



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

PROYECTO DE TITULACIÓN

**PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE CUIDADOR QUEMADO PARA
CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL CENTRO DE SALUD
GIRÓN, AZUAY.**

Profesor

Ing. Marlene Arce Salcedo, MsG

Autor

Md. Sandro Cabrera Romagnos

2023

Resumen

El síndrome de cuidador quemado en cuidadores de personas con discapacidad es una problemática de salud pública a nivel mundial, y el Ecuador no es la excepción. A nivel mundial este síndrome suele ser ignorado por los servicios nacionales de salud sin incluirse como parte del manejo integral de las personas con discapacidad, lo que puede significar una importante repercusión negativa en la salud, física, mental y emocional del cuidador de la persona con discapacidad, como también, una reducción en sus capacidades de cuidado y aumento en el riesgo de abandono de la persona con discapacidad. Este estudio se enfoca en conocer la prevalencia del Síndrome de Cuidador Quemado en el Centro de Salud tipo A Girón del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, y establecer un programa estructurado de promoción de la salud enfocado a prevenir y disminuir la prevalencia de este síndrome mediante la reducción del estrés subjetivo al que se encuentra expuesto este grupo poblacional compuesto de 6 fases. A su vez, se busca mejorar la percepción subjetiva de la calidad de vida de estos cuidadores; se midió la sobrecarga del cuidador mediante la aplicación del test de Zarit-22 (ZBI-22) y posteriormente se ejecutó la fase 1 y 2 del proyecto de promoción a estos cuidadores de personas con discapacidad, mediante taller grupal, en el que se realizó psicoeducación y descarga emocional. Previo a la aplicación de este programa mediante la aplicación del ZBI-22 a 32 cuidadores de personas con discapacidad se encontró una prevalencia del síndrome de cuidador quemado del 37%, cifra que es mayor a la media mundial del 31% para este síndrome. Tras la ejecución de las dos fases mencionadas se redujo la prevalencia del síndrome del cuidador quemado al 34%, además, la media del ZBI-22 posterior a la aplicación del programa también se redujo, tanto en aquellos sin síndrome de cuidador quemado como en aquellos con este síndrome, lo que sugiere su efectividad tanto en prevención en aquellos sin sobrecarga como en aquellos con síndrome de cuidador quemado, no obstante, es necesario ejecutar las siguientes fases para poder generar un mayor impacto y efecto duradero en este grupo poblacional, posterior al cual, se reapplicará el ZBI-22.

Palabras Clave: Síndrome de cuidador quemado, Sobrecarga del Cuidador, Personas con Discapacidad, Zarit-22, Promoción de la salud.

Abstract

Burned-out caregiver syndrome in caregivers of people with disabilities is a public health problem worldwide, and Ecuador is no exception. Globally, this syndrome is often ignored by national health services without being included as part of the comprehensive management of people with disabilities, which can result in a significant negative impact on the physical, mental and emotional health of the caregiver of the person with disability, as well as a reduction in their caregiving skills and increased risk of abandonment of the person with disability. This study focuses on knowing the prevalence of the Burned Caregiver Syndrome in the Girón Type A Health Center of the Ministry of Public Health of Ecuador, and establishing a structured health promotion program focused on preventing and reducing the prevalence of this syndrome by reducing the subjective stress to which this population group is exposed, composed of 6 phases. At the same time, it seeks to improve the subjective perception of the quality of life of these caregivers; caregiver overload was measured by applying the Zarit-22 test (ZBI-22) and then phase 1 and 2 of the health promotion program was executed for these caregivers of people with disabilities through group therapy, in which psychoeducation and emotional unloading were carried out. Prior to the implementation of this program, through the application of the ZBI-22 to 32 caregivers of people with disabilities, a prevalence of burnt-out caregiver syndrome of 37% was found, a figure that is higher than the world average for this syndrome. After the execution of the two phases mentioned above, the prevalence of burnt-out caregiver syndrome was reduced to 34%, in addition, the mean of the ZBI-22 after the application of the program was also reduced, both in those without burnt-out caregiver syndrome and in those with this syndrome, which suggests its effectiveness both in prevention in those without overload and in those with burnt-out caregiver syndrome, however, it is necessary to execute the following phases in order to generate a greater impact and lasting effect in this population group, after which the ZBI-22 will be reapplied.

Key Words: Caregiver Burnout Syndrome, Caregiver Overload, People with Disabilities, Zarit-22, Health Promotion.

ÍNDICE

1. Capítulo 1: Introducción	1
1.1. Descripción del Problema	1
1.2. Definición del Problema.....	3
1.3. Pregunta de Investigación.....	5
1.4. Identificación del objeto de estudio.....	5
1.5. Planteamiento del problema	6
1.5.1. Delimitación	6
1.5.2. Justificación	7
2. Capítulo 2: Objetivos.....	8
2.1. Objetivo General	8
2.2. Objetivos Específicos	8
2.3. Hipótesis	9
3. Capítulo 3: Marco Teórico	9
3.2. Marco Conceptual.....	14
4. Capítulo 4: Aplicación Metodológica.....	15
4.1. Diseño del estudio y tipo de estudio	15
4.2. Marco Lógico	16
4.3. Universo y Muestra.....	21
4.3.1. Universo	21
4.3.2. Muestra	21
4.4. Criterios de Inclusión y Exclusión	21
4.4.1. Criterios de Inclusión.....	21
4.4.2. Criterios de Exclusión	22
4.5. Operacionalización de las Variables	22
4.6. Instrumento de Investigación	27
4.7. Obtención y análisis de la información.....	28
4.8. Resultados	29
4.9. Discusión	33
4.10. Propuesta de Solución.....	36
4.10.1. Monitoreo	37
4.10.2. Evaluación	37
4.10.3. Presupuesto	37
4.10.4. Plan de Actividades	37
4.11. Conclusiones y Recomendaciones.....	46
4.11.1. Conclusiones.....	46
4.11.2. Recomendaciones.....	48

4.12. Cronograma de Proyecto de Titulación	48
5. <i>Bibliografía</i>	49
6. <i>Anexos</i>	51

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Marco Lógico	16
Tabla 2: Operacionalización de las Variables	22
Tabla 3: Plan de Actividades	37
Tabla 4: Cronograma de Proyecto de Titulación	48

INDICE DE FIGURAS O GRAFICOS

Gráfico 1: Sexo de los Participantes	29
Gráfico 2: Prevalencia del Síndrome de Cuidador Quemado Pretest	29
Gráfico 3: Media del Puntaje ZBI-22 Pre – Test	20
Gráfico 4: Media de los años de cuidados brindados	31
Gráfico 5: Media del Porcentaje de Discapacidad	31
Gráfico 6: Síndrome de Cuidador Quemado según tipo de discapacidad	32
Gráfico 7: Prevalencia del Síndrome de Cuidador Quemado Post-test	32
Gráfico 8: Comparación de media del puntaje ZBi pre y post test	33

1. Capítulo 1: Introducción

1.1. Descripción del Problema

El “Síndrome de Cuidador Quemado” hace referencia al agotamiento físico, mental, emocional y económico que puede experimentar un cuidador de una persona con discapacidad tras realizar su cuidado por larga data, lo cual, a su vez, puede producir aumentos en los niveles de estrés o generar depresión, ansiedad y otras enfermedades mentales, además de problemas sociales como el aislamiento o la disminución de la participación comunitaria, y problemas económicos por falta de acceso a recursos, además de enfermedades físicas, lo que a su vez, se puede traducir en un riesgo para la salud de aquel que brinda los cuidados como también una reducción de la calidad y capacidad de cuidado hacia una persona con discapacidad; además, aumenta la probabilidad de abandono de las personas con discapacidad, significando también, un aumento en la inversión de recursos del sistema sanitario debido a los costos de las intervenciones terapéuticas a consecuencia de la falta de prevención e intervenciones tempranas. (Ku et al., 2019; Riffin et al., 2019; Wolff et al., 2016)

Existen varios mecanismos para cuantificar la carga que presenta el cuidador de una persona con discapacidad, siendo la más utilizada y validada la escala de Zarit (ZBI-22), misma que en múltiples estudios ha demostrado su exactitud al momento de emplear esta cuantificación para tasar la existencia y el grado de severidad del síndrome de cuidador quemado en cuidadores de personas con discapacidad. (Dominguez-Vergara et al., 2023) La escala de ZBI-22 consiste en 22 ítems que son respondidas de modo subjetivo con consignas que incluyen “siente que... o, cree que...”; a cada ítem se asigna un puntaje del 0 al 4, teniendo el test completo un puntaje mínimo de 0 y un puntaje máximo de 88; se considera que a menor valor es más baja la carga del cuidador y mientras más alto el puntaje, es más severo; además, se puede considerar como punto de corte el valor de 48 puntos, calificando valores menores a este como bajo riesgo de enfermedades psicológicas relacionadas al síndrome de cuidador quemado e iguales y

mayores este valor como alto riesgo de enfermedades psicológicas relacionadas al síndrome de cuidador quemado con una sensibilidad del 73% y especificidad del 80% para depresión y una sensibilidad del 70% y especificidad del 79% para ansiedad. (Yu et al., 2020; Yu et al., 2019)

La prevención del síndrome de cuidador quemado es esencial para poder evitar las complicaciones y repercusiones que puede significar tanto en la persona con discapacidad como en su cuidador, y esto se puede realizar mediante: la educación y capacitación de los cuidadores de las personas con discapacidad con la finalidad de aumentar el conocimiento, conciencia y comprensión sobre el síndrome de cuidador quemado; la promoción del autocuidado, fomentando prácticas que aporten hacia el mejoramiento del bienestar físico, mental y afectivo/emocional de los cuidadores de personas con discapacidad; la mejora al acceso de recursos, aportando a la creación de redes de apoyo y acceso a insumos esenciales para brindar los cuidados de las personas con discapacidad; generando inclusión comunitaria y en la sociedad de las personas con discapacidad y brindando a los cuidadores apoyo social y familiar para enfrentar los desafíos del cuidado.

De la misma forma, es importante la aplicación rutinaria del ZBI-22 con la finalidad de realizar un seguimiento del estado de los cuidadores y poder realizar intervenciones tempranas que puedan prevenir complicaciones derivadas del mismo, y esto incluye varias medidas no farmacológicas como la terapia grupal, psicoeducación, terapia cognitivo-conductual, etc.(Sun et al., 2022), a su vez, es esencial la derivación oportuna a los servicios de salud, psicológicos o sociales requeridos de aquellas personas que cuenten con un puntaje elevado que no mejora a pesar de las intervenciones de promoción con el objetivo de realizar un manejo interdisciplinario e integral para mejorar dicha condición.

En un estudio realizado en la provincia de Loja en Ecuador, en el que se aplicó el cuestionario ZBI-22 para determinar la prevalencia del síndrome de cuidador quemado en cuidadores de personas con discapacidad asociado a su sobrecarga se determinó

que el 60% de los encuestados presentaban una sobrecarga, valor preocupantemente superior al encontrado en otros países que, según un metaanálisis es del 31%. (Cham et al., 2022; Rodríguez-Delgado Yenisel & Reyes-Masa Betti del Cisne, 2021)

A pesar de ser un problema altamente complejo que puede tener un impacto importante tanto en la salud de aquel que asume el rol de cuidador de una persona con discapacidad, como también de aquella que se encuentra bajo su cuidado, no se le suele dar la importancia adecuada en el sistema de salud, donde normalmente pasa desapercibido, sin existir un programa establecido y enfocado directamente en la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno, generando un problema de salud pública. (Schulz & Sherwood, 2008)

Por ese motivo, es importante estudiar esta condición aplicando el ZBI-22 a aquellos que sean cuidadores de personas con discapacidad del cantón Girón para conocer la realidad de los cuidadores de este establecimiento, posteriormente aplicando actividades de promoción de la salud, y realizando la nueva aplicación del ZBI-22 para medir el efecto que tuvo sobre los cuidadores.

1.2. Definición del Problema

El síndrome de cuidador quemado asociado a la sobrecarga hace referencia a un estado de extenuación mental, física y económica que experimenta un cuidador de una persona con discapacidad, el cual, puede tener un impacto negativo importante sobre la salud y el bienestar tanto de aquel que brinda los cuidados como el de la persona que se encuentre bajo su cuidado.

