

Salud y burnout de cuidadores profesionales a domicilio: Impacto de una intervención formativa

Javier Saavedra¹, Lara Murvartian² y Natividad Vallecillo²

1 Profesor Titular. Dep. Psicología Experimental. Universidad de Sevilla (España)

2 Técnica de Investigación. Dep. Psicología Experimental. Universidad de Sevilla (España)

Resumen: Existe una creciente necesidad de cuidados en los países desarrollados, por lo que el número de cuidadoras a domicilio ha aumentado de manera exponencial. La literatura ha señalado que este grupo profesional tiene un alto riesgo de sufrir una gran variedad de problemas de salud. A pesar de su importancia, no hay cursos de entrenamiento descritos para ellas. Este estudio describe el diseño de un curso psicoeducativo para un grupo de cuidadoras y muestra los resultados de un estudio pre-post para evaluar su efectividad considerando las siguientes variables: el estado psicossocial de salud, el agotamiento y los pensamientos disfuncionales sobre el cuidado. Una ANOVA de medidas repetidas se utilizó siempre que fue posible y la prueba de Wilcoxon o la prueba de Mann Whitney se usaron como pruebas no paramétricas. Los pensamientos disfuncionales se redujeron después del curso, siendo el tamaño del efecto mediano a grande. La disfunción social se redujo solo en el grupo de mujeres que también eran cuidadoras familiares. Llegamos a la conclusión de que las cuidadoras profesionales pueden beneficiarse de una breve capacitación.

Palabras claves: Cuidadoras; Burnout; Salud; Intervención Psicoeducativa; Cuidadoras a domicilio; Demencia.

Title: Health and burnout of home health care assistants: Impact of a training intervention.

Abstract: There is a growing need for care in developed countries, so the number of home health care assistants has increased exponentially. The literature has pointed out that this professional group is at high risk for a variety of health problems. Despite its importance, there are no described specific training interventions for it. This study describes a course for a group of female caregivers. A pre-post study is carried out to evaluate its effectiveness considering the following variables: the psychosocial state of health, the burnout and the dysfunctional thoughts about caregiving. The repeated measures ANOVA was used whenever possible and the Wilcoxon-test or the Mann Whitney-test were used as nonparametric tests. Dysfunctional thoughts were reduced after the course, being the effect size medium to large. Social dysfunction was reduced only in the group of women who were also family caregivers. We conclude that professional caregivers can benefit from brief training.

Keywords: Caregivers; Burnout; Health; Psycho-educative intervention; Home Health Care Assistant; Dementia.

Introducción

Cuidadores profesionales a domicilio en el marco de una crisis de los cuidados

El aumento de la esperanza de vida, la prevalencia de enfermedades de carácter crónico y cambios socio-culturales como la lógica incorporación de la mujer, tradicionalmente dedicada a las tareas de cuidado en los países mediterráneos, implican el aumento exponencial de las tareas de atención a personas dependientes. Algunos autores han denominado a esta situación como una “Crisis de los cuidados” (Jagger, 2017). Estos hechos plantean un gran desafío a los sistemas socio-sanitarios de algunos países. Debido a la creciente necesidad de cuidados han proliferado las cuidadoras asistentes, muchas de ellas a domicilio, en algunos casos organizadas por los servicios sociales de los ayuntamientos, pero en otras ocasiones por empresas privadas. En la mayoría de los casos estas mujeres cuidadoras disfrutaban de un nivel formativo bajo y en ocasiones ya han tenido experiencia como cuidadoras familiares. De hecho, la asistencia a domicilio de personas de edad avanzada o con enfermedad crónica se ha convertido en uno de los nichos laborales, como mujeres migrantes con bajo nivel educativo y sin experiencia laboral previa, especialmente tras la crisis económica que asoló Europa. Hewko et al. (2015) definen como marginal a este con-

texto laboral demostrando que son las cuidadoras a domicilio las peor pagadas, las que trabajan menos horas oficialmente y las que obtienen menos beneficio de su trabajo, incluso en comparación con otras profesionales de la salud. Por lo tanto, no es extraño que las catalogue como un ejemplo de empleo precario.

La creciente presencia de estas cuidadoras profesionales en domicilios, residencias o centros hospitalarios no se corresponde con la importancia que se les otorga ya que hasta cierto punto son invisibles, al tiempo que ubicuas en la realidad, tanto para la comunidad científica como para los responsables políticos (Hewko., et al. 2015). Por ejemplo, en el Reino Unido se estima la existencia de hasta 1.5 millones de cuidadoras o asistentes de cuidados en contraposición al medio millón de enfermeros/as titulados/as que trabajan en los distintos dispositivos (Schneider, 2017). En España, en el año 2007 la mitad de las personas que reciben cuidados profesionales los recibía en casa, teniendo en cuenta que la mayoría de los cuidados son informales y la existencia de una gran bolsa de trabajo en negro, sin lugar a dudas el hogar es el contexto de cuidado más frecuente (Comisión Europea, 2009)

Cuidadoras y salud

Está claramente establecido que la mayoría de las personas dedicadas a los cuidados de familiares son mujeres (IMSERSO, 2005) y que padecen peor salud. Muestran mayor número de síntomas de ansiedad y depresión, diversos síntomas somáticos como dolores de espalda, y mayor prevalencia de algunas enfermedades crónicas (Colombo, Llana-

* Correspondence address [Dirección para correspondencia]:
Javier Saavedra. University of Sevilla. Dep. Experimental Psychology.
C/Camilo José Cela, s/n, 41018, Sevilla (Spain). E-mail: fjsaavedra@us.es
(Article received: 4-11-2018; revised: 28-1-2019; accepted: 2-7-2019)

Nozal, Mercier & Tjadens, 2011; Saavedra, Bascón, Arias, Calderón y Mora, 2013). La poca literatura existente indica que las cuidadoras asistentes padecen de mayores riesgos de burnout que sus contrapartes más profesionalizadas, enfermeras, aun trabajando en el mismo contexto (Gerhard, 2000). De hecho, se ha encontrado que el burnout sufrido por estas mujeres cuidadoras a domicilio es especialmente alto pudiendo conllevar a medio o largo plazo importantes problemas de salud. Por ejemplo, Fujiwara, Tsukishima, Tsutsumi, Kawakami and Kishi (2003) encontraron en una muestra de cuidadores profesionales a domicilio en Japón que los conflictos interpersonales con clientes y familiares estaban significativamente relacionados con el cansancio emocional y la despersonalización de la escala de burnout MBI. Estos conflictos no son tan frecuentes o no con la misma intensidad en cuidadoras que trabajan en residencias o centros sanitarios sin un contacto directo y continuo con familiares.

