



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD IZTAPALAPA

División de Ciencias Sociales y Humanidades

Departamento de Sociología

Coordinación de Psicología Social

Acompañamiento psicosocial a cuidadores informales primarios para mejorar su calidad de vida y mejorar su percepción personal en la colonia San Miguel Teotongo, Iztapalapa.

Informe de Intervención Comunitaria para obtener el Título de:
Licenciadas en Psicología Social

Presentan:

Amador Lopez Samantha | 2203048893

Moreno Leon Guadalupe Itzamarai | 2183058417

Mtro. José Joel Vázquez Ortega
Asesor



Mtro. Jesus Omar Manjarrez Ibarra
Lector

Trimestre 25 - I
Ciudad de México, Abril 2025.

Dedicatorias

Dedicado en memoria de mi padre, quien me amó y apoyó desde que nací hasta su último día de vida. A mi madre, hermano y hermanas, porque han sido un gran apoyo para mí y sin ellos no podría haber llegado hasta aquí. A mi perro y a mis gatas, porque han sido mi soporte para salir adelante cuando me encuentro mal.

Guadalupe Itzamarai

Quiero dedicar este trabajo a mi familia, quienes han sido mi apoyo incondicional a lo largo de mi camino. A mi mamá, por estar siempre ahí para mí, por su confianza y apoyo constante. Su fe en mis capacidades ha sido un motor importante para mí.

A mi papá, aunque ya no esté conmigo físicamente, su influencia y motivación me han impulsado a seguir adelante en mis estudios y en la vida. Por último, a mis hermanos, por ser un ejemplo a seguir y por demostrarme que soy capaz de lograr mis objetivos. Su apoyo y guía han sido fundamentales para mí.

Samantha

Agradecimientos

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas y seres que han sido importantes en mi vida y en la realización de este proyecto.

En primer lugar, a mi mamá, por su apoyo incondicional y por ser la principal razón por la que he podido llegar hasta aquí. A mis abuelos, por estar siempre presentes y apoyarnos en todos los ámbitos posibles. A mi papá, por impulsarme a alcanzar mis metas desde pequeña y por las lecciones que me dejó, aunque la vida nos haya dado poco tiempo juntos.

A Marieta, mi gata, por ser un sostén emocional importante durante mi vida universitaria y por estar ahí cuando más la necesitaba. Mis amigos Axel, Mel, Carlos y Andy, por hacer que la carrera fuera más llevadera, por crear recuerdos bonitos que siempre recordaré y todas aquellas personas con las que conviví durante este camino. A mi diada Itza, por ser una excelente compañera de trabajo, convertirse en una buena amiga y apoyarme en todo momento en las sesiones con las cuidadoras.

Por último, a las cuidadoras que participaron en este proyecto, por su colaboración y por enseñarnos valiosas lecciones de vida y sobre todo a las 4 cuidadoras que estuvieron con nosotras en las dos primeras etapas. Sin ellas, no hubiéramos podido lograr nada de lo que se presenta en este proyecto.

Samantha

Me gustaría expresar mis agradecimientos a las personas que me han acompañado en este viaje, porque me hicieron sentir acompañada y con su apoyo y cariño lo pude lograr.

En primer lugar, a mi mamá, porque ha estado conmigo en las buenas y en las malas, me ha aconsejado y apoyado en cada momento de mi vida, porque es la persona que más amo y sé que nunca me dejaría sola. A mi hermano y a mis hermanas, porque sé que siguen mis pasos y me motivan a ser una mejor persona, y estoy segura que ellos podrán llegar aún más lejos que yo. A mi papá, porque siempre confío en que lo lograría y me dio las herramientas para lograrlo, me hizo ser una persona fuerte y siempre me demostró lo orgulloso que se sentía por mi.

A mis abuelos. A mi Pachis y mi Papapello, por todo su cariño y apoyo, a pesar de la distancia buscan la manera de apoyarme y motivarme a salir adelante. Y a mi abuela Laura, porque en mi último año me apoyó muchísimo y nunca me ha dejado sola, por su gran cariño y me motiva a ser una gran persona y profesionalista.

A mis tíos, que han estado conmigo desde niña, pero especialmente a mi tío Sergio, porque cuando mi papá se quedó sin trabajo, fue el que me apoyó con mis estudios.

A Canelo, Michigan y Kirara; porque me han acompañado en los momentos más difíciles de mi vida y han estado conmigo desde que inicié hasta ahora que terminó la universidad, han sido mi motivo de felicidad y son mis pequeños amores.

A mis primeros amigos y compañeros de universidad; Britania, Merari y Juan.

A mis amigos, Meli, Andy y Carlos, porque me han demostrado que fue buena idea escoger intervención comunitaria e hicieron que tuviera el mejor último año. Y a mis mejores amigos,

Harumi y Manuel, por siempre apoyarme y hacerme reír, porque siguieron mis locuras y nunca soltaron mi mano.

A mi díada; Sam, porque sin ella el trabajo no hubiera podido salir y logramos ser un gran equipo, porque es una persona que admiro y una gran amiga a la que siempre le tendré un gran cariño.

A mis profesores y profesoras, porque me hicieron amar mi carrera.

A las cuidadoras, porque nos abrieron las puertas de su casa y permitieron que trabajáramos con ellas, sin su ayuda este trabajo no hubiese sido posible.

Y por último, le agradezco a la pequeña Itzamarai, porque siempre soñó con entrar a la universidad y tener su título, porque este logro le pertenece a ella que desde niña confió en que lo lograría y nunca dejó de soñar.

Guadalupe Itzamarai

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	1
2	MARCO TEÓRICO	3
2.1	La teoría ecológica de los sistemas	3
2.2	Psicología social comunitaria	5
2.3	Teoría fundamentada	6
2.4	La teoría polivagal, desarrollada por el Dr. Stephen Porges	7
2.5	Estrategias de intervención	8
2.6	Primera etapa	8
2.6.1	Definición de CPI	9
2.6.2	Apoyo social	10
2.6.3	Organización de tiempo	11
2.6.4	Límites de la persona dependiente	12
2.6.5	Solicitud de ayuda y apoyo	12
2.7	Segunda etapa	13
2.7.1	Escritura emocional autorreflexiva (EEA)	13
2.7.2	Escucha activa	15
2.7.3	Atención plena (mindfulness)	15
2.8	Tercera etapa	15
2.8.1	Integración grupal	16
2.8.2	Reconocimiento de emociones	16
2.8.3	La ira desde el ciclo del estrés y regulación emocional	17
2.8.4	Comunicación asertiva	18
2.8.5	Duelo y Apoyo social	18
2.8.6	Redes de apoyo	20
2.8.7	Relaciones sanas y cómo establecerlas	20
2.8.8	Autocuidado	22
3	OBJETIVOS	23
3.1	Objetivo general	23
3.2	Objetivos específicos	23
4	CONTEXTO	23

4.1	Planteamiento del problema	28
4.2	Justificación	29
4.3	Tipo de estudio y diseño	30
4.4	Muestreo	31
4.5	Participantes.....	31
4.6	Población.....	31
4.6.1	Criterios de inclusión.....	32
4.6.2	Criterios de exclusión	32
4.6.3	Criterios de eliminación	32
4.7	Población díada 6	32
4.8	Población del grupo	33
5	UBICACIÓN	34
6	INSTRUMENTO	36
6.1	Escala de bienestar subjetivo (EBS-8).....	36
6.2	Escala de salud autopercebida (SPHS).....	36
6.3	Escala de apoyo social (MSPSS).	37
6.4	Escala de ansiedad (GAD-7).	37
6.5	Escala de soledad de 3 ítems.	38
6.6	Cuestionario sobre la salud del paciente -9 (PHQ-9).....	38
6.7	Sobrecarga del cuidador de Zarit.	39
6.8	Escala de atención plena (MAAS).	40
6.9	Escala de afecto positivo / afecto negativo en México.....	40
6.10	Escala de malestar psicológico (K-10).	41
7	PROCEDIMIENTO.....	41
7.1	Primera fase	41
7.2	Segunda fase	45
7.3	Tercera fase	47
8	RESULTADOS.....	51
8.1	Primera fase	51
8.1.1	Análisis de datos	51
8.1.2	Análisis descriptivo.	52

8.1.3	Efecto de la intervención sobre salud, el bienestar y el funcionamiento psicosocial en CPI	56
8.2	Segunda fase	62
8.2.1	Cuantitativos	62
8.2.2	Cualitativos	77
8.3	Tercera fase	93
9	DISCUSIÓN	99
9.1	Primera fase	99
9.2	Segunda fase	101
9.3	Tercera fase	102
10	CONCLUSIONES	104
10.1	Primera fase	104
10.2	Segunda fase	105
10.3	Tercera fase	106
10.4	General	108
11	CONCLUSION GENERAL	109
12	SUGERENCIAS	111
13	LIMITACIONES	112
14	REFERENCIAS	113
15	ANEXOS	121

1 INTRODUCCIÓN

En México, la Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados 2022, presentada por el INEGI, revela que aproximadamente 58.3 millones de personas están en situación de requerir cuidados en el hogar, incluyendo a aquellos con discapacidad o dependencia. Esta cifra resalta la importancia del papel que desempeñan los cuidadores, especialmente las mujeres, quienes asumen predominantemente esta labor y dedican, en promedio, 38.9 horas semanales al cuidado.

De los 28.3 millones de personas que brindan atención a miembros de su hogar, el 79.3% actúa como cuidadores principales. De este grupo, el 86.9% son mujeres y solo el 13.1% son hombres, evidenciando una brecha de género aún más marcada en el cuidado de niños, adolescentes y adultos dependientes (INEGI, 2023).

En este contexto, los Cuidadores Principales Informales (CPI) son aquellos que, sin recibir compensación económica ni contar con formación profesional, asumen la responsabilidad de cuidar a familiares o seres queridos que padecen enfermedades crónicas, discapacidad o dependencia. Esta labor, aunque profundamente significativa a nivel emocional, también afecta notablemente el bienestar físico, emocional y social del cuidador. Diversas investigaciones han mostrado que los CPI enfrentan altos niveles de ansiedad, depresión, estrés crónico, problemas de salud física, aislamiento social y conflictos familiares que agravan su situación.

Para abordar estas necesidades, la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa, ha desarrollado el proyecto "Evaluación e Intervención Psicosocial con Cuidadores Primarios", con el fin de ofrecer apoyo a cualquier persona que se identifique como cuidador o autocuidador, sin limitarse al tipo de enfermedad que atiendan. En su segunda etapa, realizada en San Miguel Teotongo, Iztapalapa, se utilizaron técnicas como la atención plena (mindfulness), la escucha activa, la regulación emocional y la escritura emocional autorreflexiva (EEA), buscando

fortalecer el bienestar emocional de los CPI mediante herramientas que les ayuden a resignificar sus experiencias, mejorar su capacidad para afrontar situaciones difíciles y reducir los niveles de estrés y ansiedad.

Durante la tercera fase del proyecto, se implementó un enfoque grupal que permitió a los cuidadores compartir sus vivencias, construir redes de apoyo y fortalecer el sentido de comunidad. Esta modalidad grupal proporcionó un espacio seguro para el diálogo, la validación emocional y el aprendizaje colectivo, abordando aspectos cruciales como la empatía, la escucha activa entre pares, la autoexpresión y el reconocimiento de emociones compartidas. La interacción en grupo no solo amplificó los beneficios de las técnicas trabajadas de manera individual, sino que también ayudó a mitigar el sentimiento de aislamiento y a fomentar una red de apoyo entre los participantes.

El objetivo de este trabajo es evaluar el impacto del acompañamiento psicosocial en los cuidadores principales informales en el contexto de sus hogares. Para ello, se empleará una metodología mixta que integra herramientas cuantitativas, como escalas psicométricas, y cualitativas, a través de la observación y el análisis de la escritura emocional. Así como los beneficios de la creación de un grupo, y el sentido de pertenencia.

Es por esto que, este informe busca reflexionar sobre todos los beneficios que llegaron a aportar las técnicas de relajación, las cuales fueron respiración diafragmática, relajación guiada y escritura expresiva. Estas técnicas de relajación y los temas dados en las 3 etapas, promovieron la regulación emocional, la autocomprensión y el bienestar integral de los cuidadores. Teniendo en cuenta que todo esto se llevará a cabo mediante la comparación de su estado emocional al inicio y al final de la intervención, considerando las etapas individuales como la etapa grupal.

2 MARCO TEÓRICO

El envejecimiento y las enfermedades crónicas, como la diabetes, las enfermedades cardíacas, el cáncer y las enfermedades respiratorias, se han convertido en un gran problema en nuestro país, afectando a una gran parte de la población. Estas enfermedades requieren cuidados y atención médica continua, por lo que estas personas deben contar con alguien que se encargue de ellas o, por el contrario, ser sus propios auto-cuidadores.

Esto es a lo que nosotros llamamos cuidadores informales primarios, que desempeñan un papel fundamental en la atención de personas dependientes, generalmente sin recibir compensación económica ni capacitación formal y siendo una actividad de tiempo completo. Estos cuidadores se pueden encontrar en cualquier parte del país, pero nosotros nos centramos en la colonia San Miguel Teotongo, ubicada en la alcaldía de Iztapalapa, CDMX.

La existencia de un familiar cercano que necesita de cuidados, genera un cambio importante dentro de la estructura familiar y que, a su vez, provoca un gran cambio en los roles y patrones de conducta en cada uno de los individuos que lo rodean. A partir de los cambios que se pueden presentar, se llega a poner en peligro la estabilidad de la familia, principalmente en el miembro que aporta mayor parte de cuidados, es decir el cuidador principal.

Este marco teórico abordará el concepto de los cuidadores informales primarios, sus características, los efectos del acompañamiento psicosocial y estrategias de regulación emocional implementadas en el estudio y teorías como la ecológica y polivagal

2.1 La teoría ecológica de los sistemas

Bronfenbrenner (1987) presenta una perspectiva ecológica sobre el desarrollo de la conducta humana, concibiendo el ambiente ecológico como un conjunto de estructuras organizadas en diferentes niveles, donde cada nivel incluye al anterior. Estos niveles se denominan

microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema (Frías-Armenta, López Escobar y Díaz-Méndez, 2003).

El principio fundamental de Bronfenbrenner sostiene que los ambientes naturales son la principal fuente de influencia en la conducta humana. Esto implica que las observaciones en laboratorios o situaciones clínicas aportan poco a nuestra comprensión de la realidad humana. Afirmar que el funcionamiento psicológico de las personas está, en gran medida, en función de la interacción de ésta con el ambiente o entorno que le rodea y forman parte de su vida cotidiana (familia, amigos, hospital/consulta, trabajo, etc.) y viceversa (también los entornos próximos deberán transformarse en función de las nuevas circunstancias personales del sujeto cuando éste enferma). Hay que tener en cuenta que éstos no son los únicos influjos que el sujeto va a recibir, ya que existen otros contextos más amplios (ideología, cultura, políticas sanitarias, etc.) que van a influenciarlo, (Torrico Linares et al., 2002).

Explica cómo el contexto y el entorno influye significativamente en las personas de acuerdo a sus niveles de entorno. Aplicada a los CPI, permite analizar cómo sus diferentes sistemas afectan la carga del trabajo y su bienestar emocional.

- *Microsistema*: La relación con la persona cuidada y la familia impacta su estrés.
- *Mesosistema*: La interacción con la comunidad y los servicios de salud puede facilitar o dificultar su labor.
- *Exosistema*: Las condiciones laborales y económicas influyen en su estabilidad emocional.
- *Macrosistema*: Factores culturales y políticas de salud determinan el apoyo que reciben.

2.2 Psicología social comunitaria

La Psicología Social Comunitaria se define como el estudio de la acción e intervención social, con el propósito de fomentar la igualdad, aumentar la participación social y mejorar la calidad de vida (Yela y Calderón, 2017, p. 94)

Los métodos y técnicas de la Psicología Social Comunitaria las cuales son las más empleadas en este enfoque según Yela y Calderón (2017):

La intervención psicosocial

Evaluación de la calidad de vida y el uso de indicadores sociales

Estrategia de investigación-acción participativa

Metodología cualitativa

Esta disciplina surge en los países de América del Norte, Centro y Sur, con el objetivo de generar transformaciones en las comunidades, promoviendo el fortalecimiento y la participación activa de los actores sociales en sus entornos.

La psicología social comunitaria se centra en el estudio de los factores psicosociales, es decir, los elementos tanto psicológicos como sociales que inciden en el control y poder que ejercemos sobre nosotros mismos y nuestro entorno. Por esta razón, se relaciona íntimamente con los conceptos de poder, autogestión y empoderamiento, inscribiéndose dentro de una corriente crítica de transformación que sostiene que la sociedad es una construcción colectiva de las personas que la componen, a su vez influida por dicha construcción, que es susceptible de crítica y cambio (Montero, 2012).

Asimismo, se concibe como un proyecto de psicología para el desarrollo, que va más allá de la dimensión individual, ya que su meta no es solo modificar la psicología de los individuos,

sino también impactar el hábitat y las relaciones entre el individuo y el grupo, logrando cambios cualitativos en ambos aspectos.

2.3 Teoría fundamentada

La Teoría Fundamentada tiene sus raíces en la Escuela de Sociología de Chicago y en el desarrollo del Interaccionismo Simbólico a principios del siglo XX (Ritzer, 1993: 86). Esta corriente se planteó como una alternativa a las teorías funcionalistas que predominaban en la sociología de la época. Además, se nutre de las contribuciones de destacados teóricos de la sociología cualitativa, como Erving Goffman y George Simmel (de la Torre et al. , s. f.).

El uso de la Teoría Fundamentada ofrece directrices claras que facilitan la comprensión y explicación del comportamiento y la realidad en áreas específicas de interés. Así, proporciona las herramientas y los elementos necesarios para el análisis de datos, el desarrollo de conceptos y la creación de teorías que permiten una mejor comprensión de fenómenos particulares.

A través de esta teoría se puede acceder a la realidad de los significados, las percepciones y las experiencias que construyen las personas en relación con situaciones específicas. La Teoría Fundamentada se presenta, así como una alternativa válida para investigaciones cualitativas, especialmente aquellas que abordan la experiencia de la enfermedad, uno de sus principales enfoques que ha permitido describir y comprender este fenómeno y sus características más relevantes (Palacios Rodríguez, 2021).

El proceso de la Teoría Fundamentada se inicia con la recopilación de datos, que luego se transcriben. A partir de ahí, se redactan memorandos y se realiza una codificación abierta. De los códigos emergen categorías, que a su vez dan lugar a temas que culminan en una teoría o modelo explicativo. A partir de las categorías deductivas iniciales, cuando estas existen, se revisan los

datos para que surjan categorías inductivas, lo que a su vez genera nuevas categorías deductivas. Este ciclo se repite mediante la revisión y análisis de las categorías inductivas (Suddaby, 2006).

Suddaby (2006) propone que la calidad en los métodos cualitativos se puede evaluar a partir de los siguientes criterios:

Credibilidad: La veracidad de los hallazgos desde la perspectiva de los entrevistados y el contexto en el que se desarrolla la investigación.

Transferibilidad: En qué medida los hallazgos pueden ser aplicados a otros contextos.

Confiabilidad (dependability): El grado en que la investigación produciría hallazgos similares y coherentes si se realizara de la manera en que se ha descrito.

Confirmabilidad: evidencia que...

2.4 La teoría polivagal, desarrollada por el Dr. Stephen Porges

Habla de entender cómo responde el sistema nervioso y cómo se llegan a manifestar emociones y comportamientos. Se centra en el funcionamiento del nervio vago, el cual tiene un papel importante sobre las respuestas que damos al estrés y a las relaciones con los demás. De acuerdo a esta teoría, nuestro sistema nervioso cuenta con tres estados: el estado de seguridad, el estado de lucha o huida y el estado de congelación.

Para el estado de seguridad, nuestro nervio vago se encuentra activo y nos ayuda a conectar con los demás, pues nos permite sentir empatía y disfrutar de la vida. Este estado, llega a ser el ideal para la comunicación y la conexión emocional.

En cuanto al estado de lucha o huida, se activa por alguna situación que nos haga sentir amenazados, el estrés provoca que nuestros músculos lleguen a tensarse y nuestro corazón a acelerarse. Es un momento difícil, tanto para pensar con claridad como al relacionarse con alguien más. Nuestro simpático sistema se activa.

Por otra parte, si este tipo de situaciones llegan a prolongarse o ser demasiado intensas, entramos a un estado de congelación, ya que en este estado nos desconectamos, como si nos encontráramos en un modo de supervivencia. Otra razón por la que llegamos a encontrarnos en este estado es el estrés crónico, lo que provoca que se activen otras cosas del organismo y nos lleven a un agotamiento. Un ejemplo de situaciones que nos hacen caer en este estado, donde nos llegamos a sentir incapaces de luchar o escapar, son el trauma y el abuso.

Es por eso que, esta teoría nos ayuda a entender cómo estos estados nos afectan emocionalmente y socialmente. Es por eso que mediante esta teoría se busca identificar el estado en el que nos encontramos y se proponen actividades como el mindfulness, técnicas de respiración y ejercicios que nos permitan conectar con los demás.

2.5 Estrategias de intervención

Para disminuir los efectos negativos que provoca el rol del cuidador, se implementaron diferentes estrategias enfocadas en el bienestar de los CPI. Este estudio se realizó en tres etapas.

2.6 Primera etapa.

En la primera etapa, se tuvo como objetivo principal determinar el efecto del acompañamiento psicosocial en los Cuidadores Primarios Informales (CPI) dentro de sus domicilios, evaluando su impacto en el bienestar y malestar emocional. Se buscó evaluar el efecto del acompañamiento psicosocial en el bienestar emocional de los CPI, determinar el impacto de las técnicas de relajación (respiración diafragmática, imaginería guiada y relajación muscular) en la reducción del estrés y ansiedad.

2.6.1 Definición de CPI

Un cuidador primario informal (CPI), es aquella persona encargada de apoyar en diferentes necesidades básicas e instrumentales del paciente, no disponen de una capacitación previa, no reciben una retribución económica y no cuentan con un horario específico para el cuidado.

2.6.1.1 Características del CPI

Según la Guía Práctica del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social 2015), los CPI al realizar su trabajo como cuidadores tienden a desarrollar síntomas de sobrecarga emocional y física debido a la intensidad de su labor. Entre los principales síntomas se destacan:

Médicos:

- Salud física deteriorada.

- Cefalea, cansancio y trastornos digestivos.

- Problemas musculoesqueléticos (lumbalgia, artritis).

- Alergias y afecciones en la piel.

- Descontrol de enfermedades crónicas preexistentes.

Psicológicos:

- Ansiedad, depresión e insomnio.

- Miedo, angustia, irritabilidad y labilidad emocional.

- Sentimientos de culpa y dependencia emocional.

Sociales:

- Falta de apoyo familiar y social.

- Restricción del tiempo libre y aislamiento.

- Pérdida de interés en otras actividades.

- Problemas laborales y cargas económicas.

2.6.2 Apoyo social

Thoits lo define como el grado en el que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con los otros, entendiendo como necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación.

Dimensiones del apoyo social clásicamente se han definido dos dimensiones del apoyo social:

a) Apoyo estructural o cuantitativo. También denominado red social. Se refiere a la cantidad de relaciones sociales o número de personas a las que puede recurrir el individuo para ayudarle a resolver los problemas planteados (por ejemplo, familia, amigos, situación marital o pertenencia al grupo de pares), y la interconexión entre estas redes. Esta red social tendrá características en cuanto al tamaño, frecuencia de contactos, composición, densidad, parentesco, homogeneidad y fuerza. Dependiendo de sus características, una red puede ser más efectiva para satisfacer ciertas necesidades en particular.

b) Apoyo funcional o cualitativo. Tiene un carácter subjetivo y se refiere a las percepciones de disponibilidad de soporte. Cobb la concibe como la percepción que lleva el individuo a creer que lo cuidan, que es amado, estimado y valorado, que pertenece a una red de comunicaciones y obligaciones mutuas. Sus componentes más importantes son el apoyo emocional, informativo, instrumental, afectivo e interacción social positiva:

Apoyo emocional: Está vinculado al cariño y la empatía, se considera uno de los tipos de apoyo más significativos. Generalmente, cuando las personas sienten que alguien les brinda apoyo, tienden a definirlo en términos de apoyo emocional.

Apoyo informativo: Se refiere a la información proporcionada a otros, con el fin de que puedan utilizarla para enfrentar situaciones problemáticas. A diferencia del apoyo instrumental,

la información en sí misma no representa una solución directa, sino que capacita a quien la recibe para que pueda ayudarse a sí mismo.

Apoyo instrumental: Es ofrecido cuando se utilizan ayudas instrumentales o materiales que directamente ayudan a quien lo necesita.

Apoyo afectivo: Se refiere a las expresiones de afecto y amor que le son ofrecidas a los individuos por parte de su grupo más cercano. Interacción social positiva: la interacción social se relaciona con pasar tiempo con los otros y la disponibilidad de estas para distraerse, divertirse, etc. Este carácter multidimensional del apoyo social es objeto de controversia.

