



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Salud

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria
**Burnout y Edadismos en cuidadores
formales e informales**

Trabajo fin de estudio presentado por:	Leire Ocio
Línea de investigación:	Diagnóstico e intervención en tercera edad
Director/a:	José Manuel Chirino Núñez
Fecha:	19 de mayo de 2022

Índice de contenidos

Resumen	6
Abstract	7
1. Marco teórico.....	8
1.1. Envejecimiento	8
1.1.1. Envejecimiento poblacional	8
1.2. Cuidados en la vejez.....	8
1.2.1. Dependencia en los adultos mayores	9
1.2.2. El cuidado de los adultos mayores	11
1.3. Buen trato y maltrato a los adultos mayores	13
1.3.1. Burnout.....	15
1.3.2. Edadismos.....	17
2. Justificación	20
3. Objetivos	22
4. Hipótesis.....	23
5. Marco metodológico	24
5.1. Participantes	24
5.2. Instrumentos.....	25
5.3. Procedimiento.....	26
5.4. Análisis de datos	27
6. Resultados	28
6.1. Hipótesis H1.....	31
6.2. Hipótesis H2.....	31
6.3. Hipótesis H3.....	33
6.4. Hipótesis H4.....	34

7. Discusión	36
7.1. Edadismos	36
7.2. Síndrome de Burnout.....	37
7.3. Relación entre edadismos y síndrome de burnout	37
7.4. Formación reglada en adultos mayores	38
7.5. Conclusiones	39
7.6. Limitaciones	40
7.7. Prospectiva.....	41
Referencias bibliográficas.....	42
Anexo A. Consentimiento informado	49
Anexo B. Compromiso de confidencialidad	51
Anexo C. Autorización del centro	52
Anexo D. Informe favorable del comité ético.....	53
Anexo E. Formulario de Google.....	54

Índice de figuras

Figura 1. Esperanza de vida en buena salud, libre de discapacidad y libre de discapacidad que necesitan ayudas según la edad (INE, 2008).....	11
Figura 2. Porcentaje de personas dentro de cada grupo que han recibido o no formación....	25
Figura 3. Proporción de las personas de cada grupo respecto a los edadismos presentados.	28
Figura 4. Diferencias en las medias de los factores del síndrome de burnout entre las personas que han recibido formación y las que no.....	30
Figura 5. Representación gráfica de la correlación de entre los edadismos y los diferentes factores del síndrome de burnout.....	33

Índice de tablas

Tabla 1. Esperanza de vida en buena salud, libre de discapacidad y libre de discapacidad que necesitan ayudas según la edad.....	10
Tabla 2. Número de adultos mayores en los servicios sociales y su porcentaje sobre el total de la población mayor de 65 española en 2015.....	13
Tabla 3. Principales factores de riesgo del maltrato a adultos mayores.....	15
Tabla 4. Número de participantes en cada grupo.....	24
Tabla 5. Valores perdidos dentro de cada grupo.....	29
Tabla 6. Medias y desviaciones típicas de los dos grupos en las diferentes variables.....	29
Tabla 7. Resultados de la prueba de H de Kruskal-Wallis para los edadismos.....	31
Tabla 8. Medias y desviaciones típicas de los dos grupos en las diferentes variables.....	32
Tabla 9. Resultados de la t de student para los factores del burnout.....	32

Resumen

En una población cada vez más envejecida el cuidado de adultos mayores es un tema prioritario. El maltrato a los adultos mayores dependientes es una realidad y se han identificado los edadismos y el síndrome de burnout como factores de riesgo. Éstas están muy presentes en los cuidadores profesionales e informales y afecta a la calidad de vida de cuidadores y cuidados. Con este estudio se pretende comprobar las diferencias entre el burnout y los edadismos de los cuidadores formales e informales. La muestra fue de 182 personas, 96 población general, 39 cuidadores formales y 47 informales. Los resultados indican que, a pesar de no haber diferencias en los edadismos entre los grupos, sí que los hay en el burnout de los cuidadores formales e informales. No se ha encontrado relación entre la variable de edadismos y burnout. La formación ejerce como factor protector de los edadismos y del burnout.

Palabras clave: edadismos, burnout, adultos mayores, cuidadores formales, cuidadores informales.

Abstract

With the aging population situation ongoing, the elderly adults care is a priority issue. The abuse of dependent older adults is a reality and ageism and burnout syndrome have been identified as risk factors. These two variables are a concerning topic in formal and informal caregivers, and it has an impact in caregivers and older adults' quality of life. The aim of this investigation is to prove the difference between formal and informal caregivers in agism and burnout syndrome. The sample was of 182 people: 96 from general population, 39 professional caregivers and 47 informal caregivers. The results indicate that, despite being no differences in ageism between the three groups, there are in the burnout of formal and informal caregivers. There was no relation between agism and burnout. Regulated education has a protective role with ageism and burnout.

Keywords: agism, burnout, older adults, formal caregivers, informal caregivers.

1. Marco teórico

1.1. Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso natural e inevitable presente a lo largo de todo el ciclo vital, hasta la muerte. Es intrínseco a todo ser humano, todos estamos envejeciendo constantemente. Se podría definir como la suma de los cambios que experimenta el humano a lo largo del ciclo vital y en consecuencia del paso del tiempo, desde el momento del nacimiento hasta el deterioro funcional que deriva en la muerte (Alvarado y Salazar, 2014). Los cambios experimentados durante el proceso de envejecimiento son biológicos, psicológicos y sociales y no necesariamente tienen que estar relacionados a trastornos o enfermedades (Espín, et al., 2020), puesto que el proceso de envejecimiento es heterogéneo y responde a características individuales condicionadas por la interacción de factores biológicos, fisiológicos, morfológicos, psicológicos y ambientales (OMS, 2015). Al igual que dos niños de la misma edad no tienen que ser necesariamente iguales ni en altura, peso, características sociales o rol social, tampoco lo son dos adultos que pasan de los 65 años. El envejecimiento, por tanto, está sujeto a mucha diversidad.

1.1.1. Envejecimiento poblacional

Desde el siglo XX el envejecimiento ha ido cobrando impacto en la sociedad debido a la disminución de las tasas de natalidad y el aumento de la esperanza de vida. Nos encontramos ante un fenómeno demográfico llamado envejecimiento poblacional (Mestres, 2019).

Este fenómeno se encuentra en alza. Actualmente, a nivel mundial 1 de cada 10 personas es un adulto mayor, sin embargo, se estima que en el año 2050 esta proporción va a ser duplicada, y en el transcurso de 50 años cuadruplicada. De hecho, para el 2030 la generación del “baby boom” superarán los 65 años de edad, creyéndose que éstos representarán el 25% de la población (actualmente los adultos mayores representan el 10% de la población) (Alvarado y Salazar, 2014).

1.2. Cuidados en la vejez

Como ya se ha mencionado, el proceso de envejecimiento está sujeto a las características individuales de cada persona y éstas no necesariamente significan pérdida o carencias. Existe

mucha diversidad en esta etapa de la vida, y aunque es cierto que no siempre implican enfermedad, el envejecimiento produce grandes cambios a nivel biológico y fisiológico que hace que los adultos mayores tengan un mayor riesgo de padecer enfermedades. Igualmente, existe una mayor probabilidad de que los adultos mayores desarrollen multimorbilidad, es decir, que desarrollen más de una enfermedad al mismo tiempo (OMS, 2015).

Esta situación hace que los adultos mayores aumenten sus posibilidades de necesitar cuidados para apoyar sus actividades de la vida diaria. Sin embargo, debido al rápido crecimiento de la población las necesidades de cuidados de este grupo poblacional supera la oferta de cuidados habida; el número de adultos mayores comienzan a superar los recursos destinados al cuidado. En Europa, debido al rápido crecimiento de la población adulta mayor, esto ha comenzado a suponer un reto (Moreno, 2019).

1.2.1. Dependencia en los adultos mayores

La dependencia está definida por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud CIF (2001) como “la situación en la que una persona con discapacidad, precise de ayuda, técnica o personal, para la realización (o mejorar el rendimiento funcional) de una determinada actividad” (aparece en Querejeta, 2004, pp. 18). Y así, con el envejecimiento poblacional, también ha aumentado la proporción de personas discapacitadas y las situaciones de dependencia, generalmente asociado a la población más longeva (Abellán, et al., 2011).

Según los datos de 2020 en España hay 1,38 millones de personas valoradas en situación de dependencia reconocida, es decir, personas que necesitan apoyo para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). De esta cifra, el 71,8% de las personas son mayores de 65 años y el 53,7% mayores de 80 (Ramírez-Navarro, et al., 2021), mostrando que la edad puede suponer un factor de riesgo de la situación de dependencia.

Y es que, según los resultados de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) aplicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2008, a los 65 años, la esperanza de vida con buena salud, libre de discapacidad y libre de discapacidad con la necesidad de ayuda (situación de dependencia) va disminuyendo. Un resumen de los datos recogidos en este estudio se muestra en la *tabla 1*, donde vemos que a

partir de los 90 por poco se supera el año en la esperanza de vida libre de discapacidad y libre de discapacidad con la necesidad de ayuda.

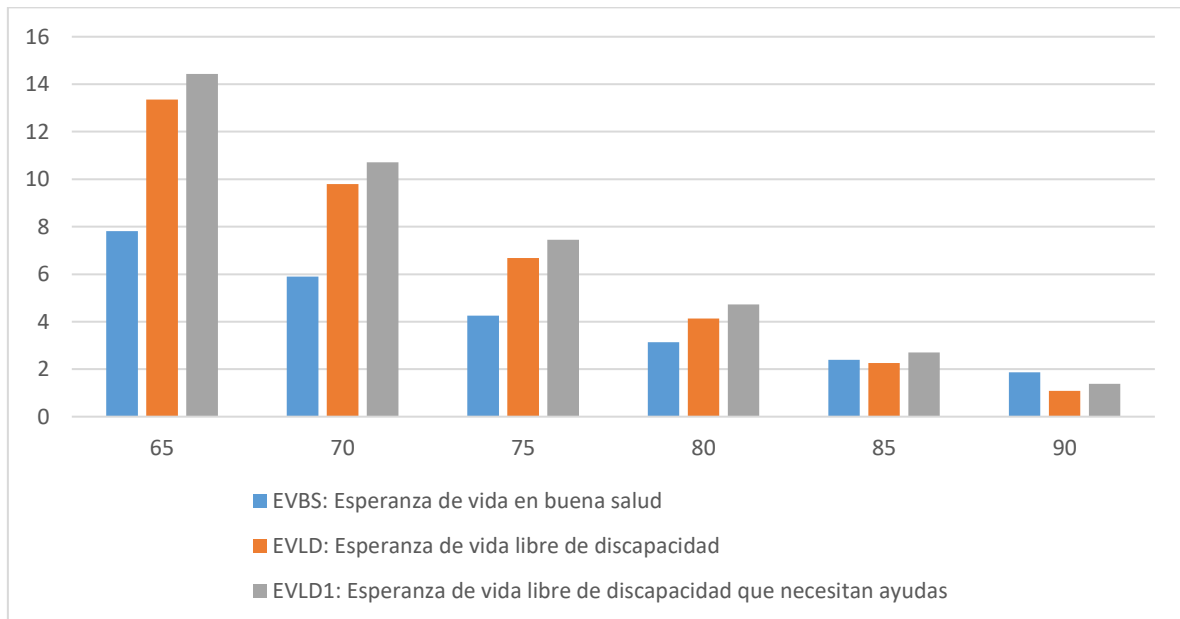
Tabla 1. Esperanza de vida en buena salud, libre de discapacidad y libre de discapacidad que necesitan ayudas según la edad en los adultos mayores.

	EVBS: Esperanza de vida en buena salud	EVL D: Esperanza de vida libre de discapacidad	EVL D1: Esperanza de vida libre de discapacidad que necesitan ayudas
65 años	7,82	13,36	14,43
70 años	5,90	9,79	10,71
75 años	4,25	6,68	7,45
80 años	3,13	4,13	4,72
85 años	2,39	2,26	2,70
90 años	1,87	1,09	1,38

INE, 2008

En la *figura 1* también se aprecia de forma gráfica como se da esta disminución de la esperanza de vida a medida que se va envejeciendo, dándose de forma progresiva a medida que se avanza en edad. En la gráfica se aprecia que el proceso a la discapacidad se da de forma gradual, habiendo al principio una menor salud, posteriormente la aparición de discapacidad, y por último la situación de dependencia.

Figura 1. Esperanza de vida en buena salud, libre de discapacidad y libre de discapacidad que necesitan ayudas según la edad



INE, 2008

Así, la dependencia es una situación con mucha prevalencia en España y una situación cada vez más probable a medida que se avanza en edad, por lo que el cuidado de las personas mayores es una situación de interés nacional. Y es que el envejecimiento poblacional y el aumento de la esperanza de vida hace que la población sea más vulnerable a estas situaciones, habiendo cada vez más demanda de servicios destinados al cuidado (Moreno, 2019).

