



Casa abierta al tiempo
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD IZTAPALAPA

División de Ciencias Sociales y Humanidades

Departamento de Sociología

Coordinación de Psicología Social

Una perspectiva psicosocial del cuidador primario/auto cuidador de la comunicada San Miguel Teotongo, Iztapalapa, CDMX

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

Presentan:

Degollado Chávez Liliana Sofía | 2182016602

Manjarrez Melgarejo Itzel | 2192048769

Mtro. José Joel Vázquez Ortega
Asesor



Dr. Hugo Leonardo Gómez Hernández
Lector

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS LILIANA

A mí madre, que si no fuera por su insistencia en verme como licenciada, no estaría aquí.

Agradecimientos

A toda mi familia, padres, hermanos, abuelos, que siempre celebraban mis logros aunque no sabían cómo lo conseguía.

A mis amigos que siempre llenaban mi vaso cuando estaba vacío.

Mis mascotas que todas las noches de desvelo, se quedaban a mis pies hasta el fin.

Agradezco a esa persona que siempre creyó que lo lograría incluso cuando yo quería desertar.

A mis compañeras y amigas de la Universidad, que nunca dejaron que me perdiera una clase (o a veces hacían que no entrara).

Agradezco a esas personas que me pusieron las cosas difíciles, no hubiera entendido que la vida tiene momentos malos de no haberlos conocido.

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS ITZEL

El presente trabajo lo dedicó principalmente a mis padres por su amor, apoyo y esfuerzos estos años para que yo pudiera concluir esta etapa.

A mis tíos Sandre y Javier por su apoyo y sus palabras de aliento.

A Jorge por siempre darme ánimos y apoyo

A todos los compañeros de clase que de alguna manera me ayudaron, sin su ayuda y comprensión llegar aquí me hubiera tomado más tiempo.

Índice

Introducción

Marco teórico

Psicología social comunitaria

Cuidadores primarios

Autocuidado en cuidadores

Apoyo social

Primeros auxilios básicos

El Duelo

Investigación acción participativa

Teoría polivagal

Teoría fundamenta

Organización de tiempo

Limites

Roles

Estrés

Ansiedad

Depresión

Familia

Escritura emocional autorreflexiva

Mindfulness

Técnicas de autocontrol emocional

Autoestima en las mujeres

Gimnasia cerebral

Cartilla Básica del programa PACO (Paz, Acción, COnvivencia)

Metodología

Planteamiento del problema

Objetivos

Justificación

Pregunta de investigación

Contexto

Muestreo

Muestra

Criterios de inclusión

Criterios de exclusión

Criterios de eliminación

Diseño

Instrumentos

Primera etapa

Segunda etapa

Tercera etapa

Procedimiento

Primera etapa

Segunda etapa

Tercera etapa

Resultados

Primera etapa

Análisis cuantitativo

Análisis cuantitativo

Análisis cuantitativo grupal

Segunda etapa

Análisis cualitativo escritura emocional

Análisis cualitativo bitácoras

Tercera etapa

Conclusión

Conclusiones generales

Sugerencias

Limitaciones

Referencias

Introducción

El proyecto: “Intervención Comunitaria Evaluación e Intervención Psicosocial con Cuidadores Primarios” consta de un proceso de Investigación-Intervención Comunitaria que se desarrolló en la Zona Suroriente de la CDMX, precisamente en la Sierra de Santa Catarina de la Alcaldía Iztapalapa.

Su origen se remonta en la experiencia comunitaria que se llevó a cabo, de forma intermitente desde 1987 y de manera continua de 2014 a la fecha 2023 en la colonia San Miguel Teotongo. Un grupo de profesores y estudiantes de la Licenciatura en Psicología Social de la UAM- Iztapalapa, a partir de 1989, en la colonia de San Miguel Teotongo, echaron a andar un proyecto de intervención Psicosocial y comunitaria.

Dicho proyecto rescató las iniciativas públicas ciudadanas desarrolladas en la zona, con el objeto de mejorar las condiciones de vida de sus habitantes.

A lo largo de la investigación se abordaron temas como estrés, ansiedad, duelo, primeros auxilios básicos psicológicos, que son algunos que fueron aplicados y abordados con más regularidad con los cuidadores primarios.

Se aplicaron diversos cuestionarios para evaluar su salud tanto física, emocional y mental; la mayoría de estas herramientas fueron analizadas en el programa SPSS, Atlas.ti para mayor entendimiento.

Marco teórico

Psicología Social Comunitaria

Para comenzar a definir la Psicología Social Comunitaria (PSC), hay que comenzar con lo que es la Psicología Social (PS) y después el cómo la comunidad entra como un nuevo concepto o “rama”, para acompañar a la PS.

La psicología social nació a principios del siglo XX intentando resolver el problema teórico del individuo, del grupo y de la sociedad. Este problema tenía que ver con la propia definición de la psicología social y se convirtió, en suma, en la controversia central de esta disciplina. Así, desde su naturaleza, la psicología social se ha visto inmersa en la polémica individuo-sociedad. La psicología social, desde sus inicios, se ha ocupado del análisis de los procesos interpersonales y de los intra-sociales, (José C. Sánchez, 2002, Psicología de los grupos).

Ahora bien, la comunidad se refiere a todas aquellas interacciones, lazos en comunes y elementos que se comparten generalmente (más no siempre) con la gente de nuestro alrededor. No es necesario que las personas vivan precisamente cerca, pues este lazo puede darse entre personas que comparten cultura o ideas.

La psicología social comunitaria actúa sobre el contexto social a partir de un colectivo o bien puede ser un grupo de personas, este actuar es desde una posición comprometida con el cambio de la realidad social a partir de la participación de la población, para así potenciar los mecanismos de decisiones colectivas. El psicólogo social que interviene actúa sobre los factores y el

contexto que genera la situación problemática e intenta llegar a descubrir las causas de ésta. Por eso se dice que la psicología comunitaria es interdisciplinaria, pues tiene un enfoque preventivo y de desarrollo de la comunidad, definiendo diversos objetivos para la transformación de la realidad social de dicha comunidad donde se lleve a cabo.

Leo Mann (1978) reflexiona sobre 3 áreas fundamentales que constituyen el objeto de la psicología social comunitaria: el estudio de las interacciones en un sistema social específico, el análisis de procesos sociales, y el diseño de intervenciones sociales. En el caso del proyecto, se trabajó con los cuidadores primarios de San Miguel Teotongo, sus cargas y esto a través de la IAP.

Cuidadores primarios

El cuidado es algo necesario en la vida de los seres humanos, nos cuidan desde el comienzo, hasta el término de ella. Aunque algunas veces nos creemos independientes y que nadie se hace responsable de nosotros, no es así, nosotros cuidamos de nosotros mismo y es ahí cuando esta acción se nombra autocuidado.

El cuidado es un conjunto de acciones que una persona realiza en pro de la salud e integridad de otra persona también, consiste en proveer sus necesidades y ayudarlo a realizar algunas tareas cotidianas.

Las personas que son cuidadoras o cuidadores primarios son aquellas personas que atienden en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de una persona que por sí misma no puede.

Según la Cruz Roja España las tareas más comunes entre los cuidadores son:

- Ayudar y apoyar para la realización de actividades de la vida diaria (comer, aseo personal, etc.).

- Ayudar y apoyar para actividades instrumentales de la vida diaria (visitas médicas, mantenimiento del hogar, administración del dinero, etc.).
- Ayudar y apoyar para el desplazamiento tanto dentro del domicilio como fuera.
- Supervisar la toma de medicamentos y el cuidado de la salud del familiar.
- Realizar pequeñas labores de enfermería.

Autocuidado en cuidadores

Los cuidadores de personas con capacidades reducidas (ya sea un adulto mayor o una persona con discapacidad) deben de tomar conciencia de cómo repercute el trabajo que hacen en su propia salud. Por ello es necesario una reevaluación de la situación y reflexionar las posibles señales de alarma.

Decir “no” a las demandas excesivas de la persona dependiente puede ayudar a fomentar la autonomía de la persona dependiente, esto se empieza al pedir un cambio de comportamiento por parte de la otra persona.

Es importante entender que, si se intenta cuidar de alguien sin cuidarse durante un período de tiempo prolongado, tendrá serias repercusiones que afectarán a su bienestar propio y al de la persona cuidada. Es importante que intente equilibrar el cuidar y el cuidarse.

A lo largo de las sesiones individuales con los cuidadores primarios, se les pidió internalizar que tener sentimientos negativos es normal y deben ser conscientes de que existen, reconocerlos y aceptarlos como algo lógico, se entiende que el cuidado es una tarea complicada y extensa

Una vez normalizados los sentimientos negativos, se procede a identificar las mayores fuentes de tensión, estas normalmente suelen ser: las situaciones que vive, los pensamientos que tiene, las conductas que realiza.

Apoyo social

Cassel fue considerado el iniciador de la investigación sobre los beneficios psicológicos del apoyo social y señaló que el apoyo social es el ofrecido por los grupos primarios más importantes para los individuos. Durante los siguientes años varios autores fueron aportando ideas a este concepto, por ejemplo, Gerald Caplan caracterizó las funciones del apoyo social como el aporte a un individuo de validación y dominio sobre su ambiente y Weiss señaló seis contribuciones del apoyo social: sentido de logro, integración social, aprendizaje, afirmación de valía, sentido de una fiel alianza y orientación. (Durá&Gacés, 1991)

El Apoyo social es un conjunto de recursos y materiales externos con los que una persona cuenta para afrontar una situación o mejorar su bienestar. En algunas ocasiones esto puede reforzar el sentido de valor de un individuo al percibirse a sí mismo como miembro aceptado de un grupo.

Es importante que los cuidadores tengan un grupo de apoyo social que les brinde cualquier tipo de apoyo para su bienestar.

El Apoyo social trae consigo otros tipos de apoyo como lo señala el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2020) como lo son:

- Emocionales: Consiste en acciones de escucha, reconocimiento, compañía, afectos y confianza.

- Instrumentales: Ayudar para realizar actividades cotidianas.
- Cognitivos: Intercambio de experiencias, información, consejos que permitan entender o recordar una situación, etc.
- Materiales: Consiste en un apoyo económico, de alojamiento o donaciones.

Primeros Auxilios Básicos Psicológicos

A lo largo del tiempo el ser humano ha tenido que desarrollar un manual para las personas que son afectadas por altos niveles de estrés, pues es necesario brindarles asistencia psicológica en el momento. Para brindar dicha asistencia es preciso tener en cuenta varios factores decisivos:

1. La naturaleza y gravedad del acontecimiento experimentado
2. Experiencia angustiante anterior
3. Salud física
4. Su historia personal
5. Cultura y tradiciones
6. Edad (la interacción con los niños es distinta a la que se puede dar con un adulto).

Los principales objetivos que tienen los primeros auxilios básicos psicológicos son:

1. Proporcionar apoyo, cerciorándose de que la persona se sienta escuchada y comprendida, rezagando así los sentimientos negativos como el miedo y la tristeza.
2. Reducir la mortalidad, y entender que el estrés puede causar agresiones a otras personas o a sí mismos.

3. Ser el vínculo de unión con recursos de ayuda, proporcionando de manera inmediata información o números de emergencia para brindar apoyo profesional.

Algunas de las recomendaciones básicas para la atención a personas en estado de crisis emocional son las siguientes:

- Enfocarse en el problema
- Valorar áreas más afectadas
- Identificar la pérdida
- No confrontar o interpretar
- Motivar para que sea más propositivo
- Hacer que se sujete al deseo de vida
- No debatir o discutir
- Sugerir opciones posibles
- No dar consejos directos.

El duelo

El duelo es un fenómeno complicado, con muchas dimensiones. Lo experimentamos a nivel personal como una reacción individual y subjetiva. También es un tema de nivel familiar, y por supuesto un suceso social. con importantes diferencias culturales en la forma de manifestar, en el duelo, el funeral y otros rituales.

Las experiencias de pérdidas son fundamentales en el desarrollo emocional del ser humano, este hecho tan importante es comúnmente poco valorado por las mismas personas que lo experimentan y por los profesionales de la salud. Para entender el sentimiento de pérdida es necesario tener en cuenta los enlaces afectivos de apego que se establecen desde que se nace. El apego afectivo brota a partir de las necesidades, sentimientos e interacciones sociales

a lo largo de toda la vida de la persona. Las manifestaciones del duelo suelen ser:

1-. Manifestaciones físicas:

- Opresión del pecho y garganta.
- Falta de energía, debilidad.
- Pérdida del apetito.
- Alteraciones del sueño.

2-. Manifestaciones psicológicas:

- Dificultad para concentrarse.
- Tristeza, añoranza, pena, sufrimiento, llanto.
- Trastornos senso-perceptivos auditivos y/o visuales.
- Desinterés, apatía.
- Sensación de abandono, soledad, culpa, autorreproche.

3-. Manifestaciones sociales y laborales:

- Aislamiento social, pérdida del interés por las cosas.
- Hablar con el fallecido, usar sus prendas personales.
- Ausencias al trabajo, poco rendimiento

William Worden define las siguientes tareas del duelo como aquello que el doliente tiene que resolver para poder elaborar de una forma adecuada su duelo:

- Asumir la realidad de la pérdida.
- Elaborar las emociones relacionadas con el duelo.
- Aprender a vivir en un mundo donde el fallecido ya no está presente
- Recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo.

Si bien, no es posible apaciguar totalmente el sentimiento de soledad que deja la pérdida de un ser cercano, puede ayudar a salir de la etapa de aturdimiento que genera una muerte.

También es necesario entender si el duelo que se vive es por una muerte imprevista, provocada por violencia (ya sea secuestro, asesinato, terrorismo, etc) o en su defecto un duelo colectivo (que suelen ser tras un terremoto o catástrofe mayor). Dependiendo de cómo sea, las etapas del duelo durarán más o menos.

Muerte imprevista: El shock y la negación estarán presentes durante más tiempo.

Muerte provocada: En estos casos el resentimiento e indignación por la posible libertad de los ejecutores es lo que mueve su juicio.

Duelo colectivo: Después de una tragedia, los afectados suelen compartir sus sentimientos con los demás que están viviendo lo mismo.

No es necesario que la pérdida sea de una persona o familiar, sino que en muchas ocasiones el duelo se vive tras la pérdida de alguna mascota, esto por el apego y tiempo compartido con ésta.

Investigación Acción Participativa

Es una serie de estrategias puestas en práctica que emplean técnicas psicosociales. El rol del psicólogo se redefine en la comunidad, comenzar a ser un propio generador de visiones, de esta forma el psicólogo puede pensar en nuevas formas de intervenir o vías de estudio hacia la comunidad, todo de acuerdo a esa nueva visión, (Maritza Montero, 1984).

Dentro de este tipo de intervención podemos encontrar el trabajo pionero de Fals Borda (1959), denominados de primer momento como investigación activa.

Esta investigación acción participativa (IAP) puede ser empleada de distintas formas, siempre con el objetivo de acumular información, está puede ser de carácter cualitativo, para levantar el perfil del grupo e identificar sus problemas actuales. Esta técnica utilizada conlleva mucho logro al momento de que la comunidad decide participar y ser constante con esta participación, al ser apelativa a la emoción para la toma de conciencia.

Es necesario que nosotros tengamos en cuenta que para intervenir en una comunidad, se requieren diversas etapas:

1. Familiarización con la comunidad.
2. Identificación de dificultades.
3. Identificación de recursos.
4. Reuniones para establecer el trabajo colectivo y delimitar las metas a largo y corto plazo. Wiesenfeld, E. (1994).

Si se siguen bien estos pasos, la comunidad despertará un tipo de "conciencia grupal" dónde unos a otros se apoyen por un bien común, con ayuda de "profesionales" que los orienten.

Nosotros a partir de 3 etapas diferentes a lo largo de un año, nos acercamos a la comunidad objetivo (cuidadores primarios) con éxito a partir de la identificación de sus dificultades y necesidades.

Teoría polivagal

El desarrollo de esta teoría lo realizó Stephen Porges (2007) en su libro "La teoría polivagal: fundamentos neurofisiológicos de las emociones, el apego, la comunicación y la autorregulación" se interesó por saber de qué manera funciona el cerebro, la teoría polivagal propone que gran parte de nuestros comportamientos sociales y trastornos emocionales son biológicos.

El término “polivagal” viene del vocablo poli (muchos) y vagal que alude al nervio vago. El nervio vago es un componente del sistema nervioso autónomo el sistema nervioso autónomo se compone del sistema nervioso simpático y parasimpático.

El sistema nervioso ayuda a controlar la frecuencia cardíaca, la temperatura corporal, la digestión y regula nuestras respuestas a diferentes situaciones.

Para entender la teoría es importante conocer algunas de sus características y funciones:

- Transmite información relacionada con la actividad sensorial y muscular.
- Controla las funciones motoras en la laringe, el diafragma, el estómago y el corazón.
- Interviene en la contracción del corazón o disminuye la frecuencia del ritmo cardíaco.

El sistema nervioso autónomo provoca reacciones autonómicas y es responsable de las respuestas de adaptación del organismo ante las variaciones del medio.

Dentro de la teoría polivagal se plantea que podemos dividir el SNA en tres ramas distintas:

1. Parasimpática ventral del nervio vago. Se activa para responder a situaciones de calma en las que no hay estímulos amenazantes. Nos sentimos relajados y apacibles con el medio ambiente. Aquí tenemos un estado de seguridad y flexibilidad, esto facilita el establecer vínculos sociales.

2. Rama simpática. Se activará cuando se perciba alguna situación de peligro. El cuerpo entra en estado de alerta, preparándose para luchar o huir. El ritmo cardíaco y la respiración se vuelven irregulares o más rápidas. Se tiene un golpe de adrenalina y cortisol, se envía sangre a los músculos para adecuarlos.
3. Rama parasimpática dorsal del nervio vago. Se activa de forma inconsciente, aquí el peligro que se evaluó es tan grande que no podemos hacer nada, nos bloquea física y mentalmente. El ritmo cardíaco, la presión sanguínea y la temperatura corporal bajan considerablemente, liberando endorfinas para reducir la sensación de dolor.

La regulación de estos nervios importantes puede ser a partir de la respiración lenta, profunda y la respiración diafragmática, estas prácticas pueden estimular el nervio vago y promover una respuesta de relajación (son técnicas que afectan el tono vagal). Esto se debe a la proximidad con la laringe y toda la

parte que respecta al cuello como se muestra en la imagen 1.