2.6.3 Organización de tiempo

Organización del tiempo se define como "proceso de organizar y administrar eficientemente el tiempo disponible para llevar a cabo tareas, actividades y proyectos" (Orientación UCR, s.f.).

La planificación del tiempo es una técnica útil para el manejo efectivo de nuestros horarios diarios. Al convertirla en un hábito, puede tener un impacto positivo significativo, como:

Reducir los niveles de estrés

Evitar olvidar actividades importantes

Disfrutar de tiempo para hobbies y actividades personales

Mejorar la productividad y eficiencia

Aumentar la sensación de control y organización en la vida diaria

Al implementar esta técnica, se puede lograr un equilibrio saludable entre trabajo, descanso y actividades personales, lo que a su vez puede mejorar el bienestar general.

2.6.4 Límites de la persona dependiente

Los cuidadores informales primarios enfrentan desafíos significativos en su labor, incluyendo demandas físicas y emocionales, agresividad o actitudes groseras por parte de los dependientes, estrés y agotamiento y sacrificios personales y familiares.

El cuidado domiciliario de personas, si bien es deseable por su enfoque centrado en la permanencia en el entorno familiar, presenta límites importantes. Hanine (s.f.) señala que factores como la negativa del paciente a ser asistido, la complejidad clínica, la falta de apoyo familiar o profesional, y la presencia de alteraciones cognitivas graves pueden volver inviable este tipo de atención.

El reconocimiento de estos límites es esencial para garantizar la seguridad tanto del paciente como del cuidador. Por ello, se requiere una evaluación constante del estado de salud, del entorno y de las capacidades del cuidador. Cuando las necesidades superan los recursos disponibles, la derivación a una institución especializada se convierte en una medida ética y responsable.

2.6.5 Solicitud de ayuda y apoyo

La sobrecarga llega a perjudicar el estado de bienestar de un cuidador informal, llegando a afectar la calidad de atención que le brindan a la persona dependiente. Del mismo modo, un cuidador no llega a recibir apoyo de familiares, ya sea porque no saben pedir ayuda o porque ésta no es ofrecida.

El poder compartir estos cuidados, les permite prevenir y/o aliviar la sobrecarga. Por esta razón, se plantean estrategias y herramientas prácticas para las personas que desempeñan el rol de cuidador, por una parte, se planteó pedir ayuda a familiares, para repartir los cuidados de la

persona dependiente, y, asimismo, encontrar alternativas que les permitan reducir el tiempo y esfuerzo que dedican al cuidado.

2.7 Segunda etapa.

Durante esta segunda etapa del proyecto, el enfoque principal fue la escritura emocional autorreflexiva (EEA). Además, se trabajaron conceptos clave como la regulación emocional, la escucha activa, la escritura expresiva y la atención plena (mindfulness), los cuales fueron implementados a través de diversas técnicas y ejercicios para promover el bienestar emocional de los cuidadores. Se trabajó con los cuidadores para fomentar esta práctica como una herramienta de autocuidado emocional.

A través de ejercicios guiados de escritura, los cuidadores tuvieron la oportunidad de reflexionar sobre sus vivencias traumáticas, resignificar emociones y pensamientos. Esto no solo les permitió liberar tensiones acumuladas, sino también identificar y procesar emociones complejas relacionadas con su vivencia, promoviendo un mayor bienestar emocional y una mejor capacidad para afrontar dicha situación.

2.7.1 Escritura emocional autorreflexiva (EEA)

La escritura emocional autorreflexiva (EEA) es una técnica terapéutica que consiste en escribir sobre uno o más eventos que actúan como detonantes de emociones y pensamientos negativos, con el objetivo de alcanzar un alivio emocional a través de un análisis más profundo de lo que sentimos y cómo nos afecta. Esta práctica invita a las personas a explorar sus experiencias desde una perspectiva consciente y auténtica, dejando de lado las reglas estrictas de estructura y gramática para enfocarse en la conexión emocional con la situación.

La escritura expresiva consiste en plasmar pensamientos y emociones en palabras, facilitando la exploración y procesamiento de experiencias personales. Estudios recientes han evidenciado que esta práctica puede aliviar síntomas de ansiedad y depresión, promoviendo una mejor salud mental (Smyth & Pennebaker, 2018). Al expresar emociones a través de la escritura, se facilita la comprensión de experiencias traumáticas o estresantes, lo que contribuye a una mayor resiliencia emocional (Baikie & Wilhelm, 2019).

La EEA se fundamenta en la idea de que al expresar por escrito lo que nos afecta, no solo liberamos tensiones acumuladas, sino que también logramos organizar nuestras emociones, identificar patrones y comprender mejor nuestras reacciones. Además, esta técnica tiene un impacto positivo en la regulación emocional, al permitirnos externalizar pensamientos que de otra manera podrían quedar reprimidos.

Por lo cual, una de sus principales características es que ayuda a resignificar la experiencia descrita y vivida mediante este análisis de emociones y pensamientos ya que se facilita un análisis más objetivo que nos permite reinterpretar los eventos de manera que promuevan el crecimiento personal. Al escribir sobre el recuerdo más doloroso desde la primera persona (yo, mí, a mí, etc.), lo que permite conectar de manera directa con las emociones asociadas al evento. Escribir de forma continua sin censura ayuda a expresar el impacto emocional de la experiencia con autenticidad. En cambio, en tercera persona (él, ella, etc.) crea distancia emocional, lo que facilita observar el evento desde una perspectiva externa y menos cargada de subjetividad. Este enfoque ayuda a reinterpretar la situación con mayor objetividad.

2.7.2 Escucha activa

Es la habilidad comunicativa al prestar atención plena al interlocutor, comprendiendo tanto el contenido verbal como el no verbal. Estudios han demostrado que la práctica de la escucha activa mejora las relaciones interpersonales y contribuye al bienestar emocional, ya que facilita una comunicación más efectiva y empática. Además, investigaciones recientes sugieren que la escucha activa puede reducir los niveles de estrés y mejorar la satisfacción en las relaciones personales y profesionales (Keaton et al., 2020)

2.7.3 Atención plena (mindfulness)

La atención plena, o mindfulness, se define como la conciencia que surge al prestar atención al momento presente de manera intencional y sin juzgar. Esta práctica ha demostrado ser efectiva en la reducción del estrés y la promoción de la regulación emocional. Diversos estudios recientes han evidenciado que la atención plena puede disminuir la sintomatología asociada al estrés, mejorando la satisfacción laboral y el bienestar psicofísico (Chiesa et al., 2021; Creswell et al., 2019).

2.8 Tercera etapa.

Finalmente, se contó con un acompañamiento grupal. Para esta última etapa, las sesiones se manejaron de manera conjunta, tanto estudiantes como cuidadores, y se llevaron a cabo temas relacionados a problemas del grupo e individuales, por lo cual todos se vieron beneficiados por la información dada y a su vez permitiéndose aplicar a su vida y cuidado. Por otro lado, las cuidadoras y los cuidadores trataron en conjunto que se comenzaran a identificar como grupo al realizar un escudo y establecer un nombre.

2.8.1 Integración grupal

La integración grupal fomenta un ambiente de confianza, colaboración y respeto mutuo entre los involucrados. Los miembros del grupo aprenden a reconocer y aceptar la diversidad de cada participante, lo que propicia la valoración de una mentalidad abierta coherente con la realidad social (Pérez, 2017). Para fortalecer la cohesión grupal, es esencial establecer una integración social sólida, así como desarrollar relaciones comunicativas y afectivas entre los miembros.

Estos aspectos refuerzan el sentido de pertenencia y facilitan la colaboración hacia el cumplimiento de los objetivos y valores compartidos. A su vez, unas buenas relaciones interpersonales generan un entorno de confianza y respeto, mejorando la comunicación, la comprensión y el apoyo mutuo. Cuando hay una integración fuerte y relaciones efectivas en un grupo, los miembros logran sus metas de manera positiva y motivada.

2.8.2 Reconocimiento de emociones

Reconocer nuestras emociones es un primer paso para tomar conciencia de lo que experimentamos, identificar y dar significado a esos sentimientos, y, con ese conocimiento, evaluar estrategias que nos permitan alcanzar un estado de bienestar. Poder distinguir si sentimos tristeza, ira o enojo facilita enormemente el entendimiento sobre cómo enfrentar cada emoción y entender por qué nos encontramos en ciertas situaciones. Esta identificación nos permite gestionar de mejor manera los desafíos cotidianos y expresar nuestras emociones de forma amable y directa.

Las emociones que más frecuentemente encontramos en nuestra vida son las siguientes: el miedo nos advierte sobre posibles peligros y nos invita a ser cautelosos y a comunicarnos con alguien de confianza; la frustración aparece cuando las cosas no salen como esperamos, enseñándonos a resolver problemas y a solicitar ayuda; la tristeza es una reacción natural ante

situaciones conmovedoras y, aunque suele ser pasajera, es fundamental buscar apoyo si se prolonga; la alegría nos revela qué actividades nos benefician como compartir con otros, expresarnos o practicar deportes y nos motiva a repetir esas experiencias.

2.8.3 La ira desde el ciclo del estrés y regulación emocional.

La ira es un sentimiento de furia e indignación contra alguien, representado con gran pasión, y en el que el individuo se deja llevar por sus impulsos y, a menudo, actúa en forma irracional. La Asociación Psicológica Americana (2010) reconoce la ira como la representación más intensa del enojo, por lo cual parece más certero que muchos aspectos de esta emoción sean definidos como parte del enojo (Facultad de Psicología & Dirección General de Divulgación de las Humanidades, 2022).

Según Cores (2023), un ataque de ira es una reacción emocional intensa y descontrolada de enfado o frustración que puede ser desencadenada por una situación o estímulo específico. Durante estos episodios, una persona puede experimentar una variedad de síntomas físicos y emocionales, como sudoración, aumento de la frecuencia cardíaca, así como comportamientos violentos o destructivos.

El concepto de regulación emocional se refiere a que las personas no solo sienten emociones, sino que también aprenden a manejarlas. Se posicionan frente a sus emociones y consideran las repercusiones de estas, actuando en consecuencia. Pueden regular sus emociones durante cualquier fase del proceso emocional o incluso anticiparse a su aparición. Es importante destacar que hablar de manejo emocional no implica que este proceso sea siempre voluntario y planificado. De hecho, en muchas ocasiones, no lo es (Frijda, 1986; Gross, 2014; Gross y Thompson, 2007).

2.8.4 Comunicación asertiva

La comunicación asertiva es una manera de comunicación, donde se busca expresar ideas, opiniones y sentimientos. Es importante, porque así se establece la capacidad para poder impulsar relaciones sanas y efectivas, en cualquier ámbito. Ya que, así la persona llega a expresarse de manera clara, directa y respetuosa, evitando agredir, malinterpretar o llegar a conflictos.

Al ser asertivos, fomentamos respeto y se establecen límites claros, donde se permite construir vínculos más fuertes, es decir, relaciones sólidas y saludables. (Loarte, s. f.)

Los beneficios de expresar de manera clara y sana, son:

Límites saludables

Fortalecimiento de relaciones

Estar en un ambiente de respeto

2.8.5 Duelo y Apoyo social.

El duelo se define como el proceso al que nos enfrentamos ante una pérdida. Por otra parte, se habla del duelo como aquella reacción emocional y del comportamiento que se presenta ante una pérdida cuando algún vínculo afectivo llega a romperse. (Gil-Julia, B., Bellver, A., & Ballester, R. 2008).

Tipos de duelo:

Duelo patológico. Es también conocido como duelo complicado, de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana, debido a la referencia sobre las reacciones anormales. Se llega a considerar de riesgo, por el tiempo en el que se prolonga el dolor.

Duelo anticipado. Suele iniciar mucho tiempo antes de la pérdida, debido a un diagnóstico que produce tristeza y lleva al sujeto a compartir sus sentimientos y prepararse para alguna despedida.

Duelo inhibido o negado. Es la negación de vivir un duelo, debido a que la persona no llega a afrontar realmente una pérdida.

Duelo crónico. Consta de una larga duración, pero al término se llega a una conclusión satisfactoria. Este tipo de duelo, llega a durar una vida completa.

El desarrollo del duelo, se constituyen en tres etapas, las cuales son consideradas clínicamente y por las que siempre se pasan (Dávalos et al., 2008):

El inicio o primera etapa. Es aquel estado de choque, llegando a causar diferentes alteraciones a la persona. Como primera reacción se puede tener la negación, el rechazo y tener un comportamiento tranquilo, sensible o alterado, pues se trata de aquel sistema de defensa. Es una fase de corta duración.

Etapla central. Se identifica por ser el núcleo del duelo, debido al estado depresivo y por su larga duración. Ya que es una etapa donde se presentan constantemente los recuerdos y se añoran los detalles compartidos con el ser querido. En este estado depresivo, se llegan a integrar el sentimiento de soledad tanto social como emocional.

Etapla final. Es un momento de desarrollo y adaptación. Es el momento en el que el sujeto comienza a pensar y mirar el futuro, por otra parte, nuevas relaciones sociales aparecen. Es el momento en el que el estado de depresión y el dolor comienzan a disminuir y la persona comienza a experimentar alivio.

2.8.6 Redes de apoyo

Una red de apoyo es un conjunto de relaciones en las que se brinda soporte emocional, material y permite establecer vínculos solidarios y de comunicación, desempeñando un papel importante en la vida de un individuo.

Tipos de redes de apoyo.

Las redes de apoyo pueden clasificarse en tres tipos:

Red de apoyo primaria. Está compuesta por profesionales de la salud, ofrecen tratamiento y cuidado directo, y, además, brindan orientación especializada para abordar desafíos de salud mental. El personal profesional de la salud, está conformado por psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales. Por otra parte, se encuentra la familia, quienes ofrecen apoyo emocional, comprensión y acompañamiento.

Red de apoyo secundaria. Se conforma de amistades cercanas, donde ofrecen un espacio seguro e informal para expresar emociones y compartir experiencias. Las amistades son un apoyo emocional diferente y permiten crear un sentido de pertenencia y conexión social.

Red de apoyo terciaria. Por último, esta red es aquella que se conforma por personas que han experimentado situaciones similares. Son aquellos grupos que ofrecen un ambiente de comprensión y solidaridad, aquí cada participante habla de su experiencia y brindan aprendizaje y establecer una comunidad comprensiva. Llega a ser una red benéfica, debido a las experiencias similares, la escucha activa, comprensión y aceptación.

2.8.7 Relaciones sanas y cómo establecerlas.

Las relaciones y conexiones que establecemos con las personas a nuestro alrededor son importantes para nuestro bienestar y salud mental, por lo cual, es importante aprender conductas

y acciones que permitan vincularnos a otras personas de forma armoniosa y amable, que no lleve a conductas y emociones que generan tensiones o problemáticas con familiares, amigos y pareja.

Estas tensiones son más recurrentes cuando estamos a cargo de cuidar a otra persona, que no puede valerse por sí mismo en su totalidad y, demuestran una conducta más autoritaria y exigente sobre la persona que lo está cuidando.

Por eso, las relaciones sanas se construyen sobre la base de una comunicación sana, el respeto mutuo y la confianza. En una relación saludable, ambos miembros se sienten valorados y respetados, y sus límites son respetados adecuadamente. Los límites pueden ser físicos, emocionales y sexuales, (The SAFE Alliance, s.f.). Por lo tanto, considerar una relación como sana es fundamental que no haya lugar para actos abusivos ni violentos (Lara, Providell y Labra, 2020).

Según Access Community Health Network (2024), las características de una relación sana

Límites: Capacidad de encontrar formas de satisfacer las necesidades del otro de manera que los hace sentir cómodos.

Comunicación. Poder compartir sus sentimientos, incluso cuando no están de acuerdo, de una manera que hace sentir a la otra persona, segura, escuchada y no juzgada.

Consentimiento. Una relación sana envuelve relaciones sexuales consensuales. Su pareja no le está obligando ni culpando a que haga nada que no quiera hacer. El consentimiento puede otorgarse y retirarse en cualquier momento.

Alegría. Una relación sana es alegre para ayudar a aliviar la tensión.

Trabajo en equipo. Apoyarse y ayudarse mutuamente.

Respeto. Respetar mutuamente las elecciones y decisiones y apoyarse en todo lo que quieran hacer.

2.8.8 Autocuidado

El autocuidado es un aspecto esencial que complementa y potencia estas redes de apoyo y relaciones saludables, permitiéndonos atender nuestras propias necesidades emocionales y físicas para mantener un bienestar integral.

De acuerdo con Cáceres, González y Torres (2022), el autocuidado se presenta como un enfoque hacia la salud en el que la persona asume la responsabilidad de llevar a cabo acciones, tanto individuales como colectivas, que promuevan o restablezcan un bienestar integral y ayuden a prevenir enfermedades.

En este contexto, el autocuidado implica la adopción de prácticas que, en función de los intereses personales, las habilidades adquiridas y las costumbres culturales, no solo favorecen la supervivencia, sino que también impulsan la responsabilidad en la gestión de la salud propia.

La Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones sugiere cinco medidas clave para el autocuidado:

Realizar ejercicio y mantenerse activo físicamente para mejorar la salud general, incrementar la energía, reducir el estrés y mitigar la ansiedad.

Mantener una alimentación equilibrada y asegurar una adecuada hidratación.

Procurar un buen descanso, evitando el uso de pantallas antes de dormir y limitando el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Socializar con seres queridos y miembros de la comunidad a través de actividades sociales, culturales y deportivas.

Reducir el estrés mediante la práctica de la meditación, técnicas de respiración y ejercicios de relajación.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar el efecto del acompañamiento psicosocial en los Cuidadores Principales Informales (CPI) dentro de sus domicilios, evaluando su impacto en el bienestar y malestar emocional en la colonia San Miguel Teotongo, Iztapalapa.

3.2 Objetivos específicos

- Evaluar el efecto del acompañamiento psicosocial en el bienestar emocional de los CPI.
- Analizar el impacto de la atención plena y la escucha activa en las experiencias emocionales de los participantes, mediante la escritura emocional autorreflexiva.
- Determinar la efectividad de técnicas de relajación (respiración diafragmática, imaginación guiada y relajación muscular progresiva) en la reducción de niveles de estrés y ansiedad.
- Comparar los niveles de bienestar y malestar emocional de los CPI al inicio y al final de las etapas del programa para identificar posibles cambios significativos.

4 CONTEXTO

La intervención comunitaria se desarrolló en la colonia San Miguel Teotongo, ubicada al oriente de la Ciudad de México, en la Sierra de Santa Catarina de la alcaldía Iztapalapa y tiene una altitud de 2,339 metros. Es uno de los 47 barrios que conforman la Sierra de Santa Catarina, un cinturón de volcanes y desarrollos humanos en el sureste de la ciudad. Justo al lado de la autopista México-Puebla.

Cuenta con 18 Secciones y una población de más de 200 mil habitantes, nuestro principal enfoque fueron las secciones unión de colonos, la cruz y lomas de Zaragoza utilizando centros comunitarios como utopía, el local de unión de colonos y el museo comunitario como puntos de reuniones tanto para enfoques grupales en cuidadores y para los facilitadores.

La colonia se originó en 1970 y entre sus primeros pobladores fueron de origen étnico chocholteca, colonos de origen rural de la Mixteca oaxaqueña, que poco a poco fueron dándole una figura a esto, años después se creó un grupo llamado “ unión de colonos” qué su principal función fue crear espacios para la comunidad como museos, escuelas, mercados, parques y comedores comunitarios donde el principal objetivo es beneficiar a la población que habita en esta Colonia con lugares para la creatividad y alivianar un poco el peso económico.

Figura 1. Mapa de ubicación de San Miguel Teotongo.



Fuente: Google Maps

Local de unión de colonos

Según la Unión de Colonos de San Miguel Teotongo (s.f.), la transformación de un pequeño cuarto con techo de lámina y muros de cartón en un recinto comunitario multifuncional que atiende tanto necesidades culturales como problemas del día a día, como los cobros excesivos de luz, es un testimonio inspirador del poder del trabajo comunitario y la determinación.

Todo comenzó cuando miembros de la Unión de Colonos de San Miguel Teotongo (UCSMT) se dieron cuenta de que necesitaban un espacio para abordar los desafíos que enfrentaban como comunidad. Este modesto cuarto se convirtió en el punto de partida. A través de esfuerzos voluntarios y la contribución de recursos locales, la UCSMT comenzó a renovar el espacio, paso a paso. Cinto comunitario de la UCSMT es un faro de esperanza y progreso. Gracias al esfuerzo y el compromiso de la comunidad, puede albergar proyectos de avanzada que impulsan el desarrollo cultural y social de San Miguel Teotongo.

Figura 2. *Local de unión de colonos*



Fuente: Google Chrome

Utopía teotongo

Según el Gobierno de la Ciudad de México, la Utopía Teotongo es una de las más visitadas de las Utopías Iztapalapa. El avión está equipado con un simulador de vuelo que ofrece a los niños la oportunidad de surcar los cielos. Pero también alberga unas 25,000 obras digitales y unos 230 libros impresos. La Utopía también tiene:

Clases de natación en la alberca semiolímpica

Un amplio Centro de Boxeo con clases regulares y torneos

Un gimnasio al aire libre

Sesiones programadas de Yoga y Taichi,

El Skateboard Park más grande de la zona rodeado de un circuito de Parkour

Los corredores se lanzan a la pista de grava, que rodea el campo de fútbol y las pistas multiusos.

También se organizan talleres de arte y el auditorio tiene capacidad para unas 400 personas.

La Utopía se encuentra en medio de tres ciudades históricas. Entre ellos se encuentran dos de los 15 asentamientos originales de Iztapalapa: Santa Marta Acatitla y Santiago Acahualtepec, directamente al oeste.

Figura 3. *Utopía teotongo*



Fuente: Google chrome

Museo comunitario San Miguel Teotongo

El Museo Comunitario de San Miguel Teotongo comenzó poco después del descubrimiento en 1991 de un ritual de entierro en el barrio. En 1993, un equipo de investigación se encargó de localizar más artefactos y descubrió que casi todos los residentes habían encontrado al menos algo, por ejemplo, en sus casas, en las colinas circundantes o bajo una banca del jardín.

Para proteger todo, se construyó el museo, que se inauguró en octubre de 1994. Hoy exhibe los muchos artefactos recuperados por los residentes. Con una gran sala de exposiciones dedicada a la colección, puede llevar una buena parte de la tarde recorrerlo todo. Destacan en la colección obras de cerámica y alfarería, cuchillos de obsidiana, tallas de piedra y una figura de un mono que baila. Todo ello está claramente relacionado con la larga tradición artística, dancística y científica de la cultura náhuatl (Gobierno de la Ciudad de México).

Figura 4. *Museo comunitario San Miguel Teotongo*



Fuente: Google chrome

MÉTODO

4.1 Planteamiento del problema

En la Ciudad de México se han detectado múltiples casos en los que familiares de personas con enfermedades crónicas, degenerativas o cognitivas, al no contar con los recursos económicos suficientes para contratar a una enfermera o a un profesional capacitado en el cuidado, asumen ellos mismos esta labor sin tener el conocimiento previo necesario sobre la enfermedad a la que se enfrentan ni sobre las implicaciones físicas, emocionales y psicológicas que conlleva cuidar a un paciente en estas condiciones.

A estas personas se les conoce como Cuidadores Informales Primarios (CIP). Al ser los responsables directos del cuidado y mantener un contacto constante con el paciente, estos cuidadores enfrentan una carga significativa que afecta diversas áreas de su vida. Entre los principales efectos negativos se encuentran el deterioro de su salud emocional y física, el aislamiento social, y la afectación de su situación económica. Frecuentemente, llegan a descuidar

su propio bienestar hasta el punto de perder conciencia sobre la importancia de su autocuidado, lo cual puede traer repercusiones graves a corto y largo plazo, tanto para ellos como para la persona enferma que depende de su atención.

En San Miguel Teotongo, una de las zonas más densamente pobladas de la alcaldía Iztapalapa se ha identificado un creciente número de casos, ya que al ser una de las zonas con gran población, pero con un nivel medio bajo en recursos, los familiares se disponen a cuidar de la persona enferma debido al límite acceso a servicios profesionales de salud y cuidado especializado., por lo cual, también trae consigo problemas familiares desencadenando conflictos, desgaste en las relaciones y una distribución desigual de las responsabilidades del cuidado.

Debido a la poca visibilización de este problema, existen muy pocas ayudas por parte de las instituciones públicas tanto a nivel económico, emocional y de capacitación de acuerdo a la enfermedad del dependiente. Lo cual es importante para obtener un mejor autocuidado y salud mental para el CPI encargado de esta labor.

4.2 Justificación

Los CPI desempeñan un papel crucial en la atención y cuidado de familiares o amigos con necesidades especiales, enfermedades crónicas o discapacidades, sin embargo, esta responsabilidad puede tener un impacto significativo en su bienestar emocional, físico y social. De acuerdo a la literatura se ha demostrado que los CPI experimentan problemas psicosociales y físicos, incluyendo ansiedad, depresión, aislamiento social y cambios en la dinámica familiar, un índice alto de estrés, sobrecarga emocional, alteraciones del sueño, enfermedades cardiovasculares, problemas musculoesqueléticos y gastrointestinales.