1.2.2. El cuidado de los adultos mayores

En España, existe una centralidad en la familia, donde en caso de haber necesidad de cuidados, éstas usualmente se llevan a cabo en el ámbito doméstico, predominando así la idea de “como en casa en ningún sitio”. Igualmente, hay una debilidad notable en la red de cuidados de larga duración, que, generalmente, están vistas como un sustituto a la familia más que como un derecho universal (Moreno, 2019).

En lo referente al perfil de los cuidadores no profesionales (aquel que desempeña esta tarea por ser familiar o allegado sin recibir remuneración), es mayoritariamente el de mujer con grado de parentesco de hija o esposa (Moreno, 2019; Sancho y Martínez, 2021). No reciben retribución económica por estos servicios y en muchas ocasiones se ven obligadas a reducir

la jornada o a renunciar de su trabajo remunerado para poder otorgar los cuidados que necesita la persona a la que atienden (Martín, 2021). Generalmente no tienen formación reglada y les unen fuertes lazos emocionales a las personas cuidadas (López, 2016).

Los cuidadores profesionales, también conocidos como cuidadores formales, también son mayoritariamente mujeres y reciben una retribución económica por los servicios que ofrecen. El tipo de servicio ofrecido es diverso, ya que los profesionales pueden dar sus servicios dentro de una institución, o trabajar por cuenta ajena ofreciendo atención doméstica, en este último caso no distando mucho de los cuidados ofrecidos por los cuidadores informales (Martín, 2021). De todas formas, cuando hablamos de cuidadores formales, el tipo de actividad laboral comprende un gran abanico que va desde las tareas más sanitarias (ofrecidas por profesionales de la medicina o enfermería) o sociosanitarios (psicología o trabajo social), hasta las más domésticas.

La oferta de los servicios públicos para el cuidado del adulto mayor dependiente es diversa. Pueden ser cuidados en sus casas, parcialmente en instituciones sociosanitarias o de forma completa y permanente en servicios de larga duración. Se dividen de esta forma: asistencia domiciliaria, asistencia diurna e institucionalización en centros de larga duración. Todos ellos tienen el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas a las que asisten (Madrigal, 2016).

Según los datos de la *tabla 2*, el servicio más usado es el del hogar para la persona mayor con un 43,9% de personas. A continuación, se encuentran los servicios de teleasistencia, pero con un porcentaje marcadamente inferior, 8,89%. Tras éstos están los centros residenciales, los servicios de ayuda a domicilio, los centros de día y las viviendas para mayores (Madrigal, 2016).

Tabla 2. Número de adultos mayores en los servicios sociales y su porcentaje sobre el total de la población mayor de 65 española en 2015

		Nº de personas mayores de 65 años	Porcentaje
Servicios de asistencia domiciliaria	Teleasistencia	769.336	8,89%
	Servicios de ayuda a domicilio	326.043	3,77%
Servicio de atención diurna	Hogares para personas mayores	3.800.334	43,90%
	Centros de día	90.577	1,05%
Servicio de atención residencial	Centros residenciales	372.306	4,30%
	Viviendas para mayores	9.027	0,10%
TOTAL		5.367.623	62,01%

Madrigal, 2016

Según estos datos, el 62,01% de los adultos mayores hace uso de los servicios de atención, de los cuales solamente el 4,4% acude a centros de larga duración, y de éstos el 0,1% no tiene ningún problema funcional (y del 4,3% restante no se tiene los suficientes datos) (Madrigal, 2016). En el resto de los casos se opta por mantener a la persona en casa. Tal como expresaba Moreno (2019), con los datos obtenidos se aprecia la preferencia de los españoles por mantener a las personas en casa.

1.3. Buen trato y maltrato a los adultos mayores

El maltrato al adulto mayor se considera cualquier acto voluntario que tenga como objetivo hacerle daño al mayor, privarle de la atención necesaria para el bienestar o cualquier acto que vulnere sus derechos humanos. Para poder considerarse maltrato, tiene que haber una relación interpersonal en la que exista una expectativa de confianza, cuidado, convivencia o dependencia, siendo así que el actor del maltrato pueda ser un familiar, un trabajador sociosanitario que le oferte cuidados, un amigo... (Iborra, 2008). Sin embargo, Sancho

(2011), considera que el maltrato también se puede dar en actos no voluntarios. Para este trabajo, también se considerará este último aporte.

El maltrato a las personas mayores es un problema de salud pública global y de vulnerabilidad de los derechos humanos (Dong, 2015). Dentro del maltrato, se tienen que considerar la tipología de éstos: físico, psicológico y sexual; negligencia y abandono y del tipo económico (Dong, 2015 y Sancho, 2011). El maltrato se puede encontrar en el medio doméstico, el institucional o en el entorno social, entre otros muchos, pero aun así es difícil encontrar datos de la prevalencia de los malos tratos a adultos mayores en España, posiblemente debido a una falta de definición clara. Los datos estadísticos habidos hasta ahora señalan que la prevalencia se encuentra entre menos del 1% al 52,6% (Meil, 2017: Sancho, 2011). En lo que sí parece haber consenso, es en la prevalencia de los diferentes tipos de malos tratos, siendo el más frecuente el psicológico, seguido por el económico y la negligencia, y el maltrato físico y el sexual como los menos frecuentes (Meil, 2017).

Los factores de riesgo para el maltrato son muchos. Se pueden dividir en 3: los factores de riesgo asociados al adulto mayor, al agente de los malos tratos y a la situación de cuidado (Sancho, 2011). En la *tabla 3* se recogen algunos de los factores de riesgo más importantes.

Tabla 3. Principales factores de riesgo del maltrato a adultos mayores.

Principales factores de riesgo	
Adultos mayores	<ul style="list-style-type: none">• Sexo: mujer.• Edad: a mayor edad mayor riesgo. Especialmente a partir de los 85 años.• Comportamientos provocadores y/o agresivos: especialmente en personas con deterioro cognitivo.• Deterioro cognitivo.• Trastornos psicológicos: mayor prevalencia en depresión.• Edadismos.• Aislamiento o sentimiento de soledad.
Agresor	<ul style="list-style-type: none">• Sexo: hombres malos tratos físicos y mujeres negligencia.• Consumo de sustancias: abuso de alcohol y/u otras drogas.• Parentesco: hijos y conyugues.• Inexperiencia con la situación de cuidado.• Dependencia económica.• Estrés, burnout o sobrecarga.• Edadismos.
La situación de cuidado	<ul style="list-style-type: none">• Poca ayuda formal o informal recibida.• Convivencia entre el adulto mayor y el cuidador.

Adaptación de Iborra (2009) y Sancho (2011).

Según el Uhden-Layron (2014), las causas con mayor relación son la sobrecarga y las actitudes negativas hacia los mayores (edadismos) (aparece en Martínez-Moreno y Bermúdez-Pérez, 2016). Teniendo en cuenta estos datos, para este estudio, hay que poner especial atención a los factores de riesgo del agente del maltrato. En especial a los factores de burnout y sobrecarga y los edadismos.

1.3.1. Burnout

El síndrome de Burnout es el estado de estrés crónico que clásicamente se ha relacionado con la situación laboral (Leiter, et al., 2015). La definición más aceptada es la de Maslach y Jackson (1981) que considera este síndrome como la inadecuación para afrontar el estrés emocional crónico y sus características serían el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución de la realización personal (aparece en Leiter, et al.,

2015), pudiendo entender este síndrome como un trastorno de adaptación ante la situación de estrés que provoca la actividad laboral (Lovo, 2021). De hecho, debido a estos tres síntomas, se considera que es un síndrome tridimensional (Bedoya, et al., 2020; Gerain & Zech, 2019).

El agotamiento emocional sería el síntoma principal de este síndrome, la manifestación más obvia. Está considerado como la falta de energía emocional, física y cognitiva. La despersonalización sería considerada como la impersonalidad en el trato a los pacientes, el tratarlos como a objetos. Por último, la disminución en la realización personal sería la falta de creencia de que el trabajo es contribuyente (Leiter, et al., 2015).

Aunque es cierto que el síndrome de burnout ha sido estudiado prácticamente en todas las profesiones, el personal de salud ha sido de los primeros en recibir atención (Lovo, 2021), y es que, en primera instancia, el Maslach Burnout Inventory (MBI) (instrumento más utilizado en la evaluación del síndrome de burnout) fue diseñado para que lo realizaran profesionales del campo de la salud, adaptándose más adelante para el resto de actividades laborales (Leiter, et al., 2015).

La investigación realizada sobre este tema sugiere que la aparición del síndrome depende de una serie de factores de riesgo. Éstos han sido los identificados en la literatura:

- Cargo: los profesionales de la enfermería han sido los que mayores índices de burnout han mostrado (Barragán, et al., 2015; Cañada-de-la-Fuente, et al., 2014).
- Responsabilidad: mayores responsabilidades parece relacionarse con mayores índices de burnout (Cañada-de-la-Fuente, 2014).
- Edad: las personas más mayores tienen mayores niveles de burnout (Cañada-de-la-Fuente, 2014).
- Años cuidando: a mayor cantidad de años realizando el trabajo se han encontrado mayores niveles de burnout (Barragán, et al., 2015).
- Prejuicios: las ideas negativas pueden favorecer la aparición de burnout. Entre estas podemos contar con los edadismos por ejemplo (Harrad & Sulla, 2018).
- Formación (Harrad & Sulla, 2018).

- Estrategias de afrontamiento: las estrategias centradas en la emoción están relacionadas con mayores índices en los síntomas de agotamiento emocional y despersonalización (Harrad & Sulla, 2018).

Aunque este síndrome esté relacionado con la actividad profesional, no podemos descartar que también ocurra en cuidadores informales. Y es que tenemos que tener en consideración que la primera vez que Freudenberger (1974) estudio sobre este síndrome, lo hizo en personas voluntarias que ofrecían cuidados (aparece en Gerain & Zech, 2019).

Las líneas de investigación actuales muestran que cuando comparamos los niveles de burnout entre cuidadores formales e informales, los dos han llegado a mostrar el síndrome en algún momento, siendo este más destacado en los cuidadores informales (Bedoya, et al., 2020). Dentro de los cuidadores profesionales, se ha mostrado las implicaciones que puede llegar a tener este síndrome en el maltrato de adultos mayores (Andela, et al., 2018), con lo que tampoco se puede descartar la relación entre estas dos variables en los cuidadores no profesionales. En los cuidadores informales, se ha mostrado el efecto negativo que tiene el burnout en su calidad de vida, promoviendo la idea de “cuidar al cuidador” (De Souza, et al., 2019; Silva, et al., 2016). Los programas preventivos, por ejemplo, serían una buena forma de paliar el síndrome en los cuidadores informales (Andreotti, et al., 2018), aunque también se podrían beneficiar los cuidadores formales.

1.3.2. Edadismos

Antiguamente, el envejecimiento y llegar a la vejez era visto como algo positivo. En culturas, como la Mesoamericana (los Mayas y los Aztecas) o las culturas egipcias y chinas antiguas, las personas mayores eran consideradas personas sabias y experimentadas, por lo que eran valiosas para la comunidad. En la época moderna es cuando esta visión comienza a cambiar debido a la alta tasa de mortalidad y la división social consecuencia del trabajo (la revolución industrial) (Ramos, et al., 2009).

Este pensamiento parece haber permanecido hasta la actualidad. No podemos negar que la visión de los adultos mayores tiene connotaciones negativas a nivel social, en la que generalmente se tiene una idea estereotipada y prejujada de los adultos mayores. A estos estereotipos se les llama edadismos. Fueron definidos por primera vez por Butler (1975) como “un proceso de estereotipos y discriminación sistemática contra la persona porque son

viejos” (aparece en Medina, 2018). Éstos forman parte del sistema social (la sociedad adquiere el concepto negativo desde edades muy tempranas) y entre las ideas preconcebidas más extendidas se encuentran que la vejez es un tiempo de decrepitud, fragilidad, mala salud, dependencia, pérdida de vigor sexual, aislamiento social, pasividad, falta de atractivo físico e improductividad (Medina, 2018). Tanto es así que, durante el siglo XX dentro de la comunidad científica, cuando el estudio de la gerontología coge más fuerza, al principio éste estaba lleno de referencias negativas hacia los adultos mayores, considerándose personas frágiles y con valor social nulo. Esta visión ha ido cambiando a fuerza de investigación científica (Ramos, et al., 2009).

