajadores sanitarios (auxiliares, enfermeras, médicos y terapeutas), y se valoró la Inflexibilidad Psicológica (AAQ-II), los niveles de burnout (MBI), la Satisfacción vital (SWL), ansiedad rasgo (STAIR), y las actitudes hacia la demencia (EAD). Se diseñó una intervención (de 6 semanas de duración) que se llevó a cabo en el Hospital Sociosanitario Ricard Fortuny, ubicado en Vilafranca (Barcelona). Los 105 participantes fueron asignados al azar a un grupo intervención (ACT) y un grupo control en lista de espera. Todas las variables previamente mencionadas (exceptuando las Actitudes hacia la demencia) se valoraron después de la intervención, y también a los 3 y 12 meses post-intervención.

RESULTADOS. La inflexibilidad Psicológica mostró una relación positiva y significativa con dos dimensiones del burnout (agotamiento emocional ($r = 0.342$, $p < 0.01$); despersonalización ($r = 0.328$, $p < 0.01$)) y con la ansiedad rasgo ($r = 0.723$, $p < 0.01$), y una relación negativa con la satisfacción vital ($r = 0.485$; $p < 0,01$) y con la

actitud de afecto ($r = -0.209$ $p < 0.05$). También se encontró una relación negativa entre la dimensión conductual de las actitudes hacia la demencia (rechazo) con el agotamiento emocional ($r = - .313$; $p < 0,01$) y la despersonalización ($r = - .328$; $p < 0,01$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las medidas de resultado iniciales. No se encontraron efectos de tiempo en ninguna variable en el grupo control de la lista de espera. Después de la intervención, el grupo de intervención mostró una disminución significativa los niveles de burnout ($p = .001$) y un aumento en los niveles de satisfacción laboral y vital en el grupo intervención ($p = < .001$), manteniéndose los resultados a los 3 y 12 meses. Por otro lado, aunque no se observaron cambios significativos en la inflexibilidad psicológica, si se identificó una tendencia al cambio a lo largo del tiempo.

CONCLUSIONES. Se observó que aquellos participantes con mayor inflexibilidad psicológica eran más propensos a sufrir agotamiento emocional, a despersonalizar a los pacientes con demencia, y sentían menos afecto por ellos. En relación con las Actitudes hacia la demencia no se encontró ninguna relación entre los niveles de Burnout y su dimensión cognitiva (los conocimientos que el trabajador posee acerca de la demencia). Por otro lado, los resultados mostraron que la intervención basada en ACT resultó efectiva para reducir el burnout y aumentar la satisfacción laboral de los trabajadores. Los resultados obtenidos en la presente tesis tienen implicaciones significativas respecto al tipo de formación que se da a los trabajadores sanitarios que trabajan con personas afectadas de demencia. Intervenciones psicoeducativas que promuevan la flexibilidad psicológica de los trabajadores, podrían ayudar a disminuir el riesgo de sufrir burnout en este colectivo, disminuyendo el agotamiento emocional asociado al puesto de trabajo y aumentando su satisfacción vital y laboral.

PALABRAS CLAVE. Terapia de aceptación y compromiso, Burnout, Flexibilidad Psicológica, Demencia, Enfermería

ABSTRACT

INTRODUCTION. Managing the psychological and behavioral symptoms of dementia is challenging for healthcare workers. Daily exposure to manifestations of verbal, physical or sexual aggressiveness puts professional caregivers in a situation of high risk of suffering burnout and low job satisfaction, which could ultimately translate into a lower quality of care.

OBJECTIVES. Describe and analyze the relationship between burnout, psychological flexibility, attitudes towards dementia and life satisfaction in a sample of professional dementia caregivers. Design and assess the efficacy of an intervention group based on acceptance and commitment therapy (ACT) to prevent Burnout in healthcare workers in contact with people affected by dementia.

METHOD. A sample of 105 health workers (aides, nurses, doctors and therapists) was recruited, and psychological flexibility (AAQ-II), burnout levels (MBI), life satisfaction (SWL), emotional well-being (STAI-T), and attitudes towards dementia (EAD). An intervention (lasting 6 weeks) was designed and carried out at the Ricard Fortuny Social Health Hospital, located in Vilafranca (Barcelona). The 105 participants were randomly assigned to an intervention group (ACT) and to a waiting list control group. All the previously mentioned variables (except attitudes towards dementia) were assessed after the intervention, and also at 3- and 12-months post-intervention.

RESULTS. Psychological inflexibility showed a positive and significant relationship with two dimensions of burnout (emotional exhaustion ($r = 0.342$, $p < 0.01$); depersonalization ($r = 0.328$, $p < 0.01$)) and with trait anxiety ($r = 0.723$, $p < 0.01$), and also showed a negative relationship with life satisfaction ($r = 0.485$; $p < 0.01$) and with the attitude of affect ($r = -0.209$ $p < 0.05$). A negative relationship was also found between the behavioral dimension of the attitudes towards dementia (reject) with emotional exhaustion ($r = -.313$; $p < 0.01$) and depersonalization ($r = -$

.328; $p < 0.01$). No statistically significant differences were found between the groups in the Initial outcome measures. No time effects were found on any variable in the waiting list control group. After the intervention, the intervention group showed a significant decrease in burnout levels ($p = .001$) and an increase in the levels of job and life satisfaction in the intervention group ($p = <.001$), maintaining the results at 3 and 12 months. On the other hand, although no significant changes were observed in psychological inflexibility, a trend towards change was identified over time.

CONCLUSIONS. It was observed that those participants with greater psychological inflexibility were more likely to suffer emotional exhaustion, more likely to depersonalize patients with dementia, and felt less affection for them. In relation to attitudes towards dementia, no relationship was found between burnout levels and its cognitive dimension (the knowledge that the worker possesses about dementia). On the other hand, the results showed that the ACT-based intervention was effective in reducing burnout and increasing workers' job satisfaction. The results obtained in this thesis have significant implications regarding the type of training given to healthcare workers in contact with people affected by dementia. Psychoeducational interventions promoting worker's psychological flexibility could help reduce the risk of burnout in this group, reducing the emotional exhaustion associated with the job and increasing their life and work satisfaction.

KEYWORDS. Acceptance and Commitment Therapy, Burnout, Psychological Flexibility, Dementia, Nursing

Introducción

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Definición de demencia

El Síndrome de demencia, actualmente reconocido en el DSM-5 (APA, 2014) como Trastorno neurocognitivo mayor, es un síndrome caracterizado por una pérdida progresiva de las funciones mentales que puede ser originada por diferentes causas o enfermedades. Para que podamos hablar de demencia, las pérdidas de memoria, lenguaje, funciones ejecutivas u otras funciones superiores deben ser suficientemente graves como para que el individuo pierda su capacidad de funcionar de un modo autónomo en su vida diaria (ver Figura 1). Esto significa que poco a poco, la persona que sufre demencia pierde progresivamente la capacidad de funcionar socialmente en los primeros estadios de la enfermedad, llegando a ser totalmente dependiente en las fases moderadas y graves de ésta.

La realidad social que dibuja este síndrome tan incapacitante es el de un doble sufrimiento; el del propio paciente, y el de los familiares (dada la gran vulnerabilidad y dependencia de las personas que sufren demencia).

Por otro lado, los servicios de salud que atienden a personas con demencia no sólo cumplen el propósito de garantizar un correcto cuidado del enfermo, atendiendo a las necesidades más básicas de los pacientes, sino también el de dar descanso a los cuidadores no formales de las tareas y los problemas asociados al hecho de cuidar a una persona afectada de demencia.

Figura 1. Criterios diagnósticos del Trastorno Neuro-cognitivo mayor según el DSM-5

Trastorno Neuro-cognitivo mayor

A. Evidencias de un declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basada en:

1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva y
2. Un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.

B. Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas (es decir, por lo menos necesita asistencia con las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o cumplir los tratamientos).

C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.

D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor o esquizofrenia).

Especificar si debido a:

Enfermedad de Alzheimer
Degeneración del lóbulo frontotemporal
Enfermedad por cuerpos de Lewy
Enfermedad vascular
Traumatismo cerebral
Consumo de sustancia o medicamento
Infección por VIH
Enfermedad por priones
Enfermedad de Parkinson
Enfermedad de Huntington
Otra afección médica
Etiologías múltiples
No especificado

1.2 Circuito asistencial de la demencia

Una vez hecho el diagnóstico, los pacientes con demencia precisan de una supervisión clínica continuada y progresivamente creciente, tanto desde el seno familiar como en el circuito sanitario de referencia. Actualmente, según el Plan Director de Atención a las Demencias de la Generalitat de Catalunya de 2014 (Generalitat de Catalunya, 2014), los tipos de servicios de los que disponen los pacientes afectados de demencia y sus familiares, de los que pueden beneficiarse a lo largo de la enfermedad, son los siguientes:

- **Atención primaria:** Seguimiento ambulatorio y a domicilio de los pacientes, realizado principalmente por servicios de enfermería. También adopta el rol de dar apoyo a los cuidadores, así como realizar educación sanitaria.
- **Hospitales Generales:** Aquí encontramos los equipos especializados tanto en el diagnóstico como en el manejo del enfermo. Entre ellos se incluyen los EAIA de Trastornos Cognitivos (Equipo de Atención Integral Ambulatoria), los Servicios de Neurología, de Geriátrica o los servicios de Salud Mental. Los EAIA, que son el principal referente asistencial para las personas afectadas de demencia, se encargan del diagnóstico, seguimiento y tratamiento de los problemas asociados a la demencia.
- **Servicios Sociosanitarios:** Son centros asistenciales que incluyen diferentes unidades o servicios específicos que atienden a personas con demencia como, por ejemplo: Unidades diagnósticas (EAIA), Hospital de día, Centro de día, Unidades de subagudos o de curas paliativas entre muchas otras.
- **Servicios Sociales:** Los Servicios de atención Domiciliaria (SAD), Centros de día y Residencias se incluyen en este apartado.

Cada uno de los servicios enumerados dispone de sus correspondientes profesionales sanitarios o equipos multidisciplinares, que generalmente trabajan de un modo interdisciplinar.

1.3 Los equipos multidisciplinares

Los servicios dedicados al cuidado de las personas con demencia en Cataluña están formados por equipos multidisciplinares de médicos, enfermeras, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, personal auxiliar de enfermería, etc. Dichos equipos elaboran de un modo holístico los planes individualizados de rehabilitación de cara a una mejora funcional de los pacientes en el contexto de un trabajo interdisciplinar.

Por otro lado, cabe mencionar que los cuidados más directos de las personas con demencia recaen en gran medida en el Personal de Enfermería (PE) y el Personal Auxiliar de Enfermería (PAE). Estos profesionales ayudan a las personas con demencia a mantener su autonomía en la medida de lo posible y a compensar sus dificultades en las actividades de la vida diaria. Esta interacción resulta ser un factor clave para la calidad de vida del paciente (Stone, 2012).

La Complejidad del cuidado de la demencia

2. LA COMPLEJIDAD DEL CUIDADO DE LA DEMENCIA

Trabajar con personas afectadas de demencia es una tarea difícil y con una alta carga física y emocional, ya que la demencia es un síndrome incurable y de curso progresivo, con una gran variedad de signos y síntomas suficientemente graves como para reducir por completo la autonomía de la persona que lo padece. Los trabajadores sanitarios que trabajan con personas afectadas de demencia se ven expuestos a una alta carga física y emocional debido principalmente a dos factores: los problemas de independencia y los SPCD.

2.1 Los problemas de independencia

Los problemas de independencia reflejan la realidad de las personas que tienen dificultades para llevar a cabo una vida autónoma, ya sea a causa de una limitación física, sensorial o intelectual. En el caso de la demencia, la capacidad de realizar actividades de la vida diaria como usar el teléfono, vestirse, asearse o comer de un modo independiente, se va desvaneciendo paulatinamente a medida que avanza la enfermedad. En enfermedades como el Alzheimer, los problemas de independencia suelen progresar de la mano de los problemas cognitivos. En la medida que los problemas de memoria, de lenguaje u otras dificultades aumentan, también lo hacen los problemas de independencia, y con ello la complejidad asistencial del paciente. En las fases más avanzadas de la demencia, el PAE debe mantener una interacción continuada a lo largo de la jornada laboral para atender a las necesidades más básicas del paciente, promocionando su autonomía y compensando las dificultades funcionales que el paciente precise.

2.2 Los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD)

Además de las dificultades funcionales asociadas a la demencia, otro escollo con el que se enfrentan los sanitarios son los Síntomas Psicológicos y Conductuales de la Demencia (SPCD), también presentes en los pacientes afectados de Síndrome

Confusional Agudo (SCA), que podrían suponer un estrés añadido a la carga laboral que de por sí tienen los servicios sanitarios que atienden a personas afectadas de demencia (Ervin et al., 2014). Este conjunto de síntomas, engloba problemas como la agresividad, las alucinaciones o la desinhibición conductual entre muchos otros, y se estima que podrían tener lugar en 9 de cada 10 casos a lo largo de la enfermedad (Grossberg & Desai, 2003). En los Servicios Sociosanitarios o las Residencias, donde la prevalencia de personas afectadas de demencia suele ser muy elevada (Buchanan et al., 2004), la manifestación más habitual de los SPCD es la conducta de agresividad física, verbal o sexual hacia el personal de enfermería o hacia el personal auxiliar de enfermería, estimándose que entre el 11% y el 58% de los pacientes de unidades psico-geriátricas muestran este tipo de agresiones (Leonard et al., 2006). La combinación de la complejidad clínica de la demencia, la carga física que supone su cuidado, y las agresiones potenciales asociadas a los SPCD, ponen a estos trabajadores en un alto riesgo de sufrir estrés y Burnout (Duffy, 2009; Edberg et al., 2008; Edvardsson et al., 2009; Elliott et al., 2016; Islam et al., 2017).

Estrés, Burnout y trabajadores sanitarios

3. ESTRÉS, BURNOUT Y TRABAJADORES SANITARIOS

Dado que hoy por hoy no disponemos de ningún medicamento capaz de revertir los devastadores efectos de la demencia, y dado que se prevé que el número de personas afectadas de demencia podría llegar a aumentar hasta 130 millones en 2050 (Eggink et al., 2019), la primera fuerza para combatir las enfermedades que conducen al síndrome de demencia es dar un cuidado eficaz y digno a los enfermos, así como aliviar el malestar emocional de sus cuidadores principales. En este sentido, hoy más que nunca es de vital importancia comprender el estrés al que están sometidos no sólo los cuidadores informales de las personas afectadas de demencia, sino también el de los trabajadores sanitarios en el contexto sociosanitario y residencial (Islam et al., 2017).

3.1 Factores de riesgo emocional asociados al hecho de cuidar

En la literatura científica de los últimos 20 años se ha estudiado a fondo los factores de riesgo emocional de los cuidadores informales de personas afectadas de demencia (Grabher, 2018). Emociones como la culpa, la vergüenza o la rabia, junto a las exigencias físicas del cuidar diario, pueden desencadenar en lo que se conoce como el síndrome de sobrecarga del cuidador o síndrome del cuidador quemado. Dicho síndrome es una realidad compleja que acaba causando mucho sufrimiento a los cuidadores, causando problemas de insomnio, cansancio, dolores musculares, aislamiento social y otros muchos síntomas físicos. En lo que se refiere a los cuidadores profesionales que conforman los equipos multidisciplinares, y que están expuestos a las dificultades asociadas al hecho de cuidar, el síndrome del cuidador quemado ha sido mucho menos estudiado. En estos casos, dicho síndrome se equipara al síndrome de Burnout.

3.2 Definición de Síndrome de Burnout

El Burnout, o síndrome de quemarse en el trabajo, es un estado de agotamiento físico y emocional, que conlleva una pérdida de interés por el propio trabajo,

desgaste mental, y falta de energía y de motivación entre otras cosas (Maslach et al., 1996). Cuando este síndrome lo experimentan los trabajadores sanitarios, el resultado puede ser una deshumanización progresiva de los pacientes, hasta el punto de llegar a tratarlos como objetos.

El síndrome de Burnout se define a partir de tres dimensiones:

- **Alto Agotamiento Emocional (AAE):** Se caracteriza por un aumento progresivo del cansancio experimentado en el trabajo, que puede manifestarse a través de irritabilidad, quejas constantes, y cambios emocionales que no se limitan al trabajo, sino que pueden llegar a interferir en el contexto familiar.
- **Alta Despersonalización (AD):** Esta variable consiste en el desarrollo progresivo de una falta de empatía y deshumanización de los pacientes, que en el peor de los casos puede llegar a convertirse en cinismo hacia ellos.
- **Baja Satisfacción Laboral (BSL):** Se caracteriza por una pérdida de interés progresiva por el propio trabajo, que puede desencadenar en sentimientos de incapacidad, baja autoestima o falta de sentido del propio trabajo.

3.2.1 Medición del Burnout

La medida más aceptada y usada del Burnout en la literatura científica es el Maslach Burnout Inventory (MBI) (Gil-monte PR, 1999). Esta escala, que consta de 22 ítems distribuidos en tres subescalas que valoran las tres dimensiones del burnout. La subescala de Agotamiento Emocional (AE) valora el grado de cansancio físico y emocional en relación con el puesto de trabajo. La subescala de despersonalización (DP) valora el grado en el que el trabajador percibe actitudes de frialdad o deshumanización del trabajador hacia los pacientes. La subescala de Realización Personal (RP), valora los sentimientos de éxito, de autoeficiencia o autocompetencia hacia el propio trabajo.

3.2.2 Prevalencia del Burnout en el personal sanitario que atiende a personas afectadas de demencia

La prevalencia del Burnout en los trabajadores sanitarios que trabajan con personas afectadas de demencia no está claramente definida. Existen algunos trabajos realizados en España que valoran los niveles de burnout en médicos y enfermeros en el contexto geriátrico (Alcón, 2014). Sin embargo, existen muy pocos trabajos que valoren el síndrome de burnout en el personal sanitario que trabaja con personas afectadas de demencia.

Cuando nos referimos a los trabajadores sanitarios que atienden a población geriátrica (con más probabilidad de sufrir demencia), entre el 50 y 60% del personal de enfermería puede llegar a sentirse poco realizado y presenta un alto agotamiento emocional en relación al tipo de enfermos que atiende (Hoyos et al., 2001). Los resultados del estudio de Hoyos et al. (2001) apuntan a la necesidad de continuar investigando las posibles causas del estrés y el Burnout en este colectivo de trabajadores sanitarios así como educar a los profesionales, promocionando su autoconfianza, aumentando su capacidad de relajación y mejorando sus estilos de afrontamiento al estrés (Costello et al., 2019).

3.3. Causas del Burnout en el personal sanitario que trabaja con demencias

Existen multitud de factores ambientales e individuales que pueden conducir al desgaste físico y emocional de los trabajadores sanitarios.

3.3.1 Factores organizacionales

Históricamente, las causas del burnout se han relacionado con factores organizacionales. Variables como el clima laboral, la excesiva carga de trabajo, la ambigüedad de rol o la falta de apoyo social entre muchos otros podrían estar asociados a la incidencia del burnout en los trabajadores del ámbito educativo y sanitario (Ortega et al., 2004; Stone, 2012; Uchmanowicz et al., 2019).

En el caso de los trabajadores sanitarios, los niveles de estrés ocupacional se han visto especialmente vinculados a variables como el trabajo a turnos y las relaciones interpersonales conflictivas con familiares difíciles (Lasalvia et al., 2009). Sin embargo, en lo que se refiere a los trabajadores sanitarios en contacto con personas afectadas de demencia, cobra especial importancia la dificultad del manejo de los SPCD, que podría considerarse como uno de los principales factores de riesgo en este colectivo (Macfarlane et al., 2016). Sin embargo, el riesgo de Burnout de estos trabajadores no sólo se explica por los comportamientos difíciles que en ocasiones exhiben las personas afectadas de demencia. Además de los factores organizacionales, el burnout también se ha visto relacionado con factores personales o variables vinculadas al individuo.

3.3.2 Factores personales

En lo que concierne a los factores personales que predicen la aparición del Burnout en los trabajadores sanitarios en contacto con personas afectadas de demencia, se han identificado múltiples variables vinculadas al estilo de afrontamiento del estrés (Gibbons, 2018; Payne, 2001), a las actitudes y los conocimientos que el trabajador posee acerca de la demencia o de sus síntomas (Hamama et al., 2016; Okamura et al., 2018), y a la satisfacción vital y laboral del propio trabajador (Sliwinski et al., 2014).

a) Afrontamiento del estrés

Se define como afrontamiento del estrés “Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los propios recursos del individuo” (Rodríguez Campuzano et al., 2013). Lazarus y Folkman distinguieron entre el afrontamiento orientado al problema y el afrontamiento orientado a la emoción (Folkman et al., 1986). Mientras que el afrontamiento orientado al problema intentaría responder directamente al problema generador del estrés, el afrontamiento orientado a la emoción buscaría moderar la respuesta emocional ante el evento estresante. En

numerosos estudios se ha encontrado una estrecha relación entre el afrontamiento evitativo con el síndrome de burnout (Aluja Fabregat et al., 2003).

b) Las Actitudes hacia la demencia

En un trabajo realizado por Nakahira et al. (2009) se observó que tener una actitud compasiva después de recibir una agresión de una persona afectada de demencia, comprendiéndola en su contexto y no tomándola como una ofensa, podría ayudar al trabajador a experimentar una mayor satisfacción laboral. Las actitudes positivas hacia los SPCD y hacia las personas afectadas de demencia (las que promueven su autonomía, no infantilizan al paciente y mantienen su dignidad) podrían ser un factor protector frente al riesgo de sufrir burnout de estos trabajadores (Kang et al., 2011). Por otro lado, en Zimmerman et al. (2005) se observó que aquellos trabajadores con una mayor satisfacción laboral y con una mayor percepción de competencia en el puesto de trabajo, tenían mejores actitudes hacia la demencia (actitudes centradas en la persona). Además, en el mismo trabajo se demostró que aquellos trabajadores con tan solo 1 o 2 años de antigüedad manifestaban sufrir más estrés (comparados con los de mayor antigüedad), sugiriendo que a mayor tiempo y experiencia trabajando con personas afectadas de demencia, se experimenta un menor riesgo de sufrir problemas de estrés (Zimmerman et al., 2005).

Así pues, tanto los conocimientos que posee el trabajador, como sus actitudes hacia los comportamientos difíciles del enfermo y hacia las personas con demencia en general, podrían ser factores protectores frente al estrés y el burnout que experimentan estos trabajadores.

Actualmente existen múltiples herramientas para valorar los conocimientos y las actitudes hacia la demencia. Sin embargo, la Escala de Actitudes hacia la Demencia (EAD), es la única escala validada en lengua española que valora las actitudes hacia la demencia (Serrani, 2012). Se trata de una escala con tres subescalas: Rechazo, Afecto y Experiencia. La subescala de *Rechazo* (EAD-R) valora el componente conductual de acercamiento versus evitación hacia el paciente con demencia. A mayor puntuación más conductas de alejamiento. La subescala de *Afecto* (EAD-A) valora lo que se siente hacia los pacientes con demencia y los sentimientos de

afecto y aproximación hacia el paciente con demencia. Y, por último, la subescala de *Experiencia* (EAD-E), valora los conocimientos acerca de la demencia.

c) La satisfacción vital

Aunque menos estudiado, otro factor relacionado con el burnout de los trabajadores sanitarios es la satisfacción vital, entendida como el aspecto cognitivo del bienestar emocional (Vázquez et al., 2013). Que los trabajadores se sientan satisfechos con su vida (con su familia, con sus hijos o con sus amigos) también podría contribuir a reducir el riesgo de sufrir agotamiento emocional en el personal sanitario (Sliwinski et al., 2014), ya que se ha demostrado que la satisfacción vital está negativamente relacionada con el burnout (Wang et al., 2019).

Una de las medidas más utilizadas en la literatura científica para medir la satisfacción vital, por su brevedad y sus cualidades psicométricas, es la escala Satisfaction With Life Scale (SWLS) (Vázquez et al., 2013).