Además de los problemas psicosociales y físicos que enfrentan los cuidadores, también se detectó la existencia de conflictos familiares que revisten gran importancia para ellos, incluyendo tensión y conflicto con otros familiares respecto al cuidado, dificultades para establecer límites, distribuir responsabilidades, sentimientos de culpa, responsabilidad excesiva, cambios en la dinámica familiar como los roles, y dificultades para mantener relaciones saludables fuera del cuidado. Esto puede llevar a la represión de emociones y dificultades para identificar las situaciones que generan estrés y ansiedad, agravando los problemas psicosociales y físicos como ansiedad, depresión, estrés crónico, agotamiento, problemas de sueño, salud física, aislamiento social y pérdida de identidad, por lo que es fundamental reconocer la importancia de abordar estos conflictos familiares, proporcionar apoyo y recursos a los cuidadores para mitigar su impacto en su salud y bienestar.

En la colonia San Miguel Teotongo, ubicada en la alcaldía Iztapalapa, se ha identificado una alta prevalencia de cuidadores informales que enfrentan condiciones de vulnerabilidad tanto económica como emocional. Frente a esta realidad, surge la necesidad de implementar estrategias de acompañamiento psicosocial que les brinden herramientas prácticas y contención emocional para afrontar su labor diaria de manera más saludable.

4.3 Tipo de estudio y diseño

El Programa de Evaluación e Intervención Psicosocial con Cuidadores Primarios, ubicado en San Miguel Teotongo, Iztapalapa, implementó un enfoque para promover el bienestar y mejorar la calidad de vida a través de un acompañamiento psicosocial de cuidadores primarios informales. A través de un diseño de investigación mixta, que combina métodos cualitativos y cuantitativos, este programa busca empoderar a 51 participantes para priorizar su autocuidado y alcanzar un equilibrio saludable en su salud mental.

4.4 Muestreo

Se ocupó un tipo de muestreo no probabilístico, se reunió un grupo de cuidadores primarios informales en la colonia de San Miguel Teotongo, la cual se encuentra ubicada en la alcaldía de Iztapalapa en la Ciudad de México.

4.5 Participantes

La muestra no probabilística estuvo constituida por 49 Cuidadores Primarios Informales, durante la primera y segunda fase, sin embargo, únicamente 32 CPI fueron los que concluyeron estas etapas del programa. La edad promedio de los participantes que concluyeron fue de 55.5 (15.1), con un rango de edad de 18 a 79 años. El 84.38% eran mujeres y el 15.63% hombres. Asimismo, el promedio de años de ser cuidadores es de 14 (14.4), con al menos 4 meses y máximo 50 años. Respecto a su estado civil, el 43.75% se encuentra casados, el 18.75% están separados, el 6.25% viven en unión libre, 9.38% son viudos, y, por último, 21.88% se encuentran solteros. Por otra parte, el promedio de hijos de los CPI es 2.5 (2.02), de los cuales va desde 0 a 10 hijos. Finalmente, el 50% cuenta con educación básica (25% primaria, 21.88% secundaria y con primaria incompleta 3.13%), 21.88% cuentan con educación media superior, y el 15.63% con educación superior (3.13% licenciatura y 12.50% carrera técnica), por último, el 12.50% no cuentan con ningún nivel educativo.

4.6 Población

La población estuvo constituida en un inicio por 49 cuidadores informales, pero terminaron 32 cuidadores el programa completo.

Sin embargo, en la última etapa este número se redujo a 30 participantes dado que, en la parte de Museo las dos primeras etapas fueron individuales y al final grupal solo asistieron un máximo de 15 cuidadores y, en la parte de Utopía Teotongo y Unión de colonos algunas de las

cuidadoras que trabajan de manera individual, se integraron a los grupos ya realizados en años pasados al grupo de colibríes y

4.6.1 Criterios de inclusión

Personas cuidadoras y autocuidadoras, sin importar su edad y que residen en la colonia de San Miguel Teotongo, en la alcaldía Iztapalapa, ubicada dentro de la Ciudad de México.

4.6.2 Criterios de exclusión

Personas no cuidadoras y autocuidadoras y que no residen en la colonia de San Miguel Teotongo, en la alcaldía Iztapalapa, ubicada dentro de la Ciudad de México.

4.6.3 Criterios de eliminación

Cuidadoras que decidieron no seguir con el proyecto voluntariamente, cuidadoras que por poca disponibilidad de tiempo no lograron seguir con el programa y cuidadoras que no tuvieron interés por el proyecto.

4.7 Población díada 6

Durante la primera y segunda etapa se trabajó de forma individual en los domicilios de las siguientes cuidadoras.

CF de 62 años y sexo femenino es autocuidadora, lleva 1 año realizándolo, sufre de hipertensión y epilepsias. Presenta niveles muy bajos de apoyo familiar, debido a la mala relación que existe con sus hermanos y su hija.

BMT, masculino y tiene 50 años, lleva 10 años siendo cuidador, por lo cual, sufre sobrecarga porque tiene a su cuidado a su madre, su hermano y su esposa.

RMCA, femenina y tiene 51 años, lleva 6 años de cuidadora y está casada con el cuidador BMT. Sufre diplopía lateral y bilateral, pues menciona que sufrió dos microinfartos, cuida de 3 personas (suegra, hermano y cuñado), tiene historial de intentos de suicidios y depresión diagnosticada.

LISC de igual manera sexo femenino, tiene 32 años y 1 año con 8 meses de cuidadora, ella es enfermera cuida a su abuelo y, es remunerada por este trabajo. Sufre de sobrepeso, tiene malos hábitos alimenticios y de activación física.

4.8 Población del grupo

Para la tercera etapa, la cual fue planteada para ser grupal, las 10 diadas del museo buscaron integrar a los cuidadores a un grupo, el cual serviría como red de apoyo para ellos.

Este grupo fue conformado por 14 cuidadores informales, el 35%, por otro lado, el 65% abandonaron el programa, pues no se presentaron a ninguna sesión.

El grupo del museo, se encontraba en un rango de edad de 38 a 86 años, lo cual permitió que se abriera un espacio de diálogo entre ellos. El 21.42% eran hombres y el 78.57% eran mujeres. Asimismo, el promedio de años de ser cuidadores es de 11.75(12.59), con al menos 1 año y un máximo de 43 años. En cuanto a su estado civil, el 35.71% se encuentra casados, el 7.14% están divorciados, el 7.14% están separados, 21.42% son viudos, y, por último, 28.57% se encuentran solteros. El promedio de hijos de los CPI es 3.5(1.88), de los cuales va desde 1 a 8 hijos. Por último, el 35.72% cuenta con educación básica (21.43% primaria y 14.29% secundaria), 35.71% cuentan con educación media superior, y el 14.29% con educación superior (licenciatura), y, por otra parte, el 14.29% no cuentan con ningún nivel educativo.

Es importante mencionar, que, al menos en dos sesiones se contó únicamente con la asistencia de 8 cuidadores.

5 UBICACIÓN

El Programa de Evaluación e Intervención Psicosocial con Cuidadores Primarios, llevado a cabo en San Miguel Teotongo, se estableció la búsqueda de 4 cuidadores primarios informales por día, donde se planeó que se realizarán un total de 33 sesiones de acompañamiento psicosocial, 22 sesiones individuales y 11 sesiones grupales.

El inicio de la primera etapa fue el día 17 de julio de 2024, constó de un primer acercamiento donde se realizó una búsqueda de participantes, en calles previamente seleccionadas y asignadas, en el que se tocó domicilio por domicilio. Se buscaban participantes que fueran cuidadores primarios (en algunos casos auto cuidadores) de algún familiar dependiente por alguna cuestión de salud o de condición. Se les explicaba brevemente de este acompañamiento psicosocial.

La primera y segunda sesión se establecieron el día 24 y 31 de julio, respectivamente, en las que se evaluó el bienestar psicosocial de los cuidadores, mediante escalas psicométricas. Por otra parte, el 7 de agosto se llevó a cabo el tema “el papel del cuidador y su importancia”, mientras que en la sesión del día 14 de agosto se trabajó “ejércitos de control de la activación. Mientras que la sesión del 21 de agosto se manejó el tema “organización del tiempo” y el 28 de agosto “límites a la persona dependiente”. El día 4 de septiembre se abordó el tema de “solicitud de ayuda y apoyo”, por su parte, el 11 de septiembre fue una sesión para aplicar escalas psicométricas, las cuales nos ayudaron a observar los cambios que hubo en los CPI.

La última sesión, de esta etapa, fue el 18 de septiembre de 2024, la cual trató de una sesión de cierre grupal, en la que participaron alrededor de 20 cuidadores.

La segunda etapa dio inicio el día 23 de octubre, en esta sesión ocurrió un reencuentro y el tema “controlabilidad”. Continuó con el 30 de octubre y el 6 de noviembre, donde se presentó una evaluación psicofisiológica, mediante escalas psicométricas. Para la cuarta sesión, 13 de noviembre, se comenzó con el ejercicio “a” de la escritura emocional autorreflexiva. Por su parte, el ejercicio “b” se realizó el día 20 de noviembre. Mientras que el ejercicio “c” y “d” se realizaron los días 27 de noviembre y 4 de diciembre, respectivamente. El 11 de diciembre, se llevó a cabo el post de la evaluación psicofisiológica.

El cierre de esta etapa se realizó el 18 de diciembre de 2024, de igual manera, en grupo y con un pequeño convivio entre cuidadores y estudiantes. Sin embargo, los días 8 de enero, 15 de enero y 22 de enero del año 2025, se llevó a cabo visitas mantenimiento, debido al periodo vacacional y para confirmación a las sesiones que se harían de manera grupal.

Para la tercera etapa, se realizó una visita a los domicilios para confirmar la asistencia al grupo, el día 12 de febrero de 2025. Dando así inicio a la etapa grupal el día 19 de febrero, con técnicas para una integración grupal. En base a los intereses del grupo, el 26 de febrero, se presentó el tema “reconocimiento de emociones”, y, por otro lado, el tema “la ira desde el ciclo del estrés y regulación emocional” se abordó el 5 de marzo.

La cuarta sesión, ocurrió el 12 de marzo con el tema “comunicación asertiva”, mientras que la quinta sesión se manejó el tema “duelo y apoyo social” y el día 19 de marzo. Mientras que el día 26 de marzo, se trabajó el tema “redes de apoyo” y también se comenzó con la creación de un escudo. “Relaciones sanas y cómo establecerlas” y “autocuidado” se presentaron el 2 y 9 de abril, respectivamente. Debido al periodo vacacional, Semana Santa, se optó porque la sesión del día 16 de abril se realizará individualmente y en los domicilios, pues el Museo Comunitario se

encontraría cerrado y no se tenía un espacio donde se pudieran reunir el grupo, la sesión del día 23 abril se llevó acabo

Para finalizar con el programa, se realizó una sesión de cierre el día 30 de abril, esta reunión fue llevada a cabo por todos los estudiantes y 3 profesores, participaron las cuidadoras de utopía, local de unión de colonos y el museo. Al finalizar la sesión, se realizó un convivio y las cuidadoras dieron motivos mensajes de despedida a los estudiantes.

6 INSTRUMENTO

Se realizaron evaluaciones psicosociales pre y post a los CPI mediante escalas psicométricas, las cuales fueron:

6.1 Escala de bienestar subjetivo (EBS-8).

Es un instrumento de aplicación breve, ya que esta es la versión corta. Es definida como la satisfacción general que surge de la evaluación de la propia vida y un estado anímico positivo, el cual integra la satisfacción por la vida y el afecto positivo dentro de sus 8 reactivos.

Según Calleja y Mason (2020), “la EBS se construyó con base en una revisión teórica, BS fue definido, para los fines de este trabajo, como la satisfacción general que surge de la evaluación de la experiencia global de la propia vida y un estado anímico positivo (Diener, Oishi, & Lucas, 2003; Hervás & Vázquez, 2013; Tomy, Weinberg, & Cummins, 2015; García-Viniegras & González Benítez, 2000). Incluye, por tanto, una dimensión cognitiva (Satisfacción con la vida) y una emocional (Afecto positivo).

6.2 Escala de salud autopercebida (SPHS).

Dividida en 3 categorías: salud psicológica, salud física y estilo de vida saludable. El estudio de la salud física sirve para identificar qué grado percibe el participante de sí mismo como

saludable, el estilo de vida es sobre el nivel que el sujeto percibe acerca de sus actividades diarias, y, por último, salud psicológica que se encamina hacia la magnitud de una persona percibe estar en contacto con sus emociones.

6.3 Escala de apoyo social (MSPSS).

De carácter auto administrable, para mayor eficacia se redujo a 12 reactivos, ya que en un principio se consideraba que la escala fuera de 24 reactivos. Se consideraron 3 tipos de apoyo, los cuales fueron el de una persona especial, familiar y el de amigos.

Es un instrumento breve desarrollado por Zimet et al. (1988), para medir la percepción individual del apoyo de tres fuentes: familia, amigos y pareja. Para calcular la puntuación total: Suma los 12 elementos. Esta puntuación total también puede calcularse como la puntuación media (dividiendo entre 12).

Para calcular las puntuaciones medias de la subescala:

Subescala de pareja: Suma los ítems 1, 2, 5 y 10, luego divide por 4.

Subescala familiar: Suma los ítems 3, 4, 8 y 11, luego divide por 4.

Subescala de amigos: Suma los elementos 6, 7, 9 y 12 y luego divide por 4.

No existen normas de población establecidas en el MSPSS. Además, es probable que estas varíen según la cultura y la nacionalidad, así como la edad y el género.

6.4 Escala de ansiedad (GAD-7).

Se busca evaluar la ansiedad mediante un instrumento de 7 reactivos, donde se relaciona la frecuencia de las molestias en las últimas dos semanas previas a la entrevista, de acuerdo a una escala tipo Likert que va de 0 (nunca) a 3 (casi todos los días).

Cada pregunta del cuestionario evalúa la intensidad de diversos síntomas de ansiedad, y la suma de las respuestas permite clasificar la gravedad de la ansiedad en diferentes niveles.

Para identificar posibles casos de trastorno de ansiedad generalizada, el GAD-7 se presenta como una herramienta rápida y sencilla para detectar esta condición en una población.

Además, en el caso de personas que ya están recibiendo tratamiento por ansiedad, el GAD-7 se convierte en un recurso valioso para evaluar la efectividad del tratamiento y realizar los ajustes necesarios en las estrategias de manejo de la ansiedad.

6.5 Escala de soledad de 3 ítems.

Es utilizada para la valoración de la soledad.

La Escala de Soledad de Tres Ítems es un cuestionario administrado por un entrevistador, desarrollado a partir de la Escala de Soledad Revisada de la UCLA . Cada pregunta se califica en una escala de 3 puntos: 1 = Casi nunca; 2 = A veces; 3 = A menudo. Todos los ítems se suman para obtener una puntuación total. Se leen al encuestado la introducción y las preguntas.

6.6 Cuestionario sobre la salud del paciente -9 (PHQ-9).

Conformado por 9 ítems, esta escala busca la presencia de síntomas depresivos basado en los síntomas que el sujeto experimentó durante las últimas dos semanas antes de la entrevista.

El PHQ-9 es una herramienta que consta de nueve preguntas diseñadas para evaluar síntomas comunes de la depresión. Las respuestas se puntúan en una escala del 0 al 3, donde 0 indica "nunca", 1 se refiere a "varios días", 2 corresponde a "más de la mitad de los días" y 3 significa "casi todos los días". La puntuación total puede oscilar entre 0 y 27 puntos. Según el resultado obtenido, se puede clasificar la gravedad de la depresión del paciente en niveles que van desde mínima (0-4), leve (5-9), moderada (10-14), moderadamente severa (15-19) hasta severa (20-27).

Permite realizar un seguimiento de la evolución de los síntomas a lo largo del tiempo, lo que resulta muy útil en contextos terapéuticos o en consultas médicas. También su disponibilidad en varios idiomas facilita su uso en diferentes poblaciones y contextos culturales.

6.7 Sobrecarga del cuidador de Zarit.

De acuerdo a las 22 afirmaciones presentadas, se indaga cómo es que se siente un CPI y la frecuencia de ese sentir, mediante una escala tipo Likert que va de 0 (nunca) a 4 (Casi siempre). La Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, también conocida como la entrevista sobre la carga de Zarit (ZBI), es una herramienta ampliamente reconocida para evaluar el estrés y la carga emocional y física que enfrentan quienes cuidan de un familiar o paciente dependiente. Esto es especialmente relevante en el contexto de enfermedades crónicas, deterioro cognitivo o discapacidades.

Desarrollada por Steven H. Zarit y su equipo en los años 80, esta escala se ha consolidado como un recurso fundamental en el ámbito clínico y de investigación para identificar la sobrecarga que pueden experimentar los cuidadores. Su propósito principal es detectar signos de agotamiento y malestar, lo que permite implementar medidas de apoyo o intervención que mejoren la calidad de vida tanto del cuidador como del paciente.

La puntuación total varía entre 0 y 88 puntos. A mayor puntuación, mayor nivel de sobrecarga. Una interpretación común de los resultados puede ser:

0–20 puntos: Ausencia de sobrecarga

21–40 puntos: Sobrecarga leve

41–60 puntos: Sobrecarga moderada

61–88 puntos: Sobrecarga intensa

6.8 Escala de atención plena (MAAS).

Este instrumento consta de 15 ítems, donde se puntúa de acuerdo a una escala tipo Likert.

Evalúa la tendencia individual hacia la atención plena o, por el contrario, la falta de ésta. Las puntuaciones obtenidas en la MAAS muestran una fuerte correlación con la autoconciencia, la rumiación y la autorreflexión.

Aquellos que logran puntuaciones más altas en mindfulness suelen informar mayores niveles de bienestar emocional, así como una autoestima elevada, optimismo y un sentido de autorrealización. Además, tienden a presentar niveles más bajos de rasgos como la ansiedad, la depresión y el descontento emocional.

Es interesante notar que algunas de nuestras necesidades básicas, como la autonomía, la conexión con otros y la sensación de competencia, suelen satisfacerse en aquellos que practican activamente la atención plena.

6.9 Escala de afecto positivo / afecto negativo en México.

Se compone de 10 ítems positivos y 10 ítems negativos, donde, se mide la frecuencia del estado afectivo del sujeto en el último mes.

Esta escala se fundamenta en la idea de que todos los seres humanos poseemos un "radar" que nos permite percibir tanto nuestras experiencias internas como externas: la conciencia. Esta conciencia se desarrolla a partir de la capacidad de enfocar nuestra atención, que es lo que conocemos como atención plena o mindfulness. Esta práctica se refiere a estar más presente y consciente de nuestra experiencia actual y del momento presente.

6.10 Escala de malestar psicológico (K-10).

Este instrumento es utilizado para la detección de ansiedad y depresión, pues mediante una escala tipo Likert se mide el malestar del sujeto sobre las últimas 2 semanas antes de la aplicación.

La K10 fue concebida para evaluar el malestar psicológico en poblaciones generales, ofreciendo una herramienta de evaluación rápida y accesible. La puntuación total se obtiene al sumar las respuestas a las diez preguntas; una puntuación elevada indica un mayor nivel de malestar psicológico.

Ha sido empleada en investigaciones sobre salud mental, en programas de prevención y atención, así como en calidad de herramienta de tamizaje para detectar a aquellas personas que podrían requerir apoyo adicional.

7 PROCEDIMIENTO

7.1 Primera fase

Las sesiones de acompañamiento se llevaron a cabo semanalmente, con la estimación de una duración de aproximadamente 50 minutos cada una, en dichas sesiones se abordó una serie de temas ya programados (Tabla 1), y se practicaron técnicas de relajación a la vez que se registró la temperatura tomada de las participantes en 3 momentos distintos: al inicio de la sesión, antes y después de la técnica. Lo acontecido en cada sesión y cada participante fue registrado en bitácoras.

Tabla 1.

Descripción de las sesiones individuales.

Nombre de sesión	Objetivos	Actividades	Técnica de relajación
------------------	-----------	-------------	-----------------------

1. Primer acercamiento	Conseguir participantes que se dedican al cuidado de otra persona.	Ir tocando puerta por puerta en las áreas asignadas, hablándoles sobre el programa e indicándoles que somos estudiantes de psicología social de la uam Iztapalapa.	Ninguna
2 y 3. Evaluación de bienestar psicosocial	Tener un primer acercamiento con los participantes y aplicar escalas psicométricas.	• Escala del bienestar subjetivo (EBS-8) • Escala de salud autopercebida (SPHS) • Escala de apoyo social (MSPSS) • Escala de ansiedad (GAD-7) • Escala de soledad de 3 ítems • Cuestionario sobre la salud del paciente -9 (PHQ-9) • Sobrecarga del cuidador de Zarit	Ninguna
4. El papel del cuidador y su importancia.	Se evaluó el estado en el que se encontraba el cuidador, mediante preguntas sobre su papel como cuidador y la aplicación de una técnica de relajación para apoyo en la gestión	Se realizaron 4 preguntas para que los cuidadores “auto valoren su papel como cuidador” y a la vez, permitir que conozcamos más sobre su papel como cuidadores.	Respiración diafragmática

5. Ejercicios de control de la activación	del estrés y el bienestar emocional. Reconocer las emociones y actividades que realizaron los cuidadores durante su semana, a la vez de aplicar ejercicios de control de activación.	Se aplicaron ejercicios de control de activación como respiraciones, al igual que preguntas para saber su nivel de tensión.	Respiración diafragmática
6. Organización del tiempo	Fomentar el autocuidado, optimizar el uso del tiempo y mejorar el equilibrio entre el cuidado y su vida personal.	Se realizaron preguntas para saber el tiempo que le dedica al cuidado de sus dependientes, también se realizó un establecimiento de rutina con todas las actividades que hace y cuánto tiempo le dedica.	Relajación muscular progresiva o pasiva.
7. Límites a la persona dependiente	Aprender a establecer límites a su familiar dependiente, comenzando a saber decir que no a las exigencias que se encuentren de más, y perder el miedo al enfrentamiento por decir “no”.	Se trabajó con una situación imaginada, donde se ponía a la persona en una situación donde le gustaría decir “no”. También, se le presentaron diferentes situaciones donde se le pedía al cuidador solucionar sin acceder a peticiones.	Imaginaria guiada.
8. Solicitud de ayuda y apoyo	Aprender a compartir el	Se presentó el ejercicio “la tarta del cuidado”, la primera tarta es	Imaginaria guiada.

	cuidado, de la mejor manera para poder evitar la sobrecarga y permitir al cuidador tener tiempo para actividades que le ayuden a relajarse.	sobre cómo está distribuido el cuidado del familiar dependiente y la segunda tarta sobre cómo desearía que estuviera distribuido el cuidado.	
9. Aplicación de escalas psicométricas	Recolección de información post, mediante la aplicación de escalas psicométricas.	● Escala del bienestar subjetivo (EBS-8) ● Escala de salud autopercebida (SPHS) ● Escala de apoyo social (MSPSS) ● Escala de ansiedad (GAD-7) ● Escala de soledad de 3 ítems ● Cuestionario sobre la salud del paciente -9 (PHQ-9) ● Sobrecarga del cuidador de Zarit	Ninguna.
10. Evaluación final y sesión grupal.	Se busca que se conozcan entre ellos para poder crear una red de apoyo de los cuidadores, que tengan más información del programa y	● Presentación del programa. ● Activación física. ● Ejercicio de integración. ● Video del proyecto. ● Testimonios de los cuidadores. ● Convivio.	Imaginaria guiada.

	conozcan a todos los que estamos representando el programa.		
--	---	--	--

Fuente: Elaboración propia.

7.2 Segunda fase

Las sesiones de acompañamiento se llevaron a cabo semanalmente, con la estimación de una duración de aproximadamente 50 minutos cada una, en dichas sesiones se abordó una serie de temas ya programados (Tabla 1), y se practicaron técnicas de atención plena. Lo acontecido en cada sesión y cada participante fue registrado en bitácoras.

Tabla 2.

Descripción de las sesiones individuales.

