



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

RESUMEN

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 ($\alpha 0,91$).

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*					
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>.
- Edberg 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.collegn.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.jpm.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, Kolańska 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 Psikh*. 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/10.1016/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, Creed 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 Dement*. 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/10.1144/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 multicapacitacional. *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>.
- Fröglé 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>.