Intervenciones formativas para cuidadoras

Unos de los aspectos más relevantes en la escasa literatura existentes sobre las cuidadoras asistentes profesionales (tanto a domicilio como en residencias y recursos socio-sanitarios) es la necesidad de formación. Debido al escaso nivel educativo de la mayoría de las mujeres cuidadoras es esencial un diseño óptimo de la formación y el estudio de la eficacia de la misma. No sólo por el aumento de la calidad y la continuidad de los cuidados, sino como prevención del estrés y de los problemas de salud que el trabajo emocional intrínseco a estas tareas puede conllevar (Bayley, Scales, Lloyd, Scheider, & Jones, 2015; Fujiwara et al., 2003). La heterogeneidad de las cuidadoras a domicilio en cuanto a su encuadre administrativo (servicios sociales de administraciones públicas, entidades privadas, trabajo no declarado, etc.) hace extremadamente difícil el diseño de programas formativos a los que las cuidadoras puedan acceder. Por ello, no es extraño que Hewko., et al. (2015) en su amplia revisión de la literatura, afirmen que no hallaron ningún estudio que describa un programa de formación de cuidadoras profesionales asistentes a domicilio.

Se realizó una revisión actualizada de la literatura de los últimos tres años en la base de datos de Web of Science sobre el tema de los cursos de capacitación existentes o intervenciones psicosociales para cuidadoras profesionales en domicilios. De un total de 145 artículos, solo una muestra final de 13 artículos se correspondía con nuestros objetivos.

Según los estudios analizados, hay dos problemas principales asociados con las cuidadoras profesionales en domicilios. En primer lugar, existe una gran variabilidad en los niveles educativos, una inadecuada capacitación de acuerdo con las demandas del lugar de trabajo y las intervenciones educativas realizadas han sido ad hoc (Karacsony, Chang, Johnson, Good y Edenborough, 2018). El hecho de que muchas de las cuidadoras trabajen sin recibir capacitación (Craftman, Grundberg y Westerboth, 2019) a menudo se debe a las condiciones del lugar de trabajo, como los bajos salarios y la

presión del tiempo (Wilberforce et al., 2017; Estabrooks, Squires, Carleton, Cummings, y Norton, 2015), así como la falta de programas de capacitación estandarizados que den acceso a dichos trabajos, como ocurre con los proveedores de atención no regulados en Canadá (Kelly, y Bourgeault, 2015). Y en segundo lugar, estos profesionales sufren de agotamiento. La reevaluación positiva, una estrategia de regulación cognitiva de la emoción, se asoció significativamente con la despersonalización, y la menor duración del sueño se asoció con una despersonalización significativamente mayor (Bamonti et al., 2019).

Todos estos problemas mencionados anteriormente son importantes porque disminuyen la salud de las cuidadoras, el mantenimiento de los puestos de trabajo, la satisfacción laboral y la calidad de la atención (Ravenswood, Douglas, & Haar, 2018; George, Hale, & Angelo, 2017; Zhang, Punnett, & Nannini, 2017; Estabrooks et al., 2015). Por estas razones, es necesario crear programas educativos e intervenciones para reducir las estrategias de afrontamiento disfuncionales, aprender prácticas saludables de sueño, aumentar la autoeficacia (Coates y Fossey, 2019) y mejorar la comunicación (George et al., 2017). Islam, Baker, Huxley, Russell y Dennis (2017) resaltan la importancia de la capacitación sobre demencia en hogares asistenciales, a fin de reducir el estrés en los profesionales, especialmente en residencias y hogares asistenciales.

La solución propuesta por el Ministry of Training, Colleges and Universities of Canada para la falta de estandarización del programa educativo que da acceso a estos trabajos incluyó grupos focales para concretar las demandas de los profesionales y la creación de un grupo de trabajo técnico (Kelly, & Bourgeault, 2015). Sin embargo, ninguno de los estudios encontrados lleva a cabo o propone un programa de intervención específico para cuidadoras profesionales a domicilio en particular. Con respecto a los programas de intervención efectivos, encontramos uno sobre la mejora del compromiso del personal residente de hogares de ancianos (Hartmann et al., 2018), el Reablement service, un enfoque centrado en la persona que fortalece la identidad profesional de las cuidadoras y que alienta y enseña a las personas mayores cómo cuidarse a sí mismos (Hjelle, Skutle, Alvsvag y Forland, 2018). Como podemos ver, ninguno de estos está dirigido especialmente a mejorar las estrategias de afrontamiento del estrés para prevenir el agotamiento en cuidadoras a domicilio y no hay programas dirigidos a la adquisición de conocimientos básicos sobre el envejecimiento y la demencia, por lo que proponemos el programa de intervención que presentamos en este trabajo.

Por lo tanto, es necesario buscar información de programas de capacitación similares dirigidos a otras poblaciones. Existen programas de capacitación dirigidos al personal de casas hogares o residencias para personas con demencia que podrían proporcionarnos alguna información sobre cómo diseñar programas de capacitación para las cuidadoras profesionales a domicilio. Según una revisión sistemática (Spector, Revolta y Orrell, 2016), los principales objetivos de estas in-

tervenciones centradas en las profesionales son la comunicación, el manejo de conductas desafiantes, los enfoques centrados en la persona, la mejora del estado de ánimo y la calidad de vida de los usuarios, así como la ampliación de conocimiento y el cambio de actitudes de las profesionales. Estas intervenciones mejoraron claramente el conocimiento; sin embargo, el estrés y el burnout no parecieron mejorar de manera significativa (Spector et al., 2016). Por otro lado, existe evidencia parcial de la efectividad de cursos de control de estrés en cuidadoras familiares (Losada et al., 2006; Ruiz-Robledillo & Moya-Albiol, 2015; Saavedra, et al., 2013). El objetivo de estos cursos o talleres es dotar a las cuidadoras familiares de estrategias y recursos para afrontar el estrés que las tareas de cuidado conllevan. Entre otros resultados, se ha encontrado que talleres de control que incluyen técnicas cognitivo-conductuales reducen sintomatología ansioso-depresiva y reduce pensamientos disfuncionales sobre los cuidados, que indirectamente inciden en el estado de salud de las cuidadoras. La reducción de las creencias disfuncionales sobre los cuidados es especialmente importante en culturas mediterráneas o latinas donde el “familiarismo” es dominante (Losada et al., 2006).