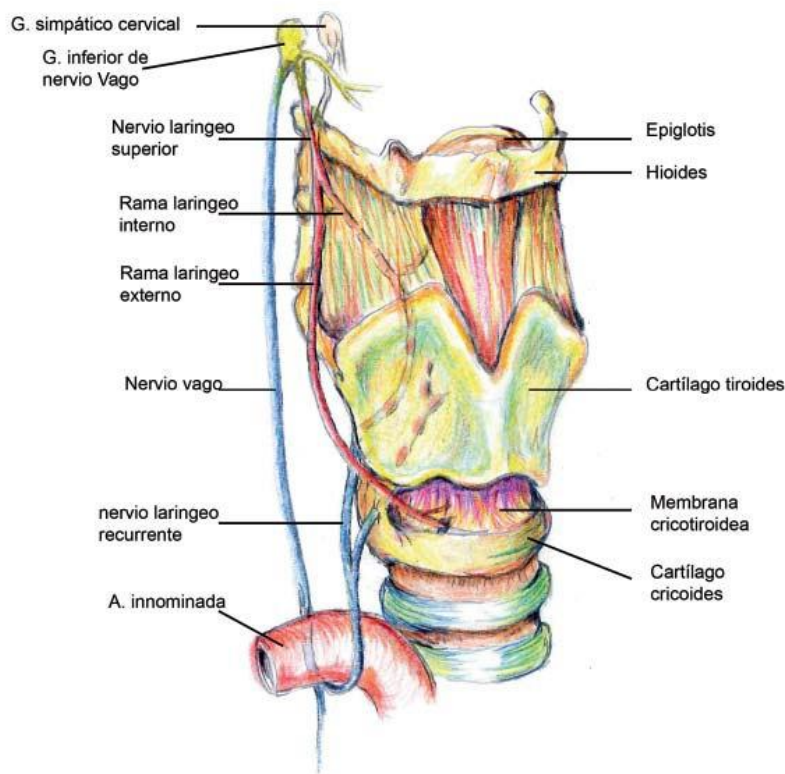


Imagen 1. Nervio vago y sus ramas.

Teoría fundamentada

La Teoría Fundamentada (Grounded Theory) es una metodología cualitativa de investigación científica que fue creada por los sociólogos estadounidenses Barney Glaser y Anselm Strauss en 1967. Esta metodología busca desarrollar teoría a partir de un proceso sistemático de obtención y análisis de los datos en la investigación social.

Glaser y Strauss definieron la Teoría Fundamentada como una "aproximación inductiva en la cual la inmersión en los datos sirve de punto de partida del desarrollo de una teoría sobre un fenómeno". La Teoría Fundamentada exige identificar categorías teóricas que son derivadas de los

datos mediante la utilización de un método comparativo constante, recurriendo a la sensibilidad teórica del investigador.

La Teoría Fundamentada se enfoca en la naturaleza socialmente construida de la realidad y su objetivo es producir interpretaciones que puedan explicar y proporcionar información valiosa sobre aquellos cuyas conductas son sometidas a estudio.

El Modelo de la Teoría Fundamentada propuesto por Glaser y Strauss (1967), es para generar teorías a partir de la construcción de conceptos, categorías y propiedades. Se trata de una alternativa para abordar la realidad, siguiendo un enfoque cualitativo, el cual se distancia de los criterios de verdad y racionalidad del positivismo lógico y se ubica en una posición interactiva, crítica y comprensiva del objeto de estudio. Luego de la caracterización y operacionalización del modelo, se propone un ejercicio, en el que se observa la aplicación de los principios metodológicos de Glaser y Strauss en un estudio sobre las actitudes hacia el proceso de investigación científica social por parte de los docentes investigadores universitarios. Se concluye que el Modelo es una opción metodológica que requiere experticia para garantizar su efectividad, así como también formación y sensibilidad en el trabajo con los datos que se recolectan de la realidad, a partir de los cuales se generan nuevas teorías y explicaciones.

La TF trata de descubrir y explicar, mediante una metodología inductiva, la interpretación de significados desde la realidad social de los individuos, con el fin último de crear una teoría que explique el fenómeno de estudio.

La TF exige identificar categorías teóricas que son derivadas de los datos mediante la utilización de un método comparativo constante.

El proceso de análisis es sumamente dinámico y creativo y se basa en dos estrategias fundamentales: el método comparativo constante y el muestreo teórico.

El muestreo teórico es la acción que guía la recolección de datos y que permite decidir qué información buscar y dónde recogerla, de manera que el proceso de recolección y análisis está controlado por la teoría emergente.

En resumen, el TF es una metodología de investigación cualitativa rigurosa que permite, a través de unos procedimientos metodológicos característicos, construir una teoría que fomente la calidad.

Organización del tiempo

Para organizar nuestro tiempo debemos de ser realistas con nosotros mismos, las actividades o pendientes que nosotros nos propongamos no pueden sobrepasar de las 24 horas que tiene el día. Debemos de ser prioritarios con nuestras necesidades personales y no dejarnos a un lado.

Es de suma importancia aprender a diferenciar entre una tarea o actividad que se debe realizar en ese día a una que puede ser aplazada por un tiempo y no afecta en algún aspecto.

Eisenhower en su teoría hace una clasificación de cómo llevar a cabo una mejora en la organización del tiempo:

- Tareas importantes y urgentes: son las en las que debemos enfocar nuestra atención, ya que es lo primero que debemos de concluir.
- Tareas importantes, pero no urgentes: estas pueden ser metas que vayan a largo plazo, se deben hacer, pero no se tiene una fecha definida para ellas.
- Tareas no importantes, pero urgentes: corresponden a las tareas que uno puede delegar o se puede hacer después de las importantes y urgentes.

- Tareas no importantes y no urgentes: es posible descartarlas mientras se concentra el tiempo disponible en cualquier otra tarea.

Es de gran ayuda delegar tareas, sin ayuda se dificulta que se puedan satisfacer nuestras necesidades, tanto nuestras como de la familia o de la persona que depende de usted.

En el caso de los cuidadores primarios, necesitan tener tiempo para la persona que cuidan, pero también deben de ver por sus actividades fuera de ellos.

“El único modo de tener tiempo es tomárselo”. Bertha Eckstein-Diener.

No todo se trata de cumplir las actividades en tiempo y forma, sino de poder tener un tiempo para descansar en el momento que más convenga. Existen personas con dificultades debidas a la sobrecarga de actividades o cuya actividad diaria no les es del todo grata. La organización del tiempo es una forma de reflexionar sobre el empleo de nuestro propio tiempo y da orientaciones de cómo mejorar.

El ser humano suele tener un conjunto de necesidades e intereses que se transforman en actividades de diversos ámbitos, las cuales terminan ocupando tiempo, y el tiempo es algo que no vuelve. No todos nacen con la habilidad de organizar el tiempo, pero es algo que se puede desarrollar si se practica, esto con el fin de evitar el estrés y potenciar el desarrollo personal.

Las personas que cuidan de otras o que cuidan de sí mismas, suelen tener el tiempo más limitado que una persona común, pues parte de su día a día se trata de cuidar, esto no significa que no puedan tener tiempo para sus actividades personales.

Límites

La organización del tiempo puede ser logrado siempre y cuando la persona sepa establecer límites consigo mismo y con la persona que cuida, es necesario entender que no se debe sobreponer el bienestar de otra persona antes que el de uno mismo. Una persona con límites saludables puede decir "no" a los demás cuando así lo quiera. Es primordial el autorrespeto y el autocuidado, porque priorizamos nuestras necesidades en primer lugar. Nos ayudan a conocernos y a que los demás sepan de nosotros también.

Establecer límites con las personas que se cuidan nos permite forjar una relación sana y con comunicación asertiva, favoreciendo así la interacción entre ambos y mejorando. Esto nos puede ayudar a evitar ciertas situaciones incómodas o alejarnos de ciertas personas que nos estén haciendo daño.

Muchas de las veces, es difícil para las personas poner límites, más si se trata de una persona cercana (madre, padre, hijo, etc.) que no se puede cuidar de sí mismo, se tiene miedo al conflicto y se prefiere no parecer "egoísta" y no tener que pasar por un sentimiento de culpabilidad por decirles "no".

En ocasiones, las personas que cuidan de otras empiezan a poner límites cuando se dan cuenta de que estaban responsabilizándose de una carga que es posible compartir con otras personas. En otras ocasiones, inician a poner límites cuando la persona que está siendo cuidada demanda más cuidados y atención de los que son necesarios. Los cuidadores que sí ponen límites al cuidado piensan cosas como:

- "Hay tareas que él puede hacer solo, es mejor no ayudarlo".

Para establecer los límites es necesario:

1. Hacer una petición clara hacia una meta u objetivo.
2. Expresar al otro a través de una comunicación asertiva
3. Que ambas partes negocien hasta estar satisfechas.
4. Tiene que haber compromiso y cumplimiento de este.

Roles

Se definen como las conductas que se le asocian a un individuo o a un grupo dentro de un sistema social. De acuerdo con el rol establecido se espera que el individuo se comporte de acuerdo con un conjunto de pautas socialmente establecidas

El rol es un modelo organizado de conductas, la presencia de un miembro que requiere de cuidados, crea una nueva situación familiar que puede causar importantes cambios dentro de la estructura familiar, en los roles y patrones de conducta de los integrantes.

Algunos estudios han relacionado un mayor deterioro en la psique del cuidador con la extensión del tiempo desempeñando este rol, con la mayor dependencia de la persona cuidada, con la mayor sensación de sobrecarga y con la menor presencia de apoyo social. Este cuidado a veces puede durar años, llega a exigir gran esfuerzo físico, tiende a ser irritante y provoca interrupción de los roles que desempeña la persona cuidadora, tanto en su familia, como en la sociedad.

El cuidador principal se caracteriza por ser mujer (a comparación de un hombre, el 90% de las veces suele ser la mujer quien se hace cargo), con lazos de parentesco, generalmente la esposa, una hija o nieta, que asume el rol de cuidador de manera informal y voluntaria.

Debido a que los cuidadores representan un medio muy valioso para lograr el bienestar de la población que cuidan y que el desempeño de este rol les puede provocar secuelas negativas para su salud, surge la necesidad de conocer desde el punto de vista de quienes cuidan, cuál es el nivel de sobrecarga en el desempeño de dicho rol y cuáles son los factores relacionados para poder

establecer estrategias de intervención psicosocial que permitan prevenir o detectar la sobrecarga en los cuidadores.

Estrés

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud “Se puede definir el estrés como un estado de preocupación o tensión mental generado por una situación difícil” OMS (2023).

Puesto que se trata de una respuesta totalmente natural a las amenazas y a distintos tipos de estímulos.

La forma en la que se responde al estrés es lo que marca la manera en que afecta éste a nuestro bienestar.

Se puede tener un impacto en el cuerpo como en la mente del individuo, siendo el estrés excesivo el consecuente de dificultades físicas y psíquicas como:

- La falta de sueño
- La irritación
- Problemas de salud mental
- Ansiedad
- Depresión
- En algunas personas se muestra que el estrés puede afectar la piel de varias maneras. como la urticaria: son manchas rojas, elevadas o ronchas, muy variables en forma y tamaño y pueden ocurrir en cualquier parte del cuerpo.
- Consumo de sustancias

Para lograr sobrellevar el estrés de la vida cotidiana, es necesario llevar a cabo ciertas rutinas que mejoran el bienestar, tales como:

- Dormir lo recomendado (8 horas diarias)
- Hacer actividades como ejercicio
- No pasar mucho tiempo frente a aparatos electrónicos
- Comer saludable
- Mantener una higiene buena

Ansiedad

La secretaria de salud (2015) la define como un estado emocional en el que se presentan cambios somáticos (cuando una persona expresa tener un síntoma que en realidad no tiene) y psíquicos.

La ansiedad se manifiesta como:

- Sensaciones somáticas (mareos, taquicardia, sudoración, palpitaciones, temblor, molestias digestivas, aumento de la frecuencia y urgencia urinaria y/o mareos)
- síntomas psíquicos que pueden ser cognoscitivos, conductuales y afectivos (nerviosismo, deseo de huir, sensación de muerte inminente, inquietud, miedos irracionales, temor a perder la razón y el control)

En gran parte de las situaciones en las que se detona la ansiedad suele ser en situaciones sociales o de relación con otras personas. Suele ser una reacción frente a estados considerados amenazantes o molestos.

Por supuesto que existen diversos tipos de ansiedad, por mencionar unos cuantos dentro del DSM 5 (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición) son:

- Ansiedad por separación.
- Fobia específica
- Ansiedad social
- Ansiedad generalizada

- Ansiedad por sustancias

Se diagnostica como un trastorno cuando una persona tiene una respuesta extrema (por ejemplo, mucho miedo) ante una situación, no puede controlar su reacción, altera su forma de vida debido a la ansiedad (se aísla).

Depresión

La OMS (2023) define la depresión o trastorno depresivo como un trastorno mental común, siendo que el 5% de los adultos padecen depresión y que es aproximadamente un 50% más frecuente entre las mujeres que entre los hombres.

Trae consigo un estado de desánimo o la pérdida del placer o el gusto por actividades durante un periodo de tiempo largo, llegando a impactar de manera significativa los ámbitos de vida, relaciones familiares, de amistad y sociales del individuo afectado.

Al igual que la ansiedad suele ser un estado al que se llega debido a una situación de estrés, pérdida de algún ser querido o cercano, problemas en la escuela, casa o trabajo e incluso casos de abuso físico, psicológico o sexual.

Algunos de los síntomas de depresión mayor que el DSM-5 (2013) nos muestra son los siguientes:

1. Casi todos los días se siente triste, vacío o “sin esperanzas”
2. Pérdida importante del placer e interés por las actividades.
3. Pérdida de peso
4. Insomnio
5. Agitación.
6. Fatiga
7. Sentimiento de ser inútil o culpabilidad (en ocasiones delirante).

8. Dificultad para concentrarse.
9. Pensamientos de muerte o ideas suicidas.

En algunas ocasiones dentro de una situación de pérdida significativa, se puede simular un episodio depresivo, pues muchos de los síntomas que se mencionaron son comprensibles considerando el suceso. (pp. 104-106)

Familia

Hay que tener en cuenta que la familia es siempre el primer grupo de pertenencia, no solo eso, también es la unidad básica y fundamental de la sociedad, siendo así sus funciones tales como: la influencia en el desarrollo personal social en la vida de un individuo.

Es en la familia donde el individuo comienza a aprender: hablar, caminar, comer y demás funciones físicas y mentales, esto con la intención de que se convierta en una persona lo suficientemente sostenible para integrarse a la sociedad, esto ya sea en: escuela, calle o lugares públicos.

Siendo lo anterior solo el principio para la integración del individuo en la sociedad, la familia también enseña costumbres, creencias, actitudes, prejuicios, entre otras, que son críticas en el desarrollo personal del individuo, que elegirá qué cosas apropiar y que otras mejor evitar.

Por otra parte, la teoría de Bowlby (1951) propone la significación de la cercanía, el afecto, la protección y el contacto físico de los cuidadores primarios en el correcto desarrollo de los niños.

La familia no solo impacta en la niñez, sino que esta se prolonga hasta la edad adulta, donde los que eran “niños” pasan a ser los adultos que ahora cuidan a las personas que una vez los cuidaron, pasando así a ser los cuidadores primarios. Así la familia se convierte en el grupo primario más fuerte y principal.

Escritura Emocional Autorreflexiva

La escritura emocional autorreflexiva es un método que puede ser usado para la autorregulación fisiológica y para el apoyo social, con fines de regular el estrés que generan los sucesos que pasan en la vida de las personas, a partir de la reestructuración de éste por medio de la escritura.

La escritura emocional cuenta con un poder de la escritura para moldear positivamente o reestructurar experiencias humanas en el contexto o después de haber enfrentado experiencias estresantes.

Los descubrimientos de diversos experimentos recomiendan ejercicios de escritura para aportar a un amplio rango de beneficios que incluyen:

- Mejoramiento de la función pulmonar en pacientes con asma,
- Reducción de síntomas en pacientes con artritis reumatoide (Smyth, Stone, Hurewitz, and Kaell, 1999).
- Reducciones en las quejas emocionales y físicas de salud
- Mejoramiento en las relaciones sociales y en el funcionamiento.

A través de la herramienta de la escritura expresiva se puede fomentar la expresión de los sentimientos y pensamientos más profundos de la persona frente a una situación de estrés o trauma elevado (Arigo & Smyth, 2016). Se puede identificar a partir de las palabras utilizadas, las causas que son necesarias reflexionar y asimilar, así como las emociones.

Para llevar a cabo lo anterior, es necesario tener un espacio o contexto para que la persona pueda abrirse emocionalmente, esto tiene que ser propiciado en su mayoría por el psicólogo social.

- Durante las sesiones es necesario llevar a cabo un rapport donde los sujetos autorizan su participación en estos estudios.

- Se llevan a cabo diversas entrevistas o visitas para que los sujetos se animen a adentrarse más en sus escrituras.
- Es recomendable escribir en un ambiente donde no haya mucho ruido y esté aislado de las personas que puedan tener que ver con los que se está escribiendo.
- Desde el principio es necesario asegurar el anonimato de las personas que participan en dicho proyecto, esto con el fin de que los sujetos depositen detalles más personales al saber que sus nombres no serán revelados.

Fases que se llevaron a cabo durante la escritura emocional autorreflexiva en el Proyecto “Evaluación e intervención psicosocial con cuidadores primarios.”

1. Se le pide escribir al sujeto sobre algún hecho de su propia vida (antiguo o reciente) tengo radio que considere el más doloroso de sus memorias. Esto utilizando la primera persona.
2. A continuación, se escribe ya sea sobre el mismo recuerdo u otro doloroso, pero esta vez evitando utilizar la primera persona y escribiéndola en tercera.
3. Se repite el primer paso, pero esta vez se utiliza una tabla de palabras para que la persona las utilice en su texto (tabla #)
4. Se repite el paso anterior pero esta vez con una tabla de palabras distinta (tabla #)

Mindfulness

Mindfulness es una capacidad que nos ayuda a ser menos reactivos a lo que está pasando en el momento presente. Es una forma de relacionar todas las experiencias –positivas, negativas o neutras– de forma en la que nuestro sufrimiento total se reduce de manera considerable y nuestra sensación de bienestar incrementa. Christopher K. (2017) Mindfulness y psicoterapia (pp 20-40).

Con frecuencia, las personas con las que se suele trabajar en las intervenciones psicosociales son individuos que se preocupan por cosas que ya pasaron o que aún no han sucedido.

Durante el procedimiento del Mindfulness, nuestra atención no se halla totalmente en el pasado o el futuro, ni tampoco estamos desechando ni aferrándonos a lo que está ocurriendo en el presente. Este tipo de atención genera energía y alegría en los individuos que logran cultivar esta habilidad.

Hölzel, Lazar (2011) han reconocido seis mecanismos de acción para los cuales contamos con evidencias neurológicas:

1. Regulación de la atención: equilibrio de la consciencia a pesar de los aportes contrarios
2. Percatación corporal: Identificar las sensaciones leves, ser conscientes de nuestras emociones.
3. Regulación de la emoción: reducción de la reactividad evitando que las reacciones emocionales intervengan con el rendimiento.
4. Reevaluación: notar las dificultades como algo significativo en vez de como algo totalmente malo.
5. Exposición: desensibilización global respecto a lo que se halla actualmente en el campo de la consciencia.
6. Sentido flexible del yo: desidentificación respecto de las emociones y creciente adaptabilidad (Mindfulness y Psicoterapia) (pp.47).

Esta práctica ha demostrado tener efectos positivos en la reducción del estrés, la mejora del bienestar y la regulación emocionales. Es una terapia que cambia la relación del paciente con su sufrimiento, centrando la atención en la tarea presente.

Son un conjunto de técnicas que pueden ser utilizadas de manera conjunta o por separado para la regulación de las emociones en situaciones de estrés o solo para conseguir los beneficios de estas prácticas.

