

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA KONRAD LORENZ
CENTROS DE INVESTIGACIONES**

A continuación, encontrarán los criterios para la presentación de Trabajos de Grado asociados a la práctica (TGAP) o Trabajos Práctica Investigativa (TPI). El estilo de presentación debe cumplir con los lineamientos del *Manual de Estilo de Publicaciones de la American Psychological Association* 6ª Ed. (2010).

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL TRABAJO DE GRADO ASOCIADO A LA PRÁCTICA / PRACTICA INVESTIGATIVA	
TITULO DEL TRABAJO	Desgaste del cuidador informal: Población rural de Cundinamarca
DIRECTOR TRABAJO DE GRADO/ SUPERVISOR PRACTICA INVESTIGATIVA	Mónica Novoa Gómez
AUTOR (ES)	Christian Camilo Arevalo García. Nathaly Valencia Niño.
PALABRAS CLAVE	Sobrecarga al cuidador, cuidador informal, población rural – campesina.
AÑO / PERIODO	2021 - II

MODALIDAD	Trabajo de Grado.
------------------	-------------------

1. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

El presente estudio describe las características del burnout de cuidadores informales de personas con alteraciones en salud mental en población rural del departamento de Cundinamarca. Adoptó una metodología de tipo cualitativo, que siguió un diseño de investigación fenomenológico a partir de una entrevista semiestructurada basada en el inventario Zarit para la sobrecarga al cuidador. La población se caracterizó por tener labores de cuidado a personas con diversas alteraciones en salud mental o neurológicas, ser mayores de 18 años y ser residentes de forma permanente o encontrarse en los últimos meses en espacio rural, seleccionando a 10 participantes a conveniencia y mediante la metodología de bola de nieve. La interpretación de la información recolectada se hizo con base en las narrativas de los participantes, transcritas y subidas al software Nvivo.14, a la luz de los ejes de indagación factores sociodemográficos, psicosociales y de sobrecarga al cuidador, se decidió seguir un procedimiento deductivo, complementado con un proceso inductivo a partir de los datos empíricos recolectados. Los resultados muestran que se encontraron síntomas de sobrecarga al cuidador en la muestra, que se caracteriza por el agotamiento psicológico y físico, dificultades en el acceso a centros de atención médica y psicológica, una leve afectación en áreas sociales y ausencia de mecanismos de regulación emocional en eventos de crisis.

2. INTRODUCCIÓN

El síndrome de Burnout o sobrecarga del cuidador es un término referente a la valoración brindada por personas que realizan la labor

de cuidado bajo ciertas condiciones estresantes asociadas a dicha tarea y su implicación en los cuidados de las personas a su cargo (Lara, González y Blanco, 2008). Este concepto refiere tres dimensiones: el agotamiento emocional, que es la manifestación de respuestas emocionales indebidas que llegan a ser frecuentes, demostrando la debilitación de mecanismos adaptativos y recursos de afrontamiento internos (Bianchini, 1997); la despersonalización, que es el cambio de actitudes dirigidas a otros, en especial hacia quienes cuidan, llegando a la insensibilidad o al cinismo, y la reducción de los logros personales, en donde se destaca la disminución de realización frente al rol que se desempeña, cuya consecuencia son actitudes y sentimientos negativos hacia sí mismos, estado de ánimo bajo, irritabilidad, baja productividad, baja autoestima y pérdida de la motivación, entre otros (Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle y Dominguez, 2004).

Según García, Naranjo y Moreira (2019), la condición de sobrecarga se presenta tanto en cuidadores formales como informales. La categoría de cuidador informal se refiere a aquellos que prestan este servicio de manera parcial o permanentemente en sus domicilios y que no pertenecen a alguna institución prestadora de servicios de salud, ni social. Los autores refieren dos tipos de cuidadores informales, en primer lugar, a aquellos que satisfacen las necesidades físicas y psicológicas de las personas bajo sus cuidados; este rol frecuentado por miembros de la familia nuclear o cercanos en el grupo familiar, en segundo lugar, son aquellos familiares y allegados que brindan un apoyo parcial o económico al paciente. Así mismo, señalan que el rol de cuidador suele ser asumido generalmente por mujeres, debido a los roles atribuidos al sexo. Los cuidadores informales, como personal sin las competencias o entrenamientos necesarios, desarrollan una serie de afectaciones tales como estados depresivos y de ansiedad (Llado,

Atón, Villa, Rami y Moliniego, 2008); por otro lado, López (2016) señala que, para efectos reales, el cuidador informal hace parte de la familia, sin la posibilidad de manifestar explícitamente su deseo de tomar este rol. Además, Bayes, Arranz, Barbero y Barreto (1997) señalan que los primeros respondientes frente a problemáticas psicológicas suelen ser familiares en el 80% de los casos y en menor medida personal médico y de salud pública.

Se encontró que el conocimiento con respecto a salud mental en población campesina en Latinoamérica resulta escaso a la fecha, debido a la desatención institucional (Landini, 2015) y la coincidencia de varias barreras de acceso a los servicios de salud (Bernal y Gómez, 2020). Como se cita en Yepes et al (2018) Vargas y Pinto señalan que el estado de bienestar del cuidador puede verse afectado por los constantes sentimientos de temor frente a la labor que realizan.

Esto da lugar a preguntas relativas a las condiciones donde las personas con problemas de salud junto a sus cuidadores se encuentran y sobre las formas que permiten mejorar el bienestar y el bienvivir de la población campesina del país, por lo que resulta pertinente conocer las características del cuidado y el desgaste que experimentan los cuidadores informales en contextos rurales, en donde se puede notar que los factores que determinan el bienestar y el bienvivir de la población en Colombia, que muestra qué elementos relativos a la accesibilidad a servicios públicos, bienes, contexto armado, violencia y condiciones territoriales, son elementos que determinan la salud mental de un individuo y un grupo poblacional (Ribero y Novoa, 2019). Este estudio amplía el conocimiento de la población rural en Colombia y permitir ser un primer elemento de comparación sobre el desgaste del cuidador informal y profesional con contextos urbanos, caracterizando el desgaste al cuidador informal en una zona rural de Cundinamarca, Colombia,

permitiendo eventualmente responder la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué caracteriza el desgaste al cuidador informal de personas con trastornos psicológicos en población rural de Cundinamarca?

3. METODOLOGÍA

Población:

Personas mayores de 18 años que, al momento de la recolección de datos, realizaba labores de cuidador informal de personas con alteraciones psicológicas, trastornos mentales o neurológicos reconocidos por el Programa de Intervenciones Colectivas (PIC) del Municipio de Machetá, que residan de forma permanente en los últimos seis meses en contexto rural en Cundinamarca. La estrategia de muestreo fue por sujeto, seleccionada por conveniencia, siguiendo la metodología de bola de nieve. Se entrevistaron 10 cuidadores, el 90 % de la muestra fue de sexo femenino, hubo una edad promedio de 56,9 años. Se trata de un estudio descriptivo de tipo exploratorio, que siguió una metodología cualitativa de tipo fenomenológico (Salgado, 2007), con el fin de explorar aspectos relacionados con las acciones de cuidado en cuidadores informales, de modo que se puedan conocer diversas características y elementos subjetivos de la sobrecarga al cuidador.

Instrumento:

Se realizó una entrevista semiestructurada basada en las categorías de análisis de sobrecarga al cuidador definido por Zarit, Reever y Bach (1980); la guía de entrevista se validó a través de un ejercicio de tamizaje con población objetivo que permitió ajustar terminológica y semánticamente las categorías de indagación a las características culturales y lingüísticas de la población campesina. La

entrevista buscó, además, recolectar información con respecto a las características sociales, demográficas y psicológicas, reconociendo datos del contexto de vida rural, estilos de vida tanto del cuidador informal como de la persona que requiere atención y las dificultades presentadas frente a la problemática a lo largo del tiempo.

Procedimiento:

En cuanto al procedimiento, la investigación siguió en seis momentos: 1: Revisión del estado del arte, planteamientos iniciales y elaboración de consentimiento informado. 2: Tamizaje de prueba Zarit con población rural del municipio de Machetá, 1 participante. 3: Formulación entrevista semiestructurada a partir del inventario Zarit, validación y corroboración terminológica y semántica con población del municipio. 4: Acercamiento a población objetivo por medio de bases de datos brindadas por la alcaldía y referencias por parte de la comunidad. 5: Presentación consentimiento informado, proceso de entrevista con los participantes seleccionados y grabación digital de la entrevista por medio de la aplicación Voice Recorder de Samsung. 6: Transcripción de las entrevistas en la aplicación Word de Microsoft. 7: Codificación y análisis según categoría de indagación en el programa Nvivo 14 por QSR International.

En el proyecto participan personas mayores de 18 años, por lo tanto, de acuerdo con la resolución 8430 de 1993 del ministerio de salud, se establecen los aspectos éticos, donde mediante el documento de consentimiento informado se darán a conocer a los participantes el propósito del estudio, la descripción del procedimiento, se clarificó la retribución y beneficios por la participación, los riesgos e incomodidades que el participar logre conllevar, el voto de confidencialidad que se usó y finalmente se señaló un aspecto de autonomía donde el entrevistado reconoce que su participación es voluntaria. Este documento se presentará con el fin de cumplir efectivamente con

los puntos I y J del artículo 36 de la ley 1090 de 2006 en Colombia. La participación en el estudio representa un riesgo mínimo en cuanto a la aplicación del instrumento, las actividades están estructuradas de tal manera en la cual no se generen efectos adversos, además en concordancia con el artículo 22 del código deontológico y bioético en psicología del Colombia en ningún momento se limita la capacidad voluntaria de desistir del proyecto, además se mantiene el acuerdo de confidencialidad dirigido por el artículo 25 de la ley 1090, donde los datos obtenidos serán los únicos contenidos a divulgar, no se presentaran datos los cuales permitan la identificación de los participantes y solo serán utilizados con fines de comunicación o divulgación científica.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados se presentan en función de los objetivos relacionados a encontrar las características sociodemográficas y con respecto a la sobrecarga en el cuidador.

Respecto a las características sociales, demográficas y psicológicas se encontró que 3 de los 10 participantes no conocen el diagnóstico de la persona al cuidado, aquellos cuidadores que poseen el diagnóstico de la persona al cuidado señalan no reconocer las características particulares de la condición, además señalan dificultades al poder acercarse a los médicos para obtener información sobre el fenómeno que padecen las personas en cuidado, esto se refleja en referencias como: “Nada, que antes los médicos le preguntan qué ¿pa’ qué la lleva? Le preguntan que cuál es el procedimiento y pues él no sabe, ellos son los que le deberían decir” (Caso 7); “El psiquiatra la última vez que hicimos que la llevaran los interrogó y ellos no saben es nada” (Caso 5). Por otro lado, los grupos de hogar se caracterizan por familias de extensión, es decir, conviven personas de más de dos generaciones en un mismo hogar. Las actividades

económicas de los participantes refieren a labores como la ganadería, agricultura o del hogar, a excepción de un caso donde la fuente de ingresos familiar deviene de una tienda de conveniencia. Se encontró solo un caso donde el cuidador no hacía parte del núcleo familiar.