Nombre de sesión	Objetivos	Actividades	Técnica de relajación
1. Presentación, reencuentro y controlabilidad	Fomentar la confianza y el aprendizaje en los cuidadores mediante la aplicación de escalas psicométricas y actividades como el ejercicio del péndulo para fortalecer su percepción de controlabilidad	Ejercicio con un péndulo.	Atención plena
2. Evaluación Psicofisiológica	Aplicación de escalas psicométricas e identificación de próximos temas.	➤ Escala evaluación de estrés ➤ Escala de evaluación de apoyo social	Atención plena

		➤ Redograma	
3. Evaluación Psicofisiológica	Aplicación del diagnóstico y retomar el tema de redes de apoyo.	Diagnóstico para la medición de riesgos y enfermedades.	Atención plena
4. Escritura Emocional Autorreflexiva (primera persona)	Aplicación de la primera actividad de escritura emocional “ejercicio A”	El cuidador identificara una situación traumática de su vida y la redactó.	Detente, Respira, Observa, Procede.
5. Escritura Emocional Autorreflexiva (tercera persona)	Aplicación de la segunda actividad de escritura emocional “ejercicio B” en 3ra persona.	El cuidador continuará con la situación traumática identificada anteriormente.	Respira con Atención Plena.
6. Escritura Emocional Autorreflexiva (frases de conexión)	Aplicación de la tercera actividad de escritura emocional “ejercicio C”, con ayuda de una lista de palabras escrita en primera persona.	El cuidador continuará con la situación traumática identificada anteriormente, y la escribirá con una lista de palabras.	Escaneo Corporal.
7. Escritura Emocional Autorreflexiva (solución)	Aplicación de la cuarta actividad de escritura emocional “ejercicio D”, se dará una solución o reflexión.	El cuidador continuará con la situación traumática identificada anteriormente, y le dará una solución en su escrito.	Meditar Etiquetando.
8. Evaluación Psicofisiológica	Aplicación de escalas psicométricas	➤ Escala de bienestar subjetivo (EBS-8). ➤ Escala de Atención Plena (MAAS). ➤ Escala de Afecto positivo/	

9. Encuentro grupal	Realizar el cierre de esta segunda etapa del proyecto con los cuidadores y darles las gracias.	Afecto negativo en México. ➤ Escala de Malestar psicológico (K-10). ➤ Bienvenida y presentación ➤ Actividad de integración ➤ Activación física ➤ Presentación de tema central ➤ Técnica de relajación ➤ Testimonios ➤ Video 2da etapa (2do trimestre) ➤ Tradicional posada y convivio ➤ Cierre	Compasión por uno mismo y por los demás.
---------------------	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

7.3 Tercera fase

Las sesiones de acompañamiento se llevaron a cabo semanalmente, con la estimación de una duración de aproximadamente 50 minutos cada una, en dichas sesiones se abordó una serie de temas ya programados (Tabla 3), y se practicaron técnicas de relajación. Lo acontecido en cada sesión fue registrado en bitácoras.

Tabla 3.

Descripción de las sesiones grupales

Nombre de sesión	Objetivos	Actividades	Técnica de relajación
1. Integración grupal	Fomentar confianza y crear un grupo en un ambiente amable.	La sesión inició con una bienvenida y presentación del objetivo. Se realizó una activación física, una dinámica de confianza y se identificaron problemas comunes con un árbol de problemas. Finalizó con una reflexión grupal y afirmaciones positivas.	Ninguna
2. Reconocimiento de emociones	Identificar qué son y cómo manejar las emociones.	Se dio la bienvenida utilizando el rapport, se realizó una actividad de musicoterapia y se promovió el diálogo sobre la vivencia individual de las emociones. Luego, se tomaron mediciones de temperatura y se finalizó con una técnica de relajación.	Atención plena
3. La ira desde el ciclo del estrés y regulación emocional.	Comprender las emociones y el proceso de ira, a su vez de adquirir estrategias para afrontarlas.	La sesión comenzó con la bienvenida y normas de convivencia, musicoterapia, explicación de la escalera autonómica y recomendaciones para regular emociones. Los participantes compartieron cómo manejan situaciones, y se cerró con relajación y despedida.	Atención abierta
4. Comunicación asertiva	Aprender a comunicar las peticiones e ideas de forma amable y	La sesión comenzó con bienvenida, reglas de convivencia y musicoterapia.	Imaginaria guiada

	respetuosa.	Se discutió sobre las dificultades para comunicar puntos de vista de manera empática, y los CPI reflexionaron sobre sus situaciones. Luego, se les dio una tarjeta con tres situaciones para abordar. Se finalizó con mediciones de temperatura y una técnica de relajación.	
5. Duelo y Apoyo social.	Modificar el concepto de duelo y describir su proceso, etapas y los tipos.	La sesión comenzó con activación física y una lluvia de ideas sobre el duelo, explicando sus tipos y etapas. Se escenificaron tres historias sobre el duelo tanto facilitadores como cuidadores y se realizaron mediciones de temperatura y una técnica de relajación. Finalmente, se agradeció a los participantes y se cerró con la canción "VIVE".	Abrazo terapia
6. Redes de apoyo	Describir los tipos de redes de apoyo, para reforzar las redes de los cuidadores y su importancia.	Se dio la bienvenida y se realizó una activación física para reducir la tensión muscular. Luego, se explicó qué es una red de apoyo, se leyó una historia real y se proyectó un video sobre su importancia. Los participantes elaboraron su escudo, al que se les explicó su propósito, y se cerró agradeciéndoles por su participación.	Ninguna
7. Relaciones sanas y	Reconocer las acciones que	La sesión comenzó con	Meditación guiada

cómo establecerlas	fomentan relaciones afectivas y familiares sanas mediante herramientas psicosociales.	ejercicios de coordinación y la creación del escudo. Se discutieron acciones para fomentar relaciones sanas y se realizó la actividad "El camino de las relaciones sanas". Se cerró con una meditación guiada, el "abrazo de caracol" y un aplauso colectivo.	
8. Autocuidado	Conocer los diferentes tipos de cuidado para que los participantes lo apliquen en su vida.	Se abrió la sesión con movilidad articular y gimnasia cerebral. Los participantes identificaron y comprendieron diferentes tipos de autocuidado. Se jugó al Bingo, donde marcaron acciones de autocuidado realizadas recientemente. Luego, se realizó una cadena de cumplidos, seguida de una técnica de relajación con aromaterapia e imaginería guiada para cerrar.	Imaginería guiada y aromaterapia
9. Aprendizaje colectivo	Se llevó acabo la última sesión en el museo comunitario.	Comenzó la sesión con una cálida bienvenida, y una actividad física, esta actividad se trataba de gimnasia cerebral. Continuando con el tema, Para finalizar la sesión, se realizó la técnica de relajación y se dio la invitación a la sesión de cierre, esperando confirmación de sus asistencia.	Meditación guiada

10. Cierre

Realizar el cierre de esta última y tercera etapa del proyecto con los cuidadores y darles las gracias.

Se inició con unas palabras de bienvenida de parte de los profesores, continuando con la presentación de cada uno de los estudiantes, seguido de una técnica de integración. Se presentó el tema de importancia del reconocimiento y el autoconocimiento. Continuando con algunos testimonios de cuidadores y familiares. Observamos un video dedicado a las tres fases de trabajo de museo, utopía y unión de colonos. Para terminar, con una técnica de relajación dada por los estudiantes y el cierre del programa llevado a cabo por el profesor Joel. Llevando así un último convivio entre estudiantes, cuidadores, familiares y profesores.

Meditación guiada

Fuente: Elaboración propia.

8 RESULTADOS

8.1 Primera fase

8.1.1 Análisis de datos

Se obtuvieron los estadísticos descriptivos y el análisis de la distribución normal de los datos con la prueba Shapiro Wilk mediante el Software Jamovi© (Jamovi 2.5.6, 2024). Para las distribuciones no normales se aplicó una W de Wilcoxon, mientras que para aquellas que presentaron normalidad se evaluaron con una T de student de muestras relacionadas. Posteriormente, se extrajeron las diferencias de las puntuaciones de cada escala psicométrica post – pre para identificar a los cambios significativos que se tuvo gracias a la intervención.

Finalmente, se generó un correlograma con el coeficiente de correlación Spearman con el software Past 4.17 (2023)

8.1.2 Análisis descriptivo.

8.1.2.1 Medidas psicosociales de malestar.

Al inicio del programa, el 41.6% de los participantes reportó sintomatología ansiosa. Mientras que, el 39.5% percibió sentimientos de soledad. Además, el 64.5% de los CPI reportaron niveles de leves a severos de sintomatología depresiva: 22.9% presentaron sintomatología leve, 20.8% contó con sintomatología moderada, 14.5% indicó sintomatología moderada a grave y finalmente el 6.25% reveló sintomatología grave.

Por su parte, el 15.9% de los participantes manifestó sobrecarga del cuidador leve y otro 15.9% de la muestra reportó niveles elevados de sobrecarga del cuidador.

Ahora bien, para el término del programa, se percibe que el 23.53% de los participantes reportaron sintomatología ansiosa. De igual manera, un 23.53% mostró sentimientos de soledad. Por otra parte, 39.22% de los CPI presentaron niveles de leves a severos de sintomatología depresiva: 23.53% compartieron sintomatología leve, el 9.80% mostró sintomatología moderada, mientras que, el 1.96% indicó sintomatología de moderada a grave, y, por último, un 3.92% reveló sintomatología grave. Finalmente, el 5.88% reportó sobrecarga de cuidador leve y un 3.92% presentó sobrecarga intensa.

Medidas psicosociales de bienestar.

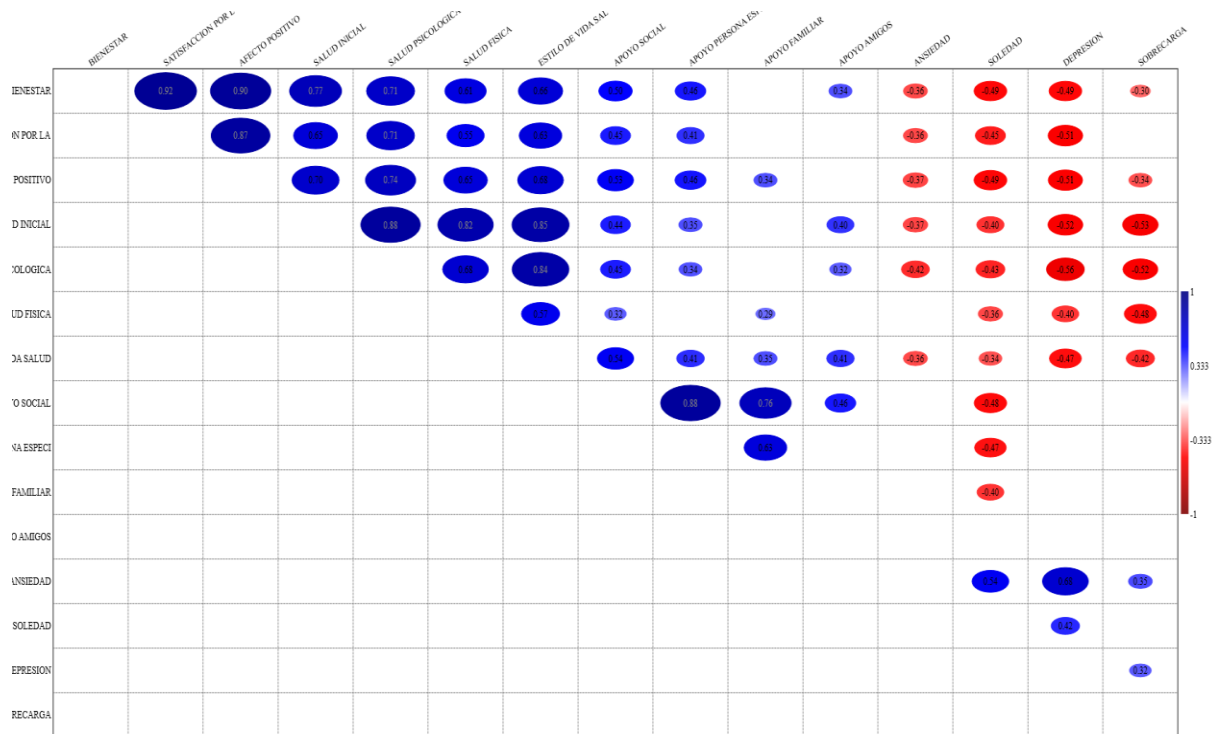
Se observó que la puntuación media del bienestar de los CPI (3.74 ± 1.58) significativamente menor a la reportada por Calleja y Manson (2020) (5.41 ± 1.41) ($t = -7.55$, (50), $p < 0.001$, $d = -1.06$).

Por otra parte, la salud autopercebida de los CPI (3.34 ± 1.48) se encontró levemente por debajo de la reportada por Tinajero, et al. (2023) (3.98 ± 1.07) ($t = -3.06$ (50), $p = 0.004$ $d = -0.429$) En particular, el puntaje de salud física autopercebida de los participantes (3.66 ± 1.72) fue similar a la de la población general (3.49 ± 1.32) ($t = 0.712$, (50), $p = 0.480$, $d = 0.0997$) (Tinajero, et al. 2023)

1.2 Análisis correlacional.

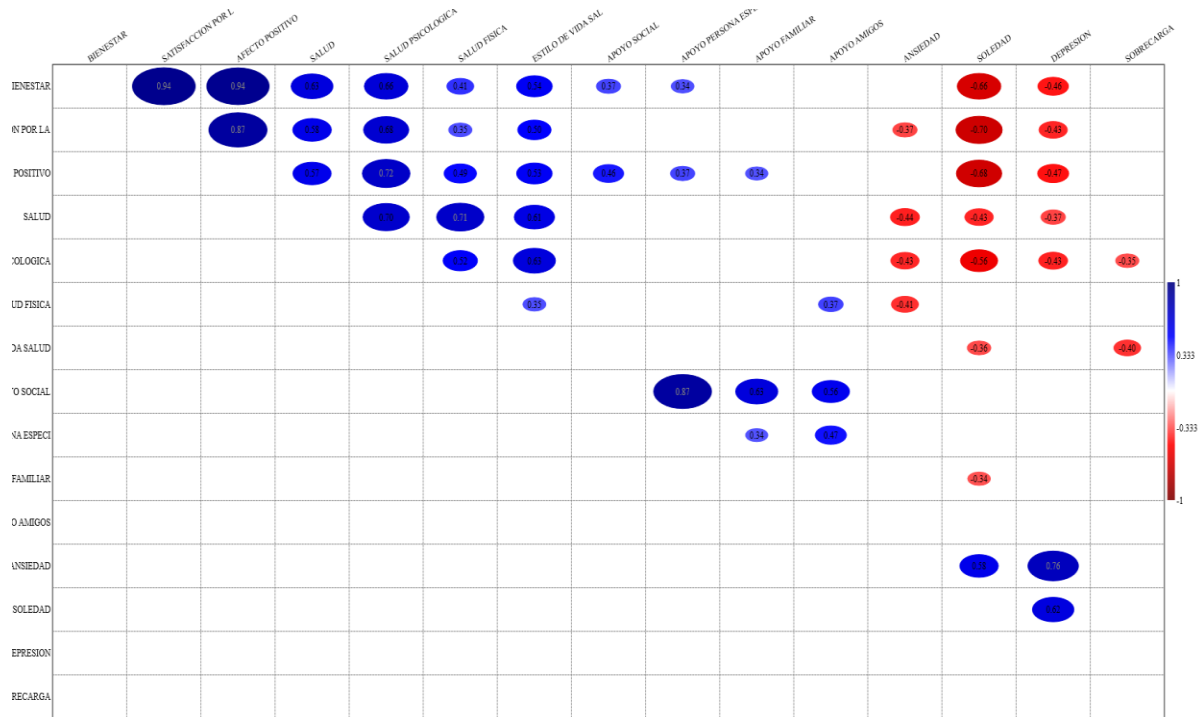
Las siguientes figuras, demuestran los correlogramas que se obtuvieron a través, de las escalas realizadas a los cuidadores antes y al final de la primera etapa. A continuación, se explicarán la asociaciones de cada uno de los puntos importantes y destacables de las escalas.

Figura 5. Correlograma con coeficientes de Spearman. (Pre)



Fuente: Elaboración propia.

Figura 6. Correlograma con coeficientes de Spearman. (Post)



Fuente: Elaboración propia.

El análisis de correlaciones entre las medidas psicosociales, pre y post de la intervención, se refleja en los correlogramas presentados (Figuras 5 y 6). Estos muestran cambios notables en la dirección de las asociaciones entre las diferentes variables psicosociales tras la intervención. Antes de la intervención, se identificaron 42 asociaciones significativas ($p < .05$), de las cuales 29 fueron positivas y 13 negativas. Se destacan asociaciones moderadas, como la correlación positiva entre el bienestar y la satisfacción por la vida, así como la relación negativa entre la sobrecarga del cuidador y la salud psicológica. La sobrecarga del cuidador se asociaba significativamente con la ansiedad y de manera inversa con el apoyo social, reflejando la influencia de estos factores en el bienestar. Tras la intervención, el número de correlaciones disminuyó a 34, con 24 de ellas siendo directas y 10 inversas. Aunque muchas asociaciones significativas se mantuvieron, algunas, como la correlación entre la sobrecarga del cuidador y la ansiedad, se debilitaron. También se observó que varias relaciones entre el bienestar, la salud

psicológica y el apoyo social se mantuvieron o se fortalecieron, subrayando la importancia de estos factores en la mejora del estado general de los participantes destacando el acompañamiento realizado.

8.1.2.2 Efecto del acompañamiento psicosocial sobre el malestar y el bienestar de los CPI.

El análisis grupal reveló reducciones significativas en los puntajes de depresión, soledad y sobrecarga del cuidador, con tamaños de efecto leves, lo que indica un impacto positivo de la intervención en estas áreas. A pesar de que no se encontraron diferencias significativas en otras variables como el bienestar, la satisfacción por la vida y el afecto positivo, se observó una tendencia de mejora en estas puntuaciones. (Tabla 4).

Tabla 4.

Medida	Pre	Post	Estadístico	P	Tamaño del efecto
Bienestar	31.8 (9.74)	34.8 (11.04)	T = 2.65 (35)	0.012	0.442
- <i>Satisfacción por la vida</i>	16.3 (5.17)	17.3 (5.54)	T = 1.62 (35.0)	0.115	0.270
- <i>Afecto positivo</i>	16.3 (5.10)	17.5 (5.67)	T = 1.90 (35)	0.066	0.316
Salud	42.5 (15.8)	44.2 (14.2)	T = 0.911 (35)	0.369	0.152
- <i>Salud psicológica</i>	14.6 (5.77)	14.8 (5.66)	T = 0.305 (35)	0.762	0.0508
- <i>Salud física</i>	15.1 (6.41)	15.1 (6.61)	W = 174	0.726	-0.0794

- <i>Estilo de vida saludable</i>	14.0 (5.76)	14.9 (5.19)	T = 0.935 (35)	0.356	0.156
Apoyo Social	41.7 (12.2)	42.1 (12.3)	W = 290	0.416	0.169
- <i>Persona especial</i>	18.6 (6.29)	19.0 (6.61)	W = 157	0.329	0.241
- <i>Apoyo familiar</i>	14.1 (5.16)	14.5 (5.89)	W = 162	0.481	0.170
- <i>Apoyo de amigos</i>	8.94 (4.55)	8.33 (4.46)	W = 92.0	0.097	-0.387
Ansiedad	9.47 (5.50)	7.61 (4.79)	T = -2.02 (35.0)	0.051	-0.336
Soledad	5.53 (2.02)	4.78 (2.03)	W = 25.0	0.008	-0.708
Depresión	8.67 (6.08)	6.42 (5.76)	T = -2.25	0.031	-0.375
Sobrecarga del cuidador	33.0 (17.0)	27.5 (17.3)	W = 180	0.044	-0.397

Fuente: Elaboración propia.

8.1.3 Efecto de la intervención sobre salud, el bienestar y el funcionamiento psicosocial en CPI

Al analizar las diferencias en los puntajes psicométricos post y pre intervención, se encontró disminuciones significativas ($p < .05$) en varias dimensiones: 1) la Sobrecarga del cuidador ($d = -0.397$); 2) la Ansiedad ($d = -0.336$); 3) la Depresión ($d = -0.375$); y 4) la Soledad ($d = -0.708$). Estos resultados sugieren que la intervención tuvo un impacto positivo considerable en reducir el estrés emocional y la carga percibida por los cuidadores.

Además, este mismo subgrupo mostró una tendencia a la mejora en otras escalas, como el bienestar general ($d = 0.442$) y el afecto positivo ($d = 0.316$), aunque estas mejoras no alcanzaron significancia estadística ($p > .05$). No se encontraron diferencias significativas en el puntaje global de Apoyo social ($p > .05$), ni en sus subescalas de Apoyo familiar y Apoyo de amigos. Sin embargo, algunas participantes presentaron un comportamiento distinto: menos de la mitad de ellas experimentaron un aumento significativo en la sobrecarga del cuidador ($d = 4.04$) y una disminución en el apoyo social ($d = -1.84$), particularmente en el apoyo de amigos ($d = -0.387$), acompañado de una tendencia a la disminución en su interacción positiva y bienestar emocional.

8.1.3.1 Resultados bitácoras cualitativos

Durante el análisis realizado en *Atlas.ti* 25 (2025), se llevó a cabo la codificación de 217 citas correspondientes al análisis de bitácoras correspondientes a la primera etapa. Estos datos fueron recopilados a partir del trabajo realizado por la diada 6, y se estructuraron en un total de 17 códigos principales.

A partir de este proceso, se determinaron tanto el enraizamiento como la densidad de los códigos correspondientes al análisis de bitácoras (Tabla 5), lo que permitió identificar las conexiones y la profundidad de los conceptos analizados. Los resultados obtenidos se presentan a continuación en la tabla.

Tabla 5. *Enraizamiento y densidad de las bitácoras.*

Código	Enraizamiento	Densidad
● 005_Atribuciones	51	2
● 006_PSNeg	28	3
● 016_RelFamNeg	27	5
● 011_Patogénicas	25	2
● 007_Hostilidad	19	3
● 009_GesEmo	18	3
● 010_Explnc	13	1
● 002_Prosocial	11	3
● 014_RedApo	10	3
● 001_Asertividad	10	3
● 003_Empatía	10	2
● 012_Salutogénicas	9	2
● 017_GenSocD	9	1
● 004_PSPos	8	3
● 008_LengAfec	6	2
● 013_RelFamPos	4	5
● 015_ConProgApo	3	3

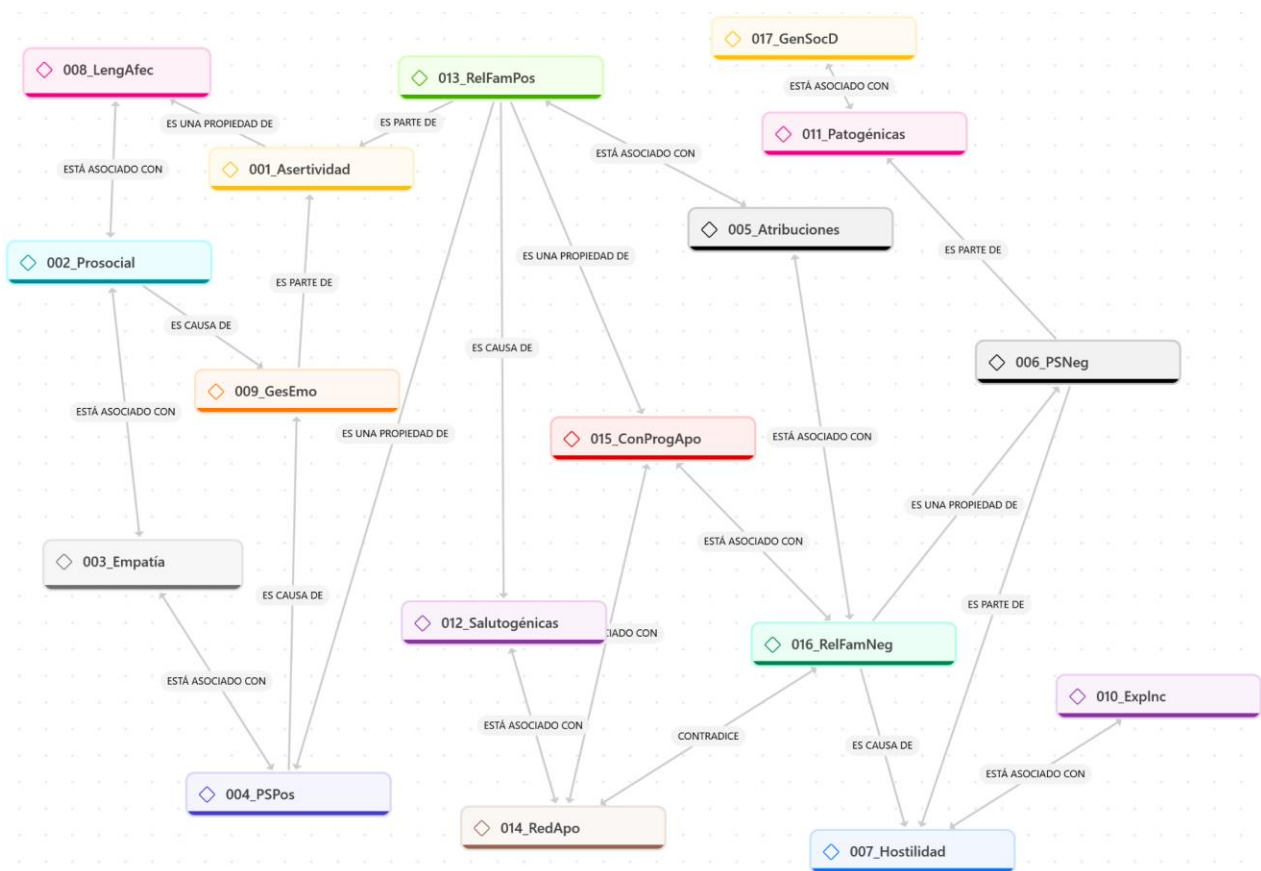
Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con el análisis realizado de las bitácoras hechas por la diada 6, el código más destacado es 005_Atribuciones con un total de 51 veces de enraizamiento, a causa de que la mayoría de lo redactado tiene que ver con lo que las facilitadoras atribuyen de acuerdo a los relatos de los cuidadores y la misma percepción de ellos. Por siguiente, los códigos 006_PSNeg y 016_RelFamNeg demuestran como gran parte de nuestros 4 cuidadores al tener conflictos en su núcleo familiar desencadena una percepción negativa sobre su entorno lo cual genera conductas encaminadas a un malestar y comportamientos de violencia como se muestra en los códigos

011_Patogénicas y 007_Hostilidad.