Respiración

Si bien el respirar es una acción que hacemos con constancia, si se hace de manera correcta y controlada, es posible reducir significativamente el estrés, la ansiedad, depresión, irritabilidad, tensión muscular y fatiga. Cómo se ha visto desde hace años en los países de Oriente, la respiración ha constituido una parte vital del desarrollo mental, físico y espiritual del individuo.

La respiración es usada como tratamiento y/o prevención de hiperventilación, apneas o temperatura baja en las extremidades.

Meditación

Aunque la mayor parte de las veces se suele relacionar la meditación con la religión como un medio de acercarse más a “Dios”, se sabe que la meditación es independiente de cualquier religión o filosofía, siendo un medio de mitigar los conflictos interiores y de aumentar el conocimiento que se tiene de uno mismo ya sea como individuo o como parte de un grupo.

Se ha utilizado con resultados positivos en el tratamiento de la hipertensión, enfermedades cardiovasculares y apoplejía. Así como frenar los pensamientos obsesivos, ansiedad, depresión y hostilidad, favoreciendo la atención y concentración.

Si bien los “resultados” de la meditación pueden notarse casi de manera inmediata, los efectos “profundos” necesitan algo menos de unos meses de constancia y práctica.

Se recomienda que se realice la meditación de forma individual, ya que se evita la influencia de los demás.

Imaginación

Dentro de estos tres grandes tipos de técnicas de autocontrol emocional, la utilización del pensamiento para tratar síntomas físicos o emocionales suele ser la más utilizada, ya que como Coué afirmaba “Uno es lo que piensa que es”. Esto nos permite observar que si una persona piensa demasiado en un acontecimiento negativo o triste, se reflejarán en una conducta asocial o aislada.

Estas técnicas han demostrado actuar sobre niveles de estrés, dolores de cabeza, espasmos musculares y ansiedad. Esto siempre va a depender de la determinación de uno mismo.

Puede estimularse mediante la visualización de imágenes o escuchar música.

Autoestima en las mujeres

Las mujeres a partir de la construcción social en la que se desenvuelve tienen un impacto negativo para el desarrollo de la autoestima de las mujeres.

Vamos a reconocer aquí a la autoestima como “la capacidad de reconocer sus potencialidades y su acceso a la toma de decisiones respecto a su vida, su economía y sus relaciones” Angela Hernández (2010). (pp. 3)

Existen situaciones sociales, económicas y culturales que retienen a las mujeres en una situación de desventaja y subordinación en relación con el sexo opuesto. La forma en que se vive esta subordinación varía según el contexto histórico y cultural.

Se tiene la idealización de que la mujer se “realiza” al ser para otros, esto tiene como consecuencia:

- Sumisión
- Dependencia
- Que las mujeres se queden en casa
- Los medios de comunicación, las instituciones, historias, etc., refuerzan la idea de lo que se acepta como femenino
- Desigualdad en las oportunidades educativas, laborales, y de desarrollo.
- Falta de oportunidades para que las mujeres logren su adelanto, empoderamiento y derechos como ser humana.

La autoestima es algo en lo que se debe de trabajar de manera constante, con el objetivo de internalizar el empoderamiento que se consiga con el reconocimiento de las capacidades y habilidades de uno mismo.

Intervención motivacional

La motivación es un proceso psicológico referente a lo que le da principio a la realización de una acción y la sostiene en curso al logro de un objetivo.

A partir del modelo teórico del Rubicón de las Fases de Acción de Heinz Heckhausen (2008), se representa el proceso motivacional como una secuencia de fases con variables subyacentes tales como:

1. Necesidad: Impulso de llevar acabo alguna acción.

2. Pre-decision: Se reevalúa la situación y su posible alcance.
3. Decisión: Se llega a una resolución
4. Pre-acción: El individuo se acerca al objetivo a través de una serie de pasos o acciones progresivas.
5. Acción: Acciones preliminares o preparatorias que se realizan para alcanzar un objetivo final. Deckers (2001)
6. Post-acción: Atribuciones

Siendo así la Intervención Motivacional (IM) una metodología sistemática guiada a la transformación de los factores subyacentes al proceso motivacional, con el fin de fomentar el afrontamiento emocional e instrumental para la realización de acciones que resuelvan alguna necesidad relevante para la persona.

Se lleva a cabo mediante la aplicación de protocolos, de intervención breve, que incorporan diversos procedimientos de evaluación y de tratamiento cognitivos y conductuales que son coherentes con ella, en situaciones de normalidad que descartan la presencia de patologías biológicas o psicológicas interferentes con el curso autorregulado de las acciones por parte de la persona, cuyos resultados son susceptibles de evaluación objetiva.

Gimnasia Cerebral

La gimnasia cerebral es definida por Luz Maria Ibarra (2007) como un grupo de actividades creadas para estimular y mejorar las funciones cognitivas y mentales del cerebro, de esta forma poder lograr el aceleramiento del aprendizaje de una manera eficaz.

Durante los diversos ejercicios no solo se usará la cabeza como se suele pensar acerca de esta clase de técnicas, sino que en conjunto con el cuerpo se saca todo el potencial de ambos (cuerpo y mente).

Se afirma que el ejercicio no solo mantiene sanos y fuertes los músculos, huesos, corazón y otros órganos, sino que la constancia de esta acción fortalece el cerebelo, el cuerpo calloso del cerebro.

Estas actividades pueden incluir una variedad de acciones, desde juegos mentales hasta ejercicios físicos que requieren coordinación y movimientos certeros. Estos ejercicios están diseñados para desafiar al cerebro de diversas formas, facilitan la elaboración de nuevas conexiones neuronales y redes nerviosas y mantienen la salud cerebral con el paso de los años.

La gimnasia cerebral puede ser aplicada en cualquier persona para mejorar aspectos como la coordinación física y el equilibrio, así como ayuda al manejo del estrés, aumento de la memoria y la comprensión; funciona para sentir motivación, mejorar la actitud y el comportamiento.

Paul E. Dennison (1994), se basa en la idea de que el movimiento físico puede afectar positivamente el funcionamiento del cerebro. Los ejercicios propuestos en sus libros, conocidos como "Brain Gym", están diseñados para activar diferentes partes del cerebro y promover la integración de habilidades cognitivas, emocionales y físicas.

Cartilla básica del programa PACO (Paz, Acción, CONvivencia)

Es un programa de la Cruz Roja de la Juventud Colombiana, de intención formativa, guiado a la búsqueda y alentación de alternativas de acción a partir de la cotidianidad que contribuyan a lograr la evolución integral de la persona y su comunidad en un ambiente de respeto, tolerancia, solidaridad y convivencia social.

Así, el Programa Paz, Acción y Convivencia, en base al objetivo de la Cruz Roja, quiere creer en la niñez y juventud, como activos del cambio, donde cada individuo es un dinamizador de procesos que promueven la paz, la solidaridad, el amor, la amistad, la comprensión, la tolerancia, la justicia, el respeto como alternativas de vida y así lograr la convivencia pacífica en las relaciones con el otro.

Objetivos del programa

PACO está orientado con unas acciones fáciles para lograr con unas estrategias de desarrollo que permitan su aplicación en la realidad.

- * Generar estrategias dentro, fuera y durante el trabajo para facilitar la reunión social, en el marco de los factores protectores individuales, familiares y sociales con la intención de apoyar en una cultura de paz y cero violencias.

- * Contribuir en la formación y progreso personal de los voluntarios y funcionarios de la Cruz Roja Colombiana y de todas las personas que participen en las actividades de PACO

- * Propagar los principios básicos de la convivencia y los principios Fundamentales del Movimiento Internacional de la Cruz Roja Y la Media Luna Roja.

- * Originar procesos participativos de disposición institucional, interinstitucional y comunitario con miras a posibilitar el desarrollo integral del individuo y la comunidad.

Dentro del programa PACO se llevan a cabo las siguientes líneas de acción (divisiones a nivel de intervención para facilitar el organizar las actividades del proyecto frente al objetivo del programa.)

Educación para la paz: En los lazos cotidianos del individuo, es necesario entender que cada uno va a pasar por sus propias vivencias, opiniones, emociones y creencias, que no siempre estarán en sincronía con las de los demás, siendo esto una forma de diversidad.

Algunas veces esas diferencias hacen que parezcan manifestaciones de desacuerdo, inconvenientes y hasta de encuentros que dan paso al conflicto.

Siendo en este punto que la educación sea vista como un proceso de construcción de una sociedad, donde refuerza el establecimiento de una sana convivencia por cada una de las personas, sin importar la diferencia y resaltando la individualidad, permitiendo desarrollar a la persona en el conocimiento y acción de sus derechos y deberes.

Siguiendo con el concepto de Paz, es una noción humana integral y toma a cada uno de los sujetos en su dimensión individual y social. La paz nos posibilita construir una sociedad donde se reconocen y aceptan las necesidades de todos y todas, se ofrecen las oportunidades para que los interesados sean atendidos. Donde el respeto por el ser humano, la naturaleza y el entorno se hacen pilar de la Paz.

Educar para la paz se indica como una acción creativa, recreativa y activa, es crear un espacio de sensibilidad que reconozca la esencia humana y por tanto permita la aceptación del otro y las formas como nos relacionamos.

Siendo los siguientes, los principios básicos de la convivencia desarrollados por la fundación social:

1. Libertad,
2. Tolerancia,
3. No discriminación,
4. Equidad,
5. Dignidad
6. Respeto por el medio ambiente en el cual interactuamos, así como la promoción de un desarrollo sostenible.
7. Valores que permitan el verdadero desarrollo integral de la autonomía persona

Para intervenir dentro de esta línea de acción se puede realizar de las siguientes tres formas

1. Nivel personal: Se busca un sentido de vida, un viaje de autoanálisis y búsqueda propia, que se reconozca como acción en la convivencia y la paz. Se aprende a construir nuevas maneras de reconocer al otro individuo, de humanizarlo y que permita hallar la solidaridad, respetando los derechos del otro, buscando el bienestar comunitario, participando y dejando participar al otro.
2. Nivel grupal: Es una búsqueda por la adherencia o unión grupal, con el objetivo de aprender a trabajar en equipo, respetar la diferencia, reconocer la dignidad humana y a partir de las diferencias se descubre la igualdad en los derechos, deberes y leyes.
3. Nivel Institucional: Se buscan líderes de la convivencia, agentes activos del cambio y que repele todo tipo de violencia, personas que se empoderen de los principios del Movimiento y de los principios de la convivencia, para ello,

el actuar debe de ser ético y responsable. Es crear conciencia en la necesidad de prepararse para aportar desde las alternativas de paz a todas aquellas personas que necesitan ayuda.

Con estas tres formas de intervención se busca que los voluntarios sen agentes transformadores de su realidad.

Prevención de la violencia: La violencia es el resultado de la ruptura de valores, como:

- Respeto,
- Tolerancia
- Responsabilidad
- Libertad
- Justicia
- No practicar una ética y una moral preocupadas y atentas por el otro
- No contar con el tiempo de escuchar a los demás, esto con el fin de conseguir nuestros propósitos, cualquiera que estos sean.

Existen algunos factores de riesgo o potencialmente generadores de violencia que pueden

identificarse en el individuo, la familia, la comunidad y la sociedad en general, así como los siguientes ejemplos:

* **Ámbito individual:** Integran factores de riesgo en el individuo, autoestima baja , poco desarrollo de habilidades sociales básicas, falta o insuficiencia afectiva o inestabilidad emocional, el stress, nula determinación de proyectos de vida, baja tolerancia a la frustración, escaso nivel educativo, ausencia o deficiente formación en valores respecto a la vida en común y la convivencia, tales como la solidaridad, el respeto, etc.

* **Ámbito familiar:** Constituyen factores de riesgo, existe una deficiente satisfacción de necesidades básicas como el alimento, el vestido, la educación, entre otras, la vivencia continua de situaciones de conflicto no resueltas, la falta de diálogo, la ausencia de modelos de rol adecuados para los niños y las niñas (en algunas ocasiones los hijos toman roles de padres al cuidar a sus hermanos o hasta a sus propios padres), la presencia de conductas o problemáticas sociales tales como el consumo de drogas, licor, la ausencia o exceso de afecto o de normatividad, formas de maltrato y abuso.

* **Ámbito social:** Racismo, inequidad, conflictos entre grupos, competencias no sanas, el

desempleo, la injusticia, la desigualdad social, poca o ninguna actividad que fomente el

esparcimiento, el tiempo libre y la recreación; publicidad y aprobación de los medios de comunicación sobre las pautas violentas como sinónimo de reconocimiento.

Dentro de los factores también nos encontramos con algunos factores protectores como son: : tener una comunicación efectiva, manejo de la frustración, análisis proactivos de las dificultades, contar con redes de apoyo que defiende el respeto, la responsabilidad, la tolerancia, la justicia, contar con espacios de encuentro con otros, etc.

Esta línea nos invita a cada uno de nosotros a ser gestores del cambio, de pensamientos y actitudes, en todos los espacios, pero principalmente en el escolar y el urbano.

Apoyo psicosocial: Esta estrategia nos permite disminuir el malestar emocional causado por diferentes eventos y llegar a prevenir eventuales daños psicológicos mayores.

También nos permite generar o reforzar procesos de organización comunitaria, redes de

apoyo informal, como facilitar procesos de transformación pacífica de conflictos y creación o

fortalecimientos de proyectos comunitarios.

La Cruz Roja de la Juventud Colombiana tiene El apoyo psicosocial como

una línea de acción de trabajo preferente en el manual PACO, la cual invita a una acción persistente y responsable que favorezca un proceso de construcción y fomentar la paz, la solidaridad, los valores, etc., así como ambientes que permitan una sana convivencia y un desarrollo humano merecedor.

Dentro de esta línea, el acompañamiento afectivo es una opción para reducir el impacto de situaciones traumáticas y busca atender sus necesidades afectivas a través de la relaboración de su situación ya sea de los niños, los jóvenes o de los menores que se encuentren solos o abandonados, reduciendo así el impacto negativo de dichas situaciones traumáticas.

Para el fortalecimiento de esta línea, se deben guiar procesos hacia:

La autoestima: es necesario estimular positivamente la autoestima, para que cada uno a partir de su potencial personal pueda superar y afrontar las crisis que se presente.

El respeto y normas: Se busca llegar a acuerdos que permitan tener armonía en la relación con otros.

Integración Social: Se le anima al individuo que emprenda en búsqueda de procesos de bienestar y de relaciones interpersonales con los demás.

Tolerancia: Permite la reconstrucción del proyecto de vida y mejoramiento del tejido social.

Dentro de Paco encontramos 7 principios básicos que nos quieren promover para convertirnos en el motor que impulse y guíe las acciones cotidianas de los niños y jóvenes y así se establezcan vínculos firmes de amistad, equidad, comprensión, ayuda mutua y sentido de cooperación construyendo una nueva realidad de vida.

A continuación, se explican los 7 principios de la convivencia dentro de la Cartilla básica del programa PACO:

1. Aprender a no agredir al otro: La agresión puede darse de distintas formas, entre ellas: de forma verbal, física, sexual, psicológica y/o cultural.

El agresor puede contar con los siguientes factores: biológicos, personales, cognitivos, familiares, sociales y ambientales. En la mayoría de los casos cuando una persona realiza actos de agresión (hacer daño) aumenta su posibilidad a realizar otros actos de atentados en el futuro.

2. Aprender a comunicarse: La comunicación es esencial para el entendimiento entre las personas y contribuye a la autoafirmación de cada persona, esto tomando en cuenta las limitaciones culturales, de lenguaje, entre otros. En el proceso de comunicación, es esperado que se me reconozca y el otro también espera ser reconocido.
3. Aprender a interactuar: Son relaciones recíprocas con los otros en la búsqueda del crecimiento personal y social, es importante reconocer que la diferencia en las personas desde su forma de hablar, vestir, pensar y hasta de actuar no puede ni debe ser un obstáculo sino por el contrario una oportunidad de aprender y de construir humanidad.
4. Aprender a decidir en grupo: Decidir en grupo implica la selección de un interés compartido, un bien común, que nos oriente y nos comprometa a todos los que lo seleccionamos. Es concertar con los otros, para llegar a pactos, acuerdos o convenios sobre alguna cuestión que afecte al grupo.
5. Aprender a cuidarse: Cuidar el bienestar físico y psicológico de sí mismo y de los otros es una forma de expresar el amor a la vida y a nosotros. Aprender a cuidarse, es crear y cuidar las condiciones de vida de todos (vivienda, alimentación, trabajo, recreación, entre otras). Aprender a cuidarse supone igualmente aprender a proteger nuestra salud y la de todos como un bien social, y aprender a tener una percepción positiva del cuerpo. Sin una cultura del cuidado del cuerpo y de las condiciones de vida no es posible el desarrollo adecuado de sistemas de salud y de seguridad social.
6. Aprender a cuidar el entorno: La sana convivencia no solo aplica con las personas o individuos, sino que con todo lo que convivimos, animales, plantas, en sí, el mundo entero es nuestra casa, es el lugar donde vivimos y dónde probablemente vayamos a pasar el resto de nuestras vidas, por lo

tanto el cuidado del ambiente es algo prioritario en los tiempos de ahora, pues el clima está sufriendo un cambio drástico y para mal, las flores ya no saben en qué épocas florecer y los apagones se empiezan a hacer presentes cada vez más seguido debido al sobrecalentamiento de los lugares que proveen luz.

7. Aprender a valorar el saber social y académico: Es conocer nuestra historia, origen, tradiciones y costumbres, pero también es valorar la diversidad cultural, la de los otros individuos, el conocimiento y la relación con los saberes Culturales y Académicos de cada sociedad crean personas más lógicos, vinculados a la historia y a la vida cotidiana de la sociedad y por lo tanto más capaces de comprender los beneficios y oportunidades de la convivencia social. El saber social es reconocer que todos contamos con habilidades, experiencias, conocimientos y labores importantes según el momento, lugar y ocasión.

Todo lo anterior es con la intención de formar e interiorizar lo visto, no solo saber que se debe de hacer, sino practicarlo, llevarlo a cabo y pulirlo para cada día ser mejores con nosotros mismos y con los demás.

Metodología

Investigación Acción Participativa: Opción metodológica que vincula la investigación, la educación y la transformación de la realidad, con modalidad mixta (cuantitativa y cualitativa) para la generación de conocimiento teórico y práctico.

Aplicación de metodología mixta como recurso para la intervención comunitaria.

Análisis estadístico de datos para la valoración de procesos psicosociales.

Reconocer el vínculo de las variables psicosociales en el proceso salud-enfermedad.

Planteamiento del problema

La ocupación del cuidado a lo largo de los años ha sido una actividad que predomina entre familia y es abordada principalmente por mujeres, sin embargo, es un trabajo que no es reconocido y mucho menos remunerado a menos que se trabaje de esto, pues si la persona es cuidada por un familiar, termina siendo contraproducente ya que deben de poner de sus propios ingresos para el cuidado de la persona.

Las personas que son cuidadores primarios se enfocan tanto en cuidar a otros que no son conscientes de su propio cuidado y tienden a ser incluso descuidados con sus hábitos alimenticios, de higiene, entre otras cosas.