Dada la falta de estudios que describan y evalúen los programas de capacitación para cuidadoras profesionales en domicilios (Schneider, 2017) y la vulnerabilidad en términos de salud y estrés de esta población, el objetivo del presente estudio es analizar el impacto de un curso de entrenamiento sobre salud, burnout y las creencias irracionales mediante un diseño pre-post test. Además, los siguientes objetivos pueden considerarse secundarios: en primer lugar, describir la organización de un curso centrado en la comunicación, el manejo del estrés y en conocimientos básicos sobre el envejecimiento y la demencia para cuidadoras profesionales en domicilios; en segundo lugar, proporcionar datos descriptivos sobre la salud, burnout y las creencias irracionales sobre las tareas de cuidado de los participantes y explorar las asociaciones entre estas tres variables.

Tabla 1. Variables Socio-demográficas.

Variables Socio-Demográficas	Media	SD	N	%
Edad	47.32	9.7	29	
Años de experiencia como cuidadora	8.35	6.2	29	
Estado civil				
Viviendo en pareja			24	82.76
Solteras			5	17.24
Nivel educativo				
Estudios obligatorios completos o incompletos			19	65.5
Formación Profesional			6	20.7
Enseñanza media no obligatoria			2	6.9
Grado Universitario			2	6.9
Tipo de cuidadora				
Cuidadoras profesionales a domicilio			22	75.9
cuidadoras profesionales a domicilio y cuidadoras familiares			7	24.1

Casi la totalidad de las mujeres afirman que esperaban del curso un aumento de sus conocimientos y de su formación profesional. Seis empleadas van más allá de los aspectos pu-

Método

Participantes

En la Tabla 1 se describen la información sociodemográfica básica de los participantes del estudio.

En el curso que se evalúa en este trabajo participaron 29 mujeres con una edad media de 47.32 años (*sd.* 9.7) y una media de años cuidando profesionalmente de 8.35 años (*sd.* 6.2). El 82.76 % de las mujeres estaban casadas o vivían en pareja, mientras el 17.24 % estaban solteras. Todas las mujeres eran españolas, excepto una que era romaní. El 65.5% habían cursado estudios obligatorios completos o incompletos, un 20.7 % habían cursado alguna formación profesional, el 6.9% habían cursado enseñanza media no obligatoria y sólo el 6.9 % estudios universitarios. Solo cinco mujeres afirman disponer de alguna formación académica específicamente sanitaria (auxiliar de clínica, técnica en nutrición, etc.) La gran mayoría de las mujeres refieren que sus pacientes sufren distintos procesos demenciales (Alzheimer, Parkinson, Síndrome Huntington, etc.), también describen a personas ancianas con graves dificultades físicas y en algunos casos menores con retrasos madurativos. El 75.9 % de las mujeres (22) no estaban cuidando a un familiar al tiempo que trabajaban como cuidadoras a domicilio y siete de las participantes cuidaban en casa a un familiar. No se encontraron diferencias significativas entre las cuidadoras familiares y no familiares con respecto a la edad, los años de experiencia profesional y el nivel de educación. Las mujeres que trabajaban como cuidadoras profesionales en la ciudad de Gines y que se ofrecieron como voluntarias el anunciar el primer curso fueron incluidas en el estudio. Las que no tenían experiencia laboral como cuidadoras profesionales en los últimos seis meses fueron excluidas de la investigación.

ramente teóricos o técnicos y esperan del curso entender cómo se sienten los usuarios, mejoras sus habilidades en el

trato a los pacientes o, por ejemplo, compartir sus experiencias con otras compañeras.

Cada participante leyó una hoja informativa que describía los objetivos del estudio. Al rellenar el cuestionario, daban su consentimiento para participar. La participación fue voluntaria y los investigadores garantizaron la confidencialidad. El Ayuntamiento de Gines fue informado del proyecto de investigación y los profesionales encargados de las participantes (empleadas) crearon una comisión y aprobaron el protocolo de investigación de acuerdo con los requisitos éticos.

Instrumentos

A parte de un cuestionario con información socio-demográfica se emplearon la versión de 28 ítems del Cuestionario General de Salud (GH-28) (Goldberg y Williams, 1996), el Cuestionario de Pensamientos Disfuncionales sobre Cuidados (CPD) (Losada et al., 2006) y el Inventario de Burnout de Maslach para Profesionales de la Salud (MBI-HSS) (Maslach, Jackson y Leiter, 1996).

El GHQ es un cuestionario ampliamente utilizado en investigación epidemiológica desde hace décadas y que ha demostrado su fiabilidad y validez en numerosas poblaciones en el mundo en el análisis de salud psicosocial. El GHQ-28 (Goldberg & Williams, 1996) está compuesto por 28 ítems con una escala Likert de 4 puntos y presenta cuatro factores: síntomas somáticos, ansiedad, funcionamiento social y depresión. Por ejemplo, el quinto ítem es la pregunta "¿has tenido dolores de cabeza?" Mayor puntuación se interpreta como peor estado de salud psicosocial. Se utilizó la versión española del GHQ-28 (Lobo, Pérez-Echevarría, & Artal, 1986). Obtuvimos la siguiente consistencia interna: la puntuación total del GHQ-28 mostró un alfa de Cronbach de .842; la escala de síntomas somáticos, .706; la escala de ansiedad, .879; la escala de funcionamiento social, .664; y la escala de depresión, .952.

El CPD ha sido diseñado para estudiar los pensamientos disfuncionales sobre cuidados. Dispone de dos factores, entrega-aislamiento y autoexigencia-responsabilidad, así como de una puntuación total. El CPD (Losada et al., 2006) consiste en un cuestionario de 22 ítems con una escala de acuerdo tipo Likert de 5 puntos. Los ítems consisten en creencias sociales sobre el cuidado y los participantes deben responder de acuerdo con su nivel de acuerdo con estas creencias sociales. Por ejemplo: "Sólo las personas más cercanas a un miembro de la familia enfermo saben cómo cuidarlas realmente bien". Aunque es una prueba relativamente joven ha demostrado una validez y fiabilidad aceptable. Al igual que el GHQ, mayor puntuación se interpreta como mayor número de pensamientos disfuncionales. El alfa de Cronbach de la puntuación total obtenida en nuestro estudio fue de .921. La consistencia interna de los dos factores también es alta: .907 para autoexigencia-responsabilidad y .769 para entrega-aislamiento.

El MBI-HSS (Maslach, Jackson & Leiter, 1996) es un cuestionario de 22 elementos compuesto por tres factores:

agotamiento emocional, despersonalización y realización profesional. Por ejemplo, el segundo ítem del MBI-HSS dice "Me siento cansado al final de la jornada laboral". La versión con la medida de frecuencia, que se usó para este estudio, tiene una escala Likert de 7 puntos que va de 0 ("Nunca") a 6 ("Todos los días"). El MBI-HSS es el cuestionario de referencia para el estudio del burnout en trabajadores de la salud. Su adaptación al español ha sido ampliamente utilizada en diferentes contextos de salud con buenos resultados (Gil-Monte y Peiró, 1997). En nuestro estudio, en el primer factor obtuvimos un alfa de Cronbach de .881; en el segundo factor, una consistencia insuficiente de .437; y en el último factor, de .778.

