



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD IZTAPALAPA

División de Ciencias Sociales y Humanidades

Departamento de Sociología

Coordinación de Psicología Social

“Transformando el cuidado: Estrategias psicosociales individuales y grupales para el fortalecimiento y afrontamiento del bienestar en cuidadores primarios de San Miguel Teotongo, Iztapalapa, CDMX”

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

Presentan:

García Castillo Joana Yamilet | 2203013952
Huerta Robles María Guadalupe | 2193058152

Mtro. José Joel Vázquez Ortega
Asesor



Prof. Jesús Omar Manjarrez Ibarra
Lector

Trimestre 25-I
Ciudad de México, 30 de Abril, 2025.

*“Con todo mi corazón, dedico estas palabras a quienes
caminaron conmigo durante este proceso.”*

Dedicatoria de María.

Dedico este logro a mis padres Aarón Huerta y Emelia Robles, por su entrega incondicional, por enseñarme con su ejemplo la fuerza del compromiso, la paciencia y el amor verdadero. A mi hermano Juan por su compañía serena, por estar sin necesidad de decir mucho, por brindarme tranquilidad y fortaleza durante los momentos de mayor exigencia.

A mis amigas y amigos, gracias por ser mi luz, por escucharme, por acompañarme con cariño sincero, y por hacer de este camino uno más llevadero, lleno de momentos valiosos que están conformados por alegrías compartidas.

A mi diada Yamilet, quien también es mi amiga, gracias por caminar a mi lado en este proceso con tanta entrega, paciencia y compromiso. Compartir este trabajo contigo no solo me enriqueció profesionalmente, sino que también me fortaleció en lo personal. Gracias por tu apoyo constante, por cada conversación, por compartir ideas, dudas y logros, y por recordarme que no estaba sola. Tu compañía hizo que este camino fuera más significativo, más cálido, más humano

A cada miembro de mi familia y a quienes han creído en mí, gracias por ser parte de este proceso. Este logro es la suma de cada gesto, cada palabra, y cada abrazo que recibí en el camino. ¡Este logro también es suyo!

*“A quienes me formaron, inspiraron
y acompañaron con generosidad”*

Agradecimientos de Maria.

*Agradezco a la Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Iztapalapa por haberme
brindado la oportunidad de formarme académicamente en la Licenciatura en Psicología
Social en la cual adquirí conocimientos y herramientas que me permitieron crecer en un
ámbito profesional como personal.*

*A mis profesores: Jesús Omar, José Joel, Hugo Leonardo y David Alberto, quienes fueron mi
guía, agradezco su disposición por compartir su conocimiento, su experiencia contribuyó a
mi formación profesional inspirándome a seguir aprendiendo.*

*A Dios, fuente de mi fortaleza y esperanza, por acompañarme en este proceso y nunca soltar
mi mano.*

*Y de manera muy especial a mis cuidadores, quienes me acompañaron brindándome su
paciencia y dedicación ya que hicieron posible un proceso de aprendizaje mutuo.*

Dedicatoria de Joana Yamilet.

A mis padres, Luis Antonio y Alma Liliana, que con su amor, paciencia y sacrificio han sido el faro que ha guiado cada uno de mis pasos. A ustedes, que me enseñaron con el ejemplo que la constancia y el apoyo incondicional son más poderosos que el talento, que los valores valen más que los logros, y que el amor verdadero se manifiesta en los gestos más simples, como una llamada, un pequeño mensaje o un abrazo. Este informe es un testimonio de su esfuerzo tanto como del mío. Porque estoy consciente que, sin su apoyo incondicional, sin esas noches en vela acompañándome en silencio, sin esa confianza ciega que nunca me negaron, hoy no estaría aquí escribiendo para ustedes.

A mi familia, abuelos, tíos, primos y hermana, por creer en mí, incluso en los días en que yo misma dudaba. Por cada abrazo, cada palabra de aliento y cada risa compartida. Porque detrás de cada meta alcanzada, hay una red de amor que me sostiene: ustedes.

A mis amigas de universidad, por su compañía fiel, por las risas compartidas en los días que todo parecía venir abajo, por escuchar cada anécdota y siempre encontrarle un comentario de risa y por recordarme que, incluso en medio de la presión, la vida también es alegría, cariño y descanso. Gracias por escucharme y por estar ahí sin necesidad de pedirlo.