Los edadismos están considerados el tercer -ismo más prevalente, detrás del sexismo y el racismo, pero debido a su carácter implícito (se adquieren desde edades muy tempranas y socialmente están aceptadas estas actitudes), tienen un menor impacto (Cisternas y Sarabia, 2018). Es tanto el impacto que tienen los edadismos que incluso pueden ser adquiridos por la propia persona mayor, haciendo que ellos mismos adquieran estas ideas en su propiocepción por la discriminación que sufren. Ésto se traduce en comportamientos que perpetúan estos estereotipos, reforzando las ideas estereotipadas (Bergeron & Lagacé, 2021).

Así, los edadismos pueden convertirse en desencadenantes del maltrato a los adultos mayores. La infantilización es un ejemplo de conducta que pudiese suponer denigrante para la persona mayor, que responde a una actitud negativa y prejuizada hacia éstos y que, por tanto, pudiese desencadenar malos tratos (Martínez-Moreno y Bermúdez-Pérez, 2016). Yon y colaboradores (2010) estudiaron la relación entre los edadismos y el abuso a adultos mayores entre jóvenes universitarios encontrando una relación positiva y la mayor prevalencia del abuso psicológico frente al físico.

En cuidadores profesionales, según la revisión de De Souza y Amado (2017), existen actitudes edadistas. Las investigaciones han mostrado que usualmente se tienen en cuenta los estereotipos a la hora de comunicarse con las personas mayores (ya sea para explicar el tratamiento, para dar un diagnóstico...) usando frases más cortas, repitiendo datos y obviando información de interés como efectos secundarios sexuales (Deusdad, 2020; Schroyen, et al., 2017) o restándoles prioridad frente a gente más joven a la hora de darles tratamientos (hecho que ha sido denunciado durante la crisis sanitaria de la COVID-19), y

haciendo que éstos se basen principalmente en tratamiento farmacológico (Deusdad, 2020; Hava, 2022; Skirbekk & Nortvedt, 2012).

Hay pocos estudios que muestren los edadismos en cuidadores informales. Wyman y colaboradores (2019) realizan una investigación para poder arrojar un poco de luz sobre los prejuicios en este grupo poblacional. Los resultados muestran que existen actitudes negativas hacia la persona mayor, especialmente si se identifica que la persona a la que otorgan cuidado tiene problemas de salud. Por tanto, teniendo los datos de estos dos grupos en cuenta, se deduce que existen edadismos tanto en cuidadores formales como informales.

Un aspecto importante de los edadismos es su relación con el estrés. Los estereotipos y prejuicios están relacionados con situaciones estresantes, por ejemplo, cuando se está presionado por el tiempo, cansado, preocupado o estimulado emocionalmente. Siendo así, es más fácil mostrar estereotipos hacia el factor que genera estrés. En el caso de los cuidadores formales e informales podemos identificar la situación de cuidado como un evento estresante en el que, incluso los implicados, pueden llegar a desarrollar síndrome de Burnout. En este sentido, los cuidadores del adulto mayor pueden encontrarse presionados por el tiempo, cansados, preocupados y estimulados emocionalmente, siendo éstos más relevantes en los cuidadores informales (Myers, 2008).

Hay pocos estudios que relacionan el síndrome de Burnout y los edadismos. Iecovich y Avivi (2015) estudiaron la relación entre estas dos variables en una muestra de personal de enfermería de centros de cuidados de larga duración, donde se encontró una relación positiva entre estos dos factores, habiendo de media unos edadismos moderados. Por otro lado, Pekçetin (2018) también llevó a cabo otro estudio con enfermeros y enfermeras, trabajadores en recursos para adultos mayores en Turquía, con similares resultados. Este autor propone programas educacionales para poder mitigar los efectos del burnout y de los edadismos. Sin embargo, no se han encontrado estudios que midan la relación de estas dos variables en una muestra de cuidadores informales.

2. Justificación

El envejecimiento poblacional hace innegable la necesidad de ofrecer una buena red de cuidados para los adultos mayores, sea ésta en el contexto de la salud pública o en el contexto familiar, ya que no podemos olvidar que en el caso español se prefieren los cuidados dentro de este último ámbito (Moreno, 2019).

Entre los factores de riesgo pertenecientes a los agentes de maltrato, están el burnout y los edadismos y aunque en las investigaciones realizadas no se haya hecho hincapié en la relación que pudiera haber entre éstas dos, existen razones para pensar que podría haber una relación. Myers (2008) afirma que hay mayor posibilidad de mostrar estereotipos ante situaciones de estrés. Siendo el síndrome de burnout una realidad entre los cuidadores formales e informales (especialmente entre estos últimos), se puede barajar la posibilidad de que el burnout sea un factor de riesgo para los edadismos.

Lo poco hallado establece una relación positiva entre el burnout y los edadismos en cuidadores formales (Iecovich y Avivi, 2015; Pekçetin, 2018), pero no se ha encontrado ningún estudio que relacione estas variables en cuidadores informales. Esta escasez de datos resulta alarmante en un contexto cada vez más envejecido y con cada vez más adultos mayores sirviéndose de cuidadores, ya sean éstos profesionales o familiares. El maltrato a los mayores es una realidad ya demostrada que aun así cuenta con poca información e investigación al respecto. Los adultos mayores dependientes resultan especialmente vulnerables por la presencia demostrada de síndrome de burnout y edadismos en sus cuidadores, ambos factores de riesgo del maltrato de los adultos mayores.

Y aquí entra en juego la calidad de vida. La del adulto mayor en situación de dependencia, que tiene derecho a tener una vida basada en el bienestar y la calidad. Se ha mostrado que estas dos variables son menores a la media en aquellos adultos mayores que tienen una mala salud y una disminuida funcionalidad, por tanto, siendo más susceptibles de encontrarse en situación de dependencia (Rojo-Pérez, et al., 2014). Igualmente, las personas en esta situación, perciben que limita su calidad de vida y, de la misma forma, muestran resultados bajos en calidad de vida y estadísticamente significativos en comparación a adultos mayores que no lo están (Cerquera, et al., 2016; Loredó-Figueroa, et al., 2016).

Pero los adultos mayores no son el único grupo vulnerable y susceptible de ver mermada su calidad de vida. Los cuidadores informales también lo son. Personas que, por lo general, no tienen formación en el cuidado de los adultos mayores y que se ven en la necesidad de dejar a un lado parte de sus vidas (usualmente su vida laboral) para pasar a cuidar a su familiar, allegado... En este grupo la calidad de vida también se ve afectada, habiendo una menor percepción de la misma a mayor grado de dependencia y a mayor necesidad de esfuerzo físico para la realización del cuidado (Angulo y Ramírez, 2016; Vega-Angarita, et al., 2014). En el caso de los cuidadores profesionales, estudios afirman que su percepción de calidad de vida se ve mermada por la presencia del síndrome del burnout (Sarabia-Cobo, et al., 2016; Vidotti, et al., 2019).

Con este estudio se pretende aportar conocimientos sobre la situación de los cuidadores (formales e informales) en España en lo referente al síndrome de burnout y los edadismos. De esta manera se pretende establecer si estas variables, tan relacionadas con el maltrato y la calidad de vida de los adultos mayores y sus cuidadores, están presentes en la muestra estudiada. Se espera encontrar niveles altos de edadismos y burnout en los cuidadores formales e informales, con resultados más llamativos en los cuidadores informales. Se pretende establecer el papel que tiene la formación en el cuidado de los adultos mayores, suponiendo que ésta ayude a prevenir los edadismos y los síntomas del burnout. Por lo tanto, se prevén unos resultados más bajos en las variables en aquellas personas que hayan recibido formación en el cuidado de los adultos mayores.

Se pretende dar a conocer la situación de desprotección que tienen los cuidadores de adultos mayores, especialmente los informales, y, por ende, la vulnerabilidad a la que se enfrentan los adultos mayores dependientes. Además, con esto se mostrarían los beneficios que tendría la formación en su cuidado y en la salud mental de los cuidadores, quedando, por tanto, demostrado el efecto positivo que tendrían las intervenciones en prevención y psicoeducación en el caso de los cuidadores informales, y los cursos de reciclaje en el caso de los cuidadores formales.

3. Objetivos

Por todo lo expuesto anteriormente, el presente estudio se plantea como objetivo general:

Investigar si existen diferencias significativas en el burnout y los edadismos de los cuidadores formales e informales de adultos mayores.

Del mismo modo, se desprenden una serie de objetivos específicos que serán a su vez, objeto de análisis y contraste:

1. Comprobar si los edadismos hallados en la población general puedan diferenciarse de los encontrados en los cuidadores formales, informales o ambos.
2. Comprobar si existen diferencias en los niveles de burnout agotamiento emocional, despersonalización y realización personal entre los diferentes tipos de cuidadores.
3. Comprobar si existe correlación entre los edadismos y el burnout en los grupos de cuidadores.
4. Determinar si la formación sobre el cuidado de personas mayores afecta a los niveles de edadismos y los síntomas del síndrome de burnout.

4. Hipótesis

Las hipótesis de trabajo están agrupadas según los objetivos expuestos en el anterior apartado:

H1. Habrá diferencias significativas en los edadismos en los 3 grupos, siendo éstos mayores en los cuidadores informales.

H2. Habrá diferencias significativas en el síndrome de burnout de los grupos de cuidadores, siendo mayor en el grupo de cuidadores informales.

H3. Habrá una correlación positiva significativa entre los edadismos y el síndrome de burnout entre los grupos de cuidadores.

H4. Habrá diferencias significativas en los edadismos y en los síntomas del síndrome de burnout entre las personas que han recibido formación en el cuidado de adultos mayores y los que no, siendo éstos mayores en las personas que no han recibido formación.

5. Marco metodológico

5.1. Participantes

Se accedió a la muestra por medio de muestreo no probabilístico de conveniencia. Una vez obtenidos los datos, se establecieron los grupos. El primero estaría formado por la población general, es decir, todas aquellas personas que no desempeñan su actividad profesional en el cuidado de los adultos mayores o que no los cuidan por ser familiar, allegado o persona cercana. El criterio de inclusión para este grupo es que sean mayores de edad. El segundo grupo estaría compuesto por las personas que trabajan ofreciendo cuidados a los adultos mayores, ya sea dentro de los servicios sociosanitarios, dentro de los cuidados del hogar, o cualquier otro tipo de cuidado. Sus criterios de inclusión son que, en el momento de la investigación, estén ejerciendo como cuidadores formales de adultos mayores y que sean mayores de edad. El tercer grupo sería formado por aquellas personas que cuidan de un adulto mayor por ser familiar o persona cercana. Los criterios de inclusión son que, en el momento de la investigación, estén ejerciendo como cuidadores informales de algún adulto mayor y que sean mayores de edad.

Ha habido un total de 182 participantes, con edades entre los 18 y los 70 años. La media de edad fue de 46,68 años. El 76,4% eran mujeres, el 23,1% hombres y el 0,5% no-binario. Del total, el 33% ha recibido formación en el cuidado del adulto mayor.

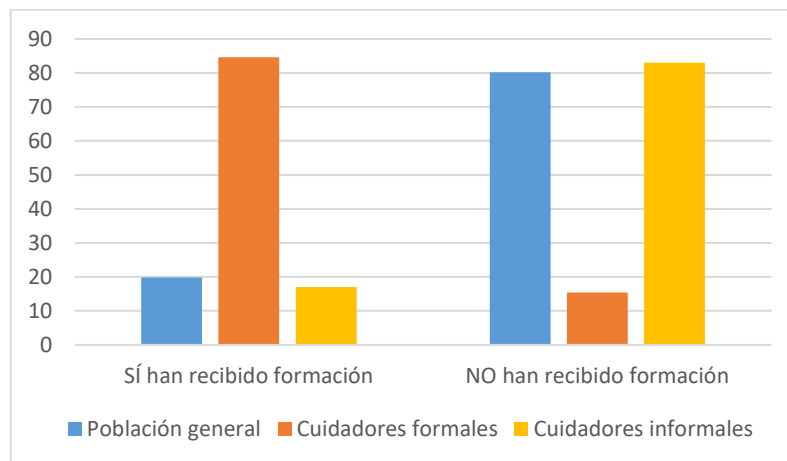
Tabla 4. Número de participantes en cada grupo

Grupo	N
Población general	96 (52,75%)
Cuidadores formales	39 (21,43%)
Cuidadores informales	47 (25,82%)
Total	182

En la *tabla 4* se resumen cuantos participantes se han obtenido de cada grupo. Respecto a la formación recibida en el cuidado de adultos mayores, un total de 32,7% de la muestra sí tiene conocimientos en el tema. Dentro de los grupos, el 19,8% de la población general, el

84,6% de los cuidadores formales y el 17% de los informales ha recibido formación. En la *figura 2* se representa gráficamente el porcentaje de cada grupo que sí ha recibido formación.