Por medio de la entrevista se logró recolectar información en cuanto a la presencia o ausencia de las siguientes categorías: acceso a servicios de atención psicológica, la presencia de agotamiento, la afección en percepción de bienestar y la afección en la vida social que han tenido, en la figura 3, se grafican las respuestas de los participantes.

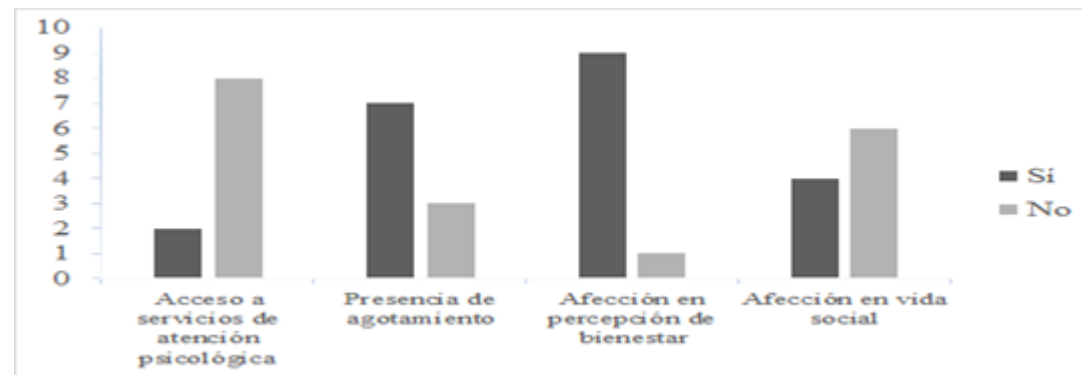


Figura 1

Diagrama de barras caracterización sobrecarga al cuidador.

La figura 3 señala, con base en, los componentes sintomáticos de la sobrecarga al cuidador que: 8 de los 10 participantes no han buscado atención psicológica de ninguna índole, 2 de los participantes ha tenido un acercamiento a servicios de atención psicológica, en ambos casos remitidos por la alcaldía de Machetá; 7 de los participantes refieren síntomas de agotamiento por sus labores de cuidado, con

respecto a esta categoría los participantes que relacionaron no percibir síntomas de agotamiento coinciden en categorizar sus tareas de cuidado como una obligación con sus familiares; 9 de los 10 entrevistados identificó afecciones en su percepción de bienestar; en cuanto a la afección en vida social se encontró que 6 de los participantes no relacionan afecciones debido a las dinámicas sociales en contexto rural, hogares distantes y capacidad de transporte, la problemática se caracteriza por presentarse cuando el cuidador debe trasladar a la persona en cuidado a ciudades o al pueblo de Machetá. Esto se ve reflejado en referencias como “Yo me daba vergüenza era llevarla al pueblo” Caso 1.

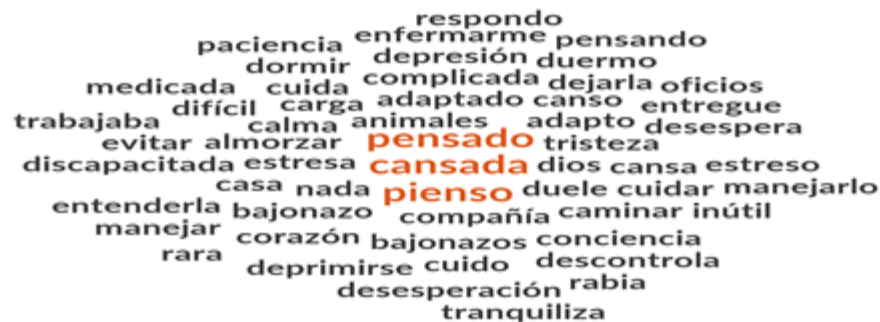


Figura 2

Nube de palabras categoría agotamiento y respuesta a eventos de crisis.

El agotamiento en los cuidadores de la muestra se caracteriza por términos como “tristeza, cansancio, rabia, depresión, dolor y desesperación” (en la figura 2) términos considerados en las categorías de análisis para la sobrecarga al cuidador “Yo ahí ahorita sí me siento como mal, a veces duermo, a veces no puedo dormir pensando en una cosa y otra” Caso 2., los participantes señalaron no

reconocer mecanismos efectivos de regulación emocional, los mecanismos utilizados comúnmente por los participantes refieren a conductas de evitación, esto se evidencia en términos como “nada, pensar, dios, tranquilizar, evitar y oficios” haciendo referencia a rezar o pensar en otras actividades así como ocuparse en oficios de hogar para no afrontar el evento “Yo me salgo por allá para algún lado y se sienta uno como a respirar aire puro y ya uno se va calmando” Caso 3.

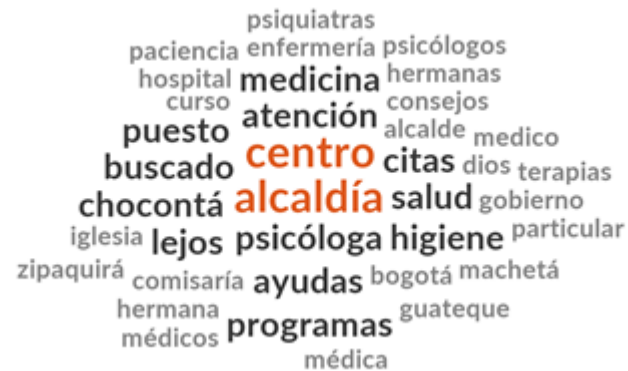


Figura 3

Nube de palabras categoría acceso a servicios de atención psicológica

Se encontró en los entrevistados que los primeros respondientes ante fenómenos de cuidado son el centro de higiene, la alcaldía, personal de psicología y el grupo eclesiástico del pueblo (ver figura 3). Además, los participantes señalaron dificultades en cuanto al seguimiento médico debido a la ubicación de los centros de atención, el centro de higiene suele remitir a clínicas en municipios aledaños a los que deben llegar pagando transporte público como son Chocontá, Guateque, Bogotá y Zipaquirá “La iglesia que es lo primero y en

la alcaldía” Caso 4.

Durante el proceso de entrevistas, se evidenció, en primera medida que la labor de cuidado informal en la mayoría de los casos lo asumen las mujeres, cuestión que puede ser contrastada con lo encontrado por Rubio, Marquez, Campos y Alcagaya (2017) en su investigación, donde de 8 cuidadores 7 eran mujeres, encontraron también que en su mayoría son familiares, como hijas, hermanas, madres y esposas, de igual manera Achury, Restrepo, Torres, Buitrago, Neira y Devia (2017) encontraron que de 41 cuidadores la mayoría eran mujeres, así mismo se encontraban entre las edades de 41 y 60 años, concordando con los datos recolectados, donde los cuidadores se encuentran en las edades de 35 y 72 años.

En cuanto a la descripción del síndrome de Burnout en cuidadores informales de zona rural del municipio de Machetá, se cumplió dicho objetivo evidenciado en las entrevistas, que dio paso a una caracterización en la que se encuentran síntomas como el agotamiento físico y emocional, el cansancio, sentimientos negativos frente al cuidado o el deseo de poder brindar un mejor cuidado a la persona dependiente, así como el sentimiento de miedo, en algunos casos, frente al futuro que le espera a la persona cuidada. Estos resultados concuerdan con lo descrito por Izaguirre, Adum y Germán (2021) siendo el agotamiento emocional el síntoma más presente en los cuidadores de población rural, además resaltan que un aspecto que influye en el nivel de desgaste del cuidador puede llegar a ser el diagnóstico que tenga la persona cuidada, que, para el caso de la población de Machetá, se encontró que al menos 3 de los cuidadores desconocen el diagnóstico del paciente dependiente. Finalmente y teniendo en cuenta lo anterior, se evidenció que el nivel de Burnout en población rural según las categorías propuestas por Maslach y Zarit, resultados que se contrastan con lo descrito por Anaut y Lopes

(2020) quienes señalan en su investigación que en población rural y semirural no se percibe malestar psicológico, a pesar de la existencia de ciertos síntomas como la percepción de la falta de apoyo, la dificultad percibida para el cuidado, el deseo de poder hacer más por la persona dependiente y sentimientos de angustia; por otro lado, en el estudio se evidenció que los cuidadores se sentían solos y con afectación en sus redes de apoyo y relaciones sociales, cuestión que difiere de lo encontrado en esta investigación, puesto que la percepción que los cuidadores entrevistados tienen de sus relaciones sociales es la misma que antes de asumir la labor de cuidado, comentando que no sienten que el hecho de desempeñar esta tarea afecte su vida social.

En cuanto a limitaciones que tuvo este estudio, se encuentra la representatividad de la población estudiada respecto de la variabilidad de la población rural en el país, que se hace imperativo para ampliar el estado del conocimiento sobre este amplio segmento poblacional y especialmente para el ajuste de los criterios de la psicología en contextos rurales.

Así mismo, la ausencia de escalas diseñadas y validadas para población rural que permitiera diseños mixtos que combinen un análisis de prevalencias e incidencias de este fenómeno en la población estudiada, y ampliar así mismo los referentes teóricos y empíricos. En este mismo sentido, implementar una metodología mixta permitirá un análisis de contenidos o narrativas que describan las experiencias personales, con un análisis cuantitativo, donde se pudieran integrar con datos sociodemográficos, poblacionales y el tiempo que llevaban los cuidadores llevando a cabo su labor, permite construir teoría de forma fundamentada.

Para futuras investigaciones se recomienda en primera medida la formulación de un instrumento para evaluar el nivel de desgaste del cuidador en contexto rural, que cuide el lenguaje, de tal manera que los participantes puedan comprender los ítems. También evaluar

la funcionalidad de talleres sobre burnout en contexto rural, y por último realizar una exploración de los mecanismos de regulación emocional que tienen los cuidadores frente a eventos de crisis y emociones fuertes, con el fin de poder caracterizar y evaluar los métodos que resultan ser más efectivos en esta población.

5. REFERENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS CONSULTADOS.

- Achury D., Restrepo A., Torres N., Buitrago A., Neira N. y Devia P. (2017). *Competencia de los cuidadores familiares para cuidar a los pacientes con falla cardiaca*. <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359552589002.pdf>
- Albaladejo R., Villanueva R., Ortega P., Astasio P., Calle M., y Domínguez V. (2004). *Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid*. Revista Española de salud pública.
- Anaut S. y López C. (2020). *El impacto del entorno residencial en la adaptación psicosocial y calidad de vida de personas cuidadoras de familiares con demencia*. OBETS Revista de ciencias sociales.
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/107635/1/OBETS_15_1_02.pdf
- Barreto R., Campos M., Carrillo G., Coral R., Chaparro L., Durán M., Rosales R. y Ortiz. V. (2015). *Entrevista Percepción de Carga*

del Cuidado de Zarit: pruebas psicométricas para Colombia. Aquichan. <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.3.5>

Bayés R., Arranz P, Barbero J. y Barreto P. (1997). *Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa.*

Medicina paliativa.

Bedoya E. (2016). *Síndrome de Burnout en la población trabajadora de un prestador de servicios de salud rural.* ORP journal.

Barcelona, España.

Bernal L. y Gómez O. (2020). *Competencia para el cuidado y acceso a la salud rural.* Ciencia y cuidado scientific jurnal of nursing.

Cúcuta, Colombia.

Berzosa. G. (2018). *El bienestar que genera la salud aumenta con la inclusión social.* Reflexiones sobre la necesaria coordinación sociosanitaria. Actas de coordinación sociosanitarias. 28. PP 123- 140.

Bianchini M. (1997). *El Síndrome del Burnout en personal profesional de la salud.* Medicina Legal de Costa Rica.

http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00151997000200017&lng=en&tlng=es.

Bobadilla E. (2018). *Familias campesinas y rurales en el contexto de la nueva ruralidad.* Estudio de caso en la vereda Merey del Municipio de San Martín, Meta.

<https://repositorio.unillanos.edu.co/bitstream/handle/001/1365/Familias%20Campesinas%20y?sequence=2>

Breinbauer H., Vásquez H., Mayanz S., Guerra C. y Millán T. (2009). *Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.* Revista médica de Chile, 137. PP 657 a 665.

- Congreso de la república (1993). *Ley 100. Capítulo I, Artículo 156. 23 de diciembre de 1993*. Congreso de la república.
- Congreso de la república (2006). *Ley 1090 de 2006*. Diario oficial – edición 46.383.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2010). *Población con registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad*. Departamento administrativo nacional de estadística. Cundinamarca.
<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/discapacidad>
- De Valle M., Hernández I., Zúñiga M. y Martínez P. (2015). *Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor*. Enfermería Universitaria. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.05.004>
- Fujiwara K., Tsukishima E., Tsutsumi A., Kawakami N., y Kishi R. (2003). *Interpersonal and Conflict, Social Support, and Burnout among a Home Care Workers in Japan*. Journal of occupational Health. doi: 10.1539/joh.45.313
- García M., Naranjo M. y Moreira J. (2019). *Síndrome de sobrecarga del cuidador informal de adultos mayores, caso comunidad playa Prieta- Manabí*. Marge: Revista de trabajo social y ciencias sociales. <https://www.margen.org/suscri/margen95/garcia-95.pdf>
- Gerhard F. (2000). *The relationship between optimism and burnout in nursing assistants*. University of Hartford, Hartford, Connecticut.
- Gobernación de Cundinamarca. (2019). *Ordenanza 094 - 2019, por la cual se adopta la Política Pública de Salud Mental Para el Departamento de Cundinamarca 2019 – 2029*. Gobernación de Cundinamarca.
- Gutiérrez O., Lobo N. y Martínez J. (2016). *Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de la Orinoquia colombiana*. Universidad y Salud. <https://doi.org/10.22267/rus.182001.107>

- Hederich C., Caballero C. (2016). *Validación del cuestionario Maslach burnout inventory-Student survey (MBI-SS) en contexto académico colombiano*. Revista CES psicología.
- Izaguirre M., Adum M. y Germán. B. (2021). *Agotamiento psicológico en cuidadores de personas con discapacidad*. Medisan. <http://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/3800>
- Landini F. (2015). *Concepción de “extensión rural” de los extensionistas rurales argentinos que trabajan en el sistema público nacional con pequeños productores*. Cuadernos de Desarrollo Rural. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.cdr12-75.cere>
- Lara P., González A. y Blanco I. (2008). *Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención*. Revista de especialidades médico-quirúrgicas. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47326420003>
- Lladó A., Atón S., Villar A., Rami L y Molinuevo J. (2008). *Impacto psicológico del diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer*. Neurología, 23, PP 294 -298.
- López E., Cano C. y Salazar V. (2020). *Caracterización del síndrome de burnout del personal de salud que labora en telemedicina, durante la pandemia COVID 19, en el convenio UT San Vicente CES*. Universidad cooperativa de Colombia. Medellín.
- López E. (2016) *Puesta al día: cuidador informal*. Revista enfermería C y L.
- Martínez S. (2020). *Experiencia del cuidador entrenado en diálisis peritoneal durante la hospitalización del enfermo renal crónico*. Enfermería nefrológica. <https://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v23n4/2255-3517-enefro-23-04-345.pdf>
- Maslach C. y Jackson S. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Consulting Psychologists Press. Palo Alto, California.

- Ministerio de salud y protección social. (2015). *Informe nacional de calidad de la atención en salud 2015*. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de salud (1993) *Resolución número 8430 de 1993*. Bogotá.
- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/informe-nal-calidad-atencion-salud-2015.pdf>
- Molina V. (2020). *Una aproximación al método Feldenkrais*. Fisioterapia en salud mental.
- Pethtel O. y Chen Y. (2010) *Cross-cultural aging in cognitive and affective components of subjective well-being*. Psychology and aging. 25.
- Pineda B. (2012) *Desarrollo humano y desigualdades en salud en la población rural en Colombia*. Univ odontol.
- <http://www.javeriana.edu.co/universitasodontologica>
- Restrepo N., Colorado G. y Cabrera. G. (2006). *Emotional burn-out in official teachers*. Revista de Salud Pública. Medellín, Colombia
- <https://doi.org/10.1590/s0124-00642006000100006>
- Ribero S. y Novoa M. (2019). *Revisión sistemática cualitativa de procesos emocionales e interacción social: un análisis del comportamiento en el contexto de violencia política*. International Journal of Psychological Research.
- doi:10.21500/20112084.4053
- Rodríguez D. y Benavides. J. (2016). *Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud*. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n3a10>
- Rubio M., Márquez. F., Campos. S. y Alcayaga. C. (2017). *Adaptando mi vida: vivencias de cuidadores familiares de personas con*

Alzheimer. Gerokomos. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v29n2/1134-928X-geroko-29-02-00054.pdf>

Salcedo J., Triana J. y Lozano D. (2019). *La fragmentación de la educación rural, la familia campesina y la universidad disciplinar. reflexiones a partir del programa de investigación pluriuniversitario y transdisciplinar*. Revista de la Universidad de la Salle.

Salgado A. (2007). *Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos*. Liberabit.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272007000100009&lng=es&tlng=es.

Simkin H. (2017). *La salud mental en la psicología de la religión y de la espiritualidad*. Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara. 2. PP 169 - 204.

Vélez J., Berbesó D., Cardona D., Segura A y Ordoñez J. (2012) *Validación de escalas abreviadas de Zarit para la medición de síndrome del cuidador primario del adulto mayor en Medellín*. Atención primaria. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.09.007>

Yepes C., Arango A., Salazar A., Arango E., Jaramillo A. y Mora J. (2018). *El oficio de cuidar a otro: “cuando mi cuerpo está aquí pero mi mente en otro lado”*. Revista Ciencias de la Salud. 16 (2). PP 294-310.

<http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6771>

Zarit S., Reeve. K. y Bach. J. (1980) *Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden*. The Gerontologist. 20. PP 649 – 655.

6. APENDICES

Artículo:

Desgaste del cuidador informal: Burnout en población rural de Cundinamarca

Christian Arevalo-García y Nathaly Valencia-Niño

Mónica Novoa-Gómez PhD (dir)

Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá, Colombia

Nota de los autores

Christian Arevalo-García, Nathaly Valencia-Niño y Mónica Novoa-Gomez, Facultad de Psicología, Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá, Colombia.

Este estudio se desarrolló como parte del plan de estudio de pregrado en Psicología, de la Fundación universitaria Konrad Lorenz, de los dos primeros autores, bajo la dirección de la tercera autora.

Agradecimientos: a nuestra directora de trabajo, a nuestros padres y familiares quienes estuvieron durante todo este proceso, a la Hermana María Nelly Hernandez, religiosa de la comunidad hermanas de la Presentación, quien nos abrió la puerta y nos apoyó en el proceso de entrevistas.

Correspondencia en relación con este artículo debe dirigirse a Christian Arévalo García, Nathaly Valencia Niño y Mónica Novoa Gómez, Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Cra. 9ª Bis 62-43, Bogotá, Colombia. Dirección electrónica

christianc.arevalog@konradlorenz.edu.co y nathaly.valencian@konradlorenz.co

Resumen

El presente estudio describe las características del burnout de cuidadores informales de personas con alteraciones en salud mental en población rural del departamento de Cundinamarca. Adoptó una metodología de tipo cualitativo, que siguió un diseño de investigación fenomenológico a partir de una entrevista semiestructurada basada en el inventario Zarit para la sobrecarga al cuidador. La población se caracterizó por tener labores de cuidado a personas con diversas alteraciones en salud mental, ser mayores de 18 años y ser residentes de forma permanente o encontrarse en los últimos meses en espacio rural, seleccionando a 10 participantes a conveniencia y mediante la metodología de bola de nieve. La interpretación de la información recolectada se hizo con base en las narrativas de los participantes, transcritas y subidas al software Nvivo.14, a la luz de los ejes de indagación factores sociodemográficos, psicosociales y de sobrecarga al cuidador, se decidió seguir un procedimiento deductivo, complementado con un proceso inductivo a partir de los datos empíricos recolectados. Los resultados muestran que se encontraron síntomas de sobrecarga al cuidador en la muestra, que se caracteriza por el agotamiento psicológico y físico, dificultades en el acceso a centros de atención médica y psicológica, una leve afectación en áreas sociales y ausencia de mecanismos de regulación emocional en eventos de crisis.

Palabras clave: Sobrecarga al cuidador, cuidador informal, población rural – campesina.

Abstract

The following study describes the characteristics of burnout in informal caregivers of people with mental health disorders in a rural

population in the department of Cundinamarca. It adopted a qualitative methodology, which followed a phenomenological research design using a semi-structured interview based on the Zarit inventory for burnout. The population was characterised by having caregiving duties for people with various mental health disorders, being over 18 years old and being permanent residents or having lived in rural areas for the last few months. Selecting 10 participants by convenience and through the snowball methodology. The interpretation of the information collected was based on the participants' narratives, transcribed and uploaded to the Nvivo 14 software. In light of the axes of inquiry sociodemographic, psychosocial and burnout, it was decided to follow a deductive procedure that was followed and complemented by an inductive process based on the empirical data collected. The results show that symptoms of caregiver overload were found in the sample, characterised by psychological and physical exhaustion, difficulties in accessing medical and psychological care centres, a slight affectation in social areas and an absence of emotional regulation mechanisms in crisis events.

key words: Burnout, informal caregiver, farmer, rural population.