**Intervenciones dirigidas a prevenir
el burnout en el personal sanitario
que trabaja con personas afectadas
de demencia**

4. INTERVENCIONES DIRIGIDAS A PREVENIR EL BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO QUE TRABAJA CON PERSONAS AFECTADAS DE DEMENCIA

A lo largo de los últimos decenios, se han realizado multitud de trabajos con el objetivo de mejorar las habilidades profesionales y el bienestar general de los trabajadores sanitarios en contacto con demencias. En este sentido, la importancia de dar una formación continuada y de calidad para aumentar la percepción de competencia y las habilidades de los trabajadores sanitarios en el manejo de los síntomas de la demencia es de incuestionable valor (Kitwood, 1997), no sólo para mejorar su autoeficacia y reducir su estrés, sino también para la mejora asistencial. Hoy por hoy, los planes directores de la Generalitat de Cataluña enfatizan la formación continuada del personal sanitario que atiende a personas afectadas de demencia como uno de los pilares esenciales para una buena asistencia, focalizando su interés principalmente en el manejo de los SPCD y en el modelo asistencial que deberían seguir idealmente los trabajadores, el Modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP) (Barbosa et al., 2015).

4.1 Intervenciones psicoeducativas

Las intervenciones psicoeducativas que se realizan en los contextos sociosanitarios y de residencias para los trabajadores sanitarios tienen como objetivo fundamental mejorar el estilo de comunicación con el enfermo (Bourgeois et al., 2004), así como a aumentar la percepción de eficacia en el puesto de trabajo, entrenando a los trabajadores en la anticipación, detección y rápida resolución de los SPCD (Barbosa et al., 2016; Elliott et al., 2016). En este contexto, los programas que han demostrado más efectividad son aquéllos dirigidos a la resolución y manejo de los SPCD (Spector et al., 2016). Sin embargo, a pesar de las intervenciones psicoeducativas, estudios recientes muestran que hoy por hoy, hasta 1 de cada 4 de trabajadores que está en contacto con demencias sigue llegando a sufrir agotamiento emocional (Dhaini & Zuñiga, 2015), asociado generalmente a los SPCD, a las demandas de este tipo de pacientes y a otros factores como la

sobrecarga laboral, la falta de tiempo, o la falta de reconocimiento del propio trabajo (Edvardsson et al., 2009). En este sentido, y a pesar de su enorme importancia, el aumentar los conocimientos acerca de la demencia o cambiar las actitudes de los trabajadores sanitarios hacia los síntomas o la enfermedad parece no ser suficiente para prevenir el riesgo de sufrir burnout.

4.2 Intervenciones dirigidas a reducir el estrés

En las últimas décadas, han sido muy pocas las intervenciones dirigidas al personal sanitario en contacto con personas afectadas de demencia que tengan por objetivo la reducción del estrés. En cierto sentido, tiene lógica que se haya investigado poco en esta dirección dado que los afrontamientos del estrés que mejor predicen el burnout son los orientados a la emoción en general, y el orientado a la evitación en particular (Folkman et al., 1986). Sin embargo, está empezando a surgir un gran volumen de publicaciones de intervenciones dirigidas al manejo de las emociones difíciles de los trabajadores sanitarios cuyo objetivo no es la evitación o aniquilación del estrés y la ansiedad, sino su gestión efectiva. Dichas intervenciones comparten el objetivo de que el trabajador no tiene que aprender a sentirse bien, sino a sentir bien (Baker et al., 2015). Este nuevo paradigma de intervenciones comprende lo que hoy por hoy conocemos como terapias de tercera generación (Eisenbeck et al., 2016), cuyo principal objetivo es el aumento de la flexibilidad psicológica (Kashdan, 2011).

La Flexibilidad Psicológica como estilo de afrontamiento del estrés y como factor protector del burnout

5. LA FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA COMO ESTILO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS Y COMO FACTOR PROTECTOR DEL BURNOUT

En lo que se refiere a los estilos de afrontamiento del estrés, sabemos que los trabajadores sanitarios que tienen contacto con poblaciones potencialmente agresivas y que usan estrategias de afrontamiento basadas en la evitación experiencial de las emociones, de los pensamientos y de las sensaciones desagradables, suelen tener unos niveles de estrés más elevados y corren un mayor riesgo de sufrir burnout (Clarke et al., 2015; Devereux et al., 2009; MacDonald et al., 2010; McConachie et al., 2014). Un estilo de afrontamiento del estrés diametralmente opuesto a la evitación experiencial, y esto es, basado en la Flexibilidad Psicológica (FP), podría llegar a prevenir el desarrollo del burnout en el puesto de trabajo (Ruiz & Odriozola-González, 2017).

5.1 La Flexibilidad Psicológica

La *flexibilidad psicológica* es el constructo central del modelo de salud psicológica de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al., 1999). Ser capaces de reconocer las demandas de una situación concreta y saber adaptarnos a ellas, ser capaces de cambiar de estrategia para solucionar un problema cuando es necesario, o no obedecer de forma ciega y reactiva a nuestros impulsos, son las características que definen a este estilo de afrontamiento del estrés diametralmente opuesto a la *evitación experiencial*, entendida como la conducta de evitación de las propias emociones, pensamientos o sensaciones desagradables (Hayes et al., 2006).

Entre otras cosas, los bajos niveles de flexibilidad psicológica han demostrado ser buenos predictores de ansiedad, depresión, abuso de sustancias, menor calidad de vida y problemas en el entorno laboral. De hecho, en numerosos estudios, el constructo de flexibilidad psicológica se ha visto relacionado con un menor riesgo de sufrir burnout en el puesto de trabajo (Moran, 2015).

5.2 Componentes de la flexibilidad psicológica

La flexibilidad psicológica se compone de seis procesos psicológicos básicos (Contacto con el momento presente, Aceptación, Defusión, Yo-contexto, Valores y Acción comprometida). Cada uno de ellos, se concibe dentro de la terapia de aceptación y compromiso como una habilidad psicológica positiva, y se agrupan en el diagrama hexaflex (Figura2).

Figura 2. Hexaflex de la Flexibilidad psicológica



a) Contacto con el momento presente: ACT promueve el contacto con el momento presente y con la conciencia plena, sin luchar con los eventos psicológicos y ambientales en la medida que ocurren. El objetivo es que el sujeto experimente el mundo de manera más directa y más consciente para posibilitar que su comportamiento sea más flexible y, por lo tanto, sus acciones sean más consistentes con los valores que tienen.

b) Aceptación: La aceptación se enseña como una alternativa a la evitación experiencial. La aceptación implica el abrazo activo y consciente de los eventos privados ocasionados por la propia historia sin intención de cambiar su frecuencia o forma, especialmente cuando hacerlo causaría un daño psicológico.

c) Defusión: Las técnicas de defusión cognitiva intentan alterar las funciones indeseables de los pensamientos y otros eventos privados, en lugar de intentar alterar su forma, frecuencia o sensibilidad situacional. Dicho de otra manera, la ACT intenta cambiar la forma en que uno interactúa o se relaciona con los pensamientos mediante la creación de contextos en los que las funciones inútiles de los pensamientos (aquellas funciones que empujan a la evitación experiencial) se ven disminuidas. El resultado de la defusión suele ser una disminución de la credibilidad o el apego a eventos privados en lugar de un cambio inmediato en su frecuencia.

d) Yo-contexto: La ACT distingue entre el Yo contenido (el relato que la mente hace sobre nuestra identidad), el Yo proceso (aquello que va apareciendo en nuestra experiencia inmediata), y el Yo contexto (una sensación de continuidad del yo que llegamos a percibir a través de un proceso de profundización en la autoconciencia). Conectamos con el Yo contexto cuando llegamos a tener conciencia de que estamos teniendo conciencia. El yo contexto podría equipararse a ese Yo que observa, inmutable en el tiempo y recipiente de todas nuestras experiencias.

e) Valores: Los valores son cualidades que nunca pueden obtenerse como un objeto, pero que pueden ejemplificarse a través de nuestras acciones momento a momento. ACT utiliza una variedad de ejercicios para ayudar a los clientes/pacientes a elegir direcciones para su vida en varios dominios (por ejemplo, familia, carrera, espiritualidad). El objetivo último de la ACT es conseguir que la persona dirija su vida siguiendo la dirección de sus valores y no huyendo de las emociones que teme (evitando sus experiencias difíciles).

f) Acción comprometida: Por último, la ACT fomenta el desarrollo de patrones cada vez más amplios de acción eficaz vinculados a los valores elegidos. Los esfuerzos de cambio de comportamiento del cliente/paciente conducirán al

contacto con barreras psicológicas que se abordan a través de los otros procesos de ACT (aceptación, defusión, etc.).

5.3 Medición de la flexibilidad psicológica

El instrumento más comúnmente usado en la literatura científica para valorar la flexibilidad psicológica es el Acceptance and Action Questionnaire-II (Bond et al., 2011), que dispone de una versión española que ha mostrado propiedades psicométricas adecuadas (Ruiz et al., 2013). El AAQ-II evalúa la evitación experiencial/inflexibilidad psicológica a través de 7 ítems con un formato de respuesta tipo Likert del 1 (nunca es verdad) al 7 (siempre es verdad). Se trata pues de una medida inversa de la flexibilidad, así mayores puntuaciones en el test indican menor flexibilidad psicológica y mayor evitación experiencial.

5.4 La flexibilidad psicológica en el personal sanitario que trabaja con personas afectadas de demencia

A pesar de que la flexibilidad psicológica ha sido estudiada ampliamente en el contexto laboral (Moran, 2015) y en multitud de poblaciones de trabajadores sanitarios (Blanco et al., 2017; Clarke et al., 2015; Devereux et al., 2009; McConachie et al., 2014; Noone & Hastings, 2011; Ramaci et al., 2019), bajo el conocimiento del autor, ningún estudio hasta la fecha ha valorado el constructo de flexibilidad psicológica en los profesionales que trabajan con demencias. Valorar dicho constructo en este colectivo podría ayudar a esclarecer cuál es el estilo de afrontamiento del estrés de estos profesionales de cara a poder diseñar un plan de intervención dirigido a disminuir sus niveles de estrés y el riesgo de sufrir burnout.

La Terapia de Aceptación y Compromiso

6. LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es un tipo de intervención basada en la evidencia que ha demostrado tener efectos positivos no solo sobre la flexibilidad psicológica de los trabajadores (Moran, 2015), sino que, también ha demostrado efectos positivos incrementando el rendimiento, aumentando la satisfacción laboral y la salud mental de éstos (Bond & Bunce, 2003).

A diferencia de las terapias cognitivas, el objetivo principal de la terapia de la ACT no es acabar o reducir la ansiedad, la tristeza o el malestar, sino aumentar la flexibilidad psicológica; es decir, potenciar la conexión con la experiencia del momento presente sin resistencia ni lucha, y cambiar o persistir en el comportamiento actual en busca de las metas y los valores personales (Hayes, et al., 2006).

El modelo de ACT sostiene que la flexibilidad psicológica está en el centro de la salud mental. A través de sus seis procesos terapéuticos (Conexión con el momento presente, Defusión del pensamiento, Yo contexto, Aceptación, Conexión con los valores y Acción comprometida), guía a los pacientes hacia abrirse a su experiencia y conectar con sus valores.

En lo que se refiere a sus aplicaciones prácticas, la ACT no sólo ha sido aplicada en el contexto clínico, sino que también se ha usado frecuentemente en el contexto laboral (Moran, 2015). En lo que se refiere al contexto de los trabajadores sanitarios se ha utilizado para disminuir el burnout, y generalmente se ha presentado la intervención con un formato breve, de una o dos sesiones (Clarke et al., 2015; McConachie et al., 2014). Un formato comúnmente utilizado es el 2+1, que supone que los participantes asistan a dos sesiones de tres horas de entrenamiento dentro de su jornada laboral (una sesión por semana durante dos semanas consecutivas), con una tercera sesión de recordatorio entre uno y tres meses después (Flaxman et al., 2013)

6.1 La Terapia de Aceptación y Compromiso en trabajadores sanitarios y en cuidadores no profesionales

En lo que refiere a los cuidadores de personas con demencia, las intervenciones grupales para reducir el estrés y la sobrecarga (burden) se han mostrado efectivas cuando son aplicadas a cuidadores informales (Abrahams et al., 2018), y en este contexto, aquellas basadas en ACT (Collins & Kishita, 2018) se han mostrado especialmente útiles a la hora de reducir el estrés y la ansiedad de los cuidadores informales en comparación con las intervenciones de corte cognitivo-conductual (Losada et al., 2015). Por otro lado, a pesar de que hoy por hoy existen varios estudios que valoran intervenciones basadas en ACT dirigidas a trabajadores sanitarios (Blanco et al., 2017; Clarke et al., 2015; Frögéli et al., 2015; McConachie et al., 2014; Valverde et al., 2017) o a cuidadores informales de personas con demencia (Collins & Kishita, 2018; Losada et al., 2015), no existen precedentes conocidos por el autor en aplicar una intervención basada en ACT en profesionales sanitarios que trabajan con demencias.

Hipótesis y objetivos

7. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

7.1. Planteamiento de la Tesis

Estudiar la flexibilidad psicológica y las dificultades emocionales que experimenta el colectivo de trabajadores sanitarios en contacto con personas afectadas de demencia, nos permitirá en un primer lugar establecer un punto de partida para el diseño de un plan de intervención dirigido a disminuir el riesgo de burnout de estos trabajadores. Por otro lado, diseñar y valorar la efectividad de un programa basado en ACT para dicho propósito, permitiría establecer un precedente de formación para los sanitarios completamente distinto del tipo de formaciones que recibe normalmente este colectivo. Esto es, un tipo de formación sanitaria dirigida exclusivamente a modificar el estilo de afrontamiento del estrés y aprendiendo a manejar las emociones difíciles en el puesto de trabajo. Consecuentemente, la presente Tesis se plantea en dos fases que dan lugar a dos estudios, la primera fase de evaluación consiste en un primer estudio de carácter descriptivo dirigido a evaluar la carga emocional de los trabajadores sanitarios en contacto con demencias, y la segunda fase consiste en diseñar, implementar y evaluar los efectos de una intervención basada en ACT pensada específicamente para disminuir los niveles de Burnout. En el primer estudio se describe una muestra de trabajadores sanitarios en contacto con demencias y se evalúan las actitudes hacia la demencia, la flexibilidad psicológica, la ansiedad rasgo, la satisfacción vital y las tres variables del burnout (agotamiento emocional, despersonalización y realización profesional). En la segunda fase se implementó y se evaluó la efectividad de un programa de entrenamiento en ACT específicamente diseñado para trabajadores sanitarios en contacto con demencias, lo cual dio lugar a un segundo estudio.

7.2 Objetivos

7.2.1 *Objetivos Generales*

- Evaluar los niveles de burnout en una muestra de personal sanitario que trabaja con demencias

- Diseñar e implementar una intervención basada en ACT y dirigida al personal sanitario que trabaja con demencias
- Evaluar la efectividad de la intervención basada en ACT

7.2.2 *Objetivos específicos*

- Analizar la relación entre la inflexibilidad psicológica y el burnout en una muestra de personal sanitario que trabaja con demencias
- Analizar los efectos de la intervención basada en ACT en los niveles de burnout en una muestra de personal sanitario
- Analizar los efectos de la intervención basada en ACT sobre los niveles de ansiedad rasgo en una muestra de personal sanitario
- Analizar los efectos de la intervención basada en ACT sobre la satisfacción vital en una muestra de personal sanitario
- Analizar los efectos de la intervención basada en ACT sobre los niveles de flexibilidad psicológica en una muestra de personal sanitario

7.3 Hipótesis de trabajo

ESTUDIO 1: Estudio descriptivo del estado emocional de los trabajadores sanitarios y su satisfacción en el puesto de trabajo.

- Los trabajadores sanitarios que están en contacto con personas afectadas de demencias presentan altos niveles de burnout (alto agotamiento emocional, alta despersonalización y baja realización profesional)
- Los niveles de alto agotamiento emocional se relacionan con bajos niveles de flexibilidad psicológica
- El nivel de inflexibilidad psicológica se relacionará de manera más intensa con el nivel de burnout que las actitudes hacia la demencia.
- Los niveles de burnout se relacionan con los niveles de satisfacción vital y los niveles de ansiedad de los trabajadores

- Los conocimientos sobre la demencia no se relacionan con los niveles de burnout de los trabajadores.

ESTUDIO 2: Estudio para valorar la efectividad de un programa de entrenamiento en ACT diseñado específicamente para los trabajadores sanitarios en contacto con demencias.

- El grupo experimental, tras la intervención, mostrará una disminución de los niveles de agotamiento emocional y de ansiedad rasgo.
- El grupo experimental, tras la intervención, mostrará una disminución de la inflexibilidad psicológica y un aumento de la autorrealización en comparación con el grupo control.
- El grupo experimental, tras la intervención, mostrará una disminución de sus niveles de despersonalización.
- El grupo experimental, tras la intervención, mostrará un aumento de la satisfacción vital.
- No se esperan cambios significativos en el grupo control.

Método

8. MÉTODO

La investigación se llevó a cabo entre mayo de 2017 y septiembre de 2018 en el Centro Sociosanitario Ricard Fortuny (CSSRF), ubicado en Vilafranca del Penedès (Barcelona). Este centro está compuesto por 6 unidades de hospitalización de larga estancia, 2 unidades de residencia, hospital de día, centro de día y una unidad de cuidados paliativos. En todas las unidades hay personas con deterioro cognitivo y/o demencia, por lo que todos los trabajadores sanitarios que participaron en el estudio estuvieron en contacto con personas afectadas de demencia.

El proyecto del cual forman parte los estudios contó con la aprobación del Comité de Ética del Hospital Comarcal de Vilafranca del Penedès (HCAP). La investigación se llevó a cabo de acuerdo con la última versión de los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki promulgada por la Asociación Médica Mundial. Todos los participantes dieron y firmaron el consentimiento firmado antes de formar parte del estudio.

Se llevó a cabo un primer estudio de carácter transversal descriptivo y posteriormente un ensayo controlado aleatorio. Los participantes fueron asignados al azar a un grupo de intervención (que recibieron la intervención ACT) o a un grupo de control paralelo en lista de espera. Las medidas de resultado se recopilaron en ambos grupos antes y después de la intervención y el seguimiento a los 3 y 12 meses.

8.1 Participantes

Todos los trabajadores sanitarios (N = 246) fueron invitados a participar en el estudio, exceptuando aquellos que estaban enfermos o de vacaciones. Para la captación de la muestra se realizaron una serie de charlas informativas en cada una de las unidades y turnos de trabajo del centro para ofrecer la posibilidad de realizar un curso para aprender a gestionar emociones con mayor eficacia en el contexto laboral. Un total de 105 aceptaron formar parte del estudio y firmar el consentimiento informado. La participación en el estudio fue voluntaria y fuera del horario laboral.

Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 18 años y tener al menos 6 meses de experiencia en el centro. Los participantes que firmaron el consentimiento informado y completaron la evaluación inicial (n=105) fueron asignados aleatoriamente a uno de los dos grupos: el Grupo de Intervención (GI; n = 51) o el Grupo de Control de la lista de espera (GC; n = 54). La tasa de abandono al final de la intervención en el conjunto de la muestra fue del 15,5%, del 17,3% a los 3 meses de seguimiento y del 20% a los 12 meses de seguimiento. Aunque el efecto de atrición fue mayor en el GI, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las tasas de atrición de los grupos.

Al inicio del estudio se comprobó que los grupos eran homogéneos, y también se comprobó la similitud del perfil de las personas que abandonaron el estudio respecto a aquellas que continuaron. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni entre grupos al inicio del estudio, ni entre las personas que abandonaron y las que continuaron hasta el final.

8.2. Instrumentos y medidas

Los datos demográficos y las medidas de resultado se recopilaron antes de la primera sesión, después de la intervención y a los 3 y 12 meses posteriores a la intervención. Además, se formularon una serie de preguntas cualitativas sobre la duración y los puntos principales de la intervención ACT después de la intervención.

8.2.1 Flexibilidad Psicológica

La Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II) (Bond et al., 2011) es un cuestionario que mide de manera inversa la flexibilidad psicológica, por lo que en realidad evalúa la inflexibilidad psicológica. Consta de 7 ítems con un formato de respuesta Likert de 1 (nunca verdadero) a 7 (siempre verdadero) (Bond et al., 2011). Se administró la versión en español, (Ruiz, Langer Herrera, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013) la cual presenta buena confiabilidad, validez de constructo, validez de criterio y validez discriminante. La consistencia interna en toda la muestra fue excelente ($\alpha = 0,91$; n = 105). Su fiabilidad test-retest en el GC al final

de la intervención, a los 3 meses y 12 meses con respecto a la medida basal, osciló entre $r_{\text{post}} = 0,80$ ($p < 0,001$; $n = 49$) a $r_{12m} = 0,70$ ($p < 0,001$; $n = 45$).

8.2.2 Burnout: agotamiento emocional, Despersonalización y realización personal.

La Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach, Jackson y Leiter, 1996) es un inventario que dispone de una versión española (Gil-Monte & Peiró, 1999). Se divide en tres subescalas: 9 ítems que evalúan el Agotamiento Emocional (EE) en relación con el puesto de trabajo; 5 ítems que evalúan la Despersonalización (DP) o actitudes negativas del trabajador hacia los pacientes; y 8 ítems que evalúan el Realización Personal (AF) o sentimientos de competencia hacia el propio trabajo. La consistencia interna de la muestra fue excelente ($\alpha = 0,83$; $n = 105$) para la escala EE, buena para la escala PA ($\alpha = 0,73$; $n = 105$) y moderada para la escala DP ($\alpha = 0,46$; $n = 105$). Su fiabilidad test-retest en el GC al final de la intervención, a los 3 meses y 12 meses con respecto a la medida basal, fue adecuada. Esto varió desde $r_{\text{post}} = 0,76$ ($p < 0,001$; $n = 49$) en la escala de DP a $r_{\text{post}} = 0,90$ ($p < 0,001$; $n = 49$) en la escala de EE.

8.2.3 Ansiedad rasgo

La versión en español de la subescala Ansiedad-Rasgo del State and Trait Anxiety Inventory (STAI-T) se utilizó como medida de ansiedad rasgo y bienestar emocional. Las cualidades psicométricas de su versión en español muestran buena validez y confiabilidad (Spielberger et al., 1971). La consistencia interna de la muestra fue excelente ($\alpha = 0,83$; $n = 105$). Su fiabilidad test-retest en la muestra al final de la intervención, a los 3 meses y a los 12 meses, fue adecuada, y osciló entre $r_{\text{post}} = 0,84$ ($p < 0,001$; $n = 49$), a $r_{12m} = 0,81$ ($p < 0,001$; $n = 45$).

8.2.4 Satisfacción vital

La Satisfaction with life Scale (SWLS) (González et al., 2016) es una escala que evalúa la satisfacción vital y consta de 5 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 1 (muy en desacuerdo) a 7 (muy de acuerdo). Se utilizó la versión en

español (Vázquez, Duque y Hervás, 2013) que se ha mostrado válida y confiable (Vázquez, Duque y Hervás, 2013). La consistencia interna de la muestra fue excelente ($\alpha = 0,85$; $n = 105$). Su fiabilidad test-retest en el GC al final de la intervención, a los 3 meses ya los 12 meses con respecto a la medida basal fue adecuada. Esto osciló entre $r_{\text{post}} = 0.83$ ($p < .001$; $n = 49$) a $r_{12m} = 0.76$ ($p < .001$; $n = 45$).

8.2.5 Actitudes hacia la Demencia

La Escala de Actitudes hacia la Demencia (EAD) (Serrani et al., 2012) es una escala de 20 ítems con 7 opciones de respuesta (0=nunca; 6=cada día) y con tres subescalas: rechazo, afecto y experiencia. La subescala de rechazo (EAD-R) valora el componente conductual de acercamiento versus evitación hacia el paciente con demencia. Está compuesta por 7 ítems y sus puntuaciones oscilan entre 7 y 49. A mayor puntuación más conductas de alejamiento. La subescala de afecto (EAD-A) valora lo que se siente hacia los pacientes con demencia. Está constituida por 4 ítems y sus valores oscilan de 4 a 20, donde a mayor puntuación, mayores sentimientos de afecto y aproximación hacia el paciente con demencia. Y, por último, la subescala de experiencia (EAD-E), valora los conocimientos acerca de la demencia. Consta de 9 ítems, y sus puntuaciones oscilan entre 9 y 63. A mayor puntuación mayores conocimientos sobre la demencia. La escala ha mostrado tener unas propiedades psicométricas adecuadas (Serrani, 2012). Sin embargo, en la muestra se obtuvieron resultados de fiabilidad baja para la subescala de Experiencia ($\alpha = 0.036$).