Figura 2: *Porcentaje de personas dentro de cada grupo que han recibido o no formación.*



5.2. Instrumentos

La primera parte de los instrumentos usados son unas preguntas sociodemográficas preguntando por su edad, género, lugar de residencia, formación en el cuidado de adultos mayores y que clase de cuidados ofrecían (formal o informal), en caso de que estuviesen en una situación de cuidado en el momento de responder.

También se les aplicó el Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE) y el Maslach Burnout Inventory (MBI). El **Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE)** (Mena, et al., 2005), como su nombre bien indica, sirve para evaluar los edadismos habidos en la persona evaluada. Consta de 15 ítems de tipo Likert que puntúan del 1 al 4, yendo la escala desde muy en desacuerdo a muy de acuerdo. La escala cuenta con 3 factores compuestos de 5 ítems cada uno: salud, motivación social y carácter-personalidad. Los resultados indicarían que, a mayor puntuación, mayores niveles de estereotipos. La consistencia interna indica una fiabilidad de 0,67, 0,64 y 0,66 por cada factor respectivamente y la correlación de los ítems de cada factor es superior a 0,30, indicando una buena consistencia interna (Mena, et al., 2005).

En el caso del **Maslach Burnout Inventory (MBI)** (Maslach y Jackson, 1981), se usó su adaptación española (Seisdedos, et al., 1997). Este inventario evalúa los niveles de burnout

en aquellas personas que desempeñan su actividad laboral en el entorno sanitario, por lo que se cambiaron algunos ítems para que los cuidadores informales también se vieran representados; por ejemplo “trabajo” por “situación de cuidado” y “paciente” por “persona a la que atiendo”. El instrumento cuenta con 22 ítems de tipo Likert yendo las puntuaciones de 0 a 6, siendo las puntuaciones de menos a más ordenadas en esta secuencia: nunca, alguna vez al año o menos, una vez al mes o menos, algunas veces al mes, una vez a la semana y diariamente. Se cuenta con tres factores, agotamiento emocional (AE), formado por 9 ítems; despersonalización (D), formado por 5 ítems; y realización personal (RP) formado por 8 ítems, que corresponden con los 3 síntomas de la triada del síndrome del burnout. Los resultados altos en los dos primeros factores y los bajos en el último indicarían altos niveles de burnout. La consistencia interna de este inventario para cada uno de sus factores es de 0,88 para agotamiento emocional, 0,58 para despersonalización y 0,77 para realización personal, indicando buena consistencia interna (Cañadas-de la Fuente, et al., 2014).

5.3.Procedimiento

Las preguntas sociodemográficas y el CENVE y MBI se transcribieron en un Formulario de Google. Éste se difundió entre gente cercana y conocidos a través de la plataforma Whatsapp pidiéndoles que se lo hiciesen llegar a la mayor cantidad de personas posible, especialmente si son cuidadores profesionales o informales de adultos mayores. Éstas, a su vez, transmitieron el formulario a conocidos y a personas cercanas que trabajasen o cuidasen a adultos mayores.

El formulario estaba organizado con una primera página dedicada al consentimiento informado, tras esto aparecían las preguntas sociodemográficas (como ya ha sido mencionado, compuesto por edad, género, lugar de residencia, si ofrecían cuidados y que clase de cuidados ofrecían, que actividad desempeñaban los cuidadores formales, si la persona cuidada por los cuidadores informales se encontraba en situación de dependencia y si habían recibido formación en el cuidado de los adultos mayores), seguido del cuestionario CENVE y del MBI. Para éste último se especificó tanto en el texto de difusión como en el propio formulario que solamente respondiesen aquellas personas que se encontrasen ofreciendo cuidados a adultos mayores; es decir, aquellas personas que perteneciesen al grupo de cuidadores formales o el de informales.

Además, se pidió la colaboración de la Fundación Ascudean para cuidadores de personas en situación de dependencia. Éstos aceptaron ayudar con la transmisión del formulario entre las personas usuarias de la fundación y que contasen con correo electrónico.

5.4. Análisis de datos

Las variables independientes estudiadas han sido las siguientes: edad (cuantitativa), formación en el cuidado de adultos mayores (nominal) y el grupo al que pertenecen: población general, cuidadores formales, informales o ambos (nominal). Las variables dependientes han sido las siguientes: edadismos, burnout agotamiento emocional, burnout despersonalización y burnout realización personal. Todas las variables dependientes han sido cuantitativas.

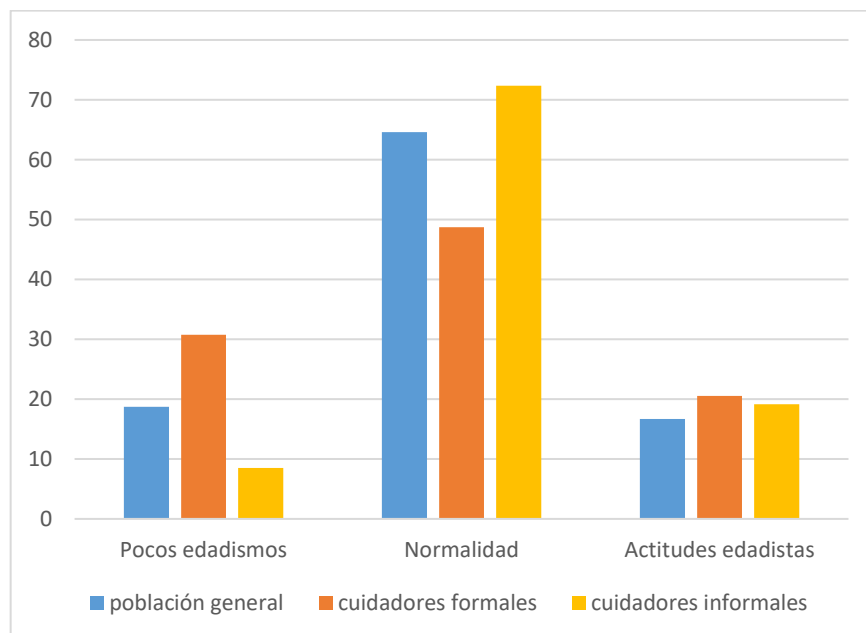
Los resultados se analizaron mediante la herramienta SPSS versión 25. Primero se ha comprobado si la muestra se distribuye siguiendo los criterios de la curva normal. En función de su distribución se elegirán pruebas paramétricas o no paramétricas. Para ello se ha utilizado la prueba de Kolgomorov-Smirnov, por ser el total mayor a 50 personas. Para comprobar la normalidad de los grupos de cuidadores formales y el de informales se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk, por estar estos grupos formados por menos de 50 personas. Los resultados han concluido que el total de los participantes no responden a la curva de la normalidad. Los grupos de cuidadores formales y cuidadores informales responden a los parámetros de la normalidad, siendo éstos una muestra que sigue la curva de la normalidad.

Se ha utilizado la prueba de Kruskal-Wallis para comprobar las hipótesis H1. La comprobación de las diferencias de medias de la H2 se realiza con la t de student. Se ha realizado la prueba de r de Pearson para probar la hipótesis H3. En el caso de la H4, se realiza la U de Mann-Whitney para comprobar las diferencias de edadismos en el total de la muestra. Para analizar las diferencias en los edadismos y el síndrome de burnout en los grupos de cuidadores, se utilizó el estadístico t de student.

6. Resultados

Para este apartado, comencemos analizando de forma descriptiva los resultados encontrados. En primer lugar, se dará una descripción de los edadismos encontrados en los resultados. Se sacarán unos datos normativos para contemplar los resultados habidos en la muestra analizada. Para ello, se utilizarán los datos obtenidos del grupo de población general. La media ha sido de 31,57 con una desviación típica de 9,28. Los resultados, por lo tanto, se organizarán de la siguiente manera: menos de 22, pocos edadismos, entre 23 y 40 la presencia de edadismos entra dentro de la normalidad y los valores mayores a 41, presencia de creencias edadistas.

Figura 3: Proporción de las personas de cada grupo respecto a los edadismos presentados



En la *figura 3* aparece representada los porcentajes de las personas de cada grupo respecto a la cantidad de edadismos que tenían, mostrando que los grupos de cuidadores formales e informales son los que más destacan en las actitudes edadistas y en marcados edadismos, al mismo tiempo que el grupo de cuidadores formales son los que más representación tienen en los pocos edadismos.

Si nos centramos en los edadismos de los grupos de cuidadores formales y lo cuidadores informales, en el primero de ellos la media es de 31,05, y en el segundo de 32,74 correspondiendo con los valores normales encontrados en esta muestra. Si dividimos los grupos en los que han recibido formación en el cuidado de adultos mayores o no, los

resultados indican lo siguiente: 29,3 de media para aquellos que sí han recibido formación y 32,98 para aquellos que no. Ambos valores encontrados dentro de la normalidad.

En la *tabla 5* aparecen los valores perdidos dentro de cada grupo. Todos éstos pertenecen a las personas que han contestado parcialmente o no han contestado al MBI. En el resto de preguntas ha habido una participación del 100%.

Tabla 5. Valores perdidos dentro de cada grupo.

	Frecuencia	Valores perdidos	Valores válidos
Población general	96 (52,7%)	0	96 (57,84%)
Cuidadores formales	39 (21,4%)	1	38 (22,9%)
Cuidadores Informales	47 (23,1%)	15	32 (16,26%)
Total	182 (100%)	16	166 (100%)

Una vez determinado esto, queda por analizar los resultados encontrados en torno a los niveles de síndrome de burnout del grupo de cuidadores formales y de cuidadores informales. En la *tabla 6* se resumen las medias encontradas en el total de los dos grupos y en cada uno de los grupos. En el total de los dos grupos las medias han sido las siguientes: 24,59 para AE, 4,67 para D y 37,16 para RP. Según los baremos de la prueba, el total de la muestra se encontraría con unos niveles medios en los 3 factores.

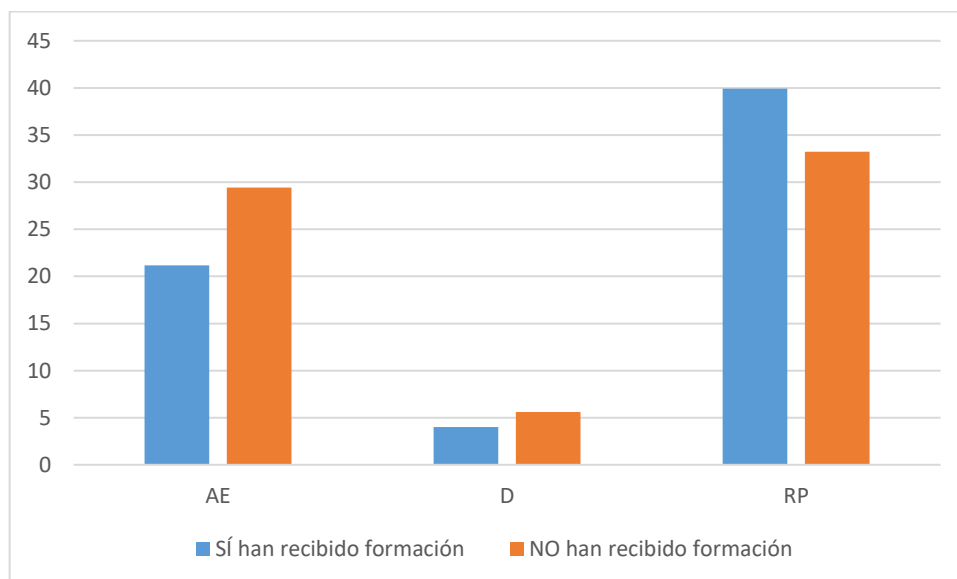
Tabla 6. Medias de los factores del síndrome de burnout en los cuidadores formales, informales y en el total de los dos grupos.

	Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal
Cuidadores formales	21,39	3,84	39,79
Cuidadores informales	28,38	5,66	34,03
Cuidadores formales y cuidadores informales	24,59	4,67	37,16

En la *tabla 6* se resumen las medias encontradas en burnout en el grupo de cuidadores formales, que corresponderían con valores medios para AE, bajos para D y altos para RP, sugiriendo un trato personal hacia las personas que ofrecen cuidados, pero con altos grados de sentimiento de contribución por esta labor, por lo tanto, lejos de lo considerado como síndrome de burnout. Igualmente, en la *tabla 6* se resumen las medias encontradas en los cuidadores informales, siendo, en este caso, valores altos para AE, medios para D y medios para RP, lo que se aproxima más al síndrome de burnout, aunque sigue sin ser coincidente.