Introducción

El síndrome de Burnout o sobrecarga del cuidador es un término que refiere la valoración brindada por personas que realizan la labor de cuidado bajo ciertas condiciones estresantes asociadas a su rol como cuidador y su implicación en los cuidados de las personas a su cargo (Lara, González y Blanco. 2008). Este concepto refiere tres dimensiones: el agotamiento emocional, que es la manifestación de respuestas emocionales indebidas que en ocasiones llegan a ser frecuentes, demostrando la debilitación de mecanismos adaptativos y

recursos de afrontamiento internos (Bianchini, 1997); la despersonalización, que hace referencia al cambio de actitudes dirigidas a otros, en especial hacia quienes cuidan llegando a la insensibilidad o al cinismo, y finalmente la reducción de los logros personales, en donde se destaca la disminución de realización frente al rol que se desempeña, trayendo como consecuencia, actitudes y sentimientos negativos hacia sí mismos, estado de ánimo bajo, irritabilidad, disminución de la productividad, baja autoestima y pérdida de la motivación, entre otros (Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle y Dominguez, 2004).

En cuanto a la medición del síndrome de Burnout, se encuentran dos escalas relacionadas de forma frecuente en las investigaciones, por un lado, la escala de Maslach (Maslach y Jackson, 1981) que evalúa componentes de fatiga emocional, despersonalización y autorrealización, esta ha sido usada y validada en Colombia con antelación (Bedoya, 2016; Hederich y Caballero, 2016). Por otro lado, la escala de carga del cuidador Zarit (Zarit, Reeve y Bach, 1980; Breinbauer, Vásquez, Mayanz, Guerra y Millán, 2009) que cuantifica niveles de calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo y competencias para afrontar problemas conductuales del paciente, esta prueba se caracteriza por permitir hallar el nivel de sobrecarga en cualquier tipo de cuidador, se ha validado en Colombia por Vélez, Berbesí, Cardona, Segura y Ordoñez (2012) y Barreto, Campos, Carrillo, Coral, Chaparro, Durán, Rosales y Ortiz (2015).

La prevalencia del síndrome en Colombia ha sido reportada por Gutiérrez, Loba y Martínez (2016) con un 16% en una población de cien enfermeros de la región de la Orinoquia. Cifras anteriores en Medellín y Bogotá reportan prevalencias entre el 15.6% y el 29% (Restrepo, Colorado y Cabrera. 2006). Estudios señalan altos porcentajes de prevalencia del Burnout como en López, Cano y

Salazar (2020) donde en personal médico esta cifra se extiende desde 2.4% al 72% y este porcentaje varía según el país o territorio nacional. Estos porcentajes demuestran un amplio rango en cuanto a la prevalencia del síndrome en el cuidador formal. En otros contextos, Valle, Hernández, Zúñiga y Martínez (2015) en una muestra de 52 personas de la ciudad de Tamaulipas, México señala que el 58% de los cuidadores informales del adulto mayor padecen de sobrecarga.

Según lo describen García, Naranjo y Moreira (2019), la condición de sobrecarga se presenta tanto en cuidadores formales como informales. La categoría de cuidador informal se refiere a aquellos que prestan este servicio de manera parcial o permanentemente en sus domicilios y que no pertenecen a alguna institución prestadora de servicios de salud, ni social. Los autores refieren dos tipos de cuidadores informales, en primer lugar, a aquellos que satisfacen las necesidades físicas y psicológicas de las personas bajo sus cuidados; este rol frecuentado por miembros de la familia nuclear o cercanos en el grupo familiar, en segundo lugar, son aquellos familiares y allegados que brindan un apoyo parcial o económico al paciente. Así mismo, señalan que el rol de cuidador suele ser asumido generalmente por mujeres, debido a los roles atribuidos al sexo. Gerhard (2000) encontró que hay diferencias en cuanto al desgaste al cuidador en personal entrenado y no entrenado, los cuidadores no entrenados padecen mayor riesgo de presentar síntomas del fenómeno en comparación con personal entrenado; en esta línea Fujiwara, Tsukishima, Tsutsumi, Kawakami y Kishi (2003) confirmaron en una muestra de cuidadores que el nivel de la sobrecarga en personal no entrenado y en espacios domiciliarios es especialmente alto en comparación con personal que trabaja en centros de salud y tiene un entrenamiento previo en cuidado de pacientes. Los cuidadores informales, como personal sin las competencias o entrenamientos necesarios, desarrollan una serie de

afectaciones tales como estados depresivos y de ansiedad (Llado, Atón, Villa, Rami y Moliniego, 2008); por otro lado, López (2016) señala que, para efectos reales, el cuidador informal hace parte de la familia, sin la posibilidad de manifestar explícitamente su deseo de tomar este rol. Además, Bayes, Arranz, Barbero y Barreto (1997) señalan que los primeros respondientes frente a problemáticas psicológicas suelen ser familiares en el 80% de los casos y en menor medida personal médico y de salud pública.

Adicional a esto, la ruralidad en Colombia ha venido presentando diversos cambios durante los últimos años, donde se generaron nuevas relaciones sociales, económicas, políticas y culturales, lo que ha generado una valoración de ciertas actividades rurales, debido a su papel en el abastecimiento de las ciudades, como lo es la agricultura, de aquí, se denota que las familias campesinas tienen su sustento de esta actividad (Bobadilla. 2018), la familia rural ha sido poco entendida, en cuanto a su configuración se encuentran familias reconstruidas, nucleares, unipersonales, o monoparentales (Salcedo, Triana y Lozano. 2019).

Por otro lado, se encontró una serie de componentes relacionados donde el sistema de salud vigente en Colombia con respecto a los regímenes de afiliación a servicios de salud, divididos en contributivo y subsidiado, dificulta el acceso equitativo de población rural-campesina a servicios de salud (Rodríguez y Benavides, 2016). Pineda (2012) relaciona que esta división fomenta que personas no afiliadas a regímenes contributivos no logren acceder oportunamente a servicios médicos generales o complementarios, también señala casos donde poblaciones minoritarias o de bajos recursos para acceder a servicios médicos públicos deben recorrer trayectos de larga duración, donde, debido a infraestructura de los servicios médicos en Colombia, no se asegura un adecuado servicio de salud. Estas limitaciones de acceso a servicios de salud repercuten en problemáticas tales como el impacto de la salud mental en Colombia. La

Encuesta Nacional de salud mental de 2015 (Ministerio de Salud y Protección social, 2015) encontró que la prevalencia de cualquier trastorno mental en población infantil rural es de 2.6%, en adolescentes es del 5.0%, para trastornos del afecto, la prevalencia en adolescentes de zona rural es de 1.5%, para cualquier trastorno de ansiedad, es de 4.1%; En población rural adulta, la prevalencia de cualquier trastorno mental es de 6.1%, para trastornos afectivos es de 4.0%, el trastorno depresivo tiene una prevalencia de 3.3%; la prevalencia de trastornos de ansiedad se encontró en su mayoría entre los 18 y 44 años, con un porcentaje 3.2%. Por otro lado, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE (2010) reportó que, en zona rural dispersa del departamento de Cundinamarca, hubo un total de 13.106 casos de personas con discapacidad de cualquier índole, 6.932 hombres y 6.174 mujeres; en el municipio de Machetá hubo un total de 116 personas con discapacidad, de los cuales 104 se encontraban en zona rural dispersa, 53 hombres y 51 mujeres. Estos reportes señalan la prevalencia de afectaciones de salud mental en Colombia, sin embargo, no se encontraron de manera pública datos actualizados en el departamento de Cundinamarca con respecto a estas problemáticas de bienestar. Como citó Berzosa (2018) según la Organización Mundial de la Salud, el bienestar se define como un estado completo de satisfacción física, mental y social, no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. El bienestar psicológico alude a una eficacia funcional a nivel social y personal donde se incorpora una necesidad constante de armonía de la persona con su ambiente, además Feldenkrais (citado por Molina, 2020) señala que este estado de salud es el que permite un desarrollo eficaz en ejes sociales, personales y el establecimiento junto a la capacidad de cumplir metas a lo largo del tiempo. También, Pethel y Chen (2010) recalcan que el estado de bienestar psicológico es un constructo que es el equivalente a la salud en términos médicos y por lo tanto es de interés primordial, lo

cual lo convierte en un concepto en constante desarrollo y profundización.

Esto representa un reto en cuanto a la posibilidad de cuantificar y caracterizar a la población a lo largo del país. Se encontró que el conocimiento con respecto a salud mental o neurológica en población campesina en Latinoamérica resulta escaso a la fecha, debido a la desatención institucional (Landini, 2015) y la coincidencia de varias barreras de acceso a los servicios de salud (Bernal y Gómez, 2020). Como se cita en Yepes *et al* (2018) Vargas y Pinto señalan que el estado de bienestar del cuidador puede verse afectado por los constantes sentimientos de temor frente a la labor que realizan.

Esto da lugar a preguntas relativas a las condiciones donde las personas con problemas de salud junto a sus cuidadores se encuentran y sobre las formas que permiten mejorar el bienestar y el bienvivir de la población campesina del país, por lo que resulta pertinente conocer las características del cuidado y el desgaste que experimentan los cuidadores informales en contextos rurales, en donde se puede notar que los factores que determinan el bienestar y el bienvivir de la población en Colombia, que muestra qué elementos relativos a accesibilidad a servicios públicos, bienes, contexto armado, violencia y condiciones territoriales, son elementos que determinan la salud mental de un individuo y un grupo poblacional (Ribero y Novoa, 2019).

Este estudio amplía el conocimiento de la población rural en Colombia y permitir ser un primer elemento de comparación sobre el desgaste del cuidador informal y profesional con contextos urbanos, caracterizando el desgaste al cuidador informal en una zona rural de Cundinamarca, Colombia, permitiendo eventualmente responder la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué caracteriza el desgaste al cuidador informal de personas con trastornos psicológicos en población rural de Cundinamarca?

Finalmente se indica que este proyecto también actúa en concordancia con lo planteado por la Gobernación de Cundinamarca en su ordenanza 094 sobre política pública para la salud mental (2019), específicamente en el establecimiento de lineamientos, orientaciones, estrategias y líneas de acción. Esto con el fin de garantizar el derecho a la salud mental, problemas y trastornos psicológicos y de discapacidad en el departamento, donde una de sus condiciones pretende visibilizar fenómenos que afecten la salud mental de la población para garantizar planes de acción y salud pública donde se mejore en el estado de bienestar en el departamento de Cundinamarca.