8.2.6 Preguntas cualitativas.

En las medidas post-intervención se pidió a los participantes que respondieran en el protocolo de pruebas sobre la duración y los contenidos del curso. En cuanto a la duración, una pregunta se refería a la duración del curso y la otra a la duración de las sesiones. Se pidió a los participantes que respondieran a estas preguntas con opción múltiple (corto-adequado-largo). Por otro lado, se hicieron dos preguntas

cualitativas abiertas sobre los contenidos del curso (¿Qué te llevas del curso? ¿Qué es lo que más te ha gustado del curso?).

8.3. Intervención

La intervención fue diseñada específicamente para trabajadores que prestan servicios en el contexto de los cuidados de personas afectadas de demencia, y constaba de 6 sesiones (una por semana), de 90 minutos de duración cada una, para poder implementar todos los componentes del Hexaflex de la ACT (Contacto con el Momento Presente, Aceptación, Yo como Contexto, Defusión Cognitiva, Valores y Acción Comprometida) en las diferentes sesiones. (Hayes, et al., 2006).

Cada sesión incluyó: 1) la explicación y vivencia de uno de los conceptos del hexaflex a través de un ejercicio experiencial y varias metáforas, 2) un ejercicio de contacto con el momento presente, y 3) la recomendación de varias tareas para realizar en casa. Los ejercicios realizados a lo largo de la intervención fueron diseñados específicamente para trabajadores sanitarios en contacto con personas afectadas por demencia. Por ejemplo, en los ejercicios de toma de perspectiva, los trabajadores debían ponerse en la piel del paciente, aumentando la empatía y la compasión hacia él. En cuanto a las metáforas, se relacionaron con las emociones difíciles que experimentan los trabajadores de la salud ante los SPCD. Finalmente, se presentó el contacto con el momento presente como una herramienta para incrementar la conexión y la comunicación efectiva con los pacientes.

El cierre de cada sesión incluyó un breve resumen de la sesión y unas tareas para casa, que constaban de tres ejercicios prácticos. La tarea realizada en casa siempre se repasó al comienzo de cada sesión. En la Figura 3 se muestra una síntesis de contenido de las sesiones.

Sesión	Contenido de la sesión	Tareas para casa
1	Contacto con el momento presente: Se introdujeron los dos modos de funcionamiento de la mente (piloto automático vs. Conciencia plena). Se realizó una dinámica grupal para descubrir las ventajas e inconvenientes de usar ambos modos en el contexto de cuidar. También se realizó un ejercicio de meditación para tomar un primer contacto con el Mindfulness. Al final de la sesión se introdujo el concepto de defusión cognitiva.	<ul style="list-style-type: none"> - Comprométete con dos actividades que normalmente haces en piloto automático. - Meditación respiratoria 2 veces al día. - Deshazte de un hábito todos los días.
2	Defusión: Se introdujeron los conceptos de fusión cognitiva y reactividad. A través de una serie de dinámicas y metáforas, el terapeuta sensibilizó a los participantes sobre los constantes juicios de la mente y la influencia que estos tienen sobre las pequeñas decisiones a lo largo del día. La importancia de la historia personal se enfatizó mediante una adaptación del ejercicio de los "números" (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Se realizó una meditación breve y finalmente se introdujo el concepto de Aceptación.	<ul style="list-style-type: none"> - Practicar el contacto con el momento presente - Observa a una persona todos los días y fíjate en los juicios que surgen. - Atacar la vergüenza e implementar técnicas de defusión.
3	Aceptación: Se explicó el concepto de Evitación Experiencial a través de la metáfora del tigre (Hayes et al., 1999) y ejercicios experienciales. A través de la experiencia, se demostró que las emociones desagradables no son necesariamente nuestros enemigos. Se transmitió la idea de que necesitamos contactar y dar cabida a nuestras emociones en lugar de huir de ellas para lograr lo que nos importa. Al final de la sesión, se introdujo la herramienta MATRIX (Polk et al., 2016)	<ul style="list-style-type: none"> -Meditación Body Scan (2 veces al día). -Tomar el propósito de ducharse con agua fría para practicar la defusión cognitiva y la aceptación. -Observa cada día la forma en que se alimenta al tigre
4	Valores: Se introdujo la distinción entre valores y metas. Se realizó el ejercicio experiencial "Sweet Spot" (Hayes et al., 1999) y se estableció la distinción con distintas metáforas. Al final de la sesión, se retomó la herramienta MATRIX y cada asistente la llenó con sus experiencias personales.	<ul style="list-style-type: none"> - Meditación de la bondad (2 veces al día). - Trate de notar un paso adelante y un paso atrás con la MATRIX todos los días. - Se eligió una pequeña acción con el propósito de mejorar algunos aspectos del lugar de trabajo para ser cumplida durante la semana. También se pidió a los participantes que realizaran una buena acción y que no se lo contaran a nadie hasta la próxima sesión.
5	El yo-contexto: Al inicio de la sesión se revisó la utilidad y las experiencias personales con la MATRIX. Luego, para conectar con el yo como contexto, se utilizaron la metáfora del cielo y las nubes y la metáfora del ajedrez. También se utilizó una meditación para ese propósito. También se realizaron varios ejercicios experienciales con el fin de conectar con la idea de tomar perspectiva y con las emociones de Gratitud y Compasión.	<ul style="list-style-type: none"> -La Auto Meditación del Observador (2 veces al día). - Tarea de los 10 dedos (Ejercicio de gratitud y toma de perspectiva). - Presencia con el enemigo: encuentra a una persona difícil y trata de observarla atentamente con aceptación y compasión.
6	Acción comprometida: Se realizó el ejercicio "Preocupación vs. cuidado" (Lejeune, 2007) para aclarar la importancia de la acción comprometida y aprender a anticipar sus posibles barreras, relacionándolas siempre con la MATRIX. Se analizaron las barreras personales en grupo y se propusieron posibles soluciones. El terapeuta realizó una acción comprometida en la sesión que reflejó un valor personal, para agradecer a los asistentes su presencia durante el curso. Tras esta experiencia, el curso finalizó discutiendo la importancia de la acción comprometida y de seguir los valores personales.	

Figura 3. Contenido de las sesiones del Grupo Intervención

8.4. Procedimiento

Previamente a reclutar a la muestra, se diseñaron unas charlas informativas para captar a los participantes en el estudio. En estas charlas se informaba brevemente del proyecto de investigación acerca de la ACT y la Flexibilidad Psicológica. También se explicaba la posibilidad de recibir un programa de formación para la gestión de las emociones. Estas charlas se realizaron a todo el personal del CSSRF (exceptuando las personas que estaban de baja o de vacaciones) contemplando todos sus turnos. Se realizaron más de 20 charlas (una por turno de trabajo y unidad asistencial). Cuando estas terminaban, se invitaba a los participantes a rellenar un breve cuestionario con los datos de filiación, y se les facilitaba el protocolo de evaluación previa a la intervención, con la indicación expresa de que cuando lo hubieran rellenado lo depositaran en unas cubetas colocadas en cada unidad asistencial.

Una vez reclutados los 105 participantes, se procedió a aleatorizar la muestra mediante el programa informático Excel.

Una vez aleatorizada la muestra, se invitó a los sujetos del grupo experimental a participar en el programa de ACT. La intervención ACT se realizó fuera de la jornada y dentro del contexto laboral, en 5 grupos diferentes que contaban con un mínimo de 6 trabajadores de la salud y un máximo de 14. Dicho programa se realizó en varios horarios y en días diferentes de la semana para poder ajustarse a las necesidades de los participantes y que tuvieran varias opciones, dado que el curso se realizaba fuera del horario laboral. En concreto, se realizaron 5 grupos en diferentes días y horarios (mañana, mediodía o tarde). Los grupos fueron conducidos por un neuropsicólogo del Centro Sociosanitario Ricard Fortuny con amplia formación y experiencia en el cuidado de la demencia y ACT, siguiendo las pautas de algunas dinámicas propuestas en los manuales de la ACT en contextos laborales (Flaxman et al., 2013), así como con dinámicas generadas específicamente para los trabajadores del contexto de atención a la demencia, guiadas por los principios básicos de cada uno de los componentes del hexaflex (Hayes, & Bond., 2006).

Desde la primera sesión se introdujo la importancia del contacto con el momento presente como concepto clave para aprender a no dejarse arrastrar por las

emociones y ayudar a los participantes a entrar en contacto con sus valores personales.

Una vez realizados los grupos terapéuticos, en la última sesión se procedió a recoger los datos de la evaluación post. En ese mismo momento también se recogieron los datos del grupo control. A los 3 y a los 12 meses de seguimiento se recogieron los datos de los protocolos de evaluación a todos los participantes.

8.5. Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó con el programa Statistical Package for Social Sciences, versión 25.0 para Windows (SPSS Inc., Chicago, Illinois, EE. UU.).

Se realizó un análisis descriptivo utilizando frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas, y medias y desviación estándar para las cuantitativas. Se realizaron pruebas t de Student Fisher y Ji-cuadrado de Pearson para muestras independientes para comparar las variables sociodemográficas y los niveles basales de las variables de respuesta al estudio del GI y GC. De manera similar, se comparó a las personas que terminaron y no terminaron el estudio. El supuesto de normalidad se evaluó mediante la prueba de Shapiro-Wilks, y el supuesto de homogeneidad de la varianzas se evaluó con la prueba de Levene de igualdad de varianzas. Para las variables cuantitativas cuya normalidad no se pudo asumir, se utilizaron las pruebas U de Mann-Whitney y también se proporcionaron medianas y cuartiles como alternativa a la comparación de medias. Se utilizaron pruebas de chi-cuadrado para comparar el porcentaje de pérdidas post-intervención a los 3 meses y a los 12 meses de seguimiento. Se estableció un riesgo α de 0,05.

El análisis de las variables de resultado se llevó a cabo bajo un enfoque de intención de tratar, utilizando la medida de la línea de base en lugar del valor faltante. Se realizó un modelo lineal general (split-plot o ANOVA mixto), con el factor tiempo como factor intra-sujeto y con el factor grupo como factor inter-sujetos, en el que se incluyó la interacción tiempo x grupo. Todos los contrastes fueron bilaterales con un nivel de significación de 0.05. Se utilizó el ajuste de Bonferroni para comparaciones múltiples. El tamaño de los efectos se estimó con el coeficiente d de Cohen ($|d| > 0.50$ se consideró un tamaño de efecto moderado y $|d| > 0.80$ grande).

Publicaciones

ESTUDIO 1

Montaner, X., Tárrega, S., Pulgarin, M., & Moix, J. (2021). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in Professional Dementia Caregivers Burnout. Clinical gerontologist, 1-12. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/07317115.2021.1920530>



ORIGINAL

Flexibilidad psicológica, burnout y satisfacción vital en profesionales que trabajan con personas afectadas de demencia



Xavier Montaner^{a,b,*}, Salomé Tárrega^{c,d} y Jenny Moix^a

^a Departament de Psicologia Bàsica, Evolutiva i de l'Educació, Facultat de Psicologia, Universitat Autònoma de Barcelona, Campus de Bellaterra, Cerdanyola del Vallès, España

^b Consorci Sociosanitari Ricard Fortuny, Vilafranca del Penedès, España

^c Facultat de ciències de la Salut de Manresa, Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya, Manresa, España

^d Estudis de Psicologia i Ciències de l'Educació, Universitat Oberta de Catalunya, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 4 de mayo de 2020

Aceptado el 28 de octubre de 2020

On-line el 16 de febrero de 2021

Palabras clave:

Aceptación
Flexibilidad psicológica
Burnout
Demencia
Enfermería

R E S U M E N

Introducción: La complejidad clínica de la demencia, su carga física y las agresiones potenciales asociadas a los síntomas psicológicos y conductuales podrían poner a los trabajadores sanitarios que trabajan con personas afectadas de demencia en un alto riesgo de sufrir burnout. Ciertas actitudes hacia la demencia y determinados estilos de afrontamiento del estrés podrían ser un factor protector del estrés que experimentan estos trabajadores. Por otro lado, se ha demostrado que un estilo de afrontamiento basado en la flexibilidad psicológica puede llegar a prevenir el desarrollo del burnout en el puesto de trabajo. El presente estudio analiza la relación de los niveles de burnout, flexibilidad psicológica, actitudes hacia la demencia, ansiedad y satisfacción vital en una muestra de trabajadores que trabajan con demencias.

Método: Se reclutó una muestra de 105 trabajadores sanitarios del Centro Sociosanitario Ricard Fortuny (centro de día, hospital de día, residencia y unidades de hospitalización), y se valoró la inflexibilidad psicológica (AAQII), los niveles de burnout (MBI), la satisfacción vital (SWL), ansiedad (STAI-R), y las actitudes hacia la demencia (EAD).

Resultados: La inflexibilidad psicológica mostró una relación positiva y significativa con 2 dimensiones del burnout (MBI-AE [$r = 0,342$; $p < 0,01$]; MBI-D [$r = 0,328$; $p < 0,01$]) y con la ansiedad ($r = 0,723$; $p < 0,01$), y una relación negativa con la satisfacción vital ($r = -0,485$; $p < 0,01$) y con la actitud de afecto ($r = -0,209$; $p < 0,05$). También se encontró una relación negativa entre la dimensión de rechazo con el agotamiento emocional ($r = 0,313$; $p < 0,01$) y la despersonalización ($r = -0,328$; $p < 0,01$).

Conclusiones: Los participantes con mayor flexibilidad psicológica, además de sentir más satisfacción vital, eran menos propensos a sufrir agotamiento emocional, a despersonalizar a los pacientes con demencia, y sentían más afecto por ellos. Por otro lado, no se encontró ninguna relación entre los niveles de burnout y la dimensión cognitiva de las actitudes hacia la demencia (los conocimientos que el trabajador posee acerca de la demencia). Los resultados obtenidos tienen implicaciones significativas respecto al tipo de formación que se da a los trabajadores sanitarios que trabajan con personas con demencia. Intervenciones psicoeducativas que promuevan la flexibilidad psicológica podrían ayudar a disminuir el riesgo de sufrir burnout en estos trabajadores sanitarios.

© 2020 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Psychological flexibility, burnout and job satisfaction in dementia care workers

A B S T R A C T

Keywords:

Acceptance
Psychological flexibility
Burnout
Dementia
Nursing

Introduction: The clinical complexity of dementia, its physical burden, and the potential assaults associated with psychological and behavioral symptoms, could put healthcare workers working with dementia at high risk of burnout. Certain attitudes toward dementia and certain coping styles may be a protective factor against the stress experienced by these workers. On the other hand, it has been shown that a coping style based on psychological flexibility can prevent the development of burnout in the workplace.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: xavier.casino@gmail.com (X. Montaner).

The present study analyzes the relationship between levels of burnout, psychological flexibility, attitudes towards dementia and life satisfaction in a sample of healthcare workers who work with people affected by dementia.

Methods: A sample of 105 healthcare workers from the Ricard Fortuny Social Hospital was recruited (day hospital, hospitalization unit, and nursing home), and psychological flexibility (AAQII), burnout levels (MBI), life satisfaction (SWL), anxiety (STAI-R), and attitudes towards dementia (EAD) were assessed.

Results: Psychological inflexibility showed a positive relationship with 2 dimensions of burnout (emotional exhaustion [$r = .342, P < .01$]; depersonalization [$r = .328, P < .01$]), and with anxiety ($r = .723, P < .01$), and also showed a negative relation with life satisfaction ($r = -.485, P < .01$) and affect attitude ($r = -.209; p < .05$). It was also found a negative relation between rejection attitude with emotional exhaustion ($r = -.328, P < .01$) and with depersonalization ($r = -.328; P < .01$).

Conclusions: Those participants with greater psychological flexibility, in addition to feel more satisfaction with life, were found to be less likely to feel emotionally exhausted, to depersonalize patients with dementia, and felt more affection for them. On the other hand, no relationship was found between Burnout levels and the cognitive dimension of Attitudes towards dementia (the worker's knowledge of dementia). The results have significant implications regarding the type of training that is given to healthcare workers who work with people affected by dementia. Psychoeducational interventions promoting the psychological flexibility could help to reduce the risk of burnout in healthcare workers who work with dementia.

© 2020 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

En la actualidad, los cuidados de las personas con demencia recaen en gran medida en el personal de enfermería y el personal auxiliar de enfermería de los centros sociosanitarios, de las unidades psicogeríatras o de los centros residenciales. En estos servicios, los trabajadores ayudan a las personas afectadas de demencia a realizar las actividades más básicas de la vida diaria, manteniendo una interacción prolongada con ellos a lo largo del día y promocionando o compensando su autonomía¹. Esta interacción continuada, a pesar de que puede llegar a generar altos niveles de estrés en el personal sanitario², es un factor fundamental para la calidad de vida del paciente³.

Además del esfuerzo que conlleva promover la autonomía de los pacientes, otra dificultad con la que se enfrentan los sanitarios al cuidado de las personas afectadas de demencia son los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD)⁴. Este conjunto de síntomas engloba problemas como la agresividad, las alucinaciones o la desinhibición conductual entre muchos otros, y se estima que podrían tener lugar en 9 de cada 10 casos a lo largo de la enfermedad⁵. En instituciones como los centros sociosanitarios o las residencias, donde la prevalencia de personas afectadas de demencia o de síndrome confusional suele ser muy elevada⁶, la manifestación más habitual de los SPCD es la conducta de agresividad física, verbal o sexual hacia el personal de enfermería o hacia el personal auxiliar de enfermería, estimándose que entre el 11% y el 58% de los pacientes de unidades psicogeríatras muestran este tipo de agresiones⁷.

La complejidad del manejo de los SPCD y el riesgo de sufrir algún tipo de agresión en el trabajo ponen a los trabajadores sanitarios que atienden a personas afectadas de demencia en un alto riesgo de sufrir burnout^{2,8–11}.

El síndrome de burnout tal y como lo definen Maslach y Jackson (1996) es una condición de estrés crónico que se genera en profesionales cuya misión son las personas, y que consta de 3 dimensiones fundamentales¹²:

1. Un incremento del cansancio (físico/psíquico) asociado al puesto de trabajo
2. La deshumanización de los pacientes y las personas con las que se trabaja
3. Una disminución de la autorrealización

A pesar de que las causas del burnout se han relacionado históricamente con factores organizacionales como el clima laboral, la excesiva carga de trabajo, la ambigüedad de rol o la falta de apoyo social entre muchos otros^{13–15}, también se han visto vinculadas a variables relativas al sujeto, como las actitudes^{16,17} o el estilo de afrontamiento del estrés^{18,19}.

En lo que se refiere al personal sanitario en contacto con personas afectadas de demencia, determinadas actitudes frente a los SPCD podrían ser un factor protector del burnout. En un trabajo realizado por Nakahira et al. se observó que tener una actitud positiva después de recibir una agresión de una persona afectada de demencia, comprendiéndola en su contexto y no tomándola como una ofensa, podría ayudar al trabajador a experimentar una mayor satisfacción laboral²⁰. Las actitudes positivas hacia los SPCD y hacia las personas afectadas de demencia (las que promueven su autonomía, no infantilizan al paciente y mantienen su dignidad) podrían ser un factor protector frente al riesgo de sufrir burnout de estos trabajadores²¹. Por otro lado, en el trabajo de Zimmerman et al. se observó que aquellos trabajadores con una mayor satisfacción laboral y con una mayor percepción de competencia en el puesto de trabajo tenían mejores actitudes hacia la demencia (actitudes centradas en la persona). Además, en el mismo trabajo se demostró que aquellos trabajadores con tan solo uno o 2 años de antigüedad manifestaban sufrir más estrés (comparados con los de mayor antigüedad), indicando que a mayor tiempo y experiencia trabajando con personas afectadas de demencia, se experimenta un menor riesgo de sufrir problemas de estrés²².

Aunque menos estudiado, otro factor relacionado con el burnout de los trabajadores sanitarios es la satisfacción vital, entendida como el aspecto cognitivo del bienestar emocional²³. Que los trabajadores se sientan satisfechos con su vida (con su familia, con sus hijos o con sus amigos) también podría contribuir a reducir el riesgo de sufrir agotamiento emocional (AE) en el personal sanitario²⁴, ya que se ha demostrado que la satisfacción vital está negativamente relacionada con el burnout²⁵.

A lo largo de los últimos decenios se ha procurado ofrecer a los trabajadores de los centros sociosanitarios y residencias formaciones de gran valor dirigidas a mitigar el burnout, y que han ido dirigidas principalmente a ayudar a detectar, anticipar y manejar los SPCD²⁶, a mejorar estilo de comunicación con el enfermo²⁷, así como a aumentar la percepción de eficacia en el puesto de trabajo^{10,28}, pero pocas de ellas han tenido como objetivo

principal aumentar el bienestar emocional de los trabajadores. La mayoría de dichas intervenciones psicoeducativas tienen como objetivo aumentar los conocimientos que el trabajador tiene sobre la demencia, cambiar sus actitudes, o aumentar las habilidades de manejo de las conductas difíciles que en ocasiones presentan los pacientes, siendo los programas con mejores resultados aquellos dirigidos a la mejora del manejo de los SPCD²⁹. Sin embargo, a pesar de las intervenciones psicoeducativas, estudios recientes muestran que hoy por hoy, hasta uno de cada 4 trabajadores que está en contacto con personas afectadas de demencia sigue sufriendo AE³⁰, asociado generalmente a los SPCD, a las demandas de este tipo de pacientes y a otros factores como la sobrecarga laboral, la falta de tiempo, o la falta de reconocimiento del propio trabajo⁹.

En este sentido, más allá del nivel de conocimientos o de las actitudes del trabajador hacia las personas afectadas de demencia, resultaría interesante conocer los estilos de afrontamiento del estrés que predicen mejor el burnout en estos trabajadores. Conocerlos podría ayudar a planificar intervenciones más eficaces para reducir el burnout en el contexto del cuidado profesional de las personas afectadas de demencia.

Un estilo de afrontamiento del estrés basado en la flexibilidad psicológica puede llegar a prevenir el desarrollo del burnout en el puesto de trabajo³¹. La *flexibilidad psicológica*, constructo central del modelo de salud psicológica de la Terapia de Aceptación y Compromiso³², refleja un amplio abanico de habilidades humanas, como reconocer las demandas de una situación concreta y saber adaptarnos a ellas, ser capaces de cambiar de estrategia para solucionar un problema cuando es necesario, o no obedecer de forma ciega y reactiva a nuestros impulsos. La flexibilidad psicológica está compuesta por 6 procesos psicológicos (contacto con el momento presente; aceptación; defusión; yo contexto; valores; acción comprometida), y se define como el contacto con el momento presente, con una actitud de apertura hacia las emociones, pensamientos y sensaciones (incluyendo las no deseadas) a la vez que nos movemos en dirección hacia nuestros valores³³. En otras palabras, la flexibilidad psicológica conlleva aceptar nuestras emociones y pensamientos difíciles respondiendo de un modo consistente con nuestros valores a las situaciones difíciles en lugar de reaccionar huyendo de nuestra propia experiencia.