A mi diada Mari, mi compañera de este viaje, ya que esto no solo es el resultado de horas de trabajo y estudio, sino también del lazo que construimos y fortalecimos a lo largo del camino: una amistad que se volvió refugio y un impulso, por estar en los días en que el cansancio me nublaba la mente y también en los días en que nos reíamos sin razón, como si el estrés de nada no existiera, por tu paciencia, por tus palabras firmes cuando las necesité, y esas llamadas que en cada una conocías algo de mí. Trabajar a tu lado fue aprender el verdadero significado de la complicidad y de la amistad, acompañándonos en la incertidumbre, en los bloqueos mentales, en los momentos de estrés y también en las pequeñas victorias que celebramos como si fueran gigantes. Nunca estuviste solo para cumplir con la universidad: estuviste para sostenerme, para abrazarme y en todo momento. Hoy miro nuestro trabajo juntas y veo también nuestra historia. Veo todo lo que construimos con esfuerzo, con cariño, lágrimas y risas. Y con absoluta certeza puedo decir, que no habría querido vivir este proceso con nadie más que no fuera contigo. Gracias por ser mi compañera, mi fuerza, mi espejo, y sobre todo mi amiga.

A mí misma, a la que ha caminado este camino largo, lleno de preguntas, silencios y exigencias. A la que, aún con miedo, y a pesar de todo, dio un paso más, a la que se enfrentó no solo a situaciones académicas, sino también a las batallas internas que nadie más vio. Gracias por no abandonarte en los días más oscuros, por reconstruirte con cada caída, y por volver a creer, aunque fuera en pedazos que siempre serás capaz de absolutamente todo y por resistir cuando todo parecía más grande que tú. Sé lo mucho que nos costó. Sé de las renunciadas, del cansancio que no se podía explicar, de las veces que pensaste en detenerte. Y, aun así, aquí estás: entera, cansada pero victoriosa, con el corazón lleno de cicatrices que también son huellas de crecimiento. Esto es un logro, sí, pero también una prueba de que has aprendido a sostenerte y a confiar en tu proceso. Más allá de lo académico, esto es una carta de amor a tu historia, tu pasado, a la que fuiste, a la que eres, y a la que estás llegando a ser. Gracias por no rendirte, gracias por ser tan soñadora, gracias por siempre salir adelante pese a todo y todos, gracias por ser tu. Con todo mi amor, Yami.

Agradecimientos de Joana Yamilet.

A Dios, por acompañarme en cada paso de este camino, por darme claridad en los momentos de confusión, y por sostenerme en silencio cuando sentí que ya no podía más.

Gracias a la Universidad Autónoma Metropolitana, por abrirme las puertas al conocimiento y brindarme las herramientas necesarias para crecer académicamente y como persona donde encontré alegría, una comunidad sintiéndome identificada y un entorno que me impulsó a desarrollarme con libertad y autenticidad.

A mis profesores José Joel, Omar Manjarrez, Hugo Leonardo y David Alberto, por su constante disposición, por compartir generosamente su experiencia y sabiduría, y por brindarme siempre oportunidades para aprender, cuestionar y avanzar. Su acompañamiento ha sido fundamental en este proceso.

A todos nuestros cuidadores, de una u otra forma, formaron parte de mi camino profesional, participando en este pequeño gran proyecto, colaborando con entusiasmo y aportando mi crecimiento personal y académico.

Índice.

1. Introducción	11
2. Marco teórico	13
2.1. Intervención comunitaria.....	13
2.2 Un cuidador	13
2.3. Cuidador Primario Informal	14
2.4 Escucha activa	16
2.5. Apoyo social.....	16
2.6 Teoría Polivagal	17
2.7 Investigación Acción Participativa	19
2.8 Teoría Ecológica de Bronfenbrenner	20
2.9 Psicología Comunitaria	21
3. Primera etapa	23
3.1 Función de escalas psicométricas.....	24
3.2 Importancia del papel del cuidador	25
3.3 Técnicas de relajación (mindfulness).....	25
3.4 Organización del tiempo	27
3.5 Reconocimiento de límites	28
3.6 Identificación de redes de apoyo	29
3.7 Medidas de bienestar psicosocial	30

3.7.1 Salud física y psicológica.....	31
3.7.2 Soledad	32
3.7.3 Depresión	33
3.7.4 Ansiedad.....	33
3.7.5 Estrés	34
3.7.6 Sobrecarga emocional	36
4. Segunda etapa	36
4.1 Escritura emocional autorreflexiva	37
4.1.1 Ejercicio A.....	38
4.1.2 Ejercicio B.....	38
4.1.3 Ejercicio C.....	39
4.1.4. Ejercicio D.....	39
4.2 Reestructuración cognitiva.....	39
4.3 Atención plena.....	40
4.5 Afecto positivo	42
4.6 Afecto negativo	43
4.7 Duelo	44
4.7.1 Etapas de duelo.....	45
5. Tercera etapa.....	46
5.1 Reconocimiento de emociones.....	46
5.2 La ira a partir del estrés	47