Procedimiento y contexto

El curso se llevó a cabo en la localidad de Gines (11.000 habitantes), en la provincia de Sevilla (Andalucía, España). Previamente a la celebración del curso se celebraron varias reuniones entre responsables del ayuntamiento de la localidad del cual dependían las cuidadoras y la Universidad de Sevilla. El curso se definió como una intervención psico-educativa con los siguientes objetivos: adquisición de conocimientos relacionados con las tareas de cuidado y promoción del bienestar físico y psicológico mediante la adquisición de herramientas de control del estrés. Se publicitó la celebración del curso entre las empleadas cuidadoras a domicilio que prestaban servicios en el Ayuntamiento de Gines y se aceptaron en la primera edición del curso las primeras solicitudes.

La intervención fue diseñada por el primer y segundo autores de este estudio después de varias entrevistas con profesionales de los servicios sociales en la ciudad de Gines. Se realizó una revisión sistemática de la literatura sobre intervenciones psicosociales con cuidadoras profesionales a domicilio. Debido a la falta de estudios que evaluaran las intervenciones específicamente con cuidadoras a domicilio, la intervención se basó en programas dirigidos a poblaciones similares. Por ejemplo, los programas de intervención con cuidadores de personas con trastornos del espectro del autismo (Ruiz-Robledillo & Moya-Albiol, 2015) o programas para mejorar el bienestar psicológico entre cuidadores familiares de personas con demencia (Losada, Montorio y Márquez, 2006; Saavedra, et al., 2013). Como podemos ver en la Tabla 2, de acuerdo con las actividades realizadas, el programa puede considerarse una intervención cognitivo-conductual. En este sentido, el núcleo de la intervención se centra en discutir creencias irracionales, en las habilidades de comunicación y en las estrategias para afrontar el estrés.

Las dos ediciones del programa de intervención duraron 13 sesiones, de 2 horas cada una, una vez a la semana (ver Tabla 2). Esta intervención podría clasificarse como un programa de formación de alta intensidad según Spector et al. (2016). La primera edición comenzó el 17 de enero de 2017 hasta el 11 de abril y es la que se evalúa en este trabajo. La segunda edición de la intervención, fuera de lo previamente

planificado, se llevó a cabo por la petición especial del ayuntamiento de Gines y de las cuidadoras que se quedaron fuera de la primera edición. En la implementación del programa participaron un profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla, una psicóloga becada por el ministerio de Educación, Cultura y Deporte, dos psicólogas de los Servicios Sociales del ayuntamiento de Gines y una Trabajadora Social de la misma institución.

Tabla 2. Contenidos de las sesiones.

Número de la sesión	Descripción
<i>Sesión de apertura</i> <i>Presentación y pretest.</i>	
1	Información básica sobre el envejecimiento normal y demencias: Alzheimer, Parkinson y otros síndromes I
2	Información básica sobre el envejecimiento normal y demencias: Alzheimer, Parkinson y otros síndromes II
3	Respuesta al estrés: aspectos funcionales y disfuncionales
4	Emociones negativas en las tareas de cuidado
5	Estrategias de afrontamiento y técnicas en resolución de problemas
6	Comunicación y entrenamiento de habilidades sociales I
7	Comunicación y entrenamiento de habilidades sociales II
8	Creencias irracionales asociadas a las tareas de cuidado
9	Resolución de conflictos
10	Apoyo social, autoestima y bienestar psicológico
11	Duelo
12	Recursos para el fomento de la autonomía en el usuario y las familias
<i>Sesión de cierre</i> <i>Cierre, evaluación y posttest</i>	

Diseño y análisis de los datos

En primer lugar, se identificaron casos positivos en el GHQ con un punto de corte de 4/5, lo que sugiere que los participantes están en riesgo de sufrir un trastorno psicológico. Se exploraron en el pretest las asociaciones entre las tres variables salud (GHQ), creencias irracionales de cuidado (CPD) y burnout (MBI), así como las puntuaciones en la edad, por medio de la correlación de Spearman. También se hallaron los porcentajes de niveles altos de burnout de acuerdo con los puntos de corte normalizados en España del MBI (Gil-Monte y Peiró, 2000).

Se utilizó un diseño pre test-post test para explorar la efectividad de la intervención en las participantes. Se consideraron variables dependientes los resultados en los cuestionarios del GHQ, CPD y MBI. Se ejecutó una ANOVA de medidas repetidas, cuando las pruebas de homogeneidad y el test M de Box lo permitieron. Se introdujo como contraste intra-sujetos las diferencias entre el pre y el postest y como contraste entre-sujetos las diferencias entre el grupo de cuidadoras profesionales que también cuidaban a familiares y aquellas que solo eran cuidadoras profesionales. Cuando los requisitos estadísticos para utilizar esta prueba no se cumplieron empleamos el test de Wilcoxon para las diferencias

intra-sujetos y la prueba no paramétrica U de Mann Whitney para las diferencias entre-sujetos. Como medida del tamaño de efecto utilizaremos Eta cuadrado para la ANOVA de medidas repetidas y para las pruebas no paramétricas la r de Rosenthal recomendada por Wasserstein & Lazar (2016) y que se expresa de la siguiente manera: $r = z/\sqrt{N}$. Para interpretar los tamaños de efectos utilizaremos las recomendaciones de Cohen (1988). Se utilizó la versión 22 del paquete estadístico SPSS.

Resultados

Asociación entre Salud (GHQ28), pensamientos disfuncionales (CPD), burnout (MBI) y otras variables sociodemográficas

Se calcularon los casos clínicos en el pretest de acuerdo con el punto de corte 4/5 en el GHQ28 obteniendo tres casos clínicos (10.33 %), de los cuales dos correspondieron a mujeres que también eran cuidadoras familiares. Aunque la diferencia no resultó significativa usando una prueba de χ^2 , el tamaño de efecto fue mediano ($\chi^2 = 3.402$, $p = .065$, $V = .369$). El porcentaje de niveles altos de burnout de acuerdo con los puntos de corte normalizados en España del MBI (Gil-Monte y Peiró, 2000) fueron para el factor de cansancio emocional 3.1 %, despersonalización 16.6 % y baja realización personal 12.5 %. En ningún factor se hallaron diferencias significativas entre las empleadas que también eran cuidadoras familiares y las que no. Los tamaños de efectos fueron pequeños o muy pequeños.