Objetivos

En el proyecto “Intervención Comunitaria Evaluación e Intervención Psicosocial con Cuidadores Primarios” que se realiza en la colonia San Miguel Teotongo, Iztapalapa CDMX, se propone lo siguiente:

1. Construir una nueva cultura de la salud a partir de acciones psicosociales que incentiven la participación comunitaria.
2. Mejoramiento de la calidad de vida de los cuidadores y personas dependientes de San Miguel Teotongo a través de intervenciones psicosociales de salud.
3. Estrechar su vinculación con los sectores pobres de la sociedad.

4. Romper con el esquema del profesional recto, y fomentar el compromiso y servicio de los psicólogos sociales.
5. Reconocer a la comunidad como coeducadora y no como un simple escenario de aprendizaje.
6. Acompañar a una organización en sus procesos de desarrollo hacia la consolidación del poder popular.
7. Involucrar a la población en la realización de algunas tareas y de todo el proceso de conocimiento y cambio de la realidad.
8. Que los cuidadores primarios o auto cuidadores puedan expresar los temas que les aquejan para poder ser abordados en los siguientes días.
9. Crear una red de apoyo entre los cuidadores de la Utopía de San Miguel Teotongo.
10. Explorar las dimensiones del estado de salud de los cuidadores: Física, social, limitaciones de rol, patogénicos, emocionales, salud mental, vitalidad, dolor, percepción de la salud en general.

Justificación

México es un país que cuenta con una extensa población, en el primer trimestre de 2023, de acuerdo con la información de la ENOE, la población del país era de 129 millones.

La Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), nos reveló durante el tercer trimestre del 2016, que son aproximadamente 286 mil los ocupados en el cuidado de personas dependientes en México; aproximadamente el 22% de la población invierte su tiempo en esta actividad del cuidado, el cual puede ser dirigido a adultos mayores (los cuales representan el 14% de la población del

país), niños con movilidad reducida o alguna persona con cierta enfermedad que complique su autonomía y requiera la atención constante.

La ocupación del cuidado a lo largo de los años ha sido una actividad que predomina entre familia y es abordada principalmente por mujeres pues 97 de cada 100 que la ejercen son mujeres INEGI (2017). Esto no significa que no sea una actividad que se remunere fuera del ámbito familiar, por ejemplo; En los orfanatos o guarderías se cuida de niños pequeños, en los hospitales o centros de rehabilitación se cuida a gente con algún deterioro físico o mental.

El presente proyecto ayudó a las personas que son cuidadores primarios para cuidar mejor de ellos mismos sin dejar de lado a la persona que cuidan, saber cómo acercarse o pedir espacio al dependiente cuando lo requieran.

La creación de una red de apoyo con otros cuidadores (durante la tercera etapa) fue de utilidad para darse cuenta de que no están solos y que es posible apoyarse mutuamente, ya sea compartiendo experiencias o consejos para mejorar el cuidado propio y del otro.

Pregunta de investigación

¿Cómo mejorar la calidad de vida de los cuidadores primarios de San Miguel Teotongo, Iztapalapa, CDMX a través de la intervención comunitaria?

¿Cómo el apoyo social de los círculos donde se desenvuelven los cuidadores primarios puede impactar de manera positiva en su resolución de problemas?

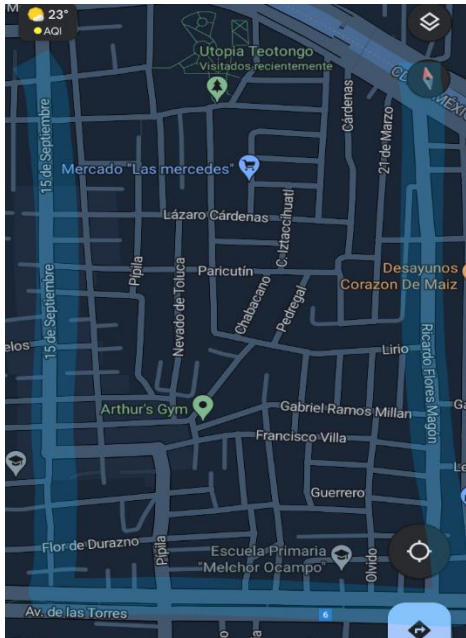
Contexto

San Miguel Teotongo se encuentra ubicado en el Municipio de Iztapalapa CDMX, es una zona donde se cuentan con servicios cercanos como el metro, clabebus, paradero de combis, plaza de la tecnología y la Utopía Teotongo.

Aunque la mayor parte de la zona está pavimentada, es fácil darse cuenta de que el lugar es difícil de recorrer para las personas con movilidad reducida, ya que se sube a cuestas, es decir que el lugar cuenta con desniveles muy grandes en algunas calles o inclinaciones muy pronunciadas. Cuenta con 18 secciones y una población de más de 200 mil habitantes.

Muestreo

Se llevó a cabo el desarrollo de nuestra primera etapa del proyecto Evaluación e Intervención psicosocial con cuidadores primarios en San Miguel Teotongo al acudir por primera vez el 9 de agosto del 2023 para conocer el lugar y las calles que íbamos a trabajar, por la cantidad de compañeros que estábamos en el proyecto, se trabajó en las calles alrededor de la Utopía y otros en las calles alrededor de la Unión de colonos. Los días que asistimos para trabajar con los cuidadores fueron los miércoles.



Nosotras abarcamos la calle 15 de septiembre y Ricardo flores Magón, hasta la Av. de las Torres, incluyendo todas las calles que se encuentran dentro de ese parámetro designado. (Imagen 1)

En nuestra segunda visita el 16 de agosto se tuvo que caminar por las calles asignadas y tocar cada puerta para buscar a personas que sean cuidadoras o cuidadores de alguna persona enferma, de sus hijos, de adultos mayores, de alguna persona con limitaciones o que sean auto cuidadores. Este día fue un poco difícil ya que en la primera calle que nos asignaron nadie se interesó por participar, nos asignaron otra calle y dos personas se interesaron, dijeron que iban a participar, pero al final nunca llegaron. Las otras dos participantes las encontramos en la Utopía, a cada una de ellas le pedimos su nombre, dirección y de quien cuidaban.

Para la tercera visita el 23 de agosto ninguna de nuestras cuatro participantes pudo atendernos y el 30 de agosto conocimos a nuestra participante Bernarda y Guille acudió a la Utopía. A lo largo del año sólo trabajamos con ellas

ya que las otras participantes ya no las habíamos encontrado y otra nos mencionó que ya no iba a poder participar.

Muestra

Tabla

Información de los participantes

Nombre	Edad	Padecimiento	Cuidador o autocuidador
Bernarda	67 años	Diabetes	Auto cuidadora
Guille	50 años	Ninguno	Cuida a su madre: Julia Bautista

Nota. Datos demográficos de las participantes

Fuente: Elaboración propia

Criterios de inclusión

1. Personas de cualquier edad siempre y cuando sean cuidadores primarios ya sea de un familiar o de una persona externa a su familia.
2. Personas que aplicaran el autocuidado, ya sea por su edad avanzada, por tener movilidad reducida o capacidades diferentes.
3. Vivir en la colonia San Miguel Teotongo, Iztapalapa, CDMX.

Criterios de exclusión

Personas que, aunque cuenten con los primeros dos criterios de inclusión, no cumplan el tercero de vivir en la colonia San Miguel Teotongo, Iztapalapa, CDMX.

Criterios de eliminación

Se eliminó por completo a personas que mostraron actitudes negativas (ya sea acoso hacia los compañeros o agresión verbal).

A las personas que, a pesar de dar su aprobación para la participación del proyecto, no abrieron sus puertas las siguientes 3 visitas, dando a entender que no desean participar.

Diseño

Se usó un diseño de intervención de tipo exploratorio, este tipo de investigación pretende recabar información de, según Hernández Sampieri (2019) un problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes con mayor extensión.

Instrumentos

Primera etapa

SF- 36

Este instrumento detecta tanto estados positivos de salud como negativos, explora la salud física y la salud mental. Está compuesto por 36 preguntas que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física, función social, rol físico, rol emocional, salud general, salud mental, dolor corporal y vitalidad. Cada dimensión proporciona puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayor sean, mejor estado de salud. Centra su contenido en el estado funcional y el bienestar emocional.

PHQ-4

Este instrumento consta de 4 preguntas con 4 posibles respuestas las cuales aluden a la frecuencia en la que el participante pudo haber experimentado síntomas característicos de ansiedad y depresión.

Apoyo social de MOS

El cuestionario consta de 20 preguntas o afirmaciones las cuales las cuales al ser valoradas se encuentran dentro de 5 categorías: apoyo emocional,

apoyo material, relaciones sociales de ocio y distracción e índice global de apoyo social.

Test sobre la carga del cuidador Zarit y Zarit

Este test cuenta con 22 reactivos con afirmaciones a las cuales los cuidadores asignaron un nivel de frecuencia desde nunca (0) hasta casi siempre (4). Este instrumento arroja como resultado tres posibles categorías: no se encuentra en sobrecarga, sobrecarga leve y sobrecarga intensa

Segunda etapa

Diagnóstico para la medición de riesgos y enfermedades

Este cuestionario está compuesto por 81 preguntas y dividido en 10 secciones: condición física; historia familiar; autocuidado y cuidado médico; hábitos alimenticios; consumo de alcohol, tabaco y drogas; accidentes; valores, esfera intelectual y espiritual; estrés y apoyo social; medio ambiente y sexualidad. Nos ayuda a identificar las áreas donde debemos mejorar nuestros hábitos.

Escala de Afecto Positivo/Negativo

La Escala de Afecto Positivo/ Afecto Negativo en Mexico (APAN-M) ayuda reconocer la dimensión emocional placentera y la dimensión emocional displacentera de las personas, cuenta con un formato de 20 ítems, 10 de afecto positivo y 10 de afecto negativo. Para cada estado afectivo hay una escala de 1 (Nunca) hasta 5 (Siempre), que se debe responder de acuerdo con como se ha sentido la persona en el último mes.

Escala de Sentido de Comunidad

Es una escala compuesta por 17 ítems con tres posibles respuestas, permite conocer si la persona que lo responde siente que pertenece a su comunidad. Este instrumento tiene como resultados tres posibles categorías:

sentido de comunidad bajo, sentido de comunidad medio y sentido de comunidad alto.

Tercera etapa

Procedimiento

Primera etapa

Para esta intervención comenzamos con una capacitación acerca del trabajo que íbamos a realizar en la comunidad de San Miguel Teotongo y día 9 de agosto se hizo un recorrido por las calles de la comunidad y se establecieron los dos lugares de trabajo: Unión de colonos y la Utopía, posteriormente se establecieron las diadas de trabajo. El trabajo en la comunidad en esta etapa consistió en 10 visitas en las fechas del 16 de agosto del 2023 al 18 de octubre del 2023. El primer día (16 de agosto) consistió en acudir a la comunidad y tocar casa por casa con el objetivo de encontrar a personas que cuidaran de alguien y que quisieran participar en el programa “Evaluación e Intervención psicosocial con cuidadores primarios” se les pidió su nombre, edad, de quien cuidaban y su dirección, se les explicó de manera breve en qué consiste las actividades que íbamos a realizar así como la forma de trabajo, es decir que las sesiones eran una vez a la semana en su hogar con una duración de 50 min.

Al comienzo y final de esta etapa se realizó una Evaluación de bienestar psicosocial en la cual se aplicaron los instrumentos PHQ-4, Test sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit), Apoyo Social de MOS y SF-36 y durante las sesiones se desarrollaron temas previamente calendarizados, por ejemplo: El papel del cuidador y su importancia, Ejercicios de control de activación, Organización del tiempo, Establecer límites a la persona dependiente, Solicitud de ayuda y apoyo, Control de sentimientos negativos; acompañados de escucha activa y técnicas de relajación.

Esta etapa nos ayudó a conocer la situación de los participantes, si tenían algún problema de salud, como era la relación con su dependiente y los otros integrantes de su familia y también ellos poco a poco nos brindaron su confianza.

Conocimos a nuestras participantes trabajamos con ellas todos los miércoles en horarios diferentes con la participante Bernarda en un horario de 9:00 am – 9:50 am se realizó un total de 6 sesiones y con la participante Guille en un horario de 11:00 am – 11:50 am y se realizaron un total de 9 sesiones.

La última sesión consistió en una sesión grupal con actividades de integración grupal, activación física, sus testimonios, exposición de lo que es el cuidado y autocuidado, platica nutricional y técnica de relajación y finalmente una convivencia.

Segunda etapa

La segunda etapa se llevó a cabo del 13 de noviembre de 2023 a 9 de febrero de 2024 consistió en 11 sesiones, 10 individuales y 1 grupal la primera sesión fue el 15 de noviembre se hizo un reencuentro, rapport, hacer algunos recordatorios y explicar brevemente que era la escritura emocional autorreflexiva, se aplicaron cuestionarios como: Diagnóstico para la medición de riesgos y enfermedades, Escala de sentido de comunidad, Escala de Afecto positivo/negativo.

La escritura emocional autorreflexiva se llevó a cabo en 4 sesiones en donde se les pidió cosas diferentes:

1. Recordar algún suceso doloroso de su vida y escribirlo.
2. Escribir el suceso doloroso en 3ra persona.
3. Escribir su suceso e integrar la siguiente lista de palabras.

Tabla

Lista de palabras para el tercer ejercicio de EE

Palabras positivas	Palabras negativas	Palabras de conexión
Amor	Odio	Descubrí que...
Afecto	Fracaso	Al fin comprendí que...
Felicidad	Fealdad	Después de tiempo...
Bienestar	Intranquilidad	Estoy buscando...
Paz	Insoportable	Estoy cerca de...
Armonioso	Destruyivo	Sospecho que...
Bonito	Deshonesto	Presiento que...
Sereno	Terrorífico	Por fin encontré que...
Vigoroso	Intolerable	La razón de...
Amable	Dañino	Ahora se...
Satisfactorio	Sufrimiento	El sentido es...
Disfrutar	Quebranto	Ahora está más claro

Nota. Fuente: Elaboración propia

4. Escribir nuevamente su suceso y que incluyeran la siguiente lista de palabras.

Tabla

Lista de palabras para el cuarto ejercicio de EE

Palabras positivas	Palabras negativas	Palabras de conexión
Satisfacción	Tristeza	Analice y comprendí que...
Tranquilidad	Dolor	He aprendido que...
Sinceridad	Enojo	Busco la solución...
Alegría	Preocupación	Ahora sé que debo...
Gusto	Coraje	Encontré la solución que...
Provecho	Temor	No siempre sé que...
Amor	Frustración	Acepto que...
Agradable	Desagradable	Lo que ocurrió me ha...
Superación	Odio	Ahora espero que...
Alivio	Miedo	Ahora nunca me...
Felicidad	Desesperación	Ve lo que ocurrió como...

Continuamos con las técnicas de relajación y la toma de temperatura para conocer el estrés que les generaba recordar estos sucesos a nuestras participantes.

La última sesión consistió en una sesión grupal con actividades como: técnica de relajación, activación física, presentación de un tema, testimonios y una convivencia.

Tercera etapa

La etapa final de la intervención la realizamos de manera grupal en el auditorio de la Utopía de San Miguel Teotongo los días miércoles a las 10:00 am, en esta etapa se cumplió con un total de 11 sesiones en las cuales se expusieron los 7 principios de convivencia (Cartilla Básica del programa PACO (Paz, Acción, CONvivencia) y el tema de tanatología, además de la presentación del tema se hacían otras actividades como: rapport que nos ayudó a saber cómo se habían sentido durante la semana las participantes, activación física, ejercicios de gimnasia cerebral, toma de temperatura para conocer el nivel de estrés de los participantes, técnicas de imaginación guiada, retroalimentación y aplicación de instrumentos de medición.

La sesión 12 que fue el cierre de la intervención se llevó a cabo en el local de la Unión de Colonos las actividades fueron: Misa de agradecimiento, presentación de la intervención comunitaria: Evaluación e intervención psicosocial con cuidadores primarios, Testimonios, stands con actividades en relación con temas como: Límites, Duelo, Adicciones, Autocuidado etc. Y finalmente una convivencia y premiación a las diadas en diferentes categorías.

Resultados

Primera etapa

Análisis cuantitativo

Tabla
Sumatoria de SPSS

Participante	Edad	Sexo	Padecimiento	SUM_PHQ4_P1	SUM_PHQ4_P2	SUM_Zsarit	SUM_MOS	SUM_SF36_P1	SUM_SF36_P2	SUM_SF36_P3	SUM_SF36_P4	SUM_SF36_P5
Bernarda	50	F	Diabetes	6.00	8.00	38.00	86.00	7.00	10.00	17.00	22.00	5.00
Guille	68	F	Ninguno	7.00	4.00	62.00	52.00	7.00	11.00	23.00	36.00	14.00

Nota. Fuente: Elaboración propia

La tabla # nos reporta los resultados de las sumatorias de cada cuestionario aplicado a nuestras dos participantes para conocer su condición física, emocional, apoyo social y sobrecarga.

Para el cuestionario PHQ-4 se realizaron dos sumatorias una por cada apartado, en la SUM_PHQ4_P1 que hace referencia a sentimientos de nerviosismo, irritación, ansiedad, sensación de tristeza y poco interés por hacer las cosas nuestras participantes tenían resultados de 7.00 y 6.00 por lo que podemos decir que estos sentimientos están presentes, pero no de manera constante ni mucho menos para diagnosticar ansiedad o depresión, además que los signos de ansiedad ellas comentan que son cosas que pueden mantener en control y solo pasan ante una situación que lo desencadene. En la sumatoria de la segunda parte: SUM_PHQ4_P2 tenemos como resultado 4.00 y 8.00 ambas participantes han tenido alguna pesadilla en el último mes, pero, no las ha afectado de una manera que ellas se sientan intranquilas.

Los resultados de la suma del Test sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit) - SUM_Zsarit son de 62.00 para la participante Guille es un poco más de la mitad de la puntuación total del Test por lo cual nos habla que ella experimenta y percibe un poco de sobrecarga respecto al labor que hace de cuidar a su madre y su familia además que se encuentra estudiando la escuela superior y el resultado de la sumatoria para la participante Bernarda es de 38.00 es menor al

mitad del total por lo que podemos decir que no presenta un nivel de sobrecarga ya que ella cuida de si misma y ella hace sus actividades a su ritmo y además de las tareas del hogar dedica tiempo para actividades que le gustan.

Los resultados obtenidos de la sumatoria SUM_MOS que hace referencia al nivel de Apoyo social que ellas perciben podemos observar que la participante Guille tiene 52.00 y Bernarda 86.00 son números con una gran diferencia por lo que podemos decir que Bernarda cuenta con un mayor apoyo social que Guille y esto se comprueba con las experiencias de Bernarda ya que, aunque ella considera que no tiene amigos, su mama, hijos y nietos juegan un papel importante que la hace sentir apoyada y escuchada; mientras que Guille siente que su esposo e hija son los únicos que la pueden entender y escuchar en algunas cosas, ya que ella ha dicho que con los integrantes de su familia no puede hablar de todo lo que habla con nosotras.