5.3 Regulación emocional	48
5.4 Comunicación asertiva	49
5.5 Redes de apoyo.....	49
5.6 Relaciones sanas.....	50
5.7 Autocuidado	51
5.8 Sentido de pertenencia	52
5.9 Sentido de comunidad	53
5.10 Identidad grupal.....	54
6. Contexto.....	55
6.1 Escenario	56
7. Objetivos	57
7.1 Objetivo general	57
7.2 Objetivos específicos.....	58
8. Metodología	58
8.1 Planteamiento del problema	59
8.1.1 Hipótesis.....	60
8.1.2 Justificación.....	60
8.2 Población de estudio.....	61
8.3 Participantes	62
8.3.1 Participantes: Etapa 1	62
8.3.2 Participantes: Etapa 2	65

8.3.3 Participantes: Etapa 3	69
8.3.3.1 Caso exclusivo independiente	70
8.4 Muestreo.....	74
8.5 Criterios de exclusión.....	75
8.6 Diseño.....	75
8.7 Instrumentos	75
8.7.1 Instrumentos: Etapa 1.....	76
8.7.2 Instrumentos: Etapa 2.....	78
8.7.3 Instrumentos: Etapa 3.....	88
8.8 Procedimiento.....	89
8.8.1 Procedimiento: Etapa 1	89
8.8.2 Procedimiento: Etapa 2	93
8.8.3 Procedimiento: Etapa 3	96
9. Resultados	103
9.1 Variable definida	103
9.2 Resultados: Etapa 1	104
9.2.1 Análisis cuantitativo	104
9.2.2 Conclusión de resultados: Etapa 1	109
9.3 Resultados: Etapa 2	110
9.3.1 Análisis cualitativo	111
9.3.2 Análisis cuantitativo	121

9.3.3 Conclusión de resultados: Etapa 2	123
9.4 Resultados etapa 3	123
9.4.1 Análisis cualitativo	123
9.4.2 Conclusión de resultados: Etapa 3	128
10. Discusion.....	129
11. Conclusiones generales.....	130
12. Limitaciones.....	131
13. Referencias.....	133
14. Anexos	143

1. Introducción

Durante el transcurso del siglo XXI, el incremento de la población con algún tipo de padecimiento o enfermedad ha ido aumentando con respecto a las diversas complicaciones que han presentado hoy en día miles y miles de mexicanos.

En el pasado, múltiples investigaciones se han centrado en el aumento de la población con algún tipo de enfermedad o padecimiento, lo cual ha afectado a miles de mexicanos.

“Actualmente, se estima que 1 de cada 10 personas tiene 60 años o más, y para el año 2050 será una de cada cinco, con una esperanza de vida promedio de 74.8 ($\pm$ 2.4 años) entre los mexicanos.” (Zúñiga HE. García JE, 2008)

En este contexto, el Informe Mundial sobre la Discapacidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). señala que la mayoría del apoyo necesario para las personas con discapacidad es brindada por familiares o redes sociales cercanas. No obstante, depender exclusivamente del apoyo de un familiar puede tener efectos negativos para los cuidadores, como la pérdida de oportunidades laborales y sociales, el aislamiento, un aumento en el estrés, así como una mayor presión psicológica y emocional, así como que también está en juego tanto su salud física como emocional ya que se ven afectadas por distintos factores conocidos como: la falta de descanso, la invalidación de emociones, la carencia de conocimientos y habilidades sobre cómo atender a su familiar, los problemas económicos y todo esto finalmente provocando un deterioro hablando de su calidad de vida.

El papel de un cuidador primario informal es el señalamiento de la persona que diariamente, sin poseer capacitación especializada, se encarga de ayudar en actividades básicas e instrumentales de la persona que, por cualquier motivo de salud, no puede desempeñarlas por sí misma.

“La implementación de programas de intervención psicosociales dirigidos a cuidadores primarios demuestra que la terapia cognitivo conductual obtienen efectos positivos en los CPI (cuidador primario informal) en dimensiones sociales y cognitivas, mencionando así que las técnicas más utilizadas y de mayor comodidad fueron la respiración, la autoayuda, y la psicoeducación además de solución de problemas reduciendo la sintomatología depresiva, inadaptación social y niveles de sobrecarga.” (Mejía Guachichullca, 2023).