Cómo se logra visualizar en la tabla la mayoría de códigos que se destacan como menores a 18 de enraizamiento, son aquellos que propician una mejor convivencia y autocuidado, como el integrarse más a entornos más allá de familiares y por supuesto, el último código 015_ConProgApo, nos demuestra que gran parte de los cuidadores no cuenta con un apoyo para su labor como cpi.

Figura 7. Red de análisis de bitácoras.



Fuente: Elaboración propia.

En la figura 7, se muestra la red del análisis de las bitácoras, comenzando por el código 005_Atribuciones, ya que es el principal código en esta red porque son observaciones y escritos que nosotras como facilitadoras hacíamos de acuerdo a lo que nos comentaban los cuidadores, de ahí que se asocia hacia los códigos 016_RelFamNeg y 013_RelFamPos, porque en sus relatos íbamos viendo el tipo de relación que tenían con sus familiares.

Comenzando por todos los códigos qué están conectados al código 016, por ejemplo, el código 007_Hostilidad el cual se encuentra asociado al código 010_ExpInc, debido al lenguaje y a las expresiones referentes a la violencia que vivieron o percibieron cada uno de los cuidadores, por otra parte, observamos que el código 006_PsNeg es parte del código 007, debido a la percepción de peligro que tienen los CPI, y en algunos casos, contando con un entorno desfavorable en su día a día. Mientras que, el código 011_Patogénicas, nos muestran las situaciones desfavorables para su salud, física y emocional, encontrando tantas enfermedades crónicas, consumo de cigarro y situaciones que les generan estrés, ansiedad, depresión, entre otros. Debido a estas situaciones, el código 017_GenSocD se encuentra asociado a estos códigos de malestar.

Por su parte, los códigos conectados al código 013, nos demuestran aquellas situaciones de bienestar y de apoyo que recibían los cuidadores, debido a sus relatos, encontramos situaciones beneficiosas para su salud y para cada una de las relaciones que establecen. Un ejemplo está en el código 012_Saludotogénicas, pues nos hablan de aquellas acciones encaminadas al mejoramiento de su salud física y emocional, aquellos momentos donde se atendían con un médico o momentos donde se desestresaban.

Figura 8. *Nube de palabras correspondiente a las bitácoras*

8.2 Segunda fase

8.2.1 Cuantitativos

8.2.1.1 Análisis de datos

Se obtuvieron los estadísticos descriptivos y el análisis de la distribución normal de los datos con la prueba Shapiro Wilk mediante el Software Jamovi© (Jamovi 2.5.6, 2024). Para las distribuciones no normales se aplicó una W de Wilcoxon, mientras que para aquellas que presentaron normalidad se evaluaron con una T de student de muestras relacionadas.

Posteriormente, se extrajeron las diferencias de las puntuaciones de cada escala psicométrica post – pre para identificar a los cambios significativos que se tuvo gracias a la intervención en esta segunda etapa. Finalmente, se generó un correlograma con el coeficiente de correlación Spearman con el software Past 4.17 (2023).

8.2.1.2 Análisis descriptivo.

8.2.1.2.1 Medidas psicosociales de malestar.

Al comienzo de esta segunda etapa, el puntaje de malestar psicológico (20.7 ± 8.65) es similar a la presentada por Santos (2023), (20.04 ± 8.65). Se observó que el 15.21% presentó un grado muy alto de malestar. Mientras que el 19.5% reportó un nivel alto de malestar psicológico. Por otro lado, el 34% de los participantes contaba con un nivel moderado de malestar. Y, por último, el 32.69% de los CPI mostraron un nivel bajo de malestar psicológico.

De acuerdo con el estado afectivo negativo de los CPI (2.71 ± 0.69) la cual es significativamente similar a la reportada por Wolfgang (2.56 ± 0.79). Referente al último mes antes de la aplicación de la escala estado afectivo negativo observamos que el 6.52% de los CPI siempre sintieron sufrimiento. Mientras que el 15.22% frecuentemente se sintieron así, por otra

parte, el 32.61% mencionaba que solo a veces. El 45.65% casi nunca o nunca llegaron a sentirse de esa forma.

Con respecto al dolor, 15.56% menciona que lo experimentó siempre y el 31.11% comentó que fue frecuentemente. Por otro lado, el 28.89% dijo que a veces sintieron dolor, y, por último, 24.44% casi nunca o nunca llegaron a experimentar dolor.

Continuando con la tristeza, el 8.70% contestó que siempre se sintieron así y el 21.74% frecuentemente se encontraban tristes. Mientras que el 36.96% de los CPI a veces llegaron a sentirse de tal manera, a diferencia del 32.61% que nunca o casi nunca llegaron a sentir tristeza durante ese mes.

El 15.22% afirmaron que durante ese periodo siempre se desilusionaron, mientras que el 13.04% fue frecuentemente. Por otra parte, el 36.96% algunas veces llegaron a la desilusión. Aunque el 34.78% nunca o casi nunca se sintieron desilusionados.

De igual manera, 6.52% siempre se sintieron desdichados y otro 6.52% frecuentemente se sintieron de esa manera. El 19.57% a veces llegaron a sentir desdicha en su mes, y, por último, el 67.39% casi nunca o nunca sintieron desdicha en sus días.

En cuanto a la melancolía, el 8.70% de los participantes siempre sintieron desinterés, apatía, falta de energía, entre otros. De manera similar, el 17.39% frecuentemente llegaron a sentirse así. Mientras que la mayoría (el 43.83% de los cuidadores) a veces llegan a sentir melancolía. Aunque el 26.09% nunca o casi nunca se sintieron de tal manera.

Por su parte, 10.87% alegaron que siempre se sintieron solos, el 6.52% frecuentemente mencionaron sentirse solos en ese periodo de tiempo. En cuanto al 19.57%, solo a veces llegaron

a sentir soledad. Y más de la mitad, el 63.04% casi nunca o nunca se sintieron solos durante ese mes.

Ahora bien, el 6.52% siempre estuvo presente el sentimiento de miedo y de misma manera, el 15.22% frecuentemente llegó a sentirse así. Por su parte el 34.78% a veces llegó a experimentar el miedo. Como último, el 43.48% casi nunca o nunca sintieron alguna sensación desagradable e intensa ante la percepción de peligro.

Es importante agregar que el 10.87% siempre sintieron incertidumbre y que el 23.91% frecuentemente. Mientras el 19.57% a veces se percataron de que este sentimiento se encontraba presente en sus días. Pero el 45.65% casi nunca o nunca sintieron desconocimiento sobre alguna condición futura.

Finalmente, el 10.87% siempre se encontraban irritados y del mismo modo el 17.39% frecuentemente llegaron a sentirse así. Por otra parte, el 34.78% de los participantes a veces llegaron a sentirse irritados. Así mismo, el 36.96% de los CPI casi nunca o nunca llegaron a sentirse irritados con alguna situación.

8.2.1.2.2 Medidas psicosociales de bienestar.

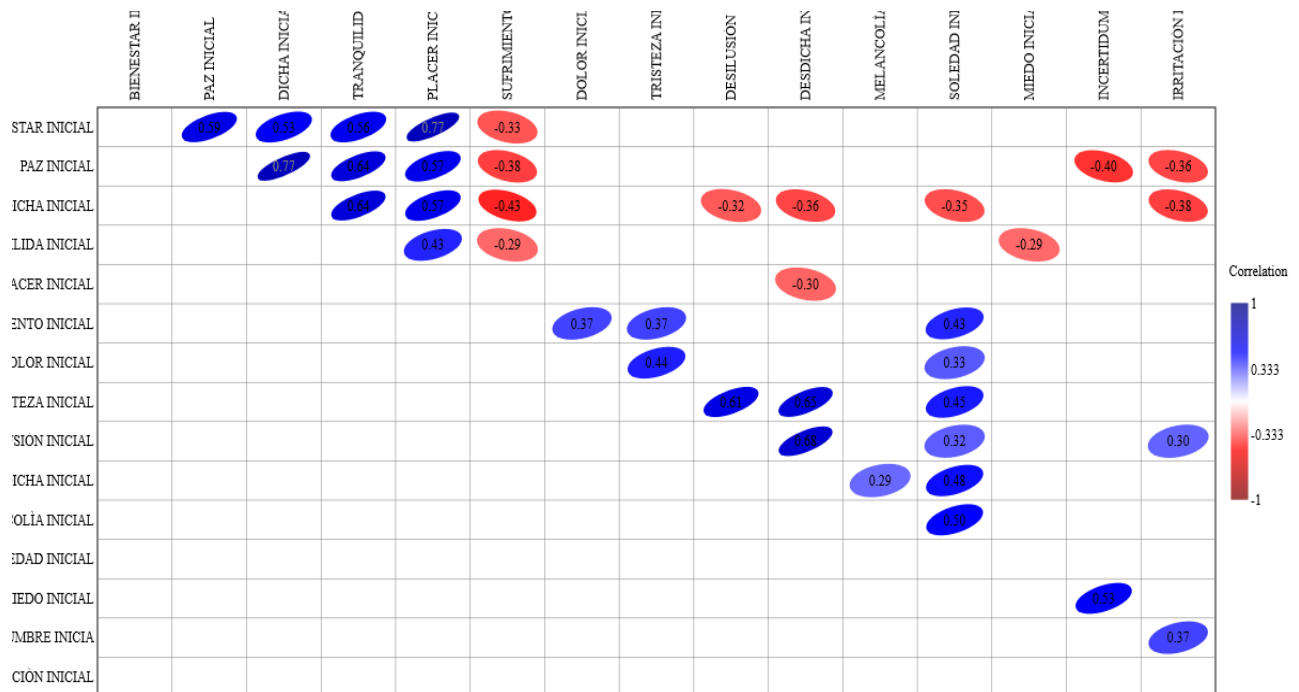
Se observó que la puntuación media del bienestar de los CPI (4.22 ± 1.15) significativamente menor a la reportada por Calleja y Manson (2020) (5.41 ± 1.41) ($t = -7.55$, (50), $p < 0.001$, $d = -1.06$).

La atención plena en los CPI (3.55 ± 3.93) está significativamente por debajo a la reportada por Lopez Maya, (2015). r

Por último, la puntuación media del estado afectivo de los CPI (3.50 ± 0.905) se encontró levemente similar a la reportada por Wolfgang (2021) (3.80 ± 0.76).

2. Análisis correlacional.

Figura 9. Correlograma con coeficientes de Spearman. (Pre)



Fuente: Elaboración propia.

El análisis de correlaciones entre las medidas psicosociales, pre de la intervención, se refleja en el correlograma presentado (Figura 9). Estos muestran cambios notables en la dirección de las asociaciones entre las diferentes variables psicosociales tras la intervención.

Antes de la intervención, se identificaron múltiples asociaciones significativas ($p < .05$) entre las variables emocionales analizadas. De estas, las correlaciones positivas fueron predominantes, especialmente entre las emociones positivas como el bienestar, la paz y la dicha inicial, donde destacan asociaciones fuertes, como la relación entre el placer inicial y la dicha inicial ($r = 0.77$). Estas correlaciones reflejan una dinámica coherente entre los estados emocionales positivos, mostrando cómo estas emociones tienden a fortalecerse mutuamente.

Por otro lado, las emociones negativas presentaron correlaciones significativas entre sí, como la relación entre el miedo inicial y la soledad inicial ($r = 0.50$). Asimismo, se observaron relaciones inversas entre emociones positivas y negativas, como el vínculo negativo entre el sufrimiento inicial y el placer inicial ($r = -0.43$). Estas asociaciones resaltan cómo la presencia de emociones negativas puede impactar negativamente los estados emocionales positivos.

Tras la intervención, el número de correlaciones significativas disminuyó, lo que podría sugerir un efecto positivo en la regulación emocional general de los participantes. Aunque muchas asociaciones significativas se mantuvieron, se observó un debilitamiento en algunas correlaciones negativas, como la relación entre el sufrimiento inicial y el bienestar inicial. Por el contrario, ciertas relaciones positivas, como la conexión entre el bienestar y la paz inicial, se mantuvieron o incluso se fortalecieron, subrayando la importancia de estas emociones en el bienestar general.

8.2.1.3 Efecto del acompañamiento psicosocial sobre el malestar y el bienestar de los cuidadores primarios informales.

El análisis grupal reveló reducciones significativas en los puntajes de desilusión, con tamaño de efecto leve, lo que indica un impacto positivo de la intervención en esta área. A pesar de que no se encontraron diferencias significativas en otras variables como la atención plena, malestar psicológico, plenitud y calma, se observó una tendencia de mejora en estas puntuaciones. (Tabla 6).

Tabla 6.

Efecto de la intervención sobre salud, el bienestar y el funcionamiento psicosocial en CPI

Variable	Pre	Post	Estadístico	p	Tamaño del efecto
----------	-----	------	-------------	---	-------------------

Bienestar	38.8 (20.1))	40.1 (18.5)	W= 286	0.467	0.151
<i>Satisfacción por la vida</i>	17.9 (7.81)	19.0 (6.87)	W= 230	0.335	0.214
<i>Afecto positivo</i>	20. 9 (14.1)	22.1 (12.7)	W= 267	0. 145	0.315
Atención plena	59.3 (7.81)	63.3 (13.4)	T= 2.65 (30)	0.013	0.476
Malestar psicológico	21.9 (8.51)	19.8 (8.21)	T= -3.58 (30)	0.001	-0.643
Felicidad	3.58 (1.03)	3.61 (1.05)	W= 37.0	0.745	0.121
Alegría	3.56 (1.04)	3.63 (0.87)	W= 32.5	0.627	0.182
Plenitud	3.13 (1.04)	3.53 (1.02)	W= 160	0.003	0.684
Satisfacción	3.63 (1.04)	3.50 (1.08)	W= 62.0	0.478	-0.190
Calma	3.09 (0.92)	3.63 (1.10)	W= 162	0.005	0.705
Bienestar	3.34 (1.26)	3.72 (0.92)	W= 151	0.073	0.438
Paz	3.38 (1.29)	3.50 (1.30)	W= 78.5	0.335	0.154
Dicha	3.44 (1.22)	3.41 (1.10)	W= 33.0	1.00	0.00
Tranquilidad	3.59 (1.21)	3.69 (0.96)	W= 105	0.696	0.100
Placer	3.03 (1.26)	3.19 (1.12)	W= 103	0. 447	0.199

Sufrimiento	2.81 (1.06)	2.79 (0.97)	W= 82.5	0.909	-0.035
Dolor	3.35 (1.02)	3.13 (1.28)	W= 43.0	0.176	-0.368
Tristeza	3.09 (1.05)	3.00 (0.98)	W= 49.0	0.518	-0.183
Desilusión	2.94 (1.22)	2.63 (1.29)	W= 19.5	0.028	-0.629
Desdicha	2.06 (1.22)	2.13 (1.10)	W= 106	0.653	0.116
Melancolía	3.09 (0.96)	2.75 (1.27)	W= 59.0	0.142	-0.379
Soledad	2.38 (1.43)	2.22 (1.39)	W= 49.0	0.532	-0.183
Miedo	2.75 (1.16)	2.44 (1.22)	W= 59.5	0.256	-0.304
Incertidumbre	3.03 (1.28)	2.63 (1.04)	W= 56.0	0.112	-0.411
Irritación	2.94 (1.22)	2.78 (1.24)	W= 47.0	-0.500	-0.217

Fuente: Elaboración propia.

Al analizar las diferencias en los puntajes psicométricos post y pre intervención, se encontró disminuciones significativas ($p < .05$) en varias dimensiones: desilusión ($p = 0.028$, $d = -0.629$), malestar psicológico ($p = 0.001$, $d = -0.643$), así como aumentos en plenitud ($p = 0.003$, $d = 0.684$), calma ($p = 0.005$, $d = 0.705$) y atención plena ($p = 0.013$, $d = 0.476$).

Aunque otras variables, como el bienestar general, la satisfacción por la vida y el afecto positivo, no alcanzaron significancia estadística ($p > 0.05$), mostraron una tendencia a la mejora. En contraste, algunas dimensiones, como la satisfacción y el dolor, presentaron cambios negativos no significativos.

Estos resultados destacan el impacto de la intervención en la reducción del estrés emocional y el fortalecimiento del bienestar psicológico, subrayando la importancia de este tipo de estrategias para mejorar la calidad de vida de los participantes.

8.2.1.4 Descripciones casos individuales

8.2.1.4.1 CP1: BMT.

Sexo: Masculino

Edad: 50 años

Años de cuidador: 10 años

Padecimientos/ Manifestación: Sufre sobrecarga porque tiene a su cuidado a su madre, su hermano y su esposa. Le estresa no poder trabajar el tiempo adecuado, ya que puede tener problemas con sus clientes y esto afecta los pagos de los servicios domésticos.

Acciones / Recursos: Trabaja en su casa y sale por materiales al centro (algo que le gusta mucho), cuenta con el apoyo de su esposa. Su hermana le ayuda con los gastos de su mamá y su hermano, participa en la estudiantina de una capilla, la relación con su hija es buena. Pasa tiempo con su esposa, sus hijos, su madre y su hermano.

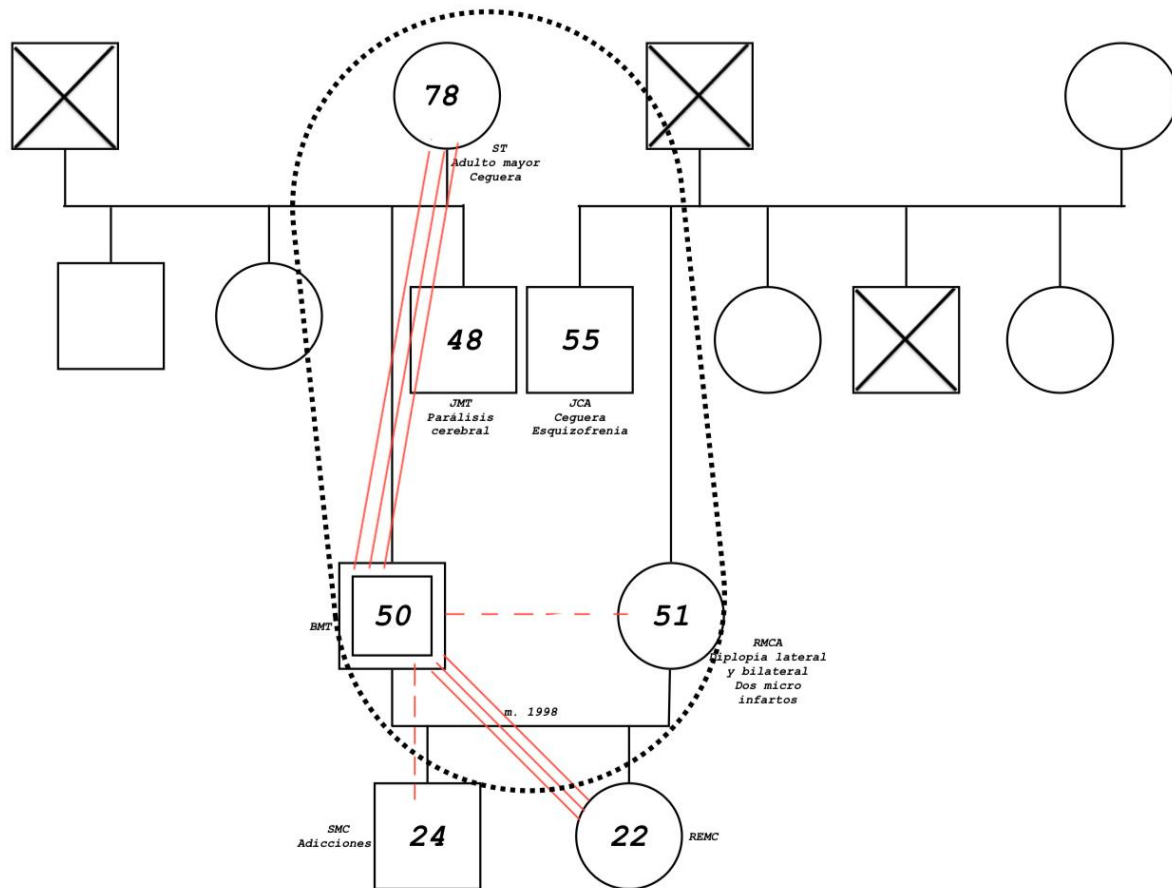
Presentación de caso: Estudio una carrera técnica, lo cual le permite trabajar en publicidad y diseño, asimismo le ha permitido poder hacer home office. Cuida de su madre, la cual es adulta mayor con ceguera, su hermano que sufre de parálisis (ha ayudado con su cuidado desde niño) y su esposa con diplopía lateral y bilateral. Sus hermanos solo le ayudan económicamente con su madre y su hermano, sus hijos no quisieron cargar con el cuidado de sus familiares por lo que se independizaron y de vez en cuando los visitan. Lleva 25 años casado, con su esposa evita las peleas y confrontaciones para no provocar peleas mayores. Durante las sesiones, observamos que

mantiene una buena relación con su hija. Sin embargo, con su hijo la relación es más conflictiva, ya que no está de acuerdo con varios aspectos de su vida.

Familiograma:

Figura 10.

Familiograma de BMT.



Fuente: Elaboración propia.

8.2.1.4.2 CP2: CF.

Sexo: Femenino

Edad: 62 años

Años de autocuidado: 1 año

Padecimientos/ Manifestaciones: Hipertensión y epilepsias. Presenta niveles muy bajos de apoyo familiar, debido a la mala relación que existe con sus hermanos y su hija. Menciona que tiene diagnosticado depresión, además de que sus epilepsias son hormonales, primero ocurrían cuando menstruaba, pero ahora ocurren debido a sus niveles altos de estrés, tristeza y soledad.

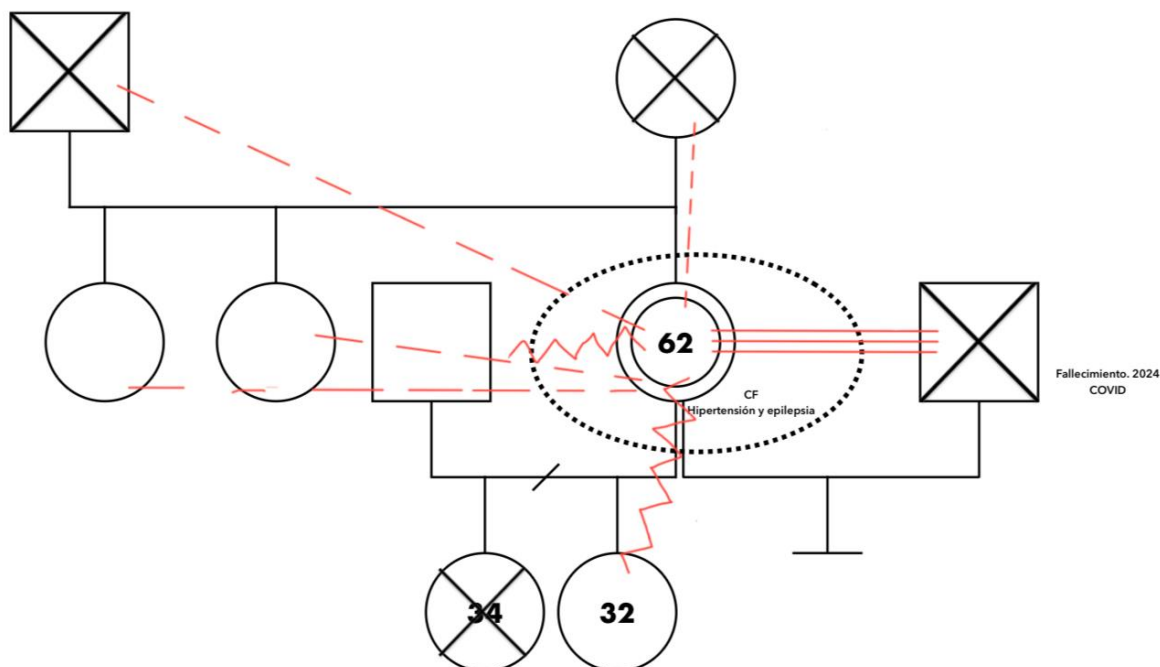
Acciones/ Recursos: Cuenta con una red de apoyo en sus amigos, por ellos se siente escuchada y querida, asiste a un templo donde le suelen dar abrazos. Sale a caminar y se distrae vendiendo dulces, lo cual también le ayuda a su sustento económico. Vive con una señora que se volvió una amiga muy cercana y convive con los taxistas de donde trabaja.