Método

Se trata de un estudio descriptivo de tipo exploratorio, que siguió una metodología cualitativa de tipo fenomenológico (Salgado. 2007), con el fin de explorar aspectos relacionados con las acciones de cuidado en cuidadores informales, de modo que se puedan conocer diversas características y elementos subjetivos de la sobrecarga al cuidador, en cuidadores informales de población rural en un municipio de Cundinamarca, Colombia.

Participantes

Personas mayores de 18 años que, al momento de la recolección de datos, realizaban labores de cuidador informal de personas con alteraciones psicológicas o neurológicas reconocidos por el Programa de Intervenciones Colectivas (PIC) del Municipio de Machetá, que residan de forma permanente en los últimos seis meses en contexto rural en Cundinamarca. La estrategia de muestreo fue por sujeto tipo, seleccionada por conveniencia, siguiendo la metodología de bola de nieve. Se entrevistaron 10 cuidadores, el 90 % de

la muestra fue de sexo femenino, hubo una edad promedio de 56,9 años con una desviación estándar de 13,01 puntos.

Caso	Edad	Sexo	Enfermedad o condición de a quien cuida	Vereda	Ocupación	Integrantes en grupo hogar
1	35	Femenino	Discapacidad intelectual leve	San Isidro Alto	Labores de campo	5
2	72	Masculino	Discapacidad intelectual profunda	Lotavita	Agricultor	4
3	49	Femenino	Microcefalia leve	Resguardo Alto	Tienda de conveniencia	3
4	55	Femenino	Discapacidad no especificada	Resguardo	Hogar	4
5	53	Femenino	Esquizofrenia	San Bernabé	Cuidador	2
6	56	Femenino	Esquizofrenia	San Bernabé	Ganadería	3
7	45	Femenino	Discapacidad no especificada	San Isidro Alto	Hogar	4
8	72	Femenino	Discapacidad no especificada	San Bernabé	Labores de campo	2
9	76	Femenino	Epilepsia	Machetá	Hogar	2
10	56	Femenino	Alzheimer	Lotavita	Labores de campo	3

Tabla 1

Descripción sociodemográfica de los participantes.

Instrumento

Se realizó una entrevista semiestructurada basada en las categorías de análisis de sobrecarga al cuidador definido por Zarit, Reever y Bach (1980); la guía de entrevista se validó a través de un ejercicio de tamizaje con población objetivo que permitió ajustar terminológica y semánticamente las categorías de indagación a las características culturales y lingüísticas de la población campesina. La entrevista buscó, además, en menor medida recolectar información con respecto a las características sociales, demográficas y psicológicas, reconociendo datos del contexto de vida rural, estilos de vida tanto del cuidador informal como de la persona que requiere atención y las dificultades presentadas frente a la problemática a lo largo del tiempo.

Código	Eje Temático	Eje De Indagación	Definición
Factores Sociodemográficos	Caracterización sociodemográfica	Perfil sociodemográfico.	Características relacionadas con la edad, sexo, género, nivel educativo, ocupación, situación social y económica entre otros.
		Contexto y Ubicación socio geográfica.	Relacionado al lugar donde reside, la cercanía a centros urbanos, tiempo en el que ha residido en la zona
		Caracterización del grupo familiar.	Responde a las características específicas de la familia
Factores psicosociales	Características psicosociales	Caracterización de la persona al cuidado	Relacionado a las características de discapacidad de la persona a cuidado
		Enfermedad en el grupo familiar	Relacionado a la enfermedad en el grupo familiar como posible factor genético
Burnout	Autopercepción del cuidado	Valor y rendimiento que se le atribuye su labor de cuidado.	como percibe y caracteriza el cuidador el cuidado que brinda
		Desgaste emocional y físico en el cuidador.	Refiere a las características de la relación entre ambos sujetos
	Respuesta a eventos de crisis propias y de la persona al cuidado	Relación cuidador - cuidado	Referente al estado en el que se encuentra el cuidador frente al tiempo y a los requerimientos de los cuidados
		Agotamiento	Referente al estado en el que se encuentra el cuidador frente al tiempo y a los requerimientos de los cuidados
		Identificación de crisis en la persona cuidada	Refiere a aquellas ocasiones donde la persona cuidada entra en crisis o pierde el control de sí.
	Factores que afectan el estado de bienestar del cuidador	Identificación de crisis en el cuidador	Eventos críticos de salud mental percibidos en el cuidador
		Respuesta a la crisis	Características relacionadas con la percepción y acción frente a respuestas de crisis en el familiar
		Afección en vida social	Alteraciones en las relaciones sociales del cuidador.
	Respuestas de autocuidado	Afección en percepción de bienestar	Características en la percepción del bienestar propio del cuidador
		Respuesta de ansiedad al futuro del cuidado	Nivel de preocupación frente al futuro de la persona que requiere el cuidado
		Acceso a servicios de atención psicológica	Refiere a la posibilidad de seguimiento por parte de entidades de salud para mejorar el cuidado

Tabla 2

Categorías de indagación relativas a la sobrecarga del cuidador

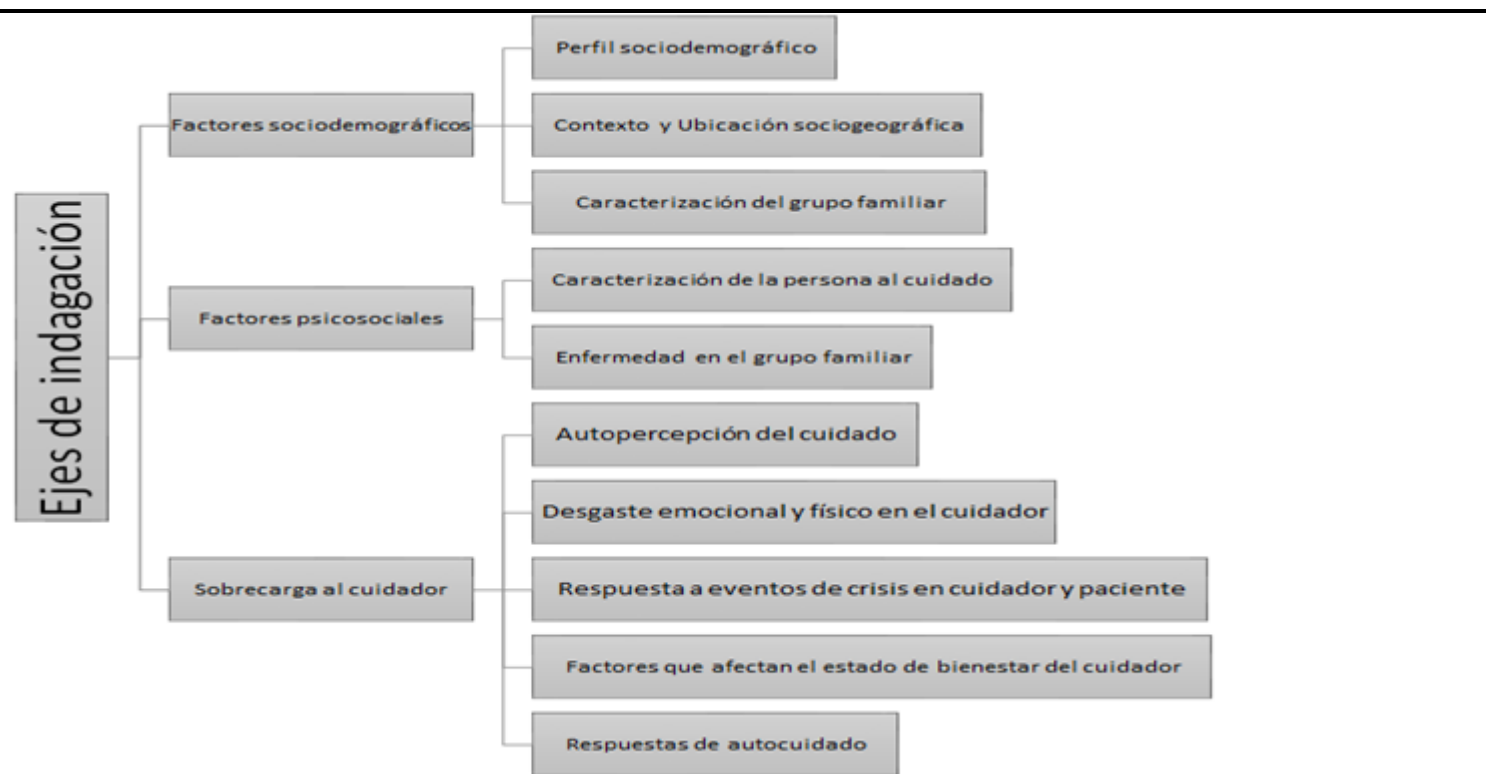


Figura 1

Ejes de indagación

Procedimiento

En cuanto al procedimiento, la investigación se dio en seis momentos: 1: Revisión del estado del arte, planteamientos iniciales y elaboración de consentimiento informado. 2: Tamizaje de prueba Zarit con población rural del municipio de Machetá, 1 participante. 3:

Formulación entrevista semiestructurada a partir del inventario Zarit, validación y corroboración terminológica y semántica con población del municipio. 4: Acercamiento a población objetivo por medio de bases de datos brindadas por la alcaldía y referencias por parte de la comunidad. 5: Presentación consentimiento informado, proceso de entrevista con los participantes seleccionados y grabación digital de la entrevista por medio de la aplicación Voice Recorder de Samsung. 6: Transcripción de las entrevistas en la aplicación Word de Microsoft. 7: Codificación y análisis según categoría de indagación en el programa Nvivo 14 por QSR International.

A lo largo de las tres primeras fases se estableció el contacto con referentes de salud y atención a población campesina del municipio de Machetá Cundinamarca, donde se presentó el proyecto y se solicitó información con respecto a problemáticas de salud mental en el municipio. Una vez recolectada esta información, se presentó el consentimiento informado con los participantes, mediante una llamada previa para acordar día y lugar para realizar la entrevista, siendo usualmente el lugar de residencia de los participantes. Se realizaron registros digitales mediante grabaciones de audio. Una vez recolectada la información se procedió al análisis de datos mediante el software Nvivo 14 por medio de herramientas de graficación jerárquica de frecuencia por códigos y nube de palabras.

Resultados

Los resultados se presentan en función de los objetivos relacionados a encontrar las características sociodemográficas y con respecto a la sobrecarga en el cuidador.