En el caso de las personas que han recibido formación las medias serían las siguientes: 21,17 para AE (medio), 4 para D (bajo) y 39,93 para RP (alto). Estos resultados son iguales a los encontrados en el grupo de cuidadores informales y sugiere niveles normales de agotamiento, trato personal hacia las personas atendidas y altos niveles de satisfacción con el trabajo realizado y con el sentimiento de contribuir a la sociedad. En el caso de las personas que no han recibido formación los resultados son los siguientes: 29,41 para AE (alto), 5,62 para D (medio) y 33,24 para RP (medio). Estos valores son semejantes a los encontrados en el grupo de cuidadores formales, donde el perfil indica altos índices de burnout y agotamiento emocional, físico y cognitivo, y valores medios en despersonalización y realización personal, sugiriendo la presencia de síndrome de burnout. En la *figura 4* se muestra las diferencias habidas entre las medias de estos dos grupos.

Figura 4: *Diferencias en las medias de los factores del síndrome de burnout entre las personas que han recibido formación y las que no.*



Estos análisis descriptivos nos indica que la hipótesis 1 no se ha cumplido por no haber diferencias entre los edadismos encontrados en la población analizada (todos corresponden a la normalidad) y que la hipótesis 2 y 4, sí, por los resultados hallados en torno al síndrome de burnout, donde se ha encontrado que las personas pertenecientes al grupo de cuidadores informales y a los que no han recibido formación tienen mayores índices.

6.1. Hipótesis H1.

La primera hipótesis de trabajo establece que “habrá diferencias significativas en los edadismos en los 3 grupos, siendo éstos mayores en los cuidadores informales”. Para ello se utiliza la prueba de H de Kruskal-Wallis. Los resultados, resumidos en la *tabla 7*, indican que no hay diferencias significativas con una H de 1,72 y una $p > 0,05$. Aceptamos la hipótesis nula: $H_0 =$ no habrá diferencias significativas en los edadismos en los 3 grupos.

Tabla 7. Resultados de la prueba de H de Kruskal-Wallis para los edadismos

	Edadismos
H de Kruskal-Wallis	1,722
Grados de libertad	2
Significación	0,423

6.2. Hipótesis H2.

La segunda hipótesis de trabajo afirma: “habrá diferencias significativas en el síndrome de burnout de los grupos de cuidadores, siendo mayor en el grupo de cuidadores informales”. Para ello se realiza el estadístico t de student.

Tabla 8. Medias y desviaciones típicas de los dos grupos en las diferentes variables

		N	Media	Desviación típica
Síndrome de burnout Agotamiento emocional	Cuidadores formales	38	21,39	12,093
	Cuidadores informales	32	28,38	13,368
Síndrome de burnout Despersonalización	Cuidadores formales	38	3,84	3,963
	Cuidadores informales	32	5,66	4,837
Síndrome de burnout Realización personal	Cuidadores formales	38	39,79	4,976
	Cuidadores informales	32	34,03	8,544

En el caso de la variable AE, los resultados muestran que $t(68)=-2,29$ con una $p<0,05$ por lo que existen diferencias significativas entre los dos grupos. Tal como indica la *tabla 8*, hay una media más alta en el grupo de cuidadores informales. En el caso del síntoma D, hay una $t(68)=-1,72$ con una $p>0,05$ por lo que no se encuentran diferencias significativas. En el caso de la RP, los resultados indican una $t(47,96)=3,36$ con una $p<0,05$, por lo que sí existen diferencias significativas. En la *tabla 8* se comprueba que el grupo de cuidadores formales tiene una media mayor. En la *tabla 9* aparecen los resultados de la t de student.

Tabla 9. Resultados de la t de student para los factores del burnout.

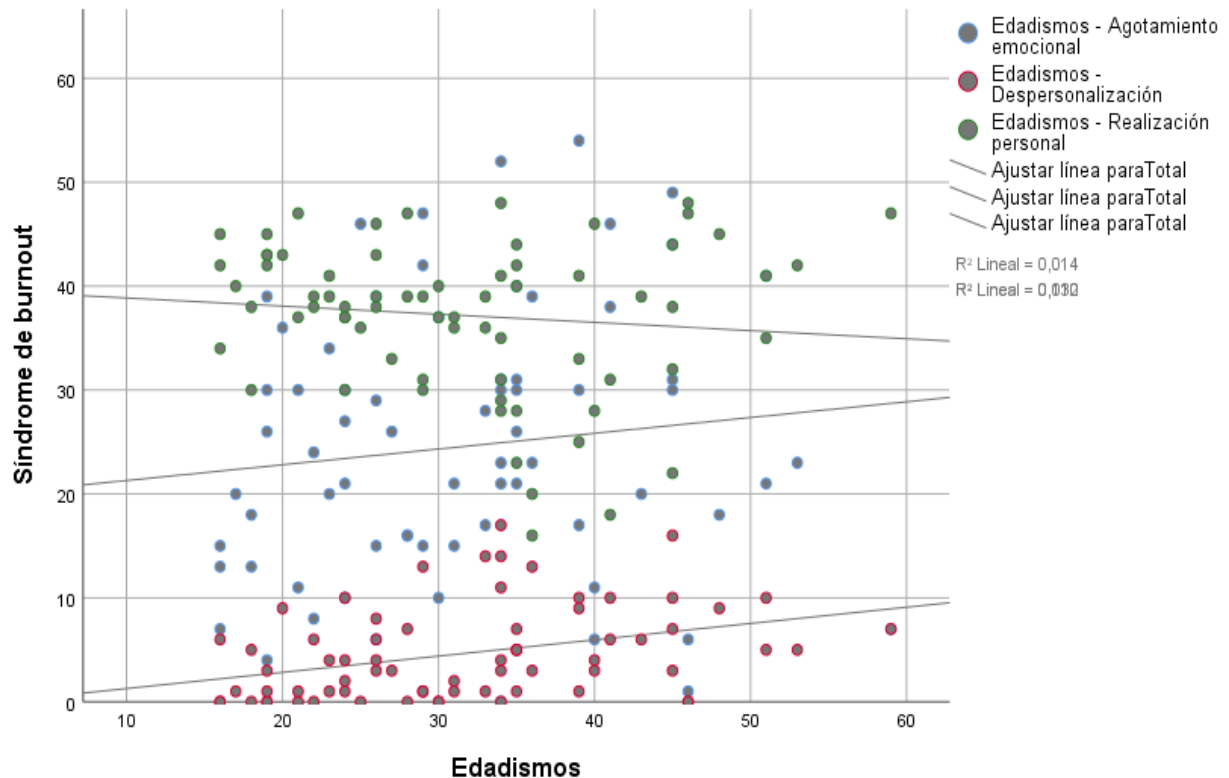
	t	Grados de libertad	Significación	Diferencia de error estándar
Agotamiento emocional	-2,293	68	0,025	3,045
Despersonalización	-1,725	68	0,089	1,052
Realización personal	3,362	47,963	0,002	1,713

En este caso podríamos asumir la hipótesis de trabajo H2. A pesar de no haber diferencias significativas en D, sí que las hay en las otras dos variables, haciendo coincidir el perfil con el de personas con síndrome de burnout (AE y D altas y RP bajas).

6.3. Hipótesis H3.

Para la tercera hipótesis de trabajo H3 dice: “habrá una correlación positiva significativa entre los edadismos y el síndrome de burnout entre los grupos de cuidadores”. Para ello se usa la prueba de r de Pearson. Los resultados indican que la relación entre los edadismos y la variable AE es de $r=0,11$ con $p>0,05$ por lo que no se asume relación entre las variables. En el caso de los edadismos y D, la $r=0,36$ y $p<0,05$ por lo que existe una correlación positiva significativa, pero baja. En el caso de los edadismos y RP, la $r=-0,1$ con $p>0,05$ por lo que no existe una correlación significativa. En la *figura 5* se representa gráficamente los resultados encontrados.

Figura 5: Representación gráfica de la correlación de entre los edadismos y los diferentes factores del síndrome de burnout.



Se realizan las pruebas de correlación con cada uno de los grupos individualmente. En el caso del grupo de cuidadores informales, no se encuentran diferencias estadísticamente

significativas en la relación entre los edadismos y los síntomas de burnout. Los resultados han sido de $r=-0,14$ y $p>0,05$ para la relación entre edadismos y AE; $r=0,23$ y $p>0,05$ para edadismos y D y $r=0,1$ y $p>0,05$ en edadismos y RP.

En el grupo de cuidadores informales sí se encuentran diferencias significativas en la correlación de edadismos y AE ($r=0,37$ y $p<0,05$) y edadismos y D ($r=0,43$ y $p<0,05$), aunque el grado de correlación sea bajo; mientras que entre edadismos y RP no hay una correlación significativa con $r=-0,21$ y $p>0,05$.

Debido a que la hipótesis se refería a la correlación encontrada en los dos grupos, no se puede aceptar la H3, puesto que solamente hay una única correlación significativa positiva. A pesar de los datos encontrados en el grupo de cuidadores informales, en el grupo de cuidadores formales y en el total de los cuidadores los datos no han mostrado relaciones significativas, por lo que podemos aceptar la hipótesis nula que establece: H_0 = no habrá una correlación positiva significativa entre los edadismos y el síndrome de burnout entre los grupos de cuidadores.

6.4. Hipótesis H4.

La hipótesis 4 H4 establece que “habrá diferencias significativas en los edadismos y en los síntomas del síndrome de burnout entre las personas que han recibido formación en el cuidado de adultos mayores y los que no, siendo éstos mayores en las personas que no han recibido formación”. Primero, para comprobar las diferencias en los edadismos, se utiliza el estadístico U de Mann-Whitney.

En los edadismos los resultados indican que con $z=-2,81$ y $p<0,05$, las diferencias son significativas, habiendo mayores edadismos en las personas que no han recibido formación. Para comprobar estos datos con mayor profundidad, se realiza el estadístico de U de Mann-Whitney en los edadismos de la población general y el estadístico de la t de student en el grupo total de cuidadores (cuidadores formales e informales). Los resultados indican que las diferencias significativas en los edadismos entre las personas que han recibido formación y las que no, solamente se encuentran en el grupo de población general ($z=-2,81$ y $p<0,05$), mientras que en el grupo de cuidadores no se encontraron diferencias significativas ($t(84)=-1,21$ y $p>0,05$).

En el caso de los síntomas de burnout, se realiza la t de student. Los resultados indican que en AE la $t(68)=-2,71$ y una $p<0,05$, indicando que se encuentran diferencias significativas entre las personas que han recibido formación y no, habiendo un mayor nivel de AE en las personas que no han recibido formación. En D no se encuentran diferencias significativas con unos resultados de $t(68)=0,13$ y $p>0,05$. En RP los resultados muestran una $t(42,26)=3,82$ con $p<0,05$, indicando que existen diferencias significativas entre los grupos, habiendo índices de menor RP en el caso de las personas que no han recibido formación.

A pesar de no haber diferencias significativas en la D, en el resto de variables sí que se han encontrado, por lo tanto, se acepta la hipótesis de trabajo.

7. Discusión

7.1. Edadismos

Los resultados han mostrado que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los edadismos habidos en población general y entre los grupos de cuidadores formales e informales, rechazando así, la primera hipótesis de trabajo. Igualmente, en los análisis preliminares se observa que los resultados de la muestra en cuanto a edadismos se refieren, establece que la media de los valores de todos los grupos se sitúa dentro de la normalidad. Según estos datos, no podemos establecer que los edadismos de los grupos de cuidadores sean mayores a los que hay en la muestra general. Estos datos están en contraste con los encontrados en la literatura, donde se expone que los cuidadores formales e informales tienen actitudes edadistas para con sus cuidados (De Souza y Amado, 2017; Deusdad, 2020; Schroyen, et al., 2017; Skirbekk & Nortvedt, 2012; Wyman, et al., 2019), pero sí coinciden con los resultados del estudio de Menéndez y colaboradores (2016) que en una prueba realizada con este cuestionario en jóvenes y adultos, establecieron que entre los que ejercían de cuidadores formales e informales no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Para interpretar lo hallado en torno a los edadismos hay que tener en cuenta que tanto los datos normativos como las pruebas estadísticas de diferencia de medias realizadas son sobre los datos de la muestra. Es decir, con los resultados obtenidos del CENVE podemos concluir qué personas tienen más o menos edadismos respecto a la media, pero no se puede establecer qué personas no tienen edadismos o tienen pocos edadismos en cuanto a lo que este prejuicio significa. No podemos olvidar que los ítems del cuestionario son afirmaciones estereotipadas y con connotación negativa que no reflejan la realidad de los adultos mayores. El considerar que una persona no tiene prejuicios edadistas supondría sacar la menor puntuación posible, y que, visto las medias obtenidas en cada grupo, no ha sido la norma en este estudio. Por lo tanto, a pesar de que no hay diferencias entre los grupos, sí podemos establecer que la totalidad de la muestra presenta edadismos.