Girón es un cantón de la provincia del Azuay, república del Ecuador, de características urbanas y rurales, que está conformado por 3 parroquias, la parroquia Girón en el que predomina la población urbano-rural, y las parroquias de San Gerardo y La Asunción en el que predomina la población rural, contando dicho cantón con una población en el año 2001 de 12,583 personas, residiendo un 72% en las áreas rurales. (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2001)

El cantón cuenta con tres Centros de Salud Tipo A que pertenecen al Ministerio de Salud Pública del Ecuador, además de dos establecimientos de primer nivel pertenecientes al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y un Hospital Básico del Ministerio de Salud Pública en su cabecera cantonal, el mismo que cuenta con varios consultorios médicos privados, no obstante, carece de hospitales/clínicas o centros de atención médica privados, siendo el cantón dependiente principalmente de la provisión de salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

En su sala situacional del año 2022 de los establecimientos de salud tipo A, se tiene captado a 213 personas con discapacidad en el cantón a quienes se les brinda atención médica y seguimiento, de los cuales 16 tienen discapacidad visual, 23 discapacidad auditiva, 91 discapacidad física, 10 discapacidad psicosocial, 71 discapacidad intelectual y 2 discapacidad de lenguaje.

El Centro de Salud Girón, ubicado en la cabecera cantonal, cuenta con un equipo de atención prioritaria para personas con discapacidad o también llamado “Equipo Calificador de Discapacidades”, compuesto por un médico, un psicólogo y un trabajador social, quienes abarcan el territorio que compone el cantón Girón y el cantón San Fernando. La atención médica y seguimiento de las personas con discapacidad, en concordancia con el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) la realizan los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS) el cual está compuesto por un médico rural, general o familiar, una enfermera y un TAPS.

El Centro de Salud Girón, lleva a cabo además el “Club de Cuidadores de Personas con Discapacidad”, el cual reúne cuidadores de los tres centros de salud tipo A del MSP que componen el cantón, en el cual se realizan distintas actividades para mejorar las capacidades de cuidados de personas con discapacidad, y, aún que se mencionan temas relacionados al síndrome de cuidador quemado, no existe un programa específico para la evaluación permanente y manejo este problema de salud en el cantón, por lo cual, es esencial instaurar un programa de promoción de la salud en el cual se aborde este tema,

con la finalidad de evitar complicaciones que puedan comprometer el bienestar de aquellos cuidadores de personas con discapacidad, como también de la calidad de sus cuidados brindados.

1.3. Pregunta de Investigación

¿Cuál es el impacto de un programa de promoción de la salud sobre la reducción de la prevalencia y la gravedad de la carga del cuidador en cuidadores de personas con discapacidad usuarios del Ministerio de Salud Pública del cantón Girón?

1.4. Identificación del objeto de estudio

El estudio se centrará en conocer la prevalencia del síndrome de cuidador quemado en este cantón y su asociación a factores sociodemográficos, como también a la mejora de la calidad de vida de cuidadores mediante intervenciones no farmacológicas (psicoterapia, terapia grupal, charlas, capacitaciones, material info-comunicativo) diseñado para reducir el síndrome de cuidador quemado en cuidadores del cantón Girón. El principal grupo objetivo considerado en este estudio son aquellos que sean cuidadores de una persona con discapacidad del cantón Girón, quienes representan la población en riesgo de presentar una sobrecarga de cuidador.

Se planifica analizar los determinantes del síndrome de cuidador quemado con el objetivo de diseñar un programa de promoción para poder abordar eficazmente este problema. Como eje central de este estudio se realizará el desarrollo, implementación y posterior evaluación del plan piloto de un programa de promoción destinado a prevenir el síndrome del cuidador quemado de personas con discapacidad mediante la reducción del estrés subjetivo del cuidador de la persona con discapacidad.

Se realizará un pre-test y post-test de la carga del cuidador de la persona con discapacidad mediante la aplicación de la escala de Zarit-22 (ZBI-22) con la finalidad de medir el impacto del programa de promoción, mismo que será aplicado de modo digital a los cuidadores para evitar errores de tipificación, transcripción, codificación, etc.

Se tiene como finalidad además, que los resultados obtenidos puedan ser extrapolados a otros centros de atención primaria de salud con el fin de prevenir el Síndrome del Cuidador Quemado de personas con discapacidad.

1.5. Planteamiento del problema

El Síndrome de Cuidador Quemado hace referencia a la fatiga crónica, tanto física como psicológica que puede afectar a un cuidador de una persona con discapacidad, mismo que se debe a una sobrecarga en su rol de cuidador. Este síndrome tiene la capacidad de afectar tanto al cuidador de la persona con discapacidad, reduciendo su calidad de vida y pudiendo resultar en enfermedades tanto físicas como mentales, y la salud de la persona con discapacidad quien puede presenciar una reducción en la calidad de sus cuidados y un mayor riesgo de abandono por parte de su cuidador. (Ku et al., 2019; Riffin et al., 2019; Wolff et al., 2016)

En el cantón Girón la población que cumple los criterios para ser considerados cuidadores de personas con discapacidad es significativa, contando con 213 personas con discapacidad identificadas en el Ministerio de Salud Pública, por lo que, surge la necesidad de identificar, desarrollar e implementar un programa de promoción de la salud que aborde específicamente este tema tan importante, mismo que puede ser replicado en otras unidades de primer nivel de atención.

1.5.1. Delimitación

Este estudio se realizará en Cuidadores de Personas con Discapacidad usuarias del servicio de salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el cantón Girón, durante el periodo comprendido entre los meses de mayo, junio y julio.

1.5.2. Justificación

El Síndrome de Cuidador Quemado representado en la sobrecarga del cuidador representa un problema de salud pública importante que puede impactar negativamente en la calidad de vida del cuidador de una persona con discapacidad; como también, deteriorar la calidad de los cuidados brindados a las personas con discapacidad y aumentar el riesgo de abandono; a pesar de ser un problema que puede generar consecuencias serias, suele pasar de forma desapercibida y, en muchos casos, no suele ser considerada por los sistemas de salud como parte del manejo integral de una persona con discapacidad.

Girón es un cantón de la provincia del Azuay que está compuesto por 3 parroquias: Girón en su cabecera cantonal, San Gerardo y La Asunción. El cantón cuenta con tres Centros de Salud tipo A en cada una de sus parroquias y un hospital básico en su cabecera cantonal, además, cuenta con dos establecimientos de primer nivel del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Algunas de las parroquias no cuentan con centros privados de atención médica dependiendo netamente del sistema público de salud para satisfacer las necesidades de la comunidad, no obstante, en la cabecera cantonal se cuenta con varios consultorios médicos privados, pero no cuenta con hospitales o clínicas privadas.

La prevalencia de discapacidad en el cantón Girón es significativa, representándose en la sala situacional del año 2022 de los establecimientos tipo A del cantón con 213 personas con discapacidad captadas y usuarias del servicio brindado por parte del Ministerio de Salud Pública, de estos, 16 tienen discapacidad visual, 23 discapacidad auditiva, 91 discapacidad física, 10 discapacidad psicosocial, 71 discapacidad intelectual y 2 discapacidad de lenguaje. En la cabecera cantonal se cuenta con un equipo de atención prioritaria para personas con discapacidad, también conocido como Unidad de Discapacidades o Equipo Calificador de Discapacidades, compuesta por 1 médico general, 1 psicólogo clínico y 1 trabajador social, quienes además manejan un Club de Cuidadores de Personas con Discapacidad, en el que se abarca una variedad de temas y talleres de interés para los cuidadores incluido el Síndrome de Cuidador Quemado, no

obstante, no se cuenta con un programa específico para evaluar, prevenir, diagnosticar tempranamente y reducir el síndrome de cuidador quemado asociado a la sobrecarga del cuidador, por lo que, debido al gran impacto que puede tener sobre la salud de aquel que se encarga de los cuidados de una persona con discapacidad; como también, aquella que se encuentra bajo su cuidado, es esencial tener un programa enfocado a esta problemática de salud, y, al ser una población, como se demostró anteriormente, tan dependiente de los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, se considera de gran relevancia instaurar esta intervención en esta institución , mismo que representa el mayor proveedor de servicios de salud del cantón.

1.5.2.1. Viabilidad y Factibilidad

Se considera un proyecto viable debido a que se cuenta con la posibilidad de ejecutarlo en el Ministerio de Salud Pública mediante su club de cuidadores de personas con discapacidad y se considera factible debido a que se cuenta con todos los permisos pertinentes y es rentable económicamente, estando asegurado su financiamiento.

2. Capítulo 2: Objetivos

2.1. Objetivo General

Disminuir la prevalencia y severidad del Síndrome de Cuidador Quemado con la finalidad de mejorar la calidad de vida en cuidadores de personas con Discapacidad que sean usuarias del servicio de salud del Ministerio de Salud Pública del cantón Girón.

2.2. Objetivos Específicos

Identificar cuáles son factores que se encuentren relacionados a la sobrecarga del cuidador de personas con discapacidad.

Establecer la escala para la medición del Síndrome de Cuidador Quemado asociado a la sobrecarga del cuidador de una persona que padezca de una discapacidad.

Evaluar la prevalencia del Síndrome de Cuidador Quemado y nivel de la sobrecarga del cuidador en cuidadores de personas con discapacidad usuarias del Ministerio de Salud Pública del cantón Girón.

Desarrollar un programa de promoción enfocada a reducir la prevalencia de Síndrome del Cuidador Quemado y severidad de la sobrecarga del cuidador.

Aplicar un programa de promoción enfocada a la disminución de la prevalencia del Síndrome del Cuidador Quemado y severidad de la sobrecarga del cuidador en cuidadores de personas con discapacidad usuarias de los servicios del Ministerio de Salud Pública del cantón Girón.

Medir la prevalencia del Síndrome del Cuidador Quemado y la severidad de la sobrecarga del cuidador posterior a un programa de promoción de la salud.

2.3. Hipótesis

La aplicación de un programa de promoción de la salud enfocado al Síndrome del Cuidador Quemado, basado en los factores que determinan la sobrecarga del cuidador, resultará en una reducción de su prevalencia y severidad medido mediante la aplicación de la escala Zarit-22.

3. Capítulo 3: Marco Teórico

3.1. Marco Histórico, Contextual y Referencial

El “Síndrome de Cuidador Quemado” hace referencia al agotamiento físico, mental, emocional y económico que puede tener un cuidador de una persona con discapacidad asociado a una sobrecarga del cuidador, siendo el estrés el principal factor asociado.

Para definir el “Síndrome de Cuidador Quemado” se debe tomar en cuenta que, al ser un síndrome, representa un conglomerado de atribuciones y características, que, en conjunto, generan un cuadro clínico. La literatura menciona tres atributos esenciales para poder definir el “Síndrome del Cuidador Quemado”, en primer lugar, la autopercepción del cuidador de una persona con discapacidad, refiriéndose a la percepción positiva o negativa acerca de su condición de cuidador, su libertad, su capacidad de autocuidado, su nivel de estrés, que puede ser tanto subjetivo relacionado a lo percibido mediante sus respuestas emocionales y cognitivas a sus responsabilidades como cuidador, fatiga y percepción de injusticia que puede presentar al momento de brindar sus cuidados, como también, objetivo, relacionado a las responsabilidades que debe asumir el cuidador basado en las necesidades de la persona que se encuentre bajo su cuidado, o sea, en el grado de dependencia que presente la persona con discapacidad, asumiendo que, objetivamente, la necesidad de cuidado de una persona que necesita supervisión en situaciones puntuales que le pueden poner en peligro difiere de, por ejemplo, una persona encamada, con necesidad de ayuda permanente y especial, generando diferentes niveles de carga objetiva al cuidador, no obstante, no se debe olvidar que la autopercepción, según como fue definido anteriormente, o sea, lo que representan subjetivamente estos cuidados para el cuidador tiene un impacto aun mayor sobre su sobrecarga global; en segundo lugar, el “Síndrome de Cuidador Quemado” se debe a una cadena polifacética multidimensional de eventos que genera el cuadro clínico del paciente, normalmente relacionado con una disminución del autocuidado tanto físico mediante un descuido de sus necesidades dietéticas, higiénicas, etc., emocional mediante el sentimiento de culpa, injusticia, resentimiento, cambios en el estilo de vida y tiempo disponible para realizar actividades placenteras, etc., social mediante la fragmentación de las relaciones con la familia y la comunidad y aislamiento social, etc., y económico mediante una limitación en los ingresos financieros debido al tiempo y energía invertidos en los cuidados brindados, encontrándose la sinergia entre todos estos factores relacionados a un aumento en los niveles de estrés emocional y psicológico, lo que a su vez puede llevar a síntomas variables como pérdida de peso, fatiga, problemas del sueño, depresión y ansiedad como también, afectar la salud de la persona que recibe los cuidados, mediante una reducción en la calidad de los cuidados otorgados y

aumentando el riesgo de abandono de la persona con discapacidad; en tercer y último lugar se debe definir que el Síndrome de Cuidador Quemado no es una situación estática, sino dinámica, que fluctúa con el tiempo influenciado por los factores particulares mencionados anteriormente al que se encuentre expuesto el cuidador en un momento dado, a su capacidad de hacer frente y manejar el estrés generado por sus cuidados brindados y a los cambios de las necesidades de la persona con discapacidad bajo su cuidado dependiente al progreso o deterioro de su condición clínica, por ende, es esencial una revaloración periódica de la carga del cuidador e intervenciones de promoción de la salud, identificación e intervención temprana, etc. de manera permanente y continua. (Chou, 2000; Ku et al., 2019; Liu et al., 2020; Morgan et al., 2022; Riffin et al., 2019; Wolff et al., 2016)