En la Tabla 3 se puede observar que las puntuaciones del primer factor del GHQ (somatizaciones) correlacionaron significativamente con el primer factor del CPD (responsabilidad) y con la puntuación total del CPD. Además, correlacionaron positivamente con los factores 1 y 2 del MBI-HSS, cansancio emocional y despersonalización. Sin embargo, el primer factor del GHQ correlacionó negativamente con el factor de realización personal del MBI-HSS. La intensidad de la correlación en los tres casos fue media o alta, teniendo en cuenta el número reducido de sujetos. Por lo tanto, a mayor puntuación de GHQF1 (peor salud), mayor puntuación en el CPD (mayor número de creencias irracionales) y menor puntuación en el factor realización personal del MBI (menos realización personal). El segundo factor del GHQ (ansiedad) también correlacionó significativamente y con fuerza con el factor 1 del MBI (cansancio emocional). El factor 3 del GHQ (funcionamiento social) correlacionó positivamente con la edad. El cuarto factor del GHQ (depresión) correlacionó positivamente con el cansancio emocional y negativamente con la realización personal en el MBI. Obtuvieron respectivamente .409 y -.406. Correlaciones fuertes para el número de sujetos participantes. La escala total del GHQ correlaciona con la misma intensidad con los factores 1 y 3 del MBI.

Tabla 3. Correlaciones de Spearman entre estado de salud psicosocial (GHQ28), creencias irracionales de cuidado (CPD) y burnout (MBI).

	CPD1	CPD2	CPD total	MBI1	MBI2	MBI3	Edad	Años trabajando en dependencia
GHQ1	.459**	-.265	.388*	.398*	.347*	-.359*	-.102	-.142
GHQ2	-.323	-.084	.223	.397*	.194	-.175	-.064	-.048
GHQ3	.009	-.267	-.160	.188	-.173	-.023	.399*	-.231
GHQ4	-.010	-.155	-.087	.409*	.049	-.406*	.052	.217
GHQ total	.220	-.082	.084	.464*	.152	-.390*	.142	-.047

* $p < .05$; ** $p < .001$ **Diferencias pretest-posttest**

En la Tabla 4 se observan las diferencias entre las medias del pretest y el posttest de las variables analizadas. También

se muestran los resultados del test M de Box que permitieron o impidieron el uso de una ANOVA de medida repetidas.

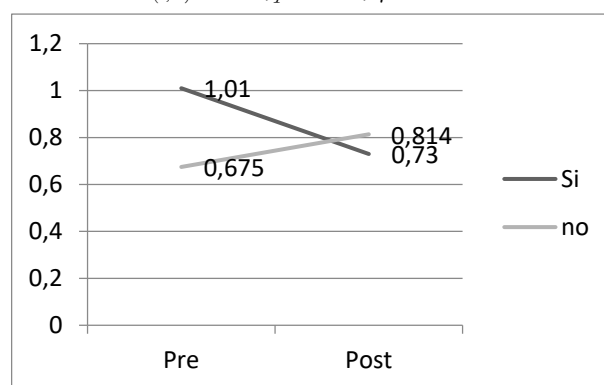
Tabla 4. Medias GHQ, CPD y MBI en el pre y el posttest y contrastes intragrupo (pre-post) mediante ANOVA y Test de Wilcoxon.

Efecto entregrupos	<i>n</i>	Media del pretest (DT)	Media del posttest (DT)	F/ζ	<i>p</i>	η^2	Mbox(<i>p</i>)
GHQ total	29	.526(.304)	.481(.211)	$\zeta = -.528$	$p = .597$	$r = .09$	13.163 ($p = .022$)
GHQ1	29	0.586(0.457)	0.684(0.38)	$\zeta = -.65$	$p = .516$	$r = .12$	9.339 ($p = .044$)
GHQ2	29	0.704(0.576)	0.633(0.505)	$\zeta = -.366$	$p = .714$	$r = .067$	10.195 ($p = .031$)
GHQ3	29	0.798(0.306)	0.781(0.228)	$F = 2.113$	$p = .158$	$\eta^2 = .073$	8.578 ($p = .059$)
GHQ4	29	0.74(0.14)	.084(.21)	$\zeta = -.141$	$p = .888$	$r = .026$	23.194 ($p < .001$)
CPD total	28	1.303(.728)	0.886(.455)	$\zeta = -3.179$	$p = .001$	$r = .59$	13.81 ($p = .010$)
CPD1	29	1.03(0.776)	0.816(0.497)	$\zeta = -1.024$	$p = .306$	$r = .19$	15.121 ($p = .004$)
CPD2	29	1.576(0.745)	0.975(0.463)	$F = 18.24$	$p < .001$	$\eta^2 = .403$	6.906 ($p = .112$)
MBI1	29	0.905(0.95)	0.955(0.784)	$F = .042$	$p = .839$	$\eta^2 = .002$	1.661 ($p = .695$)
MBI2	29	0.462(0.789)	0.618(0.675)	$F = .957$	$p = .337$	$\eta^2 = .034$	5.447 ($p = .192$)
MBI3	29	5.37(.820)	4.961(1.243)	$\zeta = -1.188$	$p = .235$	$r = .22$	16.817 ($p = .002$)

Solo se hallaron dos efectos directos entre las medidas antes y después de la intervención. En ambos casos relacionados con los pensamientos disfuncionales de cuidado (CPD). En concreto tras la intervención disminuyeron la escala total del CPD y el factor 2 (autoexigencia-responsabilidad) con un tamaño de efecto usando la *r* de Rosenthal .59 para la escala total y $\eta^2 = .403$, respectivamente. No se observó ningún otro efecto significativo intragrupo en las variables analizadas. Tampoco se hallaron diferencias significativas entresujetos (grupo de empleadas también cuidadoras familiares y grupo de cuidadoras que solo eran profesionales).

En la Figura 1 se puede observar la única interacción significativa obtenida en los análisis. En concreto se observa que mientras la puntuación del factor 3 del GHQ (funcionamiento social) disminuye drásticamente (mejora la salud) en las empleadas que también eran cuidadoras familiares tras la intervención, las cuidadoras solo profesionales aumentan

ligeramente su puntuación. Esta interacción resulta significativa con una $F_{(1,29)} = 5.88$, $p = .022$, $\eta = .079$. El tamaño de

**Figura 1.** Interacción significativa ($p < .05$) entre las variables intervención (pre-post) y cuidadora familiar (sí/no).

efecto en este caso puede considerarse como medio alto. Aunque la falta de efectos principales sugiere que no hay un empeoramiento significativo de la salud en la submuestra de las cuidadoras no familiares, se ejecutó una prueba *t* de muestras emparejadas para verificarlo. El resultado de este análisis no fue significativo $t_{(21)} = -1.262, p = .26$.

