

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carrera de **PSICOLOGÍA**

“CALIDAD DE VIDA Y SÍNDROME DE BURNOUT EN
CUIDADORES DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EN LIMA
METROPOLITANA, 2022”

Tesis para optar el título profesional de:

Licenciada en Psicología

Autoras:

Joselyne Andrea Mejia Quispe
Rosa Wendy Michael Vera Santa Maria

Asesor:

Mg. Johnny Erick Enciso Rios
<https://orcid.org/0000-0002-4881-106X>
Lima - Perú

JURADO EVALUADOR

Jurado 1 Presidente(a)	Ana Nomberto Luperdi	09863503
	Nombre y Apellidos	Nº DNI

Jurado 2	Kenia Casiano Valdivieso	25762317
	Nombre y Apellidos	Nº DNI

Jurado 3	Renzo Martínez Munive	41466055
	Nombre y Apellidos	Nº DNI

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedicamos a nuestros padres, que nos apoyaron en nuestra carrera,
por a ver estado ahí para nosotras en el camino educativo.

AGRADECIMIENTO

Queremos mostrar nuestra gratitud a todas aquellas personas que estuvieron a
nuestro lado durante esta etapa universitaria.

Agradecemos a nuestros padres que nos apoyaron incondicionalmente.

Agradecemos a nuestros estimados compañeros de mi etapa universitaria; por su
amistad, por su solidaridad, por compartirme sus conocimientos, en este desarrollo
profesional.

Finalmente guardaremos en nuestros corazones, lindas experiencias vividas de
aprendizaje en nuestra querida casa de estudios.

Tabla de contenido

JURADO CALIFICADOR	2
DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
TABLA DE CONTENIDO	5
ÍNDICE DE TABLAS	6
RESUMEN	7
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	8
1.1. Realidad problemática	8
1.2. Formulación del problema	15
1.3. Objetivos	15
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	17
CAPÍTULO III: RESULTADOS	27
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	31
REFERENCIAS	35

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Prueba de normalidad de Smirnov entre Síndrome de Burnout y calidad de vida en cuidadores de pacientes oncológicos en Lima Metropolitana	27
Tabla 2 Prueba de correlación Rho de Spearman entre Síndrome de Burnout y calidad de vida en cuidadores de pacientes oncológicos en Lima Metropolitana	28
Tabla 3 Prueba de correlación Rho de Spearman entre la variable calidad de vida y las dimensiones de Síndrome de Burnout	29

RESUMEN

El objetivo de la investigación es determinar la relación entre la Calidad de vida y el Síndrome de Burnout en cuidadores de pacientes oncológicas en lima metropolitana 2022. Mediante un enfoque cuantitativo, no experimental de corte transversal y de alcance correlacional. En una muestra integrada por 203 cuidadores de pacientes oncológicas, de ambos sexos, mayores de edad con una formación enfocada en salud. Utilizando los instrumentos Cuestionario de Calidad de Vida SF 36 y The Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey (mbi-hss). Los resultados muestran que el estadístico de Rho de Spearman es -0.704 con Sig. (Bilateral) 0.000 ; aceptando la hipótesis del investigador. Al igual que las hipótesis específicas mostraron valores negativos en Rho de Spearman y Sig (Bilateral) por debajo del $\alpha = 0.05$, a aceptación de la segunda hipótesis que obtuvo valores en Rho de Spearman $.011$ y Sig (Bilateral) por encima del $\alpha = 0.05$. ($.878$) Concluyendo que existe una relación entre la Calidad de Vida y el Síndrome de Burnout a excepción de la dimensión Realización personal.

PALABRAS CLAVES: Calidad de Vida, Síndrome de Burnout, cuidadores, Oncología.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

Una problemática preocupante actualmente, son las crecientes cifras de personas con cáncer, el cual es el responsable de una de cada seis muertes en el mundo (World Health Organization [WHO], 2020). Cáncer es el término que se le da a un grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo, también se les conoce como tumores malignos los cuales generan el crecimiento desmesurado de células anormales que se pueden expandir a más órganos, siendo la principal causa de muerte, la metástasis (WHO, 2021a).

A nivel del mundo, durante el 2020, el cáncer fue la principal causa de muerte, teniendo 9 958 133 muertes reportadas, asimismo, se reportaron 19 292 789 casos nuevos, siendo los más frecuentes el cáncer de mama (2.26 millones), pulmón (2.20 millones), colon (1.93 millones), próstata (1.41 millones) y piel (1.20 millones). Es decir, que a pesar de los avances de la ciencia y los cuantiosos esfuerzos médicos y del equipo involucrado en la investigación y cuidado de los pacientes, la prevalencia sigue siendo alta (WHO, 2021b).

De las cifras mencionadas, Latinoamérica representa 1 470 274 de los casos reportados en el mundo, y el más frecuente para hombres es el cáncer de próstata y para mujeres el cáncer de mama (WHO, 2021c). En cuanto, a Perú en el año 2020, se presentaron 69 849 casos nuevos y en los últimos cinco años se tiene 175 090 casos prevalentes, en cuanto a la mortalidad, en el 2020 se reportaron 34 976 muertes, siendo el cáncer de estómago la causa más frecuente representando el 14.2% de los casos (WHO, 2021d).

Ante los cuantiosos casos que revela la problemática, es de suma importancia tener en cuenta el tratamiento para los pacientes, el cual es brindado por los médicos, sin embargo, otro actor importante para el paciente en el proceso de la enfermedad es el cuidador, quien tiene a su cargo asegurar el cumplimiento de las medidas recomendadas por el equipo médico, brindar apoyo para tareas que el paciente, debido a la enfermedad, no pueda cumplir de manera independiente, entre otras labores, lo cual es de suma importancia ya que ayudan a reducir la carga de malestar tanto físico como emocional (WHO, 2020).

Estos cuidadores normalmente son miembros de la familia o profesionales de la salud que se encuentren en capacidad de asumir la responsabilidad del cuidado del paciente (Ulrich et al., 2017; Sánchez, 2017; WHO, 2020) por lo cual se puede entender que existe una implicancia emocional con el paciente, por lo que las labores y el vivenciar, los estragos de la enfermedad vengan no solo con una carga o cansancio físico sino un malestar a nivel emocional debido a la alta demanda del cuidado, asimismo el descuido de sí mismo puesto que la atención se centra principalmente en el paciente (Murguía et al., 2020; Ulrich et al., 2017).