Presentación de caso: Su esposo falleció el año pasado, ya que tanto él como ella sufrieron de COVID-19, se siente sola debido que no tiene apoyo de su familia, estuvo en la cárcel porque en un anterior trabajo, el que era su jefe abusó sexualmente de sus dos hijas (9 y 11 años, en ese entonces). Con ayuda de sus hermanas, sus hijas la acusaron de cómplice (supuestamente ella permitió el abuso), suele mencionar que en la cárcel estudió metafísica y aprendió a hacer manualidades. Su esposo tuvo una amistad con un vecino, el cual le quitó los papeles de su casa porque su esposo antes de fallecer le pidió que cuidara de ella con la promesa de dejarle la casa como herencia (hasta que ella fallezca puede hacer uso de la casa). Se trabajó con los temas programados, aunque al principio la señora divagaba demasiado sobre los temas que más le preocupaban, con el tiempo permitió que se realizaran adecuadamente las actividades que se le llevaban.

Familiograma:

Figura 11.

Familiograma de CF.



Fuente: Elaboración propia.

8.2.1.4.3 CP3: LISC.

Sexo: Femenino

Edad: 32 años

Años de cuidadora: 1 año con 8 meses

Padecimientos/ Manifestaciones: Sufre de sobrepeso, presenta cierto grado de estrés al tener que cuidar de su abuelo, tiene malos hábitos alimenticios y de activación física, tiene un nivel bajo de ansiedad.

Acciones/ Recursos: Su mamá y su novio son sus principales fuentes de red de apoyo, al igual que sus amigos, el cuidado de su abuelo se divide entre sus tíos de Luisa por lo cual, no presenta una sobrecarga total del cuidado de su abuelo y le pagan por cuidar de su abuelo ya que ella estudió enfermería tiene días libres los cuales los ocupa para descansar.

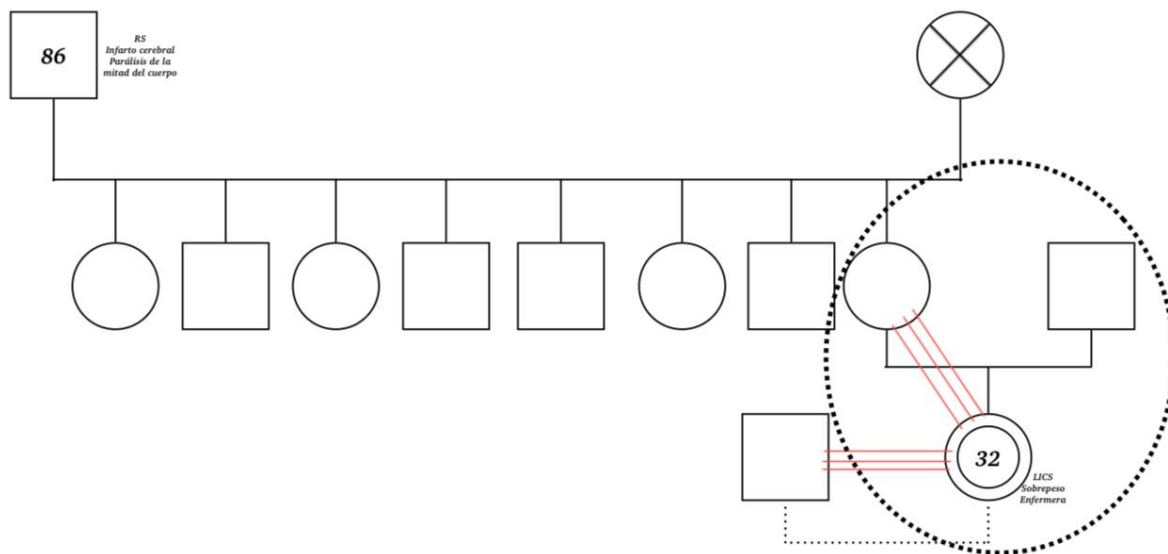
Presentación del caso: Ella se dedica al cuidado de su abuelo, quien sufrió un infarto cerebral y tiene 86 años. Como se mencionó anteriormente, ella es enfermera, por lo que se turna los días

de cuidado con su primo, que también es enfermero. Según nos ha comentado, su abuelo es muy estricto, ya que quiere que todo se haga de inmediato. En general, trabajamos todo el programa con las sesiones ya programadas, ya que no se ha notado un alto grado de sobrecarga por parte de ella al cuidar a su abuelo.

Familiograma:

Figura 12.

Familiograma de LISC.



Fuente: Elaboración propia.

8.2.1.4.4 CP4: RMCA.

Sexo: Femenino

Edad: 51 años

Años de cuidador: 6 años

Padecimientos/ Manifestación: Sufre diplopía lateral y bilateral, pues menciona que sufrió dos micro infartos, presenta un alto grado de estrés, principalmente generado por no poder realizar actividades por sí sola y cuidar de 3 personas, además de ansiedad y depresión.

Acciones / Recursos: Tiene comunicación con su mamá, sus hijos no viven con ella, pero mantienen una relación armoniosa y vive con su esposo, suegra, hermano y cuñado.

Presentación del caso: La Sra. Rosa cuida de su hermano ciego que también sufre de esquizofrenia, este tiene 55 años, además de ayudar a su esposo a cuidar a su suegra, quien también perdió la vista, y a su cuñado con parálisis cerebral. Padece problemas de salud, como diplopía bilateral y lateral y desgaste en las rodillas, lo que limita su movilidad. Se siente atrapada en su hogar, a la que llama su "cárcel", por la falta de libertad y apoyo de su esposo, quien teme que sufra un accidente. Ha estado casada 25 años y aún lidia con la infidelidad de su esposo con su hermana, lo que ha afectado su seguridad y relación de pareja. Se trabajó con ella el programa en general, pero realizando hincapié en la seguridad de ella misma.

Familiograma:

Figura 13.

Familiograma de RMCA.

75

satisfacción por la vida y afecto positivo, vinculado a la identificación de redes de apoyo y comenzar a establecer límites y relaciones más sanas en su entorno. (Tabla 6)

Mientras que, la CPI 3 (LISC), se observaron disminuciones en el afecto positivo, en la satisfacción con la vida y un leve cambio en el bienestar. También hubo un aumento en el afecto negativo y un leve incremento en el malestar psicológico. Con esta cuidadora, resulta difícil determinar si hubo cambios significativos, dado que la evaluación posterior se realizó un mes después, lo cual dificulta tomar conclusiones certeras. Sin embargo, como facilitadoras, pudimos notar que la escritura emocional autorreflexiva (EEA) le ayudó significativamente a superar el suceso que mencionó haber ocurrido un mes antes de realizar la actividad.

Por último, la CPI 4 (RMCA) se detecta una disminución en malestar psicológico y afecto negativo, un aumento considerable en afecto positivo y la subescala afecto positivo, y leve en bienestar, atención plena y subescala de satisfacción por la vida. Estas mejoras reflejan que, a través de la escritura sobre problemas familiares y la resignificación de situaciones difíciles, hubo un impacto positivo en su bienestar emocional y en su capacidad para experimentar emociones positivas. (Tabla 7).

Tabla 7.

Efecto de la intervención psicosocial sobre el índice de carga individual

	CPI 1			CPI 2			CPI 3			CPI 4		
	Pre	Post	CCO	Pre	Post	CCO	Pre	Post	CCO	Pre	Post	CCO
Bienestar	32	32	0				30	29	-0.03			
				23	46	1				16	19	0.18

-	16	16	0					14	-0.06			
<i>Satisfacción</i>												
por la vida				10	22	1.2	15			8	9	0.12
-Afecto	16	16	0					15	0			
positivo				13	24	0.84	15			8	10	0.25
Atención	78	78	0	61	76	0.24	83	71	-0.14	30	33	0.09
plena												
Malestar	15	12	-0.2	20	14	-0.3	12	13	0.08	41	32	-0.21
psicológico												
Afecto	37	36	-0.02	41	49	0.19	35	25	-0.4	13	22	0.69
positivo												
Afecto	27	23	-0.14	36	21	-0.71	17	30	0.76	41	40	-0.02
negativo												

Fuente: Elaboración propia.

8.2.2 Cualitativos

Durante el análisis realizado en *Atlas.ti 9* (2021), se llevó a cabo la codificación de 169 citas relacionadas con la escritura emocional autorreflexiva y 145 citas correspondientes al análisis de bitácoras correspondientes a esta segunda etapa. Estos datos fueron recopilados a partir del trabajo realizado por la diada 6, y se estructuraron en un total de 17 códigos principales.

A partir de este proceso, se determinaron tanto el enraizamientos como la densidad de los códigos correspondientes a la escritura emocional autorreflexiva (EEA) (Tabla 8) y al análisis de bitácoras (Tabla 9), lo que permitió identificar las conexiones y la profundidad de los conceptos analizados.

Los resultados obtenidos se presentan a continuación en las Tablas 8 y 9.

Tabla 8.

Enraizamiento y densidad de la escritura emocional autorreflexiva.

Código	Enraizamiento	Densidad
009 GESEMO	27	1
005 ATRIBUCIONES	23	1
008 LENGAFEC	22	1
013 REALFAMPOS	22	2
006 PSNEG	14	1
007 HOSTILIDAD	14	3
004 PSPOS	12	2
011 PATOGENICAS	11	1
003 EMPATIA	9	3
002 PROSOCIAL	5	1
012 SALUTOGENICAS	5	3
016 REDFAMNEG	5	3
014 REDAPO	5	3
001 ASERTIVIDAD	4	1
010 EXPINC	3	2
017 GENSOCD	1	1
015 CONPROGAPO	0	1

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 9.

Enraizamiento y densidad de las bitácoras.

Fuente: Elaboración propia.

Código	Enraizamiento	Densidad
005_Atribuciones	20	4
006_PSNeg	16	2
009_GesEmo	15	3
007_Hostilidad	15	2
016_RelFamNeg	13	2
011_Patogénicas	12	3
012_Salutogénicas	9	3
008_LengAfec	8	2
010_ExpInc	8	1
004_PSPos	7	1
017_GenSocD	7	1
003_Empatía	7	1
013_RelFamPos	6	1
002_Prosocial	5	2
014_RedApo	4	3
001_Asertividad	4	2
015_ConProgApo	0	1

En la Tabla 8, los enraizamientos más altos corresponden a GESEMO (27 citas), destacando la identificación de emociones por parte de los cuidadores en sus experiencias. Otros códigos relevantes son ATRIBUCIONES (23 enraizamientos) y LENGAFEC (22 enraizamientos), que

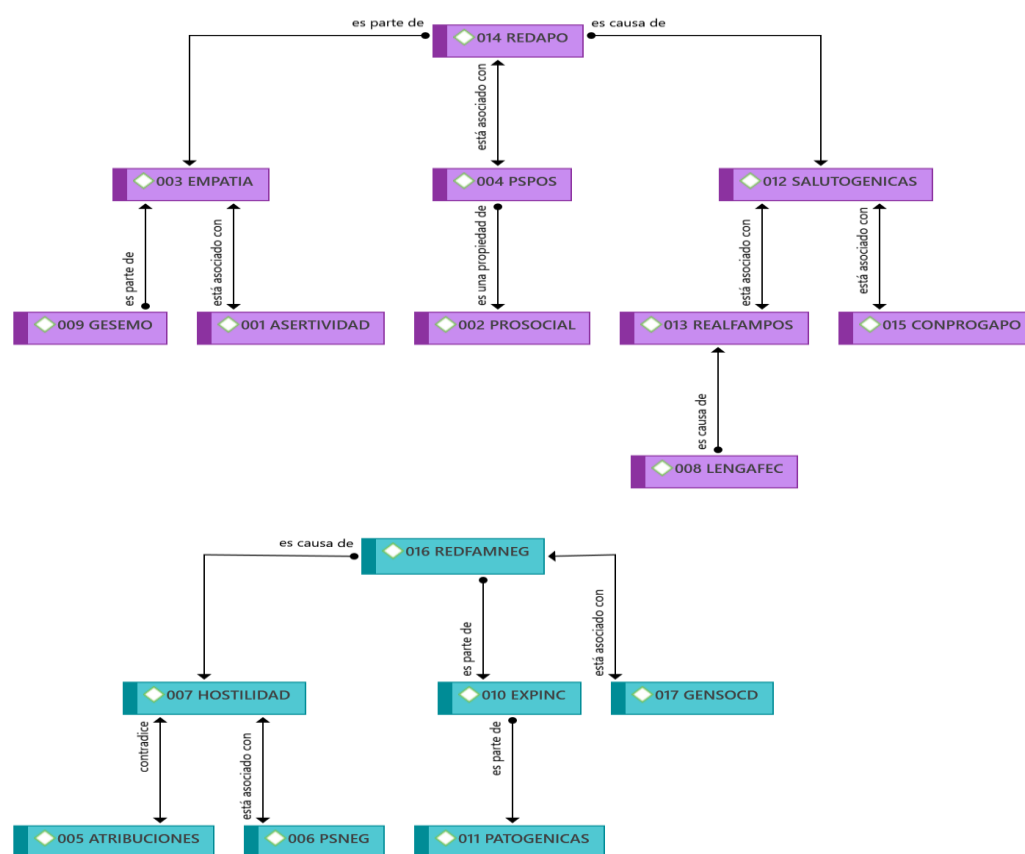
muestran cómo los cuidadores frecuentemente reflexionan sobre las causas de sus emociones y su forma de expresarlas. REALFAMPOS (22 enraizamientos) resalta las dinámicas familiares en sus relatos y la convivencia de estos, mientras que GENSOCD (1 enraizamiento) refleja la escasa identificación de problemas sociales, y CONPROGAPO (0 enraizamientos) señala la falta de apoyo actual externa por parte de programas y con relatos centrados principalmente en experiencias familiares pasadas.

En la Tabla 9 los enraizamientos más altos incluyen 005_Atribuciones (20 enraizamiento), debido a que los facilitadores de acuerdo a los relatos de los cuidadores atribuyen causas a sus emociones y experiencias. 006_PSNeg (16 enraizamiento), relacionado con pensamientos negativos, es otro tema destacado, reflejando cómo los cuidadores en sus discursos perciben sus contextos en familia o comunidad con cierto peligro. Otros códigos como 007_Hostilidad (15 enraizamiento) y 016_RelFamNeg (13 enraizamiento) también aparecen con frecuencia, lo que implica que las dinámicas familiares, que describen los cuidadores son en su mayoría conflictivas y con actitudes hostiles tanto de ellos como de sus familiares. De igual manera el código 015_ConProgApo con 0 enraizamientos debido a que ningún cuidador cuenta con otro tipo de apoyo.

A partir de estos códigos, se realizaron redes para la identificación de patrones y relaciones entre los temas y conceptos presentes en las experiencias descritas por los cuidadores. Estas redes permiten visualizar cómo se conectan los diferentes códigos y cómo se interrelacionan los temas. En la figura 1 se presenta la red correspondiente a la Escritura Emocional Autorreflexiva (EEA), que refleja la interconexión entre los códigos donde notamos que, en su mayoría, los cuidadores que contaban con una red de apoyo durante el hecho traumático generaron más emociones positivas y se preocuparon más por los demás, lo que les

permitió relacionarse de manera positiva con su entorno familiar o social. Por el contrario, en los relatos con relaciones negativas predominaban acciones, palabras y pensamientos hostiles tanto del cuidador como de las personas mencionadas. Además, surgió una contradicción entre la hostilidad y las atribuciones, ya que muchos participantes interpretaron actitudes negativas en otros que llevaban a respuestas hostiles de su parte, aunque estas percepciones no siempre corresponden con la realidad, generando una visión más negativa de su entorno.

Figura 14. Red de análisis de los ejercicios de escritura emocional autorreflexiva.

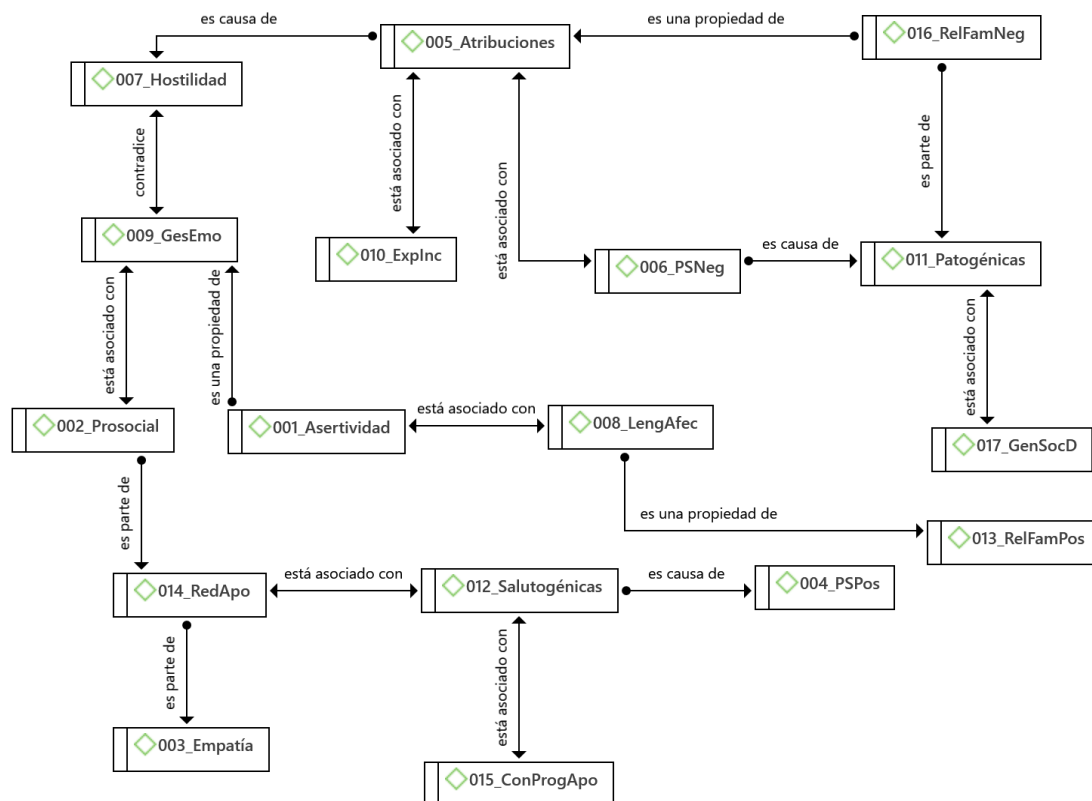


Fuente: Elaboración propia.

En la figura 14, se muestra la red del análisis de las bitácoras, se destaca el código de atribuciones, ya que los facilitadores identificaron patrones en los cuidadores, quienes

reaccionaban de manera hostil debido a relaciones familiares negativas. Estas dinámicas dificultan el desarrollo de actitudes que promuevan el bienestar y refuerzan una visión negativa de su entorno. Además, se observó una contradicción entre la hostilidad y la gestión emocional: aunque los cuidadores podían identificar sus emociones, a menudo no percibían su hostilidad. Con el tiempo, y mediante los ejercicios EEA, lograron resignificar sus experiencias, reconociendo el valor de sus redes de apoyo y las relaciones familiares positivas que los apoyaron en momentos difíciles.

Figura 15. Red de análisis de bitácoras.



Fuente: Elaboración propia.

Por último, en este análisis cualitativo se crearon cuatro nubes de palabras, una para cada escritura emocional autorreflexiva de los cuidadores. Además, se elaboró una nube de palabras que abarcó todas las bitácoras correspondientes a las 9 semanas en las que se desarrolló el proyecto.



La Sra. C describió que su recuerdo más doloroso es el fallecimiento de su esposo, ya que nos hablaba de cómo su casa, sus pertenencias y lo que la rodeaba le traía recuerdos de la persona que más la ha amado y apoyado, por otra parte, también incluía el remordimiento que le causa la infidelidad (junto con su vecino), ya que cree que su esposo no merecía esa traición porque realmente era una buena persona, a pesar de que todo indicaba que su esposo sabía de dicha infidelidad, nunca le reclamó por ello.

Al momento de realizar el ejercicio A, la Sra. C, le costaba comprender las indicaciones y no sabía cómo comenzar a redactar, por lo que procedimos a darle un par de ejemplos de lo que podría escribir. Con este ejercicio observamos que mientras escribía iba leyéndolo, llegaba a divagar, pues comenzaba a relacionar con otros recuerdos dolorosos, por ejemplo, uno de ellos la violencia física, psicológica y sexual que sufrió con su ex-esposo y la violencia que sufrió con sus padres.

Para el ejercicio B, volvió a tocar el tema de su esposo y su vecino, pero también incluyó el rechazo de su familia y que a “ella” no le gustaba que los demás se entrometieran en su vida. Para esta ocasión, al no lograr que escribiera más, le pedimos que le escribiera un consejo a esa “amiga”, el consejo que escribió fue “el amor no es un pecado” y que “ya no quiere sufrir”.

Mientras que, el ejercicio C nos causó problemas, ya que ella logró entender bien las instrucciones, pero lo que escribió no llegó a comprenderse, por lo que tuvimos que repetir este ejercicio, fue un ejercicio conflictivo porque al momento de darle su escrito, ella tampoco entendió lo que escribió y mientras volvía a hacerlo, se notaba fastidiada y molesta, ya no quería escribir por más que le insistimos. Por lo que, le dimos ideas de cómo redactar y logramos un nuevo ejercicio, el cual tanto ella como nosotras comprendemos lo que decía.

Por último, para el ejercicio D se veía más calmada y contenta, antes de comenzar con la escritura nos mencionó que estaba conociendo a un señor, el cual es casado y ya había ido a verla un par de ocasiones. En este ejercicio, colocó que ya se encontraba tranquila, que está feliz de haber tenido a esa persona como esposo y está satisfecha de lo que aprendió de él, la solución para su experiencia fue el establecer límites para que no le hagan daño y no la hagan sentir desagradable.

Sus XV años fue un momento en el que se sintió sola, ella no quería fiesta pero por la insistencia de su madre aceptó, fue un día donde su madre no estuvo presente debido a que viajó por los animales que serían preparados para la comida, solamente estuvieron presentes su abuela, su hermana mayor, su amiga y dos chambelanes que le habían conseguido, menciona que en la misa estuvo presente la que sería su madrina de vestido, otra cosa que mencionó fue sobre los pensamientos que tenía ese día, pensamientos como querer escaparse, querer morir o desaparecer.

Para comenzar, en el ejercicio A, fue la primera vez que nos hablaba de esta situación, de cómo se sintió en ese momento, de cómo su abuela estaba molesta con ella porque su mamá no estaba, como su madrina también estaba molesta porque su mamá no estaba. Mientras nos contaba cómo vivió ese día, la Sra. R lloró mucho, incluso durante la técnica de relajación, por lo que al finalizar la sesión le preguntamos si necesitaba un abrazo, contestó que sí.

Mientras que, el ejercicio B, escogió como nombre “Estrella”, mencionó que era un nombre que le gustaba y sería el que utilizaría para ser relató. De la misma manera, relató su experiencia, casi de forma idéntica al primer ejercicio, esta vez lloró en un par de ocasiones, sobre todo cuando habla de la mamá de “Estrella”. Para esta sesión, durante la técnica de relajación se quedó dormida.

El ejercicio C, fue un poco más corto, incluso le preguntamos dos veces si quería decir otra cosa. En este ejercicio se le complicó utilizar la lista de palabras, pues a pesar de que le leímos dos veces la lista, comentó que se le hacía difícil retener la información y por eso es que olvidaba con facilidad las palabras que debía utilizar. Habló sobre cómo se sintió ese día, la insistencia de su madre por hacer una fiesta, reconoció que sus padres habían puesto muchas responsabilidades a su hermana mayor, también habló sobre sus pensamientos y analizó que, si

se iba, ¿A dónde se iría? Finalmente llegó a la conclusión de que esa es la razón por la que no le gusta festejar, le da miedo volver a sentirse de esa manera. Incluso mencionó que cuando se acerca una fecha festiva (por ejemplo, el 10 de mayo) siente mucho estrés y suele ponerse triste.

Por último, el ejercicio D, habla sobre cómo sufrió muchos años y fue una situación muy difícil. Para la Sra. R, una solución fue cuando nació su hija, pues una vez que se casó y nació su hija, ella ya estaba pensando en la fiesta de XV años. Cuando al fin se llegó el día de comenzar a organizar, ella disfrutó mucho junto a su hija, hasta el más mínimo detalle, lo organizó como si hubiese sido para ella. Mencionó que su esposo no pudo estar presente en la misa y eso le trajo ese mal recuerdo, pero se tranquilizó porque ella no dejaría sola a su hija en su fiesta, como le había ocurrido.

En general, el recuerdo de sus XV años es un hecho que le ayudó a entender muchas cosas y que se ha permitido sanar, ella ya perdonó a su mamá por haberla dejado sola, pero también se perdonó así misma por no haber notado desde antes esos detalles bonitos que hubo, como el que su hermana mayor se encargará de la comida o que su amiga la motivará a bailar su vals y no dejarla sola.

8.2.2.3 Cuidador Tres. (11:00a.m. - 11: 50a.m.)

Figura 18. *Nube de palabras correspondiente al CPI 3*

consejo que le pudiera dar a este “conocido” y lo que escribió fue que los seres humanos nos adaptamos y reaccionamos de acuerdo a las circunstancias, que no hay decisiones buenas ni malas, relacionado a la falta de figura paterna comentó que sus círculos cercanos pudieron cometer errores, pero esto le deja un aprendizaje.