Discusión

Los datos sociodemográficos de las cuidadoras y los tipos de pacientes de nuestra muestra son similares a los de otras investigaciones. No obstante, es importante remarcar dos aspectos. El primero es que en nuestra muestra sólo hay una mujer inmigrante. El segundo es que las mujeres cuidadoras trabajaban para un ayuntamiento, ya sea directamente o a través de una empresa contratada por el mismo.

Las correlaciones entre los factores del GHQ y el CPD y el MBI son coherentes con lo esperado. Especialmente alta es la asociación entre el GHQ y el factor de cansancio emocional del MBI. El factor de cansancio emocional del MBI está indicando graves problemas psicológicos que pueden conllevar diversas patologías a corto plazo.

Los casos clínicos en el GHQ-28, de acuerdo con el punto de corte 4/5, son bajos: 10.33 %. Semejantes al porcentaje alcanzado por mujeres cuidadoras profesionales en otros estudios, 13.9 %, y muy alejados de los porcentajes alcanzados por muestras exclusivas de cuidadoras familiares, 50 % (Saavedra, Bascón, Rojas y Sala, 2014). Aunque no se alcanzó significación, el tamaño de efecto apunta a que las mujeres también cuidadoras familiares padecen de mayor riesgo (Colombo et al., 2011). Las puntuaciones en el CPD son similares a las obtenidas por otras muestras de mujeres exclusivamente cuidadoras profesionales (Saavedra et al., 2014) y ligeramente menores que las obtenidas por mujeres cuidadoras familiares (Losada, Montorio, Izal, y Márquez, 2006). Los resultados de cansancio emocional y de despersonalización, factores 1 y 2 del MBI, son muy bajos de acuerdo tanto con los criterios originales de Maslach y Jackson (1986) como con los criterios de la adaptación española de Gil-Monte y Peiró (2000). En el mismo sentido, la puntuación en realización personal, factor 3 del MBI, es alta de acuerdo con el punto de corte. Estos resultados tan positivos no se corresponden con los de otros estudios con la población de mujeres cuidadoras profesionales a domicilio (Fujiwara et al., 2003) y mejoran claramente los de otros profesionales sanitarios en España (Grau, Suñer, y García, 2004).

El mejor resultado de salud de las cuidadoras profesionales con respecto a las cuidadoras familiares sugiere que el primer grupo es menos homogéneo que el segundo, que está claramente en riesgo de salud. En las primeras, factores como el tipo de relación laboral, estabilidad, contexto de trabajo (a domicilio o en residencias) y vulnerabilidad social previa (por ejemplo, ser inmigrante) pueden ser esenciales para determinar el riesgo para la salud. Por ejemplo, existe evidencia de que las mujeres cuidadoras inmigrantes latinoamericanas en España padecen de una salud física y emocional muy baja

(Bover, et al., 2014). En nuestro caso, las condiciones de trabajo de la muestra y los factores sociodemográficos podrían explicar los buenos resultados del GHQ y del MBI.

El caso del grupo de siete cuidadoras familiares de nuestra muestra que también trabajan como cuidadoras profesionales es especial. Por un lado, es posible pensar que la acumulación de tareas de cuidado podría ser perjudicial. Sin embargo, por otro lado, pueden beneficiarse de su trabajo en términos de salud psicológica y relaciones sociales. Desde hace décadas la actividad laboral es una fuente reconocida de bienestar y autoestima (Bartely, 1994). Es razonable pensar que el contexto laboral como cuidadora puede ser positivo psicológicamente para las cuidadoras familiares (Saavedra et al., 2014).

Es importante diferenciar a estas cuidadoras de las cuidadoras familiares principales: aquellas que son máximas o únicas responsables y prestan lo que la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) ha denominado como High Intensive Caring [cuidados con gran dedicación] ya que dedican a la semana más de 20 horas a cuidados como cuidadoras principales (Colombo et al., 2011). Las cuidadoras familiares principales tienen el mayor riesgo de sufrir trastornos psicológicos.

En términos generales, la intervención tuvo un impacto inmediato a nivel cognitivo (creencias), mientras que en términos de salud y emocionales (GHQ y MBI) el impacto fue muy limitado. En la misma línea, la revisión sistemática llevada a cabo por Spector et al. (2016), mostró que la mayoría de los resultados de las intervenciones no muestran que exista un impacto significativo sobre el burnout. No obstante, a pesar de unos datos ya de partida positivos, la intervención llevada a cabo reduce la puntuación en pensamientos disfuncionales con un tamaño de efecto muy grande. Estos cambios a nivel cognitivo a medio o largo plazo podrían desembocar en una mejora de la salud al facilitar el uso de estrategias de afrontamientos más adaptativas.

Aunque no hubo efectos principales en los resultados de salud (GHQ), se encontró una interacción significativa en el factor GHQ3, que evalúa el funcionamiento social. La intervención ha mejorado significativamente el factor GHQ3 sólo en las profesionales que también eran cuidadoras familiares. El grupo de mujeres profesionales que también cuidan a familiares es un grupo especial dentro de las mujeres empleadas. Este grupo puede beneficiarse de intervenciones que abordan la gestión emocional de las experiencias de cuidado. En este sentido, la mera participación en el curso de formación ya facilita la comunicación entre las propias cuidadoras y el fortalecimiento de los procesos de autoayuda. Compartir este nuevo contexto social puede ser un cambio significativo en las mujeres con pocos o ningún espacio social aparte de los de sus tareas de cuidado. Este resultado indica que algunas intervenciones sólo pueden ser efectivas en poblaciones específicas. Aunque no hubo un empeoramiento significativo en las mujeres que eran exclusivamente cuidadoras profesionales, la existencia de una interacción nos obliga a ser caute-

losos con los posibles efectos negativos de las intervenciones.

El curso fue diseñado adaptando los contenidos y técnicas que la literatura ha señalado como más eficaces en su investigación con mujeres cuidadoras familiares combinado con aspectos formativos específicos. Es posible que un diseño focalizado exclusivamente en la gestión del estrés y de las emociones negativas hubiera tenido más impacto en las variables de salud.

En la sesión final de cierre algunas mujeres remarcaron la necesidad de un marco profesional que distinga las tareas concretas que tienen que realizar como cuidadoras ya que manifestaban que había una diferencia entre lo que en principio podían hacer y lo que las familias les exigían (confusión con las tareas domésticas). También surgieron durante el curso cuestiones relacionadas con el género, por ejemplo, el sesgo femenino de los cuidados y la dificultad de delegar ciertas tareas en los miembros masculinos de las familias. Sin lugar a dudas, la variable de género y las relaciones sociales de poder son esenciales para entender las tareas de cuidado.