Respecto a las características sociales, demográficas y psicológicas se encontró que 3 de los 10 participantes no conocen el diagnóstico de la persona al cuidado, aquellos cuidadores que poseen el diagnóstico de la persona al cuidado señalan no reconocer las

características particulares de la condición, además señalan dificultades al poder acercarse a los médicos para obtener información sobre el fenómeno en los pacientes dependientes, esto se refleja en referencias como: “*Nada, que antes los médicos le preguntan qué ¿pa’ qué la lleva? Le preguntan que cuál es el procedimiento y pues él no sabe, ellos son los que le deberían decir*” (Caso 7); “*El psiquiatra la última vez que hicimos que la llevaran los interrogó y ellos no saben es nada*” (Caso 5). Por otro lado, los grupos de hogar se caracterizan por familias de extensión, es decir, conviven personas de más de dos generaciones en un mismo hogar. Las actividades económicas de los participantes refieren a labores como la ganadería, agricultura o del hogar, a excepción de un caso donde la fuente de ingresos familiar deviene de una tienda de conveniencia. Se encontró solo un caso donde el cuidador no hacía parte del núcleo familiar.

En la figura 2, se muestra el mapa jerárquico de la saturación de los ejes o categorías de indagación, con base en los análisis de las entrevistas. En primer lugar, con 80 referencias se encuentra la categoría de *Respuesta a eventos de crisis* en el cuidador y paciente, en esta categoría los participantes señalaban características de las dificultades de la persona en cuidado y las respuestas del cuidador en eventos estresores. En segundo lugar, con 77 referencias está la categoría *desgaste emocional y físico en el cuidador*, relacionada con la descripción del agotamiento en la muestra y la relación de este desgaste con la persona en cuidado. En tercer lugar, con 53 referencias se encuentran respuestas de *autocuidado y ansiedad frente al futuro*. Finalmente, están las categorías de *factores que afectan el estado de bienestar*, 33 referencias, y *autopercepción del cuidado* con 17 referencias.

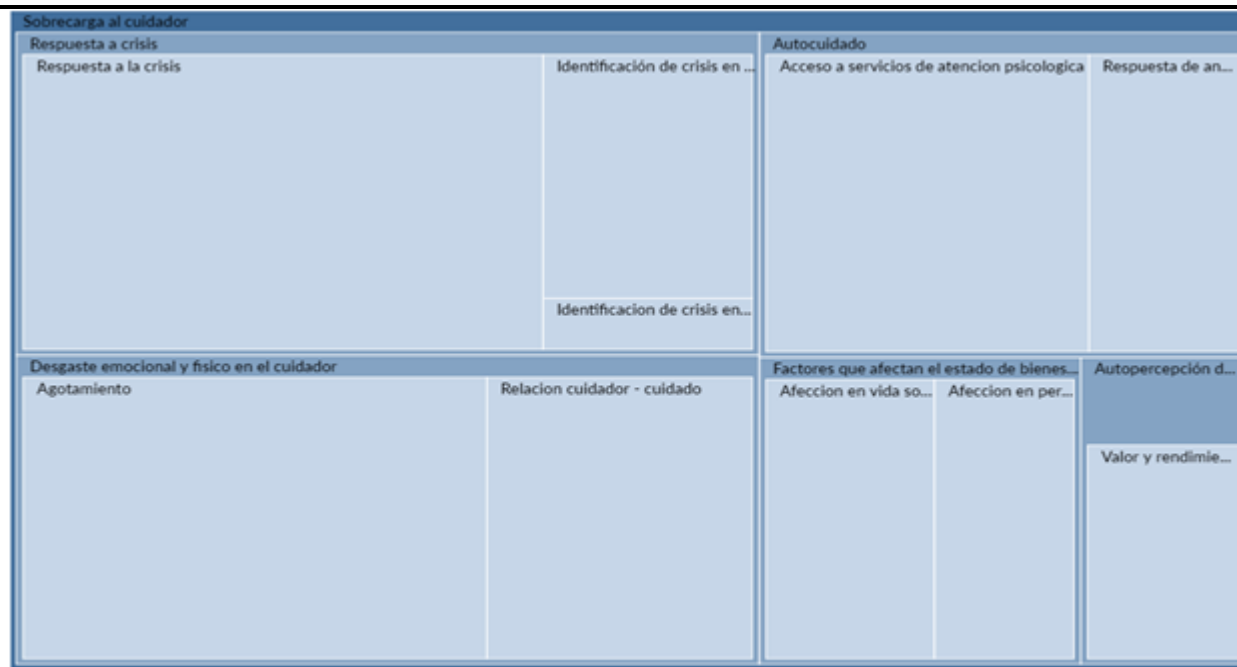


Figura 2

Mapa jerárquico según referencias en categorías de indagación

Por medio de la entrevista se logró recolectar información en cuanto a la presencia o ausencia de las siguientes categorías: acceso a servicios de atención psicológica, la presencia de agotamiento, la afección en percepción de bienestar y la afección en la vida social que han tenido, en la figura 3, se grafican las respuestas de los participantes.

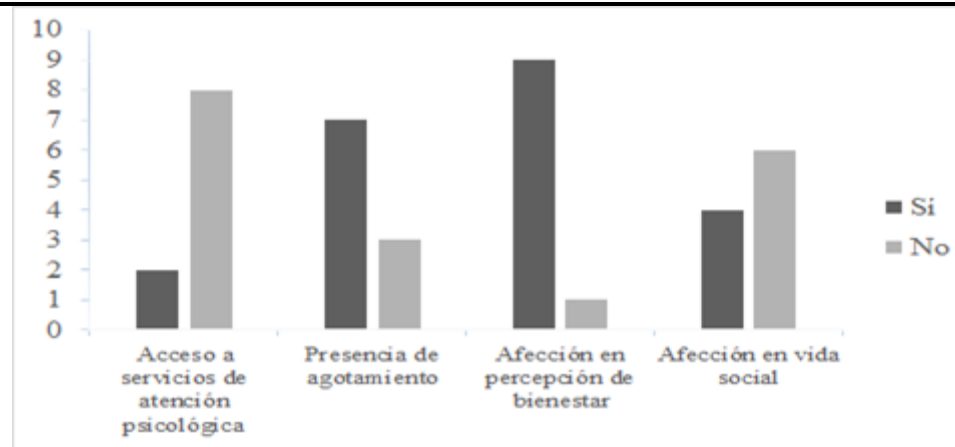


Figura 3

Diagrama de barras caracterización sobrecarga al cuidador.

La figura 3 señala con base en los componentes sintomáticos de la sobrecarga al cuidador que: 8 de los 10 participantes no han buscado atención psicológica de ninguna índole, 2 de los participantes ha tenido un acercamiento a servicios de atención psicológica, en ambos casos remitidos por la alcaldía de Machetá; 7 de los participantes refieren síntomas de agotamiento por sus labores de cuidado, con respecto a esta categoría los participantes que relacionaron no percibir síntomas de agotamiento coinciden en categorizar sus tareas de cuidado como una obligación con sus familiares; 9 de los 10 entrevistados identificó afecciones en su percepción de bienestar; en cuanto a la afección en vida social se encontró que 6 de los participantes no relacionan afecciones debido a las dinámicas sociales en contexto rural, hogares distantes y capacidad de transporte, la problemática se caracteriza por presentarse cuando el cuidador debe trasladar a la

persona en cuidado a ciudades o al pueblo de Machetá. Esto se ve reflejado en referencias como:

Sobrecarga al cuidador: Afección en vida social

- “Yo me daba vergüenza era llevarla al pueblo” Caso 1.
- “Sí, porque, de hecho, yo no tengo tiempo casi para mí, ni para la familia ni nada, porque a toda es M, ella me absorbe, pues, prácticamente todo el día” caso 5.
- “Les daba miedo a la gente que de pronto como era... enferma de la cabeza” Caso 6.

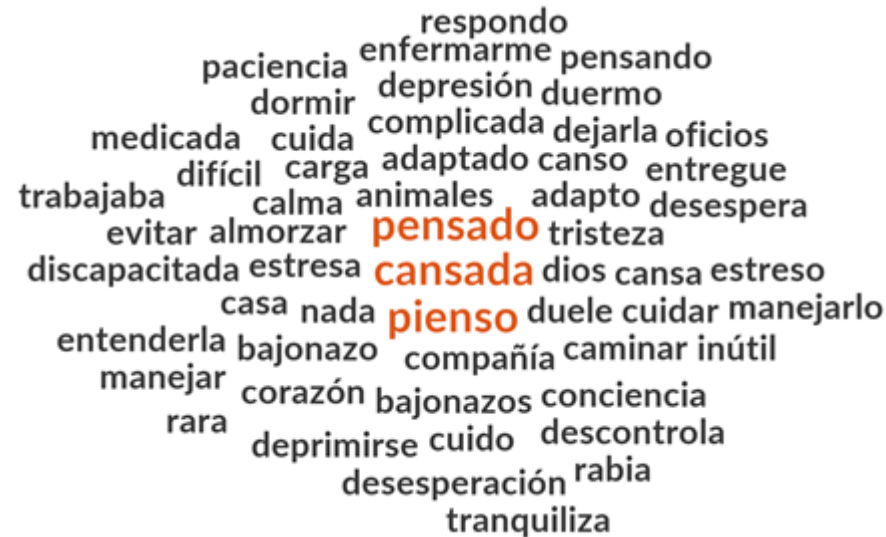


Figura 4

Nube de palabras categoría agotamiento y respuesta a eventos de crisis.

El agotamiento en los cuidadores de la muestra se caracteriza por términos como “tristeza, cansancio, rabia, depresión, dolor y desesperación” (en la figura 4), términos considerados en las categorías de análisis para la sobrecarga al cuidador, los participantes señalaron no reconocer mecanismos efectivos de regulación emocional, los mecanismos utilizados comúnmente por los participantes refieren a conductas de evitación, esto se evidencia en términos como “nada, pensar, dios, tranquilizar, evitar y oficios” haciendo referencia a rezar o pensar en otras actividades así como ocuparse en oficios de hogar para no afrontar el evento. Fragmentos relacionados a agotamiento y respuesta a eventos de crisis:

Sobrecarga al cuidador: Agotamiento

- *“Hay veces, que he sentido, que ya no da más, le pido a mi Dios y ya”* Caso 1.
- *“Yo ahí ahorita sí me siento como mal, a veces duermo, a veces no puedo dormir pensando en una cosa y otra”* Caso 2.
- *“Hay momentos que me siento bien, pero hay momentos que, o sea, quisiera yo quitarme ese cargo”* Caso 7.

Sobrecarga al cuidador: Respuesta a la crisis

- *“Yo me salgo por allá para algún lado y se sienta uno como a respirar aire puro y ya uno se va calmando”* Caso 3.
- *“El ser humano es de costumbres, y entonces uno se acostumbra a la situación”* Caso 10.
- *“Tomar agua, tomar agua aromática”* Caso 9.