En un futuro, suponiendo que la realidad social haya cambiado y que los edadismos dejen de ser una forma de discriminación tan activa, los resultados podrían cambiar, mostrando

menores niveles y, por tanto, con mayor facilidad para establecer las diferencias que podría haber entre los grupos.

7.2. Síndrome de Burnout

En cuanto al síndrome de burnout, según lo visto en los datos preliminares, se determina que el perfil de los cuidadores formales es de ausencia de síndrome de Burnout, al igual que en los cuidadores informales. Aun así, es importante matizar que el AE de los cuidadores formales es alto, lo que implica que las personas de este grupo se sienten quemados y agotados física, emocional y cognitivamente del cuidado que realizan. En el análisis estadístico se determina que entre los grupos existen diferencias significativas en el AE y en RP, siendo mayor y menor respectivamente en el grupo de cuidadores informales, aceptando así, la H2 de trabajo. En este sentido, se entiende que este grupo no solo se presenta más agotado, sino que tampoco siente que el trabajo que realiza suponga un bien para nadie. Estos datos tendrían mayor concordancia con lo que a síndrome de burnout se refiere.

En la literatura se hace referencia a la presencia de este síndrome tanto en los cuidadores formales como en los informales a diferencia de lo encontrado en este estudio. Aunque sí que se matiza la aparición de síntomas más marcados en los cuidadores informales. En este caso se han encontrado solamente síntomas en el grupo de cuidadores informales, así que sí que es coincidente con la literatura revisada (Bedoya, et al., 2020).

7.3. Relación entre edadismos y síndrome de burnout

Uno de los objetivos más importantes de este trabajo era determinar la correlación existente entre los edadismos y el síndrome de burnout. Los resultados han mostrado que no hay correlación entre estas dos variables en el total de los cuidadores, rechazando así la hipótesis de trabajo H4.

Para obtener más información sobre las correlaciones habidas entre estas dos variables se realizaron correlaciones con cada uno de los grupos de cuidadores. Mientras que en el grupo de cuidadores formales no se encontró relación, en el grupo de cuidadores informales hubo una correlación positiva estadísticamente significativa entre edadismos y AE y edadismos y D, mientras que edadismos y RP no resultó en una relación significativa. Con todo esto, a pesar de rechazar la H4, podemos afirmar que los resultados no son concluyentes, puesto

que en el grupo con más carga emocional sí que ha habido una relación positiva, a pesar de que en el cómputo total de los cuidadores, no.

Los datos distan de los encontrados en la literatura, ya que, aunque las investigaciones centradas en la relación de estas dos variables no abundan, lo habido hasta ahora indica la relación positiva entre ambas (Iecovich y Avivi, 2015; Pekçetin, 2018).

7.4. Formación reglada en adultos mayores

Comenzando con los resultados en los edadismos de las personas que han recibido formación y las que no, se evidencia que las personas que han recibido formación tienen significativamente menos estereotipos que los que no. Estos datos discrepan con los encontrados en Menéndez y colaboradores (2016), quienes no encontraron diferencias significativas. Aun así, y basándose en los resultados de la presente investigación, se podría asumir que en este caso la educación referente a los adultos mayores podría ejercer como factor protector frente a los edadismos. De hecho, en la intervención de los edadismos, la estrategia más utilizada y hasta ahora la que más apoyo empírico tiene, es la combinación entre educación y programas intergeneracionales, haciendo que los conocimientos con los adultos mayores y el contacto con ellos sirva para cambiar la visión estigmatizada que se tiene de ellos (Burnes, et al., 2019; Chonody, 2015; Lytle, et al., 2020). Aun así, por los resultados encontrados en este estudio y por el hecho de que la educación sea parte de la intervención con más abal estadístico, podemos pensar que la formación podría tener un papel muy beneficioso a la hora de combatir los edadismos.

En lo referente a los resultados en las diferencias entre los que han recibido formación y no en el síndrome de burnout muestran que los síntomas son más marcados en aquellas personas que no han recibido formación. Se encontraron mayores niveles de AE y menores de RP en aquellas que no habían recibido formación. Aunque no se han encontrado estudios sobre la implicación de la formación en el cuidado de la/s personas que vas a atender, en el estudio de Martínez y colaboradores (2009) se presenta la idea de que el mayor nivel de burnout encontrado en la muestra de enfermeras de cuidados paliativos respecto a la encontrada en otros países podría ser por el mayor tiempo dedicado a la formación de estas enfermeras, suponiendo que la educación en las personas que vas a ofrecer cuidados es un factor protector del síndrome de burnout.

7.5. Conclusiones

Los datos encontrados referentes a los edadismos llevan a la conclusión de que es igual el nivel de cercanía que tengas con los adultos mayores o el tipo de relación que mantengas con ellos, la presencia de los edadismos en la población es tan fuerte y está tan arraigada, que, a nivel general, somos incapaces de ver las falsedades detrás de los estereotipos edadistas. Esto ha llevado a que la totalidad del estudio tuviera unos niveles de estos estereotipos parejos. El ejercer de cuidador, el ser hijo o hija, marido o mujer de una persona mayor parece no tener relevancia.

Sin duda, parte de la problemática radica en lo oculto de estos estereotipos. A nivel general, todas las personas tienen una opinión y una conciencia sobre el racismo o el sexismo, pero en el caso de los edadismos esto no ocurre porque la gente no conoce de su existencia. Sin ir más lejos, durante los años de pandemia por la COVID-19, muchas actuaciones fueron derivadas de los prejuicios edadistas, como el trato recibido por los medios de comunicación: se les dibujaba como personas frágiles, dependientes y en proceso de declive (Bravo-Segal y Villar, 2020), o en el sistema de salud dónde se da un trato no preferente y desinformado (se prefiere dar la información a familiares) (Hava, 2022). Hechos que con más conciencia serían rotundamente denunciados por la opinión general, pero que, dentro de la situación vivida, han sido aceptados y aplaudidos. Por fortuna, los resultados de este estudio también advierten del papel protector que juega la formación en adultos mayores en los edadismos. A pesar de que la cercanía no sea un factor protector, sí que lo es la formación reglada, por lo que una buena forma de abordar la problemática de los edadismos es a través de programas de educación y de psicoeducación.

En cuanto a los resultados en torno al burnout, llama la atención las diferencias entre cuidadores formales e informales. Aunque el perfil sintomático de este último grupo no sea coincidente con el de síndrome de burnout, presenta altos niveles en AE y bajos en RP, coincidiendo en parte con el síndrome. Queda claro que la prevalencia es mayor respecto al grupo de cuidadores formales. Y es que, como ya hemos visto en el marco teórico, éstas son personas que en su mayoría no han podido continuar con sus rutinas mientras estaban ofreciendo cuidados: se han visto obligadas a dejar el trabajo y les ocupa una gran parte del tiempo; tiempo que no pueden dedicar a ellos mismos, a cuidarse. Además, otro factor

importante es el lazo emocional que les une a la persona que cuidan (López, 2016), difiriendo de la relación que puedan tener los profesionales.

Estos datos resultan especialmente llamativos si se tiene en cuenta que en España se opta por los cuidados de los adultos mayores dependientes por familiares. Aunque, en esta investigación los dos grupos de cuidadores han sido bastante equiparados en número, la realidad nacional es de una mayor cantidad de cuidadores informales frente a los formales. Así, los datos obtenidos por este estudio resultan más llamativos puesto que, si el burnout y sus síntomas tiene impacto en los cuidadores informales, entonces una mayoría de los adultos mayores dependientes tendrían factores de riesgo de maltrato en España. Y no solo esto, una mayoría de cuidadores vería afectada su calidad de vida por la situación de vulnerabilidad respecto al síndrome de burnout que supone ser cuidador informal. Precisamente, como hemos visto en este estudio, la formación en el cuidado podría ejercer de factor protector frente al burnout. En el caso de los cuidadores informales, como se aprecia en la *figura 4*, suelen no estar formados y es proporcional a la encontrada en la población general, los cuales tampoco lo están.

Aquí, nos encontramos con un punto fuerte de este estudio, y es que deja ver la importancia que puede tener la educación reglada en la prevención e intervención de los edadismos y del síndrome de burnout. Las diferencias significativas apuntan a lo valioso de la educación para paliar estos dos factores asociados al maltrato en el adulto mayor. Si trasladamos esto a las necesidades que expone el presente estudio, las intervenciones son particularmente necesarias en los cuidadores informales, puesto que ellos se enfrentan a la carga emocional del cuidado, con poco o ningún conocimiento, y así se ha visto en los resultados de este estudio, no solo para tratar de reducir los edadismos y el burnout y así, no solo poder ofrecer una atención mejor a la persona, sino que también aprender a cuidarse a uno mismo.

7.6. Limitaciones

Una de las limitaciones de este estudio es que es una muestra pequeña y no probabilística, por lo tanto, sin representación en cuanto a población general. La muestra de la población general y de los cuidadores que se obtuvo simplemente responde a aquellas personas que les llegó el formulario y que decidieron completarlo. Los datos podrían ser representativos,

pero los resultados obtenidos en este estudio no siempre han coincidido con lo encontrado en la literatura.

Aun así, hay que tener en cuenta que otra de las limitaciones es la escasa bibliografía habida en torno a este tema. Mientras que algunos de los puntos han sido ampliamente investigados (sobre todo los relacionados con el burnout), en lo referente a los edadismos, la formación reglada, el maltrato en los adultos mayores y la posible relación entre edadismos y burnout hay una escasez llamativa. Con una mayor cantidad de bibliografía disponible hubiese sido posible enriquecer esta investigación, y comparar los datos.

Por último, mencionar que todas las respuestas fueron obtenidas a través de internet, por lo que no hubo contacto con los participantes mientras cumplían con el formulario. Aunque, a priori, esto pueda suponer una ventaja (anonimato, evitar sesgos...), también puede tener inconvenientes, como la posibilidad de que los participantes hayan mentado en sus respuestas.

7.7. Prospectiva

Para las líneas de investigación futuras, es importante aumentar la investigación en los malos tratos a los adultos mayores y en sus factores. También es conveniente actualizar la información referente a los edadismos, tanto en población general como en su relación con otras variables, como en este caso el síndrome de burnout. De hecho, a pesar de que en este estudio se ha concluido ausencia de correlación, sería interesante que futuras investigaciones profundizasen en el tema, puesto que en el grupo de cuidadores informales sí que se ha encontrado una correlación al igual que en otras investigaciones donde también han determinado la posibilidad de una relación entre estas dos variables.

Igualmente, uno de los retos a superar en las líneas futuras sería conseguir participantes que supongan una mayor representatividad de la muestra. Por ejemplo, con los trabajadores de un centro residencial para los adultos mayores y las personas que acudan a un grupo de apoyo para cuidadores de adultos mayores o semejantes. De esta forma se podrá conseguir más muestra, mejor representada y se podrían analizar más variables (la actividad profesional de los cuidadores formales, el tipo de apoyo percibido de los cuidadores informales...).

Referencias bibliográficas

- Abellán, A., Esparza, C., Castejón, P. y Pérez, J. (2011). Epidemiología de la discapacidad y la dependencia de la vejez en España. *Gaceta Sanitaria*, 25;5-11.
- Alvarado, A. M. y Salazar, A. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2); 57-62.
- Andela, M., Truchot, D. & Huguenotte, V. (2018). Work Environment and Elderly Abuse in Nursing Homes: The Mediating Role of Burnout. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(11-12). DOI: 10.1177/0886260518803606.
- Andreotti, M. A., De Souza, B. R., Neri, K. H., Golghetto, F., Correa, L., Leonardo de Oliveira, C. C. & Martins, A. C. (2018). Comparative study between formal and informal caregivers of older adults. *Ciência & Saúde Coletiva*. 23(11); 3789-3798. doi: 10.1590/1413 812320182311.16932016.
- Angulo, A. M., & Ramírez, A. S. (2016). Relación entre la calidad de vida en salud y la carga física en cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer. *Revista Colombiana De Salud Ocupacional*, 6(1), 20–26. <https://doi.org/10.18041/2322-634X/rcso.1.2016.4887>
- Barragán, A. B., Martos, Á., Cardila, F., Molero, M. M., Pérez-Fuentes, M. C. y Gázquez, J. J. (2015). Variables relacionadas y prevalencia del burnout en profesionales sanitarios. *European Journal of Health Research*, 1(1); 5-14.
- Bedoya, N., Buitrago, L. A. y Soto, M. (2020). Burnout en cuidadores formales e informales del adulto mayor. Revisión integrativa de la literatura. *Revista Cultura del Cuidado Enfermería*, 17(1); 80-92.
- Bergeron, C. D. & Lagacé, M. (2021). On the Meaning of Aging and Ageism: Why Culture Matters. *University of Toronto Quarterly*, 90(2); 140-154. doi: 10.3138/utq.90.2.06
- Bravo-Segal, S. y Villar, F. (2020). La representación de los mayores en los medios durante la pandemia COVID-19: ¿hacia un refuerzo del edadismo? *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 55(5); 266-271. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.06.002>