Limitaciones

Aunque se intentó, fue imposible crear un grupo de lista de espera que sirviera como control. Verificamos que las condiciones de trabajo de las mujeres no hubieran cambiado significativamente entre el pre-test y el post-test, pero sin un grupo control no podemos descartar que parte de los cambios detectados puedan ser debido a variables extrañas. Por otra parte, todas las pruebas fueron de auto-informe y la consistencia interna del factor de despersonalización del MBI era insuficiente.

Algunos estudios han encontrado un sesgo en la versión en española del Cuestionario de salud general (GHQ12) cuando la muestra está formada por personas tanto nativas como inmigrantes (Benítez, van de Vijver y Padilla, 2017). Aunque tenemos que considerar esta advertencia, en nuestro caso utilizamos la versión extendida de GHQ28 y nuestra muestra fue muy uniforme en términos culturales. Por lo tanto, este sesgo, en caso de que exista, sería muy pequeño. Todos los instrumentos utilizados en nuestro estudio fueron autoadministrados. Por lo tanto, en estudios futuros, el uso de ciertas técnicas cualitativas, como las entrevistas, sería conveniente para evitar el sesgo de un solo método.

En nuestro estudio no controlamos el número de horas de cuidado familiar para mujeres que tenían responsabilidades familiares al mismo tiempo. Esto puede explicar por qué no hemos logrado diferencias significativas entre las mujeres utilizando el criterio de una probabilidad inferior a .05, aunque encontramos un efecto de tamaño notable. El curso se llevó a cabo tras terminar la jornada laboral, por lo cual en algunos casos el cansancio se hizo evidente. Lo lógico es incluir la formación dentro de la jornada laboral, no obstante, comprendemos las dificultades de tipo organizativo y económico para que esto sea posible.

Debido a nuestra pequeña muestra, el poder estadístico de nuestro diseño es limitado. En otras palabras, asumimos la existencia de un nivel importante de error de tipo II y no se pudieron detectar algunas diferencias significativas con efecto de tamaño bajo y medio. Sin embargo, este hecho significa que nuestras intervenciones podrían ser incluso más efectivas de lo que muestran los resultados. En este sentido, nuestra intervención debe considerarse una prueba piloto y debemos aumentar la muestra en evaluaciones futuras.

Obviamente, nuestra muestra no era representativa de toda la población de cuidadoras, ya que agrupa a una muestra de cuidadoras de nacionalidad española y con empleo formal, directa o indirectamente, en una administración pública. Tampoco se pueden descartar efectos de desabilidad social, especialmente de los resultados del MBI, ya que el curso y la evaluación tuvieron lugar en las instalaciones del municipio, la administración responsable de los puestos de trabajo de los participantes.

Conclusiones

Es evidente que las mujeres cuidadoras familiares de alta intensidad son aquellas en situación de más alto riesgo. Hablando en términos generales, las mujeres cuidadoras profesionales como las de nuestro estudio disfrutaron de un riesgo mucho menor. Incluso en algunos casos, la actividad laboral puede entenderse como un factor de protección. No obstante, existen grupos dentro de estas cuidadoras especialmente vulnerables, como las mujeres cuidadoras inmigrantes sin contratos laborales formales. Nuestro estudio demuestra que las mujeres cuidadoras profesionales pueden beneficiarse tanto de cursos de formación como de talleres de gestión del estrés, incluso si estos cursos o talleres son de corta duración como el nuestro. En particular, la intervención ha sido muy efectiva en cuanto a reducir los pensamientos disfuncionales sobre los cuidados.

Nuestra hipótesis es que la reducción a corto plazo de estos pensamientos irracionales podría entenderse como una reestructuración cognitiva y conducir al uso de estrategias de afrontamiento más efectivas en el mediano plazo. De esta manera, mejoraría la salud psicosocial de los participantes. De la misma manera, la mejora del funcionamiento social (factor de GHQ 3) en mujeres que también son cuidadoras familiares también conduciría a una mejora en otros factores psicosociales. Esta explicación de nuestros resultados refleja el modelo terapéutico cognitivo-conductual aplicado colectivamente en talleres psicoeducativos.

La formación de estas mujeres en muchas ocasiones es precaria y requiere del compromiso, como en este caso, de las administraciones donde desarrollan su trabajo y de la colaboración de las instituciones sanitarias y académicas. Sin la colaboración de estas instituciones es muy difícil que se puedan diseñar intervenciones que puedan mejorar la calidad de los servicios y prevenir problemas de salud. Por lo tanto, los responsables políticos deben promover la comunicación en-

tre administraciones públicas (por ejemplo, ayuntamientos), servicios sanitarios y la universidad.

Agradecimientos.- Los autores agradecen la colaboración de la Delegación de Bienestar Social, Igualdad y Salud del Ayuntamiento de Gines (Sevilla).

