



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

Grado en Educación Social

Curso 2019-2020

TRABAJO DE FIN DE GRADO

El impacto de la crisis del coronavirus en los cuidadores formales de personas en situación de dependencia. Estudio empírico y propuesta de intervención.

Autoría:

Celia Álvaro Calvo

Tutoría:

Paula Odriozola González

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DEL TRABAJO FIN DE GRADO

D./D.^a CELIA ÁLVARO CALVO

con DNI/pasaporte _____ y estudiante del Grado en EDUCACIÓN SOCIAL de la FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL de la Universidad de Valladolid, del curso 2019/2020 como autor/a del TFG titulado:

**EL IMPACTO DE LA CRISIS DEL CORONAVIRUS EN LOS CUIDADORES
FORMALES DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA. ESTUDIO
EMPÍRICO Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

DECLARO QUE:

El trabajo que presento para su exposición y defensa es original y no he utilizado fuentes de información, sin mencionar de forma clara y estricta su origen, tanto en el cuerpo del texto como en la bibliografía.

Asimismo, soy plenamente consciente de que el hecho de no respetar estos términos es objeto de sanciones universitarias y/o de otro orden.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a mis padres, José Luis y Florentina, su apoyo incondicional a lo largo de estos cuatro años, tanto en los momentos de mayor estrés como en los de felicidad y celebración por los logros conseguidos. En especial, quiero dedicar este trabajo a mi madre, que es la persona en la que he inspirado este trabajo, como profesional de ayuda a domicilio que se deja la piel cada día para cuidar de sus usuarios.

Agradecer a mi hermana, Estefanía, el estar siempre a mi lado en cualquier circunstancia. Gracias por tu ayuda continua y por ser uno de mis pilares fundamentales para no rendirme en ningún momento.

Gracias también a Paula por la tutorización de este TFG. Agradecer todo su apoyo, paciencia, disposición y acompañamiento durante esta etapa. En definitiva, gracias por tu dedicación constante.

Por último, dar las gracias a todas aquellas personas que la Educación Social ha puesto en mi camino a lo largo de este tiempo: amigos, compañeros y profesionales, por enriquecerme tanto personal como profesionalmente.

A todos ellos, gracias.

RESUMEN

Los cuidadores de personas en situación de dependencia se enfrentan habitualmente en su labor a situaciones que les generan gran estrés y malestar. La actual crisis provocada por el coronavirus se ha convertido en un importante estresor de la población en general y de este colectivo en particular.

Por ello, con el fin de conocer la situación e impacto real que ha conllevado esta crisis en los cuidadores formales de personas en situación de dependencia, se realiza un estudio empírico en la comunidad de Castilla y León. Además, se propone una intervención para mitigar los efectos contemplados en su bienestar emocional, concretamente en su nivel de burnout. Con todo, en este Trabajo de Fin de Grado se analiza una situación actual y su impacto en un colectivo específico. Además, se propone una intervención con la finalidad de promover un mejor afrontamiento de la situación y de posibles situaciones estresantes que se les planteen en su labor profesional.

Palabras Clave: cuidador formal, coronavirus, estrés, burnout, bienestar emocional, afrontamiento.

ABSTRACT

Caregivers of people in situations of dependency usually face situations that generate great stress and discomfort in their work. The current crisis caused by the coronavirus has become an important stressor for the population in general and for this group in particular.

Therefore, in order to know the situation and the real impact that this crisis has brought on the formal caregivers of people in situations of dependency, an empirical study was carried out in the community of Castilla y León. In addition, an intervention is proposed to mitigate the effects contemplated on their emotional well-being, specifically on their level of burnout. However, this Final Degree Project analyzes a current situation and its impact on a specific group. In addition, an intervention is proposed in order to promote better coping with the situation and possible stressful situations that arise in their professional work.

Keywords: formal caregiver, coronavirus, stress, burnout, emotional well-being, coping.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	9
2. OBJETIVOS.....	11
3. JUSTIFICACIÓN.....	12
4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	15
4.1. LOS CUIDADOS EN LAS PERSONAS DEPENDIENTES	15
4.1.1. TIPOS DE CUIDADOS.....	16
4.1.2. CONSECUENCIAS DE LA LABOR DE CUIDADO EN LOS CUIDADORES	18
4.2. SÍNDROME DE BURNOUT	20
4.2.1. CONCEPTO DE BURNOUT	20
4.2.2. FACTORES DE RIESGO.....	23
4.2.3. SINTOMATOLOGÍA Y TRASTORNOS ASOCIADOS.....	26
4.3. EL SÍNDROME DE BURNOUT EN CUIDADORES	29
4.3.1. VARIABLES IMPLICADAS EN EL DESARROLLO DEL BURNOUT EN CUIDADORES	29
4.3.2. COMPONENTES DE LAS INTERVENCIONES RELATIVAS AL BURNOUT.....	31
4.4. CORONAVIRUS Y BURNOUT	34
5. FUNDAMENTACIÓN EMPÍRICA	36
5.1. ESTUDIO EMPÍRICO: MÉTODO	36
5.1.1. PARTICIPANTES	36
5.1.2. INSTRUMENTOS	38
5.1.3. PROCEDIMIENTO	38
5.1.4. ANÁLISIS DE DATOS	39
5.2. RESULTADOS	39
5.2.1. DATOS DE EXPERIENCIA LABORAL RELATIVA AL CORONAVIRUS	39

5.2.2. GRADO DE RESILIENCIA Y BURNOUT DE LOS CUIDADORES.....	41
5.3. CONCLUSIONES	42
5.4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	44
5.4.1 DESTINATARIOS	44
5.4.2. OBJETIVOS.....	45
5.4.3. METODOLOGÍA	45
5.4.4. TEMPORALIZACIÓN	46
5.4.5. DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN	48
5.4.5.1. Sesión 1	48
5.4.5.1.1. <i>Actividad 1</i> : “Presentación positiva”	48
5.4.5.1.2. <i>Actividad 2</i> : “Explicación del burnout”	48
5.4.5.2. Sesión 2.	49
5.4.5.2.1. <i>Actividad 3</i> : “Rescate de emociones”.	49
5.4.5.2.2. <i>Actividad 4</i> : “Adivinanza emocional”	50
5.4.5.2.3. <i>Actividad 5</i> : “Retroalimentación sobre la sesión”	50
5.4.5.3. Sesión 3.	51
5.4.5.3.1. <i>Actividad 6</i> : “Control de la respiración”	51
5.4.5.3.2. <i>Actividad 7</i> : “Entrenamiento autógeno”	52
5.4.5.3.3. <i>Actividad 8</i> : “Feedback”	54
5.4.5.4. Sesión 4.	55
5.4.5.4.1. <i>Actividad 9</i> : “Inmersión en el mindfulness”	55
5.4.5.4.2. <i>Actividad 10</i> : “Los sentidos”	56
5.4.5.4.3. <i>Actividad 11</i> : “El camino hacia el mar”.	56
5.4.5.4.4. <i>Actividad 12</i> : “Feedback”	57
5.4.5.5. Sesión 5.	58
5.4.5.5.1. <i>Actividad 13</i> : “Mi nueva versión”	58
5.4.5.5.2. <i>Actividad 14</i> : “La máquina del tiempo”	58

5.4.5.5.2. <i>Actividad 15: “Escucha, consensúa, soluciona”</i>	59
5.4.5.6. Sesión 6.	59
5.4.5.6.1. <i>Actividad 16: “Introducción a las Habilidades Sociales”</i>	60
5.4.5.6.2. <i>Actividad 17: “Aprendiendo a decir NO”</i>	60
5.4.5.7. Sesión 7	61
5.4.5.7.1. <i>Actividad 18: “El veredicto”</i>	61
5.4.5.7.2. <i>Actividad 19: “Defensa asertiva”</i>	62
5.4.5.8. Sesión 8	63
5.4.5.8.1. <i>Actividad 20: “Ejercicios para practicar en casa”</i>	63
5.4.5.8.2. <i>Actividad 21: “Valoración final”</i>	64
5.4.6. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES	64
5.4.7. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	65
6. CONCLUSIONES	66
6.1. LIMITACIONES	67
6.2. PROPUESTAS DE MEJORA	67
7. REFERENCIAS	68
8. ANEXOS	74
ANEXO 1. CUESTIONARIO CD-RISC	74
ANEXO 2. CUESTIONARIO MBI-GS	75
ANEXO 3. TARJETAS PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD 15	76
ANEXO 4. MATERIALES PARA LA ACTIVIDAD 19	77
ANEXO 5. EJERCICIOS PARA PRACTICAR EN CASA.	79
ANEXO 6. CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN.	81

Índice de Tablas

Tabla 1: Clasificación Internacional de Enfermedades (Actual y Futura)	22
Tabla 2: Clasificaciones de los estresores laborales.....	24
Tabla 3: Datos sociodemográficos de la muestra.....	37
Tabla 4: Análisis descriptivo de las dimensiones de la escala CD-RISC.....	41
Tabla 5: Análisis Descriptivo de las Escalas del MBI-GS.....	42
Tabla 6: Cronograma de la intervención.....	47

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Grado de incremento del trabajo desde el Estado de Alarma.....	40
Gráfico 2: Incremento de la peligrosidad del trabajo.....	40
Gráfico 3: Grado de satisfacción de ser profesional sociosanitario.....	41

1. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Fin de Grado (TFG) trata de realizar un estudio para conocer la situación en la que se encuentran los cuidadores formales del servicio de ayuda a domicilio de Castilla y León como consecuencia de la crisis del coronavirus. Al mismo tiempo, trata de diseñar una propuesta de intervención con el fin de mitigar los posibles efectos que haya tenido dicha crisis en el bienestar emocional de los cuidadores y promover un mejor afrontamiento de otras posibles situaciones estresantes que puedan encontrar en su labor profesional.

Los cuidadores formales se han visto inmersos en la crisis del coronavirus, constituyéndose ésta en una de sus principales fuentes de estrés. El posible impacto de esta crisis en su bienestar emocional ha motivado, entre otros, el análisis de las diferentes dimensiones del burnout en este colectivo. Igualmente, este trabajo realiza un análisis de la literatura sobre este síndrome, así como del apoyo empírico de intervenciones realizadas para reducir o prevenir sus efectos y, en base a todo ello, propone una intervención.

La estructura del trabajo consta de varias partes: objetivos, justificación, fundamentación teórica, fundamentación empírica y conclusiones.

En primer lugar, se exponen los objetivos que se pretenden alcanzar al realizar este TFG. Seguidamente, en la justificación, se exponen los motivos de elección de esta problemática y la necesidad de aportar solución desde la Educación Social.

En segundo lugar, se encuentra la fundamentación teórica. Por un lado, se pretende clarificar el concepto de cuidado, los tipos de cuidado y de cuidador, así como las consecuencias que tiene esta labor en el cuidador. Por otro lado, se pretende clarificar el concepto de burnout, los factores de riesgo y síntomas asociados. Además, conocer diferentes intervenciones realizadas con cuidadores para mejorar su nivel de burnout.

Posteriormente, se plantea la fundamentación empírica, que incluye: un pequeño estudio realizado a cuidadores formales del servicio de ayuda a domicilio de la comunidad de Castilla y León; y una propuesta de intervención dirigida a estos cuidadores para mitigar el impacto de la crisis del coronavirus en su bienestar emocional. En la propuesta se señalan los objetivos a conseguir, la metodología a seguir, la temporalización y

desarrollo de las sesiones, con explicación de las actividades propuestas y de los recursos necesarios, así como de su evaluación.

Por último, se exponen unas conclusiones finales de todo el TFG.

2. OBJETIVOS

- **Objetivo General:**

- Analizar el impacto de la situación actual de crisis por coronavirus en los cuidadores formales de ayuda a domicilio y realizar una propuesta de intervención para mitigar los efectos en su bienestar personal.

- **Objetivos Específicos:**

- Conocer el síndrome de burnout y las consecuencias que genera en los cuidadores.
- Revisar las intervenciones realizadas, así como sus componentes, enfocadas en reducir el nivel de burnout.
- Analizar el impacto de la situación actual de crisis por coronavirus en una muestra de cuidadores formales de Castilla y León, específicamente en cuanto a su nivel de burnout.
- Realizar una propuesta de intervención destinada a mitigar los posibles efectos de estrés derivados de la situación actual de crisis por coronavirus al realizar las habituales tareas de cuidado de las personas dependientes y promover un mejor afrontamiento de otras posibles situaciones de estrés.

3. JUSTIFICACIÓN

El síndrome de burnout es un trastorno que afecta a numerosos profesionales, especialmente a aquellos relacionados con los servicios humanos como, por ejemplo: enfermeros, médicos, psicólogos y educadores, entre otros. Sin embargo, existe otro tipo de colectivo o personal que también cumple esa premisa de relación continuada con personas, como es el caso de los cuidadores/as de personas en situación de dependencia.

En la actualidad, la tasa de personas dependientes en España ha aumentado considerablemente hasta un 54.29% en 2019 (INE, 2019), lo que ha conllevado que el número de cuidadores, bien familiares o profesionales, se haya visto incrementado. Además, el número de personas mayores de 65 años que se encuentra en situación de dependencia continúa en crecimiento. En consecuencia, es previsible que esta situación genere una mayor demanda de cuidados diarios y, por ende, del número de cuidadores que realizan esta labor.

Estos hechos, vinculados a la situación actual de crisis por coronavirus, son los que han motivado la elección de la temática central del presente Trabajo Fin de Grado (TFG), puesto que el posible desarrollo del burnout en cuidadores repercute notablemente en los cuidados que proporcionan al colectivo de personas dependientes. De hecho, habitualmente se observa que muchos cuidadores están sometidos a situaciones de sobrecarga y estrés continuado que les hace ser vulnerables a desarrollar burnout (Saavedra, Murvartian y Vallecillo, 2020), lo que es de esperar se vea incrementado en las actuales circunstancias. Por esta razón, se necesita prevenir esta situación y, también, conocer y saber aplicar diversas estrategias y herramientas que faciliten y mejoren el autocuidado físico, psíquico y social de los cuidadores. Sin embargo, parece que la oferta de este tipo de herramientas desde las distintas entidades hacia los cuidadores es más bien escasa.

En estos días, estamos inmersos en una crisis mundial derivada de la pandemia provocada por el coronavirus. Esta se está convirtiendo en una de las principales fuentes de estrés en la población en general y ya es considerada por muchos españoles como el primer problema que existe en España según los datos de abril del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, 2020). En los cuidadores profesionales, colectivo de estudio, la sensación de estrés es aún mayor puesto que su trabajo es considerado esencial

y están trabajando diariamente con una mayor sensación de peligrosidad por la posibilidad de contagiar a sus usuarios, en su mayoría adultos mayores, o bien ser contagiados y transmitirlo a sus familias.

Atendiendo a todos estos factores, en el desarrollo del presente TFG se pretende: en primer lugar, estudiar la repercusión del burnout en este colectivo, en función de lo contemplado en la literatura científica. En segundo lugar, realizar un estudio empírico que dé cuenta del impacto de la situación actual en este colectivo de profesionales y, en tercer lugar, proponer un diseño de intervención destinado a mitigar los posibles efectos de esta situación en este colectivo. En concreto, se propone una intervención con el objetivo de proporcionar técnicas necesarias que mitiguen la condición de sobrecarga y estrés de estos cuidadores en las actuales circunstancias y en otras posibles situaciones estresantes. Para ello, vemos importante contar con equipos multidisciplinares de profesionales cualificados, como pueden ser: psicólogos, educadores sociales, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, etc. para que mediante el trabajo en equipo y la cooperación entre ellos, se desarrollen dichas intervenciones y se dote a los cuidadores de las habilidades necesarias para llevar a cabo la tarea del cuidado, sin perjudicar su salud y bienestar.

En definitiva, se pretenden comprender las circunstancias actuales del cuidador, aliviando la posible sobrecarga y estrés que le produce la tarea de cuidado y favoreciendo con ello un aumento de la calidad en la atención que prestan a las personas dependientes.

Algunas de las competencias, tanto generales como específicas, establecidas en la titulación del Grado en Educación Social se encuentran aplicadas a lo largo del presente Trabajo de Fin de Grado, y se especifican seguidamente.

Entre las competencias generales aplicadas se encuentran:

- CG1. *Capacidad de análisis y síntesis*: desarrollada a través de la selección, examen y comparación de información y documentación relevante sobre la temática propuesta.
- CG2. *Planificación y organización*: reflejada en la organización y exposición de las diferentes ideas; así como en el cumplimiento de los plazos establecidos para la realización del TFG.

- CG3. *Comunicación oral y escrita en la/s lengua/s materna/s*: contemplada en la redacción y explicación de la información.
- CG6. *Gestión de la información*: desarrollada mediante la búsqueda, contraste y evaluación de la información disponible.
- CG8. *Capacidad crítica y autocrítica*: puesta en práctica a lo largo de todo el trabajo al examinar y reflexionar sobre los planteamientos de otros autores, así como cuestionando mi propia posición acerca de los mismos.
- CG15. *Creatividad*: contemplada a través de una propuesta de intervención para mejorar la calidad de vida y bienestar de los cuidadores/as.
- CG19. *Compromiso con la identidad, desarrollo y ética profesional*: puesta en práctica mediante el reconocimiento de la figura del educador social, así como la importancia de su actuación con el colectivo objeto de estudio.