Por otro lado, se ha observado que entre los profesionales sanitarios que tienen contacto con poblaciones potencialmente agresivas en general, aquellos que usan estrategias de afrontamiento opuestas a la flexibilidad psicológica, como la evitación experiencial (evitación de las emociones, pensamientos o sensaciones desagradables), suelen tener unos niveles de estrés más elevados y corren un mayor riesgo de sufrir burnout^{34–37}. A diferencia de estos, aquellos trabajadores con un afrontamiento basado en una mayor flexibilidad psicológica no solo muestran un mayor grado de satisfacción laboral, sino que también muestran una mayor salud tanto psicológica como física³⁸. Igualmente, la flexibilidad estudiada en el contexto laboral muestra una estrecha relación con el AE y otras dimensiones del burnout³¹. Sin embargo, según el conocimiento de los autores, ningún estudio hasta la fecha ha valorado el constructo de flexibilidad psicológica en los profesionales que trabajan con personas afectadas de demencia. Dado que la tarea que desempeñan estos profesionales es muy difícil a nivel físico y emocional, y dado que la flexibilidad psicológica podría ayudar a manejar las emociones desagradables que experimentan, nos proponemos los siguientes objetivos:

1. Describir los niveles de flexibilidad psicológica, el burnout, satisfacción vital, ansiedad y las actitudes hacia la demencia en una muestra de profesionales que trabajan con personas afectadas de demencia.

2. Conocer la relación entre la flexibilidad psicológica y el estado psicológico (burnout, satisfacción vital, y niveles de ansiedad de los profesionales).
3. Conocer la relación entre las actitudes sobre la demencia (experiencia/conocimientos) y el estado psicológico (satisfacción vital, ansiedad y burnout).

Material y métodos

Diseño

Estudio observacional transversal descriptivo de carácter cuantitativo. El estudio se llevó a cabo entre septiembre y noviembre de 2016.

Participantes

Los participantes se reclutaron en el Centro Sociosanitario Ricard Fortuny, ubicado en Vilafranca del Penedès (Barcelona). Dicho centro está compuesto por 6 unidades de hospitalización de convalecencia y larga estancia, 2 unidades de residencia, y cuenta con servicios de hospital de día, centro de día y unidad de paliativos. En todas las unidades y servicios hay personas con deterioro cognitivo o demencia. Se invitó a participar en el estudio a la totalidad (n = 246) de los profesionales sanitarios en el contexto de una investigación mayor sobre Mindfulness y Acceptance and Commitment Training en los trabajadores sanitarios. A los efectos de reclutar la muestra, previamente a la recogida de datos, se realizaron breves charlas informativas sobre la flexibilidad psicológica en cada una de las unidades de trabajo y en todos sus turnos de trabajo. Las charlas, que duraban 10 min, consistieron en una breve explicación sobre el concepto de flexibilidad psicológica en la población sanitaria, y de la necesidad de estudiar dicha variable en una población como la de los sanitarios que trabajan en contacto directo con personas afectadas de demencia. En ningún momento se comunicó cómo se evalúa la flexibilidad psicológica ni se mencionaron los 6 componentes de la flexibilidad psicológica³³. Los 246 trabajadores y trabajadoras del centro recibieron la invitación a participar en el estudio en dichas charlas, a excepción de los que estaban de baja o de vacaciones. La muestra final constó de 105 participantes que aceptaron la invitación a participar en el estudio.

Los profesionales elegibles para el estudio fueron todos los profesionales sanitarios con contacto directo con los pacientes (auxiliares de enfermería, gerocultores/as, enfermeros/as, médicos, psicólogos y terapeutas), mayores de 18 años, con al menos 6 meses de experiencia laboral en el centro, y que firmasen el consentimiento informado.

Instrumentos y medidas

A todos los participantes se les facilitó un protocolo en papel para que lo respondieran individualmente y luego lo devolvieran en un sobre cerrado a los investigadores. El protocolo incluyó variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel de educación, categoría laboral, y antigüedad en la empresa), y los siguientes test:

Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQII)^{39,40}. El AAQII se administró como medida de flexibilidad psicológica. Se trata de una medida inversa de flexibilidad puesto que el cuestionario evalúa la evitación experiencial o inflexibilidad psicológica a través de 7 ítems con un formato de respuesta tipo Likert del 1 (nunca es verdad) al 7 (siempre es verdad). Mayores puntuaciones en el test indican menor flexibilidad psicológica y mayor evitación experiencial. La versión española ha mostrado tener propiedades psicométricas adecuadas⁴⁰, y en la muestra de este estudio la consistencia interna fue buena (α 0,91).

Maslach Burnout Inventory (MBI)¹². Esta escala, que consta de 22 ítems distribuidos en 3 subescalas, se utilizó para valorar los niveles de burnout. La subescala de AE (MBI-AE) valora el grado de cansancio físico y emocional en relación con el puesto de trabajo, y está formada por 9 ítems y tiene una puntuación mínima de 0 y una máxima de 54. Puntuaciones de 27 o superiores en esta subescala son indicativas de un alto nivel de AE, puntuaciones entre 19 y 26 corresponderían a puntuaciones intermedias, mientras que puntuaciones inferiores a 19 indicarían niveles bajos de AE. La subescala de despersonalización (DP) (MBI-DP) valora el grado en el que el trabajador percibe actitudes de frialdad o deshumanización del trabajador hacia los pacientes; está formada por 5 ítems y tiene una puntuación mínima de 0 y una puntuación máxima de 30. Puntuaciones superiores a 10 indicarían un nivel alto de DP, de 6 a 9 niveles intermedios, y puntuaciones inferiores a 6 indicarían niveles bajos de DP. La subescala de realización personal (RP) (MBI-RP) valora los sentimientos de éxito, de autoeficiencia o autocompetencia hacia el propio trabajo. Está formada por 8 ítems y tiene una puntuación mínima de 0 y una puntuación máxima de 48. Puntuaciones entre 0 y 30 indicarían baja realización profesional, de 34 a 39 un nivel intermedio, mientras que puntuaciones superiores a 40 indicarían niveles superiores de realización profesional y sensación de logro. La consistencia interna en este estudio fue similar a la obtenida en otros estudios⁴¹. En la muestra fue buena ($\alpha = 0,83$) para el AE, aceptable para RP ($\alpha = 0,73$) y pobre en DP ($\alpha = 0,46$). Con base en estas 3 subescalas, se consideró que un sujeto tiene burnout elevado cuando obtiene altas puntuaciones en AE (> 26) y DP (> 9), y bajas puntuaciones en RP (< 34), y que no tiene burnout si presenta niveles bajos en las 2 primeras escalas y altas en la última (AE < 19 ; DP < 5 ; RP > 39).

Satisfaction with life Scale (SWLS)²³. Se trata de una escala que evalúa la satisfacción vital y que consta de 5 ítems con formato de respuesta tipo Likert del 1 (muy en desacuerdo) a 7 (muy de acuerdo). Su puntuación mínima es de 5 y la puntuación máxima de 35. Mayores puntuaciones en el test indican mayor satisfacción vital. Su versión española es una escala válida y fiable²³. En nuestra muestra la consistencia fue buena ($\alpha = 0,85$).

State-Trait Anxiety Inventory (STAI)⁴². El STAI es un cuestionario que valora 2 componentes diferentes de la ansiedad con sus 2 subescalas, ansiedad como estado (la ansiedad que siento ahora mismo, en este momento) y ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). Como medida de ansiedad se utilizó la subescala ansiedad-rasgo del STAI que consta de 20 ítems con un sistema de respuesta tipo Likert de 4 puntos según la intensidad (0 = casi nunca/nada; 1 = algo/a veces; 2 = bastante/a menudo; 3 = mucho/casi siempre). La puntuación total de la subescala ansiedad-rasgo oscila entre los 0 y los 60 puntos donde a mayor puntuación, mayores niveles de ansiedad-rasgo. A diferencia de la subescala ansiedad-estado (que valora la ansiedad en un momento o situación específica), la subescala ansiedad-R permite valorar la predisposición a sufrir síntomas ansiosos. Las cualidades psicométricas de su versión española muestran una buena validez y fiabilidad⁴². En la muestra la consistencia interna de la subescala empleada fue buena ($\alpha = 0,83$).

Escala de Actitudes hacia la Demencia (EAD)⁴³. Se trata de una escala de 20 ítems con 7 opciones de respuesta (0 = nunca; 6 = cada día) y con 3 subescalas: rechazo, afecto y experiencia. La subescala de rechazo (EAD-R) valora el componente conductual de acercamiento versus evitación hacia el paciente con demencia. Está compuesta por 7 ítems y sus puntuaciones oscilan entre 7 y 49. A mayor puntuación más conductas de alejamiento. La subescala de afecto (EAD-A) valora lo que se siente hacia los pacientes con demencia. Está constituida por 4 ítems y sus valores oscilan de 4 a 20, donde a mayor puntuación, mayores sentimientos de afecto y aproximación hacia el paciente con demencia. Y por último, la subescala de experiencia (EAD-E), valora los conocimientos acerca

Tabla 1
Descripción sociodemográfica de la muestra

	n = 105	
	Media	DE
Edad	41,1	12,5
Tiempo en la empresa	11,1	9,1
	%	n
Sexo (mujer)	89,1	98
Nivel de estudios		
Sin estudios	0,95	1
Primarios	6,67	7
Secundarios	46,7	49
Universitarios	45,7	48
Categoría profesional		
Auxiliar	48,6	51
Gerocultora	19,0	20
Enfermera	21,9	23
Otros	10,5	11

DE: desviación estándar.

de la demencia. Consta de 9 ítems, y sus puntuaciones oscilan entre 9 y 63. A mayor puntuación mayores conocimientos sobre la demencia. La escala ha mostrado tener unas propiedades psicométricas adecuadas⁴³. Sin embargo, en la muestra se obtuvieron resultados de fiabilidad baja para la EAD-E ($\alpha = 0,036$).

Análisis

El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa Statistical Package for Social Sciences, IBM (SPSS) versión 26.0 para Windows.

Se llevó a cabo un análisis descriptivo a partir de las frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas, y a partir de las medias y la desviación estándar para las variables cuantitativas.

Se realizó un análisis inferencial para explorar la relación entre las puntuaciones de burnout (MBI-AE, MBI-DP, MBI-RP), inflexibilidad (AAQII), satisfacción vital (SWL), ansiedad (STAI-R) y actitud hacia la demencia (EAD-R, EAD-A y EAD-E). Para ello se realizaron pruebas de correlación de Pearson. La variable burnout fue recodificada, obteniendo una variable dicotómica que distinguía personas sin burnout de personas con burnout o con riesgo de burnout. Para explorar diferencias entre estos 2 grupos en cuanto a inflexibilidad (AAQII), satisfacción vital (SWL), ansiedad (STAI-R) y actitud hacia la demencia (EAD-R, EAD-A y EAD-E), se realizaron pruebas de Levene para comprobar la homogeneidad de variancias y pruebas t de comparación de medias en grupos independientes, y se calcularon los intervalos de confianza del 95% para la diferencia de las medias. Para comprobar normalidad se emplearon pruebas de Shapiro-Wilk. En aquellos casos en que hubo incumplimiento del supuesto de normalidad, se realizaron pruebas de U de Mann-Whitney para grupos independientes y se proporcionaron también medianas y cuartiles como alternativa a la comparación de medias. Se estableció un riesgo α de 0,05.

Resultados

Se consiguió reclutar a una muestra de 105 sujetos (índice de participación del 42,68%) formada por 51 auxiliares de enfermería, 20 gerocultoras, 23 enfermeras y 11 trabajadores de otras categorías (médicos, psicólogos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales). En la tabla 1 se presentan las características de la muestra.

Del total de la muestra tan solo 5 (4,8%) personas cumplieron criterios de burnout (alto AE, alta DP y baja realización profesional) y se identificaron 76 (73,4%) personas con puntuaciones riesgo de sufrir burnout, por lo que 81 personas en total fueron consideradas en el grupo de burnout o en riesgo. En la tabla 2 se muestra el grado de inflexibilidad psicológica, satisfacción vital, ansiedad y las

Tabla 2
Comparación de las puntuaciones en las variables clínicas según el riesgo de burnout

	Total n = 105		No burnout n = 24		En riesgo o con burnout n = 81		IC95% dif.				
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	t ^a	Sig. ^a	Dif.	I _i	I _s
Inflexibilidad (AAQII)	20,4	7,8	17,7	6,3	21,3	8,1	-2,00	0,048	-3,59	-7,16	-0,03
Ansiedad-rasgo (STAI-R)	20,3	9,5	14,8	8,6	22,0	9,1	-3,44	0,001	-7,18	-11,3	-3,04
Rechazo (EAD-R)	38,6	4,9	41,0	3,7	37,9	5,0	2,78	0,006	3,06	0,88	5,23
Experiencia (EAD-E)	43,6	4,1	44,4	4,1	43,3	4,0	1,19	,238	1,12	-0,75	2,99
	Mediana (media)	P ₂₅ -P ₇₅ (DE)	Mediana (media)	P ₂₅ -P ₇₅ (DE)	Mediana (media)	P ₂₅ -P ₇₅ (DE)	U ^b	Sig. ^b			
Satisfacción vital (SWL)	24 (23,6)	19-28 (5,6)	27 (25,9)	24-29 (4,0)	23 (22,9)	19-28 (5,8)	671,5	0,022			
Afecto (EAD-A)	22 (21,4)	20-24 (3,3)	23 (22,5)	21-24 (2,6)	21 (21,1)	20-23 (3,4)	686,0	0,028			

DE: desviación estándar; IC: Intervalo de confianza de la diferencia de medias.

En negrita, $p < 0,05$.

^a Resultados de la prueba t de comparación de medias. Dif.: Diferencia de medias. IC95%: Intervalo de confianza del 95%. I_i: límite inferior. I_s: límite superior. P₂₅: primer cuartil, percentil 25. P₇₅: tercer cuartil, percentil 75.

^b Resultados de la prueba U de Mann-Whitney.

Tabla 3
Correlaciones entre las variables del estudio

	Inflexibilidad (AAQII)	SWL	MBI-AE	MBI-DP	MBI-RP	STAI-R	EAD-R	EAD-A
Satisfacción vital (SWL)	-0,485**							
Agotamiento emocional (MBI-AE)	0,342**	-0,216*						
Despersonalización (MBI-DP)	0,328**	-0,193*	0,598**					
Realización personal (MBI-RP)	-0,089	0,281**	-0,329**	-0,225*				
Ansiedad Rasgo (STAI-R)	0,723**	-0,481**	0,498**	0,388**	-0,233*			
Rechazo (EAD-R)	-0,092	0,060	-0,313**	-0,328**	-0,110	-0,175		
Afecto (EAD-A)	-0,209*	0,130	-0,138	-0,189	-0,018	-0,122	0,295**	
Experiencia (EAD-E)	0,070	0,023	-0,008	0,047	-0,127	-0,089	0,054	0,108

* $p < 0,05$.

** $p < 0,001$.

actitudes hacia la demencia (rechazo, afecto y experiencia) según el riesgo de burnout.

Los resultados de las correlaciones entre burnout (MBI-AE, MBI-DP, MBI-RP), inflexibilidad (AAQII), satisfacción vital (SWL), ansiedad (STAI-R) y actitud hacia la demencia (EAD-R), EAD-A y EAD-E) se muestran en la [tabla 3](#).

Al comparar los grupos de burnout, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas salvo en experiencia. Las personas sin burnout (y sin riesgo), presentaron puntuaciones menores en AAQII, STAI-R, EAD-A y mayores en EAD-R y SWL.

La inflexibilidad psicológica mostró asociaciones positivas y estadísticamente significativas de magnitud moderada con las puntuaciones en STAI-R, y de baja magnitud con MBI-AE y MBI-DP. Además, las puntuaciones de AAQII mostraron una relación inversa, estadísticamente significativa y de baja magnitud con las puntuaciones de SWL. Por su parte, las puntuaciones del SWL también mostraron relaciones inversas, estadísticamente significativas y de baja magnitud con las 3 dimensiones del burnout (MBI-AE, MBI-DP y MBI-RP) y con la ansiedad-rasgo (STAI-R). Con respecto a EAD, tan solo se encontró una relación inversa entre la subescala EAD-A y las puntuaciones del AAQII. Por otro lado, la escala EAD-R mostró una relación inversa, estadísticamente significativa y de baja magnitud con la subescala BMI-AE y también con la subescala BMI-DP.

Discusión

En el presente estudio se analizaron los niveles de inflexibilidad psicológica, burnout, satisfacción vital, ansiedad rasgo y las actitudes hacia la demencia.

En lo que se refiere a la principal variable del estudio, la inflexibilidad psicológica, las puntuaciones obtenidas en la muestra fueron sensiblemente inferiores a las esperadas teniendo en cuenta las puntuaciones de otros estudios en población sanitaria⁴⁴. Sin embargo, en lo que se refiere a las 3 subescalas del burnout (AE, DP y RP), los resultados de la muestra fueron muy similares a los obtenidos en otro estudio en el que se valoraban dichas variables en personal sanitario español que atiende a pacientes geriátricos⁴⁵.

De las relaciones estudiadas, se encontró un vínculo significativo entre la inflexibilidad psicológica y el estado psicológico en los trabajadores sanitarios que están en contacto con personas afectadas de demencia. Por un lado, se observó que aquellas personas con un estilo de afrontamiento inflexible mostraron un mayor grado de ansiedad-rasgo y AE en el trabajo, así como una menor satisfacción vital. Estos resultados reafirman el importante papel que desempeña la flexibilidad psicológica en la salud mental de las personas en general^{46,47}, y de los trabajadores sanitarios en particular⁴⁸⁻⁵⁰. Por otro lado, en lo que refiere al burnout, se observó que los trabajadores más inflexibles eran más propensos a sufrir AE, a despersonalizar a los pacientes con demencia

y a sentir menos afecto por ellos. Así, los resultados del presente trabajo replican también el estrecho vínculo entre flexibilidad psicológica y burnout en el puesto de trabajo^{31,38,51,52}. Una posible interpretación de las relaciones encontradas podría ser que la DP se equiparara a una estrategia de inflexibilidad psicológica o de evitación experiencial en la que el trabajador evita el contacto directo con el paciente con la ganancia secundaria de no sentir emociones desagradables. A pesar de que dicha estrategia ayudaría al trabajador a corto plazo, permitiéndole no sentir o desconectar de las emociones difíciles asociadas al hecho de cuidar, a largo plazo acabaría vaciándolo de sentido y aumentando su AE y vital.

Con relación a la satisfacción vital, se encontraron resultados similares a los obtenidos en otros estudios, observándose que aquellos trabajadores más satisfechos con su propia vida no solo presentaban mayores grados de flexibilidad psicológica (menor inflexibilidad), sino que también experimentaban un mayor bienestar emocional y un menor grado de burnout^{24,25}. El hecho de mantener un patrón de acción y de afrontamiento del estrés basado en la flexibilidad psicológica (aceptar las emociones difíciles y actuar conforme a los valores personales) podría conducir a una mayor satisfacción vital a largo plazo.

En lo que se refiere a las actitudes hacia la demencia, se encontró relación estadísticamente significativa, aunque baja, entre la dimensión de afecto (sentimientos de afecto o aversión hacia el paciente con demencia) y la inflexibilidad psicológica, que indica que a mayor inflexibilidad menor afecto se siente por el paciente con demencia. En este sentido, afrontar el cuidado de una persona afectada de demencia desde la inflexibilidad psicológica (huyendo de las propias emociones), podría impedir la conexión con el paciente y amortiguar los sentimientos de afecto que se pueden experimentar por la persona que se cuida. Las relaciones encontradas invitan a reflexionar sobre la importancia de promover un estilo de afrontamiento basado en la flexibilidad psicológica no solo para aumentar el bienestar emocional de los trabajadores sanitarios, sino también para humanizar la asistencia que reciben las personas afectadas de demencia ingresadas en centros sociosanitarios o que viven en residencias. Dos constructos del burnout (AE y DP) se vieron relacionados con la dimensión de rechazo (conductas de acercamiento o alejamiento hacia el sujeto con demencia). La estrecha relación entre las dimensiones afectivo-conductuales de las actitudes hacia la demencia con la inflexibilidad psicológica nos podría llevar a interpretar que lo que realmente evitan los trabajadores no es el paciente con demencia, sino más bien las emociones difíciles que el trabajador experimenta en el contexto de cuidar. Finalmente, en lo que refiere a la dimensión cognitiva de las actitudes hacia la demencia, no se encontró ninguna relación entre la dimensión de experiencia (relacionada con los conocimientos que el trabajador posee acerca de la demencia) con los niveles de burnout o de bienestar emocional. Las implicaciones de dicha falta de relación podrían indicar que los conocimientos acerca de la demencia podrían no ser un factor tan decisivo a la hora de explicar los niveles de burnout y el bienestar emocional de los trabajadores sanitarios, siendo los factores afectivo-conductuales los más determinantes. Sin embargo, estos resultados deben ser interpretados con cautela, ya que a pesar de que la escala de actitudes hacia la demencia ha demostrado unas buenas cualidades psicométricas⁴³, los valores de fiabilidad de la subescala experiencia en nuestra muestra fueron muy bajos.

Históricamente, la gran mayoría de las intervenciones psicoeducativas dirigidas a los trabajadores sanitarios que trabajan con personas afectadas de demencia han ido encaminadas a adquirir conocimientos acerca del manejo de los problemas de conducta¹⁰. Y a pesar de la gran utilidad de los programas encaminados al manejo de los SPCD⁵³, los resultados obtenidos en el presente trabajo nos invitan a reflexionar sobre la necesidad creciente de abordar una problemática distinta de igual o superior importancia, que es la del

manejo eficaz de las emociones asociadas a un puesto de trabajo tan difícil como es el de cuidar a una persona que padece demencia. Incrementar la flexibilidad psicológica a través de programas de entrenamiento en aceptación y compromiso podría ayudar a aumentar el bienestar emocional y a disminuir el riesgo de burnout de estos trabajadores. Dichos programas, además de reducir el burnout y aumentar el bienestar emocional en el puesto de trabajo en general⁵², también se han mostrado efectivos cuando se aplican a trabajadores sanitarios que están en contacto con poblaciones potencialmente agresivas^{34,37}.

Dada la complejidad que conlleva el cuidado profesional de personas afectadas de demencia, resultaría interesante investigar la posible efectividad de los programas de entrenamiento en aceptación y compromiso para disminuir el burnout de los trabajadores sanitarios y aumentar su bienestar emocional, permitiendo en última instancia, humanizar y mejorar la calidad asistencial que reciben estos pacientes.

Limitaciones

A pesar de que nuestro trabajo presenta resultados interesantes en relación con la inflexibilidad psicológica, el burnout y la satisfacción vital, estos deben ser interpretados con mucha cautela debido a las limitaciones que presenta el estudio.

En primer lugar, se trata de un estudio transversal de carácter exploratorio, por lo que el diseño no permite establecer relaciones casuales. El tamaño muestral pequeño y el tipo de muestreo comprometen la representatividad de la muestra y limitan la generalización de los resultados. Además, cabría tener en cuenta que podría haberse producido un sesgo de autoselección, dado que la participación en el estudio era voluntaria.

Por otro lado, el hecho de que la mayoría de la muestra esté integrada por profesionales que suelen tener un contacto más directo con los SPCD (auxiliar, gerocultoras y enfermeras), también podría limitar la generalización de los niveles de burnout observados en el presente trabajo a todo el colectivo de trabajadores sanitarios que están en contacto con demencias. Así, otros profesionales que podrían no estar tan expuestos a los SPCD, como los médicos, personal de farmacia, trabajadores sociales y otros trabajadores que están en contacto con personas afectadas de demencia podrían estar experimentando menores niveles de AE que los descritos en el presente trabajo.

Por otra parte, el hecho de haber realizado las charlas informativas sobre la flexibilidad psicológica antes de recoger los datos podría haber contaminado las respuestas de los participantes. De hecho, la variable de flexibilidad psicológica es la única en la que la muestra no obtiene puntuaciones similares a las de otros estudios⁴⁴. Además, los bajos niveles de fiabilidad de la subescala de DP del MBI, así como de la EAD, podrían estar comprometiendo algunos de los resultados obtenidos.

Conclusiones

La inflexibilidad psicológica podría ser una variable con un papel relevante a la hora de explicar el AE de las personas que trabajan con demencia. La detección precoz de la inflexibilidad, así como la intervención dirigida a entrenar un estilo de afrontamiento del estrés que promueva la flexibilidad psicológica, podría ayudar a disminuir los niveles de burnout y de AE de los trabajadores sanitarios que están en contacto con demencias, y en última instancia, mejorar la calidad asistencial.

Conflicto de intereses

No hay ningún conflicto de intereses que declarar.