En la literatura, se ha mencionado innumerables veces que el síndrome de Burnout implica un riesgo a nivel biopsicosocial, es decir se presenta malestar a nivel físico, teniendo variación en los patrones de sueño, agotamiento, malestar a nivel emocional, como sintomatología depresiva, duelo patológico, cuadros de ansiedad, además de la falta de interacción con miembros fuera del equipo que provea ayuda para el paciente, entre otros (Amador et al., 2020; Murguía et al., 2020; Tripodoro et al., 2015; Ulrich et al., 2017).

Patrones similares al de el síndrome de burnout descrito por Maslach y Jackson (1996, como se citó en Sánchez, 2017), los cuales según diversos estudios tienen impacto en la calidad de vida del cuidador (Hernández, et al., 2020; Tan et al., 2017). Por lo que, esta investigación tiene el interés de evaluar la relación del síndrome de burnout y la calidad de vida en cuidadores de Lima Metropolitana, debido a que en la actualidad no existen cuantiosos estudios que evalúen mediante instrumentos la relación de las variables. Asimismo, se encontró escasas investigaciones con las variables de manera independiente.

En antecedentes nacionales tenemos los siguientes estudios realizados en el contexto peruano: Chuquiyuri y Contreras (2022), en su investigación “Síndrome de Burnout en enfermeras de un hospital Nacional de Lima, 2022; realizado en Perú. Se plantearon como objetivo determinar el nivel de síndrome de burnout en personal enfermería de un Hospital Nacional de Lima, 2022. La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, descriptivo, de corte transversal; en una muestra de 130 participantes; la técnica empleada para la recolección fue la encuesta y el instrumento el cuestionario Inventory Maslach (MBI), que mide el síndrome de burnout, el cual está conformado por 22 ítems y agrupados en 3 dimensiones. El principal resultado fue 1 96,8% de profesionales presentaron el síndrome de burnout en un nivel medio, 2,3% en un nivel bajo y 0,8% en un nivel alto; en la dimensión agotamiento emocional, se encontró que el 84,6% de profesionales presentaron el síndrome de burnout en un nivel medio, el 8,5% en un nivel alto y el 6,9% en un nivel bajo, en la dimensión despersonalización, el 66,2% de profesionales presentaron el síndrome de burnout en un nivel medio, el 18,5% en un nivel bajo y el 15,4% en un nivel alto; en la dimensión realización el personal evidencio que el 83,8% de profesionales

presentaron el síndrome de burnout en un nivel medio, el 8,5% en un nivel bajo y el 7,7% en un nivel alto.

En antecedentes internacionales tenemos los siguientes estudios: Caballero, Contreras, Vega & Gómez (2017) en su investigación Síndrome de Burnout y calidad de vida laboral en el personal asistencial de una institución de salud en Bogotá, se plantearon como objetivo describir el Síndrome de Burnout y la calidad de vida laboral del personal asistencial de una institución de salud de segundo nivel y observar si existe relación entre estos constructos utilizando el Inventario de Burnout de Maslach [MBI] y el Cuestionario de Calidad de Vida Profesional [CVP-35] que fueron aplicados a 62 trabajadores asistenciales. Los cuales dieron como resultados indicadores de severidad alta y moderada del síndrome; no obstante, el alto nivel de realización personal unido a la motivación intrínseca constituyó un factor protector ante la alta carga laboral y el escaso apoyo directivo. El agotamiento emocional correlacionó directamente con la carga laboral e inversamente con la motivación intrínseca. Conclusión: se resalta la importancia de una gestión más eficiente y una dirección más centrada en las personas en las instituciones de salud.

Arredondo et al. (2021) dentro de su investigación “Calidad de vida de cuidadores familiares de personas con cáncer que reciben atención de cuidados paliativos” realizado en Colombia. Se planteó como objetivo describir la calidad de vida y factores relacionados, en una muestra de cuidadores colombianos de personas con cáncer en cuidados paliativos. La investigación es de Estudio descriptivo correlacional de corte transversal, con 208 cuidadores familiares de personas con cáncer en cuidados paliativos ambulatorios en Medellín-

Colombia. Se usó el instrumento de calidad de vida en enfermedades que amenazan la vida – versión cuidador familiar (QOLLTI-F). Los resultados de la investigación fueron que la calidad de vida puntuó entre 116,36 y 122,35 (IC95%). Las dimensiones con las puntuaciones más bajas fueron del estado del paciente (2,4–3,2, IC95%), estado del cuidador (36,2–39,9, IC 95%) y medio ambiente (14,4–15,7, IC95%). La edad del paciente, edad del cuidador e índice Karnofsky, presentaron una correlación positiva, de débil a moderada y significativa con la calidad de vida del cuidador. Las horas diarias dedicadas a cuidar, presentaron una correlación débil, negativa y significativa con la calidad de vida total y la dimensión estado del cuidador.

Expósito y Díaz (2018), en su investigación “Calidad de vida de cuidadores en mujeres con cáncer de mama avanzado”, realizado en Colombia. Se plantearon como objetivo identificar las principales afectaciones en la calidad de vida de cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama que son atendidas en una institución de salud de Barranquilla, Colombia. Se trató de un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal que incluyó a 72 cuidadores primarios por muestro probabilístico. Se utilizó la Escala de Calidad de Vida y Satisfacción para Cuidadores (ECVSFC), los datos recolectados se procesaron a través de estadísticas descriptivas. Los resultados evidenciaron que las dimensiones más afectadas en los cuidadores primarios fueron: apariencia física, emociones/conducta, sintomatología, autocuidado, descanso/ sueño, proyecto de vida, relaciones sociales y satisfacción con la preparación recibida, que los cuidadores eran en su mayoría mujeres que cuidaban a sus madres o hermanas en su propio hogar y que presentaban afectaciones en algunas

dimensiones de su calidad de vida así como con la satisfacción con la preparación recibida para cuidar a su familiar.

A nivel teórico, para la World Health Organization (WHO, 1997), la calidad de vida se define como la autopercepción de la posición en la vida de acuerdo con los estándares de la cultura y los sistemas de valores en los que se viven, tomando en cuenta sus metas, expectativas, los cuales afectan a la salud física, psicológica, las relaciones sociales, creencias de la persona y su relación con el medio que la rodea (p.1).

Por otro lado, para la perspectiva del cuestionario SF-36, la calidad de vida necesita ser medida tomando en cuenta las particularidades de cada población, considerando ocho dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental (Hernández et al., 2014; Villagut et al., 2005; Alonso, 2000), las cuales se alinean a la definición de salud dada por la WHO.