A pesar de las graves consecuencias mencionadas que se encuentran relacionadas al “Síndrome de Cuidador Quemado”, respecto al impacto que tiene sobre el bienestar y salud del cuidador de la persona con discapacidad, como también, en la salud de la persona con discapacidad que se encuentra bajo su cuidado, es un problema al que, históricamente, no se le ha dado mucha importancia ni ha sido considerado realmente como parte del manejo integral de una persona con discapacidad por parte del sistema de salud, donde normalmente, este síndrome suele pasar desapercibido, sin existir un programa establecido y enfocado directamente en la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno, generando un problema de salud pública. (Schulz & Sherwood, 2008)

Se puede cuantificar la carga del cuidador relacionado al “Síndrome de Cuidador Quemado” mediante varios mecanismos, siendo la más utilizada y globalmente aceptada la escala del Zarit 22 (ZBI-22), misma que ha demostrado en varios estudios tener una buena sensibilidad y especificidad al momento de tasar la existencia y el grado de severidad del síndrome de cuidador quemado de personas con discapacidad asociado a la sobrecarga percibida del cuidador. (Dominguez-Vergara et al., 2023; Loo et al., 2022).

La escala ZBI-22 está compuesta por 22 preguntas subjetivas: “¿Siente que su familiar pide más ayuda de la que necesita?, ¿Siente que debido al tiempo que pasa con su familiar, no tiene suficiente tiempo para usted?, ¿Se siente estresado/a por tener que cuidar de su familiar y además tener que cumplir con otras responsabilidades de su familia o su trabajo?, ¿Se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?, ¿Se siente enojado/a cuando está con su familiar?, ¿Siente que actualmente la situación de su familiar afecta de manera negativa su relación con otros miembros de la familia o con sus amigos?, ¿Siente que su familiar depende de usted?, ¿Se siente tenso/a cuando está con su familiar?, ¿Siente que cuidar de su familiar ha afectado su salud?, ¿Siente que no tiene la privacidad que le gustaría tener debido a su familiar?, ¿Siente que cuidar de su familiar ha afectado su vida social?, ¿Se siente incómodo/a al invitar amigos a su casa debido a su familiar?, ¿Siente que su familiar parece esperar que usted lo/la cuide como si usted fuera la única persona de la cual él/ella puede depender?, ¿Siente que no podrá cuidar de su familiar por mucho tiempo más?, ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que su familiar se enfermó?, ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona, En general, ¿cuán sobrecargado/a se siente por tener que cuidar de su familiar?”. (Tartaglino et al., 2020), a cada ítem se le asigna un puntaje del 0 al 4, siendo 0 “Nunca” y 4 “Casi Siempre”, exceptuando la pregunta 22, en la que 0 representa “De ningún modo” y 4 “Extremamente”, con esto, el test completo tiene un puntaje mínimo de 0 y puede alcanzar un puntaje máximo de 88, considerándose que a menor valor del test menor la carga del cuidador y mientras más alto el valor del test, más alta la carga del cuidador; se puede considerar también que aquellos con un puntaje menor a 48 puntos como cuidadores en bajo riesgo de presentar enfermedades psicológicas relacionadas al “Síndrome de Cuidador Quemado”, mientras que puntajes iguales o mayores a 48 puntos como alto riesgo de enfermedades psicológicas relacionadas al síndrome de cuidador quemado con una sensibilidad del 73% y especificidad del 80% para depresión y una sensibilidad del 70% y especificidad del 79% para ansiedad. (Yu et al., 2020; Yu et al., 2019)

La prevalencia del Síndrome de Cuidador quemado por sobrecarga del cuidador es alta a nivel mundial, en estudios realizados en Asia, se han encontrado prevalencias de

sobrecarga del cuidador que van del 23% al 56%, en un estudio realizado en Irlanda la prevalencia fue del 33.6%, en Colombia un estudio estableció una prevalencia del 20.8%, otro estudio realizado en los Estados Unidos encontró una prevalencia del 26.1%. (Hena Piedrahita et al., 2021; Loo et al., 2022; O'Caomh et al., 2021; Park et al., 2022) Las estadísticas demostradas por estudios realizados en el Ecuador son preocupantes en relación al de la realidad mundial presentada, según un estudio que se realizó en la provincia de Loja, en el cual fue aplicado el cuestionario de Zarit en cuidadores de personas con discapacidad para determinar su nivel de sobrecarga, se encontró que el 60% de los valorados presentaban una sobrecarga del cuidador, valor preocupantemente superior al encontrado en otros países, que, según un metaanálisis, es del 31%, además, otro estudio realizado en el Ecuador muestra que el “Síndrome de Cuidador Quemado” afecta a las mujeres más que a los hombres, presentándose en mujeres en un 80% y en hombres en un 20%. (Cham et al., 2022; Rodríguez-Delgado Yenisel & Reyes-Masa Betti del Cisne, 2021; Ruisoto et al., 2020)

El manejo del “Síndrome del Cuidador Quemado” como problema de salud pública tiene que realizarse en múltiples niveles de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, con la finalidad de evitar complicaciones y repercusiones que puede significar tanto en la persona con discapacidad como en su cuidador. La literatura puntualiza varias intervenciones basadas en la evidencia que han demostrado ser efectivas en prevenir y disminuir la sobrecarga del cuidador de una persona con discapacidad mediante la reducción del estrés percibido, aumento del apoyo social y capacitación continua. Como se mencionó anteriormente, se debe realizar una educación y la capacitación de los cuidadores de personas con discapacidad con el propósito de aumentar su conocimiento, conciencia y comprensión sobre el síndrome de cuidador quemado; se debe realizar una promoción del autocuidado, fomentando prácticas que estén encaminadas al mejoramiento del bienestar físico, mental y emocional de los cuidadores de personas con discapacidad, como también a prácticas dirigidas a la reducción del estrés mediante técnicas de manejo del mismo, basados en lo expresado anteriormente en el que se identifica la importancia de la autopercepción del estrés sobre el estrés objetivo; la mejora al acceso de recursos, aportando a la creación de redes de apoyo y acceso a recursos

esenciales para el cuidado de personas con discapacidad y generando inclusión social de las personas con discapacidad brindando a los cuidadores apoyo social y familiar para enfrentar los desafíos del cuidado.

Se debe tener en cuenta, que, debido a la naturaleza dinámica del síndrome del cuidador quemado es esencial una aplicación rutinaria del ZBI-22 con la finalidad de registrar e identificar cambios en la carga percibida del cuidador, lo que puede encaminar a realizar intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como también intervenciones tempranas, con la finalidad de prevenir complicaciones derivadas de este síndrome. Para este efecto, las terapias grupales, al relacionar al cuidador con otras personas que se encuentran en su misma condición, pudiendo encontrar así apoyo, entendimiento y teniendo la oportunidad de compartir experiencias, la psicoeducación, que permite a la persona educarse acerca de su propia condición y como gestionarla o afrontarla para mejorar su calidad de vida; la terapia cognitivo-conductual que permite reaccionar ante situaciones exigentes o estresantes con mejor eficacia mediante la conciencia y manejo de pensamientos negativos, exagerados o imprecisos, etc. han demostrado ser efectivos en la prevención del síndrome del cuidador quemado. (Sun et al., 2022)

3.2. Marco Conceptual

Cuidador de persona con discapacidad: Aquella persona que sea la responsable permanente de proporcionar cuidados a una persona con discapacidad, sea este, amigo o familiar, y que lo realice sin remuneración percibida por sus cuidados.

Persona con discapacidad: Aquella persona que presente una limitación permanente en sus funciones que afecte su capacidad de realizar actividades de la vida diaria, debidamente calificado y certificado por la autoridad sanitaria nacional con un puntaje igual o mayor a 30%

Promoción de la Salud: Actividades relacionadas a mejorar o modificar las condiciones personales, sociales y económicos encaminados a favorecer la salud individual y comunitaria.

Prevención de Enfermedades: Actividades relacionadas al control de enfermedades y condiciones de salud en relación con sus factores de riesgo y poblaciones diana.

Persona sin síndrome de cuidador quemado: Aquella persona que tenga un puntaje menor a 48 en la escala de Zarit-22.

Persona con síndrome del cuidador quemado: Aquel cuidador de una persona con discapacidad que presente un puntaje mayor o igual a 48 en la escala de Zarit-22.

Zarit-22: Escala utilizada para la determinación de la carga del cuidador mediante preguntas subjetivas de percepción de sus cuidados.

4. Capítulo 4: Aplicación Metodológica

4.1. Diseño del estudio y tipo de estudio

En este estudio se realizará la medición de la carga del cuidador mediante la aplicación de la escala de Zarit-22 en los integrantes del Club de Cuidadores de Personas con Discapacidad del cantón Girón manejado por el Ministerio de Salud Pública, con lo que se conocerá la prevalencia y severidad media del Síndrome de Cuidador Quemado, posteriormente, se realizará un programa de promoción de la salud, posterior al cual se aplicará un nuevo test de Zarit-22 y se evaluará el impacto del programa mediante una nueva prevalencia y nuevo puntaje medio del ZBI-22, posteriormente se compararán los valores obtenidos previos y posterior a la aplicación del programa de promoción de la salud.

Se planifica realizar una intervención de promoción de la salud, en un grupo no aleatorio, sino ya establecido comprendido por el Club de Cuidadores de Personas con

Discapacidad del cantón Girón, se considera un estudio descriptivo ya que no se pretende establecer ninguna relación de tipo causa – efecto, ni realizar intervenciones o manipulaciones de las variables, sino, una recopilación de datos mediante encuesta; debido a que se van a realizar las observaciones durante un periodo en el tiempo, en el cual se van a medir prevalencias y medias se considera un estudio transversal.

Por este motivo se considera que el estudio es descriptivo observacional transversal.

4.2. Marco Lógico

Con el objetivo de brindar una estructura lógica y coherente al diseño, aplicación y evaluación de las metas y fines establecidos se decide utilizar el modelo del marco lógico.

El modelo del marco lógico brinda una estructura en la que es posible centrarse en los resultados propuestos para el proyecto, incluida su forma de medición y verificables, además, permite la verificación cruzada del modelo del proyecto con lo que brinda transparencia en su diseño, aplicación y resultados. Al planificar un programa de promoción de la salud para prevenir el síndrome del cuidador quemado es crucial contar con un modelo que permita tener una lógica bien estructurada para aplicar la intervención deseada y para medir los resultados obtenidos por dicha intervención.

Tabla 1: Marco Lógico

Resumen Narrativo de Objetos	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
Fin: Mejorar la calidad de vida de los cuidadores de personas con discapacidad usuarias del servicio de salud del Ministerio de Salud Pública.	- Reducción en la media del puntaje de la escala de Zarit-22 tras la implementación del programa de	- Aplicación de la escala de Zarit-22 previo a la aplicación del programa de promoción	Contar con la aprobación distrital para realizar el estudio.

-
- Reducción de su la prevalencia del Síndrome de Cuidador Quemado mediante la reducción del ZBI-22.
 - Percepción subjetiva de la calidad de vida posterior al programa de promoción de la salud.