Agradecimientos

A todos los trabajadores y trabajadores sanitarios que participaron en el estudio, a sus pacientes.

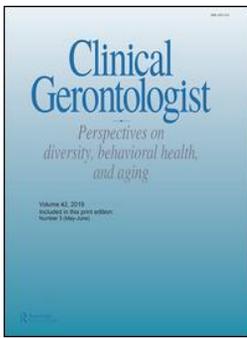
Bibliografía

- Traynor V, Inoue K, Crookes PA. Literature review: Understanding nursing competence in dementia care. *Clin Nurs*. 2011;20:1948–60. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03511.x>.
- Ederberg A-K, Bird M, Richards DA, Woods R, Keeley P, Davis-Quarrell V. Strain in nursing care of people with dementia: nurses' experience in Australia, Sweden and United Kingdom. *Aging Ment Health*. 2008;12:236–43. <http://dx.doi.org/10.1080/13607860701616374>.
- Stone RI. The long-term care workforce: From accidental to valued profession. *Univers Cover long-term care United States Can we get there from here?* 2012;65:155–78.
- Ervin K, Cross M, Koschel A. Barriers to managing behavioural and psychological symptoms of dementia: Staff perceptions. *Collegian*. 2014;21:201–7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2013.04.002>.
- Grossberg GT, Desai AK. Management of Alzheimer's disease. *J Gerontol Med Sci*. 2003;58A:331–53. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmm.2007.04.028>.
- Buchanan RJ, Wang S, Ju H, Graber D. Analyses of gender differences in profiles of nursing home residents with Alzheimer's disease. *Gend Med*. 2004;1:48–59.
- Leonard R, Tinetti M, Allore H, Drickamer M. Potentially modifiable resident characteristics that are associated with physical or verbal aggression among nursing home residents with dementia. *Arch Intern Med*. 2006;166:1265–300. <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.166.12.1295>.
- Duffy B. Burnout among care staff for older adults with dementia. *Dementia*. 2009;8:515–41. <http://dx.doi.org/10.1177/1471301209350285>.
- Edvardsson D, Sandman P, Nay R, Karlsson S. Predictors of job strain in residential dementia care nursing staff. *J Nurs Manag*. 2009;17:59–65. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00891.x>.
- Elliott KEJ, Stirling CM, Martin AJ, Robinson AL, Scott JL. We are not all coping: A cross-sectional investigation of resilience in the dementia care workforce. *Health Expect*. 2016;19:1251–64. <http://dx.doi.org/10.1111/hex.12419>.
- Islam MS, Baker C, Huxley P, Russell IT, Dennis MS. The nature, characteristics and associations of care home staff stress and wellbeing: A national survey. *BMC Nurs*. 2017;16. <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-017-0216-4>.
- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *The Maslach Burnout Inventory Manual*. 3rd ed. Palo Alto, CA: Consult Psychol Press; 1996.
- Uchmanowicz I, Manulik S, Lomper K, Rozensztrauch A, Zborowska A, Kolasinska J, et al. Life satisfaction, job satisfaction, life orientation and occupational burnout among nurses and midwives in medical institutions in Poland: A cross-sectional study. *BMJ Open*. 2019;9:e024296. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024296>.
- Ortega Ruiz C, López Ríos F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Int J Clin Health Psychol*. 2004;4:137–60.
- Stone R, Wihlem J, Bishop CE, Bryant NS, Hermer L, Squillace MR. Predictors of intent to leave the job among home health workers: Analysis of the National Home Health Aide Survey. *Gerontologist*. 2016;57:890–9. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnw075>.
- Hamama L, Tartakovsky E, Patrakov E. Attitudes and burnout among health care professionals working with HIV/AIDS. *Vopr Psikhol*. 2016;79–89.
- Okamura T, Shimmei M, Takase A, Toishiba S, Hayashida K, Yumiyama T, et al. A positive attitude towards provision of end-of-life care may protect against burnout: Burnout and religion in a super-aging society. *PLoS One*. 2018;13:1–10. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01677.x>.
- Payne N. Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *J Adv Nurs*. 2001;33:396–405. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01677.x>.
- Gibbons C. Stress, coping and burn-out in nursing students. *Int J Nurs Stud*. 2018;47:1299–309. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.02.015>.
- Nakahira M, Moyle W, Creedy D, Hitomi H. Attitudes toward dementia-related aggression among staff in Japanese aged care settings. *J Clin Nurs*. 2008;807–16. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02479.x>.
- Kang Y, Moyle W, Venturato L. Korean nurses' attitudes towards older people with dementia in acute care settings. *Int J Older People Nurs*. 2011;143–52. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00254.x>.
- Zimmerman S, Williams CS, Reed PS, Boustani M, Preisser JS, Heck E, et al. Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *Gerontologist*. 2005;45 Spec No:96–105. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/45.suppl.1.96>.
- Vázquez C, Duque A, Hervás G. Satisfaction with life scale in a representative sample of Spanish adults: Validation and normative data. *Span J Psychol*. 2013;16:E82. <http://dx.doi.org/10.1017/sjp.2013.82>.
- Sliwinski Z, Straczynska M, Kotela I, Kowalski T, Kryś-Noszczyk K, Lietz-Kijak D, et al. Life satisfaction and risk of burnout among men and women working as physiotherapists. *Int J Occup Med Environ Health*. 2014;27:400–12. <http://dx.doi.org/10.2478/s13382-014-0266-8>.
- Wang Q, Wang L, Shi M, Li X, Liu R, Liu J, et al. Empathy, burnout, life satisfaction, correlations and associated socio-demographic factors among Chinese undergraduate medical students: An exploratory cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 2019;1–10.
- Kitwood T. *Dementia reconsidered: The person comes first*. Buckingham Open Univ Press. 1997. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.318.7187880>.
- Bourgeois MS, Dijkstra K, Burgio LD, Allen RS. Communication skills training for nursing aides of residents with dementia: The impact of measuring performance. *Clin Gerontol*. 2004;27:119–38. <http://dx.doi.org/10.1300/J018v27n01>.
- Barbosa A, Nolan M, Sousa L, Marques A, Figueiredo D. Effects of a psychoeducational intervention for direct care workers caring for people with dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2016;31:144–55. <http://dx.doi.org/10.1177/1533317515603500>.
- Spector A, Revolta C, Orrell M. The impact of staff training on staff outcomes in dementia care: A systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016;31:1172–87. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.4488>.
- Dhaini SR, Zuñiga F. Care workers health in Swiss Nursing Homes and its association with Psychosocial Work Environment: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2015;53:105–15.
- Ruiz FJ, Odriozola-González P. The predictive and moderating role of psychological flexibility in the development of job burnout. *Univ Psychol*. 2017;16:1. <http://dx.doi.org/10.11144/javeriana.upsy16-4.pmrp>.
- Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behaviour change*. New York: NY: Guilford Press; 1999.
- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006;44:1–25. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>.
- Clarke S, Taylor G, Lancaster J, Remington B. Acceptance and commitment therapy-based self-management versus psychoeducation training for staff caring for clients with a personality disorder: A randomized controlled trial. *J Pers Disord*. 2015;29:163–76. <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2014.28.149>.
- Devereux J, Hastings R, Noone S. Staff stress and burnout in intellectual disability services: Work stress theory and its application. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2009;22:561–73. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-3148.2009.00509.x>.
- MacDonald EE, Hastings RP, Fitzsimons E. Psychological acceptance mediates the impact of the behaviour problems of children with intellectual disability on fathers' psychological adjustment. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2010;23:27–37. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-3148.2009.00546.x>.
- McConachie DAJ, McKenzie K, Morris PG, Walley RM. Acceptance and mindfulness-based stress management for support staff caring for individuals with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil*. 2014;35:1216–27. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2014.03.005>.
- Ramaci T, Bellini D, Presti G, Santisi G. Psychological flexibility and mindfulness as predictors of individual outcomes in hospital health workers. *Front Psychol*. 2019;10:1–12. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01302>.
- Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary Psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther*. 2011;42:676–88. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>.
- Ruiz FJ, Langer Herrera ÁI, Luciano C, Cangas AJ, Beltrán I. Midiendo la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica: Versión española del cuestionario de aceptación y acción - II. *Psicothema*. 2013;25:123–9. <http://dx.doi.org/10.7334/psicothema.2011239>.
- Gil-monte PR, Peiró JM. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*. 1999;11:679–89.
- Spielberger CB, Gonzalez-Regiosa F, Martínez-Urrutia A, Nataicio LFS, Natalicio DS. Development of the Spanish edition of the State-Trait Anxiety Inventory. *Interam J Psychol*. 1971;5:145–58. <http://dx.doi.org/10.30849/RIP/IJP.V5I3 & 4.620>.
- Serrani D. Construcción y validación de escala para evaluar las actitudes hacia los pacientes con enfermedad de Alzheimer y trastornos relacionados. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012;47:5–14. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2011.09.005>.
- Spira AP, Beaudreau SA, Jimenez D, Kierod K, Cusing MM, Gray HL, et al. Experiential avoidance, acceptance, and depression in dementia family caregivers. *Clin Gerontol*. 2008;30:55–64. <http://dx.doi.org/10.1300/J018v30n04>.
- Bujalance Hoyos J, Villanueva Pardo F, Guerrero Manzano S, Conejo García J, González Valentín A, Sepúlveda Jurado A, et al. *Burnout y satisfacción laboral de los profesionales que atienden a pacientes geriátricos*. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001;36:32–40.
- McHugh L. A new approach in psychotherapy: ACT (acceptance and commitment therapy). *World J Biol Psychiatry*. 2011;12(Sup1):76–9. <http://dx.doi.org/10.3109/15622975.2011.603225>.
- Kashdan TB, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clin Psychol Rev*. 2011;30:865–78. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>. Psychological.
- Frögel E, Djordjevic A, Rudman A, Livheim F, Gustavsson P. A randomized controlled pilot trial of Acceptance and Commitment Training (ACT) for preventing stress-related ill health among future nurses. *Anxiety Stress Coping*. 2015;5806:1–35. <http://dx.doi.org/10.1080/10615806.2015.1025765>.
- Polk KL, Schoendorff B, Webster M, Olaz FO. *ACT MATRIX: A Step-by-step approach to using the ACT matrix model in clinical practice*. Oakland, CA: New Harbinger Publications Inc; 2016.

50. Blanco L, García C, Moreno B, de la Pinta M, Moraleda S, Garrosa E. Brief intervention based on ACT and mindfulness: Pilot study with nursing staff in intensive care unit and emergency services. *Int J Psychol Psychol Ther.* 2017;17:57–73.
51. Noone SJ, Hastings RP. Values and psychological acceptance as correlates of burnout in support staff working with adults with intellectual disabilities. *J Ment Health Res Intellect Disabil.* 2011;4:79–89, <http://dx.doi.org/10.1080/19315864.2011.582230>.
52. Moran DJ. Acceptance and Commitment Training in the workplace. *Curr Opin Psychol.* 2015;2:26–31, <http://dx.doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.031>.
53. Stokes LA, Combes H, Stokes G. Understanding the dementia diagnosis: The impact on the caregiving experience. *Dementia.* 2014;13:59–78, <http://dx.doi.org/10.1177/1471301212447157>.

ESTUDIO 2

Montaner, X., Tárrega, S., & Moix, J. (2021). Flexibilidad psicológica, burnout y satisfacción vital en profesionales que trabajan con personas afectadas de demencia. Revista española de geriatría y gerontología, 56(3), 144-151. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.10.004>



Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in Professional Dementia Caregivers Burnout

Xavier Montaner, Salomé Tárrega, Melodie Pulgarin & Jenny Moix

To cite this article: Xavier Montaner, Salomé Tárrega, Melodie Pulgarin & Jenny Moix (2021): Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in Professional Dementia Caregivers Burnout, *Clinical Gerontologist*, DOI: [10.1080/07317115.2021.1920530](https://doi.org/10.1080/07317115.2021.1920530)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/07317115.2021.1920530>



Published online: 06 May 2021.



Submit your article to this journal [↗](#)



Article views: 93



View related articles [↗](#)



View Crossmark data [↗](#)



Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in Professional Dementia Caregivers Burnout

Xavier Montaner BPsy ^a, Salomé Tárrega PhD^b, Melodie Pulgarin BPsy^a, and Jenny Moix PhD^c

^aCentre Sociosanitari Ricard Fortuny, Vilafranca del Penedes, Spain; ^bUniversitat de Vic - Universitat Central de Catalunya, Vic, Spain; ^cUniversitat Autònoma de Barcelona Facultat de Psicologia, Bellaterra, Spain

ABSTRACT

Objectives: To implement and assess the efficacy of a 6-week Acceptance and Commitment Therapy intervention to reduce anxiety and burnout in healthcare professionals working with dementia, and to increase their psychological flexibility and life satisfaction.

Methods: A total of 105 workers from the CSSV Ricard Fortuny Hospital were randomly assigned to an intervention group (Acceptance and Commitment Therapy) or a wait list control group. Psychological Flexibility (AAQ-II), Life Satisfaction (SWLS), Anxiety (STAI-T), and Burnout (MBI) were measured before and after the intervention. Follow-up data were collected 3 months and 12 months post-intervention. Split-plot analyses were performed following intention to treat approach.

Results: No significant differences were found in baseline outcome measures. No time effects were found in wait list control group in any variable. In the intervention group, pre-post comparison showed a significant decrease in levels of MBI emotional exhaustion ($p = .001$) and anxiety ($p < .001$), and an increase in life satisfaction levels ($p < .001$) and MBI personal accomplishment ($p < .001$). These results were maintained at the 3- and 12-month follow-up periods. No significant intervention effects were observed in pre-post flexibility scores; however, data suggest slight progressive increase in flexibility at follow-up.

Conclusions: Acceptance and Commitment Therapy showed positive effects in healthcare professionals working with dementia by reducing anxiety and burnout.

Clinical implications: The implementation of Acceptance and Commitment Therapy could help to increase the psychological well-being of healthcare professionals working with dementia.

KEYWORDS

Acceptance and Commitment Therapy; nurses; psychological flexibility; burnout; dementia

Introduction

In clinical service facilities such as nursing homes, where there is a high prevalence of people with dementia, the stress and anxiety associated with the work position could be behind the absenteeism and burnout that workers suffer (Duffy, 2009; Elliott, Stirling, Martin, Robinson, & Scott, 2016; Islam, Baker, Huxley, Russell, & Dennis, 2017). The stress and the burnout suffered by these workers, along with the lack of job satisfaction, may result in a worse patient-provider relationship and a poorer quality of care (Edberg et al., 2008; Stone, 2012). In this scenario, interventions directed toward the professional dementia caregivers to help them deal with anxiety and stress are essential.

The majority of programs to improve the situation of these workers are mainly focused on the acquisition of knowledge and abilities to deal with behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) such as aggressivity or delusions, but not on stress management or on training the most adaptive style to face the challenges associated with the job (Elliott et al., 2016; Kuske et al., 2007). With regard to coping styles, it is known that among healthcare workers who have contact with potentially aggressive populations, those who use coping strategies based on the experiential avoidance of emotions, thoughts, and unpleasant sensations usually have higher stress levels and are at a higher risk of burnout (Clarke, Taylor, Lancaster, & Remington, 2015; Devereux, Hastings, & Noone, 2009; MacDonald, Hastings,

CONTACT Xavier Montaner  xavier.casino@gmail.com  Consorci Sociosanitari Ricard Fortuny, Avinguda Garraf 3, 08720, Vilafranca del Penedés (Barcelona), Spain

This article has been republished with minor changes. These changes do not impact the academic content of the article.

© 2021 Taylor & Francis Group, LLC

& Fitzsimons, 2010; McConachie, McKenzie, Morris, & Walley, 2014). An alternative to this type of unhelpful coping is psychological flexibility, understood as the ability to connect fully with the internal experience of the present moment without resistance or struggle, changing or persisting in current behavior in search of personal goals and values (Hayes, Hayes, et al., 2006). In fact, healthcare workers with greater psychological flexibility not only show a greater degree of job satisfaction, but also greater psychological and physical health (Ramaci, Bellini, Presti, & Santisi, 2019). It has been shown that this construct could have a predictive and moderating role in the development of job burnout (Ruiz & Odriozola-González, 2017). In this direction, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is a type of evidence-based intervention aimed at increasing psychological flexibility, which has been shown to have positive effects not only on the psychological flexibility of workers (Moran, 2015), but also on their performance, job satisfaction and mental health (Bond & Bunce, 2003). In addition, when it comes to caregivers of people with dementia, group interventions to reduce stress (burden) have been effective when applied to informal caregivers (Abrahams et al., 2018), and those based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) (Collins & Kishita, 2018) have been especially useful in reducing the stress and anxiety of informal caregivers compared to cognitive-behavioral interventions (Losada et al., 2015). On the other hand, despite the fact that nowadays there are several studies that assess interventions based on ACT aimed at healthcare workers (Blanco et al., 2017; Clarke et al., 2015; Frögéli, Djordjevic, Rudman, Livheim, & Gustavsson, 2015; McConachie et al., 2014) or to informal caregivers of people with dementia (Collins & Kishita, 2018), there is no study, to the authors' knowledge, that has applied an ACT intervention in healthcare professionals who work with dementia.

Taking into account the high risk of burnout suffered by the healthcare personnel working with people affected by dementia, this study sets out the objective of designing and assessing the effectiveness of an ACT intervention for these workers.

The aim of this study was twofold: to design and implement an intervention based on ACT aimed at nurses and auxiliary nurses who work with people

affected by dementia, and to assess its effects on psychological flexibility, anxiety, life satisfaction and burnout at the end of the intervention and at the 3- and 12-month follow-ups.

Hypotheses:

- (1) Intervention group participants will show decreased levels of trait anxiety, depersonalization, and emotional exhaustion after the intervention and at the 3–12-month follow-ups in comparison to baseline, whereas no changes are expected in control group participants.
- (2) Intervention group participants will show higher levels of psychological flexibility, life satisfaction and personal accomplishment after the intervention and at the 3- and 12-month follow-ups in comparison to baseline, whereas no changes are expected in control group participants.

Methods

Design

A randomized controlled trial was conducted. Participants were randomly assigned into an intervention group (receiving ACT intervention) or into a wait list parallel control group. Outcome measures were collected in both groups before and after the intervention and 3- and 12-month follow-up.

Participants

The study was carried out between May 2017 and September 2018 at the CSSV Ricard Fortuny Hospital. This center is made up of 6 long-term hospitalization units, 2 nursing home units, a day center and a palliative unit. In all units there are people with cognitive impairment and/or dementia, so all the healthcare workers who participated in the study were in contact with people affected by dementia. The study was approved by the Healthcare Ethics Committee of the Alt Penedès Hospital Consortium.

All the healthcare workers (N = 246) were invited to participate in the study, except for those who were sick or on vacation. In order to recruit the sample, a series of informative talks were

conducted in each of the units and work shifts of the center to offer the possibility of taking a course, organized by the Human Resources Service of the CSSV Health Center, to learn to manage emotions more effectively in the work context. A total of 105 people agreed and completed the informed consent. Participation in the study was voluntary and outside of work hours.

The inclusion criteria were to be over 18 years old and have at least 6 months of experience in the center. Participants were randomly assigned to one of the two groups: the Intervention Group (IG; $n = 51$) or the wait list Control Group (CG; $n = 54$). Figure 1 shows the flow of participants throughout the study.

Intervention

The ACT intervention was conducted in the work setting, in 5 different groups that had a minimum of 6 healthcare workers and a maximum of 14. The intervention was specifically designed for workers providing services in the dementia context. It consisted of 6 sessions, each one 90 minutes long, to be

able to implement each of the hexaflex components of ACT (Contact with the Present Moment, Acceptance, Self as Context, Cognitive Defusion, Values and Committed Action) in different sessions. (Hayes, Hayes, et al., 2006).

The intervention was carried out by a neuropsychologist of the Social and Health Center widely trained and experienced in dementia care and ACT, following the guidelines of some dynamics proposed in ACT manuals in work contexts (Flaxman, Bond, & Livheim, 2013), as well as dynamics specifically generated for the workers of dementia care context and guided by the basic principles of each of the components of the hexaflex (Hayes, Bond, Barnes-Holmes, & Austin, 2006). From the first session, the importance of contact with the present moment was also introduced as a key concept to learn to not get carried away by emotions and to help participants get in touch with their personal values.

Each session included: 1) the explanation and experience of one of the concepts of the hexaflex through an experiential exercise and several metaphors, 2) an exercise to contact with the present

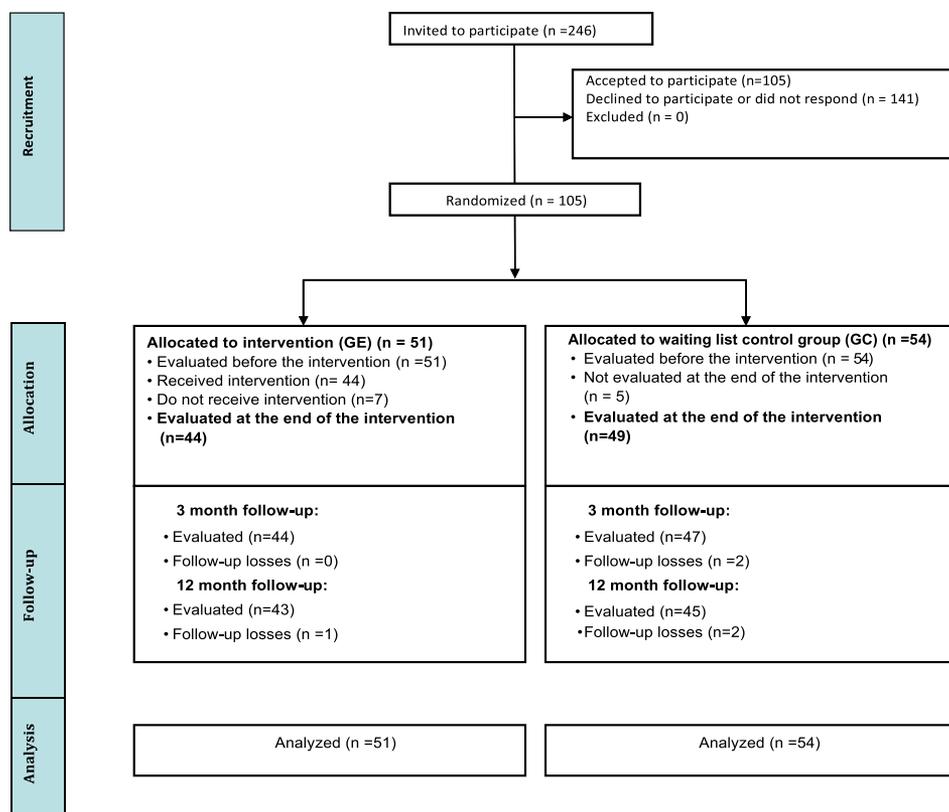


Figure 1. Participant flow through the study.

moment, and 3) the recommendation of several tasks to perform at home. The exercises conducted throughout the intervention were specifically designed for healthcare workers in contact with people affected by dementia. For example, in perspective-taking exercises, the workers should put

themselves in the skin of the patient, increasing the empathy and compassion toward them. As far as metaphors are concerned, they were linked to the difficult emotions experienced by the healthcare workers when faced with the BPSD. Finally, contact with the present moment was presented as a tool to

Session	CONTENT OF THE SESSION	CORE EXERCISES	HOMEWORK
S1	Contact with the present moment. Introduction of the two ways the mind operates (Autopilot and Conscious Mode). An experiential dynamic was performed to verify the advantages and disadvantages of each of the two mind modes, and the therapist facilitated the transfer of these reflections to the life of the participants. A first contact with Mindfulness was made through a meditation exercise. At the end of the session, the concept of Cognitive Defusion was introduced and the homework was explained.	Contact with the present at work	- Take a commitment with two activities that you normally do on autopilot. - Breathing meditation 2 times a day. - Get rid of a habit every day.
S2	Defusion. The concepts of Cognitive Fusion and Reactivity were introduced. Through a series of dynamics and metaphors, the therapist made the participants aware of the constant judging of the mind and the influence that the judgments have on the small decisions throughout the day. The importance of personal history was emphasized through an adaptation of the exercise of "numbers" (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Meditation was performed and finally the concept of Acceptance was introduced, and homework was assigned.	Voices in your head	- Practice the contact with the present moment - Observe one person every day and notice the judgments that arise. - Attack embarrassment and implement defusion techniques.
S3	Acceptance. The concept of Experiential Avoidance was explained through the tiger metaphor (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) and experiential exercises. Through experience, it was showed that unpleasant emotions are not necessarily our enemies. It was transmitted the idea that we need to contact and make room for our emotions instead of running from them in order to accomplish what we care about. At the end of the session, the MATRIX tool was introduced (Polk, Schoendorff, Webster, & Olaz, 2016).	Tiger metaphor Acceptance of the present moment with your partner	-Body Scan meditation (2 times a day). -Take the purpose of showering with cold water to practice cognitive defusion and acceptance. -Notice each day a way in which the tiger is fed
S4	Values. The distinction between values and goals was introduced. The experiential exercise "Sweet Spot" (Hayes et al., 1999) was carried out and the distinction was established with different metaphors. At the end of the session, the MATRIX tool was retaken, and each attendant filled it with their personal experiences.	The Matrix Sweet Spot	- Meditation of kindness (2 times a day). - Try to notice a step forward and a step backward with the MATRIX every day. - A small action with the purpose of improve some aspects of the workplace was chosen to be fulfilled during the week. It was also asked to participants to carry out a good deed and to not tell anyone until the next session.
S5	Self as context. At the beginning of the session the usefulness and experiences with the MATRIX were reviewed. Then, in order to connect with the self as context, the sky and clouds metaphor and the chess metaphor were used. A meditation for that purpose was also used. Several experiential exercises were also carried out in order to make contact with the idea of taking perspective and with the emotions of Gratitude and Compassion.	The Observer self (10 minutes)	-The Observer Self Meditation (2 times a day). - Task of the 10 fingers (Gratitude exercise and perspective taking). - Presence with the enemy: find a difficult person and try to observe him or her carefully with acceptance and compassion
S6	Committed Action. The exercise "Worry vs. care" (Lejeune, 2007) was carried out to clarify the importance of the action involved and its possible barriers, always relating them to the MATRIX. Personal barriers were analysed and possible solutions were proposed. The therapist made a committed action at the session that reflected a personal value, in order to thank the attendants for their presence during the course. Following this experience, the course came to an end discussing the importance of committed action and of following personal values.	Worry vs. care	

Figure 2. Design of the intervention.

increase connection and effective communication with patients.

