

**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TEMA:**

SÍNDROME DE BURNOUT Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN CUIDADORES DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS. CENTRO DE SALUD N° 4. AÑO 2021.

**AUTOR:**

BARAHONA TENESACA, GABRIEL ALCIDES

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

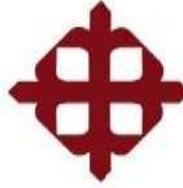
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**DIRECTORA:**

ANALUISA SALTO PATRICIA SOLEDAD

**GUAYAQUIL – ECUADOR**

**2021**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *el Dr. Gabriel Alcides Barahona Tenesaca*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

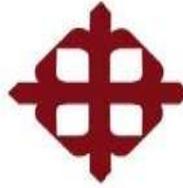
---

Dra. Patricia Soledad Analuisa Salto

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

---

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Yo, Gabriel Alcides Barahona Tenesaca

DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación “Síndrome de Burnout y su relación con la calidad de vida en cuidadores de pacientes con tuberculosis. Centro de Salud n° 4. Año 2021”, previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme a las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

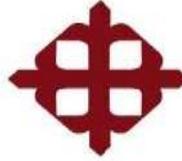
En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

---

Dr. Gabriel Alcides Barahona Tenesaca



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

AUTORIZACIÓN:

Yo, Gabriel Alcides Barahona Tenesaca

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: “Síndrome de Burnout y su relación con la calidad de vida en cuidadores de pacientes con tuberculosis. Centro de Salud n° 4. Año 2021”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

---

Dr. Gabriel Alcides Barahona Tenesaca



## Document Information

---

Analyzed document	BARAHONA TENESACA GABRIEL ALCIDES - urkun.pdf (D129425974)
Submitted	2022-03-04T13:55:00.0000000
Submitted by	
Submitter email	gbarahona0007@gmail.com
Similarity	0%
Analysis address	xavier.landivar.ucsganalysis.orkund.com

## Sources included in the report

---

SA

VANESSA CHAVEZ HERRERA TESIS.docx  
Document VANESSA CHAVEZ HERRERA TESIS.docx (D78174533)



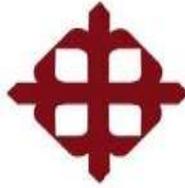
## **AGRADECIMIENTO**

El autor de esta investigación agradece a Dios Todopoderoso, a mis padres amados, esposa, e hijos, por brindarme siempre la motivación y apoyo para seguir adelante forjando mi desarrollo personal. Se agradece al Centro de salud N° 4 por abrir sus puertas a la investigación sin ningún tipo de barreras durante estos tres años de formación.

Gracias a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil y al Ministerio de Salud Pública del Ecuador por la apertura de tan valioso posgrado para el desarrollo de la salud integral de nuestro país. Gracias a nuestros tutores de la Unidad Asistencial Docente por habernos brindado sus conocimientos y experiencias en la especialidad, demostrando su dedicación a forjar profesionales de calidad y compromiso con nuestros pacientes.

## **DEDICATORIA**

Este trabajo está dedicado a mis padres, Sra. Gladys Tenesaca Torres y Sr. Manuel Barahona Piguave, por enseñarme el valor del estudio y de la honradez en la profesión, por brindarme su apoyo incondicional durante este tiempo de formación. A mi esposa, Sra. Verónica Chicaiza Ortega, por ser veedora de mi esfuerzo y sacrificio por lograr esta meta anhelada en mi profesión. A mis hijos, Gabriel y Gabriela Barahona por ser esa luz de alegría y de amor en mi vida. A mis amigos y colegas, que de una u otra forma han colaborado en el desarrollo y desempeño de mi vida profesional. A mis pacientes que han depositado en mí, su confianza en mejorar día a día su estado de salud de una forma integral.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

## **TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

---

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO  
DIRECTOR DEL POSGRADO

---

ARANDA CANOSA, SANNY  
COORDINADORA DOCENTE

---

BATISTA PEREDA, YUBEL  
OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA  
III COHORTE  
**ACTA DE CALIFICACIONES**



TEMA: "Síndrome de Burnout y su relación con la calidad de vida en cuidadores de pacientes con tuberculosis. Centro de salud N° 4. Año 2021".

POSGRADISTA: Dr. Gabriel Alcides Barahona Tenesaca

FECHA: Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						

Observaciones: \_\_\_\_\_

Lo certifico

DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS  
DIRECTOR DEL POSGRADO  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. YUBEL BATISTA PEREDA  
OPONENTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. SANNY ARANDA CANOSA  
COORDINADORA DOCENTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

## ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO .....	V
DEDICATORIA .....	VI
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN .....	VII
ACTA DE CALIFICACIONES.....	VIII
ÍNDICE GENERAL.....	IX
ÍNDICE DE TABLAS .....	XI
ÍNDICE DE ANEXOS .....	XII
RESUMEN .....	XIII
ABSTRACT.....	XIV
1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. EL PROBLEMA .....	5
2.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO .....	5
2.2 FORMULACIÓN.....	6
3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS .....	7
3.1 GENERAL.....	7
3.2 ESPECÍFICOS .....	7
4. MARCO TEÓRICO.....	8
4.1 SÍNDROME DE BURNOUT .....	8
4.1.1 Antecedentes históricos del Síndrome de Burnout.....	8
4.1.2 Características generales concepto del cuidador .....	9
4.1.3 Tipos de cuidador .....	9
4.1.4 Hacia una aproximación al concepto de Burnout .....	10
4.1.5 Manifestaciones clínicas.....	12
4.1.6 Factores asociados al síndrome de Burnout .....	12
4.1.7 Manejo del Síndrome de Burnout. ....	14
4.1.8 Test de Zarit Zarit. ....	15
4.1.9 Síndrome de Burnout y calidad de vida en cuidadores.....	16
4.2 CALIDAD DE VIDA .....	17
4.2.1 Antecedentes científicos generales .....	17
4.2.2 Definición de calidad de vida .....	19

4.2.3	Calidad de vida relacionada con la salud .....	19
4.2.4	Evaluación de calidad de vida .....	20
4.2.5	Cuestionario WHOQOL-BREF y sus dimensiones .....	21
4.3	TUBERCULOSIS .....	22
4.3.1	. La tuberculosis a través de la historia.....	22
4.3.2	Epidemiología.....	23
4.3.3	Repercusión de la tuberculosis en el mundo .....	23
4.3.4	Normas para el diagnóstico de la tuberculosis .....	24
4.3.5	Tuberculosis en el ámbito familiar .....	25
4.3.6	Tuberculosis en el ámbito social.....	26
4.4	ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	27
5	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS .....	30
6	MÉTODOS .....	31
6.1	NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN .....	31
6.2	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	31
6.3	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	31
6.4	JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO.....	31
6.5	POBLACIÓN DE ESTUDIO .....	32
6.5.1	Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.....	32
6.5.2	Criterios de inclusión .....	32
6.6	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	32
6.7	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	34
6.8	TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	34
6.8.1	Operacionalización de variables.....	35
7	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	37
8	CONCLUSIONES.....	49
9	VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	50
10	BIBLIOGRAFÍA.....	51
11	ANEXOS .....	65

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Distribución de la población de cuidadores según edad y sexo. Departamento de tuberculosis. Centro de salud N° 4. Año 2021 .....	38
<b>Tabla 2:</b> Distribución de la población de cuidadores según estado civil y sexo. Departamento de Tuberculosis. Centro de salud N° 4. Año 2021.....	39
<b>Tabla 3:</b> Distribución de la población de cuidadores según parentesco y sexo. Departamento de Tuberculosis. Centro de salud N° 4. Año 2021 .....	40
<b>Tabla 4:</b> Distribución de la población de cuidadores según etnia y sexo. Departamento de Tuberculosis. Centro de salud N° 4. Año 2021.....	41
<b>Tabla 5:</b> Distribución de la población de cuidadores según nacionalidad y sexo. Departamento de Tuberculosis. Centro de salud N° 4. Año 2021	42
<b>Tabla 6:</b> Distribución de la población de cuidadores según ocupación y sexo. Departamento de Tuberculosis. Centro de salud N° 4. Año 2021.....	43
<b>Tabla 7:</b> Distribución de la población de cuidadores según la escolaridad y sexo. Departamento de Tuberculosis. Centro de salud N° 4. Año 2021	44
<b>Tabla 8:</b> Distribución de la población de cuidadores según ingreso económico (Según ingreso familiar mensual per cápita). Departamento de Tuberculosis. Centro de salud N° 4. Año 2021 .....	45
<b>Tabla 9:</b> Distribución de la población de cuidadores según la sobrecarga. Departamento de Tuberculosis. Centro de salud N° 4. Año 2021.....	46
<b>Tabla 10:</b> Distribución de la población de cuidadores según la calidad de vida. Departamento de Tuberculosis. Centro de salud N° 4. Año 2021.....	47
<b>Tabla 11:</b> Distribución de la población de cuidadores según la sobrecarga y calidad de vida. Departamento de Tuberculosis. Centro de salud N° 4. Año 2021 .....	48

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo 1:</b> Consentimiento informado .....	65
<b>Anexo 2:</b> Formulario de recolección de datos .....	67
<b>Anexo 3:</b> Test de sobrecarga (cuestionario Zarit-Zarit).....	68
<b>Anexo 4:</b> Test de calidad de vida (test de WHOQoL-BREF).....	70

## RESUMEN

**Antecedentes:** Según la OMS, Ecuador se encuentra entre los diez países con mayor carga de tuberculosis, los programas de control no han conseguido controlar la enfermedad de forma satisfactoria por no haber detectado un número suficiente de casos, con un incremento acelerado en su prevalencia, afectando la calidad de vida de sus familiares. **Métodos:** Investigación de tipo relacional. Según la intervención del investigador es observacional, según su planificación, es de tipo prospectivo, según el número de ocasiones en que se mide la variable de estudio, es transversal, y según el número de variables analíticas, es analítico. Variables: Sociodemográficas, sobrecarga y calidad de vida. La información se obtuvo por encuesta y test psicométrico. **Resultados:** Predominó el grupo quinquenal de 30 a 34 años con el 25%; y el sexo femenino con el 58.3%. Sobrecarga leve con el 72.2%, calidad de vida baja con el 69.4%, asociación chi cuadrado  $X^2= 10.322$ ,  $p=0,006$ . **Conclusiones:** Sobrecarga leve, calidad de vida bajo y si existe asociación estadística entre el Burnout y la calidad de vida del cuidador.

**Palabras Clave:** tuberculosis, sobrecarga, cuidador, calidad, asociación, prevalencia.

## ABSTRACT

**Background:** According to the WHO, Ecuador is among the ten countries with the highest burden of tuberculosis, control programs have not managed to control the disease satisfactorily due to not having detected a sufficient number of cases, with an accelerated increase in its prevalence, affecting the quality of life of their relatives. **Methods:** Relational type research. According to the researcher's intervention, it is observational, according to his planning, it is prospective, according to the number of occasions in which the study variable is measured, it is cross-sectional, and according to the number of analytical variables, it is analytical. Variables: Sociodemographic, overload and quality of life. The information was obtained by survey and psychometric test. **Results:** The five-year group from 30 to 34 years old predominated with 25%; and the female sex with 58.3%. Mild overload with 72.2%, low quality of life with 69.4%, chi-square association  $X^2 = 10.322$ ,  $p = 0,006$ . **Conclusions:** Mild overload, low quality of life and there is no statistical association between Burnout and the quality of life of the caregiver.

**Keywords:** tuberculosis, overload, caregiver, quality, association, prevalence.

## 1. INTRODUCCIÓN

El "Síndrome de Burnout (SB) en todo el mundo" se ha evidenciado en los últimos años en diversos estudios con cuidadores de adultos mayores, cuyas consecuencias se centraron principalmente en las distintas áreas de su anamnesis y pusieron al descubierto problemas psicopatológicos como la ansiedad y la depresión, debido a la atención de una persona es una tarea difícil y emocionante, por lo que la mayoría de las consultas investigan las consecuencias del cuidado del cuidador y nombran el estrés como resultado negativo. (1)

Las últimas décadas han demostrado que se ha convertido en un problema psicosocial universal. Este síndrome agrava la interacción entre el trabajo, la familia y el paciente, el espíritu de servicio y la calidad de la atención. A esta "carga" se la conoce con varios sinónimos: crisis, Burnout, colapso, síndrome del cuidador, síndrome del cuidador primario, claudicación. El cuidado de una persona enferma se considera un oficio o arte que se reconstruye constantemente. Las diferentes tareas del personal de enfermería requieren de la preparación continua de tácticas para enfrentar situaciones relacionadas con la enfermería, integran desafíos físicos y emocionales en la profesión de acompañamiento. (2)

Los estudios sobre la calidad de vida han ganado relevancia en el sector sanitario en los últimos años. En otras palabras, dado que la paz del paciente es a veces tan importante como la curación de patologías. Este criterio es particularmente importante para los familiares que brindan cuidados, ya que se utiliza con entusiasmo como medida de resultados. Especialmente en pacientes con patologías crónicas para quienes la calidad de vida es primordial, considerando que la recuperación o curación de la patología es poco probable. (3)

El cuidado cotidiano del paciente, a partir del diagnóstico de una enfermedad crónica, recae en la familia, específicamente en el cuidador informal, quien apoya, acompaña, gestiona y asiste al paciente en la consulta y continúa los tratamientos en el domicilio y, sin esperarlo, termina asumiendo el rol de manera permanente, dedicando tiempo y esfuerzo al cuidado integral de su familiar durante el tiempo de

su cronicidad, pudiendo afectar su calidad de vida y por ende aumentar sobrecarga en sus responsabilidades cotidianas. (4)

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa, producida por el bacilo de Koch, puede ser afectada tanto por hombres como por mujeres, afecta principalmente a los pulmones, aunque también puede afectar a cualquier otro órgano. Cuando una persona se ve afectada por este bacilo, experimenta una serie de respuestas emocionales ante la enfermedad y asume que la familia es un elemento fundamental de apoyo emocional y social, actúa como amortiguador entre los eventos estresantes de la enfermedad y la vida, satisfaciendo funciones básicas, tales como brindar afecto, protección, apoyo económico, acompañamiento en el tratamiento de manejo y rehabilitación del familiar afectado. (5)

La unidad familiar es un recurso del sistema de salud porque son los familiares quienes permanecen en contacto recurrente y prolongado con el individuo enfermo de tuberculosis y son los proveedores de atención; permanecen más expuestos a contraer la enfermedad, este elemento de peligro puede incrementarse si se desconoce el proceso de la enfermedad y no se toman medidas preventivas en el domicilio, para ser positiva la recuperación del paciente y evitar el contagio a otros miembros del mismo. (6)

Según la OMS, los programas de control de la tuberculosis en algunos países, incluido Ecuador, no han logrado controlar la enfermedad de manera satisfactoria porque no han detectado suficientes casos. (7) Sin embargo, el control de la enfermedad requiere un enfoque centrado en el paciente, dependiendo del género, la etnia, la edad, el nivel de educación, la relación social, los ingresos personales, las comorbilidades y el apoyo sugerente en las áreas física y psicosocial, ya que la TB activa provoca cambios significativos en el calidad de vida y funcionalidad familiar de los pacientes, desde los síntomas somáticos asociados a la enfermedad y el tratamiento de los trastornos mentales, hasta el estigma social asociado a la enfermedad, que puede afectar negativamente la autopercepción del paciente con tuberculosis. (8)

Cabe nombrar que la población de pacientes con TB, mayormente, se hallan en una fase vulnerable gracias a varios cambios en su estilo de vida; además de las situaciones individuales, parientes y socioeconómicos que cada uno tiene. Por tal fundamento, el soporte social percibido como el recibido puede tener un impacto amortiguador en la paz física y emocional; ello involucra el combate a novedosas situaciones, como la discriminación, que puede convertirlo en un ser desacreditado socialmente, sintiendo de dicha forma la separación social. **(9)**

Actualmente, la tuberculosis es un importante problema de salud pública en todo el mundo que amenaza la esperanza y la calidad de vida al aumentar las muertes, impactando severamente las finanzas de las personas y sus familias, y las economías de los países, en los que se encuentra esta alarmante situación de salud pública. Hasta ahora, la tuberculosis ocupa un lugar destacado, por su rápido aumento en la prevalencia, afectando la calidad de vida de quienes están cerca de él. **(10)**

El presente estudio tiene como objetivo determinar los factores asociados, ya que no existen estudios sobre Síndrome de Burnout y su relación con la calidad de vida en cuidadores de pacientes con tuberculosis, por lo que se examinó a la familia en sus dimensiones, la tipología, al riesgo potencial y será una puerta de entrada para futuras investigaciones que fomentarán la detección temprana del SB en cuidadores. Además, debido al cambio en el perfil epidemiológico con predominio de enfermedades respiratorias, se espera que el número de cuidadores siga aumentando, por lo que puede convertirse en un problema por el impacto no solo en los cuidadores sino también en el sistema de salud pública.