En la descripción de las dimensiones, se menciona que, si la salud emocional y física se deteriora afecta al rendimiento del trabajo (Aloso, 2000), asimismo, se entiende que la calidad de vida actúa como un determinante para el desarrollo de las actividades diarias, por lo que, si se tiene una afección en alguna o algunas de las esferas de la salud, impediría la eficiencia en el cuidado del paciente oncológico.

Una de ellas, es el síndrome de burnout, también conocido como quemadura del trabajo, o desgaste psíquico, y se define como una experiencia a nivel individual que involucra un conjunto de emociones, pensamientos y cómo la persona se relaciona con el

entorno ante estrés por el trabajo, el cual se diferencia del estrés general ya que solo involucra consecuencias negativas (Martínez, 2010). Según Maslach y Jackson (1996), como se citó en Sánchez, 2017), este síndrome se caracteriza por la presencia del agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del logro individual.

Está compuesto por tres dimensiones, la primera es el agotamiento emocional, que se caracteriza por el cansancio, desgaste, fatiga y la pérdida de energía que se puede expresar mediante signos físicos o emocionales (Maslach & Jackson, 1996, como se citó en Gilla et al. 2019).

La segunda dimensión es denominada despersonalización, la cual se entiende como la aparición de sentimientos negativos que se derivan en conductas individualistas y frías hacia los demás, sobre todo el paciente o quien reciba el servicio (Maslach & Jackson, como se citó en Gilla et al. 2019), para la versión de servicios humanos, se cambió por la dimensión cinismo, que representa indiferencia, actitudes negativas y distanciamiento del trabajo (Martínez, 2010 como se citó en Hederich-Martínez & Caballero-Domínguez, 2016).

Finalmente, la tercera dimensión es el sentimiento de falta de realización personal, en la que se expresa una dificultad en la autoimagen, aumento de la irritabilidad, perjudicando la eficiencia en el trabajo, sentimientos de fracaso y disminución de la motivación (Maslach & Jackson, 1996, como se citó en Sánchez, 2017).

Esta investigación es relevante a nivel teórico puesto que contribuirá a la información acerca de los fenómenos propios del cuidador de un paciente oncológico, como la relación

que existe entre las variables burnout y calidad de vida. Asimismo, se justifica a nivel metodológico ya que aportará datos de la relación de las variables usando los coeficientes de correlación, así como el coeficiente de determinación para conocer el tamaño del efecto de las relaciones.

Por otro lado, contribuirá a nivel práctico, ya que, al verificar la relación de las variables, se pueden usar los datos como base para poder realizar un plan de intervención que pueda contribuir a mejorar el bienestar de los cuidadores. Finalmente, se justifica a nivel social debido a la existencia de altas tasas de casos de cáncer y como se mencionó los cuidadores tienen un papel importante dentro de su recuperación por lo que es necesario aportar para la mejora de su calidad de vida.

1.2. Formulación del problema

¿Existe relación entre calidad de vida y síndrome de Burnout en cuidadores de pacientes oncológicos de ciudad Lima – Perú?

1.3. Objetivos

1.3.1 Objetivo general

- Determinar la relación entre calidad de vida y síndrome de Burnout en cuidadores de pacientes oncológicos en Lima – Perú.

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar la relación entre la calidad de vida y la dimensión agotamiento emocional en cuidadores de pacientes oncológicos.
- Determinar la relación entre calidad de vida y la dimensión despersonalización en cuidadores de pacientes oncológicos.
- Determinar la relación entre la calidad de vida y la dimensión realización personal en cuidadores de pacientes oncológicos.

1.4. Hipótesis

1.4.1 Hipótesis general

H1: Existe relación entre la variable calidad de vida y síndrome de burnout en cuidadores de pacientes oncológicos.

1.4.2 Hipótesis específicas

- H2: Existe relación entre la calidad de vida y la dimensión agotamiento emocional en cuidadores de pacientes oncológicos.
- H3: Existe relación entre la calidad de vida y la dimensión realización personal cuidadores de pacientes oncológicos.
- H4: Existe relación entre la calidad de vida y la dimensión despersonalización en cuidadores de pacientes oncológicos

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

El presente estudio es cuantitativo empleándose técnicas matemáticas y estadísticas para procesar la información Alan y Cortez (2018), corresponde al tipo empírico, porque busca dar respuesta a los problemas de investigación, planteados dentro del campo de la psicología y en la misma línea de investigación, es de estrategia asociativa ya que se pretende estudiar la relación entre las variables, además de ser un diseño correlacional simple, ya que busca describir la relación entre las mismas (Ato et al., 2013). Por último, el corte utilizado será el transversal dado que, tiene como propósito el recolectar información en un solo momento y en un solo tiempo (Hernández et al., 2018).

La población del presente estudio está conformada por los cuidadores de los pacientes oncológicos de Lima Metropolitana del 2022. No se cuenta con el número exacto de cuidadores en paciente oncológicos en el Perú ya que no existe una organización que realice el empadronamiento de los mismos, y no se puede afirmar que cada paciente con diagnóstico de cáncer tiene un cuidador, pero es lo más usual, por lo que, para dar a conocer un estimado se brinda la cifra de pacientes con diagnóstico de cáncer registrados por el Instituto Nacional de Enfermedades neoplásicas (2018), que a la fecha son 1 865 de ambos sexos.

Por lo que, al no tener una cifra exacta de la población de cuidadores formales o familiares de los pacientes oncológicos de Lima Metropolitana del 2022, se hizo uso de la fórmula de muestra infinita, la cual permitió obtener la cifra mínima de personas encuestadas para esta investigación.

Fórmula de muestra finita.

$$n = \frac{z^2 \times p \times q}{d^2} \qquad n = \frac{(1,96)^2 \times 0,50 \times 0,50}{(0,05)^2}$$

Donde:

Z²: Nivel de confianza 95% = 1,96

p: Probabilidad de éxito o proporción esperada = 0,50

q: Probabilidad de fracaso = 0,50

d²: Precisión (error máximo admisible en términos de proporción) 5% = 0,05

La población, referida al conjunto de participantes que integran un fenómeno de estudio, el cual está formado por una agrupación que se identifica por cumplir algunas características y aspectos similares las cuales son luego de ser seleccionadas, son estudiadas y analizadas (Tamayo, 2012). Es así como, que nuestra muestra estuvo integrada por 203 participantes conformados por cuidadores de pacientes oncológicos de Lima Metropolitana del sexo masculino y femenino. Como criterios de inclusión para la selección de la muestra se tuvo en consideración las siguientes características: Personas mayores de 25 años, nivel de instrucción con alguna carrera de salud, cuidadores como mínimo de un paciente oncológico que este recibiendo cualquier tratamiento activo para el cáncer de Lima Metropolitana, como también, voluntarios a participar en la investigación mediante la aceptación de un consentimiento informado virtual. Como criterios de exclusión para la

selección de la muestra se tuvieron las siguientes características: Cuidadores que tengan a su cargo a pacientes que ya han superado el cáncer, cuidadores que sean menores de 25 años, cuidadores que no residan en la ciudad de Lima Metropolitana, cuidadores que no acepten el consentimiento informado.