En cuanto a las competencias específicas aplicadas:

- CE2. *Identificar y emitir juicios razonados sobre problemas socioeducativos para mejorar la práctica profesional*: puesta en práctica al analizar diferentes estudios sobre el tema propuesto y haber observado diversas carencias en relación con el colectivo destinatario.
- CE4. *Diagnosticar situaciones complejas que fundamenten el desarrollo de acciones socioeducativas*: desarrollada al detectar y analizar las necesidades socioeducativas de los destinatarios de la propuesta de intervención.
- CE24. *Conocer las características fundamentales de los entornos sociales y laborales de intervención*: contemplada al analizar el contexto social y laboral de las personas destinatarias de la propuesta y cómo éste incide en su problemática.

4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

4.1. LOS CUIDADOS EN LAS PERSONAS DEPENDIENTES

Han sido diversos aspectos los que han aumentado considerablemente el número de personas dependientes en nuestra sociedad. Algunos de ellos han sido: el aumento de la esperanza de vida al nacimiento, que asciende hasta los 83 años según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2018); la prevalencia de enfermedades crónicas en la población; y los diferentes cambios sociales y culturales que se han sucedido (Saavedra et al., 2020).

Así, atendiendo a lo establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, las personas en situación de dependencia son:

Aquellas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal (Ley 39, 2006, art. 2).

De hecho, las diferentes características y necesidades de las personas en situación de dependencia han derivado en el establecimiento de varios grados de dependencia, reflejados en la misma Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. En concreto, el Grado I, relacionado con una dependencia moderada: la persona necesita ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria al menos una vez al día, o bien tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía. El Grado II, correspondiente a una dependencia severa: la persona necesita ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria al menos dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal. Y el Grado III, vinculado a una gran dependencia: la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y debido a su pérdida total de autonomía, necesita la presencia y apoyo continuado de otra persona.

En consecuencia, se entiende que las personas que se encuentran en una situación de dependencia necesitan, en mayor o menor grado, la ayuda de cuidadores que atiendan sus necesidades y les faciliten la realización de las actividades de la vida diaria.

4.1.1. TIPOS DE CUIDADOS

Los cuidadores pueden provenir de la propia familia o entorno cercano, así como de instituciones públicas o privadas. Esta característica es la que va a definir principalmente el tipo de cuidado que se otorga a estas personas dependientes; unida a otros factores tales como la situación en la que se encuentra la persona que recibe el cuidado y el contexto donde se desarrolla (Cruz, Pérez, Jenaro, Flores y Segovia, 2010).

Existen, en general, dos tipos diferentes de cuidadores y cuidados. Por un lado, encontramos el cuidador informal o, lo que es lo mismo, los cuidados informales. Por otro lado, aparecen el cuidador formal y los cuidados formales.

En cuanto al cuidado informal o cuidado no profesional es definido según la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas, como:

La atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de su familia o de su red social no vinculada a la atención profesionalizada y destinada al mantenimiento de las actividades básicas de la vida diaria (Ley 39, 2006, art 2).

Asimismo, se puede definir el cuidado informal como la actividad de ayuda destinada a personas con cierto grado de dependencia que es proporcionada por una persona de su círculo cercano sin mediar una relación contractual ni entidad alguna (Rogerero, 2009).

Dentro del cuidado informal suele haber un cuidador principal que se encarga en mayor medida de la persona dependiente (Grueso, 2012). Según Rogerero (2009), aunque este tipo de cuidado no suele tener remuneración, su motivación no tiene por qué ser totalmente altruista. Por este motivo, no se puede atender a este criterio como el principal elemento diferenciador entre los dos tipos generales de cuidado.

Por último, cabe dividir en tres categorías de apoyo el cuidado informal (Rogeró, 2009):

1. Apoyo instrumental. Referido a la ayuda para realizar tareas o actividades de la vida diaria que la persona no puede desarrollar por sí misma.
2. Apoyo informativo. Entendido como la ayuda que se ofrece para solucionar problemas concretos y acercar a la persona a los recursos externos existentes.
3. Apoyo emocional. Relacionado con la expresión de emociones y la implicación afectiva existente entre las personas allegadas.

Por otro lado, en lo que respecta al cuidado formal o profesional se define en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas, como:

Los cuidados prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro (Ley 39, 2006, art. 2).

Por tanto, el cuidado formal se puede prestar bien por una institución, como son los servicios sociales, o bien mediante un profesional contratado a través de las familias (Grueso, 2012). En este caso, el profesional encargado de los cuidados suele recibir una remuneración económica por el trabajo desempeñado. Es decir, la principal diferencia con el cuidado informal es la imparcialidad afectiva que se suele mantener entre el cuidador y la persona receptora del cuidado, al no pertenecer a su red social principal (Herrera-Gómez, 1998). Sin embargo, se entiende que el trato diario con la persona y su dedicación hacia la misma pueden acabar generando una implicación y conexión emocional entre ambas partes, caracterizada por una relación de empatía mutua. De hecho, Rogeró (2009) afirma que “el servicio más parecido al cuidado informal es el Servicio de Ayuda a Domicilio” (p. 47), que proporciona servicios tales como atención personal y doméstica, de apoyo familiar y psicosocial, y ayuda al mantenimiento de las relaciones de la persona con el entorno. Esta semejanza con el cuidado informal podría explicar la conexión emocional que se genera en muchas ocasiones.

Respecto a la relación entre el cuidado informal y el formal, encontramos también diferentes modelos teóricos, unos basados en la complementariedad y otros en la

suplementariedad o el reemplazo. Estos modelos pueden resumirse en tres (Rogeró, 2009):

1. El modelo de cuidado complementario. Cuando las tareas que se demandan sobrepasan las capacidades del cuidador informal y son necesarios los servicios del cuidador formal. En este caso se complementan al realizar tareas diferenciadas dentro del cuidado de la persona.
2. El modelo de cuidado suplementario. Sostiene que ambos cuidados son similares y que el formal se utiliza para sustituir temporalmente el cuidado informal.
3. El modelo compensador jerárquico. Establece que el cuidado de la persona puede ser suministrado por cualquier cuidador, pero siempre manteniendo un orden de preferencia; primero el cónyuge y finalmente el cuidador formal.

Atendiendo a estos modelos, se contempla que las labores de los cuidadores son de gran relevancia para mantener una buena calidad de vida de la persona dependiente. En general, parece contemplarse el cuidado formal como una manera de liberar al cuidador informal de la carga que está sosteniendo; la cual está ahondando en su propia salud física y psíquica, así como en su vida socio-afectiva y laboral.

Asimismo, no se debe olvidar que existen numerosos casos en los que la persona dependiente no cuenta con ningún tipo de cuidado informal y es únicamente el cuidador formal el que atiende a la persona y, por ende, el que sostiene toda la carga que conlleva ese cuidado.

En general, esta carga del cuidador es entendida como el “conjunto de problemas tanto físicos, como psicológicos o emocionales, sociales y financieros que pueden experimentar los miembros de la familia que cuidan de adultos dependientes” (IMSERSO, 2005). Y, en definitiva, se ha de tener en cuenta para favorecer una atención al cuidador que redunde en el mejor desempeño de las labores que prestan a las personas en situación de dependencia.

4.1.2. CONSECUENCIAS DE LA LABOR DE CUIDADO EN LOS CUIDADORES

Tal y como se ha comentado, los cuidadores están sometidos a unas situaciones concretas que de por sí resultan estresantes. Además, un elemento a tener en cuenta es que la formación de los cuidadores no siempre se ajusta a los conocimientos necesarios

para atender las necesidades de las personas dependientes. Esta situación puede influir en su estado de ánimo generando ansiedad, al tomar consciencia del riesgo que conlleva provocar en la persona dependiente daños involuntarios motivados por esa falta de conocimientos (Arana y García, 2018). Se puede considerar este hecho, por tanto, un posible factor más implicado en la aparición de estrés o malestar emocional en los cuidadores. El estrés o sobrecarga que se genera en el cuidador, en cualquier caso, puede provocar problemas de salud, tanto físicos como psíquicos, e incluso puede repercutir en sus relaciones sociales.

Algunos síntomas físicos habituales suelen ser: migraña, fatiga crónica, asma, hipertensión. Y en algunos otros casos también se observa: dolor abdominal, colon irritable, úlceras duodenales, diferentes trastornos del sueño, dolores articulares, musculares y disfunción sexual (Vázquez, Esperón y González, 2013).

Entre los síntomas psicológicos o emocionales se encuentran: agresividad, irritabilidad, aislamiento, frustración, depresión, estrés, ansiedad, cambios del estado de ánimo, falta de interés por otras actividades, preocupaciones por el futuro, sentimientos de desesperanza, etc. (Crespo y López, 2006; Vázquez et al., 2013).

Toda esta sintomatología puede acabar desembocando en un problema mayor, el síndrome de “estar quemado” o burnout. Este síndrome, a su vez, puede repercutir en la salud general del cuidador, desarrollándose en consecuencia otro tipo de enfermedades. Así, según el estudio realizado por Ocampo, Herrera, Torres, Rodríguez, Loba y García (2007) se contempló que el grupo de cuidadores que padecía mayor sobrecarga por el cuidado tenía una mayor cantidad de enfermedades crónicas. Las más frecuentes eran: hipertensión arterial, accidente cerebrovascular y osteoartritis.

En resumen, atendiendo a las diversas situaciones que afrontan los cuidadores, parece que la tarea de cuidar puede resultar un factor de riesgo para el desarrollo del estrés y, en algunos casos, el burnout. Según Bermejo, Villaceros y Hassoun (2017), evitar estas adversas consecuencias depende de hacer hincapié en los vínculos y relaciones de cooperación que se establecen entre las tres figuras principales del ámbito de los cuidados: el paciente, la familia y el cuidador profesional.

4.2. SÍNDROME DE BURNOUT

4.2.1. CONCEPTO DE BURNOUT

El término “*burnout*” procede del inglés, y se traduce al español con la expresión de “estar quemado”. Este concepto fue utilizado por primera vez por el psiquiatra Freudenberger en 1974 para describir el estado de agotamiento físico y mental que observó entre los voluntarios de una clínica de desintoxicación en la que trabajaba. Con el paso del tiempo, los voluntarios iban perdiendo energía y se encontraban más desmotivados, sin gran interés por la tarea que realizaban, llegando a tener incluso síntomas de ansiedad y depresión (Carlín y Garcés de los Fayos, 2010).

Maslach y Jackson (1981) definieron el síndrome de burnout como una respuesta al estrés laboral crónico, que conlleva el agotamiento emocional, sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y devaluación del propio rol profesional. Es decir, el burnout es un síndrome psicológico que implica una respuesta prolongada a estresores interpersonales crónicos en el trabajo (Maslach, 2009).

El burnout se ha entendido habitualmente como un riesgo laboral de desgaste profesional, principalmente para el personal de los Servicios Humanos, el cual mantiene una relación constante de ayuda con las personas a las que atiende (Maslach y Leiter, 2016). No obstante, cabe hacerlo extensible a otros profesionales y áreas de la vida debido a la importancia que tiene el contexto social y las relaciones interpersonales en el surgimiento del burnout (Maslach, 2009). Otra forma de denominar a este síndrome es “síndrome de desgaste profesional u ocupacional”.

Además, siguiendo a Maslach (2009), este síndrome de burnout o desgaste profesional puede entenderse como un constructo multidimensional en el que están presentes tres dimensiones o factores:

1. El agotamiento emocional: entendido como el componente de estrés individual, y caracterizado por la sobrecarga laboral y el conflicto personal en el trabajo.
2. El sentimiento de cinismo y desapego por el trabajo (denominado también despersonalización): referido al componente del contexto interpersonal y caracterizado por el desapego.

3. La sensación de ineficacia y falta de logros (entendida como falta de realización personal en el trabajo): relacionada con el componente de autoevaluación, y caracterizada por un sentido reducido de autoeficacia.

Con todo ello, para que se desarrolle el síndrome de burnout han de contemplarse estos tres factores, no únicamente el factor de estrés laboral o agotamiento emocional.

Con el objetivo de poder medir y cuantificar esas dimensiones del burnout, Maslach y Jackson (1981) crearon un instrumento de medida: Maslach Burnout Inventory (MBI). Este instrumento evalúa los sentimientos, pensamientos, emociones y actitudes en relación al trabajo, atendiendo a los tres factores anteriormente indicados: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo mermada (relacionado con la falta de sensación de eficacia y de consecución de logros). El cuestionario está formado por 22 ítems y tiene diferentes versiones focalizadas en diferentes contextos profesionales.

Este constructo ha sido recogido también en las clasificaciones internacionales de trastornos mentales. Por ejemplo, en la nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y propuesta para su entrada en vigor en el año 2022, se incluye como trastorno el denominado “Síndrome de desgaste ocupacional” (Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2019). Este síndrome se inserta dentro de los problemas asociados con el empleo o el desempleo y es descrito según la OMS (2018) como estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito. Se caracteriza precisamente por las tres dimensiones contempladas por Maslach (2009).

No obstante, la clasificación vigente hasta el momento (CIE-10) encuadra el síndrome de burnout dentro de la categoría “problemas relacionados con la dificultad en el control de la vida” (OMS, 1992). Se pueden observar las diferencias entre ambas clasificaciones seguidamente (véase Tabla 1):

Tabla 1: *Clasificación Internacional de Enfermedades (Actual y Futura)*

CIE-10	CIE-11
Capítulo 21: Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios	Capítulo 24: Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud
Personas que entran en contacto con los servicios sanitarios en otras circunstancias	Factores que influyen en el estado de salud
Z73 Problemas relacionados con la dificultad en el control de la vida	Problemas asociados con el empleo y el desempleo
Z73.0 Síndrome de burnout	QD85 Síndrome de desgaste ocupacional

Nota. Recuperado de Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2019.

Atendiendo a esta clasificación, el burnout se considera un síndrome más amplio, el cual puede ser extensible a otras áreas de la vida; mientras que el síndrome de desgaste ocupacional queda encuadrado exclusivamente en el ámbito laboral y en los problemas del empleo.

El síndrome de burnout, en cualquier caso, se origina a partir de una realidad psicosocial que suele ser diferente en cada persona, por lo que se han diferenciado una serie de subtipos clínicos dentro del burnout (Gómez-Alcaina, Montero-Marín, Demarzo, Pereira y García-Campayo, 2013). Siguiendo a estos autores, se muestran los subtipos a continuación:

- Subtipo frenético, caracterizado por invertir gran parte de su tiempo en el trabajo, con gran implicación, y con el objetivo de conseguir éxitos a la altura de sus esfuerzos. Es por tanto una persona con alto grado de sobrecarga al trabajar hasta llegar al agotamiento.
- Subtipo sin desafíos, asociado a personas que realizan tareas mecánicas en las que la monotonía es la característica principal. Realizan estas tareas con indiferencia y pasividad, generándoles aburrimiento y falta de desarrollo personal.

- Subtipo desgastado, en él es característica: la sensación de falta de control sobre los resultados, la falta de reconocimiento de los esfuerzos realizados y el abandono de las responsabilidades. Es un perfil que presenta sentimientos de desesperanza.

Un elemento más a destacar en el burnout es que la percepción de desequilibrio entre los esfuerzos realizados por la persona y las recompensas obtenidas por ellos, constituye una causa importante de malestar, asociada incluso a la manifestación de síntomas psicósomáticos. El nivel de dedicación hacia las tareas propias del trabajo y la recompensa obtenida constituiría, por tanto, un criterio para clasificar los diferentes tipos de burnout (Montero-Marín, 2016). En este sentido, se puede mantener que la calidad de los cuidados prestados se relaciona directamente con la satisfacción de los cuidadores que los proporcionan. Es decir, si los cuidadores no encuentran satisfacción con la labor que desarrollan, la calidad de los cuidados se ve mermada.

4.2.2. FACTORES DE RIESGO

La tarea de detallar todos los desencadenantes o factores de riesgo del síndrome de burnout resulta de gran complejidad, puesto que cualquier situación crónica molesta en el trabajo puede considerarse un estresor laboral y, por tanto, un posible desencadenante del síndrome. No obstante, a estas variables laborales se han de sumar otros facilitadores del síndrome, los cuales pueden ser familiares, personales o sociales (López-Agrelo, 2013).

Entre las variables que pueden considerarse estresores laborales, y que influyen en el desempeño diario de los profesionales, cabe destacar las siguientes clasificaciones que atienden a agrupaciones diversas de distintos autores (Véase Tabla 2).