Para el ejercicio C, habla que pudo comprender que ha sido satisfactorio y cómo este hecho doloroso de su vida le ha dejado un gran aprendizaje. Pues, piensa que cualquier sentimiento negativo solo le atraería sufrimiento, es por eso que aprendió a darle un sentido menos dañino y permitirse crecer como persona con un equilibrio interno armonioso. Y que solo son enseñanzas de la vida.

Mientras que el último ejercicio (D), escribe que en definitiva el perder a su padre es un hecho que ha marcado su vida, como solución propuso que puede aprender de esta pérdida, porque aprendió a ser sincero con sus sentimientos y hacer un lado miedos y frustraciones, pues ahora se siente orgulloso del padre y esposo que es.

Al Sr. B le costaba hablarnos sobre este hecho doloroso, cuando le pedíamos que nos hablara un poco nos dijo que para él era más fácil escribir que hablar. Solo se limitaba a leer lo que escribía y no mencionar alguna otra cosa, por momentos al leer se le cortaba la voz y evitaba mirarnos. Para el ejercicio B, nos percatamos que escribió muy poco y por eso mismo le pedimos que escribiera un consejo.

8.2.2.4 Cuidadora Cuatro. (12:00p.m. - 12:50p.m.)

Figura 19. *Nube de palabras correspondiente al CPI 4*

Mientras que, en el ejercicio C, comenzó con redactando la pérdida de su abuelo paterno y que no pudo viajar porque tiene a su cuidado a su abuelo materno y su condición no le permite viajar. Pero en esta ocasión también habló sobre el sufrimiento que sintió por no haber podido despedirse y la frustración por no poder hacer algo que su corazón le pedía pero que es consciente de que ahora está en un mejor lugar y que le quedan los momentos felices que vivió a su lado.

Por último, en el ejercicio D, comenzó con el conteo de los días que habían pasado, y como al pasar los días le ha permitido analizar y reconocer las distintas emociones que experimentó, y ahora le queda disfrutar el tiempo que tiene con su abuelo materno, ya que es consciente que en algún momento tendrá que partir y acepta todo lo que tenga que venir e intentar tomarlo de la mejor manera.

L solía equivocarse, ya que escribía mal una palabra o ponía otra y lo corregía de inmediato, nos contó un poco sobre su familia, pues en sesiones anteriores no lo había hecho, en esta segunda etapa nos habló sobre su papá y sobre sus amigos. Al realizar el ejercicio D, ya la notábamos más tranquila y feliz.

8.2.2.5 Análisis bitácoras

Figura 20. *Nube de palabras correspondiente a las bitácoras*

En conjunto, la nube no solo refleja el impacto emocional, sino también el peso de las responsabilidades y las dinámicas relacionales en la vida de los participantes. Esto muestra cómo los ejercicios ayudaron a conectar las experiencias personales con sus sentimientos, ofreciendo un espacio seguro para reflexionar sobre las complejidades de su vida diaria.

8.3 Tercera fase

Durante esta última etapa, en la parte de museo, logramos visibilizar cómo se comportan las cuidadoras al momento de estar en grupo, donde en su gran mayoría se lograron acoplar bien y crear vínculos entre ellos. Como en todo grupo al inicio la mayoría al ser de la misma colonia se ubicaban, pero no se hablaban, ya con el paso de las sesiones lograron formar vínculos y crear una red de apoyo entre ellos.

En las sesiones notamos que en su mayoría asistían 15 cuidadoras, de las cuales durante las sesiones notamos, una evolución notable en la actitud y la participación de los cuidadores. Al principio, muchos mostraban cierta reserva y encontraban difícil expresar sus emociones negativas. Sin embargo, conforme avanzaban las sesiones, se evidenció un cambio significativo en su disposición y en su implicación dentro del grupo.

Los cuidadores pasaron de una participación moderada y pasiva a una actitud más activa, colaborativa y atenta. Las dinámicas físicas, lúdicas y simbólicas jugaron un papel fundamental en su integración y fomentaron mayores interacciones entre ellos. Un claro ejemplo de esto fue la actividad en la que crearon un escudo grupal; durante esta, trabajaron con entusiasmo y un fuerte sentido de compañerismo, demostrando su capacidad para colaborar y unirse en torno a un objetivo común.

En el ámbito emocional, se observó una transición desde la contención y la inquietud inicial hacia una mayor apertura en la expresión emocional, disfrutando de una conexión afectiva

más profunda. Las sesiones ofrecieron un espacio seguro para explorar emociones y compartir experiencias. Poco a poco, los cuidadores comenzaron a expresar abiertamente sus sentimientos, vivencias y necesidades, lo que fortaleció los lazos entre ellos.

Además, se hizo evidente un crecimiento en la autorreflexión y en la comprensión del cuidado. Los cuidadores empezaron a reconocer la importancia de cuidarse a sí mismos y de buscar ayuda cuando lo necesitaban. Este reconocimiento se tradujo en un cambio en su perspectiva respecto al estrés, al autocuidado y a su rol como cuidadores.

El grupo se transformó en una red de apoyo significativa, en la que se comparten experiencias y se valida mutuamente. Con el tiempo, se consolidaron la empatía, el respeto y la escucha activa, lo que permitió a los cuidadores sentir mayor seguridad y respaldo en su labor.

En general, la evolución de los cuidadores refleja un camino que va de lo individual a lo colectivo, de la contención emocional a la autorregulación, y del aislamiento al apoyo mutuo. Este proceso de empoderamiento no solo mejora su bienestar personal, sino que también eleva la calidad del cuidado que ofrecen. El grupo ha logrado construir una identidad colectiva y desarrollar una sólida red de apoyo, permitiéndoles sentirse más seguros y respaldados en su importante papel como cuidadores.

Es fundamental resaltar el papel imprescindible que desempeñaron ciertos participantes en el grupo, comenzando por la señora R. Ella mostró un notable liderazgo y una capacidad excepcional para expresar sus dudas y opiniones de manera abierta y sincera. Su contribución fue crucial para dinamizar las discusiones y enriquecer los puntos de vista entre los miembros del grupo. Además, su pensamiento y actuación independiente fomentaron un ambiente de diversidad y enriquecimiento en las interacciones.

También es relevante mencionar a los señores J, quienes representaron a uno de los pocos hombres presentes en las sesiones. Su participación aportó una perspectiva distinta y valiosa, permitiendo comprender mejor cómo los roles de género impactan el ejercicio del cuidado. A pesar de las diferencias, su experiencia compartió el peso del desgaste emocional que todos los cuidadores enfrentan. Su compromiso y vulnerabilidad resultaron de gran ayuda para el grupo.

Por otro lado, la señora A se destacó por asistir a las sesiones junto a su dependiente, una mujer con síndrome de Down. A pesar de las posibles limitaciones que esto podría haber traído, la señora A se mostró participativa y dispuesta a compartir sus vivencias y emociones. Fue impresionante ver su evolución: de una actitud más reservada al principio de las sesiones a una mayor apertura y participación hacia el final.

Es crucial enfatizar que estos cuidadores son mencionados porque, no solo asistieron a la mayoría de las sesiones, sino que también fueron pilares en la integración del grupo, creando un entorno de seguridad y apoyo entre todos los miembros. Su participación activa y comprometida fue esencial para el éxito del proyecto y para el establecimiento de una sólida red de apoyo entre los cuidadores.

Mientras tanto, de manera general en Museo, Utopía y Unión de colonos se realizó un análisis en el programa SPSS, del instrumento “WHODAS 2. 0”, es una herramienta que permite evaluar de qué manera las condiciones de salud influyen en la participación social y el funcionamiento diario de las personas. Toma en cuenta diversos factores, como el entorno, las relaciones interpersonales y las barreras sociales. Su enfoque biopsicosocial lo hace especialmente valioso para el diseño de intervenciones que fomenten la inclusión, el apoyo comunitario y la mejora de la calidad de vida. Al realizarse solamente un post afecto los datos,

por lo cual, decidimos excluirlos y destacar solamente las preguntas que son importantes para explicar su conducta en grupo y la evolución de esta.

- En los últimos 30 días ¿cuánta dificultad ha tenido para analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?

Tabla 10.

		Frecuencia	Porcentaje
<i>Válido</i>	Ninguna	18	41.9
	Leve	10	23.3
	Moderada	11	25.6
	Severa	3	7.0
	Total	42	97.7
<i>Perdidos</i>		1	2.3
<i>Total</i>		43	100.0

Fuente: Elaboración propia.

En esta tabla, podemos observar cómo las cuidadoras han obtenidos herramientas beneficiosas, a lo largo de las sesiones para resolver problemas en su vida cotidiana, como se refleja el 41.9 % mencionó que en el último mes no ha tenido alguna dificultad, y un 25.6% mencionó que, si les ha costado, lo cual indica las diversidades qué enfrenta cada persona, que aunque, hemos ayudado a la gran mayoría, todavía hay ciertos aspectos qué resolver individualmente.

- En los últimos 30 días ¿cuánta dificultad ha tenido para: ¿Relacionarse con personas que no conoce?

Tabla 11.

		Frecuencia	Porcentaje
<i>Válido</i>	Ninguno	12	27.9
	Leve	8	18.6
	Moderada	2	4.7
	Severa	5	11.6

<i>Perdidos</i> <i>Total</i>	Total	27	62.8
		16	37.2
		43	100.0

Fuente: Elaboración propia.

En el caso de esta tabla, observamos que el 27.9% no ha tenido problemas con relacionarse con personas que no conoce, teniendo como ejemplo el grupo que se formó en el museo, pues la mayoría de las cuidadoras tuvo una gran facilidad para establecer conversaciones e incluso llegar a formar una pequeña amistad. Por otra parte, el 11.6% tuvo una severa dificultad para relacionarse, pueden ser casos de personas introvertidas, personas a las que les cuesta relacionarse con alguien fuera de su círculo cercano. Mientras que el 18.6% encontró una dificultad leve, y la minoría, es decir el 4.7%, mencionó que fue de manera moderada.

- En los últimos 30 días ¿cuánta dificultad ha tenido para: ¿Mantener una amistad?

Tabla 12.

		Frecuencia	Porcentaje
<i>Válido</i>	Ninguno	21	48.8
	Leve	8	18.6
	Moderada	5	11.6
	Severa	3	7.0
	Total	37	86.0
<i>Perdidos</i> <i>Total</i>		6	14.0
		43	100.0

Fuente: Elaboración propia.

La mayoría de los CPI, el 48.8%, afirmó que no tuvieron dificultad alguna para mantener una amistad, puede deberse a diferentes factores, un ejemplo, puede ser debido a la fuerza del vínculo afectivo. Se observó que el 7%, tuvo dificultades para mantener una amistad, puede ser debido a la distancia o falta de tiempo, ya hay CPI que únicamente se encuentran en los cuidados de su familiar dependiente y no se permiten tener tiempo de calidad con amistades y/o familiares.

- En los últimos 30 días ¿cuánta dificultad ha tenido para concentrarse en hacer algo durante diez minutos?

Tabla 13.

		Frecuencia	Porcentaje
<i>Válido</i>	Ninguno	16	37.2
	Leve	12	27.9
	Moderada	8	18.6
	Severa	1	2.3
	Total	37	86.0
<i>Perdidos</i>		6	14.0
	<i>Total</i>	43	100.0

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al 37.2%, no tienen ninguna dificultad para concentrarse en alguna tarea, puede deberse a que prestan suficiente atención al momento de la realización y le brindan el tiempo que sea necesario. A diferencia del 2.3%, que la dificultad de concentrarse se puede deber al estrés o falta de tiempo para realizar cada actividad, lo cual provoca que lleguen a repetir la misma actividad por más veces.

Por el contrario del 27.9%, que reporta una dificultad leve de concentrarse, por último, el 18.6% cuenta con ya dificultad moderada, puede deberse a diferentes factores internos o externos, que no les permite estar completamente presentes en las actividades que realizan.

- En los últimos 30 días ¿cuánta dificultad ha tenido para participar en actividades de su comunidad (por ejemplo, festividades, actividades religiosas o de otro tipo) de la misma forma que cualquier otra persona?

Tabla 15.

		Frecuencia	Porcentaje
<i>Válido</i>	Ninguno	24	55.8
	Leve	8	18.6
	Moderada	4	9.3

<i>Perdidos</i> <i>Total</i>	Total	36	83.7
		7	16.3
		43	100.0

Fuente: Elaboración propia.

Esta última tabla destaca, el discurso qué ellas han mencionado de cómo antes no solían salir y se aislaban en su gran mayoría, a obtener la mitad del porcentaje en no tener ninguna dificultad para integrarse a la comunidad, pero fue un gran trabajo y se estuvo realizando durante 10 meses aproximadamente el qué fueran conscientes de que ella/os también sus momentos para pasarla bien. Lo cual también se ve reflejado en los siguientes porcentajes obteniendo leve un 18.6% y moderada 9.3%.

En conclusión, esta tercera etapa permitió a las cuidadoras poder crear nuevas redes de apoyo, debido a que las sesiones les permitieron hablar y conocer sobre las diferentes situaciones. El poder comentar sobre lo que conlleva el cuidado, les permitió empatizar y formar nuevas amistades con estilos de vida similares a la de ellos, por otra parte, el grupo sirvió para proporcionar información que les podría brindar ayuda específica a sus necesidades. Por último, los cuidadores decidieron continuar con el grupo, aunque ya no se encuentren facilitadores, ellos desean encontrar un lugar y un horario que les permita platicar e intercambiar ideas para tener un estilo de vida saludable y evitar la sobrecarga.

9 DISCUSIÓN

9.1 Primera fase

El objetivo principal de esta etapa, es el reconocimiento del rol de los cuidadores y la sobrecarga que experimentan. De este modo, la aplicación de escalas psicométricas nos permitió medir cada uno de sus malestares y de su bienestar psicosocial, lo cual logró que cada uno de los CPI fueran conscientes de lo que conlleva ser un cuidador primario.

Empezando por el tema de apoyo social, donde cada uno de los cuidadores identificaron a sus redes de apoyo, en conocidos, familiares y/o amistades. Hubo casos donde se les dificultaba encontrar a una persona que pudiera brindarle cualquier clase de ayuda o no contaban con nadie que los ayudará a cubrir alguna necesidad tanto de ellos como de la persona a la que cuidan.

Por otra parte, está la organización del tiempo, lo cual les sirvió de ayuda el tener un calendario donde plasmaron las actividades semanales y otro donde organizaron aquellas actividades que les gustaría llevar a cabo. Esta planificación les permitió tener un mejor control sobre sus actividades y poder realizar aquellas actividades que redujeran el nivel de estrés.

Mientras que, en las siguientes sesiones, las cuidadoras aprendieron a poner límites, tanto a la persona que está a su cuidado como a los demás integrantes de su familia y amigos. Una de las razones de la sobrecarga con la que vivían, era que no establecían algún límite hacia los delatados, lo que provocaba que los demás sobrepasaran en cualquier situación y que ellos perdieran muchos aspectos de su vida. Tenemos como ejemplo el caso de la señora R, la cual permitió que su esposo, hijos, hermanos, suegra y cuñados, no respetaran su espacio y opinaran acerca de todas sus actividades, lo que provocaba que ellos incluso tomaran el control de algunas de sus decisiones, en mayor medida su esposo. Una vez que la señora R aprendió a poner límites y siguió que serían para su familia y para ella misma, ya que consideraba que hay situaciones donde ella necesitaba respetar ciertos límites para que su familia también lo hiciera.

Entre otras de las actividades dadas se encuentra la solicitud de ayuda y apoyo, donde se indaga sobre a quienes les pedían ayuda, referente al cuidado y a cuestiones propias, la mayoría acudía a su familia y en otros casos con amigos, el caso que llamó la atención fue en el que no tenían a nadie y nuevamente se utilizó las redes de apoyo de cada cuidador, buscando que haya al menos una persona en esa red de apoyo. Por otra parte, señalizó la tarta del cuidado, donde cada

uno de ellos, en una hoja circular realizaban una división de las personas con las que compartían el cuidado, observando que ellos tenían el porcentaje mayor y otros familiares un porcentaje menor de cuidado. En la segunda hoja, distribuían de manera equitativa el cuidado. En este tema, se obró por descartar a la señora C, pues al ser autocuidadora no tenía con quien repartir ese cuidado, por lo que se optó trabajar un tema relacionado con la expresión emocional y fortalecimiento de sus redes de apoyo.

9.2 Segunda fase

Durante la segunda etapa del proyecto, la implementación de la escritura emocional autorreflexiva (EEA) permitió observar avances significativos en el bienestar emocional de los cuidadores. A través de esta técnica, se generó un espacio seguro en el que pudieron explorar sus vivencias traumáticas desde una perspectiva diferente y honesta, lo cual facilitó la resignificación de sus experiencias, tal como lo proponen Smyth & Pennebaker (2018) y Baikie & Wilhelm (2019).

Esta herramienta mostró ser un procedimiento eficaz para aliviar síntomas de ansiedad y estrés en los cuidadores, y les ayudó a reducir la carga emocional asociada a los cuidados de sus dependientes. Además, les permitió cambiar su perspectiva sobre sí mismos y notar cambios significativos en su conducta.

La diferenciación entre el uso de la primera y tercera persona en la escritura fue de gran ayuda. La narrativa en primera persona permitió a los cuidadores tener una mayor conexión emocional y expresión consigo mismos, mientras que la escritura en tercera persona les permitió ver la situación desde una perspectiva más objetiva y encontrar herramientas más fáciles para solucionar el problema. Esta dualidad resultó útil y flexible, dependiendo del momento y las necesidades de cada participante.

La combinación de la EEA con la escucha activa y la atención plena potenció los efectos de la técnica. En sesiones donde se combinó la escritura con dinámicas de comunicación y empatía entre los cuidadores y facilitadores, se evidenció una mayor disposición por parte de los cuidadores para compartir sus emociones, fortaleciendo el vínculo entre ellos y los facilitadores. La escucha activa, como indica Keaton et al. (2020), contribuyó al fortalecimiento de la confianza interpersonal y redujo los niveles de tensión en los encuentros individuales.

Por otro lado, la práctica de atención plena (mindfulness) fue una pieza clave para una mayor conexión con el presente y una observación más consciente de las emociones. Los cuidadores reportaron mejoras en su regulación emocional y una reducción en síntomas asociados con el estrés, coincidiendo con los hallazgos de Chiesa et al. (2021) y Creswell et al. (2019). Al realizar esta práctica, los cuidadores fueron conscientes de su presente por unos minutos, lo que les permitió enfrentar sus pensamientos intrusivos de manera más efectiva.

En general, la implementación de la EEA y la atención plena en el proyecto permitió a los cuidadores desarrollar herramientas valiosas para manejar su estrés y emociones, mejorar su bienestar emocional y fortalecer su relación con los facilitadores y otros cuidadores.

9.3 Tercera fase

En la última etapa del proyecto, se logró un gran cierre gracias a la sólida base establecida en las dos primeras etapas. La integración grupal promovió un sentido de pertenencia entre los cuidadores, lo que es esencial para fomentar relaciones colaborativas y respetuosas, como señala Pérez (2017). La creación del escudo grupal y la elección de un símbolo que los representara fueron momentos clave en este proceso.

Esta etapa grupal permitió a los cuidadores identificar y expresar sus emociones en un entorno seguro, lo que constituyó una vía fundamental para que pudieran reconocer y gestionar

sus sentimientos de manera efectiva. El proceso de aprender a manejar las emociones se mostró crucial en la regulación de la ira, una emoción común en el ciclo de estrés. Como señalan Frijda (1986) y Gross (2014), regular las emociones no implica reprimirlas, sino reconocerlas y gestionarlas de forma correcta según la situación.

La comunicación asertiva fue presentada como una herramienta crucial para evitar malentendidos y establecer límites saludables. La asertividad promueve una expresión emocional clara y respetuosa, lo que permitió a los cuidadores fortalecer sus relaciones personales sin recurrir a patrones agresivos o pasivos.

El tema del duelo estuvo presente en esta etapa, ya que los cuidadores constantemente se enfrentan a la incertidumbre sobre el futuro de la persona que cuidan. La exploración de las redes de apoyo y la diferenciación de los tipos de duelo y las etapas por las que atraviesan los seres humanos en estas situaciones permitieron a los cuidadores compartir sus vivencias y crear una red de apoyo entre ellos.

El autocuidado fue otro tema fundamental, ya que los cuidadores reconocieron la importancia de atender sus necesidades físicas y emocionales para poder cuidar de manera efectiva a otros. La promoción de hábitos como la activación física, el descanso adecuado y la conexión social brindó estrategias concretas para enfrentar el desgaste cotidiano.

En general, esta etapa grupal fue posible gracias a la sólida base establecida en las etapas anteriores, y permitió a los cuidadores crear una red de apoyo y reconocer la importancia de cuidar de sí mismos. La experiencia de compartir con personas que viven situaciones similares les permitió sentirse identificados y escuchados, lo que fue fundamental para su bienestar emocional.

10 CONCLUSIONES

10.1 Primera fase

En general, hemos podido observar los cambios en los participantes, uno de ellos es de acuerdo a las escalas psicométricas, donde la intervención tuvo un impacto positivo, ya que se encontró una reducción en estrés, depresión y ansiedad (de acuerdo a la escala de malestar psicológico). En cuanto al bienestar, se logró fortalecer y esto debido a técnicas como lo es la escucha activa y la atención plena. En cuanto a la escala de afecto positivo y negativo no se encontró como tal un cambio significativo, pero esto permitió a los CPI poder reconocer su estado anímico y tener un mejoramiento, ya que se lograron reducir afecto como lo fue “desilusión”.

Por otro lado, la implementación de la escritura emocional autorreflexiva les permitió resguardar e identificar sus sentimientos, pensamientos y deseos. No obstante, esta actividad presentó problemas a los facilitadores, pues hubo casos donde no se permitía realizar esta técnica o se dificulta el que se realizará. Casos en los que por condiciones fisiológicas de las participantes no podían leer ni escribir, o en algunos casos, el nivel educativo de los participantes provocaba que no comprendieran las indicaciones o no se llegara a entender su escrito, ya sea por faltas ortográficas o gramaticales. Sin embargo, se lograron encontrar maneras de realizarlo, una de ellas fue pedirle al participante que relatara su recuerdo.

Por su parte, el redograma nos permitió identificar su red de apoyo y el tipo de relación que tenía con cada integrante. Lo que llamó nuestra atención, son los cuidadores que tienen una red de apoyo tan pequeña, ya que solo incluían a una o dos personas, al contrario de las cuidadoras con una red de apoyo extensa y con relaciones fuertes.

10.2 Segunda fase

La intervención psicosocial a domicilio tuvo un efecto significativo en las escalas de bienestar, tales como bienestar subjetivo y salud autopercibida, así como en apoyo social y afecto positivo, aunque estas dos últimas mencionadas sólo en algunos grupos de personas. De acuerdo a algunos resultados obtenidos por el cuestionario de apoyo social de MOS, expresaron no contar con personas que puedan escucharlas o brindarles algún consejo, y en pocos casos, no cuentan con el apoyo de su familia. Aunque la mayoría de los participantes se beneficiaron de la intervención, no todos los cuidadores experimentaron el mismo efecto debido a que no completaron todas las sesiones por distintas circunstancias.

Con esta identificación de los participantes que no lograron cambios significativos, se puede sugerir una atención psicológica especializada. En las estrategias de relajación se mostró un cambio significativo en la técnica de relajación muscular progresiva o pasiva, y un leve cambio en la respiración diafragmática. Sin embargo, en la imaginería guiada no se observó un cambio en los análisis realizados, probablemente debido al ruido externo que existía en ese momento. Siendo el ruido, el mayor problema en las sesiones, siendo unos de los factores de distracción, además de la presencia de otros familiares e incluso la presencia de la persona dependiente, esto provocando que los cuidadores no se expresaran libremente y provocando una presencia de incomodidad.

Por otro lado, la implementación de la escritura emocional autorreflexiva (EEA) en esta segunda etapa del Programa de Evaluación e Intervención Psicosocial con Cuidadores Primarios permitió a los participantes explorar y resignificar eventos dolorosos de sus vidas. A través de los ejercicios y narraciones en primera y tercera persona, los cuidadores lograron identificar patrones emocionales, reinterpretar sus experiencias y proponer soluciones que promuevan el bienestar

emocional. Pues, en el instante en que los cuidadores escribieron en una hoja de papel los pensamientos y sentimientos más íntimos sobre ese momento doloroso de su vida, los ha ayudado a asimilar y aceptar lo ocurrido. Cabe destacar, que al elaborar y comprender esta situación dolorosa han podido aprender, avanzar y tener una nueva perspectiva de su vida.

El análisis cualitativo destacó la importancia de conceptos como la identificación de emociones, las atribuciones de causas y el uso del lenguaje afectivo. Se observó que los cuidadores con redes de apoyo sólidas mostraron mayor resiliencia, mientras que quienes enfrentaron relaciones hostiles tuvieron mayores dificultades para resignificar sus vivencias. Asimismo, la implementación de técnicas de atención plena permitió a los Cuidadores Primarios a regular sus emociones, para así evitar que se quedaran enganchados en alguna emoción traída por su recuerdo doloroso.