<p>Propósito: Disminuir la severidad y la prevalencia del el Síndrome de Cuidador Quemado en Cuidadores de personas con Discapacidad usuarias de los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública en el cantón Girón.</p>	<p>Prevalencia de Síndrome de Cuidador Quemado pre y post intervención Media de la escala ZBI-22 pre y post intervención.</p>	<p>de Encuestas y para que los cuidadores acudan a los talleres preparados enfocados en reducir el estrés subjetivo, reduciendo a su vez la carga del cuidador.</p>
---	---	---

Componentes:	Escala Zarit-22 pre y	Informe de	Redes de
1. Identificar los factores asociados a la sobrecarga del cuidador de personas con discapacidad.	post intervención Datos Demográficos Nivel del estrés objetivo del cuidador.	actividades realizadas con registro fotográfico.	apoyo podrían influenciar la carga global del cuidador.
2. Establecer la escala para la medición del Síndrome de Cuidador Quemado asociado a la sobrecarga del cuidador de la persona con discapacidad.		Encuestas previa y posterior a la intervención Puntaje previo y posterior a la intervención del ZBI-22.	
3. Evaluar la prevalencia del Síndrome de Cuidador Quemado y severidad de la sobrecarga del cuidador en cuidadores de personas con discapacidad usuarias de los servicios del Ministerio de Salud Pública del cantón Girón.			

4. Desarrollar un programa de promoción enfocada a reducir la prevalencia del Síndrome del Cuidador Quemado y severidad de la sobrecarga del cuidador

5. Aplicar un programa de promoción de la salud enfocada a reducir la prevalencia del Síndrome del Cuidador Quemado y severidad de la sobrecarga del cuidador en cuidadores de personas con discapacidad usuarias de los servicios del Ministerio de Salud Pública del cantón Girón.

6. Medir la prevalencia del Síndrome del Cuidador Quemado y la severidad de la

sobrecarga del cuidador posterior a un programa de promoción de la salud.

Actividades:	Escala Zarit-22 pre y	Encuestas	Permisos para
1. Listar y conceptualizar los factores	post intervención Datos Demográficos	previa y	realizar el estudio en la
2. Elaboración de los parámetros para la encuesta	Nivel del estrés objetivo del cuidador.	posterior a la intervención Puntaje	entidad de salud.
3. Aplicación de la escala ZBI-22 y encuesta para identificar la prevalencia y severidad del Síndrome de del Cuidador Quemado.		previo y posterior a la	intervención del ZBI-22.
4. Elaboración del programa de promoción de la salud (talleres de introducción, terapia grupal, psicoeducación, etc.)			
5. Implementación de un programa de promoción de la salud enfocado a disminuir la prevalencia y del Síndrome del Cuidador Quemado y			

severidad de la
sobrecarga del
cuidador

6. Aplicar la escala ZBI-22 post intervención para valorar el impacto del programa
-

Fuente: Elaboración propia

4.3. Universo y Muestra

4.3.1. Universo

213 cuidadores de personas con discapacidad usuarias del servicio de salud del Ministerio de Salud Pública.

4.3.2. Muestra

35 cuidadores de personas con discapacidad que acuden al Club de Cuidadores de Personas con Discapacidad de Girón.

4.4. Criterios de Inclusión y Exclusión

4.4.1. Criterios de Inclusión

- Cuidadores de personas con discapacidad que sean usuarias de los servicios del Ministerio de Salud Pública del cantón Girón que deseen participar en el estudio.
- Personas mayores de 18 años de edad.
- Personas que no tengan discapacidad que limite, o dificultad para entender preguntas o comandos o responder cuestionarios.

- Personas que hayan proporcionado cuidado a una persona con discapacidad sin remuneración por al menos 6 meses.

4.4.2. Criterios de Exclusión

- Personas que no deseen participar en el estudio.
- Personas menores a 18 años.
- Personas que no se encuentren en condiciones de otorgar un consentimiento informado.
- Cuidadores de personas con discapacidad que no pertenezcan al cantón Girón o no sean usuarias de los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública.
- Cuidadores de personas con discapacidad que reciban remuneración económica por sus servicios como cuidador.
- Cuidadores de personas con discapacidad que no se encuentren brindando cuidados por al menos 6 meses.

4.5. Operacionalización de las Variables

Tabla 2: Operacionalización de las variables

Nombre de la Variable	Definición de la Variable	Tipo de Variable	Componente
Cuidador de Persona con Discapacidad	Si es que la persona estudiada es o no cuidadora de una persona con discapacidad, o sea, que sea la responsable permanente de proporcionar	Cualitativa Dicotómica	1. Si 2. No

	cuidados a una persona con discapacidad, sea este, amigo o familiar, y que lo realice sin remuneración percibida por sus cuidados.		
Edad del Cuidador:	La edad descrita en años del cuidador de una persona con discapacidad.	Cuantitativa Discreta	... 20, 21, 22, 23, 24
Genero del Cuidador:	Genero del cuidador de la persona con discapacidad según indicado en su cédula de identidad reportado verbalmente.	Cualitativa Nominal	1. Masculino 2. Femenino 3. Otros
Etnia del Cuidador:	La etnia del cuidador según su autoidentificación	Cualitativa Nominal	1. Blanco 2. Mestizo 3. Indígena 4. Montubio 5. Afroecuatoriano 6. Otros
Nivel de Educación del Cuidador:	Se mide mediante el nivel de escolaridad	Cualitativa Ordinal	1. Ninguno 2. Primer Nivel 3. Segundo Nivel

	finalizada alcanzada por el cuidador de la persona con discapacidad		4. Tercer Nivel 5. Cuarto Nivel
Estado Civil del Cuidador:	El estado civil legal del cuidador.	Cualitativa Nominal	1. Casado/a 2. Soltero/a 3. Unión Libre 4. Viudo/a
Con cuantas personas comparte los cuidados de la persona con discapacidad	Hace referencia a conocer si es que el cuidador encuestado es el único responsable de los cuidados de la persona con discapacidad o si comparte esta responsabilidad con otras personas (ej. Esposo, hijos, hermanos, etc.	Cuantitativa Discreta	0, 1, 2, 3, ...
Tipo de Discapacidad	Hace referencia al tipo de discapacidad que predomine en la persona que se encuentra bajo su cuidado según las categorías del	Cualitativa Nominal	1. Físico 2. Auditivo 3. Visual 4. Intelectual 5. Psicosocial 6. Lenguaje

Ministerio de Salud
Pública.

Severidad de la Discapacidad	Hace referencia a la gravedad de la discapacidad según el porcentaje de discapacidad asignado por la autoridad sanitaria nacional: 1% - 29% se considera leve, del 30% al 49% se considera moderada, del 50% al 74% se considera grave e igual y superior o igual al 75% como muy grave.	Cualitativa Ordinal	5. Leve 6. Moderada 7. Grave 8. Muy Grave
Participa en otro programa de promoción	Hace referencia si el cuidador de la persona con discapacidad participa o no en programa permanente de promoción de la salud dirigido a la prevención del Síndrome de	Cualitativa Dicotómica	1. Si 2. No

Cuidador
Quemado.

Puntaje ZBI-22 pre-intervención	Hace referencia al puntaje en la escala de ZBI-22 previo a la intervención del programa de promoción de salud.	Cuantitativa Discreta	Números sin decimal del 0 - 84
Síndrome de Cuidador Quemado pre-intervención	Hace referencia a aquellos con un ZBI-22 pre-intervención mayor o igual a 48 puntos como personas que si presentan Síndrome de Cuidador Quemado y aquellos menor a 48 puntos que no presentan síndrome del cuidador quemado.	Cualitativa Dicotómica	1. Presente 2. Ausente
Puntaje ZBI-22 post-intervención	Hace referencia al puntaje en la escala de ZBI-22 posterior a la intervención del programa de	Cuantitativa Discreta	Números sin decimal del 0 - 84

	promoción de salud.		
Síndrome de Cuidador Quemado post-intervención	Hace referencia a aquellos con un ZBI-22 pre-intervención mayor o igual a 48 puntos como personas que si presentan Síndrome de Cuidador Quemado y aquellos menor a 48 puntos que no presentan síndrome del cuidador quemado.	Cualitativa Dicotómica	1. Presente 2. Ausente
Calidad de Vida	Percepción subjetiva del participante en el que se describe si tras el plan piloto siente que mejoró o no su calidad de vida.	Cualitativa dicotómica	1. Si 2. No

Fuente: Elaboración propia

4.6. Instrumento de Investigación

Para el propósito de esta investigación se realizó el diseño y aplicación de una encuesta digital en función a las variables expuestas, en esta encuesta se realiza la aplicación del

test de Zarit-22; además, se registran datos sociodemográficos de interés, como la edad del cuidador de la persona con discapacidad, su autoidentificación étnica, nivel de escolaridad alcanzado, estado civil, sexo, el número de personas con las que comparte la responsabilidad de los cuidados brindados, el tipo de discapacidad según este especificado en su carnet emitido por la autoridad sanitaria nacional, el porcentaje de discapacidad según especificado en su carnet, el número de años que ha ejercido el rol de cuidador y si es que ha participado en otros programas enfocados en la reducción de este síndrome.

El uso de la herramienta ZBI-22 es ampliamente validado para la evaluación del síndrome de cuidador quemado asociado a su sobrecarga, considerándose la herramienta más aceptada para este propósito. (Dominguez-Vergara et al., 2023; Loo et al., 2022) Las encuestas aplicadas se encuentran en el Anexo 1 y Anexo 2.

4.7. Obtención y análisis de la información

Se estructuran dos encuestas para su aplicación mediante “Google Forms”, un pre-test para ser aplicado previo a la intervención del plan piloto del programa de promoción y un post-test para medir el impacto del programa.

En el pre-test se incluye el ZBI-22 y las preguntas sociodemográficas expresadas en el instrumento de investigación en función a las variables propuestas para el proyecto, la aplicación de la encuesta se realizó en dos modalidades, la primera mediante el envío y llenado directo del cuidador de la persona con discapacidad, y la segunda, asistida por el encuestador, en el que se leen las preguntas y opciones al cuidador de la persona con discapacidad y el encuestador llena la encuesta en función a la respuesta del encuestado.

En el post-test se incluye el ZBI-22 y una pregunta que no se encuentra en el pre-test en el que se pregunta subjetivamente al encuestado si es que la intervención resultó en una mejora en su calidad de vida o no. La modalidad de llenado se realizó del mismo modo que el pre-test.

Los datos recolectados por el “Google Forms” fueron registrados en “Google Sheets”, posteriormente se realizó la codificación de los resultados obtenidos en “Google Sheets” y los datos fueron extrapolados a “Microsoft Excel” en donde se realizó el análisis estadístico y la creación de los gráficos.

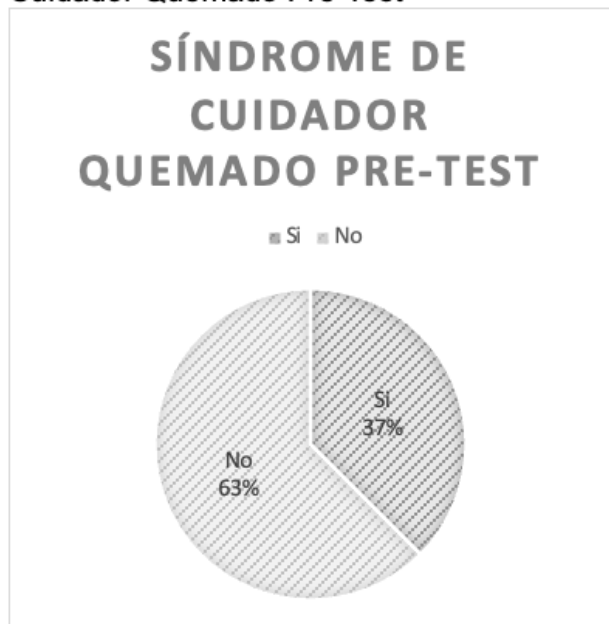
4.8. Resultados

Como se puede observar en la Ilustración 1 en el estudio participaron 7 hombres y 25 mujeres, evidenciándose una prevalencia de cuidadores del sexo femenino en comparación con el sexo masculino. Con esto las mujeres representaron un 78.1% de los participantes y los hombres un 21.9%.