Tabla 2: Clasificaciones de los estresores laborales

<i>Autor – Año- Término</i>	<i>Estresores Laborales</i>	
Cooper y Marshall (1978)	Categorías	<ul style="list-style-type: none"> - Factores intrínsecos al puesto y condiciones de trabajo. - Rol en la organización - Relaciones sociales en el trabajo - Desarrollo de la carrera - Estructura y clima organizacional - Fuentes extra-organizacionales como los problemas familiares - Características personales
Quick y Quick (1984)	Demandas	<ul style="list-style-type: none"> - De la tarea - Del rol - Físicas - Interpersonales
Ivancevich y Matteson (1980)	Niveles	<ul style="list-style-type: none"> - Ambiente físico - Nivel individual (rol y desarrollo de la carrera) - Nivel grupal (relaciones interpersonales, presiones del grupo) - Nivel organizacional (estructura, clima, diseño del puesto)
Ivancevich y Matteson (1987)	Variables	<ul style="list-style-type: none"> - Biológicas-demográficas: edad, sexo, raza, ocupación - Cognitivo-afectivas: nivel de necesidades, autoestima, tolerancia a la ambigüedad, lugar de control y tipo de personalidad
Warr (1987)	Categorías	<ul style="list-style-type: none"> - Oportunidad de control - Oportunidad para el uso de las habilidades - Objetivos de trabajo externamente generados - Variedad - Claridad ambiental - Disponibilidad económica - Seguridad física - Oportunidad para los contactos interpersonales - Posición social valorada
Burke (1988)	Categorías	<ul style="list-style-type: none"> - Ambiente físico - Estresores de rol - Estructura organizacional y características del puesto - Relaciones con otros - Desarrollo de la carrera - Conflicto trabajo-familia

Peiró (1992)	Categorías	<ul style="list-style-type: none"> - Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto como fuente de estrés laboral - Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera - Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales - Fuentes extra organizacionales de estrés laboral: relaciones trabajo-familia
---------------------	------------	--

Nota: Recuperado de López-Agrelo, 2013

Así, atendiendo a estas clasificaciones, se observa que los factores de riesgo o desencadenantes laborales del síndrome pueden ser varios como, por ejemplo, inadecuada iluminación y temperatura, falta de ventilación del lugar de trabajo, riesgos posturales, equipos e instrumentos de trabajo inadecuados (destacados entre los factores físicos). Entre los relacionados con el propio puesto de trabajo, se pueden encontrar algunos otros como: trabajo por turnos y/o nocturno, exposición a peligros, excesiva carga de trabajo, escasas oportunidades para aplicar en el trabajo las habilidades adquiridas, falta de retroalimentación por las tareas desempeñadas u homogeneidad de las tareas a realizar. También otros factores de riesgo añadidos a este subtipo serían: expectativas creadas sobre la persona que desempeña el puesto de trabajo, la categoría profesional del trabajador (principalmente entre los profesionales sanitarios, sociales y docentes), calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo, bajas posibilidades de promoción dentro de la empresa, cambios relacionados con la incorporación de nuevas tecnologías, etc. (López-Agrelo, 2013).

Otros factores de riesgo o desencadenantes importantes serían los organizacionales como, por ejemplo, el grado de centralización de las tareas, la falta de apoyo social en el trabajo, la falta de autonomía o el clima organizacional inadecuado, entre otros (Muñoz, Rodríguez y Niebles, 2016).

Respecto a los factores de riesgo o facilitadores del síndrome individuales y sociales, se encontrarían los siguientes: como variables sociales o sociodemográficas, estarían la edad, el número de hijos, el estado civil, el sexo (se considera a las mujeres más vulnerables debido a la escasa libertad de decisión que tienen en los puestos que ocupan), la situación de baja laboral (variable predictora de posteriores ausencias laborales relacionadas con el cansancio emocional), etc. Se encontrarían también las

variables individuales relacionadas con la personalidad, como los rasgos particulares de cada uno, el locus de control o estilos de atribución, la falta de autoestima y/o de autoconfianza. Y, en esa misma línea de facilitadores individuales del síndrome, estarían además la inadecuada aplicación de las estrategias de afrontamiento, la falta de apoyo social, el alto grado de autoexigencia, el deseo de controlar todo en cada momento, las relaciones sociales deficientes y/o nocivas, entre otros factores (López-Agrelo, 2013; Muñoz et al., 2016).

Por último, desde un punto de vista más teórico, han sido diversos los modelos teóricos que han tratado de comprender cuáles son las causas que motivan el desarrollo del síndrome de burnout. Así, Gil-Monte y Peiró (1997) realizaron una clasificación de los modelos y teorías etiológicas, estableciendo un total de cuatro tipos de modelos: basados en la Teoría Sociocognitiva del Yo, modelos basados en las Teorías del Intercambio Social, modelos basados en la Teoría Organizacional y modelos basados en la Teoría Estructural.

En definitiva, se puede decir que el síndrome de burnout es un trastorno de origen psicosocial motivado por múltiples condicionantes o factores de riesgo.

4.2.3. SINTOMATOLOGÍA Y TRASTORNOS ASOCIADOS

Los síntomas del burnout se pueden clasificar en diferentes categorías, aunque la mayor parte de ellos son de carácter emocional. Otra categoría la conforman los síntomas cognitivos, algunos de los cuales se presentan al inicio del síndrome, al no haber concordancia entre las expectativas y la realidad del trabajo, generándose frustración cognitiva. Otros de estos síntomas cognitivos suelen ser la desconfianza hacia uno mismo y hacia el trabajo o la autocrítica radical. También se manifiestan síntomas conductuales y sociales (Martínez-Pérez, 2010).

Autores como Buendía y Ramos (2001) han señalado los diferentes síntomas agrupados en las siguientes categorías:

- Síntomas emocionales: depresión, indefensión, desesperanza, irritación, apatía, pesimismo, desilusión, hostilidad, supresión de sentimientos, falta de tolerancia y acusaciones a los clientes.

- Síntomas cognitivos: pérdida de significado, pérdida de valores, desaparición de expectativas, modificación de autoconcepto, desorientación cognitiva, pérdida de creatividad, distracción, cinismo y criticismo generalizado.
- Síntomas conductuales: evitación de responsabilidades, absentismo, conductas inadaptativas, desorganización, evitación de decisiones, aumentos del consumo de cafeína, alcohol, tabaco y otras drogas.
- Síntomas sociales: evitación de contactos, conflictos personales, malhumor familiar, aislamiento, formación de grupos críticos y evitación profesional.

Esta clasificación cabe ser complementada con las expuestas por otros autores (Álvarez-Gallego y Fernández-Ríos, 1991; Quiceno y Vinaccia, 2007), quienes categorizan los síntomas en los siguientes grupos:

- Síntomas psicósomáticos: fatiga crónica, dolores frecuentes de cabeza, problemas de sueño, úlceras o problemas gastrointestinales, pérdida de peso, hipertensión, asma, dolores musculares, alteraciones respiratorias, cansancio.
- Síntomas conductuales: absentismo laboral, abuso de sustancias psicoactivas, aumento de la conducta violenta, comportamientos de alto riesgo, comportamientos suspicaz y paranoide, incapacidad para estar relajado, aislamiento,
- Síntomas emocionales: distanciamiento afectivo, irritabilidad, celos, incapacidad para concentrarse, baja autoestima, deseos de abandonar el trabajo, ideas suicidas, dificultad para controlar y expresar emociones, ansiedad, sentimientos depresivos.
- Síntomas defensivos: negación de las emociones, atención selectiva, ironía, racionalización, desplazamiento de afectos, supresión consciente de información.

Respecto a la relación del burnout con otros conceptos psicológicos u otros trastornos mentales, ha habido gran variedad de planteamientos. Por un lado, algunos autores consideran que el burnout es un síntoma característico de trastornos depresivos, de ansiedad o somáticos (Gómez de Regil y Estrella-Castrillo, 2015). Por otro lado, diversos autores mantienen que el burnout no es un síntoma de la depresión, sino que es un síndrome relacionado con la neurastenia y, por tanto, que se trata en sí mismo de una forma de enfermedad mental (Maslach, 2009). En relación a este último planteamiento, hay autores que defienden que el burnout, la depresión y la ansiedad, además de tener

síntomas comunes, pueden darse conjuntamente, en comorbilidad (Caballero, González y Palacio, 2015).

Por su parte, también Moriana y Herruzco (2005) plantean que el burnout puede aparecer como un síndrome asociado a diferentes trastornos. En esta última dirección, se ve que el burnout se puede asociar a trastornos del sueño, al vincularse a despertares repentinos, dormir menos horas o tener horas de sueño de peor calidad. Asimismo, se ha relacionado el burnout con el aumento sistémico de factores relacionados con la inflamación, la cual promueve la aterosclerosis y puede explicar el elevado riesgo cardiovascular y de ictus al que están expuestas las personas con burnout (Gómez-Alcaina et al., 2013). Las personas con burnout estarían también expuestas a un mayor riesgo de sufrir trastornos adictivos y enfermedades somáticas, como migrañas o taquicardias (Gómez de Regil y Estrella-Castillo, 2015).

Además, en el ámbito social, el burnout suele provocar una considerable tendencia al aislamiento, tanto en lo laboral como en lo personal, pudiendo llegar incluso a rechazar cualquier forma de interacción social. Igualmente, la persona que padece burnout encuentra menor satisfacción en la relación con su pareja, contemplándose conductas en el hogar caracterizadas por irritación, tensión y disgusto (Gómez de Regil y Estrella-Castillo, 2015; Martínez-Pérez, 2010).

4.3. EL SÍNDROME DE BURNOUT EN CUIDADORES

Como se ha señalado previamente, en los últimos años se ha observado un incremento de los demandantes de cuidado y se espera que siga en aumento en los años venideros debido al envejecimiento de la población. Este hecho está provocando que el número de cuidadores tanto formales como informales vaya en aumento. Por este motivo, se ve necesario tanto prevenir como paliar el posible estrés y malestar emocional de los cuidadores, con el objetivo de impedir o reducir la aparición del síndrome de burnout. Sin embargo, el sistema sanitario no se encarga de evaluar a los cuidadores durante el desempeño de su labor, sino que, por su elevada carga asistencial, se centra únicamente en los usuarios demandantes de cuidado. Por esta razón, se han desarrollado cuestionarios como la escala Zarit, o el MBI mencionado anteriormente, para evaluar el grado de sobrecarga de este colectivo (Sánchez y Fontalba, 2017).

Un estudio realizado en Otero (Toledo) en 2018, reveló que la gran mayoría de los cuidadores que formaba parte del estudio tenía un grado alto o medio-alto en las áreas de agotamiento emocional y despersonalización del cuestionario de burnout (Lara-López, Sánchez-Rey, González-González, Díaz-Maldonado y Corregidor-Sánchez, 2018). Otros estudios realizados con anterioridad, también reflejaban cierto malestar emocional en los cuidadores de personas dependientes (Hermida, Fernando, Vázquez, Blanco, Otero y Torres, 2014). Atendiendo a estos resultados, se deben observar bien cuáles son las variables que favorecen el desarrollo del burnout en este colectivo.

4.3.1. VARIABLES IMPLICADAS EN EL DESARROLLO DEL BURNOUT EN CUIDADORES

Los cuidadores realizan una serie de funciones en su día a día que pueden resultar gratificantes en el inicio, al sentirse útiles y satisfechos ayudando a mejorar el bienestar de otra persona. Sin embargo, sentimientos como la impotencia, la preocupación o la tristeza pueden aflorar con el paso del tiempo, cuando se observa que la persona va decayendo. Estos sentimientos, si no se saben manejar, suelen generar consecuencias importantes en diversos ámbitos de la vida del cuidador/a. En resumen, el cuidado de personas ocasiona en el cuidador diferentes experiencias enmarcadas dentro de sensaciones positivas, como la felicidad, la vocación o la satisfacción por compasión; y

sensaciones negativas, como pueden ser el estrés, la fatiga por compasión o el burnout (Buceta, Bermejo y Villaceros, 2019).

Estudios como el realizado por Saavedra et al. (2020), muestran que el agotamiento, los pensamientos disfuncionales y el estado psicosocial de salud son variables que pueden influir en el desarrollo del burnout. No obstante, dichas variables pueden ser trabajadas mediante un trabajo psicoeducativo, reduciendo la influencia de las mismas.

La capacidad de resiliencia resulta también un elemento fundamental para prevenir esas sensaciones negativas y mantener una buena calidad de vida. En términos de cuidado, ser una persona resiliente denota que los cuidados prestados son más eficientes, se siente un menor agotamiento y se afrontan las diversas situaciones que surgen en el día a día desde una visión más positiva de las mismas. No obstante, cuanto mayor es el nivel de sobrecarga percibido por el cuidador, la capacidad de resiliencia tiende a disminuir (Navarro-Abal, López-López, Climent-Rodríguez y Gómez-Salgado, 2019).

Son importantes también los diferentes tipos de estrategias de afrontamiento empleados por los cuidadores para enfrentarse a las situaciones de su vida diaria. Estas estrategias, si se utilizan de manera inadecuada, pueden redundar en una mala interacción entre cuidador y paciente, generando una carga mayor en el cuidador que verá afectado su bienestar (Gázquez, Pérez, Molero y Mercader, 2015). Una de estas estrategias de afrontamiento que puede generar mayor problemática en el cuidador, y que habitualmente forma parte del síndrome de burnout, es la despersonalización, utilizada en ciertas ocasiones para afrontar el cansancio emocional (Martínez-Pérez, 2010). Esta despersonalización en los cuidadores se ve reflejada en el trato que dan a los usuarios como meros objetos, mostrando ausencia de empatía hacia ellos. Para reducir estas situaciones y mejorar el trato a los usuarios son necesarios programas que ayuden y enseñen a los cuidadores a desarrollar su capacidad empática, así como ciertas habilidades sociales y de comunicación (Martínez, Méndez y García-Sevilla, 2015).

Otra habilidad que ha de ser también entrenada en los cuidadores para su adecuado desempeño profesional es la capacidad de reconocer y gestionar los propios sentimientos y emociones de manera adaptativa. Esta habilidad se puede enmarcar dentro del concepto de Inteligencia Emocional (Gázquez et al., 2015). El concepto de Inteligencia Emocional

fue definido por Salovey y Mayer (1990) como: “la habilidad para registrar los sentimientos y emociones propias y de los demás, discriminar entre ellos, y usar esa información para guiar el propio pensamiento y la acción”. Asimismo, en su propuesta de 1997, Mayer y Salovey exponen que este constructo está formado por cuatro componentes:

1. Percepción, evaluación y expresión de las emociones.
2. Facilitación de pensamiento al asimilar la emoción e integrarla en el pensamiento.
3. Comprensión de las emociones.
4. Regulación de las emociones.

El manejo y control de las emociones resulta indispensable para afrontar las situaciones estresantes que suelen experimentar los cuidadores en su día a día. De este modo, se podría prevenir la aparición de la fatiga por compasión, es decir, se evitarían las consecuencias derivadas de soportar el sufrimiento contemplado en la otra persona (Figley, 2002).

Por último, encontramos la satisfacción por compasión, entendida como la gratificación derivada de trabajar cuidando a los demás (Acinas, 2012). En esta dirección, algunos autores manifiestan que un buen manejo de la autocompasión puede reducir el estrés y prevenir el burnout (Aranda, Elcuaz, Fuertes, Güeto, Pascual y Sainz de Murieta, 2018). Así, el adecuado desarrollo de la satisfacción por compasión puede llegar a considerarse una estrategia de afrontamiento de los cuidadores, en tanto que refleja cierto control en el trabajo (Barreto, 2014).

4.3.2. COMPONENTES DE LAS INTERVENCIONES RELATIVAS AL BURNOUT

Las intervenciones que se han realizado en torno al síndrome de burnout son abundantes. A través de su implementación, se ha analizado la influencia de diferentes variables/estrategias en la prevención y reducción del síndrome de burnout en diversos profesionales, principalmente en los sanitarios. De manera general, las variables puestas en juego en estas intervenciones se han dividido en dos categorías: organizacionales e individuales.

Por un lado, en lo que se refiere a las variables organizacionales, se ha de tener en cuenta que hacen referencia al escenario laboral en el que se encuentra cada persona y a los cambios que en él se producen. Las estrategias en este escenario son difíciles de ejecutar ya que no dependen propiamente de la persona sino del equipo directivo o de gestión de cada empresa (Meléndez-Moreno y González-Hervás, 2016). Estas estrategias organizacionales están relacionadas, por ejemplo, con la formación continuada para mejorar la autoeficacia, el reconocimiento por el trabajo y el esfuerzo realizado, la disposición a la autonomía en el trabajo, y la delimitación de las tareas y responsabilidades de cada trabajador (Torres, 2018).

Por otro lado, en cuanto al ámbito individual, las intervenciones para reducir el burnout buscan estrategias que ayuden al individuo a hacer frente a los principales factores de estrés en el trabajo (Vargas-Cruz, Niño-Cardozo y Acosta-Maldonado, 2017). Entre estas estrategias individuales se encuentra la relajación (mediante yoga, control de la respiración y/o meditación), la cual favorece la reducción de la tensión, el agotamiento emocional y el desgaste psicológico que genera el estrés crónico (Meléndez-Moreno y González-Hervás, 2016). La utilización de la relajación se observa a lo largo de diferentes estudios, contemplándose cómo favorece la disminución del agotamiento emocional y la despersonalización. Sin embargo, estas estrategias no parecen influir en una mejora de la realización personal (Torres, 2018).

En la línea de esta última estrategia, el mindfulness se utiliza como técnica individual, caracterizándose por focalizar la atención del individuo en la respiración, el pensamiento y los sentidos, y favoreciendo de esta manera la salud física y mental del mismo (Meléndez-Moreno y González-Hervás, 2016; Torres, 2018). Un estudio realizado con profesionales de la salud, aplicando un programa de mindfulness, ha demostrado que el cansancio emocional de los profesionales ha disminuido a la par que ha aumentado su autocompasión (Gracia-Gozalo, Ferrer-Tarrés, Ayora-Ayora, Alonso-Herrero, Amutio-Kareaga y Ferrer-Roca, 2019).

Otras estrategias individuales están centradas en mejorar el autoconocimiento de la persona mediante el autoanálisis del comportamiento y pensamiento, así como de las actitudes y creencias. Las terapias cognitivo-conductuales trabajan en esta línea, promoviendo la asertividad, la reestructuración cognitiva, el autocontrol y la autogestión emocional. Además, emplean técnicas de role-playing sobre la actividad profesional,

programas de educación emocional y de desarrollo de la resiliencia, etc. En resumen, siguiendo a Torres (2018) puede decirse de todas estas estrategias que son efectivas para disminuir el agotamiento emocional y la despersonalización pero que, al igual que las de relajación, no parecen promover la dimensión de realización personal.