A pesar del impacto positivo, el proyecto enfrentó retos como las limitaciones técnicas, de enfermedad o educativas de algunos cuidadores, lo que resaltó la importancia de adaptar las actividades a sus necesidades específicas.

10.3 Tercera fase

Durante esta última etapa se creó un grupo con las cuidadoras que desearon seguir en esta etapa grupal. De las aproximadamente 40 cuidadoras que iniciaron en la parte del museo, solo asistieron 15 debido a diversas problemáticas que experimentaron.

Las razones identificadas para la falta de asistencia incluyeron la comodidad con las sesiones individuales, la falta de movilidad para llegar al museo, el desagrado por los grupos y en algunos casos, la falta de tiempo también influyó en que el grupo se fuera reduciendo. A pesar de

estos desafíos, durante las sesiones grupales se notó un progreso en la interacción entre las participantes.

Al inicio, se sentían extrañas y buscaban la aprobación de los facilitadores, pero con el tiempo empezaron a crear grupitos, convivir, discutir e intercambiar ideas. Aunque no se creó una red de apoyo sólida, el hecho de que se encontraran y comenzaran a hablar en la calle sugiere que el grupo tuvo un impacto positivo en sus vidas.

Es importante mencionar, que en el caso del museo, hubo percances que afectaron al grupo, uno de ellos y no de manera directa, fue la propagación de información errónea sobre el grupo. Esto ocasionó que llegaran personas con distintos problemas y edades, aunque se encontraron dos temas que compartía este nuevo grupo, suicidio y depresión, a pesar de que los facilitadores no contaban con la información, la experiencia y la capacitación, se buscó una forma de atender a estas personas. La primer manera de apoyar, fue brindar una sesión única donde se abordaron esos dos temas de manera general, encontrando una gran participación de parte de los vecinos de San Miguel Teotongo, en segundo, se atendió de manera individual a cada uno de ellos y brindando información que los ayude a atender de manera adecuada cada una de sus preocupaciones, y como último, se les proporcionó información y contactos sobre profesionales que puedan atender de manera particular. Este incidente, ocasionó que la mitad de los facilitadores los atendiera, mientras que la otra mitad atendía al grupo de cuidadoras.

Algunas cuidadoras expresaron dolor emocional y compartieron experiencias personales de manera más reservada que en las sesiones individuales. Aunque no todos los participantes mostraron sus emociones abiertamente, el proceso grupal permitió una apertura y confianza gradual entre las participantes. En general, el grupo logró crear un sentido de unidad y compañerismo, lo que podría tener efectos duraderos en las vidas de las cuidadoras.

10.4 General

Los resultados derivados de este proyecto revelan que los cuidadores principales informales (CPI) enfrentan una carga emocional considerable debido al cuidado constante de personas con enfermedades crónicas y/o en situaciones de dependencia. En lugares como San Miguel Teotongo, en la alcaldía Iztapalapa, donde el acceso a servicios de salud y recursos de apoyo es limitado, la labor del CPI se vuelve aún más compleja. Las experiencias compartidas durante la intervención indican que muchos de estos cuidadores carecen de una red de apoyo sólida y de herramientas para la autorregulación emocional, lo que los hace vulnerables a altos niveles de estrés, ansiedad y aislamiento.

Desde la perspectiva de la teoría ecológica de los sistemas, se hace evidente cómo los diferentes niveles del entorno inciden directamente en el bienestar del cuidador. En el microsistema, la relación diaria con la persona cuidada y la reestructuración de la dinámica familiar generan tensiones que impactan negativamente en la salud mental del cuidador. En el mesosistema, la falta de coordinación con servicios de salud y instituciones comunitarias limita las posibilidades de acceso a apoyo externo. A nivel del exosistema, las difíciles condiciones socioeconómicas que muchas familias enfrentan en esta área agravan el desgaste emocional, al tener que equilibrar el cuidado con la búsqueda de ingresos. Finalmente, el macrosistema refleja una cultura de género que asigna principalmente a las mujeres la responsabilidad del cuidado, sin que existan políticas públicas adecuadas que reconozcan y respalden esta labor.

El enfoque de la Psicología Social Comunitaria fue fundamental para el diseño e implementación de la intervención. Al centrarse en la transformación colectiva y en el fortalecimiento de la comunidad, este enfoque permitió que las estrategias psicosociales tuvieran un impacto no solo individual, sino que también favorecieran procesos de empoderamiento

grupal. La tercera fase del proyecto, de carácter grupal, puso de manifiesto cómo los encuentros entre cuidadores fomentaron la identificación mutua, la validación emocional y la construcción de redes de apoyo. Estas dinámicas contribuyen a fortalecer el sentido de comunidad y la percepción de autoeficacia, elementos esenciales para mejorar la calidad de vida de los CPI.

Desde la teoría fundamentada, los datos cualitativos recogidos en las bitácoras y relatos escritos han permitido discernir categorías emergentes tales como: “desgaste emocional”, “culpa por cuidar de uno mismo”, “sentimiento de invisibilidad” y “resignificación del rol de cuidador”. Estas categorías destacan que el acompañamiento psicosocial ha brindado a los cuidadores principales (CPI) la oportunidad de verbalizar experiencias que antes habían permanecido en silencio, facilitando procesos de introspección, comprensión y aceptación. Este análisis cualitativo enriquece la comprensión de la experiencia de cuidado, complementando los resultados obtenidos a través de las escalas aplicadas.

11 CONCLUSION GENERAL

En general, a lo largo de las tres etapas, se logró observar un cambio significativo en los cuidadores. Desde la primera etapa, muchos de ellos experimentaron una transformación notable, no solo reflejada en los análisis realizados, sino también en sus propias expresiones de cambio. Al inicio, muchos no se identificaban con el rol de cuidador y no reconocían el impacto de su labor en sus vidas. Sin embargo, a medida que avanzaron las sesiones, cambiaron su perspectiva y empezaron a adoptar el rol de cuidador de manera más consciente. Por otra parte, las técnicas de respiración resultaron ser beneficiosas para ellos, ya que comenzaron a implementarlas todos los días, obteniendo como resultado una mejor respiración y relajarse después de un día de estrés.

La segunda etapa, que incluyó la escritura emocional autorreflexiva, permitió profundizar en la vida de los cuidadores y entender mejor sus personalidades y comportamientos. Esta herramienta también les ayudó a sanar y procesar situaciones emocionales no resueltas que afectaban su vida actual. Al reflexionar sobre sus experiencias y emociones, los cuidadores pudieron encontrar un mayor autoconocimiento y comprensión de sí mismos, mientras que, este ejercicio les permitió buscar soluciones que les permitió ver desde otra perspectiva eventos que los han marcado.

En la última etapa, se creó una red de apoyo entre los cuidadores, lo que les permitió crear sentido de pertenencia y así conectarse con personas que compartían su mismo rol y entender mejor sus experiencias. Esto sugiere que el proceso tuvo un impacto positivo en la vida de los cuidadores, ayudándoles a encontrar apoyo y comprensión en su papel como cuidadores.

Para finalizar, el programa nos permitió conocer y analizar los diferentes aspectos y situaciones sobre cuidadores y las personas dependientes, en San Miguel Teotongo. Pues, los cuidadores tuvieron un gran proceso, el cual parece ser efectivo, ya que durante 3 etapas llegaron a presentarse distintos cambios en cada uno de ellos, debido a que les permitió reconocer su valor como cuidadores y de esa manera crear herramientas para la reducción de estrés y sobrecarga. La combinación de las sesiones individuales y grupales, nos mostraron ser clave en estos cambios, aunque en un principio llegaron a ser complicados, los cambios de sesiones individuales a sesiones grupales, fue muy beneficioso para la creación de redes de apoyo y también de nuevas amistades lo que les permitiría una mejor calidad de vida.

12 SUGERENCIAS

El programa busca identificar cuidadores informales en la colonia San Miguel Teotongo a través de un trabajo de campo puerta por puerta, lo que resulta ser un desafío significativo debido a la inseguridad y la falta de conocimiento sobre el programa en la comunidad.

Sin embargo, se descubrió que algunas cuidadoras conocidas en la zona, que tienen locales en el mercado o calles transitadas, podrían ser clave para difundir información sobre el programa y atraer a más participantes. Estas personas podrían ayudar a evitar el trabajo exhaustivo de búsqueda casa por casa, ya que tienen una mayor presencia y credibilidad en la comunidad.

Además, su experiencia y conocimiento de la zona podrían ser fundamentales para transmitir información y generar confianza entre los posibles participantes. La participación de estas cuidadoras podría ser especialmente valiosa para llegar a personas que no están familiarizadas con el programa o que no se sienten cómodas participando en actividades comunitarias.

Otro aspecto importante es la necesidad de capacitación especializada en trabajo de campo para los estudiantes de psicología social y facilitadores. La falta de experiencia en campo de muchos estudiantes, que están en el proyecto y el manejo de casos complejos puede ser un obstáculo para abordar adecuadamente las necesidades de los cuidadores. Una capacitación que les permita entender mejor las situaciones que pueden enfrentar y desarrollar herramientas para manejarlas sería de gran ayuda.

Algunos de los beneficios de esta capacitación podrían ser:

Mayor confianza y seguridad en el trabajo de campo

Mejora en la capacidad para abordar casos complejos y sensibles

Desarrollo de habilidades para comunicarse efectivamente con los cuidadores

Mayor comprensión de las necesidades y desafíos de los cuidadores informales

En resumen:

Utilizar a cuidadoras conocidas en la zona para difundir información y atraer participantes

Capacitar a los estudiantes y facilitadores en trabajo de campo y manejo de casos complejos

Preparar a los estudiantes para las situaciones y discursos que pueden encontrar en el proyecto

Fomentar la colaboración y el apoyo entre los miembros de la comunidad

Esto podría mejorar la eficacia del programa y permitir una mejor atención a los cuidadores informales en la colonia San Miguel Teotongo.

13 LIMITACIONES

En general, se identificaron varias limitaciones importantes en el programa. Una de las principales es que el programa está limitado geográficamente a la colonia San Miguel Teotongo, lo que restringe su alcance y beneficio a una comunidad específica.

Otra limitación significativa es la falta de recursos y apoyo especializado para abordar casos complejos que requieren atención más intensiva, como psicología clínica o psiquiatría. Los psicólogos sociales que trabajan en el programa no están capacitados ni equipados para proporcionar este tipo de atención, lo que puede dejar a los participantes sin el apoyo que necesitan.

La desorganización, debido al conflicto que pudo llegar a presentar al grupo, es un limitante más, el cual puede prevenirse con una adecuada coordinación y participación de los

estudiantes y profesores. A pesar de los inconvenientes que se puedan presentar, tener una mejor organización y control sobre el grupo de cuidadores, podría presentar una mejora en el programa.

Además, se destacó la falta de acceso a recursos institucionales y financieros para apoyar a los participantes que no tienen los medios para acceder a servicios de salud mental especializados. Esto puede ser especialmente problemático para aquellos que dependen de la ayuda del programa para abordar sus necesidades de salud mental.

Otras limitaciones mencionadas incluyen:

La dificultad para incluir a participantes que tienen limitaciones físicas o de movilidad que les impiden asistir a las sesiones grupales.

La necesidad de contar con redes de apoyo y recursos adicionales para atender las necesidades complejas de los participantes.

En resumen, el programa enfrenta desafíos importantes en términos de alcance geográfico, recursos y apoyo especializado, lo que puede limitar su capacidad para proporcionar una atención efectiva a los cuidadores informales. Es importante considerar estas limitaciones y buscar formas de abordarlas para mejorar la eficacia y el impacto del programa.

14 REFERENCIAS

- Aguilar Peralta, P. (2023). Necesidades psicosociales e intervenciones psicológicas en cuidadores primarios informales de pacientes con demencia: una revisión teórica. Facultad de estudios superiores Iztacala, UNAM. Recuperado de <https://repositorio.unam.mx/contenidos/3651196>
- Ahumada, C. A., Alcocer, E. C. P., & Jiménez, N. N. V. (2020). Características psicoafectivas y sobrecarga de los cuidadores informales de pacientes oncológicos terminales en Montería.

Colombia. Revista Cubana de Salud Pública, 46(1). <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v46n1/1561-3127-rcsp-46-01-e1463.pdf>

Ángeles-Basilio, M. B., La Cruz, J. A. H., Jiménez-Palacios, L. S., Mendoza-Aguilera, L. E., Vidal-Velazco, E. A., Domínguez-Vieyra, N. A., López-Gómez, A., & Landa-Ramírez, E. (2022). Ansiedad, depresión y sobrecarga en el cuidador primario informal del paciente de emergencias médicas: un estudio retrospectivo. Revista de Educación e Investigación En Emergencias, 4(2). <https://doi.org/10.24875/reie.21000080>

AuraMarques, & AuraMarques. (2023, 13 mayo). Modelo procesual de Regulación Emocional de Gross | Viva y Coleando. Viva y Coleando» el Blog del Centro Psicología Viva. <http://psicologiaviva.com/blog/modelo-procesual-de-regulacion-emocional-de-gross/>

Ávila-Ávila, A., Sosa-Tinoco, E., Pacheco-Pacheco, J., Escobedo-Acosta, M. G., Bautista-Eugenio, V., González-García, V., Blanco-Camero, E. J., Negrete-Redondo, M. I., Deyta-Pantoja, A. L., & Gutiérrez-Robledo, L. M. F. (2022). Guía de instrumentos de evaluación de la capacidad funcional. Instituto Nacional de Geriátría. Recuperado 20 de Septiembre de 2023 de http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/136/Archivos/C_Atencion_Integrada/Unidad_4/Guia_InstrumentosEvaluacion_2022.pdf

Baikie, K. A., & Wilhelm, K. (2019). Emotional and physical health benefits of expressive writing. Advances in Psychiatric Treatment, 11(5), 338-346. <https://doi.org/10.1192/apt.11.5.338>

Calleja, N., & Mason, T. (2020). Escala de bienestar subjetivo (EBS-20 y EBS-8): construcción y validación. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación- E Avaliação Psicológica, 55(2). <https://doi.org/10.21865/ridep55.2.14>

- Chiesa, A., Serretti, A., & Jakobsen, J. C. (2021). Mindfulness: ¿Top-down or bottom-up emotion regulation strategy? *Journal of Clinical Psychology*, 77(2), 220-230.
<https://doi.org/10.1002/jclp.23057>
- Creswell, J. D., Lindsay, E. K., Villalba, D. K., & Chin, B. (2019). Mindfulness training and physical health: Mechanisms and outcomes. *Psychosomatic Medicine*, 81(3), 224-232.
<https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000675>
- Comunicación. (2024, 17 abril). ¿Qué es la comunicación asertiva y qué técnicas hay? Escuela de Postgrado de Psicología y Psiquiatría. <https://eepsicologia.com/que-es-comunicacion-asertiva/>
- Cuevas-Martinez, K. I., & Gutiérrez-Valverde, J. M. (2022). Caracterización de los cuidadores informales de adultos mayores en situación de pandemia por COVID-19 en Tamaulipas, México. *SANUS*, 7, e265. <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.265>
- De Valle-Alonso, M., Hernández-López, I., Zúñiga-Vargas, M., & Martínez-Aguilera, P. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 12(1), 19-27. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.05.004>
- Del Sequeros Pedroso Chaparro, M., González, M. M., Pires, J. F., Martín, L. G., & Gonzalo, L. J. (2022). Validation of the Spanish versión of the Three-Ítem Loneliness Sacle. *Dianet*.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8492780>
- Dufey D., Michele, Fernández T., Ana María, & Muñoz R., José Antonio. (2022). Sintonizando con otro: la teoría polivagal y el proceso de psicoterapia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 60(2), 185-194. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272022000200185>
- Eidman, L., De Behrends, M. R., & Seif, G. (2022). Propiedades psicométricas de la Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) en estudiantes universitarios argentinos. *Ciencias Psicológicas*.
<https://doi.org/10.22235/cp.v16i1.2560>

Estela, V. T. B., Valerio, V. S., Carmen, R. E., Jazmín, P. R., & José, C. S. (s. f.). Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención.

Propiedades psicométricas. https://www-scielo-org-mx.translate.goog/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000400005&_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc

Franco-Jiménez, R. & Núñez-Magallanes, A. (2022). Propiedades psicométricas del GAD-7, GAD-2 y GAD-mini en universitarios peruanos. *Propósitos y representaciones*, 10(1), e1437.

<https://doi.org/10.20511/pyr2022.v10n1.1437>

Galicia, C. F. (2024, 27 mayo). Redes de apoyo a la salud mental. Feafes Galicia. Federación de Asociaciones de Familiares y Personas Con Enfermedad Mental de Galicia.

<https://feafesgalicia.org/noticias/redes-apoyo-salud-mental/>

Gil-Julia, B., Bellver, A., & Ballester, R. (2008). Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*, 5(1), 103.

Guijarro-Requena, M. D., Marín-Campaña, M. N., Pulido-Lozano, M. I., Romero-Carmona, R. M., & Loque-Romero, L. G. (2022). Mejora de la calidad de vida en cuidadores informales de personas dependientes mediante talleres educativos. *Enfermería global*, 21(1).

<https://doi.org/10.6018/eglobal.478351>

INEGI. (2023, 3 octubre). Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC) 2022.

[Comunicado de prensa] Recuperado 20 de Septiembre de 2024, de

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASIC/ENASIC_23.pdf

Instituto Nacional de Geriatría, (s.f.). Test sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit) [Archivo PDF]

Jesús, L. G. M., Ramón, O. S., Gómez-Caro, S., Arancha, S. O., De la Morena Javier, C., & Javier, A.

M. F. (s. f.). El rol del Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad

de Vida y su Salud. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004

Jimeno, A. P., & López, S. C. (2019). Regulación emocional y afrontamiento: Aproximación conceptual y estrategias.

https://www.redalyc.org/journal/2430/243058940007/html/#redalyc_243058940007_ref24

Keaton, S. A., Bodie, G. D., & Keteyian, G. (2020). The art and science of effective listening.

International Journal of Listening, 34(1), 1-15. <https://doi.org/10.1080/10904018.2019.1669026>

Laca-Arocena, F.A., Luna-Bernal, A.C., Pérez-Verduzco, G., & Carrillo-Ramírez, E. (2021).

Propiedades psicométricas del Freiburg Mindfulness Inventory en adolescentes. Rev.CES Psico, 14(2), 118-139. <http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v14n2/2011-3080-cesp-14-02-118.pdf>

León-Hernández, Rodrigo César, Mártir-Hernández, Erika Berenice, Torres-Compeán, Yulissa

Guadalupe, Sánchez-Garcés, Karen Adyadeth, & Gutiérrez-Gómez, Tranquilina. (2020).

Dependencia percibida y síntomas depresivos en cuidadores primarios informales de personas con enfermedades no transmisibles. CienciaUAT, 15(1), 86-98. Epub 22 de diciembre de 2020. <https://doi.org/10.29059/cienciauat.v15i1.1386>

Loarte, V. D. M. (s. f.). ¿Qué es la comunicación asertiva y por qué es importante? Grupo XXI -

Psicología Aplicada. <https://www.grupoxxi-psicologia.net/que-es-la-comunicacion-asertiva-y-por-que-es-importante/>

Matus, P. W. V., Aragón, S. R., Del Carmen Domínguez Espinosa, A., Rangel, F. M., & Loving, R. D.

(2021). Positive Affect/Negative Affect Scale for Mexicans (PANA-M): Evidences of Validity and Reliability. Acta de Investigación Psicológica, 11(1), 95-113.

<https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2021.1.377>

Meza DEG, García S, Torres GA, et al. El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Rev Esp Med Quir.* 2008;13(1):28-31

Nicho-Almonacid, T., Melendrez-Urgate, D., Palacios-Mizare, M., Arias-Gutiérrez, M., & Olivas-Urgate, L. (2023). Escala multidimensional de apoyo social percibido (MSPSS): propiedades psicométricas en universitarios peruanos. *Propósitos y representaciones*, 11(3), e1874.
<https://doi.org/10.20511/pyr2023.v11n3.1874>

Regulación emocional. Influencias del cuidador y socialización de la regulación emocional en la familia. *Revista Aperturas Psicoanalíticas.* (s. f.). <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000538>

Salas, N. L. I., Del Río, B. R., Estrada, M. G. A., & De Lourdes García Guillén, M, (s. f.). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 19(4), 266-271.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2006/in064f.pdf>

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia [SNDIF], Secretaría de Salud [SALUD], & Gobierno de México. (s.f.). Importancia de la y el cuidador primario y su salud mental. Recuperado 12 de septiembre de 2024, de
https://sitios1.dif.gob.mx/Rehabilitacion/docs/telerehabilitacion/Cuidados_Primerarios.pdf

Smyth, J. M., & Pennebaker, J. W. (2018). Exploring the mechanisms of expressive writing: Insights from the past decade. *Journal of Health Psychology*, 23(7), 1033-1040.
<https://doi.org/10.1177/1359105317726370>

Tijanero-Chávez, L. I., Mora-Romo, J. F., Bravo-Doddoli, A., Cruz-Narciso, B. V., Calleja, N., & Toledano-Toledano, F. (2023). Desing, Development, and Validation of the Self-Perceived Health Scale (SPHS). *Healthcare*, 11(14), 2007. <https://doi.org/10.3390/healthcare11142007>

Valencia, L. F. R., Sierra, A. M. G., & López, C. R. G. (2019). Factores condicionantes básicos de cuidadores informales de pacientes crónicos en el domicilio. *Revista Cuidarte*, 10(3).

<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.608>

Vista de Propiedades psicométricas de la Escala de Malestar Psicológico (K-10) en cuidadores primarios de pacientes con cáncer | *Psicología y Salud*. (s. f.).

<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2788/4647>

Ascial Jimeno, A., & Conejero López, S. (2019). Regulación emocional y afrontamiento: Aproximación conceptual y estrategias. *Revista Mexicana de Psicología*, 36(1), 74-

83. <https://www.redalyc.org/journal/2430/243058940007/html/>

De la Torre, G., Di Carlo, E., Florido Santana, A., Opazo Carvajal, H., Ramírez Vega, C., Rodríguez Herrero, P., Sánchez Morago, A., & Tirado Torres, J. (s.f.). *Teoría fundamentada o Grounded Theory*. Trabajo no publicado, Máster en Calidad y Mejora de la Educación, Facultad de Formación del Profesorado y Educación, Universidad Autónoma de Madrid.

Palacios Rodríguez, Ó. A. (2021). La teoría fundamentada: origen, supuestos y perspectivas. *Intersticios Sociales*, (22). [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-49642021000200047)

[49642021000200047](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-49642021000200047)

Suddaby, R. (2006). From the Editors: What Grounded Theory is Not. *Academy of Management Journal*, 49(4), 633–642. <https://doi.org/10.5465/amj.2006.22083020>

Torrico Linares, E., Santín Vilariño, C., Andrés Villas, M., Menéndez Álvarez-Dardet, S., & López, M. J. (2002). El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicología*, 18(1), 45–59. Universidad de Murcia.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16718103>

- Frías-Armenta, M., LópezEscobar, A. E., & Díaz-Méndez, S. G. (2003). Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. *Estudios de Psicología*, 8(1), 15-24. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26180103>
- Gissi B., Nicolás. (2009). Redes sociales y construcción de la colonia en la Ciudad de México. El caso del enclave étnico chocholteco en San Miguel Teotongo, Iztapalapa. *Cuicuilco*, 16(45), 209-226. Recuperado en 19 de abril de 2025, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592009000100010&lng=es&tlng=es.
- Gobierno de la Ciudad de México. (s.f.). *Museo San Miguel Teotongo*. Ciudad de México. <https://mexicocity.cdmx.gob.mx/venues/museum-san-miguel-teotongo/?lang=es>
- Unión de Colonos de San Miguel Teotongo. (s.f.). *Local de la Unión de Colonos de San Miguel Teotongo*. <https://uniondecolonosmt.com/local/>
- Cáceres, R. S., González, A. A., & Torres, A. G. (2022). *Manual de autocuidado*. UNICEF El Salvador. <https://www.unicef.org/elsalvador/media/5036/file/Manual%20de%20Autocuidado.pdf>
- Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2023, 5 de septiembre). *¿Qué es el autocuidado?* Gobierno de México. <https://www.gob.mx/conasama/articulos/que-es-el-autocuidado>
- Tortosa Gracia, P. (2024). *Programa de actividades para la promoción de las relaciones de pareja sanas en adolescentes: Influencia de las redes sociales y autoestima* [Trabajo Fin de Máster, Universidad de Alcalá]. Repositorio Institucional e_Buah. <https://ebuah.uah.es/xmlui/handle/10017/63680>

Calleja, N., & Mason, T. A. (2020). Escala de Bienestar Subjetivo (EBS-20 y EBS-8): Construcción y validación. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 55(2), 185–201. <https://doi.org/10.21865/RIDEP55.2.14>

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41
<https://greenspacehealth.com/en-us/perceived-social-support-mspss/>

15 ANEXOS

https://drive.google.com/drive/folders/16tzN4STiUI-_Nj93gLQd0hjnaylYm-T