## 2. EL PROBLEMA

### 2.1 Identificación, valoración y planteamiento

A nivel mundial, en la India, Yellappa y colaboradores, encontraron que la TB y el DOTS (Tratamiento bajo observación directa) tienen un impacto relevante en la vida del paciente, y a menudo se extiende a la familia y los cuidadores. La familia constituye el principal apoyo durante la recuperación del paciente. Los pacientes y sus familias tuvieron que afrontar la estigmatización, el miedo y las dificultades financieras que surgieron de la TB y el DOTS. (11)

En Latinoamérica, Tamaulipas. México, de 57 pacientes con tuberculosis pulmonar que tenían un cierto grado de cuidado por algún familiar, el 12% abandonó el tratamiento, de aquellos el 75% presentaba algún grado de disfunción familiar. (12)

En una investigación realizada en Colombia, se abordó el tema de “Calidad de vida de cuidadores de personas con secuelas de disfunción neurológica”. El objetivo era especificar su salud con la relación de la calidad de vida, y el nivel de estrés de cuidadores de personas con enfermedades neurológicas. Se realizó una investigación descriptiva de correlación transversal. Para la recolección de datos se utilizó el instrumento: escala de Barthel, enfoque sociodemográfico, escala de Zarit e instrumentos de Ferrell Betty. Se incluyeron 46 cuidadores como resultados; la edad de los pacientes era de 60,1 años y la de los cuidadores era de 22 y 47 años. (13)

Otro estudio en Brasil, encontró que el cuidador deja muchas cosas con el paciente, motivado por esforzarse por mejorar la calidad de vida del enfermo que cuida, pero el cuidador también se ve afectado por recaídas y sufrimientos que, por lo tanto, el enfermo se convierte en la carga. en el paciente aumenta a medida que avanza la enfermedad, lo que depende más del cuidador. Tanto es así que, con el temor de que suceda algo malo en su ausencia, el cuidador tiende a aislarse socialmente, reduce sus actividades y rutinas habituales y se convierte en un preso en su domicilio. (14)

En Ecuador, en 72 pacientes con tuberculosis presentes en las unidades de salud de los cantones Machala, Pasaje y Guabo, revelo el estudio que la mayoría de los participantes presentaron buena calidad de vida con afectación leve en la dimensión rol físico, salud general, rol emocional, gracias a los cuidados de algún familiar cercano. (15)

Otro estudio realizado en Ecuador, la TB es una patología que se ha tornado común en los ambientes de estratos bajos, con baja condiciones socioeconómicas y sanitarias deprimidas, afectando mucho el núcleo familiar; según datos mundiales ocupó el décimo lugar en América en frecuencia de casos, para el año 2017 reportó 7.200 casos nuevos y recidivas con una tasa de 43 por cada 100.000 habitantes. Según el último censo realizado en el año 2019, Ecuador ocupa el sexto lugar en el mundo de vulnerabilidad. (16)

En el centro de salud N° 4 de la ciudad de Guayquil, se evidencia al cuidador del paciente con tuberculosis con mucha sobrecarga emocional por la situación que provoca la enfermedad y no es tomado en cuenta al momento del estudio de la calidad de vida que presenta el cuidador en su núcleo familiar en referencia al entorno que vive. La influencia de la familia dentro de la sociedad es de gran ayuda, y más aún, para un paciente de tuberculosis pulmonar, puesto que estos deben tener los debidos conocimientos sobre la enfermedad y las respectivas medidas higiénico-sanitarias y de prevención, que les ayudará a concluir su tratamiento, si su intervención es de forma positiva en la sanación del paciente o no; y como se debe tratar a los mismos estando en estado de vulnerabilidad en su calidad de vida como cuidadores. Entonces se plantea la siguiente pregunta:

## **2.2 Formulación**

¿Existe asociación entre el Síndrome de Burnout y la calidad de vida en los cuidadores de pacientes con tuberculosis?

### **3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

#### **3.1 General**

Asociar el Síndrome de Burnout con la calidad de vida en los cuidadores de paciente con tuberculosis. Centro de salud N° 4. Año 2021.

#### **3.2 Específicos**

- Caracterizar la población de estudio según variables sociodemográficas.
- Identificar el nivel del Síndrome de Burnout en los cuidadores de pacientes con tuberculosis del centro de salud N° 4.
- Determinar la calidad de vida en los cuidadores de pacientes con tuberculosis.
- Establecer la posible asociación entre el Síndrome de Burnout y la calidad de vida en los cuidadores de pacientes con tuberculosis.

## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1 Síndrome de Burnout

#### 4.1.1 Antecedentes históricos del Síndrome de Burnout

El síndrome de burnout es un cuadro de desgaste profesional que fue descrito por primera vez en Estados Unidos en el año 1974 por el psiquiatra Herbert Freudenberger. Se caracteriza por la pérdida gradual de energía, la descomposición del trabajo, cambiando el comportamiento en el que la sensibilidad y la comprensión se vuelven distantes y fríos. Todos estos síntomas son un conjunto de síntomas médicos y psicológicos no específicos, desarrollados en actividades laborales, después de una demanda de energía excesiva. Se pueden resumir en el agotamiento de lo emocional, la personalización y las debilidades de la implementación personal, denominada síndrome de agotamiento profesional o síndrome de Won Professional. El trabajo realizado por el cuidado principal de un paciente con cáncer no es muy diferente de un servidor de salud porque debe depender, responder a las necesidades físicas y emocionales del paciente, debe resolverse con la enfermedad, todo lo interesado en la enfermedad y también se enfrenta al círculo familiar. (17)

El término quemado es un sustrato utilizado, cuando la asociación británica comienza un concepto común en el marco de los atletas que describen una situación en ella, en contra las expectativas de las personas, donde no tuvo éxito en obtener los resultados esperados por más que entrenaron e intentaron conseguirlos. En español, su traducción literal significa "estar quemado", síndrome del profesional quemado "o" quemazón profesional ". (18)

Entre los desarrollos conceptuales del síndrome de burnout, el primero es el modelo multidimensional de Maslach (1982, 1993, 2009), que es la referencia necesaria para estudiar este fenómeno. Modelo existencial de Pines (1993), Agotamiento desde el sentido existencial de Längle (2003); los enfoques de Cox, Kuk y Leiter (1993); el modelo de agotamiento de Bakker, Demerouti y Schaufeli (2006); el enfoque de Dworkin (1) y Gil-Monte (2005 a, 2007) sobre el síndrome de burnout laboral. (19)

El burnout es un problema de salud y calidad de vida en el ámbito laboral, un tipo de estrés crónico, como una respuesta psicofisiológica que se presenta en cada individuo debido al esfuerzo constante, cuyo resultado se considera ineficaz e inadecuado, pues la persona reacciona agotándose, en situaciones sin palabras, porque pierde la confianza en sí misma. (20)

#### **4.1.2 Características generales concepto del cuidador**

El término "cuidar" se refiere a proporcionar a una persona aspectos que están agotados o que faltan. (21) Entonces decimos que cuidador es la persona que asiste a otra persona que necesita ayuda para cuidar de sí misma. Por ejemplo, niños, ancianos o pacientes con enfermedades crónicas o en condición de discapacidad. Los cuidadores son profesionales de la salud, familiares, amigos, trabajadores sociales o miembros de organizaciones religiosas que prestan ayuda en el hogar, en el hospital o en otro entorno de asistencia sanitaria. También se llama persona a cargo del paciente. (22)

El cuidador también debe ser alguien que escuche las necesidades del paciente. Aroche explica que hay personas que fingen cuidar a los ancianos, sin embargo, solo los acuestan para ver la televisión y esto, a diferencia de ayudarlos, es perjudicial para su salud. (23) Es posible que sea difícil para los familiares compartir las responsabilidades. Pueden surgir o empeorar las discusiones o los sentimientos heridos del pasado. Pero, a veces, el cuidado de un familiar enfermo acerca a las personas. (24)

#### **4.1.3 Tipos de cuidador**

Realizando hincapié en el Art. 3 de la Ley Orgánica de Salud del Ecuador, en donde se encuentra a la salud como el completo estado de confort físico, de la mente y social y no únicamente la falta de afecciones o patologías, hay 3 tipos de cuidadores: (25)

- **Cuidador principal:** Es el individuo delegada de la mayoría del cuidado del enfermo. Frecuenta vivir en el mismo domicilio que el enfermo, o bastante alrededor de éste, y frecuenta tener una interacción familiar bastante cerca.
- **Cuidador formal:** Es aquella persona o personas con una formación

correcta para proteger al enfermo y que cobran una remuneración por realizarlo.

- **Cuidador informal:** Son esas personas que son parte del grupo familiar y colaboran en más grande o menor medida en la atención al enfermo.

Es primordial el proceso de asumir el papel de cuidador, debido a que influirá en la forma subsiguiente de proteger y de cómo se sentirá el propio cuidador realizando la labor. (26)

#### **4.1.4 Hacia una aproximación al concepto de Burnout**

Como resultado, el síndrome de burnout comenzó a ser estudiado en diversos grupos de personas, como deportistas, sacerdotes, estudiantes y personas que, aunque no tienen un empleo formal (o remunerado, asalariado), pero son susceptibles a factores de riesgo psicosocial. asociados con el síndrome de burnout, como amas de casa y familiares que cuidan a discapacitados o enfermos terminales. En cuanto a estos últimos, en la mayoría de los casos los cuidadores son familiares de personas con necesidades especiales. (27)

Se define como un síndrome psicológico de agotamiento emocional, deterioro de la personalidad y reducción de la realización personal que puede presentarse en personas comunes que trabajan con personas de esta u otra manera.

Para esto, presenta dos modelos característicos:

- a) Modelo clínico.** Freudenberger (1974), empleó por vez primera el término burnout para describir un conjunto de síntomas físicos sufridos por personal de salud como resultado de las condiciones de trabajo. Según este autor, es propio de las ocupaciones de ayuda y se caracteriza por el agotamiento por un trabajo intenso que no tiene en cuenta las propias necesidades. Este enfoque muestra que el burnout ocurre con mayor frecuencia, en los profesionales más dedicados, en aquellos que trabajan más intensamente frente a las presiones y exigencias del puesto, anteponiendo sus propios intereses comunicativos.

**b) Modelo psicosocial.** La mayoría de sus seguidores aceptan la definición de burnout desarrollada por Maslach y Jackson (1986), quienes lo ven como una respuesta principalmente emocional, situando los factores laborales y organizativos como condicionantes y premisa. Los estudios de Maslach y Jackson (1981 y 1986) sugirieron que el Burnout es un síndrome tridimensional que se desarrolla en los profesionales con sujetos de trabajo humanos (usuarios) y le suma unas tres dimensiones características:

- **Agotamiento emocional.** Se define como cansancio y fatiga que puede manifestarse física, mental o una combinación de ambas. Es la sensación de no poder hacer más que uno mismo por los demás.
- **Despersonalización.** Esta es la segunda dimensión y se entiende como el desarrollo de emociones, actitudes y reacciones negativas, distantes y frías hacia los demás, especialmente hacia aquellos que disfrutan con el propio trabajo. Se acompaña de un aumento de la irritabilidad y pérdida de motivación para él. El profesional trata de distanciarse no solo de quienes aceptan su trabajo sino también de los miembros del equipo con el que trabaja, mostrándose cínico, irritable, sarcástico y, en ocasiones, utilizando etiquetas despectivas para referirse a los usuarios y tratar de hacerlos sentir culpables de su frustración y menor rendimiento laboral.
- **Sentimiento de bajo logro o realización profesional y/o personal.** Surge cuando se comprueba que los requerimientos que se le imponen exceden su capacidad de respuesta competente. Se asocia con reacciones negativas hacia uno mismo y el trabajo, alienación de las relaciones personales y profesionales, desempeño laboral deficiente, incapacidad para trabajar bajo presión y baja autoestima. La imperfección personal en el trabajo se caracteriza por una frustración dolorosa y una incapacidad para dar un significado personal al trabajo. Se sienten sentimientos de fracaso personal (falta de habilidad, esfuerzo o conocimiento), falta de expectativas y visión en el trabajo e insatisfacción general. Consecuencias: las llegadas tardías, las interrupciones repetidas, la evitación del trabajo, la ausencia escolar y el abandono del trabajo son síntomas comunes y típicos de esta patología laboral. (28)

#### 4.1.5 Manifestaciones clínicas

En cuanto a los síntomas, diferentes autores (Maslach y Pines, 1977; Cherniss, 1980 y Maslach, 1982) revelan que se pueden agrupar en cuatro áreas sintomáticas:

- **Síntomas psicósomáticos.** Cefalea, fatiga crónica, úlceras o desórdenes gastrointestinales, dorsalgia, cervicalgia, e hipertensión y en las mujeres pérdidas de ciclos menstruales.
- **Síntomas conductuales.** Engloba síntomas tales como ausentismo laboral, conducta violenta, abuso de drogas, incapacidad de relajarse, etc.
- **Manifestaciones emocionales.** Distancia emocional que se da en el profesional en expresión para todos los pacientes, la impaciencia, ganas de salir del trabajo, e irritabilidad se encuentran entre las expresiones emocionales que componen el tercer grupo de síntomas. También suele presentarse dificultad de concentración por ansiedad, lo que conduce a una disminución del rendimiento en el trabajo y, al mismo tiempo, dudas sobre su competencia profesional y, en consecuencia, una disminución de su autoestima.
- **Síntomas defensivos.** Los síntomas defensivos implican rechazo emocional. Es un mecanismo que utilizan los profesionales para poder aceptar sus emociones, rechazando las emociones descritas anteriormente, cuyas formas más comunes son: la negación emocional, la ironía, la atención selectiva y la transferencia de emociones a otras situaciones o eventos. También pueden usar la intelectualización o la atención parcial a lo que es menos desagradable para defenderse.

#### 4.1.6 Factores asociados al síndrome de Burnout

- **La edad,** aunque no parece afectar el comienzo del síndrome, las personas consideran que habrá un período de conciencia, porque será de algunos años en los que los expertos serán particularmente vulnerables, los primeros años son los primeros años en la carrera profesional desde entonces. Será la fase de transición de las expectativas ideales de la práctica diaria, altamente en ese momento que no se espera que las recompensas personales, profesionales y económicas no se esperan.