Las habilidades comunicativas e interpersonales, por último, son otras de las estrategias individuales que favorecen la autoeficacia de los sujetos. El desarrollo de estas habilidades genera un aumento de la satisfacción de las personas y, por tanto, de su realización personal en el trabajo, disminuyendo también el agotamiento emocional y la despersonalización (Meléndez-Moreno y González-Hervás, 2016; Torres, 2018).

Atendiendo a todas estas estrategias, así como a los resultados de la implementación de las mismas, se deduce que las intervenciones son diferentes en función de la dimensión de burnout que se desee abordar. De tal manera que, en el caso de querer abarcar todas las dimensiones del burnout, la intervención debe seguir un enfoque holístico que incorpore estrategias de diferentes tipos.

4.4. CORONAVIRUS Y BURNOUT

Actualmente, estamos viviendo una situación realmente estresante para gran parte de la sociedad, al vernos inmersos en una pandemia provocada por un coronavirus, que conlleva la enfermedad conocida como COVID-19.

Este virus emergió en diciembre de 2019 en Wuhan en China, y seguidamente se expandió por todo el mundo, llegando hasta nuestro país. Este hecho derivó en la aplicación del Estado de Alarma por parte del Gobierno, conllevando un confinamiento en nuestras casas, con el fin de reducir la curva de contagios y evitar así el colapso del sistema sanitario. No obstante, profesionales considerados esenciales han seguido trabajando día a día en sus puestos de trabajo, como es el caso de los transportistas, el personal de los supermercados y, principalmente, el personal sanitario.

Entre los profesionales esenciales se encuentran también los cuidadores, tanto formales como informales, que continúan con su tarea de cuidado diario. Las personas a las que atienden son personas dependientes, en muchos casos personas mayores, que se caracterizan en general por poseer también patologías importantes previas. Estas características del colectivo atendido constituyen un factor de riesgo importante a la hora de contraer el virus debido a que su sistema inmunitario se ve debilitado (Geiss, 2020).

Aunque es cierto que este virus no está afectando a todas las personas por igual, la crisis provocada por su presencia sí está poniendo a prueba las capacidades físicas y psíquicas de toda la comunidad. Nuestros mecanismos de afrontamiento pueden llegar a verse rebasados, producto de situaciones como el aislamiento, las exigencias laborales de las actividades esenciales o de teletrabajo, la inseguridad económica, la convivencia en espacios reducidos. Conllevando, en muchas ocasiones, la aparición de múltiples síntomas psicológicos. La desesperanza y la pérdida de sentido de la vida son sentimientos que fácilmente pueden emerger en situaciones como la que estamos viviendo (Martínez, 2020). En este sentido, si sumamos estos sentimientos generados por la crisis por coronavirus a los que habitualmente manifiestan las personas que padecen burnout, observamos que la situación de ciertos colectivos tiende a empeorar claramente.

En el caso de los mayores, los efectos del aislamiento social redundan en una mayor sensación de soledad, así como en una gran exposición a la incertidumbre y el miedo, que puede llegar a generar una depresión (Morley y Vellas, 2020). Debido a esta

situación, los cuidadores que atienden a estas personas mayores están realizando un trabajo más enfocado a animarlos y acompañarlos para que puedan sobrellevar el confinamiento de la mejor manera posible.

No obstante, el nivel de estrés al que se enfrentan estos profesionales diariamente es previsible que vaya en aumento, debido principalmente a la sensación de peligrosidad que le provoca su trabajo. Las causas de esa sensación de peligrosidad pueden relacionarse con la responsabilidad que han adquirido en cuanto a evitar contagiar a las personas que atienden, en su mayoría adultos mayores de riesgo. Además de con el posible riesgo de contagiarse y, a su vez, transmitírselo a su propia familia, hecho que incrementa el grado de preocupación de este colectivo (Alvar, 2020).

En definitiva, se deduce que la situación generada por la crisis del coronavirus está teniendo un fuerte impacto en la labor realizada por los cuidadores de personas dependientes, así como en los niveles de estrés experimentados por los mismos.

5. FUNDAMENTACIÓN EMPÍRICA

5.1. ESTUDIO EMPÍRICO: MÉTODO

5.1.1. PARTICIPANTES

La muestra está compuesta por 50 participantes mayores de edad, todos ellos pertenecientes a los servicios de ayuda a domicilio de la comunidad de Castilla y León. Las edades de los participantes comprenden una horquilla entre los 24 y los 64 años ($M = 50,08$). El 92% de la muestra son mujeres, mientras que el porcentaje de hombres es únicamente de un 8%.

Respecto al nivel de estudios de los participantes, el 44% manifiesta contar con un certificado de profesionalidad en el ámbito que nos ocupa, el 28% refiere tener Formación Profesional de Grado Medio y un 10% Formación Profesional de Grado Superior. Tan sólo un 8% cuenta con una diplomatura, licenciatura o grado, y un 10% manifiesta tener otro tipo de estudios.

Por otro lado, respecto al estado civil, más de la mitad de los participantes están casados o en pareja (68%), y entre las posibles cargas familiares, destacan los participantes con hijos/as (74%).

En cuanto al tiempo dedicado al trabajo como cuidador, un 92% de los participantes refieren trabajar como cuidador más de dos años, un 4% entre seis meses y un año. Tan sólo un 2% menos de seis meses y un 2% entre uno y dos años. Preguntados si su trabajo era vocacional, un 82% respondieron que sí lo era, frente a un 18% que lo negó.

En la tabla 3 se recogen todos los datos obtenidos:

Tabla 3: *Datos Sociodemográficos de la muestra*

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS		FRECUENCIA	PORCENTAJE
			%
SEXO	Mujer	46	92,0
	Hombre	4	8,0
ESTUDIOS	C.P.	22	44,0
	F.P.G.M.	14	28,0
	F.P.G.S	5	10,0
	Grado	4	8,0
	Otro	5	10,0
ESTADO CIVIL	Soltero/a	5	10,0
	Casado o pareja	34	68,0
	Viudo/a	1	2,0
	Separado/a o divorciado/a	10	20,0
CARGAS FAMILIARES	Hijos	37	74,0
	Pareja	6	12,0
	Otras	7	14,0
VOCACIÓN	Sí	41	82,0
	No	9	18,0
TIEMPO EN LABORES DE CUIDADOS	< 6 meses	1	2,0
	Entre 1 y 2 años	1	2,0
	>2 años	46	92,0
	Perdidos	2	4,0

Nota: Elaboración Propia

5.1.2. INSTRUMENTOS

Los instrumentos utilizados en el estudio son los siguientes:

- **Escala de Resiliencia CD-RISC (Connor y Davidson, 2003).** Se ha utilizado la versión en castellano de Crespo, Fernández-Lansac y Soberón (2014). Se trata de un instrumento que evalúa la capacidad de resiliencia. El cuestionario consta de 25 ítems estructurados en una escala de tipo Likert de 5 alternativas de respuesta (0= en absoluto; 4= casi siempre). Los ítems evalúan 5 dimensiones: competencia personal, confianza en la intuición y tolerancia a la frustración, aceptación positiva del cambio, control y espiritualidad. La versión en castellano cuenta con adecuadas propiedades psicométricas. (Véase Anexo 1).
- **Maslach Burnout Inventory–General Survey, MBI-GS (Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, 1996).** Se ha utilizado la versión al castellano de Moreno-Jiménez, Rodríguez-Carvajal y Escobar (2001). Este cuestionario está destinado a analizar los niveles de síndrome de burnout y sus diferentes dimensiones. El cuestionario posee 16 ítems con una escala tipo Likert de 7 alternativas de respuesta (0= nunca; 6= cada día). Los ítems evalúan las dimensiones del burnout: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Las propiedades psicométricas de este instrumento son adecuadas. (Véase Anexo 2).

5.1.3. PROCEDIMIENTO

Los posibles participantes de este estudio fueron invitados a cumplimentar una encuesta online. El enlace a la encuesta fue lanzado vía WhatsApp al grupo de cuidadoras formales del servicio de ayuda a domicilio vinculado al CEAS de Roa de Duero, solicitando su difusión entre otras profesionales del mismo servicio en diversas áreas del territorio de Castilla y León. Es decir, se ha llevado a cabo un muestreo por bola de nieve.

De manera previa a la cumplimentación de la encuesta, se especificaban los requisitos necesarios para participar en la misma: ser cuidador formal sociosanitario, mayor de edad. Además, se exponía el carácter voluntario y anónimo de la participación en la misma, así como la duración estimada para realizar la encuesta, de unos 10 minutos aproximadamente.

Seguidamente, los participantes daban su consentimiento informado para participar en el estudio. Se describían los fines de la encuesta y la posibilidad de contactar a través de correo electrónico con la autora y la tutora del presente TFG para obtener más información acerca de la misma o solucionar cualquier duda que pudiese surgir.

Al comenzar la encuesta se solicitaban ciertos datos de carácter sociodemográfico y estadístico. Tras ellos aparecían los ítems correspondientes a los instrumentos descritos anteriormente. En primer lugar, los ítems referentes a la escala de resiliencia CD-RISC y por último, los referentes al MBI-GS.

Por último, una vez finalizados los instrumentos mencionados, se agradecía la colaboración y participación en el estudio con fines científicos.

5.1.4. ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de los datos recogidos en la encuesta ha sido realizado mediante el programa estadístico SPSS 24.

5.2. RESULTADOS

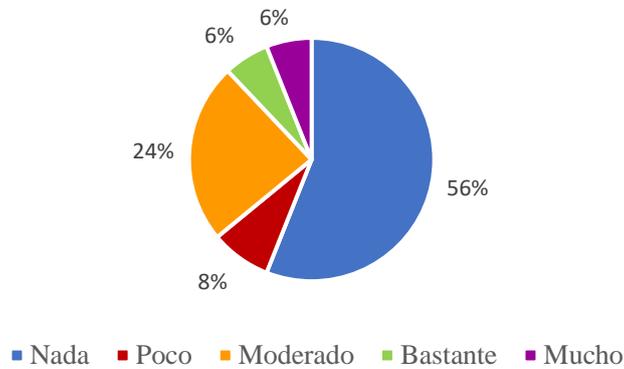
5.2.1. DATOS DE EXPERIENCIA LABORAL RELATIVA AL CORONAVIRUS

Centrándonos en la situación actual vivida por la pandemia del coronavirus, se preguntó sobre su situación actual profesional, a lo que un 84% manifestó continuar en activo, un 14% encontrarse de baja laboral y un 2% inactivo por despido como consecuencia de la pandemia. Asimismo, más de la mitad de los participantes (56%) refieren haber trabajado en la semana anterior a ser encuestados entre 20 y 40 horas, mientras que un 40% manifiesta haber trabajado menos de 20 horas. El 4% restante indicó haber trabajado más de 40 horas.

Los participantes también respondieron a cerca de la situación de crisis por coronavirus y la repercusión en su situación laboral, indicando si había habido incremento del trabajo, de la peligrosidad del mismo, cambios en el trabajo en general y cómo era su satisfacción actual como profesionales sociosanitarios. En este sentido se contempló que más de la mitad de los participantes (56%) consideraron que no había habido nada de incremento, un 24% refirió un incremento moderado y un 8% consideró que había habido

un leve incremento. Un 6% refirió haber tenido bastante incremento de trabajo y el 6% restante manifestó tener un incremento importante (Gráfico 1).

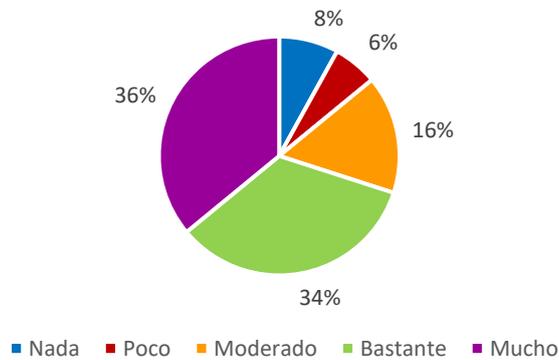
Gráfico 1: *Grado de incremento del trabajo desde el Estado de Alarma*



Nota: Elaboración Propia.

En lo que respecta al grado de peligrosidad en el trabajo, un 36% manifestó que había incrementado mucho, un 34% que había incrementado bastante, un 16% refirió un incremento moderado, un 6% señaló poco aumento y un 8% nada de aumento (Gráfico 2).

Gráfico 2: *Incremento de la peligrosidad del trabajo*



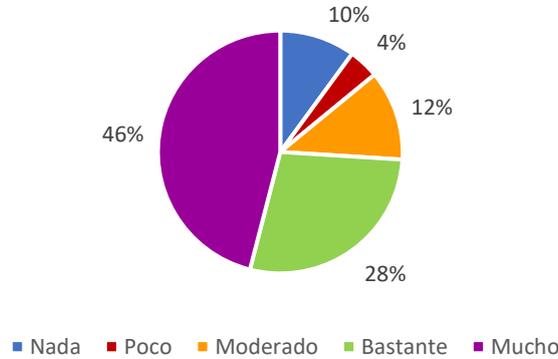
Nota: Elaboración Propia

Asimismo, un 32% de los participantes refirieron que su trabajo había cambiado mucho, un 26% mencionó que había cambiado bastante y un 16% que se había producido un cambio moderado. Únicamente un 8% refirió que había cambiado poco y un 18% que no había cambiado nada.

En último lugar, en lo que respecta a su satisfacción por ser profesional sociosanitario, el 46% refirió estar muy satisfecho, un 28% bastante satisfecho y un 12%

moderadamente satisfecho. Tan sólo un 4% manifestó estar poco satisfecho y un 10% nada satisfecho (Gráfico 3).

Gráfico 3: *Grado de satisfacción de ser profesional sociosanitario*



Nota: Elaboración Propia

5.2.2. GRADO DE RESILIENCIA Y BURNOUT DE LOS CUIDADORES

Se evaluaron también diferentes dimensiones de resiliencia en los participantes mediante la escala de resiliencia CD-RISC. En la Tabla 4 se muestran los datos referentes a los valores mínimos, máximos, media y desviación de cada una de las dimensiones de la muestra N=50. Los valores de la escala global fueron $M = 73.5$ y $S.D. = 8.7$. La fiabilidad de la escala en nuestra muestra arrojó un $\alpha = .72$.

Tabla 4: *Análisis descriptivo de las dimensiones de la escala CD-RISC*

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Adaptabilidad y redes de apoyo	50	12,00	20,00	16,9000	2,68214
Persistencia, tenacidad y autoeficacia	50	15,00	27,00	21,4400	3,14390
Control bajo presión	50	9,00	25,00	17,9600	3,93809
Control y propósito	50	5,00	12,00	9,9000	1,79853
Espiritualidad	50	,00	7,00	4,1800	1,90263

Nota: Elaboración Propia

La media más alta resultó ser la obtenida en la dimensión de persistencia, tenacidad y autoeficacia. Por el contrario, las dimensiones de control y propósito, y espiritualidad fueron las más bajas comparativamente.

Finalmente, en cuanto a las puntuaciones obtenidas en el cuestionario MBI-GS, se pueden contemplar en la Tabla 5, en la que se muestran los datos referidos a los valores mínimos, máximos, media y desviación de cada una de las escalas del MBI-GS para la muestra N=50. La fiabilidad de las subescalas en esta muestra arrojó un $\alpha = .70$ para la escala de desgaste profesional; $\alpha = .78$ para la eficacia profesional; $\alpha = .49$ para el cinismo (con ítem 13) y $\alpha = .79$ (sin ítem 13).

Tabla 5: *Análisis Descriptivo de las Escalas del MBI-GS*

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Cinismo	50	,00	3,60	1,264	,8324
Eficacia Profesional	50	2,833	6,00	4,63	,8754
Desgaste Emocional	50	,40	4,00	1,74	,7971

Nota: Elaboración Propia

La media más alta fue obtenida en la escala de eficacia profesional ($M = 4,63$). A su vez, la media tanto de cinismo como de desgaste emocional fueron considerablemente de un menor valor.

5.3. CONCLUSIONES

De manera general, los datos sociodemográficos de la muestra se asemejan a los de otros estudios realizados con este colectivo, en los que casi la totalidad de los participantes han sido mujeres.

Los resultados obtenidos en referencia a la situación vivida por el coronavirus manifiestan que los cuidadores profesionales, prácticamente en su totalidad, no han experimentado un incremento de sus labores como cuidador. Sin embargo, refieren haber tenido muchos cambios en su trabajo diario, a lo que añaden un aumento de la peligrosidad del mismo, derivado de las circunstancias especiales que han vivido. No obstante, la mayoría de los participantes refieren estar satisfechos de ser profesionales sociosanitarios a pesar de las circunstancias.

Respecto a los valores en la escala CD-RISC, en la línea de los datos recogidos en el artículo de Broche-Pérez, Rodríguez-Martín, Pérez-Santaella, Alonso-Díaz, Hernández-Carballo, y Blanco-Consuegra (2012), las puntuaciones obtenidas en nuestro estudio aparentan cierta normalidad. Se observan niveles bajos en las dimensiones de persistencia, tenacidad y autoeficacia, y en espiritualidad, con valores por debajo de los puntos de corte. En cuanto a las dimensiones de control bajo presión, y control y propósito los niveles se encuentran dentro de los parámetros normales, aunque se acercan ligeramente a un nivel bajo de las mismas. Por último, en la dimensión de adaptabilidad y redes de apoyo los valores obtenidos son óptimos, ubicándose dentro de los puntos de corte.