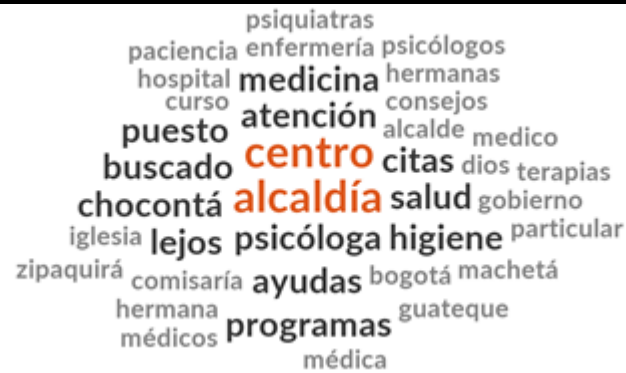


Figura 5

Nube de palabras categoría acceso a servicios de atención psicológica

Se encontró en los entrevistados que los primeros respondientes ante fenómenos de cuidado son el centro de higiene, la alcaldía, personal de psicología y el grupo eclesiástico del pueblo (ver figura 5). Además, los participantes señalaron dificultades en cuanto al seguimiento médico debido a la ubicación de los centros de atención, el centro de higiene suele remitir a clínicas en municipios aledaños a los que deben llegar pagando transporte público como son Chocontá, Guateque, Bogotá y Zipaquirá.

Los aspectos señalados en las nubes de palabras se ven referidos por los participantes en los siguientes fragmentos:

Sobrecarga al cuidador: Acceso a servicios de atención psicológica

- “Sí, yo sí he buscado toda esa clase de ayudas, si las he buscado” Caso 3.
- “La iglesia que es lo primero y en la alcaldía” Caso 4.

- *“No, en el momento no señor”* Caso 7.

Sobrecarga al cuidador: Autocuidado

- *“Ah sí, yo hice hasta un curso de enfermería”* Caso 9.
- *“Pedirle a Dios que me dé paciencia, nada más”* Caso 7.
- *“Sí, he sentido que se han alejado”* Caso 10.

Discusión

Los resultados se discuten a la luz de los objetivos específicos que permiten responder la pregunta sobre qué caracteriza el burnout o desgaste al cuidador informal de personas con trastornos psicológicos en población rural de Cundinamarca, entendido como un síndrome con tres componentes principales, a saber, la despersonalización, agotamiento emocional y reducción de los logros personales.

De lo anterior, durante el proceso de entrevistas, se evidenció, en primera medida que la labor de cuidado informal en la mayoría de los casos lo asumen las mujeres, cuestión que puede ser contrastada con lo encontrado por Rubio, Marquez, Campos y Alcagaya (2017) en su investigación, donde de 8 cuidadores 7 eran mujeres, encontraron también que en su mayoría son familiares, como hijas, hermanas, madres y esposas, de igual manera Achury, Restrepo, Torres, Buitrago, Neira y Devia (2017) señalan que de 41 cuidadores familiares, el 80% eran mujeres, así mismo se encontraban entre las edades de 41 y 60 años, concordando con los datos recolectados, donde los cuidadores se encuentran en las edades de 35 y 72 años.

Por otra parte, se tiene en cuenta que existe un pequeño porcentaje de la población que cuenta con entrenamiento necesario para la labor de cuidado, de esto cabe resaltar que incluso teniendo una formación previa, los síntomas de agotamiento, emocional, psicológico y físico se presentan, así mismo que existe una mayor capacidad por parte de estos para brindar un cuidado más adecuado a la persona dependiente (Martínez, 2020), también se evidenció que no hay un alto porcentaje de personas entrenadas debido a la complejidad que existe al momento de desplazarse de las veredas al casco urbano y la necesidad de tener a alguien a quien puedan encargar a la persona dependiente.

Simkin (2017) demostró la existencia de una relación entre religiosidad y bienestar subjetivo “Hay veces, que he sentido, que ya no da más, le pido a mi Dios y ya” (Caso 1) describiendo que este es un factor que promueve el bienestar, así mismo, se relaciona con la salud mental, en cuanto a la construcción de un motivo y significado de las acciones y del sentido de la vida de las personas, así como en la generación de modelos que permitan evaluar diversas situaciones de sus vidas y la posesión de estrategias de afrontamiento ante estas situaciones. Lo anterior se vio reflejado en el hecho de que, primero, los cuidadores tienden a concebir su labor de cuidado como una tarea asociada principalmente a la religión, siendo una labor encomendada a ellos dando un propósito a su actuar, y segundo, a los métodos de afrontamiento que suelen utilizar en las ocasiones en que puedan presentar una crisis, sin embargo, es importante mencionar que no existe una conducta específica frente a los eventos de crisis.

En cuanto a la descripción del síndrome de Burnout en cuidadores informales de zona rural del municipio de Machetá, se cumplió dicho objetivo evidenciado en las entrevistas, que dio paso a una caracterización en la que se encuentran síntomas como el agotamiento

físico y emocional, el cansancio, sentimientos negativos frente al cuidado o el deseo de poder brindar un mejor cuidado a la persona dependiente, así como el sentimiento de miedo, en algunos casos, frente al futuro que le espera a la persona cuidada. Estos resultados concuerdan con lo descrito por Izaguirre, Adum y Germán (2021) siendo el agotamiento emocional el síntoma más presente en los cuidadores de población rural, además resaltan que un aspecto que influye en el nivel de desgaste del cuidador puede llegar a ser el diagnóstico que tenga la persona cuidada que, para el caso de la población de Machetá, se encontró que al menos 3 de los cuidadores desconocen el diagnóstico del paciente dependiente. Finalmente y teniendo en cuenta lo anterior, se evidenció una presencia significativa en el nivel de Burnout en población rural según las categorías propuestas por Maslach y Zarit, resultados que se contrastan con lo descrito por Anaut y Lopes (2020) quienes describen en su investigación que en población rural y semirural no se percibe malestar psicológico, a pesar de la existencia de ciertos síntomas como la percepción de la falta de apoyo, la dificultad percibida para el cuidado, el deseo de poder hacer más por la persona dependiente y sentimientos de angustia; por otro lado, en el estudio se evidenció que los cuidadores se sentían solos y con afectación en sus redes de apoyo y relaciones sociales, cuestión que difiere de lo encontrado en esta investigación, puesto que la percepción que los cuidadores entrevistados tienen de sus relaciones sociales es la misma que antes de asumir la labor de cuidado, comentando que no sienten que el hecho de desempeñar esta tarea afecte su vida social.

En cuanto a limitaciones que tuvo este estudio, se encuentra la representatividad de la población estudiada respecto de la variabilidad de la población rural en el país, que se hace imperativo para ampliar el estado del conocimiento sobre este amplio segmento poblacional y especialmente para el ajuste de los criterios de la psicología en contextos rurales.

Así mismo, la ausencia de escalas diseñadas y validadas para población rural que permitiera diseños mixtos que combinen un análisis de prevalencias e incidencias con este fenómeno en la población estudiada, y ampliar así mismo los referentes teóricos y empíricos. En este mismo sentido, implementar una metodología mixta permitirá un análisis de contenidos o narrativas que describan las experiencias personales, con un análisis cuantitativo, donde se integren datos sociodemográficos, poblacionales y el tiempo que llevaban los cuidadores llevando a cabo su labor, permitiendo ampliar el conocimiento teórico con fundamentación empírica.

Para futuras investigaciones se recomienda en primera medida la formulación de un instrumento que permita evaluar el nivel de desgaste del cuidador en contexto rural que cuide el lenguaje, de tal manera que los participantes puedan comprender los ítems. Por otro lado, evaluar la funcionalidad de talleres sobre burnout en contexto rural y eventualmente revisar si estos funcionan también para población urbana, y por último realizar una exploración frente a los mecanismos de regulación emocional que tienen los cuidadores frente a eventos de crisis, con el fin de poder caracterizar y evaluar los métodos que resultan ser más efectivos en esta población.

Referencias:

- Achury D., Restrepo A., Torres N., Buitrago A., Neira N. y Devia P. (2017). *Competencia de los cuidadores familiares para cuidar a los pacientes con falla cardiaca*. <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359552589002.pdf>
- Albaladejo R., Villanueva R., Ortega P., Astasio P., Calle M., y Domínguez V. (2004). *Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid*. *Revista Española de salud pública*.
- Anaut S. y López C. (2020). *El impacto del entorno residencial en la adaptación psicosocial y calidad de vida de personas cuidadoras*

de familiares con demencia. OBETS Revista de ciencias sociales.

https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/107635/1/OBETS_15_1_02.pdf

Barreto R., Campos M., Carrillo G., Coral R., Chaparro L., Durán M., Rosales R. y Ortiz. V. (2015). *Entrevista Percepción de Carga del Cuidado de Zarit: pruebas psicométricas para Colombia.* Aquichan. <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.3.5>

Bayés R., Arranz P, Barbero J. y Barreto P. (1997). *Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa.* Medicina paliativa.

Bedoya E. (2016). *Síndrome de Burnout en la población trabajadora de un prestador de servicios de salud rural.* ORP journal. Barcelona, España.

Bernal L. y Gómez O. (2020). *Competencia para el cuidado y acceso a la salud rural.* Ciencia y cuidado scientific jurnal of nursing. Cúcuta, Colombia.

Berzosa. G. (2018). *El bienestar que genera la salud aumenta con la inclusión social.* Reflexiones sobre la necesaria coordinación sociosanitaria. Actas de coordinación sociosanitarias. 28. PP 123- 140.

Bianchini M. (1997). *El Síndrome del Burnout en personal profesional de la salud.* Medicina Legal de Costa Rica. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00151997000200017&lng=en&tlng=es.

Bobadilla E. (2018). *Familias campesinas y rurales en el contexto de la nueva ruralidad.* Estudio de caso en la vereda Merey del Municipio de San Martín, Meta.

<https://repositorio.unillanos.edu.co/bitstream/handle/001/1365/Familias%20Campesinas%20y?sequence=2>

Breinbauer H., Vásquez H., Mayanz S., Guerra C. y Millán T. (2009). *Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit*. Revista médica de Chile, 137. PP 657 a 665.

Congreso de la república (1993). *Ley 100. Capítulo I, Artículo 156. 23 de diciembre de 1993*. Congreso de la república.

Congreso de la república (2006). *Ley 1090 de 2006*. Diario oficial – edición 46.383.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2010). *Población con registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad*. Departamento administrativo nacional de estadística. Cundinamarca.