- **Según el sexo**, son las mujeres más vulnerables, tal vez en el caso de profesionales médicos por diferentes motivos porque pueden ser una carga de trabajo dual relacionados con una práctica profesional y una tareafamiliar, así como la elección de algunas especialidades profesionales que prolonga el papel de las mujeres.
- **El estado civil**, aunque el mayor síndrome está relacionado con personas sin socios estables, pero no hay acuerdo de parte y parte; Parece que los solteros tienen mayor síntoma de fatiga, un logro menos personal, en comparación con las personas casadas o que coexisten con parejas estables y con hijos, haciendo que estas personas resistan más al síndrome, debido a las tendencias generales de su madurez y estabilidad, enfrentando mejor los problemas personales y los conflictos emocionales; y ser más realistas sobre el apoyo familiar.
- **La turnicidad laboral** y las horas de trabajo de estos profesionales pueden llevar a ciertos autores de la presencia de síndrome, aunque no hay consenso en este criterio, siendo en enfermería donde esta influencia es mayor.
- **La antigüedad profesional**. Algunos autores encuentran relaciones positivas con el síndrome expresadas en dos etapas, correspondientes a los primeros dos años de carrera profesional y más de 10 años de experiencia, como momentos de un nivel más bajo de enlaces que el síndrome. Naisberg y Fenning pudieron encontrar una relación inversa debido a que los individuos que más agotados están, eventualmente renunciarán a sus carreras, por lo que los trabajadores que tienen más años en su ambiente laboral sufrirán menos agotamiento y, por lo tanto, continuarán.
- **La relación entre Burnout y sobrecarga laboral en los profesionales asistenciales**, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente.
- **El salario** ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de Burnout en estos profesionales, aunque no queda claro en la literatura.

#### 4.1.7 Manejo del Síndrome de Burnout.

- **Apoyo social.** El contacto social es un antídoto natural contra el estrés. La cara y el corazón están conectados por el cerebro, hablar cara a cara con un buen oyente puede ayudar a calmar nuestro sistema nervioso rápidamente y así reducir el estrés.
- **Realizar ejercicio.** Trate de hacer ejercicio durante 30 minutos o más cada día, comenzando con 10 minutos si cree que no puede y aumente gradualmente, incluso si es solo caminar. El ejercicio es una forma muy eficaz de mejorar el estado de ánimo, aumentar la energía, mejorar la concentración y relajar la mente y el cuerpo. Para aliviar al máximo el estrés, en lugar de continuar concentrándose en sus pensamientos, concéntrese en su cuerpo y las sensaciones a medida que se mueve, la sensación de sus pies tocando el suelo, por ejemplo, o el viento soplando a través de su piel.
- **Modifica la forma de ver el trabajo.** Trata de agregar valor a lo que haces, enfocándote en los aspectos de tu trabajo que más te gustan, aunque sea solo charlar con compañeros de trabajo a la hora del almuerzo. Cambiar su actitud hacia el trabajo puede ayudarlo a recuperar el propósito y el control.
- **Dieta saludable.** Minimizar azúcar y carbohidratos refinados. Reduzca su consumo de cafeína, grasas trans y alimentos ricos en conservantes químicos u hormonas. Coma más ácidos grasos omega-3, ya que las mejores fuentes son el pescado azul (salmón, arenque, caballa, anchoas, sardinas), algas, semillas de lino y nueces. Evitar la nicotina, fumar cuando se siente estresado puede parecer que lo calma, pero la nicotina es un estimulante fuerte que conduce a niveles más altos de ansiedad. Beba alcohol con moderación porque el alcohol reduce temporalmente la ansiedad, pero demasiado puede causar muchos efectos secundarios, como un aumento de la ansiedad.
- **Reevalúa prioridades.** Establece límites. No extenderse demasiado. Aprender a decir “no” a las peticiones de su tiempo. Si usted encuentra esto difícil, recuerda que decir “no” le permite decir “sí” a las cosas que realmente quiere hacer. Toma un descanso todos los días de la tecnología. Fije una hora todos los días cuando se desconecta por completo. Poner fuera de su

computadora portátil, apague el teléfono, y dejar de consultar el correo electrónico.

#### **4.1.8 Test de Zarit Zarit.**

Desde la teoría transaccional del estrés, se considera que la sensación de sobrecarga del cuidador es una de las manifestaciones del estrés psicológico y social que genera dicha situación. Según esta teoría, el estrés psicológico se define como un proceso dinámico resultante de la interacción del individuo con su entorno físico y social. Así, cuando el nivel de necesidad, latente en la tarea de cuidar a un paciente cercano a la demencia, excede los recursos internos y externos del cuidador, éste experimentará emociones y percepciones negativas, caracterizadas en su estado subjetivo por abrumadores sentimientos de arrepentimiento, incomodidad o carga relacionada con su rol de cuidador. Lazarus y Folkman (1984) destacan que la influencia de las circunstancias de cuidado del cuidador sobre la salud psicofisiológica del ayudante dependerá del mecanismo de evaluación cognitiva de que disponga. (29)

La Escala de Zarit es un test psicológico que mide el bienestar de los cuidadores de personas dependientes, en especial en cuidado de personas con algún grado de demencia. Steven H. Zarit fue quien originó este instrumento de evaluación psicométrico, que consta de 22 ítems reactivos de respuesta tipo Likert. La escala de Zarit, mide los niveles de consciencia y percepción de los cuidadores, relacionados con los aspectos de su vida que sufren cualquier alteración debido a las labores de asistencia.

El cuidador tiene unos valores de frecuencia para responder a la escala de Zarit, entre el 1 (nunca) y el 5 (casi siempre). Los ítems de esta herramienta de análisis también tienen en cuenta los recursos financieros y sociales que se invierten para facilitar y mejorar las labores de cuidado. (30)

La puntuación de la escala de Zarit está entre los 22 a los 110 puntos. Si el rango de puntuación obtenido es muy elevado, significa que el sujeto tiene un alto nivel de afección en relación a sus tareas de cuidado. Si el sujeto tiene interés en saber en qué punto de afección se encuentra, puede autoadministrarse este estudio y ver

directamente sus resultados. Sin embargo, la mejor forma de trabajar la escala de Zarit es mediante un terapeuta, que pueda ofrecerle alternativas de mejora al cuidador, orientadas tanto a su vida personal como a la profesional.

Una vez realizado todo el cuestionario, se procede a la suma de todos los valores. Según la adaptación española, los puntos de corte que determinan el nivel de afección del cuidador son:

- Sin sobrecarga: < 46
- Sobrecarga leve: 47 - 55
- Sobrecarga intensa: > 56

En dicha evaluación se tienen en cuenta tanto aspectos físicos, como psicológicos y económicos, ya que cuidar a una persona dependiente es una labor que afecta a varios ámbitos de la vida de la persona cuidadora. (31)

#### **4.1.9 Síndrome de Burnout y calidad de vida en cuidadores.**

El agotamiento del cuidador se ha definido como "respuestas multidimensionales a factores estresantes físicos, psicológicos, emocionales, sociales y financieros asociados con la experiencia del cuidado". Varias características del cuidador afectan la carga del cuidador.

El 73% de los cuidadores familiares son mujeres, y estas experimentan mayores niveles de estrés, tensión, síntomas paranoides, percepción de enfermedad y niveles más bajos de calidad de vida. Otro rasgo que parece influir en la percepción de sobrecarga es la edad del cuidador; a mayor edad del cuidador, mayor carga cognitiva. Los cuidadores sumisos, los que tienen dificultades para evaluar sus propias capacidades y los que están acostumbrados al sufrimiento y la humillación sienten más la carga. La cultura también da forma a las diferencias en la percepción de la carga; Janevic, Connell y Cols, encontraron que los cuidadores blancos tendrían a estar más deprimidos y calificaron el cuidado como estresante que los cuidadores estadounidenses o africanos. (32)

El Burnout además se sigue de desilusión y sentimientos negativos; puede reducir la confianza en la raza humana y muchas veces conlleva elevados niveles de

vulnerabilidad; asimismo, perjudica la calidad de vida y la buena adhesión del procedimiento para los pacientes, reduce la moral e incrementa el absentismo. Con la era, los cuidadores tienen la posibilidad de sentirse desilusionados, abrumados y volverse fríos en su atención, llegando a experimentar crisis de salud, o presencia de sintomatología ansiosa o postraumática. (33)

## **4.2 Calidad de vida**

### **4.2.1 Antecedentes científicos generales**

El término “calidad de vida” se remonta al siglo pasado, cuando floreció y se difundió la idea del estado de bienestar, surgido de los desequilibrios socioeconómicos previos a la Gran Depresión de la década de 1930. En la posguerra (1945 –1960), en parte producto de las teorías del desarrollo social (keynesianas) que pedían la reorganización geopolítica y la restauración del orden internacional, después del final de la Segunda Guerra Mundial. En la era de la posguerra, hubo un movimiento mundial sobre el papel del estado en la determinación del bienestar de sus comunidades: la esencia del estado de bienestar era proporcionar una especie de protección para aquellos sin la ayuda del estado, puede que no sea posible llevar una vida de un nivel mínimamente aceptable, según los criterios de la sociedad moderna (el modelo keynesiano). (34)

El modelo occidental de salud, a inicios de la década de 80 presento la denominada paradoja de la salud, enunciado que surge cuando los hechos contradicen a los resultados en el contexto de la salud pública, cuyas acciones solían ser verticales y operaban de forma autónoma en lugar de estar integradas en el sistema de atención en salud, cuyo defecto más grave fue el ignorar casi por completo las causas socioeconómicas y políticas que subyacen bajo los problemas de salud, una realidad de muchos estados en vías de progreso, donde se poseen diversos logros en macro indicadores de salud, utilizando la ciencia y la tecnología, pero paralelamente se presenta poca satisfacción en lo que refiere al bienestar y salud percibida de los pacientes a causa del aumento en la medicalización y el deterioro en la relación médico paciente. (35)

El empleo del concepto de calidad de vida (CV) se remonta a los Estados Unidos

posterior a la segunda guerra mundial, como un ensayo de los investigadores de la época de comprender la percepción de los individuos acerca de si tenían una buena vida o si se sentían económicamente seguros. Su empleo se extendió a partir de los años sesenta cuando los científicos sociales inician investigaciones de CV recogiendo datos objetivos como el nivel educacional, estado socioeconómico, tipo de vivienda, siendo estos indicadores insuficientes ya que sólo demostraban un 15% de la varianza en la CV individual, debido a esta situación algunos psicólogos propusieron que mediciones subjetivas podrían elevar el porcentaje de varianza de la CV de los individuos, a partir de entonces se vincularon las variables psicológicas a su definición. **(36)**

El concepto de calidad de vida ha tenido una evolución histórica cautivadora que en sus inicios consistía en la atención de la salud personal, luego se transformó en la preocupación por la salud pública y se extendió después a los derechos humanos, ciudadanos y laborales, continuó con el acceso a los bienes económicos, y eventualmente pasó a preocuparse por las experiencias del sujeto, la vida social, las actividades diarias y su propio bienestar. **(37)**

La calidad de vida incluye aspectos importantes, como el físico, el fisiológico y el psicosocial (emocional, espiritual, rol, interdependencia, autoestima). El hombre es una entidad social que, ante todo, necesita a los demás para sobrevivir, crecer, desarrollarse, lograr una autoestima y una interdependencia acordes, y desempeñar diferentes roles en una sociedad. La sociedad es cada vez más compleja y cambiante. **(38)**

Ante una enfermedad crónico degenerativa, la familia o algunos miembros de la familia se ven gravemente afectados, tienen cambios y ajustes en las actividades y funciones diarias, de no ser favorable, derivará en enfermedades de los demás (estrés, depresión, hipertensión, gastritis, colitis, anemia, enfermedad pulmonar, etc.). La familia a menudo proporciona el principal apoyo, pero a menudo es la persona con la mayor responsabilidad y, por lo tanto, soporta la carga física y emocional del cuidado del paciente. **(39)**

#### **4.2.2 Definición de calidad de vida**

Calidad de vida como definición es complejo, ya que es un término global y multidimensional, que involucra diversos elementos que inciden en el mismo, en el que se estiman elementos de carácter objetivos y subjetivos al definirlo, por otra parte, es necesario discernir que la definición de calidad de vida se debe establecer desde una perspectiva cultural debido a que presenta cambios dependiendo del momento histórico, cultural y social. **(40)**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es un concepto global multidisciplinar que implica una serie de elementos de carácter objetivos que están en relación a la salud, alimentación, educación, vestimenta, ocio, vivienda, trabajo, derechos humanos y seguridad social. En el que se debe prestar atención a los elementos subjetivo, que hace referencia a las percepciones de las personas sobre los elementos objetivos, a pesar que no existe un consenso sobre una definición de calidad de vida los expertos manifiestan que implica el bienestar psicológico y funcionamiento conductual subjetivo. **(41)**

Dado que la enfermedad y su tratamiento pueden afectar la integridad psicológica, social y económica de las personas, así como su integridad biológica, es posible tratar de comprender la calidad de vida en salud desde cada una de estas áreas. De esta forma, se puede lograr una mejora en la calidad de vida del paciente ya sea curando la enfermedad o mejorando a largo plazo los peores síntomas, o evitando los daños causados por los errores de los profesionales médicos o por la presencia de enfermedades secundarias. efectos de las drogas. **(42)**

#### **4.2.3 Calidad de vida relacionada con la salud**

La salud es considerada como una de las principales áreas responsables de la calidad de vida. Los constructos de calidad de vida, como un concepto más subjetivo, multifactorial e individual que otros, se utilizan para evaluar el estado de salud de las poblaciones y los individuos (por ejemplo, deficiencia, discapacidad o discapacidad), incorporando una nueva dimensión: salud cognitiva, física, psicológica y social. componentes El desplazamiento del término calidad de vida de las ciencias sociales a la investigación en salud viene con una prioridad

pragmática: la construcción de escalas, técnicas o instrumentos de medida.

En relación de las tecnologías de salud, de la calidad del cuidado sanitario o de los servicios de salud, la búsqueda de medidas se intensificó en los años 80, y el concepto de estado de salud se expandió hasta llegar a contener completamente el concepto calidad de vida. En ocasiones, esta contribución se ha realizado más en términos metodológicos (elaboración, comprobación y análisis estadístico) que de reflexión conceptual sobre la propia noción de calidad de vida. No obstante, desde el campo médico raramente se ha estado interesado en el sentido amplio de calidad de vida, sino en evaluar la accesibilidad y utilización de servicios sanitarios, los cuidados de salud, y las consecuencias de enfermedades o tratamientos, a veces incluyendo efectos indirectos sobre aspectos como el desempleo o las dificultades financieras. En este contexto, para evitar ambigüedad, se usa frecuentemente el término calidad de vida relacionada con la salud. **(43)**

#### **4.2.4 Evaluación de calidad de vida**

La calidad de vida incluye factores tanto subjetivos como objetivos. Los factores subjetivos incluyen la percepción de un individuo de su bienestar físico, psicológico y social. Por otro lado, los factores objetivos incluirán el bienestar material, la salud y la relación armoniosa con el entorno físico y la comunidad. Por lo tanto, son muchos los aspectos que inciden en la calidad de vida de una persona, que van desde las condiciones económicas, sociales, políticas y ambientales hasta la salud física, el estado psicológico y la armonía en las relaciones de sus redes individuales y comunitarias.. **(44)**

Para poder evaluar la CV, se debe reconocer en su concepto los componentes multidimensionales que incluyen estilos de vida, vivienda, empleo, y situación económica. Es por eso que la calidad de vida está técnicamente determinada por valores estándar que varían de un sujeto a otro, de un grupo a otro y de un sitio a otro.