En cuanto a los resultados obtenidos en las dimensiones del MBI-GS, y teniendo como referencia los rangos establecidos en el artículo de Salanova (2006), se aprecia un nivel medio-alto en la dimensión de cinismo, con una puntuación de 1,26. En el mismo sentido, los resultados arrojan un nivel medio-alto en la dimensión de eficacia profesional, con una puntuación media de 4,63. Por último, la dimensión de desgaste emocional se encuentra en un nivel medio-bajo, con una puntuación media de 1,74.

Por otro lado, se han encontrado varias limitaciones en la realización del estudio. En primer lugar, el escaso tamaño de la muestra, el cual ha limitado las conclusiones obtenidas. Al ser una muestra reducida, nos ha impedido obtener unos resultados generalizables, por lo que se podría realizar un estudio de mayor escala para mejorar esta circunstancia. No obstante, nos ha permitido crear una noción básica de cómo era la situación vivida. A su vez, y en esta misma línea, hubiera sido deseable tener medidas previas de los niveles de este colectivo en las diferentes variables con el fin de comparar el impacto de esta situación.

En segundo lugar, se ha comprobado en el estudio realizado que una de las subescalas del burnout, la de cinismo, no muestra una adecuada fiabilidad. Esto se debe a que uno de sus ítems, concretamente el 13, no se ajusta empíricamente a su dimensión. En sucesivos estudios cabe explorar otros instrumentos con mejor funcionamiento.

Por todo ello, a pesar de las limitaciones encontradas, el estudio realizado arroja ciertas señales para proponer una intervención ajustada a la situación real que han vivido estos profesionales.

5.4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Esta sección está centrada en el diseño de una propuesta de intervención dirigida a los cuidadores formales de personas en situación de dependencia que actualmente se encuentren ejerciendo su labor en la situación actual de crisis por coronavirus.

A continuación, se van a especificar y desarrollar todos los aspectos que engloba la propuesta en relación a los destinatarios, como las condiciones que han de cumplir las personas que quieran participar en la intervención y el número total de participantes. En segundo lugar, se plantean los objetivos generales y específicos de la propuesta, la metodología a seguir en la misma y el cronograma previsto. Posteriormente, se describen las sesiones propuestas con sus respectivas actividades, así como los recursos humanos y materiales necesarios. Finalmente, se plantea la evaluación de la propuesta de intervención.

5.4.1 DESTINATARIOS

La propuesta de intervención está dirigida a los cuidadores formales, tanto hombres como mujeres del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) de Castilla y León, como consecuencia de haber realizado un estudio de sus niveles de estrés o de burnout en las actuales condiciones de crisis por coronavirus.

En cuanto a los criterios de inclusión, se dirige a aquellas personas mayores de 18 años que trabajan con una antigüedad de 2 o más años en el sector de los cuidados formales y que se encuentran trabajando en esta situación de crisis. Asimismo, el único criterio de exclusión aplicado es el de las personas que no accedan a cumplimentar el compromiso de asistencia diaria a la intervención.

Respecto al número de participantes, se formarán distintos grupos en función de la demanda. Cada uno de ellos será integrado por 16 cuidadores aproximadamente, para una adecuada implementación de la intervención, dados los recursos materiales y humanos de los que se dispone.

5.4.2. OBJETIVOS

El objetivo general de la intervención es reducir el posible impacto emocional, específicamente de los síntomas de burnout en los cuidadores formales, derivado de la situación actual de crisis por coronavirus, a la vez que promover un mejor afrontamiento de otras posibles situaciones estresantes que puedan encontrar en su labor profesional.

Para alcanzar este objetivo general se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Proporcionar a los participantes las herramientas necesarias para afrontar las situaciones de estrés y ansiedad laboral provocadas por la actual situación de crisis por coronavirus.
- Dar a conocer diversas estrategias de afrontamiento a nivel social, así como ensayar su puesta en práctica.
- Dotar a los cuidadores de habilidades o estrategias individuales que les permitan cuidarse a sí mismos y mejorar su labor de cuidados.
- Promover la identificación y comprensión de emociones, tanto propias como de los demás, con el fin de fomentar el bienestar y la satisfacción personal.

5.4.3. METODOLOGÍA

La principal metodología que guía esta propuesta es la de la intervención grupal, mediante la realización de sesiones dirigidas por la educadora social que dará las instrucciones y guiará la realización de las distintas actividades. Asimismo, al tratarse de una intervención grupal con personas adultas, se procederá a la implementación de la misma, organizando a los participantes en pequeños grupos o parejas para realizar las actividades, con el fin de que puedan relacionarse de forma diversa entre las participantes.

No obstante, se hace uso de otras estrategias metodológicas, como es el caso de la metodología asimilativa. Ésta se aprecia en varias sesiones, las cuales se centran en enseñar diferentes técnicas o recursos para mejorar las habilidades sociales, con el fin de que puedan llevarlas a su práctica diaria.

Por otra parte, se emplea una metodología vivencial en la mayor parte de las sesiones, basada en la utilización de las experiencias que han vivido los cuidadores en su

trabajo diario, para realizar diversas actividades y mejorar capacidades y habilidades a través de ellas.

En definitiva, se trabaja de manera resolutiva, tratando de mitigar los niveles de burnout de los cuidadores/as participantes en la intervención, a través de la promoción de técnicas y habilidades que les permitan resolver las situaciones difíciles o estresantes generadas como consecuencia de los cuidados prestados en las circunstancias actuales.

5.4.4. TEMPORALIZACIÓN

La propuesta de intervención está constituida por un total de 8 sesiones. La estructura de las sesiones se basa en la ejecución de diversas actividades ordenadas de manera lógica y progresiva, según los conocimientos necesarios para realizarlas y la intensidad de las mismas. Todo ello con el fin de gestionar mejor la atención de los participantes y fomentar la aplicación de las técnicas aprendidas, cada vez más complejas, en su contexto laboral, en aquellas situaciones en las que se requiera una mayor gestión emocional, es decir, situaciones que supongan un mayor estrés.

Cada una de las sesiones está enfocada en trabajar distintas variables importantes que se han visto relacionadas con el burnout. Así, la primera sesión comienza con la presentación del proyecto y una explicación sobre el concepto y repercusión del burnout. En la segunda sesión se trabaja la identificación y comprensión de emociones tanto propias como de otras personas. La tercera y cuarta sesión se centran en técnicas de relajación y meditación para reducir el agotamiento emocional y el estrés. La quinta sesión se va a centrar en el entrenamiento de la resiliencia principalmente, aunque ésta también se trabaje de manera indirecta en otras de las actividades propuestas a lo largo de la intervención. En cuanto a la sexta y séptima sesión, ambas se dedican al entrenamiento de las habilidades sociales, importantes para mejorar la dimensión de la realización personal.

Por último, teniendo en cuenta la capacidad atencional que tenemos las personas para mantener centrada la atención en una tarea, las sesiones tendrán una duración aproximada de 1 hora. Además, se distribuirán en dos sesiones por semana con el fin de que pueda ser compaginada la intervención con las diversas circunstancias personales de los participantes y poder contemplar, a medio plazo (cuatro semanas), la posible evolución de los participantes (Véase Tabla 6).

Tabla 6. Cronograma de la intervención

SEMANA 1	
SESIÓN 1	SESIÓN 2
<ul style="list-style-type: none"> - Presentación positiva - Explicación del burnout 	<ul style="list-style-type: none"> - Rescate de emociones - Adivinanza emocional - Retroalimentación de la sesión
SEMANA 2	
SESIÓN 3	SESIÓN 4
<ul style="list-style-type: none"> - Control de la respiración - Entrenamiento autógeno - Feedback 	<ul style="list-style-type: none"> - Inmersión en el mindfulness - Los sentidos - El camino hacia el mar - Feedback
SEMANA 3	
SESIÓN 5	SESIÓN 6
<ul style="list-style-type: none"> - Mi nueva versión - La máquina del tiempo - Escucha, consensúa, soluciona 	<ul style="list-style-type: none"> - Introducción a las habilidades sociales - Aprendiendo a decir NO
SEMANA 4	
SESIÓN 7	SESIÓN 8
<ul style="list-style-type: none"> - El veredicto - Defensa asertiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicios para practicar en casa - Valoración final

Nota: Elaboración Propia

5.4.5. DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN

5.4.5.1. Sesión 1

Esta sesión se va a dedicar a la presentación del grupo de participantes y a la presentación del proyecto, en tanto explicación del síndrome de burnout y del contenido a tratar en las sesiones.

5.4.5.1.1. Actividad 1: “Presentación positiva”

- Objetivos:
 - Conocer a todos los participantes.
- Temporalización: 10 minutos.
- Recursos:
 - Materiales: pegatinas, rotuladores, sillas.
 - Humanos: un/a educador/a social.
- Desarrollo:

En esta dinámica cada uno de los miembros del grupo ha de escribir su nombre en una pegatina y al menos dos aspectos positivos de su trabajo a partir de las letras de su nombre. Cuando lo tengan terminado colocarán la pegatina sobre su camiseta para que todo el grupo pueda verla.

Finalmente, el/la educador/a social solicitará a cada uno que se presente formalmente al resto de compañeros y exponga cuáles son las características o aspectos positivos elegidos.

5.4.5.1.2. Actividad 2: “Explicación del burnout”

- Objetivos:
 - Entender los aspectos fundamentales del síndrome de burnout.
 - Conocer las expectativas de los participantes sobre la intervención.
- Temporalización: 50 minutos.
- Recursos:
 - Materiales: Power Point, ordenador, proyector
 - Humanos: un educador/a social

- Desarrollo:

En primer lugar, se va a explicar a los participantes qué es el síndrome de burnout, qué dimensiones engloba, cuáles son sus principales síntomas y los factores de riesgo que pueden desencadenar dicho síndrome. Así mismo se van a exponer las diferentes técnicas utilizadas para afrontar situaciones de estrés y agotamiento.

Para hacer una evaluación inicial de las expectativas que tienen los participantes sobre la intervención, el/la educador/a social va a lanzar las siguientes preguntas al grupo:

- ¿Conocíais este síndrome?
- ¿Qué consideráis que pueden aportar las técnicas expuestas a vuestra realidad laboral?
- ¿Qué os gustaría conseguir al finalizar esta intervención?

5.4.5.2. Sesión 2.

Esta sesión está enfocada en la identificación y comprensión de las emociones, tanto propias como de los demás, con el objetivo de repercutir en el agotamiento emocional experimentado y la despersonalización, propias del burnout.

5.4.5.2.1. Actividad 3: “Rescate de emociones”.

- Objetivos:
 - Identificar las emociones experimentadas en una situación pasada.
 - Reflexionar sobre nuestra reacción ante esa situación.
- Temporalización: 15 minutos
- Recursos:
 - Humanos: educador/a social.

- Desarrollo:

Para comenzar la actividad, el/la educador/a pide a los participantes que recuerden una experiencia pasada que hayan vivido en su trabajo y que les haya generado algún tipo de conflicto o malestar. Una vez que todos han pensado en una situación, la comparten con el resto del grupo explicando cómo se sintieron y cómo reaccionaron ante la misma.

El resto del grupo ha de evaluar si la actuación que tuvo la persona fue adecuada y por qué, o si, por el contrario, actuarían de otra manera para resolver mejor la situación. Todos los participantes expondrán su experiencia para generar en el grupo una mayor

reflexión sobre las actuaciones en el día a día. Todas las opiniones vertidas tendrán el respeto al otro como característica principal y suponen la puesta en práctica de una estrategia destinada a contemplar formas alternativas de respuesta en las circunstancias laborales diarias a las que se enfrentan los participantes.

5.4.5.2.2. Actividad 4: “Adivinanza emocional”

- Objetivos:
 - Aprender a identificar y expresar emociones.
 - Reflexionar sobre las situaciones desencadenantes de una emoción determinada.
- Temporalización: 35 minutos.
- Recursos:
 - Materiales: papel adhesivo para notas con emociones escritas.
 - Humanos: un/a educador/a social
- Desarrollo:

En primer lugar, se sientan todos los participantes en un semicírculo y uno de ellos se sienta frente a los demás. El/la educador/a dispondrá de adhesivos con una emoción escrita (amor, ira, miedo, tristeza, alegría, culpa, asco, frustración, empatía, confianza, inseguridad, sorpresa, decepción, satisfacción, etc.) y se lo colocará en la frente del participante que está sentado frente a ellos para que todos los demás menos él puedan ver la emoción escrita.

La dinámica consistirá en que cada uno de los participantes ha de decir una situación vivida en su trabajo que le haya hecho sentir esa emoción, de manera que el participante sentado frente a ellos pueda identificar la emoción que tiene escrita.

Una vez acertada, rotarán los participantes ocupando el rol de averiguar la emoción, hasta que todos los participantes hayan pasado por dicha posición.

5.4.5.2.3. Actividad 5: “Retroalimentación sobre la sesión”

- Objetivos:
 - Reflexionar sobre las emociones vividas
 - Comentar los sentimientos que ha generado la sesión.
- Temporalización: 10 minutos

- Recursos: únicamente un/a educador/a social.
- Desarrollo:

En esta actividad, el/la educador/a social va a propiciar una serie de preguntas dirigidas para conocer cómo se han sentido los participantes. Algunas de estas preguntas pueden ser: ¿os ha resultado difícil recordar situaciones laborales en la que hayáis vivido alguna de las emociones mencionadas? ¿cómo os habéis sentido durante el desarrollo de las actividades?

5.4.5.3. Sesión 3.

En esta sesión se van a practicar diferentes técnicas de relajación, entre ellas la respiración abdominal y el entrenamiento autógeno. Todas ellas con el fin de reducir el agotamiento emocional y afrontar el estrés.

5.4.5.3.1. Actividad 6: “Control de la respiración”

- Objetivos:
 - Mantener el cuerpo y la mente en un estado de relajación.
 - Favorecer la reducción del insomnio y el control de la ansiedad.
- Temporalización: 10 minutos
- Recursos:
 - Materiales: esterillas, aula sin ruidos exteriores.
 - Humanos: un/a educador/a social
- Desarrollo:

En primer lugar, explicamos la utilidad de la respiración en los momentos de estrés y de vivencias generadoras de emociones no deseadas, con el objetivo de fomentar su práctica autónoma en todos aquellos momentos en que la persona ha de mantener una conducta o respuesta relajada en lugar de, por ejemplo, una respuesta de huida o escape. En definitiva, es una forma de que la persona aprenda a estar más centrada y presente en el momento que está viviendo.

Esta actividad consta de dos fases, a realizar en dos períodos de cinco minutos. Para la primera fase nos sentamos todos en las esterillas. La actividad consiste en inhalar por la nariz despacio contando hasta 4, mantener unos segundos el aire y exhalar despacio, también por la nariz y contando hasta 4. Las indicaciones que damos a los participantes

son las siguientes: inhalamos y sentimos cómo va entrando el aire en nuestro cuerpo, 1-2-3-4, retenemos el aire unos segundos, y exhalamos suavemente por la nariz, 1-2-3-4.

En la segunda fase, nos vamos a tumbar boca arriba en las esterillas. Después, colocamos la mano derecha sobre nuestro abdomen y la izquierda sobre nuestro pecho. Cogemos aire lentamente y notamos cómo se va elevando el abdomen, mantenemos el aire dos segundos y exhalamos poco a poco, sintiendo cómo desciende el abdomen. Las indicaciones a los participantes serán: “inhalamos profundamente y notamos cómo el aire va entrando en el cuerpo e hinchando nuestro abdomen, mantenemos el aire dos segundos y exhalamos poco a poco, notando cómo desciende el abdomen. Tomamos conciencia de qué mano sube y cuál es la que baja en cada respiración, y repetimos nuevamente la secuencia”.

5.4.5.3.2. Actividad 7: “Entrenamiento autógeno”

Esta técnica de entrenamiento autógeno fue propuesta por Schultz en 1932. Se basa en la concentración pasiva y la introducción de sensaciones fisiológicas normales como pesadez y calor, comenzando por las extremidades y siguiendo gradualmente por el resto de zonas hasta llegar a un estado de relajación profunda.

- **Objetivos:**
 - Apreciar los beneficios de esta técnica de relajación.
 - Concentrar la atención en nuestras sensaciones propioceptivas para generar relajación.
- **Temporalización:** 45 minutos.
- **Recursos:**
 - **Materiales:** esterillas, sala con poca luz y sin ruidos exteriores.
 - **Humanos:** un/a educador/a social.
- **Desarrollo:**

Esta técnica consta de varios ejercicios para conseguir la relajación. En primer lugar, se va a indicar a los integrantes del grupo que se tumben boca arriba en las esterillas. Una vez se hayan tumbado, comenzaremos con el primer ejercicio.

Primer ejercicio: “Sensación de pesadez”. En este ejercicio nos vamos a concentrar en la sensación de pesadez de las extremidades de nuestro cuerpo y en el

sentimiento de tranquilidad que sentimos cuando estamos en nuestro lugar preferido. Además, vamos a repetir mentalmente dos veces cada una de las frases siguientes:

- Mi brazo derecho me pesa mucho y yo me siento tranquilo/a.
- Mi brazo izquierdo me pesa mucho y yo me siento tranquilo/a.
- Mis brazos me pesan mucho y yo me siento tranquilo/a.
- Mi pierna derecha me pesa mucho y yo me siento tranquilo/a.
- Mi pierna izquierda me pesa mucho y yo me siento tranquilo/a.
- Mis piernas me pesan mucho y yo me siento tranquilo/a.
- Mis brazos y mis piernas me pesan mucho y yo me siento completamente tranquilo.