Tabla 1.

Caracterización sociodemográfica de la muestra (n=384)

	f	%
Sexo		
Mujer	111	54.7
Hombre	92	45.3
Ubicación		
Lima Centro	81	39.9
Lima Este	31	15.3
Lima Norte	21	10.3
Lima Sur	70	34.5

Nota. f: Frecuencia; %: Porcentaje

La muestra estuvo conformada de acuerdo con la fórmula de muestra infinita de mínimo 203 participantes, el proceso de selección fue con un muestreo no probabilístico puesto que se ha escogido mediante la no aleatorización, donde los elementos son elegidos a juicio del investigador. En la tabla 1, se muestra los datos sociodemográficos del sexo, siendo el 54.7% mujeres y 45.3% hombres y de la ubicación de los participantes, el cual se pudo observar que

en su mayoría los participantes son mujeres, y en su mayoría viven en Lima Centro siguiendo de Lima Sur.

Como técnica de recolección de datos se utilizó a la encuesta, el cual según Torres y Salazar (s.f.) nos permite formular con precisión los objetivos a conseguir, por lo que aplicar una encuesta a una muestra representativa ayuda a que los resultados obtenidos luego puedan ser trasladado a un conjunto de población.

Como instrumento de recolección de datos se utilizó Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 y Maslach Burnout Inventory Human Services MBI-HSS. Para la variable Calidad de Vida se empleó como instrumento de medición el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 construido por Ware y Sherbourne (1992) y validada en Perú por Salazar y Bernabé (2012).

La escala SF-36 evalúa la calidad de vida relacionada con la salud, conceptualmente está basado en un modelo bidimensional de salud: física y mental y es aplicada en un ámbito clínico para personas mayores de 14 años. Consta de 36 ítems que se agrupan en 8 escalas: Funcionamiento físico (FF) que consta de 10 ítems, Rol físico (RF) que está formado por 4 ítems, Dolor (D): 2 ítems, Salud general (SG): 5 ítems, Vitalidad (V): 4 ítems, Funcionamiento social (FS): 2 ítems, Rol emocional (RE): 3 ítems y Salud mental (SM) que consta de 5 ítems.

Nombre del instrumento:	Cuestionario de calidad de vida sf-36
Autores:	Ware y Gandek (1998)
Adaptación:	(Perú) Salazar y Bernabé (2012),
Confiabilidad:	0,80, según el Alfa de Cronbach

Procedencia:	El Instrumento fue desarrollado, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS).
Aplicación:	La aplicación es individual y/o grupal, preferentemente debe de ser autoadministrada, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal y telefónica.
Ámbito de aplicación	Población a partir de los 14 años.
Particularidad:	Instrumento de exploración física y psicológica
Duración:	Tiempo estimado de 10 a15 minutos
Finalidad:	Proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general.
Estructuración:	La prueba consta de 8 escalas dividido en 2 componentes (Salud física y Salud mental)
Baremación:	Tabla de cálculos de puntuaciones

La validez y confiabilidad de la prueba SF-36 Cuestionario de calidad de vida, que fue elaborado por Ware y Gandek en 1998, obtuvo un valor de confiabilidad de 0,80 según el Alfa de Cronbach. En su adaptación para contexto peruano por los autores Salazar y Bernabé, se realizó una encuesta poblacional en 4 ciudades urbanas de Perú (Huancayo, Lima, Piura y Trujillo) para seleccionar una muestra representativa de la población general no institucionalizada de 15 a 64 años, los valores de confiabilidad que se obtuvieron en el estudio arrojaron como resultado un 0,82 según el coeficiente de Cronbach. Para este estudio se

evaluaron las evidencias de confiabilidad en un estudio piloto, encontrando valores en el coeficiente de alfa de .837y .907 para el coeficiente omega.

La segunda escala que se utilizó es el Maslach Burnout Inventory Human Services MBI-HSS que fue construido por Maslach y Jackson (1981-1986) y validada en el Perú por Oyola en el 2021, esta evalúa el Burnout en los trabajadores del sector médico y atención a las personas. La escala de MBI HSS, instrumento está compuesto de 22 Ítems, integrados en 3 dimensiones: Agotamiento emocional, 9 ítems; Despersonalización, 5 elementos y Realización Personal, 8 ítems. Cada ítem se puede responder usando una escala Likert de 7 puntos que van desde 0 (nunca) a 6 (todos los días).

Nombre del instrumento:	Maslach Burnout Inventory Human Services
Autores:	Maslach y Jackson (1981-1986)
Adaptación:	(Perú) Oyola García (2021),
Confiabilidad:	0,908, según el Alfa de Cronbach
Procedencia:	El Instrumento fue diseñado, elaborado y validado por Maslach y Jackson, en Palo Alto.
Aplicación:	La aplicación es individual y/o grupal, preferentemente debe de ser autoadministrada y es dirigido a profesionales de servicios humanos
Ámbito de aplicación	Población de servicios humanos.
Particularidad:	Instrumento de exploración psicológica

Duración:	Tiempo estimado de 10 a 15 minutos
Finalidad:	Evaluar de manera especial con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atienden
Estructuración:	La prueba consta de 3 dimensiones
Baremación:	Tabla de cálculos de puntuaciones

Validez y confiabilidad de la prueba original de MBI HSS fueron obtenidos por los autores (Ivancevich & Matteson), un valor de confiabilidad de 0,966, según el Alfa de Cronbach, posteriormente en el año 2021 fue adaptada por Oyola, en su investigación adapta la escala de Maslach en una muestra de médicos peruanos, en donde se realizó un estudio observacional, transversal e instrumental basado en un análisis de ENSUSALUD 2016 en una muestra de 2216 médicos provenientes de 184 establecimientos de salud. En los resultados se encontraron como valor obtenido de un 0.908 según el coeficiente del alfa de Cronbach lo que determina que mantiene propiedades psicométricas satisfactorias. Para este estudio se evaluaron las evidencias de confiabilidad en un estudio piloto, encontrando valores en el coeficiente de alfa de .878 y .898 para el coeficiente omega.