Respecto al cuestionario SF-36 está dividido en 5 partes podemos observar que para nuestras participantes en la SUM_SF36_P1 ambas tienen una sumatoria de 7.00 es decir que ambas califican su salud como buena, pero algo peor ahora que hace un año y es porque ambas participantes en la fecha de aplicación tenían malestares física. En la parte dos, SUM_SF36_P2 las participantes obtuvieron 10.00 y 11.00 lo que indica que ninguna de las dos experimenta limitaciones para hacer esfuerzo, subir escaleras o alguna otra actividad cotidiana. En la SUM_SF36_P3 la participante Bernarda obtuvo 17.00 y Guille 23.00 lo que indica que Bernarda durante las últimas 4 semanas no dejo de hacer tantas cosas en su día a día como Guille, estas respuestas debido a su condición en la fecha de aplicación. En la parte cuatro: SUM_SF36_P4 se observan sumas de 22.00 y 36.00 habla de sus emociones en las últimas 4 semanas o que indica que Guille con 36.00 ha experimentado más cambios emocionales mientras que la otra participante no. En la última parte SUM_SF36_P5 podemos observar una gran diferencia en los resultados, Guille tiene 14.00 mientras que Bernarda 5.00 esto indica que en Guille percibe que no

es tan sana y que puede enfermar más que cualquier persona mientras que Bernarda considera que es sana y su salud es buena.

Resultados cuantitativos

Para obtener estos resultados utilizamos el programa ATLAS. ti y códigos (tabla #) que respecto a su definición nos ayudan a codificar la información escrita en las 15 bitácoras que se realizaron en el primer trimestre, estas bitácoras registraron las actividades que se realizaron en cada sesión y aspectos importantes que relataron las participantes.

Tabla

Enraizamientos ATLAS. ti- primera etapa

Nombre del código	Enraizamiento
001_Asertividad	10
002_Prosocial	3
003_Empatia	2
004_PSPos	6
005_Atribuciones	8
006_PSNeg	8
007 Hostilidad	7
008_LengAfec	24
009_GesEmo	23
010_Explnc	1
011_Patogenicas	16
012_Salutogenicas	14
013_RelFamPos	9
014_RedApo	2
015_ConProgApo	1
016_RelFamNeg	6
017_GenSocD	5
018_MedCoer	0

En la tabla # podemos observar el número de enraizamiento que tiene cada código en el análisis del discurso de nuestras participantes; el enraizamiento se refiere al número de repeticiones que tiene un código en los análisis realizados. Para obtener los subimos cada una de las bitácoras de nuestras participantes al programa ATLAS. ti y mediante una revisión y lectura cuidadosa fuimos asignando un código al discurso de acuerdo con las definiciones de cada uno de estos.

En nuestros códigos con mayor enraizamiento están 008_LengAfec y 009_GesEmo en nuestra perspectiva nuestras participantes muestran una buena comunicación al contarnos sus días y algunas de sus vivencias, son empáticas al comunicarnos información tanto de ellas como de los integrantes de su familia en cuanto a su gestión emocional son capaces de reconocer, identificar y expresar las emociones que experimentan frente a la vida cotidiana.

En cuanto a los códigos 011_Patogénicas y 012_Salutogénicas se representan en acciones los viajes que realizan con su familia a otros estados de la república, realizan actividades que disfrutan como ir a misa para Bernarda y Guille continuar con sus estudios. En cuanto a las patogénicas podemos señalar situaciones con los otros miembros de su familia que les causan alguna emoción negativa, en algunas situaciones que sobrepasan sus límites, se exigen o quieren realizar más tareas de las que pueden hacer.

Otros códigos que podemos destacar son los de 013_RelFamPos y 016_RelFamNe tienen una ligera diferencia que se inclina hacia relaciones familiares positivas y es que Bernarda nos comenta que sus hijos y nietos están al pendiente de ella, la invitan a viajes exprés, la llevan al doctor, la ayudan con tareas del hogar, están preguntando qué es lo que necesita y aunque Guille tiene el apoyo de su esposo e hijos, en las últimas semanas se presentó una situación

con su esposo que la hizo sentir mal y hubo un poco de violencia verbal de parte de él y en otra ocasión con su mamá donde ella se exalto y maltrato verbalmente a su mama.

Hay otro conjunto de códigos que, aunque no tienen números altos de enraizamiento nos dan ayudan a conocer información sobre ellas como, Bernarda tiene conocimiento sobre los programas de apoyo y es parte de la ayuda de las personas de la tercera edad (Bienestar) 015_ConProgApo, ambas participantes son capaces de sentir empatía, aunque no ha estado tan presente en las situaciones que nos cuentas, pero es importante que ellas tengan esta capacidad 003_Empatía.

En cuanto al tema de redes de apoyo si observamos que es algo con lo que cuentan ya que por parte de Bernarda sí nos ha dicho que ella no tiene amigos porque no tiene tiempo mientras que Guille si nos ha contado sobre amigos de la universidad pero no los considera tanto como personas que la pueden ayudar 014_RedApo y respecto a los códigos 004_PSPos y 006_PSNeg que hacen referencia a la percepción social negativa y positiva del entorno hemos notado que identifican que en algunas ocasiones su entorno era un poco hostil como por ejemplo el divorcio de los padres de Guille mientras que en Bernarda sólo nos comenta que la caída que tuvo la ha limitado para lo que ella representa un límite para realizar sus actividades diarias, en cuanto a la percepción social positiva está más presente en Bernarda ya que cuenta con el apoyo y vista de varios miembros de su familia.

madres de familia; el esposo de Bernarda falleció hace unos meses y aun que nos ha platicado poco de él ella si hace mención de algunas situaciones con él y de Guille las últimas sesiones nos habló más de él y nos contó situaciones poco desagradable donde él fue el protagonista , sin embargo, sus hijos tienen protagonismo en la vida de ambas participantes. Por otro lado, las participantes son capaces de reconocer sus emociones en su día a día y respecto a situaciones que tienen por eso también es importante la palabra “siente”.

Otro conjunto de palabras importantes son viaje, alimentación, iglesia, apoyó, hermano y hablar ambas participantes nos han contado respecto a los viajes que han hecho últimamente con su familia y también acerca de su alimentación ya que ambas han tratado de mejorar ese hábito; Bernarda por su enfermedad (Diabetes) y Guille porque en el último mes tuvo un problema en los intestinos lo que la llevó a tener una dieta rigurosa.

Por último tenemos un conjunto más grande de palabras, más alejadas del centro pero, no menos significativas, algunas de ellas son estados de ánimo como: estresada, contenta, preocupó, irritación, desespera, malestar, llorar y molestia, nuestras participantes son capaces de reconocer sus estados de ánimo ante las diferentes situaciones de su día a día, reconocen las situaciones que las estresan y desesperan, por ejemplo a Guille son situaciones con su mama debido a su falta de memoria y Bernarda tuvo una caída y por ese motivo no había podido hacer su rutina como ella estaba acostumbrada y eso la hacía sentir irritada y molestia pese a estas situaciones Guille nos comenta que ella está contenta con su vida y es feliz con su vida y Bernarda ha tenido una mejoría respecto a su caída lo que la hace sentir liberada.

Análisis cuantitativos grupales

Después de realizar la aplicación de cuestionarios a los 45 cuidadores primarios que participaron se realizó una base de datos en el programa SPSS que

nos ayudo a realizar la sumatoria de las categorías de cada cuestionario para obtener los siguientes gráficos.

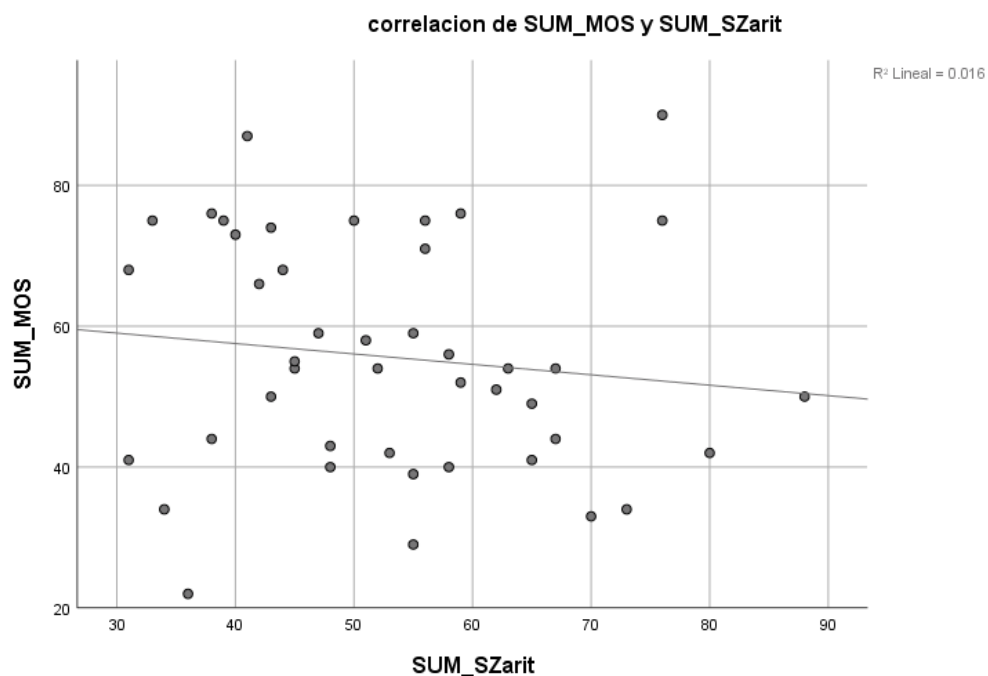


Grafico 2. Correlación de las variables SUM_MOS y SUM_SZarit

Nota. Fuente: Elaboración propia

En el grafico 2 podemos observar que existe una relación negativa entre estas variables, es decir cuando una aumenta la otra disminuye por lo que indica que cuando el apoyo social aumenta la sobrecarga percibida por el cuidador disminuye.

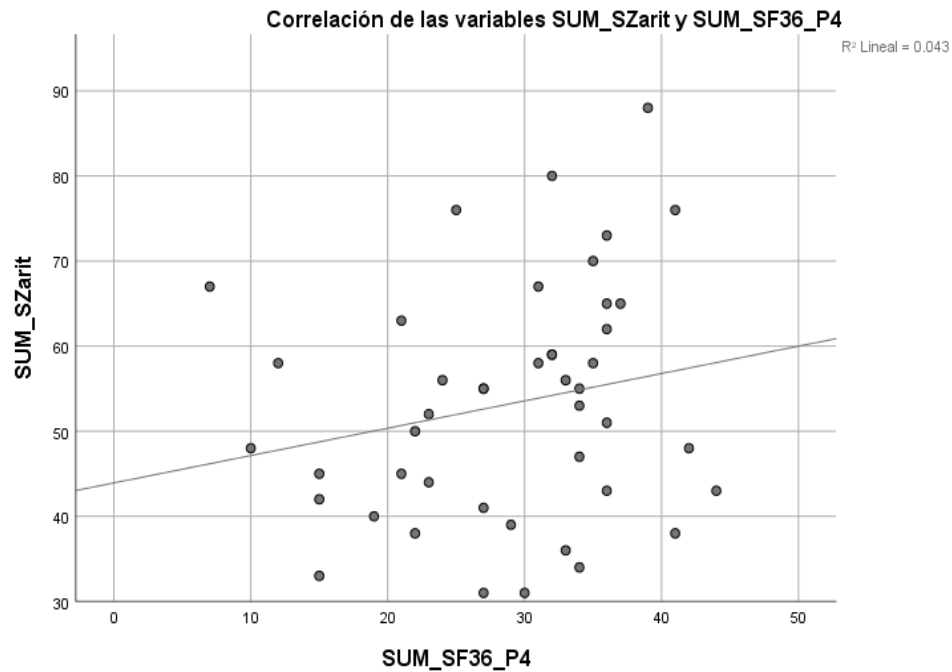


Grafico 3. Correlación de las variables SUM_SZarit y SUM_SF36_P4

Nota. Fuente: Elaboración propia

En el grafico 3 podemos observar que existe una relación positiva entre las variables debido a que ambas aumentan al mismo tiempo, lo que indica que a mayor sobrecarga perciba el cuidador los sentimientos de nerviosismo, cansancio, desanimado y tristeza aumentan.

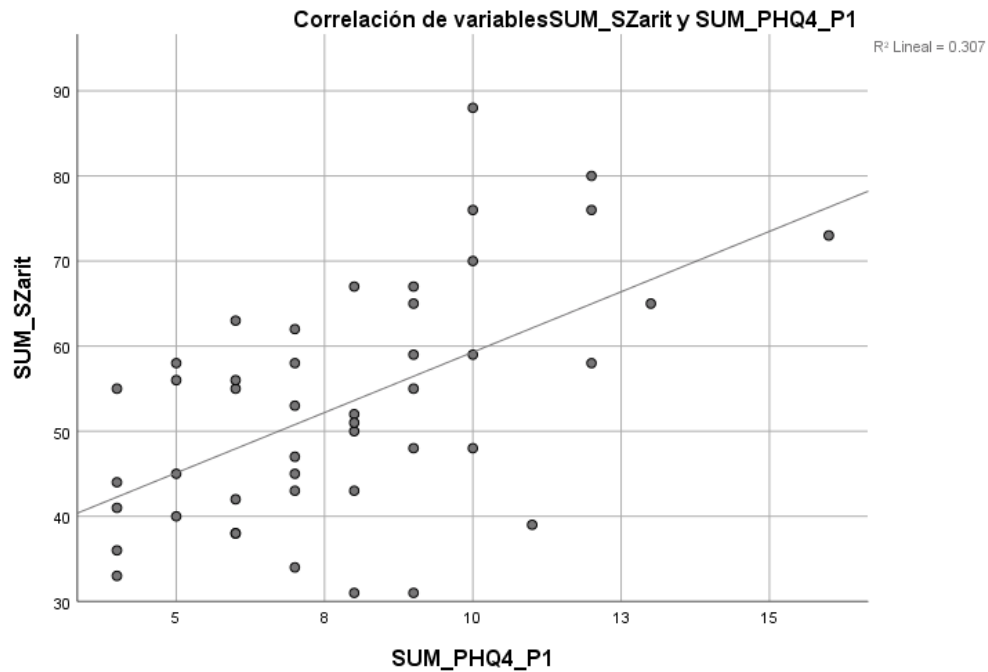


Grafico 4. Correlación de las variables SUM_SZarit y SUM_PHQ4_P1

Nota. Fuente: Elaboración propia

En el grafico 4 podemos observar una relación positiva entre las variables ya que ambas aumentan al mismo tiempo, esto indica que a mayor sobrecarga percibida los signos de nerviosismo, irritación y preocupación aumentan lo que puede llevar al cuidador a experimentar cuadros de ansiedad.

Se hizo una selección de ítems de los cuestionarios aplicados en la primera etapa, estos ítems se seleccionaron de acuerdo con lo que observamos en las participantes Bernarda y Guille.

La tabla# representa el total de la población de cuidadores, podemos observar que el 91.1% son mujeres y solo el 8.9% de la población son hombres, nuestras participantes son parte de la población mayor, en la sociedad mexicana se cree que las mujeres son las más aptas para realizar esta labor. Nuestra participante Guille es cuidadora de su mamá mientras que Bernarda se auto cuida.

Tabla

Sexo del cuidador

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Mujer	41	91.1	91.1	91.1
Hombre	4	8.9	8.9	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Nota. Fuente: Elaboración propia

La tabla # es parte del cuestionario PHQ-4 la mayoría de los participantes se posiciona en la respuesta varios días mientras que nuestras participantes son parte del 24.4% en el momento de la aplicación ellas nos hicieron saber que si pueden tener preocupaciones, pero no en su vida diaria y que la mayoría de veces ellas tratan de dejar la preocupaciones aun lado ya que lo ven como algo negativo.

Tabla

Imposibilidad de deja de preocuparse o de controlar la preocupación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Nada en absoluto	11	24.4	24.4	24.4
Varios días	23	51.1	51.1	75.6
Mas de la mitad de los días	6	13.3	13.3	88.9
Casi todos los días	5	11.1	11.1	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Nota. Fuente: Elaboración propia

La tabla# nos presenta los resultados de un ítem del cuestionario PHQ-4 que hace referencia a los sentimientos de tristeza, depresión y falta de esperanza la mitad de la población se sitúa en la respuesta Nada en absoluto al igual que

nuestras participantes, podemos afirmar que nuestras participantes no tienen signos de poder experimentar depresión.

Tabla

Sensación de tristeza, depresión o falta de esperanza

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Nada en absoluto	23	51.1	51.1	51.1
Varios días	14	31.1	31.1	82.2
Mas de la mitad de los días	5	11.1	11.1	93.3
Casi todos los días	3	6.7	6.7	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Nota. Fuente: Elaboración propia

El siguiente ítem de la tabla # pertenece al Test de sobrecarga del cuidador de Zarit las respuestas más utilizadas fueron Algunas veces y Casi siempre tal es el caso de la participante Guille que respondió Algunas veces y es que ella nos expresa que aparte de cuidar de su mama tiene otros roles y tareas que desempeñar por lo que es poco el tiempo que tiene para ella al contrario de la participante Bernarda que forma parte del 17.8% y ella nos cuenta que en el día si se da tiempo para descansar o realizar alguna actividad que disfrute.

Tabla

¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Nunca	8	17.8	17.8	17.8
Rara vez	9	20.0	20.0	37.8
Algunas veces	11	24.4	24.4	62.2
Bastantes veces	6	13.3	13.3	75.6
Casi siempre	11	24.4	24.4	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Nota. Fuente: Elaboración propia

En la tabla # los resultados del ítem 1 del cuestionario de Apoyo Social de MOS, la respuesta más utilizada fue 2 nuestra participante Julia G se sitúa en el 11.1% de la población que menciona 4, mientras que Bernarda es parte del 6.7% que mencionó que 10, esta información tomó un poco más de realidad al ir conociéndolas más ya que ellas son muy cercanas a sus familiares.

Tabla

¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido	0	2	4.4	4.5	4.5
	1	8	17.8	18.2	22.7
	2	10	22.2	22.7	45.5
	3	8	17.8	18.2	63.6
	4	5	11.1	11.4	75.0
	5	5	11.1	11.4	86.4
	6	2	4.4	4.5	90.9
	10	3	6.7	6.8	97.7
	12	1	2.2	2.3	100.0
	Total	44	97.8	100.0	
Perdidos	999	1	2.2		
Total		45	100.0		

Nota. Fuente: Elaboración propia

En la tabla # podemos observar uno de los ítems del cuestionario de Apoyo Social de MOS nuestras participantes se situaron en la respuesta Siempre y cada una mencionó que sus familiares las escuchaban siempre que ellas se acercaban.

Tabla

Alguien con quien puedo contar para escucharme cuando necesito

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido	Pocas veces	18	40.0	40.9	40.9
	Algunas veces	6	13.5	13.6	54.5
	Muchas veces	6	13.3	13.6	68.2
	Siempre	14	31.1	31.8	100.0
	Total	44	97.8	100.0	
Perdidos	999	1	2.2		
Total		45	100.0		

Nota. Fuente: Elaboración propia

La tabla # contiene resultados de uno de los ítems del cuestionario Apoyo Social de MOS y aunque hay diferencia en las respuestas que escogieron nuestras participantes son parte del 20.0% de Siempre esto nos quedó claro con las visitas que teníamos ya que la mayoría de las veces estaban acompañadas y señalaban una buena relación con sus familiares.