At the end of each session participants received a brief summary of the session and homework, which generally consisted of three practical tasks. Homework was always reviewed at the beginning of each session. A content synthesis of the sessions is shown in [Figure 2](#).

Measures

Demographic data and outcome measures were collected before the first session, after the intervention and at the 3- and 12-month post-intervention. Additionally, a series of qualitative questions about the duration and the main points of the ACT intervention were asked after the intervention.

Primary outcomes

- The Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II). This questionnaire was used to assess psychological inflexibility through 7 items with a Likert response format from 1 (never true) to 7 (always true) (Bond et al., 2011). The Spanish version was administered (Ruiz, Langer Herrera, Luciano, Cangas, & Beltrán, 2013) which has good reliability, construct validity, criterion validity and discriminant validity. The internal consistency in the whole sample was excellent ($\alpha = 0.91$; $n = 105$). Its test-retest reliability in the CG at the end of the intervention, at 3 months and 12 months with respect to the baseline measure, ranged from $r_{\text{post}} = 0.80$ ($p < .001$; $n = 49$) to $r_{12\text{m}} = 0.70$ ($p < .001$; $n = 45$).
- The Maslach Burnout Inventory scale (MBI) (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996). The Spanish version was administered (Gil-Monte & Peiró, 1999). This scale is divided into three subscales: 9 items that assess Emotional Exhaustion (EE) in relation to the job; 5 items that evaluate the Depersonalization (PD) or negative attitudes of the worker toward the patients; and 8 items that evaluate Personal Achievement (PA) or feelings of success or competence toward one's own work.

The internal consistency in the sample was excellent ($\alpha = 0.83$; $n = 105$) for the EE scale, good for the PA scale ($\alpha = 0.73$; $n = 105$) and moderate for the DP scale ($\alpha = 0.46$; $n = 105$). Its test-retest reliability in the CG at the end of the intervention, at 3 months and 12 months with respect to the baseline measure, was adequate. This ranged from $r_{\text{post}} = 0.76$ ($p < .001$; $n = 49$) in DP scale to $r_{\text{post}} = 0.90$ ($p < .001$; $n = 49$) in EE scale.

Secondary outcomes

- State and Trait Anxiety-Trait (STAI-T). The Spanish version of Anxiety-Trait subscale of the STAI-T was used as a measure of Anxiety and emotional well-being. The psychometric qualities of its Spanish version show good validity and reliability (Spielberger, Gonzalez-Regiosa, Martínez-Urrutia, Nataicio, & Nataicio, 1971). The internal consistency in the sample was excellent ($\alpha = 0.83$; $n = 105$). Its test-retest reliability in the sample at the end of the intervention, at 3 months and at 12 months, was adequate, and it ranged from $r_{\text{post}} = 0.84$ ($p < .001$; $n = 49$), to $r_{12\text{m}} = 0.81$ ($p < .001$; $n = 45$).
- Satisfaction With life Scale (SWLS). This scale assesses life satisfaction and consists of 5 items with a Likert response format from 1 (strongly disagree) to 7 (strongly agree). The Spanish version was used (Vázquez, Duque, & Hervás, 2013) which is a valid and reliable scale (Vázquez et al., 2013). The internal consistency in the sample was excellent ($\alpha = 0.85$; $n = 105$). Its test-retest reliability in the CG at the end of the intervention, at 3 months and at 12 months with respect to the baseline measure was adequate. This ranged from between $r_{\text{post}} = 0.83$ ($p < .001$; $n = 49$) to $r_{12\text{m}} = 0.76$ ($p < .001$; $n = 45$).
- Qualitative Questions. In the post-intervention measures the participants were asked to respond in the protocol of tests about the duration and the contents of the course. Regarding duration, one question referred to the duration of the course and the other one to the duration

of the sessions. Participants were asked to respond to these questions with multiple choice (short-adequate-long). On the other hand, two open qualitative questions were asked about the contents of the course (What do you take away from this course? What did you like the most about the course?).

Data analysis

The statistical analysis was carried out with the Statistical Package for Social Sciences program, version 25.0 for Windows (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA).

A descriptive analysis was carried out using absolute and relative frequencies for the categorical variables, and means and standard deviation for the quantitative variables. Student Fisher t-tests and chi-square tests were performed for independent samples to compare the socio-demographic variables and baseline levels of the study response variables of the IG and CG. Similarly, people who finished and did not finish the study were compared. Normality assumption was assessed using the Shapiro-Wilks test, and homogeneity of variance assumption was assessed with the Levene test for equality of variances. For the quantitative variables whose normality could not be assumed, Mann-Whitney U tests were used, and medians and quartiles were also provided as an alternative to comparing means. Chi-square tests were used to compare the percentage of post-intervention losses at 3 months and 12 months of follow-up. A risk α of 0.05 was established.

The analysis of the outcome variables was carried out under an intention to treat approach, using the measure of baseline instead of the missing value. A general linear model (split-plot or mixed ANOVA) was carried out, with the time factor as a within-subject factor and with the group factor as a between-subjects factor, in which the time x group interaction was included. All contrasts were bilateral with a significance level of 0.05. Bonferroni adjustment was used for multiple comparisons. The size of the effects was estimated with the Cohens'-d coefficient ($|d| > 0.50$ was considered a moderate effect size and $|d| > 0.80$ large).

Table 1. Sample sociodemographic characteristics and baseline data.

	CG		IG		p
	n = 54		n = 51		
Age; Mean (SD)	41.8	(12.3)	40.5	(12.8)	.594
Gender, Women; n, %	49	90.74	49	96.08	.273
Education level; n, %					.703
No studies	0	0.00	1	1.96	
Primary studies	3	5.56	4	7.84	
Secondary studies	25	46.3	24	47.1	
University studies	26	48.1	22	43.1	
Profession; n, %					.973
Assistant	27	50.0	24	47.1	
Geriatrician	10	18.5	10	19.6	
Nurse	11	20.4	12	23.5	
Others	6	11.1	5	9.80	
Seniority, year (Median; IQR P_{25}-P_{75})	9.5	(3.75-15.5)	9	(3-14)	.480 ^a
Have or Have had any close relative with dementia n, %	29	53.7	27	52.9	.938
Has been the main caregiver of his close relative	44	81.5	48	94.1	.049
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	p
AAQ-II Flexibility	20.2	(7.7)	20.7	(8.0)	.717
SWLS Satisfaction with life	24.0	(5.8)	23.3	(5.3)	.517
MBI Emotional exhaustion	18.4	(11.4)	17.9	(10.3)	.806
MBI Depersonalization	7.3	(4.6)	7.3	(4.7)	.964
MBI Personal accomplishment	38.9	(6.9)	37.5	(7.7)	.316
STAI-T Anxiety-Trait	19.7	(10.1)	21.0	(8.8)	.498

CG: Control Group. IG: Intervention Group. SD: Standard Deviation. ^a Mann-Whitney-U test significance Level: $p < .05$. In bold $p < .05$.

Results

Quantitative results

The sample ($n = 105$) was mostly women (93.3%), aged between 19 and 64, with an average of 41.1 years ($SD = 1.2$), and with an education level of secondary school or higher since they were mostly nursing assistants and nurses. Sample demographics are shown in Table 1. No significant group differences were found at baseline for demographics neither for outcome measures. The drop-out rate at the end of the intervention in the sample as a whole was 15.5%, 17.3% at 3 months of follow-up, and 20% at 12 months of follow-up. Although the attrition effect was higher in the IG, there were no statistically significant differences between groups drop-out rates (Table 2).

With regard to adherence to treatment, the total of 51 participants of the IG who initiated the intervention attended at least 4 of the 6 sessions, specifically, 39.2% ($n = 20$ attended all sessions, 33.3% ($n = 17$) attended five sessions, and 13.7% attended four sessions.

Table 2. Sociodemographic characteristics and baseline data of the people evaluated and not evaluated at the end of the intervention.

	Drop-out		End		p
	n = 12		n = 93		
Age; Mean (SD)	45.8	(14.4)	40.5	(12.2)	.168
Gender, Women; n, %	12	100	86	92.5	.325
Education level; n, %					.024
No studies	1	8.3	0	0.0	
Primary studies	1	8.3	6	6.5	
Secondary studies	7	58.3	42	45.2	
University studies	3	25.0	45	48.4	
Profession; n, %					.114
Assistant	6	50.0	45	48.4	
Geriatrician	3	25.0	17	18.3	
Nurse	0	0.0	23	24.7	
Others	3	25.0	8	8.6	
Seniority, years (Median; IQR P₂₅-P₇₅)	9	(2.5-19.5)	9	(4-14)	.940 ^a
Have or Have had any close relative with dementia n, %	8	66.7	48	51.6	.325
Has been the main caregiver of his close relative	10	83.3	82	88.2	.632
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	p
AAQ-II Flexibility	21.2	6.32	20.3	8.04	.734
SWLS Satisfaction with life	23.6	7.00	23.6	5.40	.981
MBI Emotional exhaustion	19.9	7.56	17.9	11.2	.552
MBI Depersonalization	10.3	4.08	6.88	4.55	.014
MBI Personal accomplishment	38.8	6.79	38.1	7.39	.755
STAI-T Anxiety-Trait	21.0	7.01	20.3	9.75	.797

CG: Control Group. IG: Intervention Group. SD: Standard Deviation. ^a Mann-Whitney-U test significance Level: $p < .05$. In bold $p < .05$.

As seen in Table 3 we didn't find significant differences in psychological flexibility (measured by AAQ-II) between the intervention and control group. Although, we found a decreasing psychological inflexibility trend in the intervention group at the 12-month follow-up ($p = .052$). Furthermore, the STAI-T scores showed less anxiety trait in the intervention group compared to the control group after the intervention ($p < .001$), maintaining the results at 3 and 12 months. Regarding life satisfaction, the participants in the ACT intervention showed higher scores in SWLS after the intervention than the control group ($p = <.001$), and these results were maintained at the 3-month and 12-month follow-up. Regarding Burnout (measured with MBI), the intervention group showed a lower level of exhaustion than the control group after the intervention ($p = .01$), which was maintained at three months ($p = .048$). However, these results were not maintained at the 12-month follow-up ($p = .925$). Finally, although we didn't find significant differences in depersonalization, the intervention group showed higher levels of personal accomplishment in relation to the control group

after the intervention ($p < .001$), and these results were maintained at the 3-month and 12-month of follow-up.

Qualitative results

Regarding the questions asked about the duration of the course, 59% found that its duration was adequate, while 41% found it short. No one reported feeling that the course was too long. Regarding the duration of 90 minutes per session, 61% of the participants considered that 90 minutes is an adequate duration, while 39% shared that the sessions were short, and that they would have lengthened them slightly. No one reported finding the sessions too long.

At the end of each group intervention, participants were encouraged to respond to the two qualitative questions about the contents of the intervention. Practically all participants answered the qualitative questions. In the first phase, all the participants' responses were grouped together in one document. By consensus of the three researchers, duplicate responses or those expressing the same opinion with different words were eliminated, with the intention of keeping the minimum number of responses that would represent all opinions.

In the second phase, two of the researchers (XM & ST) analyzed all the remaining statements and categorized them based on the original definitions of the 6 hexaflex processes (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Finally, the results of the categorization were shared, and in the cases in which there was discrepancy, a third researcher (JM) intervened to reach a consensus on the categorization.

Figure 3 shows those answers classified based on the six core principles of the ACT hexaflex.

Discussion

The purpose of this study was to design and test the effectiveness of an ACT intervention, aimed at improving the dementia care workers' well-being. Our intervention was effective in reducing anxiety and emotional exhaustion, and increasing the life satisfaction and personal accomplishment of workers, implementing a coping style that is more adaptive to their particular jobs, and their personal difficulties in general.

Table 3. Means at baseline and post intervention, 3-month and 12-month follow-up. Results of Intention to treat analysis, Cohen's *d* and Significance for comparisons with baseline, Significance of Simple Effects Test at Each Time Point, and Significance of Main and Interactive Effects.

CG n = 54 mean (SD)				<i>d</i>	<i>p</i> value	IG n = 51 mean (SD)		<i>d</i>	<i>p</i> value
AQQ-II Flexibility	Baseline	20.2	(7.7)			20.7	(8.0)		
Post-intervention		20.5	(8.4)	0.04	1.00	20.0	(7.5)	0.09	1.00
3-month follow-up		20.4	(8.2)	0.03	1.00	19.5	(5.9)	0.18	.339
12-month follow-up		19.8	(7.6)	0.05	1.00	18.8	(6.1)	0.27	.052
									.736
									.047
									.230
SWLS Satisfaction	Baseline	24.0	(5.8)			23.3	(5.3)		
Post-intervention		23.9	(5.8)	0.01	1.00	27.0	(4.4)	0.77	<.001
3-month follow-up		23.8	(5.6)	0.03	1.00	26.1	(4.6)	0.57	<.001
12-month follow-up		24.0	(5.1)	0.01	1.00	25.4	(4.9)	0.42	.001
									.110
									<.001
									<.001
MBI Emotional exhaustion	Baseline	18.4	(11.4)			17.9	(10.3)		
Post-intervention		19.1	(12.3)	0.06	1.00	14.1	(9.3)	0.38	.001
3-month follow-up		18.8	(12.1)	0.04	1.00	15.4	(8.7)	0.26	.048
12-month follow-up		18.2	(10.3)	0.02	1.00	16.4	(8.5)	0.15	.925
									.171
									.073
									.003
MBI Depersonalization	Baseline	7.3	(4.6)			7.3	(4.7)		
Post-intervention		7.0	(5.1)	0.06	1.00	6.2	(4.7)	0.23	.205
3-month follow-up		7.4	(4.2)	0.02	1.00	6.5	(4.4)	0.17	.567
12-month follow-up		6.9	(3.8)	0.08	1.00	6.8	(4.1)	0.09	1.00
									.563
									.118
									.255
MBI Personal accomplishment	Baseline	38.9	(6.9)			37.5	(7.7)		
Post-intervention		39.1	(6.7)	0.03	1.00	41.2	(4.4)	0.59	<.001
3-month follow-up		38.5	(6.3)	0.06	1.00	40.5	(4.5)	0.49	<.001
12-month follow-up		39.4	(6.1)	0.08	1.00	40.6	(4.7)	0.50	<.001
									.366
									<.001
									<.001
STAI-T Anxiety-Trait	Baseline	19.7	(10.1)			21.0	(8.8)		
Post-intervention		19.9	(11.0)	0.02	1.00	18.0	(7.2)	0.36	<.001
3-month follow-up		20.0	(10.7)	0.02	1.00	17.8	(6.9)	0.40	<.001
12-month follow-up		20.0	(9.1)	0.03	1.00	17.9	(6.7)	0.40	.001
									.461
									.005
									.001

CG: Control Group. IG: Intervention Group. SD: Standard Deviation.

Regarding our intervention design we chose to implement a novel and longer format in comparison with other ACT interventions because of its duration. Despite the proven effectiveness of the 2 +1 ACT format (Hayes, Bond, Barnes-Holmes, & Austin, 2012), which consists of three sessions (2 in consecutive weeks and a reminder session between one and three months later), we designed a six-session program (one per week) of 1.5 hours each. We consider it novel because we have not found precedents of an ACT intervention with said structure and directed at healthcare workers who are in contact with patients affected by dementia. The fact that our intervention was longer than the programs of similar studies could have increased the

likelihood of attrition given that the intervention was carried out outside of working hours and attendance was voluntary.

The reason for our design was born from the desire to find a formula that would help maintain therapeutic results beyond 12 months post-intervention, finding a similar structure from Mindfulness-Based Stress reduction programs (Ducar, Penberthy, Schorling, Leavell, & Calland, 2020), and preserving the ACT philosophy of the six core processes of the hexaflex (Hayes et al., 1999). In our opinion, implementing a 6-week intervention could offer a scenario that would allow participants enough time to integrate and practice the knowledge acquired through the

exercises between sessions. Instead of offering a wide range of knowledge in a single day, it was agreed to ration the different ACT processes in small doses of experience and implement them individually between sessions, acquiring small personal challenges to share later in the sessions.

Despite our intervention being longer than the 2 +1 format (Lloyd, Bond, & Flaxman, 2013), the participants assessed it as suitable and even short. The authors attribute this assessment to the fact that the sessions were designed in such a way that they greatly encouraged participation and allowed for a space to share personal advances among attendees, which was very reinforcing.

However, it should be mentioned that 13.7% of the participants only attended 4 sessions. This fact could compromise the interpretation of the effects of the intervention on those participants. One explanation for this lack of attendance could be the fact that the sessions were held outside of working hours and the participants were not required to attend. Furthermore, the cause of nonattendance was not collected, and this is an important limitation of the study that should be considered in future investigations.

As far as outcome results, it was surprising that unlike what happened in similar studies (Blanco et al., 2017), we did not find statistically favorable results in the main variable associated with therapeutic success in ACT intervention, psychological flexibility. In the post-intervention analysis, no significant differences were found between the intervention group and the control group. Nevertheless, in the subsequent analyses a slowly progressive increase in psychological flexibility was observed in the intervention group, reaching almost statistical significance at the 12-month follow-up. Moreover, the qualitative examination of the course assessments by the participants showed responses that reflected crucial aspects of psychological flexibility. In the responses of the subjects of the intervention group, attitudinal or behavioral changes were observed that they themselves attributed to the course and that qualitatively could be considered as an increase in their psychological flexibility. As seen in Figure 2, these responses reflected different psychological flexibility aspects of the hexaflex (Hayes et al., 2012). We used the AAQ-II to measure the psychological flexibility. The AAQ-II

presents seven general statements (I am afraid of my feelings, worries get in the way of my success, ...) where the subject has to indicate how true the statement is in a multiple-choice scale. Perhaps, if we had used a more specific instrument to measure the psychological flexibility associated with the workplace (Ruiz et al., 2013) or the experiential avoidance as a caregiver (Losada, Márquez-González, Romero-Moreno, & López, 2014), the results would have been more favorable. When designing the research plan, the possibility of assessing process measures (Hayes et al., 2006) like cognitive fusion, a cognitive component of psychological flexibility, was considered. Ultimately, it was decided that this evaluation should not be added in order to reduce the burden on participants.

On the other hand, regarding the variables of Anxiety and Emotional Exhaustion, the intervention was clearly effective, since the levels of anxiety and exhaustion decreased significantly. In this sense, our results support the data obtained in similar interventions based on ACT, whether they are applied to informal caregivers (Collins & Kishita, 2018), or to healthcare professionals working with potentially aggressive populations (Blanco et al., 2017; Clarke et al., 2015; McConachie et al., 2014). Furthermore, in our case the results remained significant at 3 and 12 months of follow-up. With regard to levels of personal accomplishment and life satisfaction, we also obtained favorable results, observing a significant increase in both variables, both after the intervention and after 3 and 12 months of follow-up. These results suggest that our intervention not only helped participants reduce their anxiety levels but also connect with their values through actions committed to both their work and to certain aspects of their personal lives, this being a fundamental and defining aspect of Acceptance and Commitment Therapy (Hayes et al., 1999).

Despite there currently being many training programs to prevent burnout in dementia care workers, most of them are focused on helping to detect, anticipate and manage the BPSD (Kitwood, 1997), to improve communication style with the patient (Bourgeois, Dijkstra, Burgio, & Allen, 2004), as well as to increase the perception of efficacy in the

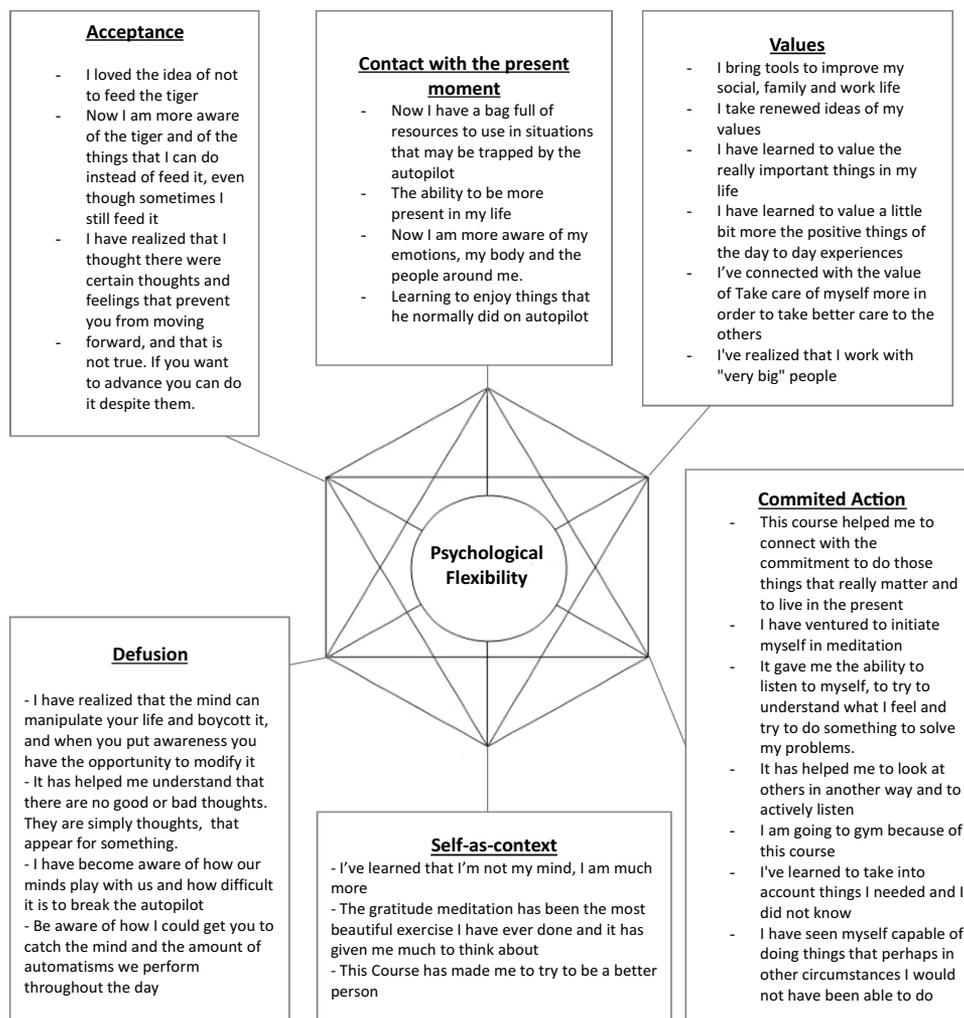


Figure 3. Qualitative assessments of the participants about the usefulness of the course. The answers are categorized based on the different domains of the ACT Hexaflex.

workplace (Barbosa, Nolan, Sousa, Marques, & Figueiredo, 2016; Elliott et al., 2016), but few of them have had the main objective of increasing the emotional well-being of workers. Our study is the first to use ACT to prevent burnout in dementia care workers. However, the results should be interpreted with caution due to the significant limitations of the study.