“Dichas intervenciones, generan también un cambio en cuestión a la temperatura, ya que el apoyo social percibido y las técnicas basadas en mindfulness buscan un nivel de activación fisiológico predominantemente parasimpático, que inhibe las funciones defensivas tanto físicas como conductuales, propiciando una reducción en la tasa cardiaca y respiratoria, así como un mejor flujo sanguíneo reflejado con el incremento de la temperatura periférica, los cuales regulan la actividad inflamatoria y el estrés crónico.” (Ramírez, L. E. V., Reyna, V. M., Medina, D. A. R., Aguilar, M. C., Ortega, J. J. V., & Ibarra, J. O. M, 2022 obtenido de Rodríguez-Medina et al., 2018).

A pesar del papel tan importante que juega el CPI, como vimos anteriormente en diversos estudios, se señala que esta población invisible necesita mucho más apoyo del que recibe. Además, se ha identificado que los cuidadores presentan un perfil psicosocial caracterizado por altos niveles de estrés, tristeza, depresión, irritabilidad, preocupación, ansiedad, dificultad para dormir y descansar, tensión muscular y cansancio. Por lo tanto, es fundamental profundizar en el estudio de las necesidades de los cuidadores primarios informales, con el fin de desarrollar intervenciones que tengan como prioridad su atención, y así se permita mejorar la calidad de vida tanto de los cuidadores como de los pacientes dependientes a su cargo.

2. Marco teórico

2.1. Intervención comunitaria

“La intervención consiste en una serie de actividades y tareas programadas con detalle y con una metodología de trabajo concreta destinadas a la consecución de un fin, se refiere al diagnóstico realizado por un profesional en el área, que mira la situación actual y se dispone a guiar a una sociedad a un cambio radical donde sus acciones, participaciones y unión lo llevaran al éxito en conjunto.” (De los Ángeles Herrera, Steven Arcentales-Fajardo, & T.-S., 2021).

La intervención comunitaria permite fortalecer el bienestar de un grupo en específico, por medio de acciones que buscan responder a necesidades en particular de dicho grupo, en un contexto de CPI se buscaba reducir la sobrecarga emocional, niveles de estrés etc. por medio de herramientas brindadas, que les permita gestionar de mejor manera dicha problemática, es importante destacar que los actores principales son la comunidad misma, sin ellos no existe sentido de intervención ya que su participación activa es la que permite que se pueda generar un cambio, uno de los objetivos que se busca mediante dicha intervención es que los CPI se vuelvan auto-sustentables, y puedan gestionar de una mejor manera los desafíos que se presenten buscando garantizar su bienestar y la calidad de cuidado que brindan.

2.2 Un cuidador

Un cuidador representa una figura esencial en el hecho de apoyo integral a personas que presentan limitaciones en su autonomía debido a condiciones crónicas, discapacidades, o situaciones derivadas del envejecimiento. Su función no se limita únicamente a la asistencia

en las actividades básicas de la vida diaria, sino que también abarca el acompañamiento emocional, la supervisión constante y la colaboración activa en la gestión del cuidado sanitario.

Frecuentemente, los cuidadores son miembros del entorno familiar que asumen esta tarea sin formación especializada, lo cual puede conllevar consecuencias significativas en su bienestar físico, psicológico y social. En este sentido, el cuidador se posiciona como un actor clave dentro de la red de apoyo socio asistencial, constituyéndose en el enlace principal entre la persona cuidada y los servicios de salud.

Asimismo, un cuidador actúa como facilitador del acceso a recursos, y del cumplimiento de los tratamientos prescritos y de la calidad de vida de la persona a su cargo, en donde su función principal es el estar al frente a los cambios en el estado de salud de la persona dependiente.

2.3. Cuidador Primario Informal

Se le conoce como cuidadores primarios informales a aquellas personas que asisten a quienes tienen alguna discapacidad, enfermedad moderada o severa, este cuidador puede asumir la responsabilidad por su cuenta o porque alguien se lo pide. Su trabajo es brindar cuidados específicos para cubrir las necesidades de la persona que cuida, generalmente con el compromiso de proteger su bienestar. Es importante mencionar que los CPI (cuidador primario informal) hacen esta labor de manera no remunerada, es decir, que no reciben un pago o salario por dicha asistencia.