Los instrumentos para evaluar la CV se clasifican en instrumentos genéricos que

se emplean con el propósito de distinguir entre personas afectadas y pronósticar intervenciones, y específicos que engloban dimensiones de la CV de una determinada patología. Estos intentan cuantificar y revelar el grado de afectación que una enfermedad y sus complicaciones afectan las dimensiones físicas y psicosociales del individuo y según su percepción se pueden utilizar como indicadores de salud en la definición de decisiones clínicas. **(45)**

#### **4.2.5 Cuestionario WHOQOL-BREF y sus dimensiones**

La necesidad de incorporar nuevos indicadores en salud pública con una mirada más comprensiva al proceso de salud - enfermedad, ha permitido la incorporación en el campo de la evaluación sanitaria de nuevos conceptos, como es el caso de la Calidad de Vida (CV).

Por tanto, es necesario estudiar con definiciones claras y herramientas que permitan comparar diferentes poblaciones con características similares para profundizar, por ejemplo, en relaciones, asociaciones o el papel de modulación que puedan tener otras variables. calidad de vida en diferentes países y contextos. Como ha demostrado la OMS, estas medidas transculturales permiten comparaciones epidemiológicas a nivel internacional, facilitando la comprensión de la enfermedad y el desarrollo de tratamientos, contribuyendo a promover la equivalencia conceptual, semántica, funcional y psicológica de medidas como la vida en diferentes culturas.

En este contexto, desde 1990/99, la Organización Mundial de la Salud ha colaborado para diseñar una herramienta de evaluación de la calidad de vida, WHOQoL100, con preguntas generadas a partir de la información recopilada del cuestionario a pacientes, sus familias y profesionales de la salud a través de grupos focales, con diversas publicaciones sobre sus características psicométricas. **(46)**

El WHOQoL- Bref está compuesto por 26 preguntas, de las cuales, una inquiriere sobre la calidad de vida general, una sobre satisfacción con la salud y los 24 restantes se agrupan en cuatro dominios de calidad de vida, siendo estos:

- Salud física (7 preguntas),
- Salud psicológica (6 preguntas),
- Relaciones sociales (3 preguntas)
- Ambiente (8 preguntas).

Cada encuestado debe responder a cada faceta en categorías cuyo puntaje oscila entre 1 y 5 puntos (Escala Likert). Los puntajes de los dominios luego son convertidos según una tabla de corrección de puntajes debido a la desigualdad en el número de ítems, teniendo la posibilidad de convertirse en un rango de 0 a 100 o de 4 a 20. En esta investigación hemos utilizado la puntuación de 0 a 100, para efectos de su comparación con los valores normativos propuestos para la escala. Se considera que a mayor puntuación mejor CV (baja: < 40, media 41 – 59, alta > 60). (47)

### **4.3 Tuberculosis**

#### **4.3.1. La tuberculosis a través de la historia**

La tuberculosis (TBC), contagiosa y sin medicina para combatirla, causó angustia en quienes la padecieron y honda preocupación en el entorno familiar, sin excepción de jerarquía social, edad o estado económico. Es suficiente para una de las casas afectadas por esta enfermedad como parte de la lista aterradora de partes instantáneas del vecindario o la ciudad.

Se pueden entender, mientras que los padres y amigos evitarán el contacto con los pacientes, solo por esta dolorosa situación utilizada para superar los días aislados, colapsados por la fiebre y la tos persistentes. En ciertas ocasiones, en la etapa final, una hemoptisis terrible será responsable de poner fin a su sufrimiento. (48)

La edad media, época de oscurantismo, permite citar la pintura La Primavera de Sandro Botticelli que reprodujo fielmente la facie febril y hectica de su amada la bella Simonetta Vespucci famosa tuberculosa de florentina. También se relacionó con un rey famoso de Francia Carlos IX que murió de empiema pleural.

En la edad moderna aparece otro rey de Francia Luis XIII que murió a los 33 años

por la peste blanca, nos remontamos a la revolución francesa y citamos al creador de la patología general Xavier Bichat quien murió de meningitis tuberculosa, ya en el siglo XIX el ilustre clínico de los tisiólogos Teófilo Jacinto Laennec, quien fue el creador de la auscultación por el estetoscopio y moriría de tuberculosis por su afán del estudio de la enfermedad. (49)

En el siglo XX, fue testigo de tres epidemias principales. La influenza pandémica de 1918 y los años 80 de los años 80 y 90 son aquellos que reciben mayor atención. Pero la tercera, la tuberculosis, es la más multiplicación hasta ahora y en muchas partes del mundo, la amenaza de esta enfermedad sigue siendo válida. La tuberculosis nos enseña muchas lecciones sobre estrategias que pueden contribuir a eliminar la pandemia existente y lo que sucede cuando estas medidas ni siquiera conducen. De 1800 a 2000, esta enfermedad mató a más de mil millones de personas. Aunque es causado por un virus en lugar de virus, la enfermedad tiene una similitud aterradora con el coronavirus. (50)

#### **4.3.2 Epidemiología**

Alrededor de un tercio de la población mundial se infectó con la tuberculosis. A fines del siglo XX, lo declaró "emergencia global". Cada año, se descubren 8 y 10 millones de casos. Cada año, 2 a 3 millones de personas mueren, la tuberculosis es la principal causa de muerte por el agente infectado y también es la principal causa de muerte de las personas infectadas con el VIH porque causa una cuarta parte de la muerte en este grupo. Se ha encontrado tuberculosis multi resistente en la mayoría de los países donde se presenta la enfermedad. (51)

#### **4.3.3 Repercusión de la tuberculosis en el mundo**

La tuberculosis, aunque puede ser evitado y curable, es una de las principales causas de muerte en el mundo, ya que supera la tasa de mortalidad total de los virus de la inmunodeficiencia en humanos (VIH) y la malaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de su estrategia para acabar con la TB, ha propuesto como objetivo reducir la mortalidad por TB a nivel mundial para 2035 y eliminar la enfermedad para 2050. (52)

El 95% de incidencias y muertes se hallan en las naciones en desarrollo, se cree que un tercio poblacional a grado de todo el mundo muestran tuberculosis latente, este término es aplicado a toda la gente que fueron contagiados por el bacilo de Koch, sin embargo, que todavía no han manifestado la tuberculosis y tampoco tienen la posibilidad de transmitirla, solo una pequeña porción de los contagiados por tuberculosis, al no llevar un buen estilo de vida. (53)

El estudio de los determinantes sociales contribuye a un análisis integral de la situación de salud de la población, y facilita el desarrollo de medidas preventivas adecuadas para avanzar gradualmente hacia el acceso universal a la economía y el éxito de las iniciativas intersectoriales.

#### **4.3.4 Normas para el diagnóstico de la tuberculosis**

El diagnóstico definitivo de tuberculosis implica la identificación del agente causal en secreciones orgánicas o muestras de tejido. La sospecha clínica debe ser confirmada por bacteriología; inicialmente con bacilos y, si persistentemente negativos, con cultivo. (54)

La baciloscopia directa es la técnica de confirmación más práctica, sencilla y rápida. Se puede realizar en la mayoría de los departamentos de salud y detecta pacientes que tosen grandes cantidades de bacilos y propagan infecciones en la comunidad. Con esta técnica se puede confirmar del 65% al 80% de los casos pulmonares en adultos. Con la baciloscopía (BK), el laboratorio puede confirmar la tuberculosis, detectar y evaluar el proceso de infección, confirmar la curación de quienes completan el régimen e identificar a quienes fracasan con su tratamiento.

El cultivo muestra que los bacilos vivos están presentes en pequeño número, lo que permite detectar casos antes de que infecten y diagnosticar diferencialmente otras enfermedades pulmonares crónicas, confirmando que se trata completamente de bacilos de tuberculosis. También juega un papel muy importante en el seguimiento de pacientes con TB resistente a los medicamentos, ya que permite la detección temprana de fallas en el tratamiento y el conocimiento de la susceptibilidad a los medicamentos antituberculosos.

#### **4.3.5 Tuberculosis en el ámbito familiar**

Apoyo a las familias para intervenir ante eventos que afectan la salud; Al estar en contacto constante con el paciente, los familiares se involucran activa y trascendentemente en la promoción de la adherencia, no solo en cuanto a la farmacología sino también a los cambios en su estilo de vida. Las familias son responsables de su adherencia al tratamiento, ya que muchas veces están inmersas en fuertes estereotipos o estigmas sociales, donde la familia trata de ocultarlos, lo que indica su implicación, son necesarios para una buena adherencia al tratamiento. (55)

El apoyo de la familia es la base para motivar al paciente a continuar con el tratamiento definitivo de la tuberculosis hasta la completa curación de la enfermedad, según lo prescrito por el personal médico y realizar el examen médico correspondiente. Asimismo, el apoyo emocional es fundamental ya que permite acompañar al paciente durante todo el curso de la enfermedad, evitando pensamientos negativos y dudas sobre sí mismo. La tuberculosis pulmonar se acompaña de debilidad general, poca energía y fuerza física para las actividades diarias. El estigma social tiene una gran influencia en los pacientes; Por eso se sienten rechazados y excluidos de la sociedad, lo que les baja la autoestima. (56)

Durante el proceso de esta enfermedad el núcleo familiar juega un papel crucial como apoyo social importante, el paciente debe desarrollarse en un clima social estable que rehabilite su dolencia. Las variaciones en las dinámicas familiares del paciente son extremadamente trascendentales y cruciales, pues si son llevados negativamente influirán en el deterioro físico y psicológico del paciente, aunado además a la discriminación social a que pueda ser sometido en el entorno. Esta enfermedad también afecta la autoestima del paciente, se puede ver cómo la autoestima disminuye con esta enfermedad, modificando la identidad y muchas veces el autoconcepto de la persona, que reduce su sentido de control y aumenta su inseguridad, su dependencia y sentimientos de invalidez (ser inútil a la sociedad). (57)

#### **4.3.6 Tuberculosis en el ámbito social**

El soporte social (SS) o apoyo social ha sido uno de los aspectos abordados en la evaluación de la calidad de vida, principalmente en personas con tuberculosis, debido a las situaciones de prejuicio que aún caracterizan las reacciones sociales. Es un concepto que involucra la estructura de la red de relaciones sociales, la adecuación de su función, y el grado de satisfacción de la persona. Se puede decir que el SS abarca políticas y redes de apoyo como familia, amigos y comunidad, que tienen como finalidad contribuir al bienestar de las personas, principalmente aquellas en situación de exclusión. (58)

Es el apoyo social el que actuará como amortiguador entre los acontecimientos vitales estresantes y la enfermedad, y, por exposición frecuente, permitirá detectar a tiempo los signos y síntomas característicos de la enfermedad, así como sublimemente implicado en la adherencia al tratamiento, no sólo con farmacología sino también con cambios en el estilo de vida. Cuando surge cierta enfermedad, especialmente la tuberculosis, como se le conoce, esto es un fastidio para quienes padecen esta enfermedad. "Va a crear en la familia una alteración de la dinámica familiar pudiendo unir aún más sus vínculos familiares o creando conflictos en ellos. Ante esta nueva situación la familia va asumir una actitud ya sea de aceptación, rechazo o indiferencia". Todas estas actitudes van a influir significativamente en el desarrollo posterior de la enfermedad. (59)

La tuberculosis, según Bronfenbrenner, es una enfermedad social vinculada a la pobreza. Entendida así, requiere atención desde varios puntos de vista, desde varios subsistemas, como la familia, los amigos, las condiciones de trabajo, el cuerpo médico o la organización hospitalaria, que pueden convertirse en promotores o disruptores de la enfermedad de esta etiología, influyendo incluso en el curso y pronóstico de la enfermedad. La responsabilidad de curar a un paciente no debe limitarse a un solo subsistema, por ejemplo, la tuberculosis, no solo al sistema sistémico (el paciente), sino también al microsistema (la familia); saber que la interacción dentro de ella, las transacciones establecidas, la micro-red social que, con el fin de sanar, interfiere en la eficacia del tratamiento. (60)

#### **4.4 Antecedentes investigativos**

La mayoría de los problemas de salud pueden ser causados por las condiciones socioeconómicas de las personas. Sin embargo, las soluciones centradas en el tratamiento de la enfermedad radican principalmente en la política sanitaria sin integrar plenamente las intervenciones en la “causa de la causa”, como las acciones sobre el entorno social. Como resultado, los problemas de salud persisten, las desigualdades en salud y atención médica aumentan, y los resultados logrados con las intervenciones de salud orientadas a la cura son inadecuados y no se lograrán las metas de salud de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

De 57 cuidadores de pacientes con tuberculosis pulmonar, de Reynosa, Tamaulipas. México en el estudio titulado factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis familiar, se obtuvo una prevalencia de 0.02%, con predominio de hombres (56%) de los pacientes. Teniendo como edad mínima de 18 años y la máxima de 83. El 85% de los pacientes comenzó con un tratamiento corto supervisado de manera estricta, el 66,6% de ellos se curó al final del tratamiento, el 19,2% continuó en retirada y el 12% abandonó el 21 tratamiento; 92.2% refirió problemas en su ámbito personal después de ser diagnosticado de tuberculosis pulmonar. Los pacientes con tratamiento de negligencia 75% presentaron algún nivel de disfunción familiar en sus cuidadores. (61)

Según Weakland, en una investigación realizada en Lima, Perú; las interacciones familiares son primordiales tanto en el origen, evolución y resultado de las enfermedades. Este autor advertía que la familia tiene una influencia directa (pudiendo complicar o favorecer funciones corporales) como indirecta (ayudando o interfiriendo en el empleo de tratamientos médicos). Por otro lado, Campbell y Treat, manifiestan que la familia puede ejercer un impacto sobre la salud de sus integrantes a través de dos caminos: el psicofisiológico y el conductual. Desde el punto de vista psicofisiológico, se hace mención a los factores familiares asociados con el estrés, si el individuo cuenta con un buen funcionamiento familiar, ésta se transforma en el principal centro de apoyo, en cambio si el funcionamiento de la familia es inadecuado, puede originar un estrés adicional. (62)

El estudio realizado en Manaus, Brasil por los autores França de Oliveira y Ferreira, titulado los factores sociales y ambientales asociados a la hospitalización de los pacientes con tuberculosis, presentaron como resultados que, entre los factores sociales para la Tuberculosis, está la relación entre ingresos inferiores a un salario mínimo dentro del hogar. (63)

La incidencia mundial de tuberculosis está disminuyendo en aproximadamente un 2% por año. Se espera que este número disminuya al 5% para alcanzar la meta de la “Estrategia contra la Tuberculosis” del 2020. Se estima que entre 2000 y 2018 se salvaron 58 millones de vidas gracias al diagnóstico y tratamiento de la TB. Poner fin a la epidemia de tuberculosis para 2030 es una de las metas relacionadas con la salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. (64)

En otro estudio realizado en China, los cuidadores y pacientes con TB, tienen unas puntuaciones de calidad de vida bajas, en especial en la función física, lo cual ocasionan un deterioro en la calidad de vida, afectando su relación con las fuentes de apoyo sociales y familiares, las cuales son importantes factores que influyen en la búsqueda y tratamiento de la enfermedad. En cuanto a la relación laboral de la población afectada, la mayoría se encuentra sin trabajo y, por ende, hay afectación de su ingreso familiar y de la calidad de vida de sus convivientes, que en ocasiones cumplen funciones de cuidadores, aumentando el impacto social de la enfermedad como el síndrome del cuidador, lo cual resulta fundamental para establecer medidas de prevención y para mejorar la calidad de vida en sus condiciones de trabajo de este tipo de pacientes. (65)

Varios estudios han reportado una relación entre el apoyo familiar y la satisfacción con la vida. Según Frone, Yarley y Markel, el apoyo familiar está relacionado con variables familiares como la sobrecarga familiar, el tiempo que se pasa con la familia, el estrés familiar, la calidad de vida y la satisfacción del corazón familiar. En este sentido, variables como el apoyo familiar y la satisfacción familiar pueden jugar un papel fundamental en la gestión del conflicto personal. (66)

A menudo, estas actitudes pueden explicarse por una variedad de factores sociales que se han identificado como los principales contribuyentes a este tipo de retraso en el diagnóstico y tratamiento, incluidos la pobreza, el nivel educativo y más bajo, el abuso de sustancias, la edad, el género y el estigma social. , preferencia por opciones de tratamiento alternativas, Dependencia del sector privado debido a las creencias locales, conocimiento de la transmisión de la TB y falta de conciencia, estas percepciones tienen un impacto negativo en las familias y las personas que conducen a la vergüenza, la vergüenza conduce a la autodiscriminación y a la evitación del contacto físico entre los miembros de la comunidad, la familia y la comunidad conduce al aislamiento social de los pacientes como ocurrió en un estudio en Zambia. **(67)**

Se necesitan mecanismos de apoyo social para influir en el comportamiento de búsqueda de atención, el cumplimiento y el bienestar general de los pacientes en la práctica clínica, donde los miembros de la familia suelen ser los más instrumentales para responder a estas necesidades psicosociales, y también son importantes para brindar apoyo económico a los pacientes que enfrentan altos costos médicos o que se ven obligados a dejar sus trabajos, como sucedió en Lima, Perú. **(68)**

## **5 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS**

El Síndrome de Burnout se asocia con la calidad de vida de los cuidadores de pacientes con tuberculosis.