Gráfico 1: Sexo de los participantes



Gráfico 2: Prevalencia del Síndrome de Cuidador Quemado Pre-Test



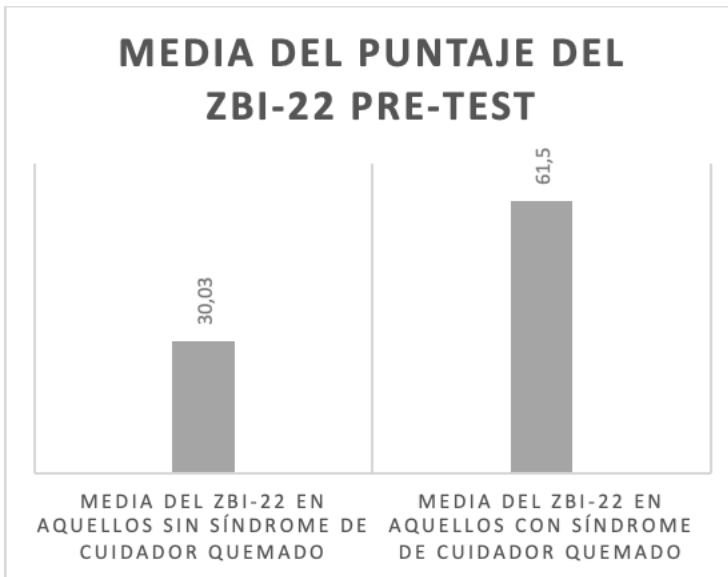
Fuente: Elaboración Propia

Fuente: Elaboración Propia

Como se puede observar en el gráfico 2, se utilizó, como menciona la bibliografía, el punto de corte de 48 puntos en el pre-test ZBI-22 para determinar si existe o no una sobrecarga del cuidador de una persona con discapacidad, mismo que se interpreta como un cuidador quemado; en se observó que de los 33 participantes que componen el club de cuidadores del cantón Girón 12 participantes presentaron un puntaje igual o mayor a 48 mientras que 20 no lo presentaron,

con lo que concluye que la prevalencia del Síndrome de Cuidador Quemado es del 37% (IC 95%: 26,6 – 48,4)

Gráfico 3: Media del puntaje del ZBI-22 del Pre-Test



Fuente: Elaboración Propia

En el gráfico 3 se aprecia la comparación de las medias de los puntajes obtenidos en el ZBI-22 entre los participantes con un resultado positivo y negativo para el Síndrome de Cuidador Quemado, donde la media entre aquellos sin Síndrome de Cuidador quemado fue de 30.03 puntos de 88 mientras que la media en aquellos con Síndrome de Cuidador Quemado fue de 61.5 puntos de 88.

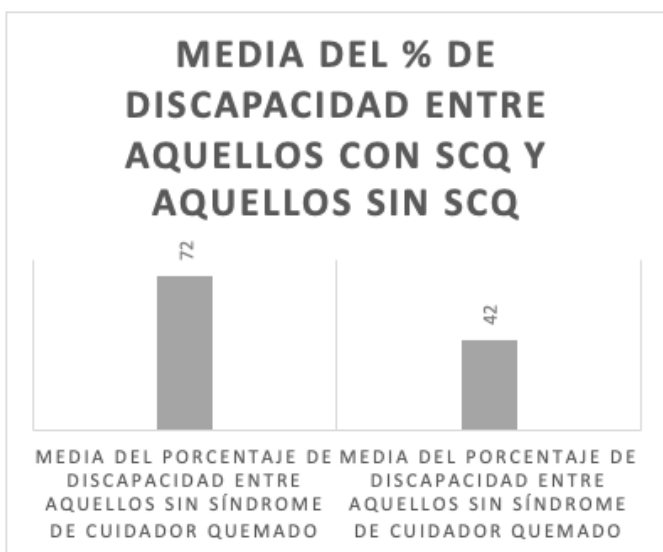
Gráfico 4: Media de los años de cuidado brindados en aquellos sin y con Síndrome de Cuidador Quemado



Fuente: Elaboración Propia

En el gráfico 4 se compara las medias de los años durante los cuales los cuidadores de personas con discapacidad entre los que tienen Síndrome de Cuidador quemado y aquellos que no. Se observa que la media de los años de cuidado brindados entre aquellos que no tienen Síndrome de Cuidador Quemado es de 8 años, mientras que de aquellos que si tienen síndrome de cuidador quemado es de 15 años.

Gráfico 5: Media del porcentaje de Discapacidad entre aquellos con síndrome de cuidador quemado y sin síndrome de cuidador quemado.



Fuente: Elaboración Propia

En el gráfico 5 se compara las medias del porcentaje de discapacidad de las personas bajo el cuidado de los participantes entre aquellos que presentan y no presentan síndrome de cuidador quemado (SCQ), se puede observar que la media del porcentaje de discapacidad según los valores asignados por la autoridad sanitaria nacional en aquellos sin síndrome de cuidador quemado es del 42% mientras que en aquellos con síndrome de cuidador quemado es del 72%.

En el gráfico 6 se puede observar la distribución del Síndrome de Cuidador Quemado (SCQ) según el tipo de discapacidad de la persona bajo su cuidado.

Se puede observar que de los cuidadores que presentaron Síndrome de Cuidador Quemado el 41% corresponden a discapacidad intelectual, un 41% a discapacidad psicosocial y un 18% a discapacidad física. No se encontraron cuidadores quemados en aquellos con discapacidad auditiva, visual ni de lenguaje.

Durante el estudio participaron 8 cuidadores de personas con discapacidad auditiva, 4 con discapacidad física, 9 con discapacidad intelectual, 5 con discapacidad psicosocial y 6 con discapacidad visual.

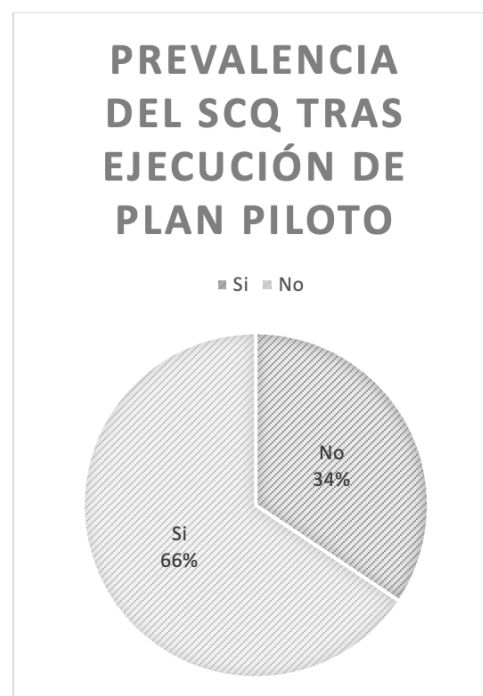
Se comparó el número de personas con las que se comparten los cuidados de la persona con discapacidad, observándose que en aquellos con Síndrome de Cuidador Quemado este valor fue de 0.6, en aquellos sin Síndrome de Cuidador Quemado fue de 0.9.

Gráfico 6: Síndrome de Cuidador Quemado según el tipo de discapacidad



Fuente: Elaboración Propia

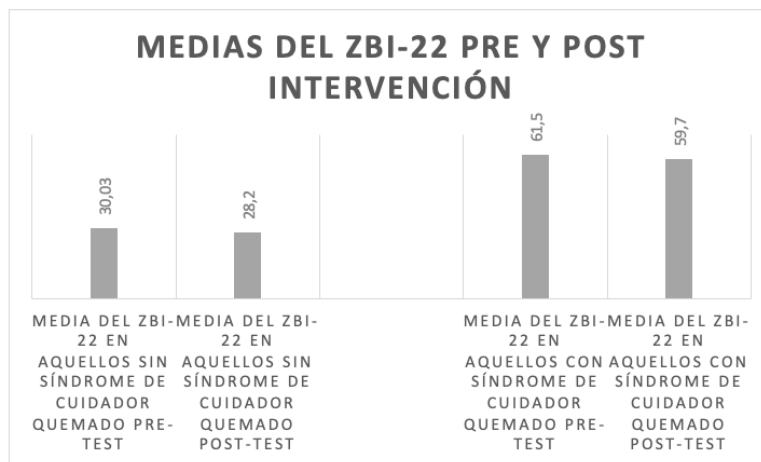
Gráfico 7: Prevalencia del Síndrome De cuidador quemado posterior a intervención



Fuente: Elaboración Propia

Posterior a la intervención del plan piloto, como se puede apreciar en el gráfico 7, se observó una reducción en la prevalencia del Síndrome de cuidador quemado del 37% al 34%, además, como se observa en el gráfico 8, se logró una reducción en la media del puntaje del ZBI-22 en aquellos sin síndrome de cuidador quemado de 30,03 a 28,2 y en aquellos con síndrome de cuidador quemado de 61,5 a 59,7.

Gráfico 8: Comparación de las medias del ZBI-22 pre y post intervención



Fuente: Elaboración Propia

Al consultar subjetivamente a los cuidadores si sienten que hubo una mejoría en su calidad de vida tras la ejecución del plan piloto un 72% respondió que sí, mientras que un 28% respondió que no.

4.9. Discusión

La prevalencia del síndrome de cuidador quemado varía ampliamente en estudios a nivel mundial, encontrándose prevalencias en Asia cuyos valores oscilan entre el 23% y el 56%, en Irlanda una prevalencia del 33,6%, en Colombia una prevalencia del 20,8%, en Estados Unidos del 26,1%, e incluso, en un estudio realizado al sur del Ecuador se encontró una prevalencia del 60%. Según metaanálisis la prevalencia mundial promedio del 31%. En el caso de este estudio se encontró una prevalencia del 37% el cual se encuentra en concordancia con los valores encontrados en otros países, no obstante, superior a la media mundial, lo cual podría estar relacionado con la falta de un programa específico de promoción para esta problemática. (Henao Piedrahita et al., 2021; Loo et al., 2022; O'Caomh et al., 2021; Park et al., 2022; Schulz & Sherwood, 2008)

Según otro estudio realizado en el Ecuador se observa que es más frecuente que las mujeres asuman el rol de cuidador de una persona con discapacidad en comparación a hombres, representando las mujeres un 80% de los cuidadores con discapacidad; en este estudio se obtuvieron cifras similares, determinándose que un 78% de los cuidadores de personas con discapacidad correspondieron a mujeres mientras que un 22% a hombres. (Ruisoto et al., 2020) Este dato es de vital importancia porque nos permite dirigir acciones enfocadas en este grupo de género en mayor riesgo de presentar síndrome de cuidador quemado. En este estudio, todas las personas con síndrome de cuidador quemado correspondieron a mujeres, lo que se podría asociar con una mayor carga de otras responsabilidades que suele tener este grupo de género en la sociedad ecuatoriana, incluido el cuidado del hogar, el cuidado de los hijos y en muchos casos, la necesidad de trabajar. (Ferreira et al., 2009), a esto además, se incluye un dato interesante en este estudio, en el que se indica que el síndrome de cuidador quemado prevalece en mujeres solteras, en unión libre y divorciadas, mientras que en aquellas casadas, la prevalencia es menor, considerándose que podría existir menor compromiso por parte de parte de su pareja para compartir otras responsabilidades o el cuidado de la persona con discapacidad, lo que explicaría lo encontrado en los resultados de este estudio en el que se indica que el Síndrome de Cuidador Quemado es más prevalente en aquellos que comparten los cuidados con menos personas a comparación con lo que comparten con más.

Otro dato de gran interés en este estudio es la diferencia entre la media de años durante los cuales se han brindado los cuidados, encontrándose que en aquellos que no presentan síndrome de cuidador quemado se han brindado cuidados en un promedio de 8 años, mientras que en los que si presentan síndrome de cuidador quemado esta media es de 16 años, lo que se correlaciona con el hecho de que a mayor tiempo de cuidados brindados, mayor es la posibilidad de presentar un síndrome de cuidador quemado. (Connors et al., 2020) Del mismo modo, se observa una diferencia en la media del porcentaje de discapacidad de las personas que reciben los cuidados, con una media del 42% en aquellos sin síndrome de cuidador quemado y del 72% en aquellos con síndrome de cuidador quemado, lo que nos orienta a que a mayor el estrés objetivo al

que esté expuesto el cuidador de la persona con discapacidad, mayor su riesgo de presentar un síndrome de cuidador quemado, relacionado a este mismo principio, se observa que la distribución de este síndrome es mayor en aquellos que tienen una discapacidad intelectual (41%), psicosocial (41%) o física (18%), no obstante, no se presentaron casos en aquellos cuidadores de personas con discapacidad visual y auditiva, algo que se podría atribuir al hecho de que aquellos con discapacidad intelectual, psicosocial o física requieren mayor cuidado objetivo por parte de su cuidador.