En el procedimiento de recolección de datos se detalla a continuación lo que se realizó en el presente estudio; en primer lugar, se procedió a determinar el tema de nuestra investigación, como también a revisar material bibliográfico para conocer las variables a trabajar, entre ellas también buscar antecedentes nacionales e internacionales, definir el material teórico que se iba a utilizar y decidir que escalas se ajustaban mejor a la población con la que se decidió

aplicar; como segundo paso, se procedió a buscar la escala que mida las variables a investigar, para nuestra variable calidad se encontró la escala de Calidad de vida SF-36 (Salazar y Bernabé, 2012), la cual se solicitó la autorización para proceder aplicar la prueba, asimismo, se buscó la escala que mida la variable síndrome de burnout, para lo cual se encontró la escala Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey (mbi-hss), adaptada por Oyola en el 2021, donde también se solicitó el permiso del autor para utilizar su adaptación de la escala contextualizada para población peruana; como tercer paso, cuando se obtuvieron la aprobación de ambos autores mediante correo electrónico, se ajustaron ambos instrumentos a una versión virtual de formulario Google para la aplicación a la población a investigar, durante la aplicación del formulario, la difusión se realizó mediante grupos de Facebook donde interactuaban enfermeras, médico y/u otro personal de salud en contacto con pacientes diagnosticados con cáncer, asimismo, se envió a contactos mediante WhatsApp que trabajaban con personas diagnosticadas con cáncer, dentro del formulario se encontraban las instrucciones y los pasos a seguir para el correcto llenado del formulario, como un consentimiento informado donde los voluntarios aceptaban participar en el estudio y que los datos que se obtuvieran serían empleados para fines académicos. Para el tratamiento y análisis de los datos se realizaron de la siguiente forma: Los datos obtenidos dentro del formulario Google, se exportaron en formato de Excel para luego traspasar las respuestas a números y cotejar que no existan sesgos, luego de se pasaron a la base de datos al Software estadístico SPSS, mediante este programa se obtuvo una evidencia detallada de los resultados y la correlación de la variable Calidad de Vida y las dimensiones Agotamiento emocional; Despersonalización y Realización Personal. Se empleó estadística inferencial para las

correlaciones entre las variables. Para evaluar los datos hallados en la recolección en la muestra, en primera instancia, siguiendo las recomendaciones para las investigaciones, se evaluaron las propiedades psicométricas de las escalas a usar, posteriormente, mediante el análisis factorial confirmatorio para hallar las cargas factoriales con el programa Jamovi, para poder evaluar las evidencias de confiabilidad por consistencia interna, tomando en cuenta el coeficiente alfa y omega.

Para examinar la evidencia de validez de la estructura interna, la muestra de estudio se dividió inicialmente de forma aleatoria en dos grupos.

En el primer grupo, el Análisis Factorial Exploratorio (efa) se realizó mediante el programa Factor, versión 10.7.01. Se aplicó el análisis paralelo de Horn's para la identificación de factores. La adecuación de la matriz de correlación se calculó utilizando la Prueba de esfericidad de Kaiser-Mayer-Olkin (kmo) y Bartlett.

En la segunda muestra, el modelo de AFE resultante se verificó mediante un análisis factorial confirmatorio (AFC), implementado mediante el programa eqs, versión 6.2 (46). Las matrices de poli correlación se utilizaron para la extracción factorial. Se implementó el Satorra-Bentler ($sb-\chi^2$) corrección.

El resultado de KMO fue satisfactorio (0,90) y la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ($p < 0,001$), así mismo que los ítems estaban influenciados por sus dimensiones latentes. Este resultado fue corroborado a nivel factorial (ISF-F).

En cuanto al AFC, las tasas de ajuste fueron parcialmente adecuadas con la estructura de 19 ítems obtenida del análisis exploratorio, $SB-X^2 (149) = 720.016$ ($p < 0.001$), $CFI = 0.977$;

RMSEA = 0.058 (CI = 0.054, 0.062) y SRMR = 0.063, la correlación entre dimensiones fue teóricamente consistente.

Como siguiente paso, se evaluaron los estadísticos descriptivos de las variables, como la media, desviación estándar, asimetría y curtosis. Finalmente, para examinar las relaciones, primero se harán la prueba de normalidad Kolmogórov-Smirnov para luego mediante el coeficiente de relación Spearman conocer las correlaciones.

En la investigación sobre todo en el área de ciencias de la salud, específicamente en psicología, existen aspectos éticos que se debe tener en consideración, el colegio de psicólogos del Perú (CPP- 2017) cuenta con un manual sobre el código de ética y deontología que todo psicólogo debe acatar, el apartado cuenta con 6 artículos que se enfocan exclusivamente en la investigación, el cual describe la importancia de contar con el consentimiento informado de los sujetos comprendidos, no incurriendo en falsificación ni plagio. Finalmente, se debe tener en cuenta los principios éticos como lo estipula la Asociación Americana de Psicología (APA, 2010), uno de los puntos más importantes es la disciplina científica, este se refiere a que se expondrá con veracidad de los datos, además de proteger la autoría de las publicaciones citadas en el presente trabajo, así como contar con los permisos de los autores de las pruebas a utilizar en nuestro estudio.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

Tabla 2.

Pruebas de normalidad

	Kolmogórov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Calidad de vida	.149	203	.000
Síndrome Burnout	.148	203	.000

Nota. N=tamaño de la muestra, Sig.=significancia estadística

Fuente: Elaboración propia (2022)

Se realizó la prueba de normalidad Kolmogórov-Smirnov para determinar el estadístico a utilizar para el análisis de las correlaciones. Se muestran los valores, en el que de acuerdo con valor p, para la variable calidad de vida, y la variable de síndrome de Burnout se usan las pruebas no paramétricas, ya que el valor de significancia es menor a .05. Por lo cual se estará utilizando el coeficiente de correlación Rho Spearman.

Tabla 3.

Coefficiente de correlación de las variables calidad de vida y síndrome de Burnout

		Síndrome de burnout
	Coefficiente de correlación	-,704**
Calidad de vida	Sig. (bilateral)	.000
	N	203

Fuente: Elaboración propia (2022)

En la tabla 5, se presenta el coeficiente de relación de la variable síndrome burnout y la calidad de vida, determinando que existe una relación media e inversa (Hernández et al., 2014) muy significativa a nivel estadístico, con un coeficiente de Spearman de -.704, por lo que se acepta la hipótesis de trabajo, es decir sí existe relación entre las variables de síndrome de Burnout y calidad de vida en la población de cuidadores de pacientes oncológicos de Lima.