## **6 MÉTODOS**

### **6.1 Nivel de la investigación.**

Se realizó una investigación de tipo relacional, los datos estudiados yacen en el departamento de Tuberculosis del Centro de salud N° 4.

### **6.2 Tipo de investigación.**

Según la intervención del investigador se realiza estudio observacional, según su planificación, es de tipo prospectivo, según el número de ocasiones en que se mide la variable de estudio, éste es transversal, y según el número de variables analíticas, es analítico ya que fue un análisis bivariado.

### **6.3 Diseño de investigación.**

Se realiza un estudio de casos y controles.

### **6.4 Justificación de la elección del método**

Dado los antecedentes y planteamiento del problema es de trascendencia social, que tiene un gran impacto en el Ecuador, no solo por su sintomatología clínica sino también por sus repercusiones negativas en el ámbito social, económico, nutricional, psicológico de la persona, familia, sociedad y Estado, donde debemos considerar que el diagnóstico de la enfermedad no solo lo recibe el paciente sino también lo recibe la familia, la que se ve afectada en lo emocional, funcional y estructural.

Se determinará la relación entre el Síndrome de Burnout y la calidad de vida en los cuidadores de pacientes con tuberculosis, aplicando el test de Zarit – Zarit y el cuestionario WHOQoL- Bref, cuya captación precoz servirá para evitar su rápida progresión y el surgimiento de complicaciones; además que representa un coste significativo para la Salud Pública.

Ante lo expuesto se propone una aplicabilidad que permita disminuir los problemas psicológicos y por ende mejorar la calidad de vida en los cuidadores de paciente con tuberculosis.

## **6.5 Población de estudio.**

La población a investigar se determinó a todos los cuidadores de los pacientes con tuberculosis, con sus criterios de inclusión y exclusión correspondientes; y se tomará en referencia el número total de pacientes tuberculosos registrados, diagnosticados, y con tratamiento, que acuden al departamento de tuberculosis del centro de salud N° 4, en el año 2021.

### **6.5.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.**

La población asignada es de 36 personas, que corresponde a los cuidadores de pacientes con diagnóstico de tuberculosis, que asistieron al departamento de tuberculosis perteneciente al centro de salud N° 4, donde se cumplió características inclusivas para la realización del estudio.

### **6.5.2 Criterios de inclusión.**

1. Cuidadores que muestren su aceptación de participar en la investigación a través de la firma del consentimiento informado.
2. Convivencia del cuidador en el domicilio del paciente con tuberculosis, o considerar si el cuidador pasa más de 10 horas en el día en el mismo lugar, aunque no resida en él.
3. Recibir o no remuneración económica por los cuidados del paciente.

### **6.5.3 Criterios de exclusión**

1. Que el paciente con tuberculosis del cuidador haya fallecido.
2. Que las visitas domiciliarias de los cuidadores de pacientes con tuberculosis sean inefectivas por más de dos ocasiones.
3. Cuidador cuyos pacientes con tuberculosis son derivados a otra unidad de salud por cambio domiciliario.
4. Que el cuidador sea menor de 18 años.

## **6.6 Procedimiento de recolección de la información**

La investigación fue aprobada por el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Durante su realización se cumplieron las normas éticas establecidas en el reglamento de ética para las investigaciones del Ecuador. Previo

a la aplicación del instrumento de investigación, el autor se entrevistó con el director (a) del Centro de salud N° 4 y se solicitó su firma de autorización.

Para dar salida al primer objetivo, en donde se incluyeron las variables sociodemográficas, se utilizó la encuesta elaborada por el autor, que fueron validadas por expertos a través de los criterios de Moriyama.

Para lograr el segundo objetivo se utilizó el test de Zarit-Zarit, donde consta de 22 preguntas, cuya puntuación máxima es de 88 puntos, en el que se considerará "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, de 47 a 55 una "sobrecarga leve", y "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56, que determinará si existe o no Síndrome de Burnout en los cuidadores.

Para lograr el tercer objetivo se utilizó el test WHOQoL-BREF, cada encuestado debía responder cada aspecto con una puntuación que oscilaba entre 1 y 5 puntos en una escala tipo Likert donde el grado 1 equivale a "muy malo", 2 "poco", 3 "normal", 4 "auspicioso", 5 "muy bueno". Los puntajes se convierten a una tabla de puntaje corregido por la desigualdad del conteo de elementos, con la posibilidad de convertirlos en el rango de 0 a 100 o de 0 a 20. En este estudio, usamos puntajes de 0 a 100, con el propósito de comparación con los valores normativos recomendados para la báscula. Se considera que, a mayor puntuación, mejor CV (bajo: < 0 > 60).

Para demostrar el cumplimiento del cuarto objetivo se realizó la asociación de las variables a través de la prueba estadística chi cuadrado.

## 6.7 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron:

<b>OBJETIVO 1: Determinar las variables sociodemográficas del cuidador</b>	
VARIABLE	TIPO DE TÉCNICA
EDAD	ENCUESTA
SEXO	ENCUESTA
ESTADO CIVIL	ENCUESTA
PARENTESCO	ENCUESTA
ETNIA	ENCUESTA
NACIONALIDAD	ENCUESTA
OCUPACIÓN	ENCUESTA
ESCOLARIDAD	ENCUESTA
INGRESO ECONÓMICO	ENCUESTA
<b>OBJETIVO 2: Determinar el nivel de Burnout en el cuidador</b>	
VARIABLE	TIPO DE TÉCNICA
SOBRECARGA	PSICOMETRÍA
<b>OBJETIVO 3: Determinar la calidad de vida del cuidador</b>	
VARIABLE	TIPO DE TÉCNICA
CALIDAD DE VIDA	PSICOMETRÍA

## 6.8 Técnicas de análisis estadístico

El procesamiento de los datos se realizó a través del programa estadístico IBM SPSS Statistics 26.0 (2019). Se utilizó números absolutos y proporciones (porcentajes) para el resumen de las variables cualitativas y cuantitativas. Para determinar la asociación estadística entre la variable de supervisión y las variables asociadas para probar la hipótesis, la prueba estadística de Chi cuadrado de homogeneidad, con un nivel de confianza del 95,0 % y un nivel de significancia del 5 % ( $p < 0,05$ ).

La información se muestra en tablas para su mejor comprensión.

## Variables

### 6.8.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidades, categorías o valor final	Tipo/Escala
Edad	Edad (grupos quinquenales)	18-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65 o más.	Cuantitativa discreta
Sexo	Sexo	Masculino Femenino	Cualitativa nominal
Estado civil	Estado civil (Situación actual relacionada con la pareja)	Soltero (a) Unión libre Casado(a) Viudo(a) Separado(a) Divorciado(a)	Cualitativa nominal
Parentesco	Parentesco	Pareja (conviviente) Padres Hermanos Tíos Abuelos Otros	Cualitativa nominal
Etnia	Autoidentificación étnica	Indígena Afroecuatoriana Negro (a) Mulato (a) Montubio (a) Mestizo (a) Blanco (a) Otros	Cualitativa nominal
Nacionalidad	Nacionalidad	Ecuatoriano (a) Extranjero (a)	Cualitativa nominal
Ocupación	Ocupación	Empleado público Empleado privado Cuenta propia Ama de casa Trabajadora no remunerada Estudiante Jubilado (a) Desempleado Niños sin edad escolar Otros	Cualitativa nominal

Escolaridad	Escolaridad	Ninguna (analfabetismo) Primaria sin terminar Primaria terminada Secundaria terminada Bachillerato terminado Universitario terminado Posgrado terminado	Cualitativa ordinal
Ingreso económico	Ingreso económico	Adecuado (2.54 usd/persona/día o más) Bajo (menos 2.54 usd/persona/día) Muy Bajo (menos 1.43 usd/persona/día)	Cualitativa ordinal
Sobrecarga	Test de Zarit – Zarit	No sobrecarga (<46), Sobrecarga leve (47 – 55), Sobrecarga intensa (>56)	Cualitativa ordinal
Calidad de vida	Test de calidad de vida (test de WHOQoL-BREF)	Baja (<40) Media (41-59) Alta (>60)	Cualitativa ordinal

## 7 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**Tabla 1:** Distribución de la población de cuidadores según edad y sexo. Departamento de tuberculosis. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Edad	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
65 o más	0	0,0	1	4,8	1	2,8
50-54	3	20,0	2	9,5	5	13,9
45-49	3	20,0	2	9,5	5	13,9
40-44	1	6,7	2	9,5	3	8,3
35-39	2	13,3	3	14,3	5	13,9
30-34	3	20,0	6	28,6	9	25,0
25-29	2	13,3	3	14,3	5	13,9
20-24	1	6,7	2	9,5	3	8,3
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>41,7</b>	<b>21</b>	<b>58,3</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuesta

Se puede observar que según la distribución de la población según la edad predominó el grupo quinquenal de 30 a 34 años con el 25%; y según el sexo predominó el femenino con el 58.3%. Es evidente que la mayor parte de las personas cuidadoras son adultos jóvenes. (Tabla 1)

En otros resultados obtenidos en una investigación referente al síndrome de Burnout en cuidadores informales de pacientes psiquiátricos, en cuanto a la descripción de la muestra, reflejo que el 88,88 % son de género femenino, el 13,11 % son de género masculino. El 52,45 % se encuentran en el rango de edad mayor de 41 años, seguidos por el rango de 31 a 40 años de edad. (69)

Un estudio realizado en Cuba referente a la calidad de vida en cuidadores primarios de pacientes con cáncer revela que, el 78.6% correspondió a cuidadores del sexo femenino y el 45.2% se encontró en el rango de edad de 40-49 años de edad. (70)

En Chiclayo, Perú, en un estudio realizado referente a la relación entre el síndrome de Burnout y la calidad de vida en el cuidador principal de pacientes con secuela de accidente cerebrovasculares revela, en cuanto a las características sociodemográficas, se encontró que el 65% del sexo femenino, 45% tienen una edad entre 30 y 49 años. (71)

**Tabla 2:** Distribución de la población de cuidadores según estado civil y sexo. Departamento de Tuberculosis. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Estado Civil	Sexo				Total	%
	Sexo		Femenino			
	No	%	No	%		
Unión libre	7	46,7	13	61,9	20	55,6
Casado	5	33,3	4	19,0	9	25,0
Soltero	3	20,0	3	14,3	6	16,7
Separado	0	0,0	1	4,8	1	2,8
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuesta

Se puede observar que según el estado civil de la población en estudio predominó el estado unión libre con el 55.6%; y según el sexo predominó el femenino del estado de unión libre con el 61.9%. (Tabla 2).

Un estudio realizado en la Clínica Bamboo de la ciudad de Lima, Perú, se aprecia que del total de cuidadores de la persona adulta mayor que no tiene Síndrome de Burnout, el 57,1% son solteros mientras que el 28,6 son casados y el 14,3 divorciado o separado. Asimismo, los que tienen Síndrome de Burnout leve, el 72,7 son solteros, el 9,1 casados, divorciados o viudos. Además, se apreció también que de los cuidadores que tienen Síndrome de Burnout alto el 50% pertenece al grupo de solteros mientras que el 50% pertenece al grupo de divorciado/separado. (72)

Otro estudio realizado en Ibarra, Ecuador, referente a la carga y calidad de vida del cuidador informal de pacientes oncológicos en la fundación jóvenes contra el cáncer, se determinó que el 60 % son casados/as; el 13% son solteros/as, mientras que en un porcentaje igualitario del 10% son separados y en unión libre, finalmente con un porcentaje menor del 7% son divorciados. (73)

De igual manera otro estudio transversal realizado en Brasil, donde se utilizó una muestra de 32 cuidadores, se recolectaron datos sociodemográficos, desobrecarga del cuidado y la calidad de vida, se evidenció igual que en este estudio que el 75% eran personas casadas/os, el 12 % están divorciadas/os y un 15% estaban solteras/os. (74)

**Tabla 3:** Distribución de la población de cuidadores según parentesco y sexo. Departamento de Tuberculosis. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Parentesco	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
Pareja (conviviente)	7	46,7	14	66,7	21	58,3
Padres	4	26,7	4	19,0	8	22,2
Hermanos	3	20,0	2	9,5	5	13,9
Tios	1	6,7	0	0,0	1	2,8
Abuelos	0	0,0	1	4,8	1	2,8
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuesta

Se puede observar que según el parentesco de la población en estudio predominó la pareja (conviviente) con el 58.3%; y según el sexo predominó el femenino como pareja (conviviente) con el 66.7%. (Tabla 3).

En Salamanca, España, en los estudios realizados, había diferencias significativas entre ser esposo/a, padre/madre y otro. Sin embargo, en la subescala pérdida e indefensión de la variable sentido del cuidado las diferencias eran significativas entre ser esposo/a, padre/madre y otro, pero estas eran mayores en el grado de parentesco “otros”. (75)

En un estudio realizado en la ciudad de Quito, en referencia al parentesco el 84% es la madre quien se encarga del cuidado, y el 16% los cuidadores tienen una relación con la persona dependiente como familiares cercanos, abuelas o tías quienes se encargan del cuidado, en estos casos tiene relación con el tiempo de cuidado es menor y la responsabilidad es menor por lo que posiblemente presentaran una sobrecarga leve frente al cuidado de una persona. (76)

De igual manera, en un estudio realizado en Cuernavaca, referente al Síndrome de Burnout en el cuidador primario del paciente en etapa terminal, según su estudio sociodemográfico, el 7.50% son padres del paciente al que cuidan, el 10% mamá, el 22.50% esposas, el 12.5% hijos, el 17.50 a hijas, el 15% a hermanas y el 5% a primas, cuyo estudio coincide con los resultados presentes en este trabajo investigativo. (77)

**Tabla 4:** Distribución de la población de cuidadores según etnia y sexo. Departamento de Tuberculosis. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Etnia	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
Indígena	11	73,3	16	76,2	27	75,0
Mestizo	4	26,7	5	23,8	9	25,0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuesta

Se puede observar que según la etnia de la población en estudio predominó la etnia indígena con el 75%; y según el sexo predominó la femenina con el 76.2%. (Tabla 4).