Tabla

Alguien en quien confiar o a hablar sobre mi o mis problemas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido	Nunca	9	20.0	20.5	20.5
	Pocas veces	12	26.7	27.3	47.7
	Algunas veces	9	20.0	20.5	68.2

	Muchas veces	5	11.1	11.4	79.5
	Siempre	9	20.0	20.5	100.0
	Total	44	97.8	100.0	
Perdidos	999	1	2.2		
Total		45	100.0		

Nota. Fuente: Elaboración propia

La tabla # nos muestra el ítem del cuestionario de Apoyo Social de MOS y hace referencia a si alguien puede llevarlas al doctor en caso de emergencia, aunque nuestras participantes no tienen tantos padecimientos de salud en estos meses que las vimos ellas tuvieron algunas veces malestares y describieron que inmediatamente algunos de sus hijos se preocupaban y las llevaban al médico.

Tabla

Alguien que me lleve al médico si necesito ir

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido	Nunca	2	4.4	4.5	4.5
	Pocas veces	11	24.4	25.0	29.5
	Algunas veces	11	24.4	25.0	54.5
	Muchas veces	7	15.6	15.9	70.5
	Siempre	13	28.9	29.5	100.0
	Total	44	97.8	100.0	
Perdidos	999	1	2.2		
Total		45	100.0		

Nota. Fuente: Elaboración propia

La tabla # nos muestra uno de los ítems del cuestionario de Apoyo Social de MOS que nos ayuda a tener noción de la cercanía que tienen las participantes con sus amigos o familiares ambas participantes se situaron en la respuesta Siempre porque están acompañadas en su día a día de personas que las quieren.

Tabla

Alguien a quien amo y me haga sentir querido

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido	Nunca	3	6.7	6.8	6.8
	Pocas veces	6	13.3	13.6	20.5
	Algunas veces	6	13.3	13.6	34.1
	Muchas veces	12	26.7	27.3	61.4
	Siempre	17	37.8	38.6	100.0
	Total	44	97.8	100.0	
Perdidos	999	1	2.2		
Total		45	100.0		

Nota. Fuente: Elaboración propia

La tabla # es el ítem 1 del cuestionario SF-36 que nos ayuda a saber cómo los participantes describen su salud, anteriormente mencionamos que nuestras participantes son unas personas que cuidan de su salud y su alimentación, Julia G no tiene ningún padecimiento, pero, Bernarda tiene Diabetes a pesar de esto Bernarda considera su salud Muy buena al igual que Guille.

Tabla

En general, Usted diría que su salud es:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Excelente	1	2.2	2.2	2.2

Muy buena	5	11.1	11.1	13.3
Buena	8	17.8	17.8	31.1
Regular	29	64.4	64.4	95.6
Mala	2	4.4	4.4	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Nota. Fuente: Elaboración propia

Conclusión

A lo largo de la investigación tuvimos avance con nuestras participantes, amabas a su manera:

Guille ha desarrollado a lo largo de las sesiones habilidades para comunicar de manera asertiva sus emociones a su núcleo familiar también, considera que es importante la organización de sus actividades cotidianas ya que no tiene tiempo para actividades que le gustaría hacer.

Respecto a la condición de su madre (pérdida de memoria) ha realizado actividades de estimulación cognitiva para el bienestar de su mamá

Por otro lado, en cuanto a sus límites interpersonales considera que es necesario mejorar el establecimiento de esto con su familia.

Bernarda pese a su reciente pérdida se ha mostrado abierta y en confianza con nosotras, nos ha mostrado sus sentimientos y confianza respecto a su pérdida y otras situaciones de su vida. Hemos notado en las últimas sesiones que ha mejorado su estado de ánimo y que, si tiene tiempo para ella, ya que nos ha mencionado que descansa, que visita a su familia y que hace actividades que disfruta.

Ha tomado la decisión de mejorar su alimentación y cuidar más de su salud ya que está presentando un alto nivel en triglicéridos, esto gracias a la

La nube de palabras se obtuvo con ayuda del programa Atlas.ti y después de realizar un análisis de los escritos de nuestras participantes. Estos escritos son llamados “escritura emocional” y consto de 4 etapas en las cuales ellas de diferente manera y perspectiva relataban un suceso doloroso de su vida.

Observar que las palabras que destacan en tamaño son: padre, vida, feliz, casa, familia, tranquila, apoyo, golpeo y es que ambos sucesos ocurren en el núcleo de su familia para ellas ha sido difícil sobrellevar estas situaciones ya que aun tuvieron un poco de sentimiento al recordar estos sucesos, pero han encontrado la manera de estar más tranquilas y aceptar lo que ha pasado de igual manera consideramos que tienen personas que las apoyan.

Otro conjunto en letras más pequeñas es: sentí, siento, acuerdo, miedo, sufrimiento, aprendido, comprendí, alegre, alivio y es que hemos observado que nuestras participantes son capaces de identificar sus emociones es por ellos que se mencionan las palabras sentí y siento, también describen en repetidas ocasiones su sufrimiento y miedo, pero han reflexionado acerca de estos sucesos y han comprendido que ahora lo pueden mirar como un aprendizaje.

Por último, tenemos un conjunto de palabras, más alejadas del centro, pero, no menos significativas como: abuelos, liberada, destructiva, desahogarme, desagradan, tolerable, libertad, paz, intranquilidad, frustración que hacen referencia más a sus sentimientos durante el suceso y después del suceso, aparece la palabra abuelos que hace referencia a personas significativa en la infancia de una de las participantes.

En la Tabla# podemos observar los códigos que fueron utilizados y el número de enraizamiento que tiene cada código en el análisis de los ejercicios de escritura emocional de las participantes; el enraizamiento se refiere al número de repeticiones que tiene un código en los análisis realizados. Para obtener estos resultados subimos los documentos de los cuatro ejercicios de la escritura

emocional de cada participante al programa Atlas.ti y mediante una revisión y lectura cuidadosa fuimos asignando un código al discurso de acuerdo con las definiciones de cada uno de estos.

Tabla

Enraizamientos ATLAS. ti de la escritura emocional

Nombre del código	Enraizamiento
001_Emo_pla	17
002_Emo_des	10
003_A_exp_emo	19
004_l_exp_emo	0
005_Uso_a_leng	28
006_Uso_i_leng	0

Nota. Fuente: Elaboración propia

Podemos observar que los códigos con mayor enraizamiento son 005_Uso_a_leng y 003_A_exp_emo que corresponden al uso más adecuado para comunicar sus emociones de manera comprensible y también cuando reportan de manera congruente las emociones que experimentan.

Los códigos que les siguen son 001_Emo_pla y 002_Emo_des que hacen referencia las emociones placenteras y emociones desagradables, ambas participantes reportan este tipo de emociones en sus escritos con palabras como: odio, intolerable, sufrimiento, miedo y también con paz, tranquilidad, libertad, amor.

Los códigos 004_l_exp_emo y 006_Uso_i_leng se refieren a la incongruencia entre la emoción y expresión y al uso inadecuado del lenguaje en el momento de expresar sus emociones nosotras no identificamos esta

problemática en nuestras participantes ya que ambas se expresaron de una buena manera y se mostraron abiertas a hablar de la situación que les causaba dolor.

Análisis de bitácoras

En esta segunda etapa se realizaron en total 14 bitácoras en las cuales se registraron las actividades de cada sesión y los aspectos más importantes que las participantes mencionaron de su semana, posteriormente se realizó el análisis del discurso en el programa ATLAS.ti con los 18 códigos que ya se tenían.

Tabla

<i>Enraizamientos ATLAS. ti – análisis de bitácoras segunda etapa</i>	
Nombre del código	Enraizamiento
001_Asertividad	34
002_Prosocial	0
003_Empatia	1
004_PSPos	8
005_Atribuciones	11
006_PSNeg	7
007_Hostilidad	1
008_LengAfec	48
009_GesEmo	38
010_Explnc	0
011_Patogénicas	8
012_Salutogénicas	12
013_RelFamPos	5
014_RedApo	6
015_ConProgApo	0
016_RelFamNeg	4
017_GenSocD	0
018_MedCoer	0

Nota. Fuente: Elaboración propia

En la tabla # podemos observar los códigos utilizados y el número de enraizamiento que tuvieron después de realizar el análisis, el código con mayor enraizamiento es 008_LengAfec con 48 codificaciones y es que hemos encontrado que nuestras participantes saben comunicar sus experiencias de vida ya que lo hacen de manera respetuosa, empática y cálida es por ello que también uno de los códigos con mayor enraizamiento es 009_GesEmo con 10 codificaciones menos que el anterior esto porque las participantes son capaces de comunicar, procesar y expresar sus emociones con las personas que viven y con nosotras, estos códigos se complementan ya que hay ocasiones que aunque las situaciones que han vivido las hacen enojar ambas participantes saben gestionar este enojo y comunicarlo de manera adecuada, dándose su espacio y más tarde tratar de hablar la situación con la otra persona involucrada y estas situaciones nos las han hecho saber de manera respetuosa y ellas pueden identificar y pensar empáticamente como se pudo sentir la otra parte involucrada.

Otro de los códigos con mayor enraizamiento fue 001_Asertividad con 34 enraizamientos, este código hace referencia a la comunicación directa y en pro de los derechos de la persona, sin afectar los intereses de los demás que es una característica de las participantes ya que al contarnos sus experiencias se muestran empáticas y algunas veces anteponen sus malestares o pensamientos respecto a los de los integrantes de su familia.

Los siguientes códigos tienen números medios de enraizamiento pero nos ayudan a conocer a nuestras participantes, uno de ellos es 012_Salutogénicas que son aquellas actividades que promueven el bienestar físico y emocional en la participante Bernarda hemos identificado que son ir a misa, visitar a su mamá y hermana, ir a su “rancho” (Toluca), que tenga visitas en su casa y cuida de su alimentación; Guille tiene actividades como cuidar de su alimentación, ver películas con su hija menor, disfrutar cuando su esposo está de vacaciones y tener la oportunidad de estudiar su Licenciatura, ambas participantes han descrito las visitas con nosotras como algo que les causa bienestar y alivio.

El código 005_Atribuciones tiene 11 enraizamientos hace referencia a las interpretaciones desde el punto de vista de la persona y solo está presente en el discurso cuando mencionan algo que ellas piensan que pasó o algunas situaciones que ellas interpretan de acuerdo con sus conocimientos.

Otros de los códigos con un número medio de enraizamiento fueron 011_Patogénicas y 004_PSPos que fueron 8 veces codificados que refieren a cosas muy distintas ya que el código 011 hace referencia a las actividades que causan algún malestar físico y emocional, identificamos que en lo que fue la segunda etapa las participantes podían hablarnos más abiertamente de sus problemas y cada participante nos contó cosas diferentes por ejemplo, Guille peleas que tuvo con su mamá debido que la percibe como alguien necia, no tiene cuidado al realizar las cosas, tiene problemas en la memoria y en una ocasión ser “burlo” de algo que le pasó y en el caso de la participante Bernarda nos contó que años atrás tenía problemas con una de sus nueras y ella veía de manera desfavorable que su esposo

tomara y fumara, esta serie de acontecimientos causa malestar emocional en ellas llevándolas a experimentar enojo y tristeza. El código 044 refiere a la percepción favorable del entorno y de la importancia de este, en nuestras participantes hemos notado que son muy positivas y ellas en su casa hacen un gran trabajo para mejorar la convivencia, también han rescatado el trabajo que hicieron con nosotros ya que ellas lo ven como algo que las ha ayudado a mejorar.

El otro código es 006_PSNeg con 7 enraizamientos que hace referencia a la percepción desfavorable del entorno y lo encontramos en su discurso al momento que ellas expresan su experiencias, en el caso de la participante Bernarda al momento de pérdida de su esposo e hijo describe que la fiscalía y el servicio de salud de su alcaldía es deficiente y desfavorable en cuanto a su experiencia y en el caso de la participante Guille observamos que ella describe su entorno desfavorable porque los disgustos que tiene con su mamá son debido a las condiciones de su alrededor.

Por último, tenemos los códigos con menor número de enraizamientos que van de 1 a 6 por ejemplo: 014_RedApo con 6, 013_RelFamPos con 5, 016_RelFamNeg con 4 y 003-Empatia y 007_Hostilidad ambos con 1. El código 014_RedApo se encuentra en el momento que las participantes refieren que con nuestro trabajo se han sentido mejor y lo ven como un espacio del que pueden hablar de todo lo que les pasa y en el caso de Bernarda ella asistió a un grupo de autoestima y las actividades que realiza en la iglesia menciona que le han ayudado a sentirse mejor.

El código 013 lo codificamos las veces que identificamos relaciones familiares positivas, ellas mencionan que visitan a su familia en el caso de Guille a sus hermanos, a su papa y a sus familiares que tienen en Hidalgo, también con sus hijos, esposo y madre pese a los disgustos que tiene a veces pasan momento en familia como cuando su hija menor le pide que vean películas juntas o cuando sale de comprar con su esposo y respecto a la participante Bernarda visita a su mama y hermana y en su casa viven dos de sus nietos que algunas veces la ayudan con los quehaceres, sus otros hijos y nietos la visitan en su casa por lo que nos comenta es muy regular que ella este acompañada y tenga visitas.

El siguiente código hace referencia a las relaciones familiares negativas (016_RelFamNeg) lo identificamos cuando describen que tuvieron un disgusto con sus familiares en el caso de Guille con su mama y Bernarda con una de sus nueras hace años y por ultimo los códigos 001_Empatia y 007_Hostilidad, el código 12001 se encontró como característica de Guille al contarnos que una conocida perdió a su mama y el código 007 fue cuando Guille nos describe que escucho a su mama hablar por teléfono y decir que no la dejan hacer nada y guille actuó de manera agresiva azotando las cosas porque no sabia como tratar esa situación.



Grafico #. Nube de palabras del análisis de bitácoras – segunda etapa

Nota. Fuente: Elaboración propia

Análisis de temperaturas Etapa uno y Etapa dos

Durante el desarrollo del proyecto se tomo en cuenta la temperatura central y temperatura periférica para conocer el nivel de estrés de las participantes, la medición se realizaba con ayuda del punto estrés y de un termómetro infrarrojo digital se hacía una medición antes y después de las técnicas de relajación para conocer si estas tenían un impacto en los participantes.

Tabla

		Diferencias 95% de intervalo de confianza de superior	t	gl	Sig. (bilateral)
Par 1	Tem_Central_E1- Tem_Cenral_E2	-.06755	-2.224	29	.034
Par 2	Tem_P1_E1- Tem_P1_E2	.58312	.508	31	.615
Par 3	Tem_P1_E1- Tem_P2_E2	.29559	-.866	13	.402

En la tabla # podemos observar los resultados obtenidos entre las temperaturas centrales y periféricas de manera individual comparadas con las de la Etapa 2, tomando en cuenta que el valor de la significancia es $\alpha = 0.05$ podemos decir que solo las temperaturas centrales son significativas teniendo un valor de .034, lo que nos dice que la temperatura de las participantes disminuía después de los ejercicios de relajación.

Tal fue el caso de las participantes Guille y Bernarda que después de efectuar dichos ejercicios (imaginería guiada, respiración diafragmática o relajación muscular progresiva) nos comentaban que se sentían mas tranquilas.

En el caso de Bernarda menciono que ella ya conocía los ejercicios de respiración diafragmática y que cuando se los recodamos los empezó a practicar en sus tiempos libres y antes de dormir, también utilizaba un audio que nosotros le compartimos acerca de una imaginería guiada que ella escuchaba antes de ir a dormir para liberar el estrés de su día.

La participante Guille comentaba que le gustaban mucho los ejercicios que la hacían sentir tranquila y que en caso de situaciones de estrés ella practicaba la respiración diafragmática para evitar la tensión y pensar mejor.

Conclusión

Nuestras participantes son dos mujeres de edad avanzada que en ningún momento se negaron a escribir lo que les causaba dolor, después de realizar su escritura ellas nos hablaban de lo que había escrito y se mostraron tranquilas, comprensibles y positivas ante lo que habían vivido al término de cada sesión ellas hacían una reflexión de cómo se habían sentido al escribir y al entender cómo se sintió después de tantos años de algunas de esas vivencias.

Tercera etapa
Análisis cualitativo

Tabla

Enraizamientos ATLAS. Ti análisis de bitácoras grupales	
Nombre	Enraizamiento
Dgrup_p	54
E_Cog_p	85
E_Con_p	36
E_Emo_p	63

Fuente: Elaboración propia

En la tabla # se observan los códigos utilizados para la codificación de las bitácoras grupales, que haces referencia a la expresión cognitiva (E_Cog_P), expresión conductual (E_Con_p), expresión emocional (E_Emo_p) y el desenvolvimiento grupal (Dgrup_p) respecto a los participantes.

El código con mayor enraizamiento es E_Cog_p con 85 codificaciones, hace referencia a los pensamientos que expresan y comparten los participantes durante la sesión y es que las participantes son capaces de compartir lo que piensan respecto a situaciones que comparten, respecto a los temas expuestos y también con respecto a lo de les pasa.

Otro código mayormente codificado fue E_Emo_p con 63 este refiere a la expresión de emociones de las participantes, se ha identificado varias veces debido a que ellas son capaces de identificar y expresar sus emociones fue algo que identificamos cuando ellas describían su semana hacían mención de las emociones que experimentaban al igual que en la sesión describían como se sentían y en el buzón de quejas y sugerencias las escribían.

El grafico 6 hace referencia a las palabras con mayor numero de repeticiones al momento de la codificación, nos ayuda resaltar aspectos importantes que nos facilitan crear una idea de las situaciones que se viven en las sesiones grupales.



Fuente: Elaboración propia.

Las palabras mas grandes son participantes, actividad, cuidadoras esto porque se describieron las actividades realizadas en cada sesión y las palabras participantes y cuidadoras para hacer referencia a as integrantes y debido a que ellas tenían participación en el trabajo grupal.

Las siguientes palabras son semana, grupo, física y dinámicas este conjunto de palabras hace referencia a las actividades planeadas para cada sesión. La palabra semana es clave ya que al inicio de las sesiones y para que ellas tomaran un poco de confianza se les preguntaba como describían su semana, que actividades habían hecho etc. La palabra física y dinámicas se entiende por las activaciones físicas y dinámicas que ellas mencionaban en el buzón que disfrutaban mucho interactuar entre sí.

En tamaño mas pequeño podemos observar un conjunto de palabras más grande pero podemos resaltar las palabras cuidadoras, alegría, tristeza, animadas,

Análisis comparativos de las temperaturas entre grupos

Estos resultados se lograron a partir de los datos recabados en cada sesión grupal de los 3 grupos creados.