- Burnes, D., Sheppard, C., Henderson, C. R., Wassel, M., Cope, R., Barber, C. & Pillemer, K. (2019). Interventions to Reduce Ageism Against Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Health*, 109(8). <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305123>
- Cañadas-de-la-Fuente, G. A., San Luis, C., Lozano, L. M., Vargas, C., García, I. y De la Fuente, E. (2014). Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(1); 44-52.
- Cerquera, A. M., Uribe, A. F., Matajira, Y. J. y Correa, H. V. (2016). Dependencia funcional y dolor crónico asociados a la calidad de vida del adulto mayor. *Psicogente*, 30(38); 398-409. <http://doi.org/10.17081/psico.20.38.2561>
- Cisternas, N. y Sarabia, L. (2018). Capítulo 3. El edadismo como un factor de riesgo para el envejecimiento activo. En Plaza, V. (ed.). *Necesidades Emergentes En Chile. Avances en investigación y propuestas de intervención para la promoción del envejecimiento activo desde la Psicología*. Santiago de Chile: RIL Editores.
- Chonody, J. M. (2015). Addressing Ageism in Students: A Systematic Review of the Pedagogical Intervention Literature. *Educational Gerontology*, 41(12), 859–887. doi:10.1080/03601277.2015.1059139
- De Souza, J. M. y Amado, C. A. F. (2017). On studying ageism in long-term care: a systematic review of the literatura. *International Psychogeriatrics*, 29(3); 373-387. doi: 10.1017/S1041610216001915.
- De Souza, L. C., Quirino, D., Ricarte, S., Diniz, V., Nogueira, L. & Assis, F. (2019). Burnout syndrome in informal caregivers of older adults with dementia. A systematic review. *Dementia e Neuropsicología*, 13(4); 415-421.
- Deusdad, B. (2020). El COVID-19 y la Crisis de las Residencias de Mayores en España: Edadismo y Precariedad. *RASP-Research on Aging and Social Policy*, 8(2); 142-168. Doi: <http://dx.doi.org/10.447/rasp.2020.5598>
- Dong, X. Q. (2015). Elder abuse: systematic review and implications for practise. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(6); 1214-1238 doi: 0002-8614/15/\$15.00

- Espín, J. C., Cardona, A., Miret, L. M. y González, M. (2020). La COVID-19 y su impacto en la salud del adulto mayor. *Archivos del Hospital Universitario "Gen Calixto García", 8(3); 391-403.*
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., López, M. D., Molina, M. A., Díez, J., Montero, P. y Schettini, R. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema, 22(4); 641-647.*
- Foster, L. & Walker, A. (2015). Special Issue: succesful aging. Active and successful aging: a European policy perspective. *The Gerontologist, 55(1); 83-90.*
- Gerain, P. & Zech, E. (2019). Informal caregiver burnout? Development os a theoretical framework to understand the impact of caregiving. *Frontiers in Psychology, 10.*
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01748>
- Harrad, R. & Sulla, F. (2018). Factors associated with and impact of burnout in nursing and residential home care workers for the elderly. *Acta Biomed for Health Professions, 89(7); 60-69.* doi: 10.23750/abm.v89i7-S.7830
- Hava, E. (2022). Derecho penal, edadismo y dependencia. ¿Son punibles los hechos ocurridos en las residencias de ancianos durante la pandemia de COVID-19? *Eunomía. Revista en Cultura de la Legalidad, 22; 131-157.* DOI: <https://doi.org/10.20318/eunomia.2>
- Huenchuan, S. y Rodríguez-Pinedo, L. (2010). *Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección.* Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3803/lcw353_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Iecovich, E., & Avivi, M. (2015). Agism and burnout among nurses in long-term care facilities in Israel. *Aging & Mental Health, 21(3), 327–335.* doi:10.1080/13607863.2015.1102198
- Iborra, I. (2008). *Maltrato de personas mayores en la familia en España.* Valencia; Centro Reina Sofia.

- Iborra, I. (2009). Factores de riesgo del maltrato de personas mayores en la familia en población española. *Zerbitzuan*, 45; 49-57.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2008). Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&idp=1254735573175
- Leiter, M. P., Maslach, C., & Frame, K. (2015). Burnout. *The Encyclopedia of Clinical Psychology*, 1–7. doi:10.1002/9781118625392.wbecp142
- Lytle, A., Nowacek, N., & Levy, S. R. (2020). Instapals: Reducing ageism by facilitating intergenerational contact and providing aging education. *Gerontology & Geriatrics Education*. doi:10.1080/02701960.2020.1737047
- López, E. P. (2016). Puesta al día: cuidador informal. *Revista Enfermería CyL*, 8(1); 71-77.
- Loredo-Figueroa, M. T., Gallegos-Torres, R. M., Xequé-Morales, A. S., Palomé-Vega, G. y Juárez-Lira, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 13(3); 159-165. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>
- Lovo, J. (2021). Síndrome de burnout: Un problema moderno. *Revista entorno*, 70; 110-120.
- Madrigal, A. (2016). Los servicios sociales para personas mayores en España. En Fernández, J. N. (coor.). *Informe 2016. Las Personas Mayores en España*. Madrid: IMSERSO.
- Martín, P. (2021). La fina línea entre el cuidador no profesional y el cuidador profesional de las personas en situación de dependencia antes y después del COVID-19. *Lex Social: Revista De Derechos Sociales*, 11(1), 637–653. <https://doi.org/10.46661/lexsocial.5508>
- Martínez, M., Centeno, C., Sanz-Rubiales, A. y Del Valle, M. L. (2009). Estudio sobre el Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería de Cuidados Paliativos del País Vasco. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 53(1); 3-8.
- Martínez-Moreno, E. y Bermúdez-Pérez, M. P. (2016). Maltrato psicológico hacia los mayores: variables a tratar. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 7(1); 143-153. <http://dx.doi.org/10.20318/recs.2016.3161>

- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2; 99-113. doi: 10.1002/job.4030020205
- Medina, R. (2018). Vejez, envejecimiento y edadismo. En Rodríguez, M. P. y Aguado, T. (eds.). *Representaciones artísticas y sociales del envejecimiento*. Madrid: Dykinson.
- Meil, G. (2017). Los malos tratos a las personas mayores. En Fernández, J. N. (coor.). *Informe 2016. Las Personas Mayores en España*. Madrid: IMSERSO.
- Mena, M. J., Sánchez, C. y Trianes, M. V. (2005). Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15(4); 212-220.
- Menéndez, S., Cuevas-Toro, A. M., Pérez-Padilla, J., & Lorence, B. (2016). Evaluación de los estereotipos negativos hacia la vejez en jóvenes y adultos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51(6), 323–328. doi:10.1016/j.regg.2015.12.003
- Mestres, J. (2019). El envejecimiento de la población española y su impacto macroeconómico. *Papeles De Economía Española*, 161; 100-111.
- Moreno, S. (2019). Documento de trabajo 2.7: El desafío del género en los cuidados de la vejez. ¿Riesgo u oportunidad social? En Fernández, G. (coor.). *VIII. Informe Sobre Exclusión y Desarrollo Social en España*. Fundación FOESSA.
- Myers, D. G. (2008). Módulo 23. Las raíces de los prejuicios. *Exploraciones de la psicología social* (4ª edición). McGraw Hill.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). *Active Aging. A policy framework*. Madrid: Ediciones de la OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: Ediciones de la OMS.
- Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., Matos, C. y Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>
- Querejeta, M. (2004). *Discapacidad/Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación*. Madrid: IMSERSO.

- Ramírez-Navarro, J.M., Revilla, A., Fuentes, M., Gómez, E. (2021). *XXI Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia*. Málaga: Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales de España.
- Ramos, J., Meza, A. M., Maldonado, I., Ortega, M. P. y Hernández, M. T. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 11; 47-56.
- Rojo-Pérez, F., Forjaz, M. J., Fernández-Mayoralas, G., Prieto-Flores, M. E. y Rodríguez-Rodríguez, V. (2016). *Calidad de vida y bienestar en adultos mayores residentes en comunidad en España según perfiles sociodemográficos* [Congreso]. XIV CONGRESO NACIONAL DE POBLACIÓN, AGE.
- Sancho, M. (2011). *Estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la Comunidad Autónoma del País Vasco*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
- Sancho, M. y Martínez, T. (2021). Capítulo 5. El futuro de los cuidados de larga duración ante la crisis de la COVID-19. En Martín, J. M. *Informe España 2021*. Madrid: Universidad Pontificia de Madrid.
- Sarabia-Cobo, C. M., Díez, Z., San Millán, S., Salado, L. y Clemente, V. (2016). Relación entre estrés y calidad de vida en profesionales del área psicogerítrica como medidor de intervención para mejora en el clima laboral. *Gerokomos*, 22(2); 48-52.
- Schroyen, S., Adam, S., Marquet, M., Jerusalem, G., Thiel, S.; Giraudet, A. L. & Missotten, P. (2017). Communication of healthcare professionals: Is there ageism?. *European Journal of Cancer Care*. doi: 10.1111/ecc.12780
- Seisdedos, N. (1997). *MBI. Inventario "Burnout" de Maslach: manual*. Madrid, España: TEA.
- Silva, J. R., Gonzales, J. T., Mas, T., Marques, S. y Partezani, R. A. (2016). Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. *Avances en Enfermería*, 34(3); 251-258.
- Skirbekk, H. & Nortvedt, P. (2012). Inadequate Treatment for Elderly Patients: Professional Norms and Tight Budgets Could Cause "Ageism" in Hospitals. *Health Care Analysis*, 22; 192-201.

- Vega-Angarita O. M., Garnica-Flórez M. V., Rincón-Sepúlveda J. J. y Rincón-Aguirre L. M. (2014). Calidad de vida de los cuidadores familiares de los adultos mayores con enfermedad crónica. *Revista Ciencia y Cuidado*, 11(2); 84-95.
- Vidotti, V., Trevisan, J., Quina, M. J., Perfeito, R. y Cruz, M. L. C. (2019). Síndrome de burnout, estrés laboral y calidad de vida en trabajadores de enfermería. *Enfermería Global*, 55; 344-354. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.325961>
- Wyman, M. F., Shiwitz-Ezra, S. & Parag, O. (2019). Ageism in informal care network members of older women. *International Psychogeriatrics*, 31(10); 1463-1472. doi: 10.1017/S1041610218001977
- Yon, Y., Anderson, L., Lymburner, J., Marasigan, J., Savage, R., Campo, M., McCloskey, R. & Mandville-Anstey, S. A. (2010). Is Ageism in University Students Associated With Elder Abuse?. *Journal of Intergenerational Relationships*, 8(4), 386-402. doi:10.1080/15350770.2010.520625

Anexo A. Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARTICIPANTE ADULTO

Título del Programa:

"Burnout y edadismos en cuidadores formales e informales de personas mayores"

Estudiante TFM:

LEIRE OCIO PIEDRA

Lugar de realización:

Formulario online.

Introducción:

Antes de dar consentimiento para participar en este estudio, es importante leer y entender la siguiente explicación. Describe el objetivo, procedimientos, beneficios y riesgos del estudio, las alternativas disponibles, y el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento. Si no quiero participar, esto no afectará a mi tratamiento.

Esta hoja de consentimiento informado puede contener información que usted no comprenda en su totalidad, por lo que no dude en solicitar cualquier duda que se le plantee al respecto.

Propósito del estudio:

Con este estudio se intenta ver si hay relación entre la situación de sobrecarga de estrés (Burnout) que puedan estar sometidos los cuidadores formales e informales de personas mayores y ver si hay alguna relación con los estereotipos hacia los adultos mayores, llamados edadismos, que puedan tener. De esta forma se quiere profundizar más en el conocimiento del buen trato y el maltrato en el cuidado de las personas mayores.

Procedimientos/explicación del estudio:

Con este objetivo, solicitamos la colaboración de los adultos que sean profesionales del cuidado de personas mayores o bien que sean cuidadores informales, ya sea por ser familiar, amigo o cualquier otra circunstancia, que hayan recibido los cuestionarios de forma online. Se evaluará los niveles de burnout y el grado de edadismos.

Riesgos/beneficios:

Los participantes no se beneficiarán directamente de este estudio, salvo la oportunidad de poder contribuir al avance científico que puede beneficiar en el futuro para las personas cuidadoras que se encuentran en esta situación de Burnout, y para las personas mayores que se encuentren en situación de dependencia. No existe riesgo alguno derivado de la participación en este estudio salvo el cansancio que pueda suponer responder a las preguntas del cuestionario.