Tabla 4.

Coefficiente de correlación de las variables calidad de vida y las dimensiones de Síndrome de Burnout

		Calidad de vida
Agotamiento emocional	Coefficiente de correlación	-,516**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	203
Realización personal	Coefficiente de correlación	.011
	Sig. (bilateral)	.878
	N	203
Despersonalización	Coefficiente de correlación	-,724**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	203

Nota. se usó el coeficiente de correlación de Spearman
Fuente: Elaboración propia (2022)

En la tabla 6, se observa la relación entre las dimensiones de la variable Síndrome de Burnout, y la variable de calidad de vida, en primer lugar, en cuanto a la relación entre la dimensión agotamiento emocional, se observa una correlación inversa, moderada (-.516) (Hernández et al., 2014), y muy significativa a nivel estadístico. Por lo que se acepta la hipótesis de trabajo específica 1, es decir existe relación entre la dimensión agotamiento

emocional de la variable síndrome de burnout y la calidad de vida en cuidadores de pacientes oncológicos.

En cuanto a la relación con la dimensión de realización personal, se muestra un valor de significancia superior a .05, por lo que se puede afirmar que de acuerdo con la prueba de hipótesis, se rechaza la hipótesis específica 2, es decir no existe relación entre esta dimensión de síndrome de Burnout y la variable calidad de vida en cuidadores de pacientes oncológicos.

Luego en el análisis de la relación de la dimensión despersonalización y calidad de vida, se halló una relación inversa, moderada (-.724) (Hernández et al., 2014) y estadísticamente significativa. Por lo que se acepta la hipótesis específica 3, existe relación entre la dimensión despersonalización y la variable calidad de vida en cuidadores de pacientes oncológicos.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En cuanto las implicancias de la siguiente investigación, a nivel social se busca resaltar la importancia que tienen los cuidadores de la población oncológica, y cómo es que repercute su salud física y emocional frente al diagnóstico de sus pacientes. De esta manera, tendría implicancia a nivel práctico puesto que se puede dar la iniciativa de crear programas de promoción y prevención dirigido a los cuidadores que actualmente se encuentran laborando con pacientes oncológicos. Asimismo, esta investigación es un aporte importante para el contexto peruano, ya que actualmente se cuenta con escasos estudios en esta realidad, que se enfoquen en la población de cuidadores oncológicos frente al entorno laboral y personal de cada uno de ellos.

Se tuvo como principales limitaciones, en primer lugar, debido a la situación de emergencia que se está viviendo debido a la pandemia por la Covid-19, el tipo de aplicación virtual, lo cual no permite el logro de más alcance de cuidadores de pacientes oncológicos ya que es una población de difícil acceso; asimismo, este tipo de aplicación no permite el control de variables ambientales como distracciones, ruidos entre otros. Por otro lado, se tuvo como limitación, el tipo de muestreo elegido, al ser no probabilístico no permite la generalización de resultados, así también por la amplitud de la muestra, sin embargo, debido a la particularidad de la población puede ser precedente para futuras investigación.

En primer lugar, se evaluó el objetivo general, determinando que existe una relación media, inversa y muy significativa a nivel estadístico entre Síndrome de burnout y la calidad

de vida en cuidadores de pacientes con cáncer de Lima Metropolitana, Estos resultados, son similares a los obtenidos por Caballero y colaboradores (2016) quienes en un estudio en el que evaluaron la relación de calidad de vida y síndrome de burnout en personal de salud concluyeron que existe una correlación entre estas variables, y el síndrome de burnout tiene guarda relación con la calidad de vida, los cuales pueden ser trabajados a través de herramientas que alivien la sintomatología del mencionado síndrome. Asimismo, este hallazgo, concuerda con lo mencionado por Sánchez (2017), quien afirma que los cuidadores de pacientes oncológicos tienen una respuesta emocional muy marcada, lo que compromete su salud a nivel físico y emocional, en particular, en las mujeres se presenta un grado alto de desvalorización de la persona, como respuesta frente al estrés crónico frente a sus pacientes. Por lo tanto, de acuerdo a la información teórica y evidencias empíricas recabadas, se puede afirmar que el síndrome de burnout guarda relación con la calidad de vida, ya que mantienen una relación negativa, deteriorándola, lo cual influye en el desarrollo de las actividades propias de un cuidador como son la atención primaria, el cuidado físico, salud y emocional del paciente oncológico como también el aspecto personal como es el entorno familiar del mismo cuidador (Chávez, 2020; Geraín y Zech, 2019 Hernández et al., 2020; Warapornmongkholkul y Howteeraku, 2018).

En cuanto a la evaluación del primer objetivo específico, en la primera se corroboró que existe una correlación inversa moderada y estadísticamente muy significativa entre la variable calidad de vida y la dimensión agotamiento emocional de la variable Síndrome de burnout, siendo que el agotamiento emocional que sienten los cuidadores cuando ejercen su trabajo con el paciente oncológico. Los resultados hallados son similares a los resultados de

Chuquiuri y Contreras (2022) en su investigación denominado “Síndrome burnout en enfermeras de un hospital nacional, 2022” donde encontraron niveles medio de agotamiento emocional frente al burnout, a lo que interpretaron como vulnerabilidad con un nivel de fatiga persistente, acompañado con sintomatología de ansiedad, frustración y baja autoestima.

Asimismo, en cuanto al segundo objetivo específico, se observa que existe una relación inversa moderada y estadísticamente significativa entre la variable calidad de vida y la dimensión despersonalización de la variable síndrome de burnout, lo cual significa que a mayor despersonalización en los cuidadores disminuye la calidad de vida. Dicho resultado difiere con el de Caballero y colaboradores (2017) ya que, en su investigación realizada en Colombia en personal asistencial, se encontraron niveles bajos de la dimensión despersonalización, en comparativa con las otras dimensiones del síndrome de burnout. Sin embargo, según Vidotti y sus colaboradores (2019), en su estudio realizado en trabajadores de enfermería en Brasil, concluye que existe un nivel alto de despersonalización y calidad de vida, esto debido a la falta de empatía del personal de salud frente al trabajo con pacientes y que dentro de estos aspectos puede encontrarse un impacto en la calidad de vida física y psicológica.