Tabla

		t	gl	Sig (bilateral)
Par 9	Temperatura periférica 3 etapa 3 colibríes –	-3.563	9	.006
	Temperatura periférica 3 etapa 3 nuevo			

Fuente: elaboración propia

En la tabla de arriba podemos ver una comparación entre la Temperatura periférica 3 etapa 3 colibríes y Temperatura periférica 3 etapa 3 nuevo donde el nivel de significancia es de .006 que nos indica un aumento de 1. 1703 grados en la temperatura de los participantes de los grupos nuevo

Esta diferencia se le puede atribuir a las condiciones en las que las sesiones grupales se desarrollaban, en el grupo de colibríes se mencionó que algunas veces

había distracciones ya que en el lugar se llevaban acabo actividades externar a la Intervención mientras que los otros lugares donde estuvieron los otros grupos no tenían distracciones y los participantes podían poner más atención a las actividades, aunque también puede influir las condiciones de vida personal de cada participante.

Tabla

		t	gl	Sig (bilateral)
	Temperatura central Etapa 2-			
Par 9	Temperatura central Etapa 3 colibríes	-4.729	9	.001

Fuente: elaboración propia

En la tabla # podemos observar los datos de la comparativa entre la Temperatura central Etapa 2 y Temperatura central Etapa 3 colibríes con un nivel de significancia obtenido del .001 que podemos interpretar como un aumento en la temperatura de los participantes entre la etapa 2 y 3 y esto se debe a que el estrés de los participantes disminuyó en las sesiones grupales, pudieron conocer nuevas personas, pudieron desenvolverse mas en las sesiones grupales es decir tomar mas confianza y a que las sesiones grupales incluían mas actividades en las cuales se divertían también expresaban sus pensamiento y emociones, los cual estas actividades contribuyeron a su bienestar y aumento de temperatura, recordemos que este aumento de temperatura se debe a que nos encontramos más relajados.

Análisis descriptivos de los instrumentos aplicados etapa 3

Tabla*Autobiografía en salud.*

Participantes	Pre	Post
<i>R</i>	•	
<i>ML</i>	•	
<i>MC</i>	•	
<i>MH</i>	•	
<i>AR</i>	•	•
<i>AyA</i>	•	•
<i>EC</i>	•	

Fuente: Elaboración propia

Este tipo de cuestionario suele tener como objetivo entender mejor las experiencias pasadas y actuales de una persona en relación con su salud y sus hábitos de vida, con el fin de identificar factores de riesgo, determinar necesidades de intervención o tratamiento, y diseñar estrategias de promoción de la salud.

La información recopilada a través de este cuestionario proporciona una visión integral de la historia de salud de la persona, así como a diseñar intervenciones de salud pública adaptadas a las necesidades específicas de la población objetivo. Como se puede analizar a través de las respuestas de cada participante.

El PRE del apartado de autoevaluación de la salud

En la pregunta “¿Están sanos?” La mayoría de los participantes colocaron “no están sanos”, en la pregunta “¿por qué desearía mejorar su salud?” La mayoría

respondieron que, para mejorar su calidad de vida, sentirse bien con ellos mismos y su productividad esto refleja que se toman como prioridad, y hubo algunos participantes los cuales pensaron primero en sus familiares para mejorar su salud.

Por último, en la pregunta “¿qué podrían hacer?” La mayoría indicó actividades físicas para el mejoramiento de su salud, así como dietas y chequeos con su doctor y el seguimiento de su medicamento, y solo un participante puso el buscar ayuda para problemas de estrés.

En cambio, en el análisis del POST se encontró que los participantes siguen priorizando el cambio de su salud para mejoría de ellos mismos además que tomaron en cuenta la salud mental y actividades para darle importancia a sus sentimientos.

Apartado sobre el valor y jerarquización de problemas

En este ejercicio se les pidió a las cuidadoras que ordenarán los problemas que ellas considerarán afectarán su salud en ese momento y en base a esos problemas determinar mediante las variables “frecuencia con que se presenta”, “gravedad”, “características de la solución”, “tendencia”, “posibilidades de modificación”, “opinión de quién jerarquiza”, “facilidad de registro”, “disponibilidad de recursos para atenderlo”, “accesibilidad al lugar donde se manifiesta”, y de ahí otorgarle un valor ya fuese: 2 puntos, 1 punto o 0 puntos dependiendo de la variable se otorga el valor.

Con este ejercicio se pretendía que las cuidadoras establecieran un rango de importancia a sus problemas y con esto otorgarle al cuidador las herramientas necesarias para analizar de mejor manera sus problemas y posibles soluciones.

Análisis PRE

El valor más alto que se puede obtener dentro de la jerarquización de problemas es 18, por lo que en la mayoría de los problemas que describieron los cuidadores

se encontraba en un rango entre 12 y 16, ninguno llega al máximo valor de la jerarquización, mientras que los problemas más altos que indicaron los cuidadores entre el 14 y 16 fueron: Problemas con actividades físicas, diabetes, no saber comunicarse, tener dificultades para relacionarse, estrés, preocupación, hábitos alimenticios, cuestiones generales de salud y organización del tiempo, mientras que los problemas consiguientes en un rango de 12 al 14 fueron: problemas de tristeza, nerviosismo, depresión, soledad, gritos, dolores musculares y pérdida del sueño.

Cabe mencionar que cada cuidador vivía experiencias totalmente diferentes en la cuestión de los cuidados que debían otorgarle a sus personas dependientes, pero existen ciertas similitudes entre los problemas de los cuidadores.

Análisis POST

En el Post sólo se recopilaron los datos de 2 cuidadores, quienes resaltaron con valores de jerarquización en sus problemas del 14 al 16 en los que destacaron problemas como: dormir poco, prediabetes, falta de comunicación, anteponer las necesidades de otros antes que las propias, mientras que en el rango de 12 a 14 se jerarquizaron los siguientes problemas: dolor muscular, sexualidad, problemas con su dependiente y preocupación, algunos de los temas que fueron mencionados en los instrumentos dentro de los problemas considerados para los cuidadores algunos fueron trabajados durante las sesiones grupales.

Análisis Autobiografía de Salud

Los participantes hacen una breve descripción de ellos mismos comenzando por su nombre y edad seguido de algún problema de salud que tienen, de quienes cuidan y de cómo se sienten emocionalmente. Describen que no cumplen con sus horas de sueño, que tiene dolor debido a sus problemas de salud y que algunos se sienten cansados debido a la sobrecarga que tienen de su dependiente o dependientes.

También mencionan actividades que disfrutaban hacer como: ver películas con su familia, visitar a sus familiares, hacer algún ejercicio, ver videos en su celular, pasar tiempo con su familia. Algunas mencionan que priorizan la salud de sus dependientes antes que las de ellas mismas y esto se puede observar cuando mencionan cansancio o simplemente al describir de quien o quienes cuidan y los padecimientos que tienen sus dependientes.

Análisis inventario de análisis en salud

Después de las etapas anteriores, se realizó un inventario de intereses en salud. Esta es una herramienta utilizada para reconocer y clasificar los intereses y gustos de una persona en varias áreas de la vida, como profesiones, temas de interés, entre otros. Esto con el fin de fomentar un conjunto de contenido que pudieran ser explorados más a fondo a lo largo de las sesiones. Entre ellos temas como: Relaciones familiares, dieta, perder peso y relajación se mencionaron en la mayor parte.

A lo largo de las sesiones identificamos que la mayoría de los participantes tenían cierta tensión o relación conflictiva con alguna persona de su familia nuclear, por lo que es entendible que las relaciones familiares sean un tema de interés.

El estrés que genera ser una persona cuidadora también hizo que la relajación sea algo que se busque habitualmente en los participantes. La buena alimentación es algo que a la mayoría de las personas les preocupa y más cuando se trata de un tema médico o estético, la búsqueda de una alimentación que no quite los placeres de un dulce o algún antojo es codiciado.

En ambos cuestionarios (pre y post) los participantes omitieron (en su mayoría) responder este inventario de intereses.

Tabla

Análisis descriptivo de planeación de metas en salud del test autobiografía en salud

	AyA		EC	MH
	Pre	Post	Pre	Pre
¿Cuál es tu meta?	Estar bien emocionalmente y priorizar mi salud	Cuidarme para poder estar bien y delegar responsabilidades	Estar y sentirme saludable	Encontrar una pareja para vernos y apoyarnos y cambiar mi vida
Análisis	Es una meta concisa y expresa mucho la importancia sobre sí misma en materia de bienestar	Considerando en comparación al Pre, muestra actitudes hacia su propio bienestar como acciones para lograrlas	Una meta concisa, pero muestra importancia en la salud propia	Considera que puede encontrar el apoyo en una pareja, y tener una percepción más positiva
¿Qué otras metas tienes, que puedan chocar con estas?	Dejar de preocuparme por la demás gente	Si tengo posibilidad de viajar hacerlo sin remordimiento	Ninguna otra meta	Atender mi salud
Análisis	Considera que el obstáculo que le impide poder estar mejor emocionalmente es la preocupación que	Comienza a tener más enfoque a futuro, poniéndose a ella antes que a los demás	Toma en consideración una sola meta a alcanzar	Comprende que la salud es un limitante para alcanzar su objetivo

	tiene hacia los otros			
¿Cuáles son los temores que reconoces conscientemente, que podrían entrar en conflicto con esta meta?	Tener conflicto con no estar de acuerdo con lo que mi familia piensa	Pues cualquier situación ya sea por enfermedad o económica	Ninguno	La persona que conozca se pueda fastidiar y no querer una relación
Análisis	Aquí podemos identificar que existe cierta ansiedad social al considerar lo que piensa su familia de la decisión que puede tomar	A diferencia de Pre, ahora las limitaciones ya no son externas sino internas, comienza a preocuparse más por su bienestar personal	Muestra una percepción positiva	Cuando hablamos de autosabotaje, es una visión negativa de lo que puede suceder, en este caso, considera que él puede ser la causa de arruinar su meta

¿Qué te impediría la consecución?	Estar al pendiente de los demás antes que de mi	Vacío	A pesar de que hay tiempo no hay voluntad	Los dolores musculares que se me presentan y que no pueda funcionar por cuestiones de enfermedad
Análisis	Considera que el sobre exigirse al preocuparse por los demás, impide ver por sí misma	Vacío	Considera que tiene el tiempo suficiente pero no las actitudes para llevarlo a cabo	Nuevamente podemos comprender, que la salud física es una limitante que el participante percibe para la ejecución de sus metas
¿Qué podría ayudarte a alcanzarte?	Asistir a las sesiones grupales con los cuidadores	Tener más tiempo para mi	Organizar mejor el tiempo	Atender mi salud y hacer lo que dice el doctor, que explique los problemas que tengo

Análisis	Podemos entender que muestra cierta confianza en el programa y la cooperación en sus compañeros	En comparación con su respuesta Pre, ha considerado metas más particulares hacia sí misma	Ha de considerar un mejor manejo del tiempo libre, es decir, planificar sus actividades para ejecutar su meta	Considera que necesita prestar más atención a salud tanto física como emocional, sabiendo los problemas que pueda tener, para así cuidarse
¿Qué conocimientos necesitas para comenzar tus propósitos?	Interesarme en asistir a las sesiones para conocer los temas	Retomar mis actividades económicas como vender por catálogo	Conocimiento de metas saludables	Conocer a las personas, saber lo que me gustaría que la otra persona tuviera
Análisis	Muestra ciertas actitudes de intención para lograr aceptar los conocimientos que puede brindar el programa	Ya existe una construcción de objetivos a realizar	Considera que, para tener una mejor planificación de metas, necesita tener mayor aprendizaje, ha de implementar	Se puede observar que el participante, busca poder comprender a los otros para así poder tener un mejor acercamiento, este es un principio para

			un abanico de posibilidades	construir una red social
¿Qué recursos necesitas?	Tener comunicación delegar responsabilidades	Tiempo y dinero también estar con ánimo de hacerlo	Aprender a balancear una dieta	Ánimos para conocer a alguien más y tener confianza
Análisis	Reconoce las actitudes y habilidades que se requiere para alcanzar las metas	Considera las herramientas necesarias para alcanzarlas, así como objetos y actitudes	Muestra ciertos interés en equilibrar su salud física para mejores resultados emocionales	Es consciente de los recursos que necesita para mejorar la comunicación y una entendible en sus palabras, es mejorar su seguridad personal
¿Otras personas en relación contigo están trazando metas que se oponen a la tuya	Mi esposo y mi hermana no cooperan ya que tienen actitudes contrarias	Si, mi esposo en general mi familia	Mi mamá	Mi hija, pero ya lo está comprendiendo

Análisis	Encuentra ciertos tropiezos debido a la falta de comprensión de la familia	Algo similar al Pre, existe baja comprensión de parte de la familia	La mamá puede tener cierto impacto en las decisiones de la participante que impide ejecutar su meta	Existe cierta comprensión entre padre e hija
¿Alguien tiene una meta que coincide con la tuya o que podría ayudarte a alcanzarla?	Mi hija Miriam, también está tomando terapia	No ninguna cada uno su meta	Esposo	No, no conozco Mi pensamiento es en mí mismo
Análisis	Ve en su hija alguien que puede fungir como apoyo para su bienestar y el de su hija	Considera que cada quien tiene metas únicas y diferentes	Buena relación con su pareja	Tiene un enfoque principalmente hacía sí mismo

Fuente: Elaboración propia

ARM		MDL	MDC	R
Pre	Post	Pre	Pre	Pre

¿Cuál es tu meta?	Mejor calidad de vida	Mejorar la calidad de vida	Sentirse más tranquila	Encontrar a alguien que cuide a su madre	Mejorar su salud Salir más
Análisis	Considera que su actual salud no es buena, pero quiere mejorarla para llegar a una calidad mejor	Considera que su actual salud no es buena, pero quiere mejorarla para llegar a una calidad mejor	Una meta en la cual prioriza su salud mental y su bienestar	Muestra una meta donde se prioriza a futuro	Prioriza su salud para poder cumplir nuevas metas y comenzar a conocer su entorno social
¿Qué otras metas tienes, que puedan chocar con estas?	Ninguna	Ninguna	Hacer ejercicio, planeación	Tener estabilidad económica	Tener una mejor comunicación con la familia
Análisis	Toma en consideración solo una meta a alcanzar priorizándose a si misma.	Toma en consideración solo una meta a alcanzar priorizándose a si misma.	Su salud física puede chocar con su salud mental, sin embargo, quiere priorizar ambos	Existe una preocupación sobre su estabilidad financiera y cree que eso puede ser un obstáculo para encontrar a	Una meta de suma importancia, para crear redes de apoyo cercanas

alguien para
que cuide se
su madre

¿Cuáles son los temores que reconoces conscientemen te, que podrían entrar en conflicto con esta meta?	Requerir recursos económicos	Tener que delegar y que los demás no acepten	Que se vaya a enfermar mas	La cuestión económica y que es una persona especial	Intento sobrellevar la relación con mi papá
--	------------------------------	--	----------------------------	---	---

Análisis	Se puede notar una preocupació n por su estado en cuanto a la estabilidad económica, haciendo que a futuro sus metas no se puedan cumplir por esta razón	Un evidente temor al rechazo y a la negación de la realidad, el necesitar ayuda de alguien más, puede ser producto de lo que se conoce de las personas	Aqui manifiesta un temor a no presentar mejoras, miedo a mas lucha, en vez de visualizar la victoria	Notamos preocupacio n y temor mas que nada, por factores que podriamos llamar "externos", lo economico, y eso que escapa de nuestras manos, el	Presenta un temor muy personal, la relacion personal con su padre, no solo denota "temor" sino algo que tal vez inconscienteme nte es algo muy importante para él.
----------	--	--	--	--	--

como nos
percibe el
mundo

¿Qué te impediría la consecución?	Saturación de actividades	Tener que dejar de hacer algunas cosas en casa	Que no tenga tiempo para hacerlo	Que nadie quiere cuidar a su madre Que no puede pagarle a alguien que la cuide
Análisis	Presenta una percepción de que el dia a dia puede ser un impediment o, pero podemos ayudar a	Pareciera que hay que elegir entre esto o aquello, podemos ayudar a que se haga "esto", y nos de	Existe una preocupaci ón por no contar con el tiempo necesario para cumplir con sus metas	Aquí entra un factor primordial, se ve preocupació n y cierta mortificació n ante la indiferencia de los demás al

	administrar tiempos	tiempo de "aquello"		tratarse de la salud de su madre
¿Qué podría ayudarte a alcanzarte?	Cuidado de mi salud Mejorar redes de apoyo	La cooperación de los demás	Acudir el lugar donde pueda desarrollar la actividad	Que alguien de su familia la apoye económica y moralmente
Análisis	Se nota emoción ante la posibilidad de una solución, del apoyo brindado	Hay esperanza si hay interés de parte de un tercero, reforzamos el hecho de que somos seres sociales	Necesita acudir a un lugar donde existan actividades de su atención, si no, no lograría sus metas	Existe una dependencia económica, la cual podría ser un problema a futuro si su familia no la apoya.
¿Qué conocimientos necesitas para		Técnicas de comunicación Límites	Estar bajo la vigilancia	Una manera de expresarse correctamen

comenzar tus
propósitos?

Autoestima

de un
médico

te para que
puedan
ayudarla

Análisis

Se ve
segura de lo
que
necesita, de
quien es, de
lo que
necesita de
alguien

Se nota
algo de
indiferencia
de su parte
hacia su
salud a
menos de
que haya
vigilancia

Parece
escasear de
expresión
propia y
correcta, ya
sea a
familiares o
médicos de
su estado de
salud y/o
emocional.

¿Qué recursos
necesitas?

Decisión y
práctica

Hacer el
propósito y
cumplirlo

Hermanos
y economía

Análisis

La
autoestima
juega un
papel
importante
aquí, sin
ella no hay
nada

Notamos
algo de
indecisión,
de falta de
coraje, en
eso está el
hacerlo
(hace falta
apoyo
moral)

Lo que más
hace falta,
es apoyo,
cariño,
alguien que
le transmita
que no
importa
nada, solo
luchar por
su salud

¿Otras
personas en
relación
contigo están
trazando metas
que se oponen
a la tuya

Mi familia
está cómoda
pues yo
asumo
mucho de
las
actividades
de la casa

No

Mi
hermano

Análisis

Se puede
notar que
existe una
presión a
cuanto el
cumplimien
to de las
expectativas
de su
entorno
familiar

El hecho de
que su
hermano
trace metas
a su lado es
una manera
de tener
apoyo y
esperanza,
se nota
positiva..

¿Alguien tiene
una meta que
coincide con la
tuya o que
podría
ayudarte a
alcanzarla?

Si, todos en
casa

Mi hija y
mi nieta

Sus nietas

Análisis	Tener metas compartidas puede ayudar a que se más facil cumplirlas	A pesar de tal vez no estar todo el tiempo, el hecho de que estén, lo cambia todo para bien	Ve a sus nietas como un apoyo y con quien compartir metas
----------	--	---	---

Fuente: Elaboración propia

Tabla

Escala de sentido de comunidad.

Participantes.	Pre	Post
<i>BM</i>	•	
<i>GB</i>	•	
<i>R</i>	•	
<i>ML</i>	•	
<i>MH</i>	•	
<i>JC</i>	•	•
<i>AR</i>	•	

Fuente: Elaboración propia

Para esta tercera etapa se aplicó el instrumento “Escala de sentido de comunidad” el cual permitió conocer qué tanta identidad o pertenencia tuvo cada uno de los participantes dentro de su comunidad durante la última etapa de este proyecto.