Referencias

- Bamonti, P., Conti, E., Cavanagh, C., Gerolimatos, L., Gregg, J., Goulet, ...Edelstein, B. (2019). Coping, Cognitive Emotion Regulation, and Burnout in Long-Term Care Nursing Staff: A Preliminary Study. *Journal of Applied Gerontology*, 38(1), 92-111. doi: 10.1177/0733464817716970
- Bartley, M. (1994). Unemployment and ill health: Understanding the relationship. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 48, 333-337. doi: 10.1136/jech.48.4.333
- Bayley, S., Scales, K., Lloyd, J., Schneider, J., & Jones, R. (2015). The emotional labour of health-care assistants in inpatient dementia care. *Ageing and Society*, 35, 246-269. doi: 10.1017/S0144686X13000573
- Benítez, I., Van de Vijver, F., & Padilla, J.-L. (2017). An Integrated Approach to Bias in the Spanish Version of the General Health Questionnaire (GHQ-12). *European Journal of Psychological Assessment*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1027/1015-5759/a000395>
- Bover, A., Taltavull, J.M., Gastaldo, D., Luengo, R., Izquierdo, M.D., Juando-Prats, C., ...Robledo, J. (2014). Quality of life in Latin American immigrant caregivers in Spain. *Gaceta Sanitaria*, 29(2), 123-126. doi: 10.1016/j.gaceta.2014.09.009
- Coates, A. & Fossey, J. (2019). Self-efficacy in dementia care staff: Experiences from the care home context. *Dementia*, 18(2), 530-544. doi: 10.1177/1471301216682627
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed) Hillsdale, MI: Lawrence Erlbaum.
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). *Help Wanted? Providing and paying from long-term care*. Paris, France: OECD Health Policy Studies.
- Craftman, A.G., Grundberg, A., & Westerbotn, M. (2018). Experiences of home care assistants providing social care to older people: A context in transition. *International Journal of Older People Nursing* 13(6), doi: 10.1111/ohn.12207
- Estabrooks, C.A., Squires, J.E., Carleton, H.L., Cummings, G.G., & Norton, P.G. (2015). Who is Looking After Mom and Dad? Unregulated Workers in Canadian Long-Term Care Homes. *Canadian Journal on Aging*, 34 (1), 47-59. doi:10.1017/S0714980814000506
- European Commission (2009). *Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU-27 Member States (2008-2060)*. Brussels: European Economy. doi: 10.2139/ssrn.1993101
- Fujiwara, K., Tsukishima, E., Tsutsumi, A., Kawakami, N., & Kishi, R. (2003). Interpersonal and Conflict, Social Support, and Burnout among a Home Care Workers in Japan. *Journal of Occupational Health*, 45, 313-320. doi: 10.1539/joh.45.313
- Gerhard, F. (2000). *The relationship between optimism and burnout in nursing assistants* (doctoral dissertation). University of Hartford, Hartford, CT.
- George, E., Hale, L., Angelo, J. (2017). Valuing the health of the support worker in the aged care sector. *Ageing & Society*, 37(5), 1006-1024. doi: 10.1017/S0144686X16000131
- Gil-Monte, P. R. & Peiró Silla, J. M. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) según el MBI-HSS en España [A comparative study on normative criteria and Differentials for the diagnosis of burning syndrome for work (burnout) according to the MBI-HSS in Spain]. *Revista Psicología del Trabajo Organizaciones*, 16(2), 135-49. doi: 10.1590/S1413-73722002000100003
- Gil-Monte, P. R. & Peiró, J. M. (1997). *Deagaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid, España: Síntesis.
- Goldberg, D. y Williams, P. (1996). *Cuestionario de Salud general GHQ*. Barcelona: Masson.
- Grau, A., Suñer, R., & García, M.M. (2005). Burnout syndrome in health workers and relationship with personal and environmental factors. *Gaceta Sanitaria*, 19(6), 463-70. doi: 10.1016/S0213-9111(05)71397-2
- Hartmann, W.C., Mills, W.L., Pimentel, C.B., Palmer, J.A., Allen, R.S., Zhao, ...Snow, A.L. (2018). Impact of Intervention to Improve Nursing Home Resident-Staff Interactions and Engagement. *Gerontologist*, 58(4), E291-E301. doi: 10.1093/geront/gny039
- Hewko, S.J., Cooper, S.L., Huynh, H., Spiwek, T.L., Carleton, T.L., Reid, S., & Cummings, G. (2015). Invisible no more: a scoping review of the health care aide workforce literatura. *BMC Nursing*, 14(38), 1-17. doi: 10.1186/s12912-015-0090-x
- Hjelle, K.M., Skutle, O., Alvsvag, H., & Forland, O. (2018). Reablement teams' roles: a qualitative study of interdisciplinary teams' experiences. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 11, 305-316. doi: 10.2147/JMDH.S160480
- IMSERSO (2005). *Cuidado a las personas mayores en los hogares españoles*. Madrid, España: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- 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(22). doi: 10.1186/s12912-017-0216-4
- Jagger, C. (2017, Sep 25). Living longer, but with more care needs: late-life dependency and the social care crisis [Blog post]. Retrieved from <http://blogs.lse.ac.uk/politicsandpolicy/the-social-care-crisis-and-dependency/>
- Karacsony, S. Chang, E., Johnson, A., Good, A., & Edenborough, M. (2018). Assessing nursing assistants' competency in palliative care: An evaluation tool. *Nurse education in practice*, 33, 70-76. doi: 10.1016/j.nepr.2018.09.001
- Kelly, C., & Bourgeault, I. L. (2015). The personal support worker program standard in Ontario: An alternative to self-regulation? *Healthcare Policy*, 11(2), 20-26. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4729280/>
- Lobo, A., Pérez-Echevarría, M. J. & Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140.
- Losada, A., Montorio, I., Izal, M. & Márquez, M. (2006). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales* [Study and intervention on the psychological distress of caregivers of people with dementia. The role of dysfunctional thoughts]. Madrid, España: IMSERSO.
- Losada, A., Shurgot, R., Knight, B.G., Márquez, M., Montorio, I., Izal, M., ... Ruiz, M.A. (2006). Cross-Cultural study comparing the association of familialism with burden and depressive symptoms in two samples of Hispanic dementia caregivers. *Ageing and Mental Health*, 10(1), 69-76. doi: 10.1080/13607860500307647
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3rd ed.). Mountain View, CA: CPP, Inc.
- Ravenswood, K., Douglas, J., & Haar, J. (2018). Physical and verbal abuse, work demands, training and job satisfaction amongst aged-care employees in the home and community sector. *Labour & Industry: a journal of the social and economic relations of work*, 27(4), 302-318. doi: 10.1080/10301763.2018.1427846
- Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research* (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage.
- Ruiz-Robledillo, N., & Moya-Albiol, L. (2015). Effects of a cognitive-behavioral intervention program on the health of caregivers of people with autism spectrum disorder. *Psychosocial Intervention*, 24, 33-39. doi: 10.1016/j.psi.2015.01.001
- Saavedra, J., Bascón, M., Arias, S., Calderón, M., & Mora, D. (2013). Women caregivers of dependent relatives and health: Effects of the participation in a stress management workshop. *Clinica y Salud*, 24(2), 85-93. doi: 10.5093/cl2013a10
- Saavedra, J., Bascón, M.J., Rojas, M.J., & Sala, A. (2014). Psychosocial health of family caregivers and professionals: Association with sociodemographic and psychological factors. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 44(2), 229-243.
- Schneider, J. (2017). Paid Caregivers: a new research challenge. *Ageing & Mental Health*, 21(7), 758-760. doi: 10.1080/13607863.2016.1156049
- 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, 1172-1187. doi: 10.1002/gps.4488.
- Wasserstein, R.L. & Lazar, N. A. (2016). The ASA's statement on p-values: context, process, and purpose. *The American Statistician*. doi: 10.1080/00031305.2016.1154108.
- Wilberforce, M., Abendstern, M., Tucker, S., Ahmed, S., Jasper, & R. Challis, D. (2017). Support workers in community mental health teams for older people: roles, boundaries, supervision and training. *Journal of Advanced Nursing*, 75(7), 1657-1666. doi: 10.1111/jan.13264
- Zhang, Y., Punnett, L., & Nannini, A. (2017). Work-Family Conflict, Sleep, and Mental Health of Nursing Assistants Working in Nursing Homes. *Workplace Health and Safety*, 65(7), 2965-303. doi: 10.1177/2165079916665397