Segundo ejercicio: “Sensación de calor”. En este ejercicio nos vamos a centrar en la sensación de calor de las extremidades de nuestro cuerpo y en nuestro sentimiento de tranquilidad elegido. Al igual que en el anterior ejercicio, las frases que repetiremos mentalmente dos veces son las siguientes:

- Mi brazo derecho está caliente y yo me siento tranquilo/a.
- Mi brazo izquierdo está caliente y yo me siento tranquilo/a.
- Mis brazos están calientes y yo me siento tranquilo/a.
- Mi pierna derecha está caliente y yo me siento tranquilo/a.
- Mi pierna izquierda está caliente y yo me siento tranquilo/a.
- Mis piernas están calientes y yo me siento completamente tranquilo/a.
- Mis brazos y mis piernas están calientes y yo me siento completamente tranquilo/a.
- Un calor relajante fluye por todo mi cuerpo.

Tercer ejercicio: “Regulación cardíaca”. En este ejercicio vamos a poner una mano sobre nuestro corazón y vamos a centrarnos en sus latidos. Repetiremos en este momento las frases de los ejercicios anteriores, añadiendo también frases como las siguientes:

- Mi corazón late tranquilo.
- Mi corazón late tranquilo y con regularidad.
- Los latidos de mi corazón son calmados y regulares.

Finalmente, se indicarán frases que integren todo lo practicado hasta este momento, tales como: “Mi pierna derecha me pesa, mi corazón late tranquilo y yo me siento completamente tranquilo/a”.

Cuarto ejercicio: “Control de la respiración”. En este ejercicio nos vamos a centrar en la respiración para conseguir un ritmo plácido. Se repetirán nuevamente frases de ejercicios anteriores a las que se añadirán otras como:

- Respiro tranquilamente.
- Respiro suavemente.
- Respiro suave y tranquilamente.

Quinto ejercicio: “Regulación de los órganos abdominales”. En este ejercicio vamos a centrarnos en la zona del abdomen, y al igual que en los anteriores ejercicios vamos a repetirnos varias veces las siguientes frases:

- Mi abdomen está caliente y yo me siento tranquilo/a.
- Mi abdomen me pesa y yo me siento completamente tranquilo/a.

Sexto ejercicio: “Regulación de la zona de la cabeza”. Para realizar este ejercicio concentraremos nuestra atención en la sensación de frescor de nuestra frente. Las frases que hemos de repetir varias veces son las siguientes:

- Mi frente está fresca y yo me siento tranquilo/a.
- Mi frente está fresca y yo me siento completamente sereno/a.

Finalmente, se indicarán frases que integren todo lo practicado durante esta actividad.

5.4.5.3.3. Actividad 8: “Feedback”

- Objetivos:
 - Compartir al grupo las sensaciones surgidas en la actividad 7.
- Temporalización: 5 minutos.
- Recursos:
 - Humanos: educador/a social o moderador/a.

- Desarrollo:

Esta actividad se realiza como cierre de la sesión, para lo que se pide a los participantes que se sienten en círculo sobre las esterillas. El/la educador/a lanza varias preguntas relativas a cómo se han sentido, si han vivido alguna sensación que haya impedido concentrarse en alguna parte del cuerpo y cómo lo han gestionado.

5.4.5.4. Sesión 4.

En esta sesión se va a generar una inmersión en una de las técnicas de meditación más actuales, el mindfulness. Al igual que las técnicas de relajación, esta técnica parece tener efectos en los componentes de agotamiento emocional y despersonalización del burnout.

5.4.5.4.1. Actividad 9: “Inmersión en el mindfulness”

- Objetivos:
 - Conocer la técnica mindfulness y sus beneficios.
- Temporalización: 30 minutos.
- Recursos:
 - Materiales: ordenador, proyector, sillas.
 - Humanos: educador/a social.
- Desarrollo:

Esta primera actividad consiste en explicar brevemente a los participantes en qué consiste la técnica de mindfulness. Para evaluar los conocimientos previos de los participantes sobre dicha técnica y fomentar su participación, se les propone que piensen y compartan con el resto del grupo lo que conozcan sobre el mindfulness como, por ejemplo: si saben qué es, si lo han practicado alguna vez, etc.

Tras esta breve introducción, se mostrarán varias diapositivas en las que se señala qué es el mindfulness y cuáles son sus beneficios. Así pues, se expone que es una técnica utilizada para reconocer y prestar atención a lo que está sucediendo en el mismo instante en el que ocurre. Además, mediante esta técnica se presta igualmente atención a las emociones y sentimientos que surgen sin intentar cambiarlos o controlarlos. En definitiva, consiste en vivir el momento presente centrados en lo que nos proponemos, sin ser influenciados por los estímulos o emociones que lleguen en ese momento.

Una vez explicadas las diapositivas, se preguntará a los cuidadores acerca de qué creen que puede aportarles esta técnica.

5.4.5.4.2. Actividad 10: “Los sentidos”

- Objetivos:
 - Centrar la atención en el momento presente.
- Temporalización: 10 minutos.
- Recursos:
 - Materiales: sala amplia, sillas, esterillas.
 - Humanos: educador/a social.
- Desarrollo:

En esta actividad los participantes pueden estar sentados o tumbados, según prefieran. El/la educador/a abre las ventanas de la sala y realiza las siguientes indicaciones:

“En primer lugar, buscamos un punto visual en el aula, como una mancha en la pared o un objeto, y centramos en él nuestra atención durante unos segundos. Si aparece cualquier estímulo en ese instante, redirigimos nuestra atención nuevamente a la mancha. Después, buscamos un sonido, el que percibamos en ese momento, puede ser un coche, un pájaro... y nos centramos en él durante unos segundos nuevamente, redirigiendo nuestra atención al sonido en caso de que irrumpa cualquier estímulo o pensamiento que nos llame a alterar esta actividad. Seguidamente, buscamos un olor que se perciba en el momento, puede ser el olor propio, el de un compañero o uno proveniente del exterior, repitiendo la misma tarea de centrar la atención en caso de que algún estímulo nos descentre de realizar esta tarea. Finalmente, nos centramos en el sabor de nuestra boca, si está amarga, dulce, etc.”

5.4.5.4.3. Actividad 11: “El camino hacia el mar”.

- Objetivos:
 - Centrar la atención en el relato.
 - Percibir las sensaciones en nuestro cuerpo.
- Temporalización: 15 minutos.

- Recursos:
 - Materiales: esterillas.
 - Humanos: educador/a social.
- Desarrollo:

El/la educador/a indica a los cuidadores que se tumben en las esterillas en la postura que se encuentren más cómodos y que mantengan los ojos cerrados. El educador leerá un relato para que los participantes traten de visualizar la situación que se plantea en el mismo. El relato es el siguiente: “en este momento vas a respirar profundo dos veces y después vas a concentrarte en tu respiración tranquila, observándola durante unos segundos.

Ahora, imagínate que tu cuerpo se ha trasladado a una hermosa playa de arena dorada. Caminas descalzo por la playa, sintiendo como la fina arena dorada calienta tus pies y se cuele entre tus dedos acariciándote a cada paso, es una sensación placentera, relajante...Continúas tu paseo y el sol calienta tus piernas, tus brazos, llegando a la espalda... es una sensación agradable, deliciosa...Te paras frente al mar, miras al horizonte, el mar inmenso se fusiona con el azul del cielo, sin nubes, calmado... el agua fresca del mar en la orilla acaricia tus pies, te gusta, te sientes relajado...el sonido de las olas parece colarse en tus oídos mientras la brisa del mar roza tu rostro suavemente, coges aire y sientes que puedes olerlo, es el olor del mar. Te gusta esa sensación, cierras los ojos y tomas conciencia de tu cuerpo, está tranquilo, relajado.

Piensa en todos los sentimientos que te han surgido durante el ejercicio. Realiza dos respiraciones profundas, contando hasta tres en cada una de ellas, y abres los ojos”.

5.4.5.4.4. Actividad 12: “Feedback”

- Objetivo:
 - Compartir reflexiones de la actividad anterior con el grupo.
- Temporalización: 5 minutos.
- Recursos: únicamente educador/a o moderador/a.
- Desarrollo:

Para realizar esta actividad nos vamos a sentar formando un círculo para que podamos vernos mejor y contar voluntariamente nuestra experiencia. Para ello, el/la educador/a va a plantear varias cuestiones a los participantes: cómo se han sentido, si les

ha sido difícil concentrarse y por qué, si creen que es una técnica sencilla de utilizar y si le ven utilidad para su día a día.

5.4.5.5. Sesión 5.

En esta sesión se van a realizar diferentes actividades para fomentar la visión positiva de uno mismo y aprender a adaptarse a situaciones adversas. En definitiva, para mejorar la capacidad de resiliencia de los participantes.

5.4.5.5.1. Actividad 13: “Mi nueva versión”

- Objetivos:
 - Conocer nuestros logros en la vida.
 - Concienciar a los cuidadores acerca de que nuestros logros dependen de lo que hacemos para conseguirlos.
- Temporalización: 20 minutos.
- Recursos:
 - Materiales: mesas, sillas, folios y bolígrafos.
 - Humanos: educador/a social.

• Desarrollo:

Los participantes cogen cada uno un folio y un bolígrafo, y han de escribir en él una carta dirigida a sí mismos en su versión del pasado. Es decir, han de escribirse una carta en la que expresen todas las cosas que han hecho para llegar a donde están ahora, siempre resaltando lo positivo. Se trata de que aprendan a valorar sus virtudes y fortalezas, las cuales les han permitido conseguir sus objetivos.

Cuando todos los participantes hayan terminado de redactar sus cartas, si a alguna persona le apetece, voluntariamente, puede compartir su contenido con el resto del grupo.

5.4.5.5.2. Actividad 14: “La máquina del tiempo”

- Objetivos:
 - Establecer cuáles son nuestras metas.
 - Reflexionar sobre los pasos y acciones que debemos efectuar para conseguir nuestras metas.
- Temporalización: 10 minutos.

- Recursos:
 - Materiales: folios, mesas, sillas y bolígrafos.
 - Humanos: educadora social.
- Desarrollo:

El/la educador/a plantea a los participantes la siguiente cuestión: ¿cómo te ves en 5 años? Cada participante tiene que describir en un folio cómo le gustaría que fuese su vida en 5 años y qué acciones realiza en el presente para conseguir esas metas. Una vez terminada la tarea, puede exponer al grupo voluntariamente el contenido de su relato, quien así lo desee.

5.4.5.5.2. Actividad 15: “Escucha, consensúa, soluciona”

- Objetivos:
 - Aprender a afrontar las situaciones adversas.
 - Buscar apoyo en las personas que nos rodean.
- Temporalización: 30 minutos.
- Recursos:
 - Materiales: tarjetas con las situaciones escritas.
 - Humanos: educador/a social.
- Desarrollo:

En esta actividad los cuidadores se van a organizar por parejas. El/la educador/a va a entregar a cada pareja una tarjeta con una situación problemática que se ha podido generar en la práctica diaria de un cuidador (Véase Anexo 3). Por parejas consensuarán cuál es la mejor solución para ese problema.

Una vez que cada pareja haya llegado a un acuerdo sobre cuál es la mejor solución para el problema, expondrán al resto del grupo la situación que se les ha planteado y la solución que han dado. El fin de compartir las diversas situaciones es generar un debate en el que todos los participantes puedan reflexionar sobre las soluciones propuestas y proponer otras alternativas para hacer frente a ese mismo problema.

5.4.5.6. Sesión 6.

Esta sesión se va a centrar en el entrenamiento de las habilidades sociales y comunicativas, con el fin de mejorarlas en el caso de detectar carencias. Todo ello va dirigido a mejorar la realización personal, según lo señalado en la literatura revisada.

5.4.5.6.1. Actividad 16: “Introducción a las Habilidades Sociales”

- Objetivos:
 - Conocer las diferentes estrategias para mejorar las habilidades sociales.
 - Aprender a distinguir entre estilo asertivo, pasivo y agresivo.
- Temporalización: 30 minutos.
- Recursos:
 - Materiales: proyector, ordenador, mesas, sillas.
 - Humanos: educador/a social.

- Desarrollo:

En esta actividad el/la educadora va a introducir a los participantes en el conocimiento de las diferentes habilidades sociales y comunicativas. Para ello, va a presentar unas diapositivas en las que se explicarán los modelos de comunicación, los procedimientos de ataque y de defensa, la forma de hacer y rechazar peticiones, o cómo defender los derechos y opiniones, entre otras. El fin de esta actividad es otorgar conocimientos previos de cómo aplicar las estrategias de forma correcta para posteriormente poder entrenarlas en las siguientes actividades.

5.4.5.6.2. Actividad 17: “Aprendiendo a decir NO”

- Objetivos:
 - Aprender a rechazar peticiones de manera asertiva.
 - Tomar decisiones propias sin sentirse coartado.
- Temporalización: 30 minutos.
- Recursos:
 - Materiales: mesas, sillas, rotuladores, folios.
 - Humanos: educador/a social

- Desarrollo:

Esta actividad está dividida en dos momentos diferenciados. Para realizarla, los participantes han de agruparse por parejas.

En un primer momento, los dos miembros de la pareja han de pensar en un momento de su trabajo en el que les han hecho una petición que no deseaban aceptar. Teniendo en cuenta las recomendaciones para rechazar peticiones, han de buscar la mejor

forma para rechazar esa petición sin ofender a la otra persona y respondiendo a sus deseos de rechazarla.

En un segundo momento, cuando todas las parejas han elegido la petición y la forma de rechazarla, se hace un Role-Playing para que todos los participantes vean la estrategia. Uno de los miembros de la pareja actuará como la persona que emite la petición, y la otra persona tratará de rechazarla. Una vez que lo muestren al resto, se generará un debate con preguntas tales como: ¿creéis que han actuado bien?, ¿ha respondido de manera asertiva?, ¿se os ocurre alguna otra manera en que podría haber rechazado la petición?

5.4.5.7. Sesión 7

Esta sesión, al igual que la sesión 6, se centra en el entrenamiento de las habilidades sociales y comunicativas, con el fin de mejorar la realización personal de los participantes.

5.4.5.7.1. Actividad 18: “El veredicto”

- **Objetivos:**
 - Aprender a defender las opiniones propias y respetar las de los demás.
 - Fomentar la comunicación entre las compañeras.
- **Temporalización:** 30 minutos.
- **Recursos:**
 - Materiales: mesas, sillas, bolígrafos, folios, cartulinas.
 - Humanos: educador/a social.
- **Desarrollo:**

Esta actividad se divide en varios momentos. En primer lugar, el/la educador/a expondrá a los participantes la siguiente situación: “Suponed que vais a tener una reunión de trabajo con vuestros superiores para plantearles propuestas de mejora acerca de las condiciones laborales y las tareas a realizar. Vuestro superior únicamente va a acceder a implementar 4 de las propuestas, sin posibilidad de cambio durante los próximos 3 años”.

En segundo lugar, el/la educador/a indicará a los participantes que escriban de manera individual en un folio 3 propuestas que les gustaría hacer a su jefe/a. Para ello dispondrán de cinco minutos.

Una vez que han escrito sus propuestas individuales, se dividirá al grupo en cuatro subgrupos integrados cada uno por cuatro personas. Cada subgrupo se reúne alrededor de una mesa para comentar las propuestas que han pensado individualmente y llegar a un consenso para seleccionar las 3 que consideren mejores. Una vez que hayan seleccionado esas 3, un miembro de cada subgrupo se acercará a escribir las mismas en la cartulina que se encontrará en la pared. Para esta fase dispondrán de 10 minutos.

Por último, el/la educador/a leerá las 12 propuestas que se han recogido en la cartulina para que todos los participantes las conozcan. Seguidamente, el grupo al completo ha de llegar a un consenso para escoger las 4 propuestas que consideren más importantes para plantear a su superior, y el/la educador/a finalmente apuntará las propuestas acordadas en una nueva cartulina. Para ello se dispondrá de 10 minutos.

En los últimos cinco minutos, el/la educador/a preguntará a los participantes si se han escuchado todas las opiniones dentro de los subgrupos, si les ha resultado difícil ponerse de acuerdo en la elección y cómo se han sentido expresando sus demandas.

5.4.5.7.2. Actividad 19: “Defensa asertiva”

- Objetivos:
 - Aplicar los procedimientos defensivos de manera asertiva.
 - Mejorar el formato de comunicación con las personas, de manera más respetuosa.
- Temporalización: 30 minutos.
- Recursos:
 - Materiales: tarjetas con situaciones propuestas y otras con los procedimientos defensivos.
 - Humanos: educador/a social.
- Desarrollo:

Para comenzar la actividad, el/la educador/a social dividirá al gran grupo en cuatro subgrupos compuestos por cuatro personas cada uno. Los participantes de cada subgrupo se sentarán alrededor de dos mesas, en las que encontrarán dos tipos de tarjetas, unas con los procedimientos defensivos y otras con situaciones en las que aplicarlos (Véase Anexo 4). Cada tarjeta de procedimiento tendrá un color determinado, y dos tarjetas de situaciones asignadas, con el mismo color.

La dinámica consiste en que una persona escoge una tarjeta de procedimiento y una de las situaciones asignadas. Una vez escogidas, tendrá que exponer al resto de los compañeros del subgrupo cómo reaccionaría ante esa situación utilizando el procedimiento defensivo que aparezca en la tarjeta. Después los compañeros van rotando durante dos rondas, de manera que cada participante elige dos tarjetas, esto les permitirá conocer todas las técnicas y aprender a aplicarlas.