En la ciudad de Ibarra, en un estudio realizado a los cuidadores de pacientes ingresados en el Hospital San Vicente de Paul, se identificó que, en referencia a la auto-identificación la mayoría, el 92.4% se consideran mestizos a diferencia del 4.2% afrodescendiente. (78)

En un estudio realizado en la ciudad de San Gabriel, Carchi, los datos de caracterización según etnia de los cuidadores informales del centro de rehabilitación Luz y Vida, representan en mayor porcentaje con el 97% a la etnia mestiza y con un porcentaje minoritario del 3% la etnia afroecuatoriana. (79)

Los datos fueron comparados con un estudio realizado sobre la carga de trabajo de los cuidadores, realizado por Roció del Pilar Asencios, donde se pudo evidenciar que la carga de los cuidadores es ligera e intensa y la mayoría de los evaluados se autoidentifican como personas mestizas con el 83% y con menor puntaje del 17% en la raza afroecuatoriano, donde no coinciden con los resultados de la presente investigación. (80)

**Tabla 5:** Distribución de la población de cuidadores según nacionalidad y sexo. Departamento de Tuberculosis. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Nacionalidad	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
Ecuatoriano (a)	15	100,0	20	95,2	35	97,2
Extranjero (a)	0	0,0	1	4,8	1	2,8
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuesta

Se puede observar que según la nacionalidad de la población en estudio predominó la ecuatoriana con el 97.2%; y según el sexo predominó la masculina con el 100%. (Tabla 5).

En un estudio realizado en Alicante, España, los cuidadores tiende a ser femenino (91,7%), de nacionalidad española (81,8%) y remunerado de forma privada. (81)

De igual manera, en un estudio realizado en la ciudad de Quito referente a cuidadores de pacientes paliativos asistidos por la Unidad de Atención Médica a domicilio del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín y Unidades Nivel 2 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, la mayoría de los cuidadores fueron ecuatorianos (94%), y viven en zonas urbanas (95%). Residen en Quito sur, el 61% de los cuidadores, dando una clara tendencia a la nacionalidad de origen de cada estudio, tal como se evidencia en los resultados proyectados en la tabla 5. (82)

**Tabla 6:** Distribución de la población de cuidadores según ocupación y sexo. Departamento de Tuberculosis. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Ocupación	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
Cuenta propia	15	100,0	11	52,4	26	72,2
Ama de casa	0	0,0	8	38,1	8	22,2
Estudiante	0	0,0	2	9,5	2	5,6
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuesta

Se puede observar que según la ocupación de la población en estudio predominó la categoría cuenta propia con el 73.3%, seguido de la categoría ama de casa; y según el sexo predominó el masculino con el 100%. (Tabla 6).

En un estudio realizado por la Universidad de Carabobo, La mayoría de los cuidadores eran femeninas (95%), madres (88%), de ocupación de ama de casa (53%), pertenecientes al estrato socio económico IV según Graffar modificado (66%) y 79% recibían apoyo económico. (83)

En otro estudio realizado en la Unidad de atención medica a domicilio del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito, en relación a las características laborales, con el tipo de cuidador presentaron la misma frecuencia tanto los formales como informales (50%). No tienen trabajo adicional al cuidado el 78%. En relación de dependencia laboral o económica la mayoría forman parte del sector privado (55%) puesto que este grupo se encuentran los cuidadores formales, seguido de jubilados (14%) y en menos proporción subsidio del estado (1%). (84)

**Tabla 7:** Distribución de la población de cuidadores según la escolaridad y sexo. Departamento de Tuberculosis. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Escolaridad	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
Primaria sin terminar	5	33,3	2	9,5	7	19,4
Primaria terminada	6	40,0	8	38,1	14	38,9
Secundaria terminada	4	26,7	9	42,9	13	36,1
Bachillerato terminado	0	0,0	2	9,5	2	5,6
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuesta

Se puede observar que según la escolaridad de la población en estudio predominó la categoría primaria terminada con el 38.9%, seguido de la categoría secundaria terminada. (Tabla 7).

En un estudio realizado, donde participaron 55 cuidadores familiares que asisten a un centro de salud de tercer nivel de la ciudad de Bucaramanga, determino que, en cuanto al grado de escolaridad el 30.8% presentaban estudios primarios completos e incompletos, el 50,8% educación media completa e incompleta, el 7.4 % educación técnica y el 11% estudios universitarios. **(85)**

**Tabla 8:** Distribución de la población de cuidadores según ingreso económico (Según ingreso familiar mensual per cápita). Departamento de Tuberculosis. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Ingresos	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
Adecuado	2	13,3	0	0,0	2	5,6
Bajo	10	66,7	19	90,5	29	80,6
Muy bajo	3	20,0	2	9,5	5	13,9
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuesta

Se puede observar que según el ingreso económico de la población en estudio predominó la categoría bajo con el 80%, seguido de la categoría adecuado; y según el sexo predominó la femenina con el 100%. (Tabla 8).

En un estudio realizado en el Hospital Francisco Icaza Bustamante, en la ciudad de Guayaquil, se observa que el 94% de los cuidadores perciben un ingreso económico inferior al sueldo básico, esto los ubica en un nivel socioeconómico bajo, prácticamente, los ingresos que tienen se deben al bono Joaquín Gallegos Lara, el mismo que suma un total de 240 dólares. (86)

De igual manera, en un estudio realizado en la parroquia Ilumán del cantón Otavalo, el 76,92% de los cuidadores de personas con discapacidad recibía un ingreso mensual de entre 1 a 100 dólares, mientras el 7,69% no tenía ningún sueldo fijo. (87)

**Tabla 9:** Distribución de la población de cuidadores según la sobrecarga. Departamento de Tuberculosis. Centro de salud N° 4. Año 2021.

<b>Sobrecarga</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
No Sobrecarga	4	11,1
Sobrecarga leve	26	72,2
Sobrecarga intensa	6	16,7
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Test de Zarit - Zarit

Se puede observar que, según el test de Zarit-Zarit, la sobrecarga del cuidador predominó la categoría sobrecarga leve con el 72.2%, seguido de la categoría sobrecarga intensa. (Tabla 9).

En un estudio realizado en Lima, Perú, referente a la incidencia del síndrome de Burnout en cuidadores de adultos mayores de la Clínica Bamboo, se evidenció que,

el 55% (11 cuidadores) presenta síndrome de Burnout leve, frente el 35% (7 cuidadores) con no sobrecarga y el 10% (2 cuidadores) con alto síndrome de Burnout. **(88)**

De acuerdo a un estudio realizado en la ciudad de Jipijapa, según la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, se pudo determinar que el 79% de cuidadores de pacientes con discapacidades físicas con un grado de 40% a 65% de discapacidad tienen una sobrecarga leve, mientras que el 14% de los cuidadores presenta una sobrecarga severa. **(89)**

**Tabla 10:** Distribución de la población de cuidadores según la calidad de vida. Departamento de Tuberculosis. Centro de salud N° 4. Año 2021.

<b>Calidad de vida</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Baja	25	69,4
Media	11	30,6
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Test de WHOQoL-BREF

Se puede observar que según la calidad de vida del cuidador predominó la categoría baja con el 69.4%, seguido de la categoría media. (Tabla 10).

En la ciudad de Riobamba, un estudio realizado de las dimensiones de la calidad de vida que se encuentran en un nivel óptimo en los cuidadores primarios corresponden a las relaciones Interpersonales con un percentil de 75, puesto que, al relacionarse con personas que enfrentan la misma condición, comparten experiencias, lo que se transforma en redes de apoyo. **(90)**

De acuerdo a los resultados obtenidos en un estudio realizado en el Hospital III Goyoneche, Arequipa, respecto a la calidad de vida global se encontró que, en su mayoría, el 81.0% de los cuidadores presentan una calidad de vida regular, seguido de un 14.0% que presentan una calidad de vida deficiente. (91)

De igual manera, un estudio realizado en el Hospital Privado de Córdoba, la calidad de vida de los cuidadores, el 27.4% es baja, mientras que un 61.3% de los cuidadores su calidad de vida es media, donde se evidencia q al momento de comparar los resultados de la tabla 10, son diferentes en referencia a la calidad de vida señalada. (92)

**Tabla 11:** Distribución de la población de cuidadores según la sobrecarga y calidad de vida. Departamento de Tuberculosis. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Sobrecarga	Calidad de vida				Total	%
	Baja		Media			
	No	%	No	%		
No sobrecarga	4	16,0	0	0,0	4	11,1
Leve	20	80,0	6	54,5	26	72,2
Intensa	1	4,0	5	45,5	6	16,7
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

$X^2 = 10.322$        $p = 0,006$

Podemos observar que el valor crítico del nivel de confianza esta por encima de lo esperado (1.22), esto quiere decir que si existe asociación estadística entre las variables sobrecarga y la calidad de vida en la población de estudio. (Tabla 11).

La investigación realizada por Jofré Aravena & Sanhueza Alvarado, con una muestra de 83 cuidadores informales sobre la influencia del nivel de sobrecarga en la calidad de vida, en sus resultados demostró que 82.3% de los cuidadores se sentían tristes, deprimidos e irritables, 65,7% presentaban tensión muscular y dolor y el 83% falta de vitalidad, es decir, que la calidad de vida se ve influenciada por la sobrecarga al desempeñar el rol de cuidador ( $p < 0,002$ ). (93)

Según el estudio realizado por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) y en colaboración con Lindor, hay un claro predominio de mujeres cuidadoras (88,5 %), frente a los hombres (11,5 %). Además, en el 47,5% de los casos, el cuidador es informal. (94)

En el estudio de Badia Llach y Cols, la calidad de vida relacionada con la salud se vio afectada a medida que aumentaba la carga del cuidador principal; La relación entre calidad de vida relacionada con la salud y sobrecarga fue estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ). Según este estudio, el 46,5% de los cuidadores tiene una carga moderada y el 34,7% una carga, por lo que el 40,6% de los cuidadores tiene algún tipo de carga. (95)

## 8 CONCLUSIONES

Una vez realizado el proyecto de titulación se concluye lo siguiente:

- Se caracterizó la población de acuerdo a las variables sociodemográfica en el grupo de cuidadores, donde predominó el sexo femenino, en parentesco la pareja (conviviente), la etnia indígena, la escolaridad primaria terminada, el grupo ocupacional cuenta propia, y el ingreso económico bajo.
- Se indentificó la sobrecarga del cuidador de predominio leve.
- Se determinó la calidad de vida del cuidador que es baja.
- Sí se encontró asociación estadística significativa entre el síndrome del Burnout y la calidad de vida en los cuidadores de pacientes con tuberculosis.

## 9 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Quizas la prueba o instrumento que se utilizó para caracterizar la variable de estudio, no fue suficiente para esta prueba, ya que existe pocos estudios psicométricos relacionados entre el Síndrome de Burnout y la calidad de vida en cuidadores de pacientes con tuberculosis, cuyos estudios de investigación se han centrado en otras patologías o relaciones laborales, sin considerar las dimensiones y diferentes categorías en el papel de los cuidadores dentro de la familia.

Por otra parte, es posible que la población que definitivamente se pudo incluir en la investigación, sea muy inferior, debido a la poca cantidad de casos de pacientes con tuberculosis dentro del territorio establecido en la tesis, lo que limitó la investigación, pero que ayudo a desarrollar un vínculo crítico y una conciencia que permitirá la mejora continua del sistema. promoverá una atención más segura, más eficiente y más centrada en la familia.

## 10 BIBLIOGRAFÍA

- 1 Chang Carbajo ME. Cuidado de enfermería basado en el modelo de adaptación de Callista Roy disminuye el Síndrome de Burnout en las enfermeras de emergencia del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza. [Online]; 2016. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5485>.
- 2 Vargas G. Síndrome de Burnout en cuidadores primarios informales de pacientes diagnosticados con cáncer en etapa terminal que acuden al departamento de cuidados paliativos de Solca-Loja. Loja 2015. (Tesis previa a la obtención del título de Psicóloga Clínica). Univ. [Online].; 2015. Acceso julio de 14 de 2016. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec:9001/jspui/bitstream/123456789/14169/1/Karen%20Rebeca%20Vargas%20Gonz%C3%A1lez.pdf>.
- 3 Amaya Villanueva Lumbreras RGO. Calidad de vida del cuidador informal: un análisis de concepto. [Online]; 2018. Acceso 06 de agosto de 2018. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2018000200003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2018000200003).
- 4 Clara Rocío Galvis-López LHAG. Percepción de la calidad de vida de cuidadores de pacientes asistentes a un programa de crónicos, Villavicencio, Colombia. [Online]; 2016. Acceso 11 de enero de 2016. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972016000100011](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972016000100011).
- 5 Chaves M. Actitud de la familia de frente al paciente con tuberculosis en proceso de tratamiento en la micro red 2015 tesis para obtener el título profesional de segunda especialidad en promoción de la salud y terapia familiar – Juliaca. Arequipa - Perú 2015. [Online].; 2015. Acceso 12 de Septiembre de 2015. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2246/HSchroml.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 6 Abad gaa. Nivel de conocimiento sobre tuberculosis y actitud hacia las medidas preventivas en familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar del hospital Vista Alegre Trujillo

2016. [Online]; 2016. Acceso 18 de julio de 2016. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/761/aranda\\_ag.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/761/aranda_ag.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- 7 Cuervo JMyL. Planificación para el desarrollo en América Latina y el Caribe. [Online].; 2017. Acceso 08 de Octubre de 2017. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42139/10/S1700693\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42139/10/S1700693_es.pdf)
  - 8 Suleiman Mohammed SNSMEAyAA. Percepciones de enfermedad y calidad de vida entre pacientes con tuberculosis en Gezira, Sudán. [Online].; 2015. Acceso 06 de noviembre de 2017. Disponible en: <https://www.ajol.info//index.php/ahs/article/view/117512>.
  - 9 Benavides Carranza M. Relación entre calidad de vida y la percepción de apoyo social de los usuarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis, en el Hospital de Huaycán, 2017. [Online]; 2017. Acceso 05 de 02 de 2019. Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/2707>.
  - 10 OMS. Tuberculosis. [Online].; 2019. Acceso 17 de Octubre de 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>.
  - 11 Rosa Pérez Siguas HMR. RIESGO FAMILIAR DURANTE EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS: ESTUDIO CUALITATIVO DE LA APRECIACIÓN SOCIOSUBJETIVA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UN ESTABLECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. REVISTA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA ÁGORA. 2020; 07(02).
  - 12 Martínez Y. LF,PJ,VV. Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar. ATEN FAM. [Online].; 2014. Acceso 23 de enero de 2018. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=48895>.
  - 13 Estefani MZR. Factores asociados que influyen en la calidad de vida del cuidador Hospital Regional Docente las Mercedes Chiclayo, 2017. [Online]; 2020. Acceso 12 de 08 de 202. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/6559>.