Como tercer objetivo específico, se planteó que existe una relación entre la variable calidad de vida y la dimensión de realización de la personal de la variable síndrome de burnout, la cual dentro de nuestra investigación no se encontró dicha relación entre dimensión y variable. A diferencia de Chuquiuri y Contreras (2022) que si encontraron relación entre

la dimensión de realización personal con un nivel medio en los profesionales de salud de enfermería.

Conclusiones:

- Los resultados determinaron que existe una relación inversa moderada muy significativa, entre la calidad de vida y el síndrome de burnout en cuidadores de pacientes oncológicos en Lima Metropolitana
- Se determinó una relación inversa, moderada y muy significativa entre la variable calidad de vida y la dimensión agotamiento emocional en cuidadores de pacientes oncológicos en Lima Metropolitana.
- Se determinó una relación inversa, moderada y muy significativa entre la variable calidad de vida y la dimensión despersonalización en cuidadores de pacientes oncológicos en Lima Metropolitana.
- No se determinó una relación significativa entre la variable calidad de vida y la dimensión disminución de la realización personal.

REFERENCIAS

Alan, D. y Cortez, L. (2018). Procesos y fundamentos de la investigación científica. Editorial Utmach. Ecuador.

Alonso, J. (2000). *Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario SF-36*. Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM).

Amador Ahumada, C., Puello Alcocer, E. C., y Valencia Jiménez, N. N. (2020). Características psicoafectivas y sobrecarga de los cuidadores informales de pacientes oncológicos terminales en Montería, Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(1). <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2020.v46n1/e1463/>

Ato, M., López, J. & Benavente, A. (2013). *Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología*. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>

American Psychologic Association. (2010). *Publication Manual American Psychology Association*. (6ta. Ed.). <https://www.psiucv.cl/wp-content/uploads/2012/11/Codigo-de-Etica-Profesional-Psicolog%C3%ADa-PUCV.pdf>

Arredondo, E., Arias, M. & Carreño, S. (2020) *Calidad de vida de cuidadores familiares de personas con cáncer que reciben atención de cuidados paliativos*. Brasil: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/9wcmYgYT6wPtmQr7F4VXfbJ/?format=pdf&lang=es>

Caballero Pedraza, I. M., Contreras Torres, F., Vega Chávez, E. P., & Gómez Shaikh, J. J. (2017). Síndrome de Burnout y calidad de vida laboral en el personal asistencial de una institución de salud en Bogotá. *Informes Psicológicos*, 17(1), 87–105. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v17n1a05>

Campo-Arias, A. & Oviedo, H. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Revista Salud Pública*. 10 (5), 831-839. <http://www.redalyc.org/pdf/422/42210515.pdf>

Colegio de Psicólogos del Perú. (2018). *Código de ética y deontología*. Autor. https://www.cpsp.pe/documentos/marco_legal/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf

Chávez, V. (2019). *Carga y calidad de vida del cuidador informal de pacientes oncológicos en la fundación jóvenes contra el cáncer*. [Tesis para optar el título de licenciatura en terapia física médica. Ibarra, Universidad técnica del norte]. Repositorio de Universidad técnica del norte. <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/10557/2/06%20TEF%20328%20TRABAJO%20GRADO.pdf>

Chuquiuri Bernable, B., & Marleny, J. (2022). *Síndrome de burnout en enfermeras de un hospital nacional de Lima*
<https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/939/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Expósito, M., & Díaz, D. (2018). *Calidad de vida de cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama avanzado*. *Salus*, 22(2), 9–13.
<https://www.redalyc.org/journal/3759/375964034003/movil/>

Gandek, B.V. & Ware, J.E. (1998). Translating functional health and well-being: International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project studies of the SF-36 Health Survey. Special Issue. *J Clin. Epidemiol.* 51, 891-1214.

Gérain, P. & Zech, E. (2019). *Informal Caregiver Burnout? Development of a Theoretical Framework to Understand the Impact of Caregiving*. *Frontiers in psychology*, 10, 1748.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01748>

Gilla, M.A., Giménez, S.B., Morán V.E. & Olaz, F.O. (2019). *Adaptación y validación del Inventario de Burnout de Maslach en profesionales argentinos de la salud mental*. *Liberabit*, 25(2).
<http://dx.doi.org/10.24265/liberabit.2019.v25n2.04>

Hederich-Martínez, C., & Caballero-Domínguez, C. C. (2016). *Validación del cuestionario Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) en contexto académico colombiano*. *Revista CES Psicología*, 9(1), 1-15. <http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v9n1/v9n1a02.pdf>

Hernández, N., Salas, A., & Altuve, J. J. (2020). *Afrontamiento, funcionamiento familiar y calidad de vida relacionada con la salud en cuidadores venezolanos de pacientes con cáncer*. *Psicología y Salud*, 161-172. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2651>

Hernández, R; Fernández C y Baptista P. (2014). *Metodología de la investigación 6ta edición*. Mc Graw Hill Education.

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2018). *Casos nuevos de cáncer registrados en el INEN, periodo 2009-2018 (Ambos sexos)*. Autor. <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/12/INEN-2009-2018.pdf>

Jara E. (2016) *Prevalencia de síndrome de burnout en residentes de medicina del hospital nacional arzobispo Loayza en el año 2015*. [Tesis para optar el título de máster en psicología general sanitaria, Universidad Mayor de San Marcos]. Repositorio de Universidad Mayor de San Marcos. <http://200.62.146.130/handle/cybertesis/4634>

The jamovi project (2021). *jamovi*. (Version 1.8) [Computer Software]. <https://www.jamovi.org>.

Martínez, A. (2010). *El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión*. *Vivat, Academia Revista de Comunicación*, 112, 42-80. <https://www.redalyc.org/pdf/5257/525752962004.pdf>

Murguía, M. S., Bravo, A. M., Rico, A. P., & Sastrías, J. M. F. (2020). *Relación entre necesidades no satisfechas y sintomatología emocional en cuidadores de pacientes oncológicos*. *Psicología Iberoamericana*, 28(1) <https://psicologiaiberoamericana.ibero.mx/index.php/psicologia/article/download/201/436>

Rubio J., L. (2014). *Manual de Estadística. Sistema de Gestión de la Investigación*. Universidad Privada del Norte.