5.4.5.8. Sesión 8

En esta última sesión se van a plantear a los participantes diferentes ejercicios o técnicas que pueden practicar en sus casas para mejorar los síntomas del burnout y evitar la reaparición de los mismos. Además, esta sesión incluye la cumplimentación de un cuestionario de satisfacción por parte de los participantes, para conocer sus impresiones sobre la intervención desarrollada.

5.4.5.8.1. Actividad 20: “Ejercicios para practicar en casa”

- **Objetivos:**
 - Ofrecer técnicas a los participantes para practicar en casa y mitigar los síntomas de burnout.
 - Prevenir la posible aparición de síntomas de burnout.
 - Mejorar las técnicas para enfrentarse a los momentos estresantes, de manera autónoma.
- **Temporalización:** 40 minutos.
- **Recursos:**
 - Materiales: ordenador, proyector.
 - Humanos: educador/a social.
- **Desarrollo:**

Esta actividad consiste en explicar a los participantes una serie de ejercicios que pueden practicar en sus casas en el día a día, para conocer sus pensamientos y emociones, sus metas deseadas o, por ejemplo, para relajarse y aliviar el estrés. (Véase Anexo 5).

5.4.5.8.2. Actividad 21: “Valoración final”

- **Objetivos:**
 - Conocer el grado de satisfacción de los participantes con el proyecto y el personal encargado.
 - Comprobar la repercusión que ha tenido la intervención.
- **Temporalización:** 20 minutos.
- **Recursos:**
 - Materiales: hojas de la encuesta de satisfacción, bolígrafos.
 - Humanos: educador/a social.
- **Desarrollo:**

En esta actividad final, se les reparte a los participantes una encuesta de satisfacción (Anexo 6) para que la rellenen individualmente y de manera totalmente anónima. Una vez completada, el/la educador/a abrirá un turno de preguntas en el que los usuarios puedan expresar sus dudas o sugerencias, así como su opinión o visión sobre la intervención desarrollada.

5.4.6. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

En cuanto a los recursos materiales, son necesarios: una sala amplia, 16 esterillas, 16 mesas y sillas, folios, rotuladores o bolígrafos, ordenador, proyector, dos cartulinas grandes, notas adhesivas, tarjetas pequeñas (para las actividades “Escucha, consensúa, soluciona” y “Defensa asertiva”, material audiovisual (diapositivas), 16 fotocopias de las encuestas de satisfacción y 1 fotocopia del relato de la playa (para la actividad “El camino hacia el mar”).

Respecto a los recursos humanos, las sesiones están propuestas para llevarse a cabo de la mano de un/a educador/a social. No obstante, otros profesionales con competencias profesionales, como psicólogos o terapeutas ocupacionales también podrían ocupar ese papel.

5.4.7. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

La evaluación de la propuesta se va a desarrollar en varias fases diferentes para obtener información completa de los efectos de la misma, adaptar las sesiones a posibles circunstancias ocasionadas y analizar si se han conseguido los objetivos propuestos. En concreto, las fases de evaluación contempladas comprenden:

- Una evaluación previa al desarrollo de la intervención, llevada a cabo a través del análisis de las respuestas a los cuestionarios cumplimentados por el colectivo de interés en el estudio anteriormente indicado de este TFG. El objetivo de dicha evaluación es detectar las necesidades de los cuidadores y plantear una intervención acorde a las mismas.
- Una evaluación inicial, que pretende determinar los valores específicos del grupo de participantes que finalmente participe en la intervención, con el fin de contemplar posteriormente los efectos de la intervención en este grupo. Dicha evaluación se realizará mediante la cumplimentación de los mismos cuestionarios/instrumentos utilizados en la evaluación previa.
- Una evaluación procesual, realizada durante el desarrollo de la propuesta, con el fin de recoger progresivamente datos que nos permitan conocer si es necesario realizar modificaciones/adaptaciones y saber cómo están evolucionando los participantes. Esta evaluación se realizará a través de la observación directa por parte del/a educador/a presente en cada una de las actividades realizadas, así como el feedback efectuado por los participantes tras cada actividad.
- Una evaluación final, que consta de dos partes. Por un lado, un cuestionario de satisfacción trasladado a todos los participantes, que será cumplimentado de manera anónima e individual. Y, por otro lado, la cumplimentación nuevamente de los mismos cuestionarios iniciales. El objetivo de esta segunda parte es valorar si la intervención ha tenido el impacto deseado.
- Una evaluación de seguimiento, llevada a cabo transcurridos seis meses tras la intervención. En este momento se pasarán a los participantes nuevamente los instrumentos iniciales. El objetivo de esta evaluación de seguimiento es contemplar el efecto a largo plazo de la intervención.

6. CONCLUSIONES

Una vez analizada la situación en la que se encuentra la población española, en continuo crecimiento de la tasa de personas en situación de dependencia y de los mayores de 65 años, se observa que la demanda de cuidadores va a ir en aumento. Sin embargo, los servicios ofertados para el cuidado de los propios cuidadores son escasos. Teniendo en cuenta el impacto que conlleva las labores de cuidado en el bienestar emocional de los cuidadores y en los síntomas de burnout, se necesita la creación de diversas intervenciones para prevenir los efectos que las situaciones estresantes del día a día puedan causar en los cuidadores.

Atendiendo a la actual situación de crisis por coronavirus, se ven necesarias intervenciones dirigidas a mitigar los efectos que dichas circunstancias puedan haber causado en los cuidadores. Por ello, y para tener una visión aproximada sobre cómo ha afectado esta situación a los cuidadores formales, se ha realizado un estudio con un pequeño grupo de cuidadores del servicio de ayuda a domicilio de Castilla y León. Los datos parecen arrojar ciertos cambios laborales en este colectivo con motivo de la situación actual, aunque en general, no parece observarse un nivel elevado de desgaste profesional motivado por estas circunstancias. Se destaca, sin embargo, un nivel medio-alto de cinismo.

En consecuencia, se ha planteado una propuesta de intervención, con el objetivo de mitigar esos efectos de la crisis, especialmente en los síntomas de burnout contemplados en los cuidadores formales. Para ello se han planteado 8 sesiones, en las que se han trabajado de forma directa e indirecta algunas de las variables que han obtenido buenos resultados en la reducción de síntomas de burnout con otros colectivos. Asimismo, la propuesta se ha dirigido a enseñar diferentes técnicas y habilidades que permitan afrontar las situaciones estresantes vividas, a la vez que identificar y comprender las emociones que han surgido durante la misma.

Por último, se han preparado diferentes materiales para evaluar la intervención y conocer el grado de satisfacción de los participantes con la propuesta y la eficacia de la misma. También se ha planteado un seguimiento a los seis meses para conocer con mayor fiabilidad los efectos a largo plazo de la intervención.

6.1. LIMITACIONES

Al hablar de las limitaciones que presenta este trabajo, se ha de destacar, por un lado, el escaso tamaño de la muestra utilizada para el estudio, por lo que los datos obtenidos no cuentan con la validez deseada para poder generalizarlos. Igualmente, como se ha señalado, hubiera sido deseable tener medidas previas a esta situación para contemplar cómo han evolucionado las medidas efectuadas como consecuencia de esta crisis sanitaria.

Por otro lado, la propuesta de intervención no se ha podido implementar, y se desconoce si es necesaria alguna modificación en la misma para conseguir los resultados deseados.

6.2. PROPUESTAS DE MEJORA

Como ya se ha mencionado anteriormente, el presente estudio cuenta con una muestra reducida, por lo que hacer extensible el estudio a una muestra a mayor escala, permitiría obtener unas conclusiones más válidas.

Por otro lado, teniendo en cuenta que la propuesta no se ha podido ejecutar a causa de las restricciones impuestas por la crisis del coronavirus, sería conveniente implementarla en cuanto sea posible para comprobar la eficacia de la misma. Así, se podría comprobar la validez de cada uno de los componentes de la propuesta y modificar alguno de ellos en caso de ser necesario.

Finalmente, podría revisarse la propuesta y modificar las situaciones planteadas en las actividades, para adaptar el trabajo a cualquier otro colectivo de trabajadores que estén viviendo situaciones estresantes en el trabajo y que requieran de una intervención para mitigar sus efectos. Siempre adaptando las actividades a su situación concreta.

7. REFERENCIAS

- Acinas, P. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2 (4).
- Alvar, S. (2020, marzo 31). Entrevista a Raquel González sobre la ayuda a domicilio en Valladolid en tiempos de coronavirus: “Algunos abuelos se encierran en la habitación hasta que nos vamos”. *Noticias cyl Valladolid*. <https://bit.ly/3bjfyrY>
- Álvarez-Gallego, E. y Fernández-Ríos, L. (1991). El síndrome de burnout o el desgaste profesional (I): revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11 (39) 257-265.
- Arana, K. y García, I. (2018). *Síndrome de burnout que presentan cuidadores formales del adulto mayor registrados en la secretaria de salud de Villavicencio*. Villavicencio: Universidad Cooperativa de Colombia. <https://bit.ly/2x0Tao9>
- Aranda, G., Elcuaz, M. R., Fuertes, C., Güeto, V., Pascual, P y Sainz de Murieta, E. (2018). Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness y autocompasión para reducir el estrés y prevenir el burnout en profesionales sanitarios de atención primaria. *Revista de Atención Primaria*, 50 (3), 141-150. doi: 10.1016/j.aprim.2017.03.009
- Barreto, P. (26 de febrero de 2014). Cuidar Bien, Cuidarse Bien. En A. Bonet (Presidencia), *Jornadas de Humanización y Ética en Atención Primaria*. Conferencia inaugural. Valencia, España.
- Bermejo, J.C., Villaceros, M. y Hassoun, H. (2017). Diseño y validación de dos escalas de medida de sobrecarga y necesidad de apoyo profesional para cuidadores formales e informales. *Gerokomos*, 28 (3), 116-120.
- Broche-Pérez, Y., Rodríguez-Martín, B., Pérez-Santaella, S., Alonso-Díaz, G., Hernández-Carballo, A. y Blanco-Consuegra, Y. (2012). Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC). En B. Rodríguez-Martín y O. Molerio-Pérez (Eds.), *Validación de instrumentos psicológicos. Criterios básicos* (pp.71-76). Santa Clara, Cuba: Editorial Feijóo

- Buceta, M. I., Bermejo, J. C. y Villacieros, M. (2019). Elementos potenciadores de la satisfacción por compasión en profesionales sociosanitarios. *Anales de psicología*, 35 (2), 323-331.
doi: 10.6018/analesps.35.2.345101
- Buendía, J. y Ramos, F. (2001). *Empleo, Estrés y Salud*. Madrid: Pirámide.
- Caballero, C., González, O. y Palacio, J. (2015). Relación del burnout y el engagement con depresión, ansiedad y rendimiento en estudiantes universitarios. *Salud Uninorte*, 31 (1), 59-69.
doi: 10.14482/sun.31.1.5085
- Carlín, M. y Garcés de los Fayos, E.J. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de psicología*, 26 (1), 169-180.
- Centro de Investigaciones Sociológicas. (2020). Barómetro especial de abril 2020. Avance de Resultados. Estudio nº 3279. [WWW Document].
<https://bit.ly/3bO9Aiw> (accedido el 18.05.2020)
- Crespo, Fernández-Lansac y Soberón (2014). Adaptación española de la “Escala de Resiliencia de Connor-Davidson” (CD-RISC) en situaciones de estrés Crónico. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 22 (2), 219-238.
- Crespo, M. y López, J. (2006). El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Cómo mantener su bienestar”. *Colección Estudios: Serie Dependencia*. (12006).
- Cruz, M., Pérez, M.C., Jenaro, C., Flores, N., y Segovia, M.G. (2010). Necesidad social de formación de recursos no profesionales para el cuidado: una disyuntiva para la enfermería profesional. *Index de enfermería*, 19 (4), 269-273.
- Figley, C. R. (2002). *Treating Compassion Fatigue*. London: Rutledge
- Gázquez, J. J., Pérez, M. C., Molero, M. M. y Mercader, I. (2015). Inteligencia emocional y calidad de vida del cuidador familiar de pacientes con demencia. *Revista de Comunicación y Salud*, 5, 1-15.

- Geiss, B. (2020, marzo 23). Por qué el coronavirus es más peligroso para los ancianos. *El País*. <https://bit.ly/34iMkqy>
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gómez de Regil, L. y Estrella-Castillo, D. F. (2015). Síndrome de Burnout: una revisión breve. *Ciencia y Humanismo en la Salud*, 2 (3), 116-122.
- Gómez-Alcaina, B., Montero-Marín, J., Demarzo, M. M. P., Pereira, J. P. y García-Campayo, J. (2013). Utilidad de los marcadores biológicos en la detección precoz y prevención del síndrome de burnout. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18 (3), 245-253.
- Gracia-Gozalo, R. M., Ferrer-Tarrés, J. M., Ayora-Ayora, A., Alonso-Herrero, M., Amutio-Kareaga, A. y Ferrer-Roca, R. (2019). Aplicación de un programa de mindfulness en profesionales de un servicio de medicina intensiva. Efecto sobre el burnout, la empatía y la autocompasión. *Revista de Medicina Intensiva*, 43 (4), 207-216.
doi: 10.1016/j.medine.2019.03.006
- Grueso, A. (2012). *Repercusiones bio-psico-sociales en cuidadores informales de enfermos de Alzheimer en la ciudad de Salamanca* (trabajo fin de máster). Recuperado de Gredos: Repositorio Documental de la Universidad de Salamanca.
- Hermida, E., Vázquez, F. L., Blanco, V., Otero, P. y Torres, A. (2014). El malestar emocional en los cuidadores no profesionales. En G. Buela-Casal (presidente), 6th International and 11th National Congress of Clinical Psychology. Presentado en Santiago de Compostela, España.
- Herrera Gómez, M. (1998). Nuevos desvaríos en políticas sociales: la Community Care. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 82, 249-281.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO (2005). *Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España*. 1ª Ed. Madrid: IMSERSO.

- Instituto Nacional de Estadística (INE), (2019). Tasa de Dependencia a Nivel Nacional en 2019. <https://bit.ly/2x5cW1M>
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (2019, junio 30). Síndrome de desgaste profesional (burnout). <https://bit.ly/2TZZG7S>
- Jefatura del Estado (2006). Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, núm. 299, de 15 de diciembre de 2006.
- Lara-López, A., Sánchez-Rey, C., González-González, J., Díaz-Maldonado, L. y Corregidor-Sánchez, A. I. (2018). Sobrecarga del cuidador en el ámbito rural, una intervención en otero. *TOG*, 15 (28), 211-224.
- López-Agrelo, V. L. (2013). *Rasgos, trastornos de personalidad y comorbilidad psiquiátrica de profesionales sanitarios con síndrome de burnout* (tesis doctoral). Recuperado de E-Prints Universidad Complutense de Madrid.
- Martínez-Pérez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 112.
- Martínez, C. (2020, abril). Intervención y psicoterapia en crisis en tiempos del coronavirus. *Centro de estudios en psicología clínica y psicoterapia*. [WWW Document]. <https://bit.ly/34BV7E1>
- Martínez, J. P., Méndez, I. y García-Sevilla, J. (2015). Burnout y empatía en cuidadores profesionales de personas mayores. *European Journal of Investigation in Health*, 5 (3), 325-333.
doi: 10.1989/ejihpe.v5i3.135
- Maslach, C y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el Burnout. *Ciencia y Trabajo*, 11 (32), 37-43.
- Maslach, C. y Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15, 103-111.

- Mayer, J. D. y Salovey, P. (1997). "What is emotional intelligence?". En P. Salovey y D. Sluyter (Eds.). *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Meléndez-Moreno, A. y González-Hervás, R. (2016). Prevención, control y estrategias para el manejo del síndrome de desgaste profesional de enfermería en España. *Revista Enfermería del Trabajo*, 6 (4), 131-135.
- Montero-Marín, J. (2016). El síndrome de Burnout y sus diferentes manifestaciones clínicas: una propuesta para la intervención. *Anestesia Analgesia Reanimación*, 29 (1).
- Moreno-Jiménez, Rodríguez-Carvajal y Escobar (2001). La evaluación del burnout profesional. Factorización del MBI-GS. Un análisis preliminar. *Ansiedad y estrés*, 7 (1), 69-78.
- Moriana, J.A. y Herruzco, J. (2005). El síndrome de burnout como predictor de bajas laborales de tipo psiquiátrico. *Clínica y salud*, 16 (2), 161-172.
- Morley, J. E. y Vellas, B. (2020). COVID-19 and older adults. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24 (4), 364-365.
doi: 10.1007/s12603-020-1349-9
- Muñoz, D., Rodríguez, J. R. y Niebles, W. (2016). El autocuidado del síndrome de Burnout. Una reflexión teórica. *Saber, ciencia y libertad*, 11 (2), 105-112.
- Navarro-Abal, Y., López-López, M. J., Climent-Rodríguez, J. A. y Gómez-Salgado, J. (2019). Sobrecarga, empatía y resiliencia en cuidadores de personas dependientes. *Gaceta Sanitaria*, 33 (3), 268-271.
doi: 10.1016/j.gaceta.2017.11.009
- Ocampo, J.M., Herrera, J.A., Torres, P., Rodríguez, J.A., Lobo, L. y García, C.A. (2007). Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. *Colombia Médica*, 38 (1), 40-46.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines* (10ª revisión). Ginebra: OMS

- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Clasificación internacional de enfermedades para estadísticas de mortalidad y morbilidad* (11ª Revisión). Ginebra: OMS
- Quiceno, M. y Vinaccia, S. (2007). Burnout: “Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)”. *Acta colombiana de psicología*, 10 (2), 117-125.
- Rogero, J. (2009). Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. *Colección Estudios: Serie Dependencia* (12011).
- Saavedra, J., Murvartian, L. y Vallecillo, N. (2020). Salud y burnout de cuidadores profesionales a domicilio: Impacto de una intervención formativa. *Anales de Psicología*, 36 (1), 30-38.
doi: 10.6018/analesps.348441
- Salanova, M. (2006). Medida y evaluación del burnout: nuevas perspectivas. En P. Gil-Monte, M. Salanova, J. L. Aragón y W. Schaufeli. *Jornada “El síndrome de quemarse por el trabajo en Servicios Sociales”* (pp. 27-43). Valencia, España: Diputación de Valencia
- Salovey, P. y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality* 9 (3), 185-211.
doi: 10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG
- Sánchez, J. y Fontalba, M. (2017). Consecuencias del Burnout de cuidadores de pacientes con demencia. *European Journal of Health Research*, 3 (2), 119-126.
doi: 10.30552/ejhr.v3i2.61
- Torres, N. (2018). *Síndrome de burnout en la enfermería. Intervenciones para su prevención y disminución* (TFG). Recuperado de: Addi Universidad del País Vasco.
- Vargas-Cruz, L. D., Niño-Cardozo, C. L. y Acosta-Maldonado, J. Y. (2017). Estrategias que modulan el síndrome de Burnout en enfermeros (as): una revisión bibliográfica. *Revista ciencia y cuidado*, 14 (1), 111-131.
- Vázquez-García, C., Esperón, R., y González-Losa, M. (2013). Síndrome de Burnout en cuidadores de adultos mayores que trabajan en casas de asistencia social. *Revista de Investigación Clínica*, 65 (6), 510-514.

8. ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO CD-RISC

0	1	2	3	4
En absoluto	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre

1. Soy capaz de adaptarme a los cambios	0	1	2	3	4
2. Tengo relaciones cercanas y seguras	0	1	2	3	4
3. A veces el destino o Dios pueden ayudar	0	1	2	3	4
4. Puedo afrontar lo que venga	0	1	2	3	4
5. Los éxitos pasados san confianza para los nuevos retos	0	1	2	3	4
6. Veo el lado divertido de las cosas	0	1	2	3	4
7. Hacer frente al estrés fortalece	0	1	2	3	4
8. Tiendo a recuperarme tras una enfermedad o una dificultad	0	1	2	3	4
9. Las cosas ocurren por una razón	0	1	2	3	4
10. Sea como sea, doy lo mejor de mi	0	1	2	3	4
11. Puedes alcanzar tus objetivos	0	1	2	3	4
12. Cuando las cosas parecen desesperadas, no me rindo	0	1	2	3	4
13. Sé a quién acudir para buscar ayuda	0	1	2	3	4
14. Bajo presión, me centro y pienso con claridad	0	1	2	3	4
15. Prefiero tomar el mando en la solución de problemas	0	1	2	3	4
16. No me desanimo fácilmente por los fallos	0	1	2	3	4
17. Pienso en mí mismo como una persona fuerte	0	1	2	3	4
18. Tomo decisiones impopulares o difíciles	0	1	2	3	4
19. Puedo manejar sentimientos desagradables	0	1	2	3	4
20. Tengo que actuar por corazonadas	0	1	2	3	4
21. Las cosas que hago tienen un sentido	0	1	2	3	4
22. Tengo el control de mi vida	0	1	2	3	4
23. Me gustan los retos	0	1	2	3	4
24. Trabajas para conseguir tus objetivos	0	1	2	3	4
25. Estoy orgulloso de mis logros	0	1	2	3	4

ANEXO 2. CUESTIONARIO MBI-GS

Para responder al cuestionario hay que utilizar la escala que se muestra a continuación de 0 (nunca) a 6 (cada día), en función de la frecuencia en la que tiene ese sentimiento.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Muy raras veces a lo largo del año	En algunas ocasiones a lo largo del año	En bastantes ocasiones a lo largo del año	Frecuentemente a lo largo del año	Casi cada día	Cada día

Me siento acabado al final de la jornada.	0	1	2	3	4	5	6
Me siento fatigado al levantarme por la mañana y tener que enfrentarme a otro día de trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
Trabajar todo el día realmente es estresante para mí.	0	1	2	3	4	5	6
Soy capaz de resolver eficazmente los problemas que surgen en mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
Me siento quemado por mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
Siento que estoy haciendo una contribución eficaz a la actividad de mi organización.	0	1	2	3	4	5	6
Desde que comencé el empleo, he ido perdiendo interés en mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
He ido perdiendo el entusiasmo en mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
En mi opinión, soy muy bueno haciendo mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
Me siento realizado cuando llevo a cabo algo en mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
He realizado muchas cosas que valen la pena en mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
Sólo quiero hacer mi trabajo y que no me molesten.	0	1	2	3	4	5	6
Me he vuelto más cínico acerca de si mi trabajo vale para algo.	0	1	2	3	4	5	6
Dudo sobre el valor de mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
En mi trabajo estoy seguro de que soy eficaz haciendo las cosas.	0	1	2	3	4	5	6

ANEXO 3. TARJETAS PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD 15

María tiene Alzheimer y cuando vas a su casa todo el rato abre la puerta de la calle para salir. Le has repetido 4 veces que todavía no podéis salir porque se ha decretado confinamiento a la población, pero ella sigue insistiendo.

Los familiares de Juana no pueden visitarla en su domicilio debido al confinamiento. Sin embargo, cuando vas a casa de Juana su hijo está allí, y por más veces que le dices que no debe ir a visitar a su madre hasta que se acabe el confinamiento, él sigue acudiendo día tras día.

Tu usuaria Julia tiene dos hijos, pero debido al confinamiento no pueden ir a verla. Cuando Julia está contigo se siente acompañada y feliz y no quiere que te vayas. Cada día intenta con alguna excusa que te quedes más tiempo en su casa para no sentirse sola.

Santiago no puede cocinar por falta de movilidad, por lo que has de hacer la comida y después darle de comer. Cuando llega la hora de comer, no consigues que tome ni dos cucharadas, lo escupe todo el rato.

Llegas a casa de Emeterio y notas fuerte olor a orina. El señor se ha orinado encima y le pides que se quite la ropa para asearle y ayudarle a bañarse. Sin embargo, él no quiere que le bañes por miedo a contraer el virus.

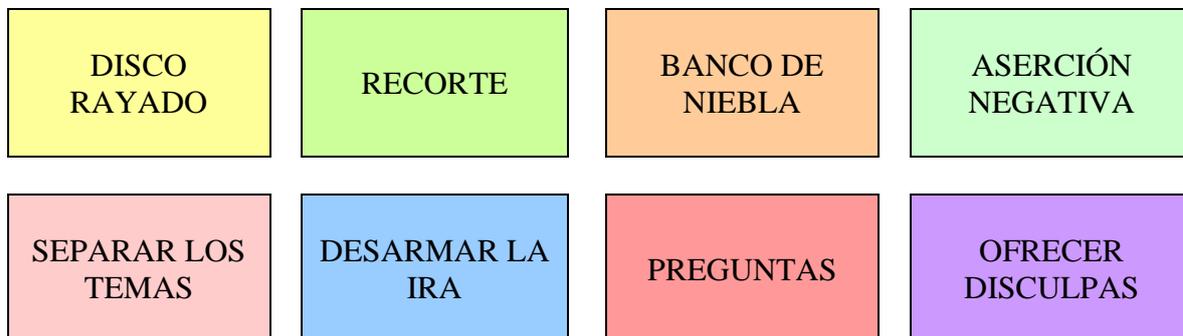
Matilde vive sola y no tiene hijos, y le tienes mucho aprecio. El lunes por la tarde se resbaló y cayó al suelo. Te llamó para pedirte ayuda y acudiste a auxiliarla. Al día siguiente volvió a llamarte por si podías ir a la farmacia y te acercaste. Hoy ha vuelto a llamarte entristecida para que le hicieses otro favor, pero estás ocupada con tus hijos.

Observas que Isidro tose todo el rato y te dice que le duele la garganta al tragar la comida. Le dices que llamas al médico para comentarle su caso y que le den una solución. Sin embargo, insiste en que quiere ir de manera presencial al médico, a pesar de que está prohibido para evitar contagios.

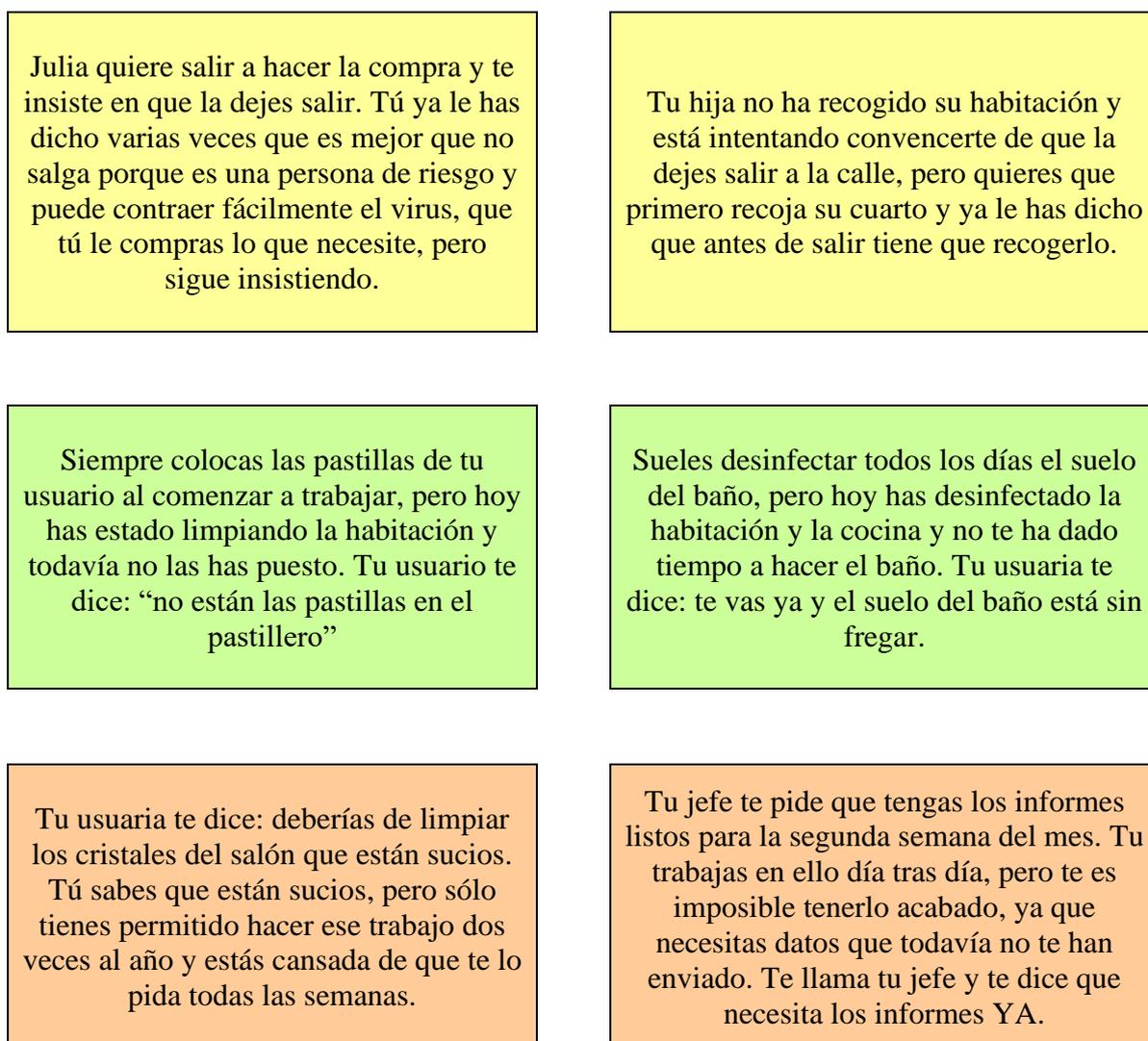
Tomás debe tomarse 4 pastillas de medicación, que le has dejado preparadas en su pastillero. Cuando vuelves al día siguiente observas que no se las ha tomado y que siguen allí. Se las vuelves a dejar preparadas y le dices cuando se las tiene que tomar. Sin embargo, al día siguiente ves que sigue sin tomárselas.

ANEXO 4. MATERIALES PARA LA ACTIVIDAD 19

En primer lugar, se presentan las tarjetas que contienen los procedimientos defensivos:



Las siguientes tarjetas recogen las situaciones en las que aplicar los procedimientos defensivos:



Tu usuario te dice que le has hecho la comida insípida y que así no se la va a comer, porque no tiene sabor.

Juan te dice: te mandé que comprases seis cajas de leche de la marca que uso y no me has traído las que yo quería.

Tu usuario te dice: si fueses buena persona me dejarías salir a dar un paseo por mi calle, aunque estemos confinados.

Tu amiga te dice: si fueses una amiga de verdad me dejarías tu coche para ir a la playa.

Tu hijo te grita enfurecido: si me hubieses dejado el móvil me hubiese enterado que el domingo querían jugar un partido de fútbol, ahora ya me lo he perdido todo!!

Guadalupe te dice enfurecida: no entiendo cómo no has sido capaz de prestarme una mascarilla, sabías que no tenía y que era imposible poder comprarlas.

Has ordenado a Julián que no salga de casa, pero ha puesto mala cara y murmurado en voz baja: “a ver si te vas de una vez”.

Has ido a comprar un teléfono móvil y ya te han enseñado varios. Cuando te decides por uno le pides a la dependienta que por favor te ayude a instalar Whatsapp porque no sabes. La dependienta no responde, pero con un tono irritado murmura en voz baja al instalarlo.

Tu pareja y tú habéis tenido una fuerte discusión sobre el tiempo que pasáis con vuestros hijos. Le has dicho que era una mala madre/padre, que parece que no le interesan sus hijos.

Has tenido un mal día y cuando te han preguntado qué había pasado, has respondido enfadado/a: “A ti que te importa, métete en tus asuntos y déjame en paz. ¡He dicho que no me habléis!”

ANEXO 5: EJERCICIOS PARA PRACTICAR EN CASA.

Ejercicio 1: Autorregistro de emociones, pensamientos y actos.

- Objetivo:
 - Conocer los propios pensamientos y cómo actuamos ante ellos.
 - Fomentar una actuación más adecuada.
- Desarrollo:

Este ejercicio se desarrolla de manera semanal, una tabla por semana. La actividad consiste en completar la siguiente tabla de autorregistro de pensamientos, emociones y actuaciones diarias, relativa a situaciones de conflicto o estrés.

FECHA	SITUACIÓN	EMOCIÓN ¿qué emociones sentiste?	PENSAMIENTOS ¿qué te vino a la cabeza en ese momento?	ACTUACIÓN ¿cómo actuaste, qué hiciste?	ACTUACIÓN ALTERNATIVA

Ejercicio 2: Relajación Muscular Progresiva

- Objetivos:
 - Probar nuevas técnicas de relajación.
- Desarrollo:

Esta actividad originada por Jacobson a principios de los años 20, puede realizarse tumbado en las esterillas o sentado en una silla. Consiste principalmente en tensar diferentes grupos de músculos, para después relajarlos. Los grupos de músculos que se trabajan son: mano derecha, mano izquierda, brazo derecho, brazo izquierdo, brazo y costado derecho, brazo y costado izquierdo, espalda, hombros, cuello, cara, estómago, pierna derecha, pierna izquierda, pie derecho y pie izquierdo.

Las instrucciones para realizar la relajación son iguales para cada grupo muscular. Un ejemplo sería: “Concentra tu atención en el pie derecho, apriétale con fuerza y deja que la tensión aumente, puedes sentirla. Ahora suéltale, deja que la tensión fluya, siente cómo se relaja. Ahora concéntrate en tu pie izquierdo, apriétale...”.

Ejercicio 3: Metas a corto plazo

- **Objetivos:**
 - Plantearnos pequeñas metas alcanzables.
 - Mejorar la autoestima con los logros obtenidos.
- **Desarrollo:**

Esta actividad consiste en pensar cada día al levantarnos cuáles van a ser nuestros 3 objetivos a conseguir durante la jornada y anotarlos en un lugar visible para tenerlos presentes durante el día. Estos objetivos o metas han de ser realistas y alcanzables.

ANEXO 6. CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN.

Este cuestionario se ha de valorar mediante una “X” en el número que mejor se adapte a su juicio, entre 1 y 5, siendo 1 “totalmente en desacuerdo” y 5 “totalmente de acuerdo”.

N.º	ÍTEMS	VALORACIÓN				
		1	2	3	4	5
1	El educador/a ha transmitido los contenidos con claridad.					
2	El educador/a se ha mostrado disponible a resolver las dudas que se le hayan planteado.					
3	El trato del educador/a con los usuarios es amable y adecuado.					
4	La dotación de materiales ha sido adecuada y suficiente.					
5	Las actividades se han adaptado a las necesidades de los participantes.					
6	El formato de desarrollo de las actividades ha sido adecuado.					
7	La duración de las sesiones es adecuada.					
8	Las técnicas aprendidas resultan beneficiosas para afrontar las situaciones de estrés diarias.					
9	Realmente el programa ha sido útil y beneficioso para mí.					
10	Me gustaría continuar realizando actividades en la misma línea a las planteadas en esta intervención.					
11	Recomendaría la participación en esta intervención a otras/os cuidadoras/es					
12	Se han cumplido mis expectativas sobre la intervención.					
¿Qué resaltarías de la intervención?						
¿Qué aspectos consideras que se deberían mejorar?						