- 14 Vanessa CH. Carga y calidad de vida del cuidador informal de pacientes oncológicos en la Fundación Jóvenes Contra El Cáncer. [Online]; 2020. Acceso 09 de 09de 2020. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/10557>.
- 15 F. A. Calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis en las unidades de salud de los cantones Machala, Pasaje y Guabo. El Oro 2016. Universidad Nacional de Loja, Ecuador 2017. [Online].; 2017. Acceso 16 de noviembre de 2017. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18250/3/Tesis%20Calidad%20de%20vida%20y%20funcionalidad%20familiar%20en%20pacientes%20con%20tuberculosis.pdf>.
- 16 CELINDA VVM. INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN EL PROCESO DE RECUPERACIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR ATENDIDOS EN CENTROS DE SALUD DEL CANTON ESMERALDAS. [Online]; 2020. Disponible en: <https://181.39.85.171/bitstream/123456789/2123/1/VALENCIA%20VALENCIA%20MARIA.pdf>.
- 17 MORALES NPA. PREVALENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT EN CUIDADORES PRIMARIOS DE NIÑOS CON. [Online]; 2018. Acceso 07 de agosto de 2018. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/09/18/Aguirre-Nancy.pdf>.
- 18 AJAR. VO. Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en una Muestra de Profesionales que Trabajan con Personas con Discapacidades en Chile. [Online].; 2009. Acceso 11 de enero de 2015. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/41126171\\_Prevalencia\\_del\\_Sindrome\\_de\\_Quemarse\\_por\\_el\\_Trabajo\\_Burnout\\_en\\_una\\_Muestra\\_de\\_Profesionales\\_que\\_Trabajan\\_con\\_Personas\\_con\\_Discapacidades\\_en\\_Chile](https://www.researchgate.net/publication/41126171_Prevalencia_del_Sindrome_de_Quemarse_por_el_Trabajo_Burnout_en_una_Muestra_de_Profesionales_que_Trabajan_con_Personas_con_Discapacidades_en_Chile).
- 19 Fátima Díaz Bambula ICG. la investigación sobre el síndrome de burnout en latinoamérica entre 2000 y el 2010. [Online]; 2016. Acceso 09 de enero de 2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v33n1/v33n1a09.pdf>.
- 20 Navarro DMJ. Un poco de historia sobre el burnout. [Online]; 2016. Acceso 22 de agosto de 2016. Disponible en: <http://revista-ideides.com/un-poco-de-historia->

- . sobre-el-burnout-nuevo-2016/.
- 21 MFV. GJG. Características principales del cuidador primario informal de adultos mayores hospitalizados. [Online].; 2017. Acceso 04 de junio de 2017. Disponible en:  
[https://www.researchgate.net/publication/320054628\\_Caracteristicas\\_principales\\_del\\_cuidador\\_primario\\_informal\\_de\\_adultos\\_mayores\\_hospitalizados](https://www.researchgate.net/publication/320054628_Caracteristicas_principales_del_cuidador_primario_informal_de_adultos_mayores_hospitalizados).
  - 22 Cáncer INd. Diccionario del cáncer del NCI. [Online]; 2016. Acceso 15 de septiembre de 2016. Disponible en:  
<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/cuidador>.
  - 2 Herrera F. Qué características debe tener un cuidador de adultos mayores. [Online]; 2019. Acceso 17 de octubre de 2019. Disponible en:  
<https://www.prensalibre.com/vida/salud-y-familia/que-caracteristicas-debe-tener-un-cuidador-de-adultos-mayores/>.
  - 24 Cancer.Net JEd. Conceptos básicos sobre el cuidado del paciente. [Online]; 2019. Acceso 08 de agosto de 2019. Disponible en:  
<https://www.cancer.net/es/asimilacion-concancer/atencion-de-un-ser-querido/conceptos-basicos-sobre-el-cuidado-del-paciente>.
  - 25 Ecuador CdlJd. LEY ORGANICA DE SALUD. [Online].; 2006. Acceso 17 de abril de 2015. Disponible en: [https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY\\_ORGANICA\\_DE\\_SALUD.pdf](https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf).
  - 26 Casas ÀCSyÀT. Fundación HOSPITAL ST. JAUME I STA. MAGDALENA. [Online].; 2015. Acceso 18 de Septiembre de 2015. Disponible en:  
<http://www.elaandalucia.es/WP/wp-content/uploads/guia-de-atencion-al-cuidador.pdf>.

- 27 Cahuana M. Carga subjetiva y calidad de vida relacionada con la salud en . cuidadores de niños con discapacidad y niños con multidiscapacidad. [Online]; 2016. Acceso 06 de febrerode 2016. Disponible en: [https://www.redalyc.org/journal/5605/560558987001/html/#redalyc\\_560558987001\\_ref19](https://www.redalyc.org/journal/5605/560558987001/html/#redalyc_560558987001_ref19).
- 28 Moreno-Jimenez B. Breve historia del burnout a traves de sus instrumentos de . evaluacion -2. [Online].; 2013. Acceso 30 de septiembre de 2019. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/256296176\\_Breve\\_historia\\_del\\_burnout\\_a\\_traves\\_de\\_sus\\_instrumentos\\_de\\_evaluacion\\_-2](https://www.researchgate.net/publication/256296176_Breve_historia_del_burnout_a_traves_de_sus_instrumentos_de_evaluacion_-2).
- 29 María Florencia Tartaglini CF. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit: . análisis de sus propiedades psicométricas en cuidadores familiares residentes en Buenos Aires, Argentina. [Online].; 2020. Acceso 15 de Enero de 2020. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-escala-sobrecarga-del-cuidador-zarit-S1853002819300862>.
- 30 Lopez JA. ¿Qué es y para qué sirve la Escala de Zarit? [Online].; 2019. Acceso . 27 de Septiembre de 2019. Disponible en: <http://roismedical.com/escala-de-zarit/>.
- 31 Pensium. Escala de Zarit: la forma de medir la sobrecarga del cuidador. [Online].; . 2019. Acceso 08 de Octubre de 2019. Disponible en: <https://pensium.es/escala-zarit-medir-sobrecarga-cuidador/>.
- 32 osep Deví Bastida MNESJFyAFE. Relación entre el burnout y la calidad de vida . del cuidador de personas con demencia. [Online]; 2016. Acceso 29 de marzode 2016. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2016000100005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000100005).
- 33 Vaneska Cindy Aponte Daza FG. Calidad de vida relacionada a la compasión, . burnout y sobrecarga del cuidador en enfermeras/os bolivianos. [Online]; 2021. Acceso 10 de abrilde 2021. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1900-23862020000200049](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862020000200049).

- 34 Carolina Salas MOGD. La noción de calidad de vida y su medición. CES Salud . Pública. 2013; 4(36-46).
- 35 L. ME. El modelo médico y la salud de los trabajadores. Scielo salud pública . 01(03). [Online].; 2005. Acceso 22 de junio de 2005. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2005.v1n1/9-32/es/>.
- 36 Carolina Salas MOGD. La noción de calidad de vida y su medición. [Online].; . 2013. Acceso 25 de julio de 2020. Disponible en: <file:///C:/Users/DELL/Downloads/Dialnet-LaNocionDeCalidadDeVidaYSuMedicion-4549356.pdf>.
- 37 Vinaccia Alpi S, FH, QJM, LPM, & OC. Calidad de Vida Relacionada con la Salud y . Apoyo Social Funcional en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida. Terapia Psicológica. [Online].; 2008. Acceso 30 de junio de 2008. Disponible en: <http://doi.org/10.4067/S0718-48082008000100011>.
- 38 Elisa Cecibel García Cobeña LMÁB. EDUCACIÓN INCLUSIVA Y CALIDAD DE . VIDA DE LOS ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD MOTRIZ DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ. [Online]; 2018. Acceso 10 de Octubre de 2018. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/atlante/2018/10/educacion-inclusiva-discapacidad.html>.
- 39 Alix Yaneth Perdomo-Romero CARP. Percepción de calidad de vida en . cuidadores de pacientes con demencia. [Online]; 2017. Acceso 01 de septiembre de 2017. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-articulo-percepcion-calidad-vida-cuidadores-pacientes-S2013524617300156>.
- 40 Alfonso Urzúa M. ACU. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. . [Online].; 2012. Acceso 10 de enero de 2012. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>.
- 41 OPS. INDICADORES DE SALUD: Aspectos conceptuales y operativos (Sección . 1). [Online].; 2012. Acceso 22 de noviembre de 2012. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&limitstart=1&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&limitstart=1&lang=es).

- 42 México. Ddld. ¿Qué es la calidad de vida? [Online]; 2017. Acceso 28 de diciembre de 2017. Disponible en: <https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/calidadVida.html>.
- 43 Gloria Fernández-Mayoralas FRP. Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. *Territoris*. 2005; 5(117-135).
- 44 Significado R. Significado de calidad de vida. [Online]; 2017. Acceso 31 de marzo de 2017. Disponible en: <https://www.significados.com/calidad-de-vida/>.
- 45 Luis Felipe Higuera Gutiérrez JCA. Concepto de calidad de vida en la adolescencia: una revisión crítica de la literatura. [Online].; 2015. Acceso 08 de junio de 2015. Disponible en: <file:///C:/Users/DELL/Downloads/3031-16076-1-PB.pdf>.
- 46 M. AU. Estructura Factorial y valores de referencia del WHOQoL-Bref en población adulta chilena. [Online].; 2013. Acceso 23 de Diciembre de 2013. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872013001200008&lng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001200008&lng=en).
- 47 Delannays-Hernández B. Calidad de vida y bienestar en estudiantes de medicina de una universidad del sur de Chile. [Online].; 2020. Acceso 23 de Julio de 2020. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0719-05812020000100057&lng=en&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-05812020000100057&lng=en&nrm=iso).
- 48 MZ. R. La tubercuLosis en algunos personajes de La historia deL Perú. [Online].; 2017. Acceso 05 de septiembre de 2017. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/320148017\\_La\\_tuberculosis\\_en\\_algunos\\_personajes\\_de\\_la\\_historia\\_del\\_Peru](https://www.researchgate.net/publication/320148017_La_tuberculosis_en_algunos_personajes_de_la_historia_del_Peru).
- 49 FNA. L. Calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis en las unidades de salud de los cantones Machala, Pasaje y Guabo. *El Oro* 2016. [Online].; 2017. Acceso 01 de Mayo de 2017. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18250/3/Tesis%20Calidad%20de%20vida%20y%20funcionalidad%20familiar%20en%20pacientes%20con%20tuberculosis.pdf>.

- 50 Aprendamos de la epidemia de tuberculosis: la batalla contra la COVID-19 no se . ganará solo con hospitales. El Diario.es. [Online].; 2020. Acceso 17 de Julio de 2020. Disponible en: <http://www.actbistas.org/aprendamos-de-la-epidemia-de-tuberculosis-la-batalla-contra-la-covid-19-no-se-ganara-solo-con-hospitales/>.
- 51 Velásquez-Hurtado LZ&. hurtado JE. Tuberculosis y Salud Pública. Pubmed. [Online].; 2012. Acceso 29 de junio de 2012. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22858776/>.
- 52 Organization WH. Reporte mundial de tuberculosis 2017. Génova. World Health . Organization. 2017; 04(07).
- 53 Juana Mayrovi Flores Saltos MQS. Eficacia del programa “Respirando Vida” para . mejorar conocimientos y actitudes sobre la tuberculosis pulmonar en Familiares de Pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis del Módulo de Atención Integral. [Online]; 2017. Acceso 27 de diciembre de 2017. Disponible en: [https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/1063/Maribel\\_Tesis\\_Titulo\\_2017.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/1063/Maribel_Tesis_Titulo_2017.pdf?sequence=5&isAllowed=y).
- 54 Beltrane Soledad LMyMM. Guía para el equipo de salud Nro. 3 (2da. edición). . Departamento estadística y epidemiología 02(08). [Online].; 2014. Acceso 24 de abril de 2019. Disponible en: [https://dtoepidemiologia.files.wordpress.com/2019/08/0000000049cnt-guia\\_de\\_diagnostico\\_tratamiento\\_y\\_prevenion\\_de\\_la\\_tuberculosis\\_2015.pdf](https://dtoepidemiologia.files.wordpress.com/2019/08/0000000049cnt-guia_de_diagnostico_tratamiento_y_prevenion_de_la_tuberculosis_2015.pdf).
- 55 Cedeño-Ugalde MA. Apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de pacientes . con tuberculosis. [Online]; 2019. Acceso 15 de enero de 2019. Disponible en: <file:///C:/Users/GABRIEL/Downloads/Dialnet-ApoyoFamiliarEnLaAdherenciaAlTratamientoDePaciente-6869921.pdf>.
- 56 Figueroa-Cañarte FM. Apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de . pacientes con tuberculosis. Revista científica Dominio de la Ciencia. 2019; 5(1).

- 57 Carranza Macedo OM. CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y AUTOESTIMA DE . PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL PUESTO DE SALUD LEONCIO PRADO. [Online]; 2020. Disponible en: <http://repositorio.ual.edu.pe/bitstream/handle/UAL/251/T%20-ENF%200111Cruz-%20Vargas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 58 Lis Aparecida de Souza Neves CdCC. Apoyo social y calidad de vida de las . personas con coinfección de tuberculosis/VIH. [Online]; 2020. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412018000200001](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000200001).
- 59 Karen FCY. Dinámica familiar y estilo de vida en pacientes con Tuberculosis. . Micro Red Huarupampa, Huaraz. [Online]; 2017. Disponible en: [http://200.48.38.121/bitstream/handle/USANPEDRO/11830/Tesis\\_59824.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://200.48.38.121/bitstream/handle/USANPEDRO/11830/Tesis_59824.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- 60 Ketty Aracely Piedra Chávez LEAL. Responsabilidad social universitaria frente a . la tuberculosis y su influencia en el entorno social ecuatoriano. Medisur. 2019; 17(5).
- 61 Dávila A,ML. Conocimiento y actitudes de la familia frente al diagnóstico y . tratamiento del paciente con tuberculosis atendidos en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos. [Online]; 2015. Disponible en: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/3942>.
- 62 Quevedo Cruz LN dPSRRLV PFK. Relación del Soporte Familiar y Social en el . Cumplimiento del Tratamiento de Pacientes con Tuberculosis Pulmonar en Centros de Salud. [Online].; 2015. Acceso 08 de agosto de 2015. Disponible en: [https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol8/enero/relacion\\_soporte.pdf](https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol8/enero/relacion_soporte.pdf).
- 63 Martínez HY, GLF, FJ, y VV. Factores familiares que favorecen el apego al . tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar. [Online]; 2014. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S140588711630013X>.
- 64 Ivonne Estrada Mota JCRL. ublicerculosis pulmonar, un riesgo latente para los . trabajadores de la salud como problema de Salud Pública. [Online].; 2018. Acceso 12 de noviembre de 2018. Disponible en: <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/2833/html2833>.

- 65 XF Gao YsR. Calidad de vida de una población migrante con tuberculosis en el . oeste de China. [Online].; 2015. Acceso 13 de agosto de 2015. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Quality-of-life-of-a-migrant-population-with-in-Gao-Rao/b7b6e599d68c7a50cda1f69692f6f6473c911d94>.
- 66 Lucía CAM. Factores familiares que influyen al abandono de tratamiento en . pacientes con tuberculosis del Hospital Apoyo Chepén. [Online]; 2018. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/10736/CASTILLO%20ALAMA%20MAR%c3%8dA%20LUC%c3%8dA%28FILEminimizer%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 67 Anne Lia Cremers MMdLNKRGKKGyMPG. Evaluación de las consecuencias del . estigma para los pacientes con tuberculosis en las zonas urbanas de Zambia. [Online].; 2015. Acceso 25 de marzo de 2015. Disponible en: <https://go.gale.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA422370980&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=19326203&p=HRCA&sw=w>.
- 68 Valerie A Paz-Soldán REA,DJyAO. La provisión y la necesidad de apoyo social . entre pacientes adultos y pediátricos con tuberculosis en Lima, Perú: un estudio cualitativo. [Online].; 2013. Acceso 31 de julio de 2013. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-290>.
- 69 TORRES XEP. “SINDROME DE BURNOUT EN CUIDADORES INFORMALES . DE PACIENTES PSIQUIATRICOS”. [Online]; 2016. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/38466/1/CD-006-PULLA%20TORRES.pdf>.
- 70 Bertha Margarita Lorenzo Velázquez GMM. Intervención de enfermería sobre . calidad de vida en cuidadores primarios de pacientes con cáncer. [Online]; 2018. Disponible en: <file:///C:/Users/GABRIEL/Downloads/Dialnet-IntervencionDeEnfermeriaSobreCalidadDeVidaEnCuidad-6538728.pdf>.
- 71 Hernández Llanos MJ. Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal de . personas con secuela de accidente cerebro vascular. [Online]; 2016. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/4244>.