<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/discapacidad>

De Valle M., Hernández I., Zúñiga M. y Martínez P. (2015). *Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor*. Enfermería Universitaria. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.05.004>

Fujiwara K., Tsukishima E., Tsutsumi A., Kawakami N., y Kishi R. (2003). *Interpersonal and Conflict, Social Support, and Burnout among a Home Care Workers in Japan*. Journal of occupational Health. doi: 10.1539/joh.45.313

García M., Naranjo M. y Moreira J. (2019). *Síndrome de sobrecarga del cuidador informal de adultos mayores, caso comunidad playa Prieta- Manabí*. Marge: Revista de trabajo social y ciencias sociales. <https://www.margen.org/suscri/margen95/garcia-95.pdf>

Gerhard F. (2000). *The relationship between optimism and burnout in nursing assistants*. University of Hartford, Hartford, Connecticut.

Gobernación de Cundinamarca. (2019). *Ordenanza 094 - 2019, por la cual se adopta la Política Pública de Salud Mental Para el*

Departamento de Cundinamarca 2019 – 2029. Gobernación de Cundinamarca.

- Gutiérrez O., Lobo N. y Martínez J. (2016). *Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de la Orinoquia colombiana.* Universidad y Salud. <https://doi.org/10.22267/rus.182001.107>
- Hederich C., Caballero C. (2016). *Validación del cuestionario Maslach burnout inventory-Student survey (MBI-SS) en contexto académico colombiano.* Revista CES psicología.
- Izaguirre M., Adum M. y Germán. B. (2021). *Agotamiento psicológico en cuidadores de personas con discapacidad.* Medisan. <http://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/3800>
- Landini F. (2015). *Concepción de “extensión rural” de los extensionistas rurales argentinos que trabajan en el sistema público nacional con pequeños productores.* Cuadernos de Desarrollo Rural. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.cdr12-75.cere>
- Lara P., González A. y Blanco I. (2008). *Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención.* Revista de especialidades médico-quirúrgicas. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47326420003>
- Lladó A., Atón S., Villar A., Rami L y Molinuevo J. (2008). *Impacto psicológico del diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer.* Neurología, 23, PP 294 -298.
- López E., Cano C. y Salazar V. (2020). *Caracterización del síndrome de burnout del personal de salud que labora en telemedicina, durante la pandemia COVID 19, en el convenio UT San Vicente CES.* Universidad cooperativa de Colombia. Medellín.
- López E. (2016) *Puesta al día: cuidador informal.* Revista enfermería C y L.

- Martínez S. (2020). *Experiencia del cuidador entrenado en diálisis peritoneal durante la hospitalización del enfermo renal crónico*. Enfermería nefrológica. <https://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v23n4/2255-3517-enefro-23-04-345.pdf>
- Maslach C. y Jackson S. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Consulting Psychologists Press. Palo Alto, California.
- Ministerio de salud y protección social. (2015). *Informe nacional de calidad de la atención en salud 2015*. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de salud (1993) *Resolución número 8430 de 1993*. Bogotá.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/informe-nal-calidad-atencion-salud-2015.pdf>
- Molina V. (2020). *Una aproximación al método Feldenkrais*. Fisioterapia en salud mental.
- Pethtel O. y Chen Y. (2010) *Cross-cultural aging in cognitive and affective components of subjective well-being*. Psychology and aging. 25.
- Pineda B. (2012) *Desarrollo humano y desigualdades en salud en la población rural en Colombia*. Univ odontol.
<http://www.javeriana.edu.co/universitasodontologica>
- Restrepo N., Colorado G. y Cabrera. G. (2006). *Emotional burn-out in official teachers*. Revista de Salud Pública. Medellín, Colombia
<https://doi.org/10.1590/s0124-00642006000100006>
- Ribero S. y Novoa M. (2019). *Revisión sistemática cualitativa de procesos emocionales e interacción social: un análisis del comportamiento en el contexto de violencia política*. International Journal of Psychological Research.
doi:10.21500/20112084.4053

- Rodríguez D. y Benavides. J. (2016). *Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud*. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n3a10>
- Rubio M., Márquez. F., Campos. S. y Alcayaga. C. (2017). *Adaptando mi vida: vivencias de cuidadores familiares de personas con Alzheimer*. Gerokomos. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v29n2/1134-928X-geroko-29-02-00054.pdf>
- Salcedo J., Triana J. y Lozano D. (2019). *La fragmentación de la educación rural, la familia campesina y la universidad disciplinar. reflexiones a partir del programa de investigación pluriuniversitario y transdisciplinar*. Revista de la Universidad de la Salle.
- Salgado A. (2007). *Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos*. Liberabit. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272007000100009&lng=es&tlng=es.
- Simkin H. (2017). *La salud mental en la psicología de la religión y de la espiritualidad*. Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara. 2. PP 169 - 204.
- Vélez J., Berbesó D., Cardona D., Segura A y Ordoñez J. (2012) *Validación de escalas abreviadas de Zarit para la medición de síndrome del cuidador primario del adulto mayor en Medellín*. Atención primaria. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.09.007>
- Yepes C., Arango A., Salazar A., Arango E., Jaramillo A. y Mora J. (2018). *El oficio de cuidar a otro: “cuando mi cuerpo está aquí pero mi mente en otro lado”*. Revista Ciencias de la Salud. 16 (2). PP 294-310. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6771>
- Zarit S., Reeve. K. y Bach. J. (1980) *Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden*. The Gerontologist. 20. PP 649 –

655.

Consentimiento informado:**Introducción**

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, por medio de este documento, afirmo que Yo _____ identificado con cédula ciudadana número _____ de _____ he sido invitado(a) a participar en el estudio titulado Desgaste del cuidador informal en población rural de Machetá. Esta investigación es conducida por la Doctora Mónica Novoa Gómez, de la Escuela de Posgrados de Psicología de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz, y llevado a cabo por Christian Camilo Arévalo García y Nathaly Valencia Niño, estudiantes de pregrado de psicología de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz.

Propósito del estudio

El propósito de este estudio es explorar los niveles de síndrome del desgaste del cuidador informal en poblaciones rurales en el municipio de Machetá en el departamento de Cundinamarca. Entiendo que la información que pueda ser recolectada por mi participación en el estudio será usada para temas exclusivamente académicos.

Descripción del procedimiento

Se me ha explicado que se trata de un estudio de tipo estudio transversal, exploratorio y descriptivo con un diseño mixto o multimodal. El procedimiento comprende las siguientes fases: 1, Estado del arte y diseño de estrategias. 2, Convocatoria de participantes. 3, trabajo de campo y recolección de información, a través de registros escritos, entre los que están la aplicación de pruebas que permitan medir el bienestar general y el nivel de desgaste del cuidador y entrevistas semiestructuradas (posible grabación). 4, Análisis de información, y 5, Socialización y divulgación de resultados. En el cual mi labor como participante es: Aplicación del inventario modificado ZARIT, además de conceder de una entrevista personal que será grabada y en la que se abordaran asuntos relacionados con mi experiencia como labor de cuidador, mi historia y mi conocimiento sobre salud mental y sobre las condiciones de vida en el campo que han servido como recursos facilitadores o de riesgo.

Retribución y beneficios por la participación

Entiendo que por la participación en este estudio no existe ningún tipo de incentivo económico.

Riesgos e Incomodidades

Mi participación en el estudio tiene riesgo mínimo para mí o las personas que me son allegadas. Se me ha aclarado que las actividades están cuidadosamente estructuradas para no generar efectos adversos y he entendido que en caso en el que, por motivos relativos al estudio, yo solicité algún tipo de acompañamiento psicológico, seré remitido a las entidades de salud

correspondientes o en su defecto recibido en un primer nivel de atención, por alguno de los profesionales recomendados por los investigadores. En ese caso, me pondré en comunicación con la investigadora principal, doctora Mónica Novoa Gómez, a través de los datos de contacto aquí descritos, quien se ocupará de realizar la valoración y remisión a el centro de atención en psicología pertinente, sea a través del sistema de seguridad social en salud, EPS, o a la IPS de la Universidad Konrad Lorenz.

Confidencialidad

Entiendo que cualquier información personal que haga parte de los resultados de la investigación será mantenida de manera confidencial. Entiendo también que mi identidad será protegida al no revelar nombre completo, documento de identidad u otro dato personal que facilite mi identificación.

Se me ha explicado que las sesiones de entrevista y aplicación de pruebas con el objetivo, por un lado, de asegurar que el análisis se realice con base en las narrativas de cada participante, y por el otro, de elaborar un material escrito que permita la divulgación de los factores del contexto que resultan favorables para el bienestar de los cuidadores informales de la zona. Para este segundo objetivo, yo daré o no mi consentimiento por escrito una vez el material sea seleccionado y se me pida autorización para su divulgación. En el caso del primer objetivo, los registros escritos serán vistos únicamente por los miembros del equipo de investigación y serán destruidos una vez se cumplan los tiempos de registro y custodia definidos en la orientación sobre este tipo de estudios. En ninguna publicación en la que se usen mis resultados se mencionará mi nombre a menos que lo

consienta y autorice por escrito.

Participación voluntaria

Mi participación en este estudio es voluntaria. Entiendo que tengo la libertad de retirar mi consentimiento de participación en esta investigación en cualquier momento y que en tal caso no tendré ningún tipo de repercusión.

Información

Para obtener información acerca de esta investigación puedo comunicarme con Dra. Mónica María Novoa Gómez de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Escuela de posgrados y los estudiantes Christian Camilo Arévalo García y Nathaly Valencia Niño, a sus respectivos correos electrónicos monica.novoa@konradlorenz.edu.co, christianc.arevalog@konradlorenz.edu.co y Nathaly.valencian@konradlorenz.edu.co y al teléfono 3472311 Ext. 211.

El investigador me está haciendo entrega inmediata de una copia de este consentimiento para mi archivo personal.

CONSIENTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.

Firma del participante

No. Documento de identificación

FIRMA DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

No. Documento de identificación

FIRMA DE ESTUDIANTE 1

No. Documento de identificación

FIRMA DE ESTUDIANTE 2

No. Documento de identificación

En dado caso de presentar dificultades a la hora de leer y escribir deberá firmar una persona designada por el participante, quien no deberá tener conexión con el equipo de investigación y el participante podrá asentar el consentimiento informado mediante la inclusión de su huella digital en el siguiente espacio. “He sido testigo de la explicación y lectura del documento de asentimiento al participante y expreso que hemos tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que ha dado su asentimiento libremente”.

A ruego del señor (a) _____, quien se identifica con el número de identificación _____ quien

manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el señor (a) _____, quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para ser testigo de la información que está recibiendo.

FIRMANTE A RUEGO

No. Documento de identificación

HUELLA ÍNDICE ENTREVISTADO

Nombre de la persona a entrevistar

Consentimiento de participación firmado a los ____ días del mes de _____ del año _____.