Sánchez, A. (2017). *Desarrollo de un estudio sobre la prevalencia del síndrome de sobrecarga en cuidadores informales de pacientes oncológicos*. [Tesis para optar el título de máster en psicología general sanitaria, Universidad de Salamanca]. Repositorio de la Universidad de Salamanca. <https://gredos.usal.es/handle/10366/132578>

Tan, J. Y., Molassiotis, A., Lloyd-Williams, M., & Yorke, J. (2018). *Burden, emotional distress and quality of life among informal caregivers of lung cancer patients: An exploratory study*. *European journal of cancer care*, 27(1), e12691. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ecc.12691>

Torres, M.; Paz, K. & Salazar, F. (s.f.) Métodos de recolección de datos para una investigación. Recuperado de http://fgsalazar.net/LANDIVAR/ING-PRIMERO/boletin03/URL_03_BAS01.pdf

Tripodoro, V., Veloso, V., & Llanos, V. (2015). *Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos*. *Argumentos. Revista de Crítica Social*, (17). <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/1324>

Trujillo, W. G., Román, J. J., Lombard, A. M., Remior, E., Arredondo, O. F., & Martínez, E. (2014). Adaptación del cuestionario SF-36 para medir calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores cubanos. *Revista Cubana de Salud y Trabajo* 15(1),62-70. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsaltra/cst-2014/cst141j.pdf>

Ullrich, A., Ascherfeld, L., Marx, G., Bokemeyer, C., Bergelt, C., & Oechsle, K. (2017). *Quality of life, psychological burden, needs, and satisfaction during specialized inpatient palliative care in family caregivers of advanced cancer patients*. *BMC palliative care*, 16(1), 1-10. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12904-017-0206-z>

Vidotti, V., Martins, J. T., Galdino, M. J. Q., Ribeiro, R. P., & Robazzi, M. L. do C. C. (2019). *Burnout syndrome, occupational stress and quality of life among nursing workers*. *Enfermería Global*, 18(3), 344–376. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.325961>

Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., Santed, R., Valderas, J.M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A. & Alonso, J. (2005). *El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos*. *Gaceta sanitaria*, 19, 135-150. <https://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v19n2/revision1.pdf>

Warapornmongkholkul, A. & Howteerakul, H. (2018). *Self-efficacy, social support, and quality of life among primary family-member caregivers of patients with cancer in Thailand*. *Journal of Health Research*, 32(2), 111-122. <https://doi.org/10.1108/JHR-01-2018-012>

World Health Organization. (2020). *WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all? WHO*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/who-report-on-cancer-setting-priorities-investing-wisely-and-providing-care-for-all>

World Health Organization. (2021). *Cancer. WHO*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

World Health Organization. (2021). *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. International Agency for Research on Cancer. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf>

World Health Organization. (March, 2021c). *Global Cancer Observatory: Latin America and the Caribbean*. International Agency for Research on Cancer. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/904-latin-america-and-the-caribbean-fact-sheets.pdf>

World Health Organization. (2021). *Global Cancer Observatory: Peru*. International Agency for Research on Cancer. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/604-peru-fact-sheets.pdf>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de operacionalización de la variable Calidad de vida

Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Opciones de respuesta y nivel de medición de ítems y dimensiones
Para la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1997), la calidad de vida se define como la autopercepción de la posición en la vida de acuerdo con los estándares de la cultura y los sistemas de valores en los que se viven, tomando en cuenta sus metas, expectativas, los cuales afectan a la salud física, psicológica, las relaciones sociales,	La variable calidad de vida será medida a través del Cuestionario de calidad de vida SF36 (1995); compuesto por 36 ítems, dividida en 8 dimensiones	Función física Rol físico Dolor corporal Salud general Vitalidad Función social Rol emocional Salud mental	Los autores no especifican indicadores	3a. 3b. 3c. 3d. 3e. 3f. 3g. 3h. 3i. 3j 4a.4b. 4c. 4d 7, 8 1, 2. 11a. 11b. 11c. 11d. 9a. 9e. 9g. 9i. 6, 10 5a. 5b. 5c	Escala de medición de los ítems es ordinal. El cuestionario, compuesto por 36 ítems, se puntúa bajo una escala tipo escalas tipo Likert de rango variable desde 2 hasta 6, según la dimensión que este midiendo, y el puntaje obtenido será transformado a una escala de 0 a 100. La interpretación de los puntajes se agrupa en 4 rangos

creencias de la persona y su relación con el medio que la rodea (p.1)				9b. 9c. 9d. 9f. 9h.	donde, 0-25: Mala calidad de vida, 25-50: Regular calidad de vida, 50-75= Buena calidad de vida, 75-100= Muy buena calidad de vida.
---	--	--	--	----------------------------	---

Anexo 2: Matriz de operacionalización de la variable Síndrome Burnout

Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Opciones de respuesta y nivel de medición de ítems y dimensiones
<p>Se define como una experiencia a nivel individual que involucra un conjunto de emociones, pensamientos y cómo la persona se relaciona con el entorno ante estrés por el trabajo, el cual se diferencia del estrés general ya que solo involucra consecuencias negativas (Martínez, 2010). Según Maslach y Jackson (1996, en Sánchez, 2017), este síndrome se caracteriza por la presencia del agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del logro individual.</p>	<p>La variable Síndrome de Burnout será medida a través del The Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey (mbi-hss), Maslach y Jackson (1981-1986) (2019); compuesto por 19 ítems, dividida en 3 dimensiones</p>	<p>Agotamiento emocional Despersonalización Realización personal</p>	<p>Los autores no especifican indicadores</p>	<p>1, 2,5,7,12,13,18 4,9,10,14,19 3,6,8,11,15,16,17</p>	<p>Escala de medición de los ítems es ordinal. El cuestionario, compuesto por 19 ítems, se puntúa bajo una escala tipo Likert de 1 a 6, que se refieren a la frecuencia</p>

Anexo 3:

Consentimiento informado

Estimado (a) colaborador:

Recibe un cordial saludo.

Somos bachilleres de la carrera de Psicología de la Universidad privada del Norte, en esta oportunidad usted ha sido invitado a participar en la investigación que vienen realizando las egresadas: Andrea Mejía Quispe, Wendy Vera Santa Maria, para optar por nuestro título de licenciatura, por lo cual su contribución es de suma importancia.

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria y anónima, la información que nos brinde es totalmente confidencial. En caso de participar, el enlace cuenta con dos cuestionarios, les tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo. La información recolectada será empleada única y objetivamente para la investigación en cuestión, le pedimos ser lo más sincero posible en todo momento, para el desarrollo del cuestionario para ello debe tener en cuenta los siguientes requisitos.

1. Ser un cuidador y laborar en el área de salud
2. Residir en lima metropolitana
3. Estar en el rango de edad entre 25 y 60