- 72 Espinoza DIA. Incidencia del Síndrome de Burnout en los cuidadores de adulto . mayor en la Clínica Bamboo. [Online]; 2017. Disponible en: [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6022/Arakaki\\_ed.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6022/Arakaki_ed.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- 73 Herrera VC. CARGA Y CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR INFORMAL DE . PACIENTES ONCOLÓGICOS EN LA FUNDACIÓN JÓVENES CONTRA EL CÁNCER. [Online]; 2019. Acceso 25 de agosto de 2019. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/10557/2/06%20TEF%20328%20TRABAJO%20GRADO.pdf>.
- 74 Dulce Aparecida Barbosa AGSB. Cuidando del niño con cáncer: evaluación de . la sobrecarga y calidad de vida de los cuidadores. [Online]; 2011. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/BnyT7CmvcYkTmdv3hwyYDnL/?lang=es>.
- 75 GARCÍA SJ. EVALUACIÓN DE ESTRÉS, CALIDAD DE VIDA, CALIDAD DE . VIDA FAMILIAR Y SENTIDO DEL CUIDADO EN CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON DEMENCIA. [Online]; 2017. Disponible en: [https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/135470/TFG\\_JimGar-TizP\\_Evaluacion.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/135470/TFG_JimGar-TizP_Evaluacion.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- 76 MARÍA FERNANDA PROAÑO ALMACHE KEHR. SÍNDROME DE . SOBRECARGA Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE CUIDADORES DE PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA, QUITO 2018. [Online]; 2018. Disponible en: [http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/15973/Disertaci%c3%b3n\\_KarinaHaro\\_Mar%c3%adaFernandaProa%c3%b1o.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/15973/Disertaci%c3%b3n_KarinaHaro_Mar%c3%adaFernandaProa%c3%b1o.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- 77 GARCÍA MM. SÍNDROME DE BURNOUT EN EL CUIDADOR PRIMARIO DEL . PACIENTE EN ETAPA TERMINAL. [Online]; 2018. Disponible en: <http://riaa.uaem.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12055/1758/MMGARR01T.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

- 78 ANDRÉS EBC. CALIDAD DE VIDA Y DESEMPEÑO LABORAL PERSONAL DE . ENFERMERÍA HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL IBARRA. [Online]; 2021. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/11479/2/PG%20866%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf>.
- 79 Elizabeth MHC. DISCAPACIDAD LUMBAR Y CALIDAD DE VIDA EN . CUIDADORES INFORMALES EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN LUZ Y VIDA EN LA CIUDAD DE SAN GABRIEL. [Online]; 2021. Acceso 21 de mayo de 2021. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/11193/2/06%20TEF%20371%20TRABAJO%20GRADO.pdf>.
- 8 Asencios RdP PH. Carga de trabajo del cuidador según el nivel de funcionalidad 0 de la persona con discapacidad en un distrito de Lima. Scielo. 2019; 80(4).
- 81 ME Toribio-Díaz IBB. Características de los cuidadores informales de pacientes . con demencia en la provincia de Alicante. Sociedad española de Neurología. 2013; 28(2).
- 82 Janina LDM. Factores de riesgo asociados al Síndrome de Burnout en . cuidadores de pacientes paliativos asistidos por la Unidad de Atención Médica a Domicilio del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín. [Online]; 2020. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/21147/1/T-UCE-0006-CME-203-P.pdf>.
- 83 Magaly Ortunio Calabres EHL. SÍNDROME DE CARGA Y CALIDAD DE VIDA . DEL CUIDADOR DE PACIENTES PEDIÁTRICOS. Rev Bioet Latinoam. 2016; 17(1-17).
- 84 Janina LDM. Factores de riesgo asociados al Síndrome de Burnout en . cuidadores de pacientes paliativos asistidos por la Unidad de Atención Médica a Domicilio del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín. [Online]; 2020. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/21147/1/T-UCE-0006-CME-203-P.pdf>.

- 85 Pinzón EA, Carrillo GM. Carga del cuidado y calidad de vida en cuidadores . familiares de personas con enfermedad respiratoria crónica. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2016; 34(2).
- 86 ARMIJOS MEM. SÍNDROME DE BURNOUT EN EL CUIDADOR DE . PACIENTES CON DIALISIS PERITONEAL QUE ASISTEN AL HOSPITAL DR. FRANCISCO DE ICAZA BUSTAMANTE. [Online]; 2019. Disponible en: <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4772/1/TESIS%20MONTA%c3%91O%20ARMIJOS%20MARIA%20EDITA.pdf>.
- 87 Raquel YAS. CARACTERIZACIÓN DE LOS CUIDADORES DE PERSONAS . CON DISCAPACIDAD DE LA PARROQUIA ILUMÁN DEL CANTÓN OTAVALO. [Online]; 2016. Acceso 28 de abril de 2016. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/6028/1/06%20TEF%20153%20TRABAJO%20GRADO.pdf>.
- 88 Espinoza DIA. Incidencia del Síndrome de Burnout en los cuidadores de adulto . mayor en la Clínica Bamboo. [Online]; 2017. Disponible en: [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6022/Arakaki\\_ed.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6022/Arakaki_ed.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- 89 Castro MAR. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con discapacidades . físicas. [Online]; 2019. Disponible en: <http://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/1622/1/UNESUM-ECUADOR-ENFERMERIA-2019-18.pdf>.
- 90 Vicky Micaela Lalón Yanza MKUB. SÍNDROME DEL CUIDADOR EN LA . CALIDAD DE VIDA DE LOS CUIDADORES PRIMARIOS DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD. [Online]; 2017. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/4407/1/UNACH-EC-FCS-PSC-CLIN-2017-0045.pdf>.
- 91 LIPA MOLLOHUANCA MC. SOBRECARGA Y CALIDAD DE VIDA EN . CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS CON CÁNCER EN TRATAMIENTO. [Online]; 2018. Acceso 10 de enero de 2018. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5145/ENlimomc.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

- 92 Silvia Mercedes Coca FOR. CALIDAD DE VIDA EN LOS CUIDADORES . FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD TERMINAL. [Online]; 2017. Acceso 04 de noviembre de 2017. Disponible en: file:///C:/Users/GABRIEL/Downloads/17386-Texto%20del%20art%C3%ADculo-52826-1-10-20171215%20(2).pdf.
- 93 ALMACHE MFP. SÍNDROME DE SOBRECARGA Y SU IMPACTO EN LA . CALIDAD DE VIDA DE CUIDADORES DE PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA, QUITO 2018. [Online].; 2018. Acceso 14 de diciembre de 2018. Disponible en: [http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/15973/Disertaci%c3%b3n\\_KarinaHaro\\_Mar%c3%adaFernandaProa%c3%b1o.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/15973/Disertaci%c3%b3n_KarinaHaro_Mar%c3%adaFernandaProa%c3%b1o.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- 94 Mejías SD. Calidad de vida y sobrecarga del cuidador de personas con Daño Cerebral Adquirido. Una revisión sistemática. [Online].; 2017. Acceso 17 de Diciembre de 2017. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/321442145\\_Calidad\\_de\\_vida\\_y\\_sobre\\_carga\\_del\\_cuidador\\_de\\_personas\\_con\\_Dano\\_Cerebral\\_Adquirido\\_Una\\_revisio\\_n\\_sistematica](https://www.researchgate.net/publication/321442145_Calidad_de_vida_y_sobre_carga_del_cuidador_de_personas_con_Dano_Cerebral_Adquirido_Una_revisio_n_sistematica).
- 95 Bastida JD. Relación entre el burnout y la calidad de vida del cuidador de . personas con demencia. [Online].; 2016. Acceso 29 de marzo de 2016. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2016000100005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000100005).
- 96 Bambula F,&GI. La investigación sobre el Síndrome de burnout en Latinoamérica . entre 2000 y el 2010. Psicología, 33(1), 1–19. [Online].; 2016. Acceso 20 de abril de 2016. Disponible en: <https://doi.org/10.14482/psdc.33.1.8065>.
- 97 OMS.. Tuberculosis. [Online].; 2020. Acceso 24 de marzo de 2020. Disponible . en: <https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2020/03/24/default-calendar/world-tuberculosis-day-2020>.
- 98 Pablo Vera-Villarroel JSKCAPP. Evaluación del cuestionario SF-12: verificación . de la utilidad de la escala salud mental. [Online].; 2014. Acceso 10 de octubre de 2014. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872014001000007](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001000007).

# 11 ANEXOS

## ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_; he recibido la información suficiente y pertinente de los objetivos de la investigación, que consistirá en: detectar el Síndrome de Burnout y su relación con la calidad de vida en cuidadores de pacientes con tuberculosis del Centro de Salud N° 4.

He recibido la información por el médico **GABRIEL ALCIDES BARAHONA TENESACA**, posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, con cédula de identidad **120488294-6**, número de teléfono **0988871512**.

1.- Declaro que he recibido la información sobre la investigación y acepto participar en ella. 2.- Conozco que el Comité de Bioética de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil ha aprobado esta investigación.

3.- La investigación consistirá en aplicación de una serie de preguntas, realización del test de Papanicolaou y encuesta de satisfacción de la atención brindada.

4.- El tiempo aproximado que dedicaré a la investigación es \_\_\_\_\_.

5.- Se que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.

6.- El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de negarme de participar o de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi atención médica futura.

7.- Después de finalizada la investigación se me informará de los resultados de la misma en general, si así lo deseo.

8.- Se me ha dado tiempo y oportunidad para realizar preguntas. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.

Para constancia de lo mencionado, firmo este **CONSENTIMIENTO INFORMADO** de forma voluntaria, luego de haber tenido la oportunidad de formular inquietudes y comprendiendo todas las respuestas recibidas a las mismas.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante/paciente/tutor.

Fecha: \_\_\_\_\_

C.I.: \_\_\_\_\_

Testigo 1: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo 2: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO.**

Yo \_\_\_\_\_; por este medio deseo informar mi decisión de retirarme de este protocolo de investigación por las siguientes razones (opcional):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del participante/paciente/tutor.

Fecha: \_\_\_\_\_

C.I.: \_\_\_\_\_

Testigo 1: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo 2: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**ANEXO N ° 2. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Fecha: \_\_\_\_\_

Formulario #: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

ID: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino:                      Femenino:



Edad: \_\_\_\_\_

1.- ¿Cuál es su estado civil?

ESTADO CIVIL	
Soltero (a)	
Unión libre	
Casado(a)	
Viudo(a)	
Separado(a)	
Divorciado(a)	

2.- ¿Qué parentesco tiene con el paciente?

PARENTESCO	
Pareja (conviviente)	
Padres	
Hermanos	
Tíos	
Abuelos	
Otros	

3.- ¿Cómo usted se identifica como etnia?

ETNIA	
Indígena	
Afroecuatoriana	
Negro (a)	
Mulato (a)	
Montubio (a)	
Mestizo (a)	
Blanco (a)	
Otros	

4.- ¿De que nacionalidad es?

NACIONALIDAD	
Ecuatoriano (a)	
Extranjero (a)	

5.- ¿Cuál es su ocupación?

OCUPACIÓN	
Empleado público	
Empleado privado	
Cuenta propia	
Ama de casa	
Trabajadora no remunerada	
Estudiante	
Jubilado (a)	
Desempleado	
Niños sin edad escolar	
Otros	

6.- ¿Qué escolaridad presenta (actual)?

ESCOLARIDAD	
Ninguna (analfabetismo)	
Primaria sin terminar	
Primaria terminada	
Secundaria terminada	
Bachillerato terminado	
Universitario terminado	
Posgrado terminado	

7.- ¿Sus ingresos económicos son:

INGRESOS ECONÓMICOS	
Adecuado (2.54 usd/persona/día o más)	
Bajo (menos 2.54 usd/persona/día)	
Muy Bajo (menos 1.43 usd/persona/día)	

**ANEXO N ° 3. FORMULARIO PSICOMÉTRICO (1)**

Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_

Formulario #: \_\_\_\_\_  
 ID: \_\_\_\_\_

Sexo:      Masculino:              Femenino:  
                                                       

Edad: \_\_\_\_\_

**TEST SOBRECARGA DEL CUIDADOR (ZARIT Y ZARIT)**

<b>Puntuación:</b>				
0 Nunca	1 Rara vez	2 Algunas veces	3 Bastantes veces	4 Casi siempre

PREGUNTAS	RESPUESTAS				
	0	1	2	3	4
1. Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7. Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. Piensa que su familiar depende de usted?					
9. Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?					
12. Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?					
13. Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?					
14. Piensa que su familiar le considera a usted la única					

persona que le puede cuidar?					
15. Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar?					
16. Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?					
19. Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

**Nota:** Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, "sobrecarga leve" de 47 a 55, y "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56.

## ANEXO N ° 4. FORMULARIO PSICOMÉTRICO (2)

Fecha: \_\_\_\_\_

Formulario #: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

ID: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino:                      Femenino:

Edad: \_\_\_\_\_



### TEST DE CALIDAD DE VIDA (CUESTIONARIO WHOQOL-BREF)

**INSTRUCCIONES:** Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	2	3	4	5

2. ¿Cuán satisfecho está con su salud?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

5. ¿Cuánto disfruta de la vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

20. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
------	------	-----------	---------------------	----------------

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

**Nota:** La calidad de vida se mide al mayor puntaje que se obtiene, no hay un parámetro específico, pero establece como: muy insatisfecho/a, poco, lo normal, bastante satisfecho/a y muy satisfecho/a. También se la puede considerar que a mayor puntuación mejor CV (baja: < 40, media 41 – 59, alta > 60).



## **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Yo, **Barahona Tenesaca Gabriel Alcides**, con C.C: # **1204882946** autor/a del trabajo de titulación: **“Síndrome de Burnout y su relación con la calidad de vida en cuidadores de pacientes con tuberculosis. Centro de Salud n° 4. Año 2021”**, previo a la obtención del título de **Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 20 de noviembre del 2021.

f. \_\_\_\_\_

Nombre: **Barahona Tenesaca Gabriel Alcides**

C.C: **1204882946**



## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	"Síndrome de Burnout y su relación con la calidad de vida en cuidadores de pacientes con tuberculosis. Centro de Salud n° 4. Año 2021"		
<b>AUTOR(ES)</b>	Dr. Gabriel Alcides Barahona Tenesaca		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Dra. Patricia Soledad Analuisa Salto		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Escuela de Graduados en Ciencia de la Salud		
<b>CARRERA:</b>	Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	20 de noviembre del 2021	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	86
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Medicina – Psicología – Comunidad.		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Tuberculosis, Sobrecarga, Cuidador, Calidad, Asociación, Prevalencia.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):</b>	<p><b>Antecedentes:</b> Según la OMS, Ecuador se encuentra entre los diez países con mayor carga de tuberculosis, los programas de control no han conseguido controlar la enfermedad de forma satisfactoria por no haber detectado un número suficiente de casos, con un incremento acelerado en su prevalencia, afectando la calidad de vida de sus familiares. <b>Métodos:</b> Investigación de tipo relacional. Según la intervención del investigador es observacional, según su planificación, es de tipo prospectivo, según el número de ocasiones en que se mide la variable de estudio, es transversal, y según el número de variables analíticas, es analítico. Variables: Sociodemográficas, sobrecarga y calidad de vida. La información se obtuvo por encuesta y test psicométrico. <b>Resultados:</b> Predominó el grupo quinquenal de 30 a 34 años con el 25%; y el sexo femenino con el 58.3%. Sobrecarga leve con el 72.2%, calidad de vida baja con el 69.4%, asociación chi cuadrado <math>X^2 = 10.322</math>, <math>p = 0,006</math>. <b>Conclusiones:</b> Sobrecarga leve, calidad de vida bajo y si existe asociación estadística entre el Burnout y la calidad de vida del cuidador.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-4-0988871512	<b>E-mail:</b> gbarahona0007@gmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre:</b> Dr. Xavier Landívar Varas		
	<b>Teléfono:</b> +593-4-3804600 ext: 1830 - 1811		
	<b>E-mail:</b> posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			