A continuación, se presentan los resultados de la aplicación del cuestionario por participante:

Tabla

Pre Sentido de comunidad

Participante	Si	No	A veces
AR	2	9	6
AM	10	6	1
AA	9	3	5
BM	14	3	3
CR	12	5	0
GB	10	0	7
JC	11	0	6
MH	9	3	5
ML	11	6	0
R	9	3	5

Total	97	38	38
-------	----	----	----

Fuente: Elaboración propia

Tabla

Post Sentido de comunidad

Participante	Si	No	A veces
JC	9	4	4
AA	9	3	5
ML	10	3	4
Total	28	10	13

Fuente: Elaboración propia

Para el pre-test se aplicó un total de 10 cuestionarios, obteniendo como resultado que el reactivo con mayor puntaje fue “sí” con un total de 97 puntos, lo cual nos indica, que la mayoría de los participantes si se sienten pertenecientes a su comunidad, ya que durante la aplicación del cuestionario indicaron que les gusta la comunidad en la que viven, se sienten seguros, orgullosos, que pueden cubrir la mayoría de sus necesidades y con buenas oportunidades para poner en práctica otras actividades como la religión.

En los reactivos “no” y “a veces” se empataron con un total de 38 puntos, estos puntajes se vieron mayormente reflejados en preguntas donde mencionaron que no les parece difícil moverse dentro de su comunidad; por otra parte, algunos de los participantes reflejaron que tienen dificultades para trasladarse a centros médicos y que la infraestructura de las calles no es apta para algunos de los dependientes que se encuentran en silla de ruedas, sin embargo a pesar de estas limitantes para ellos no sería una suerte el alejarse de la colonia.

Al finalizar esta tercera etapa se aplicó un post-test de la escala de sentido de comunidad, en la que, se obtuvo un total de 3 cuestionarios, debido a que en el transcurso de este último periodo algunos participantes tuvieron que desertar del proyecto debido a situaciones personales. Los resultados obtenidos mostraron que el reactivo con mayor puntaje nuevamente fue “sí” con un total de 28, después se encuentra el reactivo “a veces” con un total de 13 puntos y finalmente el reactivo “no” con un total de 10 puntos. Lo cual nos indica que los participantes mantuvieron su sentido de pertenencia a su comunidad al igual que en la aplicación anterior, además los reactivos “no” y “a veces” obtuvieron puntajes muy similares indicando que, aunque se sientan cómodos y seguros dentro de su colonia, la convivencia con los vecinos puede mostrarse compleja en algunas ocasiones, y que en algunos temas su participación es menor.

En conclusión, se puede considerar que los participantes que estuvieron en el proyecto de San Miguel Teotongo, delegación Iztapalapa se sienten cómodos en la comunidad por la gran variedad de servicios que tienen. Es de importancia retomar que es una comunidad que se ha transformado a lo largo de los años por los mismos habitantes, creando diferentes espacios de recreación, escuelas, servicios e iglesias, esta última es una de las más significativas para la mayoría de los participantes.

Durante la aplicación se pudo observar que a pesar de sentirse pertenecientes a su colonia/comunidad la relación con sus vecinos no les es grata por lo que no se integran en temas colectivos como política o decisiones que afectan su entidad.

A pesar de algunas de las limitaciones a las que se enfrentan los cuidadores, de los 10 cuestionarios realizados sólo una persona piensa en que sería mejor alejarse de su comunidad, los demás se mantuvieron en una postura de pertenencia y comodidad hacia lo que su comunidad les ofrece, quizá porque algunos de ellos han crecido en la misma al igual que sus familiares.

Tabla

Cuestionario asertivo.

Participantes.	Pre	Post
<i>Bernarda Malvaez</i>	•	
<i>Guillermina Bautista</i>	•	
<i>Reyna</i>	•	
<i>María de Lourdes</i>	•	
<i>Aide Ramirez</i>	•	
<i>Ayalid Alba</i>	•	•

Este instrumento tiene la finalidad de detectar si una persona es asertiva en sus relaciones interpersonales, el asertividad es una actividad muy importante en nuestras relaciones sociales, esta puede aprenderse y entrenarse y puede ayudarnos incluso a tratar la ansiedad, estrés o depresión provocados por la interacción.

Presenta veinte reactivos sobre comunicación asertiva con las opciones SI o NO, dependiendo de la pregunta las opciones de respuesta tienen un significado “a” o “b”, al concluir se reporta el número total de “a” y de “b”. Este instrumento evalúa la habilidad y capacidad de las cuidadoras para comunicar sus derechos de una forma clara, pero respetando siempre los de los demás, ya sea cuando desea exteriorizar sus sentimientos, pensamientos o necesidades, incluso cuando se encuentra en circunstancias que les generan tensión.

En la tercera etapa de este programa de intervención las seis participantes respondieron el cuestionario asertivo pre, sin embargo, solo una cuidadora contestó la prueba post.

Los reactivos en los que el total de participantes respondieron "si" fueron el número 2 donde afirmaron exaltarse ante situaciones desagradables, el número 13 ya que consideran que cualquier persona ha de defender sus propios derechos ante cualquier circunstancia y el número 18 afirmando sentirse con derecho de pedir información ante cualquier duda en cualquier momento.

Los reactivos en donde al menos 5 de las 6 participantes respondieron de forma afirmativa fueron el número 1 donde se observa que la mayoría expresa su opinión cuando algo le resulta injusto, el número 3 donde se cuestionó sobre si negasen hacer un favor el cual no se sintieran capaz de cumplir a algún compañero. El número 9 ya que la mayoría respondió que ante una situación donde algún amigo llegará una hora tarde sin avisar le comentarían su irritación por la tardanza. Otro reactivo es el número 11 el cual menciona que si un compañero delegara sus responsabilidades serían capaces de terminar con esta situación argumentando y razonando. El número 12 menciona que ante una persona con opinión contraria serían capaces de exponer su propio punto de vista. Y por último el reactivo número 20 el cual menciona que si alguien le pidiera un favor que resultará incapaz de hacerlo intentarían hacer el esfuerzo para satisfacer a la otra persona.

El reactivo en donde al menos 5 de las 6 participantes respondieron de forma negativa fue el número 6 pues consideran que no deberían tener que adaptarse para conservar una amistad.

Los reactivos en donde al menos 4 participantes de 6 respondieron de forma afirmativa fueron 4, 7 y 8 relacionados en cuestiones como sentirse con derecho a interrumpir y preguntar cuando no les quedará clara la explicación, pedir que cuando

otra persona tiene una actitud que les resulte molesta la deje de hacer, intentar comprender el punto de vista de la otra persona ante una crítica.

El reactivo en el que al menos 4 de las 6 participantes respondieron de forma negativa fue el número 10 ya que coincidieron en que no se acercarían a presentarse ante una persona desconocida que se acabará de mudar a lado.

Finalmente, los reactivos en los que se obtuvieron la mitad de las respuestas afirmativas y la mitad negativas fueron el 5, 14, 16, 17 y 19. Los cuales se relacionan con creer que tienen la obligación de ayudar cuando alguien se lo solicita. Expresar su irritación cuando hablan con alguien y los interrumpe una tercera persona. Recriminar, acusar o exigir cuando los demás no coinciden con su punto de vista. Ignorar la opinión de algún compañero cuando el tema no es de su interés. Expresarse abiertamente ante una situación que le crea ansiedad.

En el caso de la participante AA el cual es el único donde se aplicó el post. Destacó un cambio significativo en cuatro reactivos, los cuales fueron el número 7, 14, 15 y 17.

En los resultados el inciso 7 se relaciona con pedir que cuando otra persona tiene una actitud que resulte molesta la deje de hacer, anteriormente la participante AA respondió de forma negativa lo que indica que no comunicaba de manera correcta la molestia que causaba la actitud de la otra persona, para el post se obtuvo una respuesta afirmativa con lo cual podemos observar que se obtuvo una mejoría en la manera de comunicarse de forma asertiva.

El reactivo 14 relacionado a expresar su irritación cuando habla con alguien y los interrumpe una tercera persona, se obtuvo en el pre una respuesta negativa, sin embargo, en el post cambio a afirmativa, lo cual confirma que existió una mejora en la expresión de su sentir.

Para el reactivo número 15 se le cuestionó sobre si existen ocasiones en las que no expone su opinión por temor a que esta sea rechazada anteriormente su respuesta fue que, si lo hacía ya que prefería evitar el conflicto, para el post respondió de manera negativa de modo que ahora no teme expresión su opinión a pesar de que esta sea rechazada o no la compartan.

Finalmente, el reactivo número 17 el cual se relaciona con ignorar la opinión de algún compañero cuando el tema no es de su interés. AA respondió negativamente es decir no ignoraba la opinión de la otra persona a pesar de no ser de su interés el tema, sin embargo, en el post cambió su respuesta de forma afirmativa lo cual nos da como resultado un retroceso como receptora en la forma en que se comunica.

En general podemos notar una mejora en la comunicación y expresión de las emociones de la participante AA.

Tabla

Redograma

Participantes.	Pre	Post
<i>ML</i>	•	
<i>MC</i>	•	
<i>AR</i>	•	
<i>AA</i>	•	•

Fuente: Elaboración propia

Descrito de forma general en la sección de instrumentos, ayuda a entender la red de apoyo de las participantes; presentándose en forma circular y dividido en 4 secciones que deben incluir: familia, amigos, grupo y comunidad, cada participante

debió colocar personas que formarán parte de su red de apoyo en las diferentes secciones, u omitir en caso de no contar con estas mismas. En el centro de dicha forma, se debe colocar su nombre y a partir de ello anotar a las personas en base a cuánta cercanía y apoyo le ofrecen en diferentes situaciones de la vida diaria.

Como puede observarse, para la tercera etapa, sólo 4 participantes pudieron responder el instrumento en el pre, y de ellas mismas, sólo 1 pudo realizar el post, por lo que sólo en 1 caso podremos describir dicha comparación del inicio de la etapa con el final para la participante AA.

Lo primero a destacar de forma grupal, tiene que ver con que todas las participantes pusieron al menos un nombre en las 4 secciones presentadas, a excepción de AR, quién en “comunidad” no considera tener a nadie como parte de su red de apoyo. Por otro lado, al tener menos tiempo para las aplicaciones de los instrumentos, no se puede asegurar que la cercanía que sienten con las personas se base en la forma en que los colocaron.

Casi todas colocaron a su esposo, sus hijas/os y algunos de sus nietos, en la sección de familia, aunque también se mencionan hermanas/os, primas/os y sus madres. Para la sección amigos, todas las participantes colocaron al menos 2 nombres; mientras en la sección grupo hubo en su mayoría más de 3 lugares donde se sienten apoyadas, considerando en este mismo al grupo iniciado en esta etapa. Finalmente, para la sección comunidad, a excepción de AR quién no colocó a nadie, las otras 3 participantes colocaron 2 o más nombres.

Entre el único pre-post obtenido de AA, hubo algunos cambios: en la sección familia además de su madre, esposo, hijos y nietos, colocó también a sus hermanos y primos. En amigos, agregó al menos 3 nombres más; para la parte de grupo, se mantuvieron los mismos, aunque para este punto el grupo creado ya contaba con un nombre decidido. Y finalmente, en comunidad, se mantuvieron casi los mismos nombres, aunque hubo un par que fueron diferentes.

Conclusión

Podemos concluir que en esta etapa las participantes tuvieron un buen desenvolvimiento en las sesiones, se mostraron participativas y en confianza para expresar sus ideas, pensamientos y emociones. El tiempo hizo que se conocieran entre ellas y se llegaron a llamar “amigas” también que tuvieron una buena comunicación y organización ya que en la penúltima sesión ellas organizaron una convivencia por el día del maestro.

Las actividades fueron muy adecuadas para ellas y podían realizarlas sin dificultades ella expresaba que les gustaban muchas todas las actividades planeadas.

Las participantes son capaces de reconocer su red de apoyo la mayoría nombra a su esposo, hijos u hermanos también son capaces de describir como es su vida es decir de quien cuidan, cuales son las actividades que les gusta hacer o que les gustaría hacer y reconocer que el autocuidado y poner límites es relevante para la construcción de relaciones interpersonales sanas, algunas de ellas ya eran capaces de pedir ayuda, de establecer límites y de implementar cosas que les gustan a su rutina diaria.

Conclusiones generales

En conclusión, llevar a cabo esta intervención no fue fácil ya que en la etapa 1 hubo deserción y hubo muchas faltas sin embargo se hizo lo posible para obtener resultados de esta etapa, en el caso de nuestras participantes se mostraron interesadas y con disposición para asistir a las sesiones de manera individual, se logró crear confianza lo que nos ayudó mucho para conocer su estilo de vida y localizar algunos otros temas que las

podían ayudar, siempre se mostraron abiertas a aprender de los temas preparados y ellas comenzaron a ponerlo en práctica.

En la segunda etapa continuaron con su participación, aunque no de manera continua pero trataban de siempre asistir se logro trabajar la escritura emocional autorreflexiva que gracias a la confianza construida en la primera etapa fue fácil que ellas escribieran y expresaran sus sentimientos y emociones acerca del suceso doloroso en su vida, además que nos contaban algunos problemas que tenían en los días que no las veíamos o respecto a otras cosas de su pasado, ellas mencionaban que se sentían muy a gusto al trabajar con nosotras y que nos veían como sus amigas y un lugar donde ellas podían hablar de cualquier cosa sin ser juzgadas.

Para la tercera etapa nuestra participante Guille solo asistió dos veces debido a que ella es una mujer universitaria y estaba en proceso de realización de un diplomado para su titulación mientras que la participante Bernarda asistió con regularidad a estas sesiones grupales en las que tuvo un buen desenvolvimiento y participación en las sesiones siempre se le vio tranquila y divertida en conjunto con las otras participantes.

En esta etapa las participantes que asistían con regularidad se pudieron desenvolver, es decir tomar más confianza conforme avanzábamos, algunas de ellas al final se llamaban amigas e incluso tenían comunicación por una red social, también participaban más, ya no les daba pena realizar las actividades y se les fue dando confianza para que ellas expresaran sus ideas y emociones. Ellas mencionaban en el buzón de quejas y sugerencias que les gustaba mucho asistir a las sesiones, que las técnicas de relajación las ayudaban mucho y que aprendían mucho.

Limitaciones

Durante los tres trimestres que trabajamos en la comunidad San Miguel Teotongo atravesamos por diferentes situaciones que complicaron el trabajo como:

- La búsqueda de personas que quisieran participar y también porque en las calles alrededor de la Utopía de San Miguel Teotongo la gente no conocía el proyecto como en el caso de la sección de la Unión de colonos.
- La deserción e inasistencia de las personas, algunas participantes de pronto dijeron que ya no podían participar y algunas cancelaban las sesiones porque tenían otras actividades.
- No podíamos irnos más lejos de un perímetro asignado alrededor de la Utopía por lo que una vez recorrido el perímetro y no haber encontrado personas interesadas se optaba por visitar calles más alejadas de la Utopía
- Las calles de la comunidad al estar inclinadas son más susceptibles a tener baches y grietas, subidas y bajas por lo que impidieron que algunos participantes asistieran a la Utopía en la tercera etapa ya que algunos eran personas mayores.
- Las tomas de temperatura en la primera etapa fueron un tanto vagas ya que el punto estrés es bastante susceptible al clima del ambiente y no “marca” un número “exacto”, consideramos que es mejor contar con los termómetros de pistola para un estudio más exacto.

Sugerencias

- Se debe promover más el Proyecto para que las personas de la comunidad se interesen y quieran participar si es que llegan a tocar en su domicilio.
- Hablar directamente con la administración del lugar para establecer un horario en específico para las sesiones y que se evite la pena de “pelear” por el lugar.

- Contar con el equipo necesario (como los termómetros) desde el principio del proyecto para llevar un registro exacto de los cambios de temperatura que se lleguen a tener en los participantes.

Referencias

Angela H. (2010) Manual auto Genero y Autoestima de las mujeres. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/Tabasco/tabmeta13_7.pdf

American Psychological Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).

Christopher K. (2017) MINDFULNESS AND PSICOTHERAPY. EDITORIALDESCLÉE DEBROUWER, S.A.

Cruz Roja Española. (s.f.). Cuídate. Guía básica de autocuidado para personas cuidadoras. PDF.

Dennison, P. E., & Dennison, G. E. (1994). Brain gym: Teacher's edition. Edu-Kinesthetics, Inc.

Durá. E., Garcés J. (1991). La teoría del Apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. Revista de Psicología Social. 1991, 6 (2), 257 - 271.

Deckers, L. (2001). Motivation Biological, Psychological, and Environmental. Pearson College Division.

OMS (2023) Estrés <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/stress>

Flórez-Alarcón, L., Vélez-Botero, H., & Rojas-Russell, M. (2014). Intervención motivacional en psicología de la salud: revisión de sus fundamentos conceptuales, definición, evolución y estado actual. Psychologia: avances de la disciplina, 8(2), 49-71.

Losada, Analía Veronica (2015). Familia y Psicología. Buenos Aires: Dunken. <https://www.aacademica.org/analía.veronica.losada/8>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2020). Importancia de las redes de apoyo social para las personas mayores. <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/importancia-de-las-redes-de-apoyo-social-para-las-personas-mayores?idiom=es>

José C. Sánchez.(2002). Psicología de los grupos. (1er ed.) McGraw-Hill. <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.dheducacion.com/wp-content/uploads/2019/02/psicolog%25C3%25ADa-de-los-grupos-1.pdf&ved=2ahUKEwjRouP7lpeBAxUIMUQIH7bAv8QFnoECA0QAQ&usq=AOvVaw3KQ-wr8a9r5kSKd5LrGoe8>

Montero, Maritza.(1984). La psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos. (pp. 387-40).Revista Latinoamericana de Psicología.

Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological psychology*, 74(2), 116-143.

INEGI (2017) Estadísticas a propósito del día de las y los cuidadores de personas dependientes (2 de marzo) Datos Nacionales. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2017/cuidadores2017_Nal.docx

Carmen R. Garcia, Jorge G. Abalo. El proceso de duelo: Perder, sufrir y seguir. (pp-10-50)

Patricia Diaz. (2014). Guía de duelo adulto.(pp- 37-61) <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/1560/guia-de-duelo-adulto.pdf?1422960127>

Escuela de Negocios Euroinnova. (2023, 10 de mayo). Descubre cómo optimizar la organización del tiempo . Escuela de Negocios Euroinnova. <https://www.euroinnova.mx/blog/la-organizacion-del-tiempo>

Marín H, Patricia L. (2014). Manual básico de primeros auxilios psicológicos. https://www.cucs.udg.mx/sites/default/files/adjuntos/manual_primeros_auxilios_psicologicos_2017.pdf

Secretaría de Salud. (2015). ¿Qué es la ansiedad?. <https://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-ansiedad>

Theodore M. Newcomb (1973) Manual de psicología social. Buenos Aires : EUDEBA

Anexos

<https://drive.google.com/drive/folders/1laVKD37JeeGNO04-nsUcRLwv5fjlaVFB>