One of the main limitations was that the fulfillment of the tasks (homework) was not systematically recorded, and for that reason a differential analysis of the importance of this variable could not be made when explaining the changes observed in the intervention group. In future research, it would be interesting to consider this aspect and assess the extent to which the completion of the

tasks between sessions is decisive to explain the results observed in our research.

Another important limitation was the fact that the interventions were delivered by only one psychologist. Having at least one other instructor would have significantly increased the generalization of the results. In addition, the psychologist who delivered the interventions was a colleague of the participants. This fact facilitated the dynamization of the groups and the rapid creation of a climate of trust, but it also was a bias at the time of assessing the intervention form and duration. On the other hand, since very sensitive and intimate topics were discussed in the intervention group, perhaps some participants felt it was difficult to open up to someone they knew. In addition, the

low levels of reliability of the MBI depersonalization subscale could compromise some of the results obtained. Perhaps the familiarity with the trainer could have biased the participant responses, leading them to under-score on the depersonalization scale in order to not show themselves as insensitive or bad workers. Further studies are needed to support these preliminary results and to examine the effects ACT interventions on dementia care workers' burnout and well-being.

Finally, it would have been interesting to collect data about the emotional well-being and health of patients with dementia before and after the intervention to determine to what extent the healthcare workers ACT intervention improves the quality of care. In this sense, the emotional well-being of the workers could improve communication with patients and the assistance provided to them, having an impact on their health and their emotions. This is a critical issue that future research should address.

Clinical implications

- ACT interventions may be appropriate for preventing dementia care workers' Burnout, reducing anxiety and emotional exhaustion.
- ACT interventions may increase the life satisfaction and personal accomplishment of dementia care workers.

Acknowledgments

The authors appreciate the participation of those workers who give their best every day to take care of highly vulnerable people.

ORCID

Xavier Montaner BPsy  <http://orcid.org/0000-0002-4503-1404>

References

- Abrahams, R., Liu, K., Bissett, M., Fahey, P., Cheung, K. S. L., Bye, R., & Chu, L. W. (2018). Effectiveness of interventions for co-residing family caregivers of people with dementia: Systematic review and meta-analysis. *Australian Occupational Therapy Journal*, 65(3), 208–224. doi:10.1111/1440-1630.12464
- Barbosa, A., Nolan, M., Sousa, L., Marques, A., & Figueiredo, D. (2016). Effects of a psychoeducational intervention for direct care workers caring for people with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 31(2), 144–155. doi:10.1177/1533317515603500
- Blanco, L., García, C., Moreno, B., De la Pinta, M., Moraleda, S., & Garrosa, E. (2017). Brief intervention based on ACT and mindfulness: Pilot study with nursing staff in intensive care unit and emergency services. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 17(1), 57–73.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology*, 88(6), 1057–1067. doi:10.1037/0021-9010.88.6.1057
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688. doi:10.1016/j.beth.2011.03.007
- Bourgeois, M. S., Dijkstra, K., Burgio, L. D., & Allen, R. S. (2004). Communication skills training for nursing aides of residents with dementia: The impact of measuring performance. *Clinical Gerontologist*, 27(1–2), 119–138. doi:10.1300/J018v27n01
- Clarke, S., Taylor, G., Lancaster, J., & Remington, B. (2015). Acceptance and commitment therapy-based self-management versus psychoeducation training for staff caring for clients with a personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Personality Disorders*, 29(2), 163–176. doi:10.1521/pedi_2014_28_149
- Collins, R. N., & Kishita, N. (2018). The effectiveness of mindfulness- and acceptance-based interventions for informal caregivers of people with dementia: A meta-analysis. *The Gerontologist*, 1–17. doi:10.1093/geront/gny024
- Devereux, J., Hastings, R., & Noone, S. (2009). Staff stress and burnout in intellectual disability services: Work stress theory and its application. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(6), 561–573. doi:10.1111/j.1468-3148.2009.00509.x
- Ducar, D. M., Penberthy, J. K., Schorling, J. B., Leavell, V. A., & Calland, J. F. (2020). Mindfulness for healthcare providers fosters professional quality of life and mindful attention among emergency medical technicians. *Explore (New York, N.Y.)*, 16(1), 61–68. doi:10.1016/j.explore.2019.07.015
- Duffy, B. (2009). Burnout among care staff for older adults with dementia. *Dementia*, 8(4), 515–541. doi:10.1177/1471301209350285
- Edberg, A.-K., Bird, M., Richards, D. A., Woods, R., Keeley, P., & Davis-Quarrell, V. (2008). Strain in nursing care of people with dementia: Nurses' experience in Australia, Sweden and United Kingdom. *Aging & Mental Health*, 12(2), 236–243. doi:10.1080/13607860701616374

- Elliott, K. E. J., Stirling, C. M., Martin, A. J., Robinson, A. L., & Scott, J. L. (2016). We are not all coping: A cross-sectional investigation of resilience in the dementia care workforce. *Health Expectations*, *19*(6), 1251–1264. doi:10.1111/hex.12419
- Flaxman, P. E., Bond, F. W., & Livheim, F. (2013). *The mindful and effective employee. An acceptance and commitment therapy training manual for improving well-being and performance* (R. Wiederr, Ed.). Oakland, CA: New Harbinger, Inc.
- Frögéli, E., Djordjevic, A., Rudman, A., Livheim, F., & Gustavsson, P. (2015, December). A randomized controlled pilot trial of Acceptance and Commitment Training (ACT) for preventing stress-related ill health among future nurses. *Anxiety, Stress, and Coping*, *5806*, 1–35. doi:10.1080/10615806.2015.1025765
- Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, *11*(3), 679–689. Retrieved from <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7551>
- Hayes, S. C., Bond, F. W., Barnes-Holmes, D., & Austin, J. (2006). *Acceptance and mindfulness at work. Applying acceptance and commitment therapy and relational frame theory to organizational behaviour management*. New York, NY: Haworth Press, Inc.
- Hayes, S. C., Bond, F. W., Barnes-Holmes, D., & Austin, J. (2012). *Acceptance and mindfulness at work* (2012th ed.). New York, NY: The Haworth Press, Inc.
- Hayes, S. C., Hayes, S. C., Luoma, J. B., Luoma, J. B., Bond, F. W., Bond, F. W., ... Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(1), 1–25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behaviour change*. New York, NY: Guilford Press.
- Islam, M. S., Baker, C., Huxley, P., Russell, I. T., & Dennis, M. S. (2017). The nature, characteristics and associations of care home staff stress and wellbeing: A national survey. *BMC Nursing*, *16*(1). doi:10.1186/s12912-017-0216-4
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Buckingham: Open University Press.
- Kuske, B., Hanns, S., Luck, T., Angermeyer, M. C., Behrens, J., & Riedel-Heller, S. G. (2007). Nursing home staff training in dementia care: A systematic review of evaluated programs. *International Psychogeriatrics*, *19*(5), 818–841. doi:10.1017/S1041610206004352
- Lloyd, J., Bond, F. W., & Flaxman, P. E. (2013). The value of psychological flexibility: Examining psychological mechanisms underpinning a cognitive behavioral therapy intervention for burnout. *Work & Stress*, *27*(2), 181–199. doi:10.1080/02678373.2013.782157
- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., & López, J. (2014). Development and validation of the Experiential Avoidance in Caregiving Questionnaire (EACQ). *Aging & Mental Health*, *18*(7), 897–904. doi:10.1080/13607863.2014.896868
- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Mausbach, B. T., López, J., Fernández-Fernández, V., & Nogales-González, C. (2015). Cognitive-behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for dementia family caregivers with significant depressive symptoms: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *83*(4), 760–772. doi:10.1037/ccp0000028
- MacDonald, E. E., Hastings, R. P., & Fitzsimons, E. (2010). Psychological acceptance mediates the impact of the behaviour problems of children with intellectual disability on fathers' psychological adjustment. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *23*(1), 27–37. doi:10.1111/j.1468-3148.2009.00546.x
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *The Maslach burnout inventory manual* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- McConachie, D. A. J., McKenzie, K., Morris, P. G., & Walley, R. M. (2014). Acceptance and mindfulness-based stress management for support staff caring for individuals with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, *35*(6), 1216–1227. doi:10.1016/j.ridd.2014.03.005
- Moran, D. J. (2015). Acceptance and Commitment Training in the workplace. *Current Opinion in Psychology*, *2*, 26–31. doi:10.1016/j.copsyc.2014.12.031
- Ramaci, T., Bellini, D., Presti, G., & Santisi, G. (2019). Psychological flexibility and mindfulness as predictors of individual outcomes in hospital health workers. *Frontiers in Psychology*, *10*, 1302. doi:10.3389/fpsyg.2019.01302
- Ruiz, F. J., Langer Herrera, Á. I., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Midiendo la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica: Versión española del cuestionario de aceptación y acción - II. *Psicothema*, *25*(1), 123–129. doi:10.7334/psicothema2011.239
- Ruiz, F. J., & Odriozola-González, P. (2017). The predictive and moderating role of psychological flexibility in the development of job burnout. *Universitas Psychologica*, *16*(4), 1–8. doi:10.11144/Javeriana.upsy16-4.pmrp
- Spielberger, C. B., Gonzalez-Regiosa, F., Martínez-Urrutia, A., Natailcio, L. F. S., & Natalicio, D. S. (1971). Development of the Spanish edition of the State-Trait Anxiety Inventory. *Interamerican Journal of Psychology*, *5*, 145–158. doi:10.30849/RIP/IJP.V5I3 & 4.620
- Stone, R. I. (2012). The long-term care workforce: From accidental to valued profession. In D. Wolf & N. Folbre (Eds.), *Universal coverage of long-term care in the United States: Can we get there from here?* (pp. 155–178). New York, NY: Russell Sage Foundation.
- Vázquez, C., Duque, A., & Hervás, G. (2013). Satisfaction with life scale in a representative sample of Spanish adults: Validation and normative data. *The Spanish Journal of Psychology*, *16*(82), E82. doi:10.1017/sjp.2013.82

Discusión General

9. DISCUSIÓN GENERAL

9.1 Evidencias empíricas derivadas del artículo 1

En relación con las hipótesis formuladas se observó:

Estudio 1:

- Los trabajadores sanitarios en contacto con personas afectadas de demencia experimentan un alto agotamiento emocional y corren riesgo de sufrir burnout.
- Los niveles de agotamiento emocional de estos trabajadores están estrecha y negativamente relacionados con los niveles de flexibilidad psicológica.
- La flexibilidad psicológica está negativamente relacionada con los niveles de ansiedad rasgo y relacionada de un modo directo con la satisfacción vital de estos trabajadores.
- La dimensión cognitiva de las actitudes hacia la demencia no está relacionada con los niveles de agotamiento emocional.

9.2 Evidencias empíricas derivadas del artículo 2

En relación con las hipótesis formuladas se observó:

Estudio 2

- La intervención basada en ACT disminuyó los niveles de agotamiento emocional y de ansiedad rasgo de los trabajadores. Por otro lado, también aumentó los niveles de satisfacción vital y realización personal de los trabajadores.
- La intervención no aumentó los niveles de flexibilidad psicológica de un modo estadísticamente significativo, a pesar de que en el análisis cualitativo se observó una tendencia creciente en dichos niveles.

9.3 Limitaciones

Los resultados de la presente tesis, a pesar de presentar datos interesantes en relación con la inflexibilidad psicológica, el burnout, la satisfacción vital, y la ACT como herramienta para la prevención del Burnout, están sujetos a algunas limitaciones que invitan a que sean interpretados con cautela.

En primer lugar, en lo que se refiere al Estudio 1, se trata de un estudio transversal de carácter exploratorio, por lo que el diseño no permite establecer relaciones casuales. El tamaño muestral pequeño y el tipo de muestreo comprometen la representatividad de la muestra y limitan la generalización de los resultados. Además, cabría tener en cuenta que podría haberse producido un sesgo de autoselección, dado que la participación en el estudio era voluntaria.

Por otro lado, el hecho de que la mayoría de la muestra esté integrada por profesionales que suelen tener un contacto más directo con los SPCD (auxiliar, gerocultoras y enfermeras), también podría limitar la generalización de los niveles de burnout observados en el presente trabajo a todo el colectivo de trabajadores sanitarios que están en contacto con personas afectadas de demencia. Así, otros profesionales que podrían no estar tan expuestos a los SPCD, como los médicos, personal de farmacia, trabajadores sociales y otros trabajadores que están en contacto con personas afectadas de demencia podrían estar experimentando menores niveles de agotamiento emocional que los descritos en el estudio.

Además, el hecho de haber realizado las charlas informativas sobre la flexibilidad psicológica antes de recoger los datos podría haber contaminado las respuestas de los participantes. De hecho, la variable de flexibilidad psicológica es la única en la que la muestra no obtiene puntuaciones similares a las de otros estudios (Spira et al., 2008). Así mismo, los bajos niveles de fiabilidad de la subescala de despersonalización del MBI, así como de la EAD, podrían estar comprometiendo algunos de los resultados obtenidos.

En al Estudio 2 también surgieron algunas limitaciones. Una de las principales fue que no se registró de modo sistemático el cumplimiento de las tareas (homework), y por ese motivo no se pudo realizar un análisis diferencial de la importancia de

dicha variable a la hora de explicar los cambios observados en el grupo de intervención. Quizás, el hecho de registrar sistemáticamente aquellos sujetos con más horas y ejercicios de práctica nos habría facilitado un escenario diferente en el que poder re-interpretar los resultados en relación a la flexibilidad psicológica, ya que no se observaron los cambios esperados en dicha variable tras la intervención basada en ACT.

Otra limitación, y quizás también otra de las razones por las que no se encontraron cambios estadísticamente significativos en la flexibilidad psicológica, podría haber sido una mala elección de la herramienta con la que medimos dicha variable. Actualmente existen pruebas que miden la flexibilidad psicológica en cuidadores no profesionales (Losada et al., 2014; Ruiz & Odriozola-González, 2014), y también existen pruebas para valorar diferentes componentes del hexaflex (Cardaciotto et al., 2008; González Rodríguez et al., 2008; Romero-Moreno et al., 2014). En el momento de planificar la investigación se planteó la posibilidad de añadir algunos de estos tests en el protocolo inicial para valorar cada uno de los componentes principales del hexaflex, pero con la intención de evitar un efecto de agotamiento a la hora de responder y su concomitante posible efecto de atrición, se estimó conveniente introducir tan solo una medida de flexibilidad psicológica, en este caso el AAQ-II (Bond et al., 2011).

Otra limitación importante en el Estudio 2 fue el hecho de que las intervenciones fueron realizadas por un solo psicólogo. Tener al menos otro instructor podría haber aumentado significativamente la generalización de los resultados. Además, el psicólogo que realizó las intervenciones era un compañero de trabajo de los participantes. Este hecho, en un primer momento, facilitó la dinamización de los grupos y la rápida creación de un clima de confianza. Sin embargo, también podría haber supuesto un sesgo en el momento de evaluar la forma y la duración de la intervención. Por otro lado, también cabe destacar el hecho de que los temas que se discutieron en el grupo de intervención fueron comprometidos y de temática altamente sensible. Este hecho, si bien pudo facilitar a algunos participantes el abrirse y explicar sus experiencias más íntimas, también pudo dificultar a algunos otros la posibilidad de abrirse por el hecho de que conocían al dinamizador, por vergüenza o por otros motivos.

En el Estudio 2 también cabe destacar que se encontraron bajos niveles de confiabilidad de la escala de despersonalización del MBI, que podrían comprometer la interpretación de los resultados. Una de las posibles explicaciones a esta limitación podría ser también la familiaridad con el dinamizador. El hecho de conocer a la persona que administraba los protocolos y que dirigía la investigación podría haber sesgado las respuestas de los participantes. Los sujetos podrían haber subestimado conscientemente la escala de despersonalización para no mostrarse insensibles o malos trabajadores frente al examinador.

Vistas las limitaciones de ambos trabajos, se necesitan más estudios para respaldar los resultados de la presente tesis y examinar los efectos de las intervenciones basadas en ACT en estos trabajadores.

9.4 Implicaciones de los resultados

La flexibilidad psicológica juega un importante papel en la salud mental de las personas en general (Kashdan, 2011; McHugh, 2011), y de los trabajadores sanitarios en particular (Blanco et al., 2017; Frögéli et al., 2015; Polk et al., 2016). En el estudio 1 los resultados fueron consistentes con la importancia de este constructo, viéndose que aquellos trabajadores con mayores niveles de flexibilidad psicológica mostraban una mayor satisfacción vital, menos ansiedad rasgo, menos agotamiento emocional en el puesto de trabajo y despersonalizaban menos a sus pacientes. Además, los datos apoyaron también el estrecho vínculo entre flexibilidad psicológica y burnout en el puesto de trabajo (Moran, 2015; Noone & Hastings, 2011; Ramaci et al., 2019; Ruiz & Odriozola-González, 2017).

En lo que se refiere a las actitudes hacia la demencia, en el Estudio 1 se encontraron relaciones entre las dimensiones afectiva y conductual de las actitudes con otras variables, pero no con la dimensión cognitiva. En primer lugar, se encontró una ligera relación entre la dimensión de Afecto (entendida como los sentimientos de afecto o aversión hacia el paciente con demencia que experimenta el trabajador) con la flexibilidad psicológica, con la implicación de que, a menor flexibilidad psicológica, menor afecto sentían los trabajadores por el paciente con demencia. Y por otro lado los constructos de Agotamiento Emocional y

Despersonalización se vieron relacionados con la actitud de Rechazo (conductas de acercamiento o alejamiento hacia el sujeto con demencia). Finalmente, en lo que refiere a la dimensión cognitiva de las actitudes hacia la demencia, no se encontró ninguna relación entre los niveles de burnout y la dimensión de Experiencia, que es la dimensión más relacionada con los conocimientos que el trabajador posee acerca de la demencia. Las implicaciones de dicha falta de relación podrían sugerir que los conocimientos acerca de la demencia podrían no ser un factor tan decisivo a la hora de explicar los niveles de burnout, siendo los factores afectivo-conductuales los más determinantes.

Por otro lado, la estrecha relación entre las dimensiones afectivo-conductuales de las actitudes hacia la demencia con la flexibilidad psicológica nos podría llevar a interpretar que lo que realmente evitan los trabajadores no es el paciente con demencia, sino más bien las emociones difíciles que el trabajador experimenta en el contexto de cuidar.

Los resultados obtenidos en el estudio 1 tienen una doble repercusión importante en lo que refiere al malestar emocional de los trabajadores sanitarios que trabajan con demencias. En primer lugar, cuestionan el modelo de abordaje de los problemas emocionales de los trabajadores sanitarios en contacto con demencias, y en segundo lugar, enfatizan la promoción de la flexibilidad psicológica como una vía prometedora para disminuir el riesgo de Burnout.

En lo que refiere a la primera cuestión, históricamente se han hecho muchos esfuerzos para mejorar la calidad de vida de los cuidadores. Sin embargo, la mayoría de las intervenciones para la gestión de los problemas emocionales asociados al hecho de cuidar a una persona con demencia, han sido dirigidos principalmente a cuidadores informales. Cuando nos referimos a cuidadores profesionales, y esto es, a trabajadores sanitarios en contacto con personas afectadas de demencia, se ha hecho muy poca investigación. La mayoría de programas dirigidos a este colectivo profesional se fundamentan en aumentar conocimientos acerca de los SPCD, mejorar el estilo de comunicación con los pacientes, o cambiar las actitudes hacia la demencia (Bourgeois et al., 2004; Harwood et al., 2018; Kishita et al., 2018). Sin embargo, a pesar de que los conocimientos sobre la demencia son muy importantes, podrían no ser suficientes

para que el trabajador experimente menos agotamiento emocional y más autorrealización en su puesto de trabajo. Como vimos en los resultados del estudio 1, la dimensión cognitiva de las actitudes hacia la demencia (los conocimientos del trabajador acerca de la demencia) tiene una escasa relación con el malestar emocional asociado al puesto de trabajo y una relación inexistente con el malestar emocional general o ansiedad rasgo. Una implicación directa del estudio 1 es que para mejorar el estado emocional de los trabajadores puede ser necesario realizar intervenciones dirigidas al manejo eficaz de las emociones difíciles asociadas al hecho de cuidar.

Por otro lado, la flexibilidad psicológica se mostró como una variable íntimamente relacionada con el no solo con el malestar emocional, la satisfacción vital, y con las variables referentes al Burnout, sino también con las dimensiones afectivas y conductuales de las actitudes hacia la demencia. Puesto que aquellos trabajadores con mayores niveles de flexibilidad psicológica tienen menos riesgo de sufrir burnout y agotamiento emocional, la flexibilidad psicológica podría ser un factor protector de burnout.

Teniendo en cuenta que los niveles de riesgo de sufrir Burnout en este tipo de puestos de trabajo son muy altos (Estudio 1), parece lógico intentar mejorar el paradigma psicoeducativo de los trabajadores sanitarios en contacto con personas afectadas de demencia, no centrándolo exclusivamente en el aumento de conocimientos sobre la demencia, cambiando las actitudes o mejorando las habilidades de manejo del enfermo. Así, además de recibir las formaciones vinculadas al manejo de síntomas o la comunicación con el enfermo, podrían ser necesarias intervenciones exclusivamente dirigidas al manejo eficaz de las emociones. Diseñar y valorar la efectividad de un programa de formación para la gestión de las emociones y para aumentar la flexibilidad psicológica de estos trabajadores fue el objetivo del Estudio 2.

Para realizar el Estudio 2 diseñamos previamente un programa de intervención para el personal sanitario en contacto con personas afectadas de demencia y fundamentado en la ACT. Como ya se mencionó anteriormente, las Terapias contextuales en general y la terapia de Aceptación y Compromiso en particular

obedecen al objetivo de aumentar la flexibilidad psicológica. El objetivo del estudio 2 fue valorar la efectividad del programa de entrenamiento basado en ACT.

El programa se elaboró sobre la base de los manuales ACT, y se optó por un diseño de 6 sesiones semanales de 90 minutos cada una. Este fue diseño fue novedoso porque no hemos encontrado precedentes de una formación con dicha estructura dirigida a trabajadores sanitarios, y también la consideramos arriesgada por un posible e indeseado efecto de atrición, dado que la intervención se realizó fuera del horario laboral y la asistencia era voluntaria. La razón de nuestro diseño nació del deseo de encontrar una fórmula que ayudara a mantener los resultados terapéuticos más allá de los 12 meses post-intervención. A nuestro juicio, el hecho de implementar una intervención de 6 semanas de duración podría ofrecer un escenario que facilitara el tiempo suficiente a los participantes a integrar y practicar los conocimientos adquiridos a través de los ejercicios entre sesiones. En lugar de ofrecer un amplio abanico de conocimientos en un solo día, se convino razonar en pequeñas dosis de experiencia los seis procesos de ACT y ponerlos en práctica a nivel individual entre sesiones, adquiriendo pequeños desafíos personales para compartirlos después en las sesiones.