A pesar de todo esto, y la posible asociación del síndrome del cuidador quemado con factores en la categoría del estrés objetivo, se realizó la ejecución de un plan piloto enfocado a reducir el estrés subjetivo del cuidador, o sea, como el cuidador percibe el estrés objetivo al que se encuentra expuesto; Como plan piloto se realizaron 2 talleres descritos en el plan de actividades con los cuidadores de las personas con discapacidad en las instalaciones del Hospital Aida Leon de Rodriguez Lara en el que se realizó psicoeducación, y descarga emocional con el apoyo del departamento de psicología del Centro de Salud Girón, todas estas se enfocan a reducir el estrés subjetivo del cuidador, misma que ha sido estudiada y evidenciada su efectividad en otros estudios. (Sun et al., 2022) Es de conocimiento que este proceso debe ser realizado por un largo tiempo para alcanzar reales cambios en la realidad de los cuidadores, no obstante, tras la ejecución de la primera de 6 fases propuestas se logra una reducción de la prevalencia de este síndrome del 37% al 34%, además una reducción de la media del ZBI-22 en personas sin síndrome de cuidador quemado del 30,03 al 28,20, actuando como protector a presentar un síndrome de cuidador quemado, y en aquellos con síndrome de cuidador quemado una reducción del ZBI-11 promedio del 61,50 al 59,70. De este modo se demuestra la importancia de la reducción del estrés subjetivo tanto mediante psicoeducación, terapia grupal y terapia cognitivo-conductual tanto para la prevención de este síndrome como también como parte del manejo en aquellos que ya lo presentan. Se estima, que tras la ejecución mensual de las siguientes fases se pueda alcanzar una reducción realmente significativa tanto de la prevalencia de este síndrome como de los valores promedio del ZBI-22.

Con esto se responde a la pregunta de investigación y se acepta la hipótesis planteada, evidenciándose que al aplicar un programa de promoción de la salud y prevención del síndrome de cuidador quemado se logró una reducción de la prevalencia de este síndrome y una reducción de la media del ZBI-22; además, logrando una mejoría en la percepción subjetiva de la calidad de vida de los participantes, no obstante, cabe recalcar la importancia de continuar con la ejecución de las siguientes fases del proyecto para lograr generar un mayor impacto.

4.10. Propuesta de Solución

Se realiza el diseño de un programa de promoción de la salud enfocado al síndrome de cuidador quemado en cual se encuentra dividido en 6 fases de aplicación basados en estrategias que se han demostrado efectivas en otros estudios realizados descrito en el marco teórico, el programa fue estructurado por el Médico Sandro Cabrera Romagnos, la psicóloga clínica Andrea Estefanía García Asitimbay y la Trabajadora Social Brenda Vanessa Ordoñez Muñoz.

Durante la fase 1 y fase 2, denominada como “Plan Piloto”, ejecutada durante la duración de este estudio, se realizaron 2 sesiones presenciales con los cuidadores de las personas con discapacidad con una duración de 2 horas cada una, en el cual, durante la primera sesión se realiza psicoeducación y durante la segunda sesión se realiza descarga emocional, durante la fase 3 se planifica realizar reestructuración cognitiva con análisis y cambios de ideas irracionales, durante la fase 4 se planifica realizar el fortalecimiento de los recursos internos, durante la fase 5 se planifica realizar técnicas de manejo de estrés, durante la fase 6 se planifica realizar una consolidación de las fases anteriores con agradecimiento y cierre.

Mediante la aplicación de estas 6 fases, de las cuales, fueron aplicadas las fases 1 y 2, se espera una reducción importante y prevención efectiva del Síndrome de Cuidador Quemado y de la media del ZBI-22.

4.10.1. Monitoreo

El monitoreo de las 6 fases del proyecto se realizará mediante registro fotográfico de los participantes, con la finalidad de mantener la privacidad de los participantes, no se mostrará el rostro de los participantes a menos de que verbalmente expresen su consentimiento.

4.10.2. Evaluación

Para la finalidad de este estudio se realizó una aplicación del cuestionario post-intervención y ZBI-22 al final de la fase 2. Se realizará una nueva aplicación del ZBI-22 al final de la fase 6.

4.10.3. Presupuesto

Para la ejecución de las fases de este proyecto se requiere de material de oficina descrito en las actividades y elementos lúdicos específicos, y el tiempo de los 3 profesionales facilitadores de las sesiones. El tiempo que los profesionales aplican a este taller está valorado en 294 dólares estadounidenses financiado por el Ministerio de Salud Pública mediante el sueldo de los funcionarios, además, se estima 100 dólares estadounidenses en material de oficina, mismo que será autofinanciado.

4.10.4. Plan de Actividades

Tabla 3: Plan de Actividades

FASE	LUGAR	FECHA Y TIEMPO	ACTIVIDAD
Fase 1: Psicoeducación (Terapia Grupal	Auditorio del Hospital	07 de junio de 2023 (2 HORAS)	Se da la bienvenida a los participantes.

en modalidad de Taller)	Aida León de Rodríguez Lara	<p>Se realiza la presentación personal de los facilitadores del taller: Médico Sandro Cabrera Romagnos, Psicóloga Clínica Andrea García Asitimbay y Trabajadora Social Brenda Ordoñez.</p> <p>Se realiza primera dinámica rompehielo “Pelota Preguntona”, para facilitar que los participantes se conozcan entre sí; consiste en que, mientras sentados en círculo se realice el pase de una pelota entre los participantes con música, al momento que el facilitador detenga la música, aquel con la pelota en la mano debe dar una introducción de sí mismo, si es que es la segunda vez que el participante tiene la pelota en su mano, otro participante del grupo puede realizar una pregunta.</p> <p>Se realiza dinámica grupal con la caja de las buenas noticias, en el que se indica a los participantes escribir algo positivo que haya sucedido durante el día y colocarlo en la caja, esta actividad se replica en todas las sesiones, psico-educando que a pesar de las adversidades siempre hay cosas positivas que rescatar.</p> <p>Se realiza psicoeducación acerca de la definición de discapacidad, en el</p>
-------------------------	-----------------------------	---

que el facilitador procede a definir y psico educar acerca de su concepto.

Se describe y conversa con los participantes acerca de los tipos de discapacidad, sus definiciones y se ejemplifica (Física, Auditiva, Visual, Intelectual, Psicosocial y de Lenguaje)

Se realiza entrevista grupal en el que se busca que los participantes compartan sus experiencias respecto a la discapacidad de las personas bajo su cuidado, lo cual lleva a fortalecer el grupo y busca generar empatía y apoyo entre los participantes.

Se realiza psicoeducación sobre el Síndrome de Cuidador Quemado, en el que se explica a los participantes en que consiste dicho síndrome, que produce este síndrome, y porque es importante evitarlo.

Se realiza dinámica de cierre mediante la técnica del círculo mágico de la Organización Panamericana de la Salud en la que los participantes forman un círculo, se reconoce que todos somos iguales en el círculo, se invita a los participantes a decir algo negativo que queda fuera del círculo y algo positivo que queda dentro del círculo.

			Se invita a los participantes a formar parte de la siguiente sesión y se les solicita acudir con ropa cómoda y una cobija para siguiente sesión.
Fase 2: Descarga Emocional (Terapia Grupal en modalidad de Taller)	Auditorio del Hospital de Aida León Rodríguez Lara	14 de julio de 2023 (2 HORAS)	<p>Se da la bienvenida a los participantes.</p> <p>Se realiza presentación de los facilitadores: Médico Sandro Cabrera, Psicóloga Clínica Andrea García y Trabajadora Social Brenda Ordoñez.</p> <p>Se realiza dinámica de apertura de “Rolplay de Problemas”, en el que se hace una fila entre los participantes, en el que se les entrega un objeto, mismo que se les indica que deben vender ficticiamente a otro participante emulando una emoción establecida por el facilitador, por ejemplo, debe venderlo triste. Esto permite que los participantes identifiquen y expresen emociones.</p> <p>Se realizan ejercicios dinámicos de relajación, incluidos movimientos y estiramientos delicados, además, respiración controlada.</p> <p>Se forma un círculo con los participantes y se les invita a acostarse en su cobija con la que acudieron en el cuarto semi-oscuro, se emplea técnica de imaginación guiada, en la que se les lee a los</p>

participantes un guión mientras ellos lo imaginan.

Se realiza charla introductoria sobre el estrés que causa el cuidado a las personas con discapacidad, en el que se interactúa con el grupo y se solicita que aporten a la charla de forma participativa, nombrando las mayores dificultades que presentan.

Se les entrega una hoja, esferos, pinturas y marcadores en el que tienen que expresar, como dibujo, escrito, o de la forma que prefiera el participante, como perciben la mayor dificultad que presentan al ser un cuidador de una persona con discapacidad.

Se solicita a voluntarios que compartan su percepción, de forma participativa en el cual el resto de los participantes comenten si se sienten identificados con lo expuesto por su compañero.

Se pide a los participantes romper la hoja con la finalidad de descargar el sentimiento negativo y reemplazarlo con esperanza otorgada por esta serie de talleres.

Se realiza dinámica de cierre con el ejercicio del globo del estrés, en el que se les entrega un globo inflado,

con el cual deben hacer actividades físicas lúdicas con el globo, lanzar los globos entre los participantes, golpearse con el globo entre los participantes y finalmente reventar el globo, esto tiene como finalidad liberar el estrés que tengan los participantes.

<p>Fase 3: Reestructuración Cognitiva: Análisis y cambio de pensamientos irracionales. (Terapia Grupal en modalidad de Taller)</p>	<p>Auditorio del Hospital Aida León de Rodríguez Lara</p>	<p>16 de agosto de 2023 (2 HORAS)</p>	<p>Se da la bienvenida a los participantes.</p> <p>Se realiza la presentación de los facilitadores: Médico Sandro Cabrera, Psicóloga Clínica Andrea García y Trabajadora Social Brenda Ordoñez.</p> <p>Se realiza dinámica de apertura mediante “Teléfono Dañado” en el cual se hace una fila con los participantes, se emite un mensaje a la primera persona de la fila, mismo que continúa emitiendo el mensaje al siguiente participante, el último deberá decir en voz alta el mensaje que le ha llegado, con esto se ejemplifica como una idea racional se puede convertir en irracional.</p> <p>Se realiza psicoeducación acerca del concepto de un pensamiento irracional.</p> <p>Se les enseña la técnica de Ellis, que consiste en realizar una tabla en la que se detalla el acontecimiento, la evaluación, la emoción, el</p>
--	---	---------------------------------------	--

cuestionamiento y el nuevo pensamiento. Con la finalidad de demostrar que muchas de los pensamientos que se pueden tener son irracionales.

Posteriormente se realiza ejemplificación de esta técnica en el que cada participante en una hoja de papel y con un esfero realiza la técnica.

Dinámica de cierre de la sesión con la técnica del balance del día en el que el facilitador motiva a los integrantes a fijar el contenido trasmitido y llevar experiencias y conocimientos captados durante la sesión.

<p>Fase 4: Auditorio de Autoestima y del Autoconocimiento (Terapia Grupal en modalidad de Taller)</p>	<p>20 de septiembre de 2023 (2 HORAS) Aida León Rodríguez Lara</p>	<p>Se da la bienvenida a los participantes. Se realiza la presentación de los facilitadores: Médico Sandro Cabrera, Psicóloga Andrea García y Trabajadora Social Brenda Ordoñez. Se realiza psicoeducación en autoestima y autoconcepto. Se realiza identificación grupal del nivel de autoestima. Se realiza aplicación de la escala de Rosenbert para la valoración del nivel de autoestima. Ejercicio de valores y virtudes personales mediante el “Anuncio</p>
---	--	--

publicitario de uno mismo” en el que participantes deben escribir en la parte frontal 5 virtudes personales y en la parte posterior 5 defectos.

Como cierre se entrega un diploma a cada participante por sus virtudes.