Confidencialidad

Este estudio requiere la recogida de ciertos datos personales. Algunos de estos datos son de carácter general (como, por ejemplo, su fecha de nacimiento, sexo...) y otros están relacionados con los niveles de estrés y sus opiniones personales. La recogida y tratamiento de dichos datos se llevarán a cabo de acuerdo con la legislación aplicable en materia de privacidad. Se adoptarán las medidas oportunas para

garantizar la debida protección de los datos en todo momento, sin violación alguna de la confidencialidad.

Estos datos se procesarán electrónicamente de manera anónima.

Según lo establecido por el Reglamento General de Protección de Datos vigente desde mayo de 2018, todos los datos que se recogen son estrictamente confidenciales.

Usted tiene derecho a pedir que le sean desvelados aquellos datos personales mantenidos de forma identificable, así como a solicitar la rectificación de cualquier dato incorrecto o incompleto. La información recogida no incluirá su nombre ni su dirección, ni ningún otro dato que permita su identificación. Todos los registros se mantendrán en la más estricta confidencialidad. Sólo se recogerán datos anónimos y se procesarán electrónicamente.

Coste/compensación:

No existe ningún coste por participar en este estudio. Todas las entrevistas y pruebas que se realicen no supondrán coste alguno. Tampoco recibirán compensación económica por participar en el estudio.

Alternativas a la participación:

Su participación es completamente voluntaria.

Participación voluntaria / Derecho a retirarse del estudio

Usted, de acuerdo con el RGPD mayo 2018 y la ley Orgánica 3/2018, tiene derecho de oposición y cancelación, así como de solicitar la limitación, portabilidad, reclamación y de retirada del consentimiento sobre el uso de sus datos en el momento que así lo decida.

Nombre del participante:

Nombre del estudiante: Leire Ocio Piedra

Firma del participante

He leído y comprendido este consentimiento informado.
La información de este consentimiento informado me ha sido explicada.

Firma del estudiante

Fecha

NOTA: Se harán dos copias del consentimiento informado: una será para el estudiante TFM y la última para el participante o sus familiares.

Anexo B. Compromiso de confidencialidad

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD PARA LOS ALUMNOS QUE RECOGEN DATOS DE CARÁCTER PERSONAL PARA EL DESARROLLO Y DEFENSA DE SU TRABAJO DE FIN DE MÁSTER E INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

El abajo firmante, D./Dña. **LEIRE OCIO PIEDRA**, con DNI _____ / estudiante matriculado en la UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LA RIOJA, S.A. (en adelante, "UNIR") en relación con los datos de carácter personal que va a recoger para el desarrollo y defensa de su Trabajo de Fin de Máster, se somete y compromete, en relación con los centros donde realizará la recogida de datos (en adelante, los "Centros") FUNDACIÓN ASCUDEAN y con UNIR, a las siguientes previsiones:

1. No revelar, a persona alguna ajena a los Centros, sin su consentimiento, la información a la que haya tenido acceso, excepto en el caso de que ello sea necesario para dar debido cumplimiento a obligaciones impuestas por las leyes o normas que resulten de aplicación, o sea requerido para ello por mandato de la autoridad competente con arreglo a derecho. Del mismo modo, se exceptúa de la presente previsión la utilización de los datos de los pacientes de los Centros con la única finalidad de utilizar los mismos en el Trabajo de Fin de Máster anteriormente citado. En ningún caso, se permitirá la utilización del nombre y apellidos de los pacientes y/o participantes, ni siquiera en el supuesto de que únicamente se indiquen las iniciales.
2. No utilizar la información a la que tenga acceso durante la recogida de datos en los Centros, y no disponer de ella de ninguna otra forma o con otra finalidad que no sea utilizar la misma en el Trabajo de Fin de Máster que el estudiante realice en el marco del curso en el que se encuentra matriculado en UNIR, así como la exposición de tal Trabajo.
3. No utilizar en forma alguna, cualquier otra información a la que hubiese podido acceder y que no sea necesaria para el desarrollo de su Trabajo Fin de Máster.
4. Cumplir, en el desarrollo de la recogida de datos en los Centros, así como en relación con la realización del Trabajo de Fin de Máster para con UNIR, la normativa vigente, nacional y comunitaria, relativa a la protección de datos de carácter personal y, en particular, el Reglamento (UE) 2016/679, aprobado por el Parlamento Europeo y disposiciones complementarias o cualquier otra norma que las sustituya en el futuro, así como la normativa española aplicable en materia de propiedad intelectual.
5. Cumplir los compromisos anteriores incluso después de finalizar la recogida de datos realizada en el Centro y terminada la relación con UNIR.
6. Cumplir la política de privacidad y seguridad implantada por los Centros.

El abajo firmante se hace responsable frente a los Centros y frente a UNIR, así como frente a terceros de cualquier daño que pudiera derivarse para unos y otros del incumplimiento de los compromisos anteriores y resarcirá a los Centros y a UNIR de las indemnizaciones, sanciones o reclamaciones que se vean obligados a satisfacer como consecuencia de dicho incumplimiento.

NOMBRE Y APELLIDOS: LEIRE OCIO PIEDRA

DNI:

FIRMA:

Anexo C. Autorización del centro

Anexo D. Informe favorable del comité ético

INFORME DE VALORACIÓN DE TRABAJO FIN DE MÁSTER

La Comisión de investigación de TFM de la Universidad Internacional de la Rioja, y los miembros que lo conforman exponen que:

El proyecto de TFM **Burnout y edadismos en cuidadores formales e informales de personas mayores** presentado por D/Dña Leire Ocio Pierda en el que consta como autor/a, ha sido valorado en Madrid a fecha del día 8 de marzo de 2022.

Entendiendo que este estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en esta institución, el proyecto presentado es valorado como **FAVORABLE**.

Firmado. Comisión TFM.
Facultad Ciencias de la Salud.



Anexo E. Formulario de Google

A continuación, se adjunta el formulario utilizado:

Burnout y edadismos en cuidadores formales e informales de adultos mayores

Hola, me llamo Leire Ocio. Soy estudiante del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria en la Universidad Internacional de La Rioja (UNIR). Estoy realizando la investigación "Burnout y edadismos en cuidadores formales e informales de personas mayores". Para ello necesito a personas mayores de edad sin importar que éstas trabajen cuidando o cuiden de personas mayores.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Antes de comenzar con los cuestionarios, es importante entender la siguiente explicación.

El propósito del estudio es comprobar si hay una relación entre la situación de sobrecarga de estrés (Burnout) y los estereotipos hacia las personas mayores (edadismos) en cuidadores formales e informales de adultos mayores. Para ello, también necesito que personas que no se encuentren en esta situación participen para establecer unos datos de normalidad con los edadismos.

El procedimiento es que toda persona que haya recibido este formulario online y desee participar responda a las preguntas que se les indica. Se evaluará el Burnout y los edadismos en los trabajadores y cuidadores informales de adultos mayores, y se evaluarán los edadismos en la población general.

Los participantes no se beneficiarán directamente de este estudio. No existe riesgo alguno derivado de la participación en este estudio.

Este estudio requiere la recogida de ciertos datos personales. Su recogida y tratamiento se llevarán a cabo de acuerdo con la legislación aplicable en materia de privacidad. Se adoptarán las medidas oportunas para garantizar la debida protección de los datos, sin violación alguna de la confidencialidad. Los datos se procesarán electrónicamente de forma anónima.

Según lo establecido por el Reglamento General de Protección de Datos vigente desde mayo de 2018, todos los datos que se recogen son estrictamente confidenciales. Tiene derecho a pedir que se le desvelen los datos personales que le puedan identificar, así como solicitar la rectificación de los datos incorrectos o incompletos. No se incluirán ni nombres, ni direcciones, ni ningún dato que sea identificatorio. Todo lo registrado será de forma confidencial. Sólo se recogerán datos anónimos y se procesarán electrónicamente.

No existe ningún coste por participar en este estudio. Tampoco recibirán compensación económica por participar en el estudio.

Su participación es completamente voluntaria. De acuerdo con el RGPD mayo 2018 y la ley Orgánica 3/2018, tiene derecho de oposición y cancelación, así como de solicitar la limitación, portabilidad, reclamación y de retirada del consentimiento sobre el uso de sus datos en el momento que así lo decida.

Para cualquier duda que le pueda surgir o para ampliar información. no dude en contactar conmigo a través del siguiente correo electrónico: ocio.leire@gmail.com

He leído, comprendo y estoy de acuerdo en dar mi consentimiento. *

- Sí
- No

Siguiente

Página 1 de 4

Borrar formulario

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar uso inadecuado](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Google Formularios

Preguntas sociodemográficas

Edad *

Tu respuesta _____

Género *

Femenino

Masculino

Otro: _____

Lugar de residencia *

Tu respuesta _____

Seleccione la/s opciones que más se adapten a tu situación. *

Trabajo cuidando a adultos mayores (+65 años)

Cuido a un familiar o persona cercana mayor (+65 años)

Ninguna de las anteriores

En caso de trabajar ofreciendo cuidados a un adulto mayor (+65 años), ¿en que sector ofrece los cuidados?

Médico/a

Enfermero/a

Auxiliar de enfermería

Psicólogo/a

Trabajador/a social

Otro: _____

En caso de cuidar a una persona mayor por ser familiar o persona cercana ¿Esta persona está en situación de dependencia?


Sí

No

¿Ha recibido formación en el cuidado de personas mayores? *

Sí

No

[Atrás](#) [Siguiete](#)  Página 2 de 4 [Borrar formulario](#)

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

[Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. Notificar uso inadecuado - Términos del Servicio - Política de Privacidad](#)

Google Formularios

Cuestionario de Evaluación de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE)

La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria *

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 Muy de acuerdo

Las personas mayores tienen menos interés por el sexo *

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 Muy de acuerdo

Las personas mayores se irritan con facilidad y son “cascarrabias” *

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 Muy de acuerdo

La mayoría de las personas mayores de 70 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante seria como para deteriorar sus capacidades normales *

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 Muy de acuerdo

Las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes *

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 Muy de acuerdo

A medida que las personas mayores se hacen mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles *

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 Muy de acuerdo

La mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 65 años aproximadamente, en donde se produce un fuerte deterioro de la salud *

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 Muy de acuerdo

A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas *

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 Muy de acuerdo

Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños *

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 Muy de acuerdo

La mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que les hacen depender de los demás *

	1	2	3	4	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

A medida que nos hacemos mayores perdemos la capacidad de resolver los problemas a los que nos enfrentamos *

	1	2	3	4	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

Los defectos de la gente se agudizan con la edad *

	1	2	3	4	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación, confusión...) es una parte inevitable de la vejez *

	1	2	3	4	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otra tan joven *

	1	2	3	4	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

Una gran parte de las personas mayores de 65 años "chocean" *

	1	2	3	4	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

Cuestionario Burnout: Maslach Burnout Inventory (MBI)

POR FAVOR, SOLO RESPONDE SI TRABAJA CUIDANDO A ADULTOS MAYORES O CUIDA A UNA PERSONA MAYOR INFORMALMENTE (POR SER FAMILIAR O PERSONA CERCANA). Si no pertenece a ninguno de estos dos grupos, por favor, clique en enviar al final de la página.

¡Muchas gracias!

Debido al cuidado que ofrezco me siento emocionalmente agotado.

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

Al finalizar los cuidados me siento agotado/a.

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

Me encuentro cansado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día cuidando.

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes

- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

Puedo entender con facilidad lo que piensan las personas que tengo que atender.

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

Creo que trato a las personas que tengo que atender como si fueran objetos impersonales.

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

Cuidar a las personas que tengo que atender todos los días es una tensión para mí.

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes

- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan las personas que tengo que atender.

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

Me siento "quemado" por el trabajo que hago cuidando.

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través del cuidado que ofrezco.

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes

- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que estoy cuidando.

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

Me preocupa que la situación de cuidado me esté endureciendo emocionalmente.

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

Me encuentro con mucha vitalidad.

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes

- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

Me siento frustrado por la situación de cuidado.

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

Realmente no me importa lo que les ocurra a las personas que tengo que atender.

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes

- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

Trabajar en contacto directo con las personas que cuido me produce bastante estrés.

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

Tengo facilidad para crear una atmosfera relajada con las personas que cuido.

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

Me encuentro animado después de trabajar junto con las personas que tengo que atender.

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes

- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

He realizado muchas cosas que merecen la pena durante esta situación de cuidado.

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

Cuando estoy cuidando siento que estoy al límite de mis posibilidades.

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales de la situación de cuidado.

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes

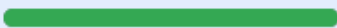
- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

Siento que las personas que atiendo me culpan de algunos de sus problemas.

- Nunca
- Alguna vez al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Algunas veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Diariamente

[Atrás](#)

[Enviar](#)

 Página 4 de 4

[Borrar formulario](#)