La que a priori podía parecer una intervención demasiado larga y arriesgada por un posible efecto de abandono, fue valorada por los participantes como idónea e incluso corta. Esta valoración positiva podría ser debida al hecho de que las sesiones fueron diseñadas de tal modo que fomentaran mucho la participación y permitían un espacio para compartir los avances personales entre los asistentes, lo cual era muy reforzante.

En contra de nuestras hipótesis iniciales, el programa de entrenamiento en ACT no aumentó los niveles de flexibilidad psicológica de los participantes al acabar la intervención. Sin embargo, en los seguimientos a los tres y doce meses después de la intervención se observó una tendencia al aumento de la flexibilidad psicológica, que podría estar apuntando un proceso de cambio lento y progresivo tras la intervención. Y por otro lado, el análisis cualitativo de las valoraciones del curso por parte de los participantes reflejó aspectos cruciales de la flexibilidad psicológica; cambios actitudinales y comportamentales que ellos mismos atribuían

al curso y que cualitativamente podrían considerarse como un aumento de su flexibilidad psicológica.

En lo que refiere al malestar emocional, y consistentemente con los resultados obtenidos en estudio 1, la implementación del programa de entrenamiento para aumentar la flexibilidad psicológica disminuyó claramente el agotamiento emocional y la ansiedad rasgo de los trabajadores después de la intervención. Dichos resultados apoyan los datos obtenidos en intervenciones semejantes basadas en ACT, ya sean aplicadas a cuidadores informales (Collins & Kishita, 2018), como a profesionales sanitarios que trabajan con poblaciones potencialmente agresivas (Blanco et al., 2017; Clarke et al., 2015; McConachie et al., 2014). Además, en el caso de la intervención que diseñamos, los resultados se mantuvieron significativos a los 3 y a los 12 meses de seguimiento. Una posible explicación del mantenimiento de los resultados terapéuticos a los 12 meses podría ser atribuido, como ya comentamos, al formato diferente e innovador de nuestra intervención, que permitió practicar y cristalizar los conocimientos adquiridos en las sesiones.

En lo que se refiere a los niveles de satisfacción laboral y vital la intervención también resultó efectiva. Se observó un aumento significativo de ambas variables tanto después de la intervención como a los 3 y 12 meses de seguimiento. Estos resultados sugieren que la intervención no sólo ayudó a los participantes a reducir sus niveles de estrés, sino a conectar con sus valores a través de acciones comprometidas tanto con su trabajo como con determinados aspectos de sus vidas personales, siendo este un aspecto fundamental y definitorio de la Terapia de Aceptación y Compromiso.

Finalmente, no encontramos resultados significativos en la variable de despersonalización. Una de las posibles explicaciones de no haber encontrado cambios significativos en dicha variable podría ser el hecho de que en la línea base los valores de esta ya eran muy bajos, y resultaría difícil obtener resultados por un posible efecto suelo.

En definitiva, la intervención resultó efectiva para reducir el estrés y aumentar la satisfacción vital y laboral de los trabajadores, implementando un estilo de

afrontamiento más adaptativo a sus puestos de trabajo en particular, y a sus dificultades personales en general.

La implementación de intervenciones eficaces para mejorar el estilo de afrontamiento es de vital importancia no sólo a los familiares de personas con demencia sino también a los trabajadores sanitarios que trabajan con ellas. Intervenciones como la que mostramos en la presente tesis podrían ser una oportunidad para mejorar la calidad de vida de estos trabajadores, y en último término, para mejorar la calidad de vida no sólo de los trabajadores, sino también para mejorar la calidad asistencial.

9.5 Direcciones futuras

En futuros trabajos resultaría interesante poder discernir cuál de los seis procesos de la flexibilidad psicológica es más determinante a la hora de predecir el burnout en los trabajadores sanitarios en contacto con personas afectadas de demencia, con el objetivo de discernir dónde es más necesario intervenir. En concreto, sería interesante estudiar la relación entre los procesos de Acción Comprometida y Valores personales con el constructo de despersonalización del Burnout, o los procesos de Aceptación y defusión con las Actitudes de Rechazo hacia la demencia. Otro aspecto interesante para indagar en futuras investigaciones sería tener en consideración hasta qué punto, el cumplimiento de las tareas entre sesiones es determinante para explicar los resultados observados en nuestra investigación. Ciertamente, los procesos de la ACT no se adquieren o mejoran de un modo intelectual o meramente cognitivo. En el corazón de la ACT se esconde la filosofía de la práctica y el contacto con la experiencia para aprender y aprehender. El modelo contextual en general, y la ACT en particular, invitan a la transformación personal a través de ejercicios experienciales y la práctica continuada. Por esta razón, registrar en qué medida se practican las habilidades transmitidas en el programa de intervención, y determinar cuáles son las causas que obstaculizan o que promueven que algunos participantes practiquen más que otros, podría arrojar luz de cara a mejorar este tipo de intervenciones.

Finalmente, teniendo en cuenta el contexto en el que se ha realizado esta investigación, sería muy interesante recopilar datos sobre el bienestar emocional y

la salud de pacientes con demencia antes y después de la intervención para determinar en qué medida la calidad de la asistencia sanitaria cambia cuando cambian las emociones de los trabajadores. En este sentido, el bienestar emocional de los trabajadores podría mejorar la comunicación con pacientes y la asistencia que se les brinda, habiendo un impacto en su salud y sus emociones. Dado que actualmente no existe ningún tratamiento que cure la demencia, y que la principal fuerza para dar calidad de vida y dignidad a estos pacientes son los cuidadores informales y los profesionales, el cuidado de las emociones de los trabajadores es un tema crítico que la investigación futura debería tener en cuenta.

Epílogo

Epílogo

En junio de 2018 me encontraba presentando uno de los trabajos de la presente tesis en el 5º congreso internacional de Mindfulness (Zaragoza). Al terminar mi presentación, uno de los asistentes se acercó y empezó a formular multitud de preguntas acerca de la flexibilidad psicológica y de las intervenciones basadas en ACT. Al cabo de unos 30 minutos de disquisiciones y de un debate muy estimulante, fuimos a tomar un café al Hall del congreso, y ahí me preguntó: *¿Porqué no escribes un libro para cuidadores informales?* Esa pregunta, directa e incisiva, tocó una tecla dentro de mí que despertó algo que llevaba gestándose desde hacía muchos años.

Ese mismo fin de semana, cuando llegué a mi casa, empecé a escribir. Y lo hice intentando adaptar los ejercicios de las investigaciones de la presente tesis a un lenguaje llano y sin tecnicismos, pensando en los cuidadores informales. Dos años y medio después, el 11 de febrero de 2021, la editorial Grijalbo Ilustrados publicaba mi obra “Me cuido, te cuido”, un libro eminentemente práctico, con más de 50 ejercicios basados en ACT y pensado exclusivamente para los cuidadores informales que día tras día se esfuerzan en dar una mejor calidad de vida a sus seres queridos.

Confío en que los resultados de la presente tesis y el libro puedan contribuir de alguna manera a mejorar la calidad de vida y el bienestar emocional de los cuidadores informales y profesionales, cuya labor es la más bonita y difícil del mundo.

Referencias Bibliográficas

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcón, V. V. (2014). Burnout en los profesionales de enfermería en España. estado de la cuestión. *Metas de Enfermería, January*, 24–27.
https://www.google.es/_/chrome/newtab?rlz=1C1AVNA_enES665ES665&espv=2&ie=UTF-8
- Aluja Fabregat, A., Blanch Plana, Á., & Biscarri Gassió, J. (2003). Burnout syndrome and coping strategies: a structural relations model. *Psychology in Spain, 7*, 46–55.
- ASSOCIATION, A. P. (2014). Diagnostics and Statistics Manual of Mental Disorders. In *American Journal of Psychiatry* (Vol. 80, Issue 2).
<https://doi.org/10.1176/ajp.80.2.309>
- Baker, C., Huxley, P., Dennis, M., Islam, S., & Russell, I. (2015). Alleviating staff stress in care homes for people with dementia: protocol for stepped-wedge cluster randomised trial to evaluate a web-based Mindfulness- Stress Reduction course. *BMC Psychiatry, 15*(1), 317.
<https://doi.org/10.1186/s12888-015-0703-7>
- Barbosa, A, Nolan, M., Sousa, L., Marques, A., & Figueiredo, D. (2016). Effects of a Psychoeducational Intervention for Direct Care Workers Caring for People with Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 31*(2), 144–155. <https://doi.org/10.1177/1533317515603500>
- Barbosa, Ana, Sousa, L., Nolan, M., & Figueiredo, D. (2015). Effects of Person-Centered Care Approaches to Dementia Care on Staff. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 30*(8), 713–722.
<https://doi.org/10.1177/1533317513520213>
- Blanco, L., García, C., Moreno, B., De la Pinta, M., Moraleda, S., & Garrosa, E. (2017). Brief Intervention Based on ACT and Mindfulness: Pilot Study with Nursing Staff in Intensive Care Unit and Emergency Services. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy, 17*(1), 57–73.
- Blanco, L. M., García Rubio, C., Moreno Jiménez, B., De la Pinta, M., Moraleda, E., & Garrosa, E. (2017). *Intervención breve basada en ACT y Mindfulness : estudio piloto con profesionales de enfermería en UCI y urgencias.*
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy, 42*(4), 676–688.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Bourgeois, M. S., Dijkstra, K., Burgio, L. D., & Allen, R. S. (2004). Communication skills training for nursing aides of residents with dementia: The impact of measuring performance. *Clinical Gerontologist, 27*(1–2), 119–138.

<https://doi.org/10.1300/J018v27n01>

- Buchanan, R. J., Wang, S., Ju, H., & Graber, D. (2004). Analyses of gender differences in profiles of nursing home residents with Alzheimer's disease. *Gender Medicine, 1*(1), 48–59.
- Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment, 15*(2), 204–223.
<https://doi.org/10.1177/1073191107311467>
- Clarke, S., Taylor, G., Lancaster, J., & Remington, B. (2015). Acceptance and Commitment Therapy–Based Self-Management Versus Psychoeducation Training for Staff Caring for Clients With a Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Personality Disorders, 29*(2), 163–176. https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_149
- Collins, R. N., & Kishita, N. (2018). The Effectiveness of Mindfulness- and Acceptance-Based Interventions for Informal Caregivers of People With Dementia: A Meta-Analysis. *The Gerontologist, 00*(00), 1–17.
<https://doi.org/10.1093/geront/gny024>
- Costello, H., Walsh, S., Cooper, C., & Livingston, G. (2019). A systematic review and meta-analysis of the prevalence and associations of stress and burnout among staff in long-term care facilities for people with dementia. *International Psychogeriatrics, 31*(8), 1203–1216. <https://doi.org/DOI:10.1017/S1041610218001606>
- Devereux, J., Hastings, R., & Noone, S. (2009). Staff stress and burnout in intellectual disability services: Work stress theory and its application. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 22*(6), 561–573.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2009.00509.x>
- Dhaini, S. R., & Zuñiga, F. (2015). Care workers health in Swiss Nursing Homes and its association with Psychosocial Work Environment: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies, 53*, 105–115.
- Duffy, B. (2009). Burnout among care staff for older adults with dementia. *Dementia, 8*(4)(November 2015), 515–541.
<https://doi.org/10.1177/1471301209350285>
- Edberg, A.-K., Bird, M., Richards, D. A., Woods, R., Keeley, P., & Davis-Quarrell, V. (2008). Strain in nursing care of people with dementia: nurses' experience in Australia, Sweden and United Kingdom. *Aging & Mental Health, 12*(2), 236–243. <https://doi.org/10.1080/13607860701616374>
- Edvardsson, D., Sandman, P., Nay, R., & Karlsson, S. (2009). Predictors of job strain in residential dementia care nursing staff. *Journal of Nursing Management, 17*(1), 59–65. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00891.x>

- Eisenbeck, N., Schlosser, K. K., Szondy, M., & Szabo-Bartha, A. (2016). [Acceptance and Commitment Therapy: Theoretical background and practice]. *Psychiatria Hungarica : A Magyar Pszichiatriai Tarsasag tudomanyos folyoirata*, *31*(3), 239–247.
- Elliott, K. E. J., Stirling, C. M., Martin, A. J., Robinson, A. L., & Scott, J. L. (2016). We are not all coping: a cross-sectional investigation of resilience in the dementia care workforce. *Health Expectations*, *19*(6), 1251–1264.
<https://doi.org/10.1111/hex.12419>
- Ervin, K., Cross, M., & Koschel, A. (2014). Barriers to managing behavioural and psychological symptoms of dementia: staff perceptions. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, *21*(3), 201–207.
<https://doi.org/10.1016/j.colegn.2013.04.002>
- Flaxman, P. E., Bond, F. W., & Livheim, F. (2013). *The Mindful and Effective Employee. An Acceptance and Commitment Therapy Training Manual for Improving Well-Being and Performance* (R. Wiederr (ed.)). New Harbinger, Inc.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, *50*(3), 571–579. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.3.571>
- Frögéli, E., Djordjevic, A., Rudman, A., Livheim, F., & Gustavsson, P. (2015). A randomized controlled pilot trial of Acceptance and Commitment Training (ACT) for preventing stress-related ill health among future nurses. *Anxiety, Stress, and Coping*, *5806*(December), 1–35.
<https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1025765>
- Generalitat de Catalunya. (2014). Bases per a l'atenció comunitària a les persones amb demència. *Direcció General de Planificació i Recerca En Salut*, *B 22610-20*.
- Gibbons, C. (2018). Stress , coping and burn-out in nursing students. *International Journal of Nursing Studies*, *47*(March 2010), 1299–1309.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.02.015>
- Gil-monte PR, P. J. (1999). *VALIDEZ FACTORIAL DEL MASLACH BURNOUT INVENTORY EN UNA MUESTRA MULTIOCCUPACIONAL*. *11*, 679–689.
- González, F. L. A., Solá, I. B., Corte-Real, N., & Fonseca, A. M. (2016). Invarianza factorial de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes de España y Portugal. *Psicothema*, *28*(3), 353–358.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2016.1>
- González Rodríguez, M., Avero Delgado, P., Rovella, A. T., & Cubas León, R. (2008). Structural validity and reliability of the Spanish version of the White Bear Suppression Inventory (WBSI) in a sample of the general Spanish population. *The Spanish Journal of Psychology*, *11*(2), 650–659.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18988450>

- Grabher, B. J. (2018). Effects of Alzheimer disease on patients and their family. *Journal of Nuclear Medicine Technology*, *46*(4), 335–340. <https://doi.org/10.2967/jnmt.118.218057>
- Grossberg, G. T., & Desai, A. K. (2003). Management of Alzheimer's disease. In *Journal of Gerontology: Medical Sciences* (Vol. 58A, Issue 4, pp. 331–353). <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2007.04.028>
- Hamama, L., Tartakovsky, E., & Patrakov, E. (2016). Attitudes and burnout among health care professionals working with HIV / AIDS ATTITUDES AND BURNOUT AMONG HEALTH CARE PROFESSIONALS WORKING WITH HIV / AIDS. *Voprosy Psikhologii*, July.
- Harwood, R. H., O'Brien, R., Goldberg, S. E., Allwood, R., Pilnick, A., Beeke, S., Thomson, L., Murray, M., Parry, R., Kearney, F., Baxendale, B., Sartain, K., & Schneider, J. (2018). A staff training intervention to improve communication between people living with dementia and health-care professionals in hospital: the VOICE mixed-methods development and evaluation study. *Health Services and Delivery Research*, *6*(41), 1–134. <https://doi.org/10.3310/hsdr06410>
- Hayes, S. C., Hayes, S. C., Luoma, J. B., Luoma, J. B., Bond, F. W., Bond, F. W., Masuda, A., Masuda, A., Lillis, J., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behaviour change*. NY: Guilford Press.
- Hoyos, B., Pardo, V., Manzano, G., García, C., A, G. V., Jurado, A., Vera, V., Camacho, C., & Taboada, S. M. (2001). *Burnout y satisfacción laboral de los profesionales que atienden a pacientes geriátricos*. *36*(1), 32–40.
- Islam, M. S., Baker, C., Huxley, P., Russell, I. T., & Dennis, M. S. (2017). The nature, characteristics and associations of care home staff stress and wellbeing: A national survey. *BMC Nursing*, *16*(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0216-4>
- Kang, Y., Moyle, W., & Venturato, L. (2011). *Korean nurses' attitudes towards older people with dementia in acute care settings Korean nurses' attitudes towards older people with dementia in acute care settings*. June. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00254.x>
- Kashdan, T. B. (2011). *Psychological flexibility as a fundamental aspect of health-2*. *30*(7), 865–878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>. Psychological
- Kishita, N., Hammond, L., Dietrich, C. M., & Mioshi, E. (2018). Which interventions work for dementia family carers?: an updated systematic review of

randomized controlled trials of carer interventions. *International Psychogeriatrics*, 30(11), 1679–1696. <https://doi.org/DOI:10.1017/S1041610218000947>

Kitwood, T. (1997). Dementia reconsidered: The person comes first. *Buckingham: Open University Press*. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7187.880>

Lasalvia, A., Bonetto, C., Bertani, M., Bissoli, S., Cristofalo, D., Marrella, G., Ceccato, E., Cremonese, C., De Rossi, M., Lazzarotto, L., Marangon, V., Morandin, I., Zucchetto, M., Tansella, M., & Ruggeri, M. (2009). Influence of perceived organisational factors on job burnout: Survey of community mental health staff. *British Journal of Psychiatry*, 195(6), 537–544. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.060871>

LeJeune, C. (2007). *The Worry trap. How to Free Yourself from Worry & Anxiety Using Acceptance & Commitment Therapy*. New Harbinger Publications, Inc.

Leonard, R., Tinetti, M., Allore, H., & Drickamer, M. (2006). Potentially Modifiable Resident Characteristics That Are Associated With Physical or Verbal Aggression Among Nursing Home Residents With Dementia. *Archives of Internal Medicine*, 166(12), 1265–1300. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.12.1295>

Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., & López, J. (2014). Development and validation of the Experiential Avoidance in Caregiving Questionnaire (EACQ). *Aging & Mental Health, Advanced o*(December), 37–41. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.896868>

Macfarlane, S., O'Connor, D., & Emeritus, C. (2016). Managing behavioural and psychological symptoms in dementia. *Aust Prescr*, 39(4), 123–125. <https://doi.org/10.18773/austprescr.2016.052>

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *The Maslach Burnout Inventory Manual* (3rd ed.). *Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press*.

McConachie, D. A. J., McKenzie, K., Morris, P. G., & Walley, R. M. (2014). Acceptance and mindfulness-based stress management for support staff caring for individuals with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 35(6), 1216–1227. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.03.005>

McHugh, L. (2011). A new approach in psychotherapy: ACT (acceptance and commitment therapy). *The World Journal of Biological Psychiatry*, 12(sup1), 76–79. <https://doi.org/10.3109/15622975.2011.603225>

Moran, D. J. (2015). Acceptance and Commitment Training in the workplace. *Current Opinion in Psychology*, 2, 26–31. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2014.12.031>

Nakahira, M., Moyle, W., Creedy, D., & Hitomi, H. (2009). Attitudes toward dementia-related aggression among staff in Japanese aged care settings.

Journal of Clinical Nursing, 18(6), 807–816. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02479.x>

- Noone, S. J., & Hastings, R. P. (2011). Values and Psychological Acceptance as Correlates of Burnout in Support Staff Working With Adults With Intellectual Disabilities. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 4(2), 79–89. <https://doi.org/10.1080/19315864.2011.582230>
- Okamura, T., Shimmei, M., Takase, A., Toishiba, S., Hayashida, K., Yumiyama, T., & Ogawa, Y. (2018). A positive attitude towards provision of end- of-life care may protect against burnout : Burnout and religion in a super-aging society. *PLoS ONE*, 13(8), 1–10.
- Ortega, C., López, F., & Universidad, R. (2004). *El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios : revisión y perspectivas 1. 4*, 137–160.
- Payne, N. (2001). Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 396–405. [doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01677.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01677.x)
- Polk, K. L., Schoendorff, B., Webster, M., & Olaz, F. O. (2016). *ACT MATRIX: A Step-by-step approach to using the ACT Matrix Model in Clinical Practice*. New Harbinger Publications, Inc.
- Ramaci, T., Bellini, D., Presti, G., & Santisi, G. (2019). Psychological Flexibility and Mindfulness as Predictors of Individual Outcomes in Hospital Health Workers. *Frontiers in Psychology*, 10(June), 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01302>
- Rodríguez Campuzano, M. de L., Ocampo Juárez, I., & Nava Quiroz, C. (2013). Relación entre valoración de una situación y capacidad para enfrentarla. *Summa Psicológica*, 6(1), 25–41. <https://doi.org/10.18774/448x.2009.6.50>
- Romero-Moreno, María Márquez-González, Andrés Losada, David Gillanders, V. F.-F. (2014). Cognitive fusion in dementia caregiving: psychometric properties of the spanish version of the “cognitive fusion questionnaire.” *Psicología Conductual*, 22(1), 117–132.
- Ruiz, F. J., Langer Herrera, Á. I., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Midiendo la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica: Versión española del cuestionario de aceptación y acción - II. *Psicothema*, 25(1), 123–129. <https://doi.org/10.7334/psicothema2011.239>
- Ruiz, F. J., & Odriozola-González, P. (2014). Versión española del Cuestionario de Aceptación y Acción Relacionado con el Trabajo (WAAQ). *Psicothema*, 26(1), 63–68. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.110>
- Ruiz, F. J., & Odriozola-González, P. (2017). The Predictive and Moderating role of Psychological Flexibility in the Development of Job Burnout. *Universitas*

- Psychologica*, 16(4), 1. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-4.pmrp>
- Serrani, D. (2012). Construcción y validación de escala para evaluar las actitudes hacia los pacientes con enfermedad de Alzheimer y trastornos relacionados. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 47(1), 5–14. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2011.09.005>
- Sliwinski, Z., Straczynska, M., Kotela, I., Kowalski, T., Krys-Noszczyk, K., Lietz-Kijak, D., Kijak, E., & Makara-Studzinska, M. (2014). Life Satisfaction and Risk of burnout among men and women working. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 27(3), 400–412. <http://dx.doi.org/10.2478/s13382-014-0266-8>
- Spector, A., Revolta, C., & Orrell, M. (2016). The impact of staff training on staff outcomes in dementia care: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(11), 1172–1187. <https://doi.org/10.1002/gps.4488>
- Spira, A. P., Beaudreau, S. A., Jimenez, D., Kierod, K., Cusing, M. M., Gray, H. L., & Gallagher-Thompson, D. (2008). Experiential Avoidance, Acceptance, and Depression in Dementia Family Caregivers. *Clinical Gerontologist*, 30(4), 55–64. <https://doi.org/10.1300/J018v30n04>
- Stone, R. I. (2012). The long-term care workforce: from accidental to valued profession. *Universal Coverage of Long-Term Care in the United States: Can We Get There from Here?*, 65, 155–178.
- Uchmanowicz, I., Manulik, S., Lomper, K., Rozensztrauch, A., Zborowska, A., Kolasi, J., & Rosi, J. (2019). *Life satisfaction, job satisfaction, life orientation and occupational burnout among nurses and midwives in medical institutions in Poland: a cross-sectional study*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024296>
- Vázquez, C., Duque, A., & Hervás, G. (2013). Satisfaction with Life Scale in a Representative Sample of Spanish Adults: Validation and Normative Data. *The Spanish Journal of Psychology*, 16(82), E82. <https://doi.org/10.1017/sjp.2013.82>
- Wang, Q., Wang, L., Shi, M., Li, X., Liu, R., Liu, J., Zhu, M., & Wu, H. (2019). *Empathy, burnout, life satisfaction, correlations and associated socio-demographic factors among Chinese undergraduate medical students: an exploratory cross-sectional study*. 1–10.
- Zimmerman, S., Williams, C. S., Reed, P. S., Boustani, M., Preisser, J. S., Heck, E., & Sloane, P. D. (2005). Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *The Gerontologist*, 45 Spec No(1), 96–105. https://doi.org/10.1093/geront/45.suppl_1.96