Fase Fortalecimiento de los Recursos Internos (Terapia Grupal modalidad Taller)	5: Auditorio del Hospital Aida León en de Rodríguez Lara	18 de octubre de 2023 (2 HORAS)	Se da la bienvenida a los participantes. Se realiza actividad de apertura en el que los participantes pasan la pelota de uno a otro mientras el facilitador reproduce música, al detener la música, los participantes deben mencionar una característica positiva del participante que tiene la pelota en la mano.
---	--	---------------------------------	---

Se realiza ejercicio de interrupción del pensamiento, que permite al participante adquirir la capacidad de parar un pensamiento negativo al momento de identificarlo mediante la realización de un sonido brusco como un aplauso o un golpe a una mesa.

Se trabaja en sustitución de pensamientos negativos, en el cual, una vez bloqueado el pensamiento inútil se reemplaza por un pensamiento positivo, como un “No puedo” por un “Si puedo” o un “No tengo nada en la vida” a “Tengo mucho por vivir” o “No

valgo para nada” a “Tengo muchas virtudes”

Se realizan ejercicios de control de la respiración mediante relajación muscular progresiva, y técnicas de respiración lenta y controlada.

Se realiza dinámica de cierre mediante ejercicios de relajación muscular progresiva en un círculo.

Fase	6:	Auditorio	22	de	Se da la bienvenida a los
Agradecimiento y	del	del	noviembre de	participantes.	
Cierre	(Terapia	Hospital	2023		Se realiza dinámica de apertura en el
Grupal	en	Aida León	(2 HORAS)		que los participantes deben cerrar los
modalidad	de	de			ojos y el facilitador realizará una
Taller)		Rodríguez			pregunta a un participante acerca de
		Lara			otro participante, como por ejemplo
					“¿Quién estaba con una camiseta
					roja?”.
					Se pretende consolidar las
					habilidades adquiridas durante las
					fases del proyecto, en el que se
					emplea el modelo PERMA de
					Seligman, en el que se exponen 5
					ítems presentes en las personas
					felices: 1. Las emociones felices,
					reconociendo la importancia de las
					emociones positivas en todos los
					ámbitos de la vida. 2. Compromiso, en
					el que se expone la realización al
					finalizar una tarea adecuadamente
					además de cumplir con flujogramas

auto creados. 3. Relaciones positivas, en el que el incremento de las conexiones sociales de apoyo infiere positivamente en el estado de bienestar. 4. Sentido, en el que se da al participante la necesidad de buscar el objetivo o propósito de vivir. 5. Logro, en el que se califica y aprecia el crecimiento personal y la adquisición de nuevas habilidades.

Se realiza la re-aplicación del ZBI-22 y se evalúa el progreso del grupo.

Se realiza dinámica de cierre en el que cada participante debe decir una frase motivadora inspirada en los talleres realizados y además destacar un aspecto positivo de sus compañeros.

Se motiva al grupo a formar una red de apoyo entre el mismo grupo, empoderándoles a continuar apoyándose entre ellos.

Fuente: Elaboración Propia

4.11. Conclusiones y Recomendaciones

4.11.1. Conclusiones

El síndrome de cuidador quemado en cuidadores de personas con discapacidad representa una problemática de salud importante en el mundo y el Ecuador no es la

excepción; se ha evidenciado en la literatura el impacto negativo que puede tener este síndrome tanto en la salud del cuidador como en la calidad de sus cuidados brindados.

Se realizó la aplicación del ZBI-22 en cuidadores de personas con discapacidad en el Centro de Salud Girón en el que se encontró una prevalencia del 37% previo a la aplicación del programa de promoción de la salud enfocado a la reducción del estrés subjetivo de los cuidadores, cifra que se encuentra en concordancia con otros estudios, no obstante, significativamente menor al estudio realizado en Loja en el que se evidenció una prevalencia del 60%, sin embargo, esta cifra es mayor a la media mundial del 31%.

Tras la aplicación del plan piloto en el que se ejecutaron las fases 1 y 2 del proyecto de promoción de la salud enfocado a la reducción de la carga subjetiva del cuidador se realizó una nueva aplicación del ZBI-22 en el que se logró una disminución de la prevalencia del síndrome de cuidador quemado al 34%, además se observó una disminución en la media del ZBI-22 tanto en personas sin síndrome de cuidador quemado como en aquellas con síndrome de cuidador quemado, con lo que se evidencia un efecto tanto preventivo en aquellos sin el síndrome y terapéutico en aquellos con el síndrome. Es importante completar las fases completas de este estudio, mismo que se hace posible en el espacio del programa del Club de Cuidadores de Personas con Discapacidad que lleva el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, con la finalidad de generar un mayor impacto y efecto duradero sobre este síndrome, permitiendo trabajar con grupos de cuidadores de personas con discapacidad en la reducción del estrés subjetivo con una inversión de recurso humano y económico bajo.

Es importante conocer las estadísticas locales de cada establecimiento de salud mediante la aplicación rutinaria del ZBI-22 con la finalidad de aplicar acciones enfocadas a su prevención y tratamiento; además, es efectivo como medidor del progreso de la problemática de salud mediante su aplicación rutinaria.

4.11.2. Recomendaciones

Se recomienda continuar con la conformación de clubes de cuidadores de personas con discapacidad en todos los establecimientos de primer nivel de atención, como también, fomentar la participación de los cuidadores de las personas con discapacidad en este club, lo que facilita la concentración de los cuidadores para la aplicación de programas de prevención y la captación continua, además, se recomienda la aplicación rutinaria del ZBI-22 en todos los clubes de cuidadores de personas con discapacidad, la aplicación del programa de promoción descrito y la reevaluación de los resultados, con la finalidad de generar nuestras estrategias individualizadas a cada establecimiento que pueda satisfacer las necesidades de sus cuidadores.

4.12. Cronograma de Proyecto de Titulación

Tabla 4: Cronograma de Proyecto de Titulación

ACTIVIDAD	TIEMPO DE DURACIÓN											
	MAYO				JUNIO				JULIO			
Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Planteamiento de tema de investigación	X											
Matriz de Involucrados y árbol de Problemas	X											
Árbol de Objetivos y Matriz de Estrategias		X										
Primer Borrador Propuesta de Proyecto de Salud			X									
Plan de Actividades				X								
Delimitación del Proyecto, Objetivos y Marco Teórico					X							
Materiales y Metodos						X						
Recolección de Datos							X	X	X	X		

Medición de Resultados										X		
Conclusiones y Recomendaciones											X	
Planificación de Soluciones											X	
Presentación de Proyecto de Titulación												X

Fuente: Elaboración Propia

5. Bibliografía

- Cham, C. Q., Ibrahim, N., Siau, C. S., Kalaman, C. R., Ho, M. C., Yahya, A. N., Visvalingam, U., Roslan, S., Abd Rahman, F. N., & Lee, K. W. (2022). Caregiver Burden among Caregivers of Patients with Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare (Basel)*, 10(12). <https://doi.org/10.3390/healthcare10122423>
- Chou, K. R. (2000). Caregiver burden: a concept analysis. *J Pediatr Nurs*, 15(6), 398-407. <https://doi.org/10.1053/jpdn.2000.16709>
- Connors, M. H., Seeher, K., Teixeira-Pinto, A., Woodward, M., Ames, D., & Brodaty, H. (2020). Dementia and caregiver burden: A three-year longitudinal study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 35(2), 250-258. <https://doi.org/10.1002/gps.5244>
- Dominguez-Vergara, J., Santa-Cruz-Espinoza, H., & Chavez-Ventura, G. (2023). Zarit Caregiver Burden Interview: Psychometric Properties in Family Caregivers of People with Intellectual Disabilities. *Eur J Investig Health Psychol Educ*, 13(2), 391-402. <https://doi.org/10.3390/ejihpe13020029>
- Ferreira, C., Garcia, K., Macias, L., Perez, A., & Tomsich, C. (2009). *Mujeres y Hombres del Ecuador en Cifras III* (E. Ecuador, Ed.).
- Hena Piedrahita, N., Idarraga Arroyave, M. M., Londono Restrepo, N., Lopez Ceballos, J. J., Ramirez Serna, M. A., Serna Arango, P. A., Emilio Salazar, J., & Lopera, R. (2021). Prevalence of caregiver burden syndrome in formal caregivers of institutionalised patients with psychiatric illness. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)*, 50(2), 101-107. <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2021.05.002>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2001). *VI Censo Poblacional y V de Vivienda 2001*. Retrieved from <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/base-de-datos-censo-de-poblacion-y-vivienda-2001/>
- Ku, L. E., Chang, S. M., Pai, M. C., & Hsieh, H. M. (2019). Predictors of caregiver burden and care costs for older persons with dementia in Taiwan. *Int Psychogeriatr*, 31(6), 885-894. <https://doi.org/10.1017/S1041610218001382>
- Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *Int J Nurs Sci*, 7(4), 438-445. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.07.012>

- Loo, Y. X., Yan, S., & Low, L. L. (2022). Caregiver burden and its prevalence, measurement scales, predictive factors and impact: a review with an Asian perspective. *Singapore Med J*, 63(10), 593-603. <https://doi.org/10.11622/smedj.2021033>
- Morgan, S. P., Lengacher, C. A., & Rodriguez, C. S. (2022). Caregiver burden in caregivers of patients with advanced stage cancer: A concept analysis. *Eur J Oncol Nurs*, 60, 102152. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102152>
- O'Caomh, R., Calnan, M., Dhar, A., & Molloy, D. W. (2021). Prevalence and Predictors of Caregiver Burden in a Memory Clinic Population. *J Alzheimers Dis Rep*, 5(1), 739-747. <https://doi.org/10.3233/ADR-201003>
- Park, S., Mazanec, S. R., Burant, C. J., Bajor, D., & Douglas, S. L. (2022). Caregiver Burden in Distance Caregivers of Patients with Cancer. *Curr Oncol*, 29(11), 8967-8974. <https://doi.org/10.3390/currncol29110704>
- Riffin, C., Van Ness, P. H., Wolff, J. L., & Fried, T. (2019). Multifactorial Examination of Caregiver Burden in a National Sample of Family and Unpaid Caregivers. *J Am Geriatr Soc*, 67(2), 277-283. <https://doi.org/10.1111/jgs.15664>
- Rodríguez-Delgado Yenisel, & Reyes-Masa Betti del Cisne, C.-B. C. B. (2021). NIVEL DE CARGA EN LOS CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEVERA. *Revista Científica y Arbitrada de Ciencias Sociales y Trabajo Social "Tejedora"*, 4(7).
- Ruisoto, P., Ramirez, M., Paladines-Costa, B., Vaca, S., & Clemente-Suarez, V. J. (2020). Predicting Caregiver Burden in Informal Caregivers for the Elderly in Ecuador. *Int J Environ Res Public Health*, 17(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph17197338>
- Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs*, 108(9 Suppl), 23-27; quiz 27. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c>
- Sun, Y., Ji, M., Leng, M., Li, X., Zhang, X., & Wang, Z. (2022). Comparative efficacy of 11 non-pharmacological interventions on depression, anxiety, quality of life, and caregiver burden for informal caregivers of people with dementia: A systematic review and network meta-analysis. *Int J Nurs Stud*, 129, 104204. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104204>
- Tartaglioni, M. F., Feldberg, C., Hermida, P. D., Heisecke, S. L., Dillon, C., Ofman, S. D., Nuñez, M. L., & Somale, V. (2020). Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit: análisis de sus propiedades psicométricas en cuidadores familiares residentes en Buenos Aires, Argentina. *Neurología Argentina*, 12(1), 27-35. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2019.11.003>
- Wolff, J. L., Spillman, B. C., Freedman, V. A., & Kasper, J. D. (2016). A National Profile of Family and Unpaid Caregivers Who Assist Older Adults With Health Care Activities. *JAMA Intern Med*, 176(3), 372-379. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.7664>
- Yu, Y., Liu, Z. W., Li, T. X., Zhou, W., Xi, S. J., Xiao, S. Y., & Tebes, J. K. (2020). A comparison of psychometric properties of two common measures of caregiving burden: the family burden interview schedule (FBIS-24) and the Zarit caregiver burden interview (ZBI-22). *Health Qual Life Outcomes*, 18(1), 94. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01335-x>
- Yu, Y., Liu, Z. W., Zhou, W., Zhao, M., Qiu, D., Li, Y. L., & Xiao, S. Y. (2019). Cutoff of the Zarit Burden Interview in predicting depression and anxiety. *Qual Life Res*, 28(9), 2525-2533. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02208-7>

6. Anexos

Anexo 1: Cuestionario Pre – test

Estudio de Síndrome de Cuidador Quemado (Pretest)

Reciba un cordial saludo,

Mi nombre es Sandro Cabrera R. y soy maestrante de Salud Pública y estoy realizando un estudio de grado denominado como **"Promoción de la salud para prevenir el síndrome de cuidador quemado en cuidadores de personas con discapacidad en el centro de salud Girón"** tiene como finalidad estudiar el impacto de un programa de promoción de la salud para prevenir y reducir la severidad del síndrome del cuidador quemado en cuidadores de personas con discapacidad, asociado a la sobrecarga del cuidador.

Los datos serán usados netamente para el estudio, se manejará con confidencialidad y no será compartido con terceros a menos que se cuente con la autorización expresa del participante.

Los datos recolectados se manejaran con confidencialidad.

Si durante la aplicación de la encuesta decide no participar, simplemente cierre la encuesta.

De antemano, se agradece su participación en dicha encuesta que me será de gran utilidad para cumplir con mi estudio de grado.

*** Indicates required question**

1. Tras dar lectura al siguiente documento: ¿Acepta usted participar en este estudio? *

Mark only one oval.

Si

No

2. ZBI - 22 (PRE - TEST) *

Mark only one oval per row.

	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Bastantes Veces	Casi Siempre
1A. ¿ Cree que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2A. ¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted ?

3A. ¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades?

4B. ¿ Se siente avergonzado por la conducta de su familiar ?

5B. ¿ Se siente enfadado cuando esta cerca de su familiar ?

6B. ¿ Piensa de que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia

7A. ¿ Tiene miedo de lo que el futuro depara a su familiar ?

8A. ¿ Cree de que su familiar depende de usted ?

9B. ¿ Se siente tenso cuando esta cerca de su familiar ?

10A. ¿ Cree de que su salud se ha deteriorado por cuidar a su familiar ?

11A. ¿ Cree de que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar ?

12A. ¿ Cree de que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar ?

13A. ¿ Se siente incomodo por desatender a sus amistades debido a su familiar ?

¿ Cree de que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuide, como si usted fuese la única persona de quien depende?

15C. ¿ Cree de que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos ?

16C. ¿ Cree de que será incapaz de cuidarle/a por mucho más tiempo ?

17B. ¿ Siente de que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar ?

18B. ¿ Desearía dejar el cuidado de su familiar a otros?

19B. ¿ Se siente indeciso sobre que hacer con su familiar ?

20C. ¿ Cree que debería hacer más por su familiar ?

21C. ¿ Cree que podría cuidar mejor de su familiar ?

22A. Globalmente ¿ Qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar ?

3. ¿Usted es cuidador de una persona con discapacidad? *

Mark only one oval.

Si

No

4. Edad del Cuidador *

Mark only one oval.

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

- 39
- 40
- 41
- 42
- 43
- 44
- 45
- 46
- 47
- 48
- 49
- 50
- 51
- 52
- 53
- 54
- 55
- 56
- 57
- 58
- 59
- 60
- 61
- 62
- 63
- 64
- 65
- 66
- 67
- 68

- 69
- 70
- 71
- 72
- 73
- 74
- 75
- 76
- 77
- 78
- 79
- 80
- 81
- 82
- 83
- 84
- 85
- 86
- 87
- 88
- 89
- 90
- 91
- 92
- 93
- 94
- 95
- 96
- 97
- 98

99

100

5. Autoidentificación Étnica *

Mark only one oval.

Blanco

Afroecuatoriano

Mestizo

Indígena

Otro

6. Nivel de Educación Alcanzado *

Mark only one oval.

Ninguno

Primer Nivel

Segundo Nivel

Tercer Nivel

Cuarto Nivel

7. Estado Civil *

Mark only one oval.

- Casado/a
- Soltero/a
- Viudo/a
- Union Libre
- Divorciado/a

8. Sexo *

Mark only one oval.

- Hombre
- Mujer
- Otros

9. ¿Con cuantas personas comparte los cuidados de la persona con discapacidad? *

Mark only one oval.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 o mas

10. Cual es el tipo de discapacidad de la persona en su cuidado según su carnet de discapacidad

Mark only one oval.

- Auditivo
- Visual
- Físico
- Psicosocial
- Intelectual
- Lenguaje

11. Porcentaje de Discapacidad *

Mark only one oval.

- 30
- 31
- 32
- 33
- 34
- 35
- 36
- 37
- 38
- 39
- 40
- 41
- 42
- 43
- 44
- 45

- 46
- 47
- 48
- 49
- 50
- 51
- 52
- 53
- 54
- 55
- 56
- 57
- 58
- 59
- 60
- 61
- 62
- 63
- 64
- 65
- 66
- 67
- 68
- 69
- 70
- 71
- 72
- 73
- 74
- 75

- 76
- 77
- 78
- 79
- 80
- 81
- 82
- 83
- 84
- 85
- 86
- 87
- 88
- 89
- 90
- 91
- 92
- 93
- 94
- 95
- 96
- 97
- 98
- 99
- 100

12. Años que ha dado cuidados *

Mark only one oval.

- >6 meses y <1 año

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30

- 31
- 32
- 33
- 34
- 35
- 36
- 37
- 38
- 39
- 40
- 41
- 42
- 43
- 44
- 45
- 46
- 47
- 48
- 49
- 50
- 51
- 52
- 53
- 54
- 55
- 56
- 57
- 58
- 59
- 60

- 61
- 62
- 63
- 64
- 65
- > 65 años

13. ¿Ha participado en otro programa de promoción de la salud enfocado al síndrome del cuidador quemado?

Mark only one oval.

- Si
- No

¡Gracias por su participación en esta encuesta!

This content is neither created nor endorsed by Google.

Google Forms

Anexo 2: Cuestionario Post – test

Estudio de Síndrome de Cuidador Quemado (Post-Test)

Reciba un cordial saludo,

Mi nombre es Sandro Cabrera R. y soy maestrante de Salud Pública y estoy realizando un estudio de grado denominado como **“Promoción de la salud para prevenir el síndrome de cuidador quemado en cuidadores de personas con discapacidad en el centro de salud Girón”** tiene como finalidad estudiar el impacto de un programa de promoción de la salud para prevenir y reducir la severidad del síndrome del cuidador quemado en cuidadores de personas con discapacidad, asociado a la sobrecarga del cuidador.

Los datos serán usados netamente para el estudio, se manejará con confidencialidad y no será compartido con terceros a menos que se cuente con la autorización expresa del participante.

Los datos recolectados se manejaran con confidencialidad.

Si durante la aplicación de la encuesta decide no participar, simplemente cierre la encuesta.

De antemano, se agradece su participación en dicha encuesta que me será de gran utilidad para cumplir con mi estudio de grado.

* Indicates required question

1. ZBI - 22 (POST - TEST) *

Mark only one oval per row.

	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Bastantes Veces	Casi Siempre
1A. ¿ Cree que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2A. ¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3A. ¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4B. ¿ Se siente avergonzado por la conducta de su familiar ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5B. ¿ Se siente enfadado cuando esta cerca de su familiar ?

6B. ¿ Piensa de que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia

7A. ¿ Tiene miedo de lo que el futuro depara a su familiar ?

8A. ¿ Cree de que su familiar depende de usted ?

9B. ¿ Se siente tenso cuando esta cerca de su familiar ?

10A. ¿ Cree de que su salud se ha deteriorado por cuidar a su familiar ?

11A. ¿ Cree de que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar ?

12A. ¿ Cree de que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar ?

13A. ¿ Se siente incomodo por desatender a sus amistades debido a su familiar ?

¿ Cree de que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuide, como si usted fuese la única persona de quien depende?

15C. ¿ Cree de que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos ?

16C. ¿ Cree de que será incapaz de cuidarle/a por mucho más tiempo ?

17B. ¿ Siente de que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18B. ¿ Desearía dejar el cuidado de su familiar a otros?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19B. ¿ Se siente indeciso sobre que hacer con su familiar ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20C. ¿ Cree que debería hacer más por su familiar ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21C. ¿ Cree que podría cuidar mejor de su familiar ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22A. Globalmente ¿ Qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. ¿Tras los talleres que ha recibido, siente que ha existido una mejoría en su calidad de vida

Mark only one oval.

Si

No

¡Gracias por su participación en esta encuesta!

This content is neither created nor endorsed by Google.

Google Forms

Anexo 3: Autorización para la recolección de datos



Quito 17 junio 2023

Dra. Eva Florencia Astudillo Larrea
Directora Distrital 01D03 - Salud
Presente

De mi consideración:

Yo, **Sandro Cabrera Romagnos** con **C.I. 1724392905** en calidad de estudiante de la Maestría de Salud Pública en la Universidad de las Américas, me dirijo a usted para solicitarle de la manera mas comedida se me otorgue la autorización para la recolección de datos en el **Distrito de Salud 01D03 Girón a Santa Isabel** con el fin de recopilar información necesaria para la realización de mi trabajo de titulación cuyo tema es: **“Promoción de la salud para prevenir el síndrome de cuidador quemado en cuidadores de personas con discapacidad en el Centro de Salud Girón”**, la información recopilada será utilizada con fines de investigación y análisis, no se recolectará ningún dato que pueda identificar a los cuidadores de las personas con discapacidad, y la información no será compartida con terceros ni utilizada para otras finalidades mas que las mencionadas anteriormente.

A continuación, le proporciono una descripción detallada de las intenciones y de cómo se planea llevar a cabo esta recolección e intervención:

1. Realización de encuestas: Contar con la autorización para realizar encuestas dentro y en el area de influencia de la unidad operativa: Centro de Salud tipo A “Girón” dirigido a cuidadores de personas con discapacidad.
2. Realización de programas de promoción de la salud mediante el Club de Cuidadores de Personas con Discapacidad dirigido al Síndrome del Cuidador Quemado.

Agradezco de antemano su atención a la presente.

Atentamente,

Md. Sandro Cabrera Romagnos
C.I. 1724392905

Oficio Nro. MSP-CZ6-DD01D03-2023-0279-O

Santa Isabel, 27 de julio de 2023

Asunto: RESPUESTA A LASOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN DE DATOS EN EL DISTRITO DE SALUD 01D03 GIRÓN A SANTA ISABEL - SALUD.

Médico
Sandro Cabrera Romagnos
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. MSP-TVU-2023-0474-E "Yo, Sandro Cabrera Romagnos con C.I. 1724392905 en calidad de estudiante de la Maestría de Salud Pública en la Universidad de las Américas, me dirijo a usted para solicitarle de la manera mas comedida se me otorgue la autorización para la recolección de datos en el Distrito de Salud 01D03 Girón a Santa Isabel con el fin de recopilar información necesaria para la realización de mi trabajo de Tesis cuyo tema es: "Promoción de la salud para prevenir el síndrome de cuidador quemado en cuidadores de personas con discapacidad en el Centro de Salud Girón", la información recopilada será utilizada con fines de investigación y análisis, no se recolectará ningún dato que pueda identificar a los cuidadores de las personas con discapacidad, y la información no será compartida con terceros ni utilizada para otras finalidades mas que las mencionadas anteriormente. A continuación, le proporciono una descripción detallada de las intenciones y de cómo se planea llevar a cabo esta recolección e intervención: 1. Realización de encuestas: Contar con la autorización para realizar encuestas dentro y en el area de influencia de la unidad operativa: Centro de Salud Opo A "Girón" dirigido a cuidadores de personas con discapacidad. 2. Realización de programas de promoción de la salud mediante el Club de Cuidadores de Personas con Discapacidad dirigido al Síndrome del Cuidador Quemado."

AUTORIZA lo solicitado recordándole el cumplimiento obligatorio del Acuerdo de Confidencialidad del Ministerio de Salud Pública.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dirección Distrital 01D03 – Girón a Santa Isabel - Salud

Dirección: Cesar Castillo, y Av. Rafael Galarza.

Código postal: 010301 / Santa Isabel - Ecuador. **Teléfono:** +593-07-2270-645 / 2270-643

www.salud.gob.ec

* Documento generado por Qupux

Oficio Nro. MSP-CZ6-DD01D03-2023-0279-O

Santa Isabel, 27 de julio de 2023

Dra. Eva Florencia Astudillo Larrea
DIRECTORA DISTRITAL 01D03 - SALUD

Referencias:
- MSP-TVU-2023-0474-E

AC

Anexo 4: Registro Fotográfico