“La encuesta nacional para el sistema de cuidados (ENASIC) señala que: "En México se estiman 58.3 millones de personas susceptibles de recibir cuidados en los hogares, cifra

que se conforma por personas con discapacidad o dependientes. Por otro lado, también se encontró que cerca de 31.7 millones de personas de entre 15 años y más brindaron cuidados a integrantes de su familia; de esta población se encontró que el 75.1% correspondió a mujeres y 24.9% a hombres.” (INEGI, 2022)

Se destaca que las mujeres son las que se encargan principalmente de labores como el cuidado; aunque, cuando se lleva mucho tiempo a cargo de este cuidado, llega a presentarse una sobrecarga y cuidar a una persona puede afectar negativamente la salud del cuidador., físicamente, puede causar cansancio, problemas de salud y otras enfermedades y mentalmente, debido a tener menos tiempo libre, el cuidador puede sentir estrés, angustia, irritabilidad, problemas para dormir, ser más sedentario e incluso sufrir de insomnio. Todo esto puede llevar a depresión, sentimientos de culpa, frustración y sensación de impotencia por dejar de lado aquellas actividades que le gustan o solía hacer con frecuencia; como vemos, el tiempo dedicado al cuidado es demasiado, y toda la atención se centra en la persona dependiente.

Estadísticas del año 2022 señalan que en México “el total de los hogares en el país, 77.8 % (30.2 millones) tenía al menos una o un integrante en esta situación. Este porcentaje incluye a la población con discapacidad o dependencia; población infantil (0-5 años); niñas, niños y adolescentes (6-17 años); y personas adultas mayores (60 años y más).” (INEGI, 2022)

Estos datos reflejan que en la mayoría de los hogares en México cuentan con al menos un integrante en situación de dependencia, a su vez evidencia la necesidad de generar estrategias de apoyo para los que desempeñan el rol de cuidador.

2.4 Escucha activa

“La escucha activa consiste en atender a la totalidad del mensaje que se recibe, es decir, prestar atención no sólo a lo que se dice (el contenido) sino también al "cómo se dice", fijándose en los elementos no verbales y paraverbales, mirarle, dedicarle tiempo, hacerle ver que tenemos en cuenta sus opiniones.” (Subiela García et al., 2014)

La escucha activa implica un proceso activo, en donde se le presta atención de manera plena y consciente a lo que dice el interlocutor, un factor primordial dentro de este proceso es la validación de emociones que es donde se acepta y se reconocen las emociones tanto propias como ajenas sin intentar juzgarlas o desvalorizar las. Esta técnica nos permite crear un espacio de confianza y conexión emocional ya que genera que la otra persona se sienta escuchada y valorada.

El proceso de la comunicación es un elemento esencial, que actualmente se traslada al buen comunicador contemporáneo: mirar y escuchar en primer lugar, después pensar y reflexionar para, al final, expresar de modo comprensible. (Maza et al., 2023). Se puede concluir que la comunicación va más allá de la escucha, ya que incluye procesos de empatía y comprensión antes de poder transmitir un mensaje de vuelta.

2.5. Apoyo social.

El apoyo social es “Un conjunto de relaciones que integran a una persona con su entorno social, o con personas con las que establecen vínculos solidarios y de comunicación para resolver necesidades específicas.” (Gobierno de México, 2020)

El apoyo social es la ayuda que se brinda en situaciones de necesidad o vulnerabilidad, esta puede ser de manera física, psicológica o financiera, es fundamental mencionar que esta puede reducirse o extenderse y puede estar conformada por familiares, amigos, miembros de una comunidad, etc.

Se pueden encontrar cuatro tipos de apoyo social.

Apoyo emocional: Se pueden manifestar por medio de confianza, empatía y compañía, tal y como su nombre lo dice, busca reducir la carga emocional que se llega acumular.

Apoyo instrumental: Está relacionado a facilitar actividades cotidianas, tales como las labores del hogar que ayuden a disminuir la carga y que permitan una mejor gestión de disponibilidad.

Apoyo cognitivo: Existe un intercambio de conocimientos que permiten interpretar o mejorar estrategias frente a la toma de decisiones o resolución de problemas.

Apoyo material: Hace referencia a recursos tangibles como el dinero, comida, alojamiento etc. que permiten mejorar el bienestar o calidad de vida de la otra persona.

Su finalidad va ligada a la formación de redes que permitan la contención y afrontamiento de situaciones complejas; para los CPI es fundamental formar estas redes ya que ayuda en su mejora de calidad de vida puesto que es una alternativa en contra del aislamiento, ansiedad y depresión que como se sabe son posibles consecuencias que genera el ser cuidadores ya que dejan de lado actividades personales para dedicarse únicamente al cuidado del dependiente.

2.6 Teoría Polivagal

“La teoría polivagal fue desarrollada en 1994 por Stephen Porges, en la cual describe cómo evolucionó el sistema nervioso autónomo de los mamíferos para mantenernos a salvo y vivos. La teoría de Porges enfatiza la importancia de cómo nuestro estado fisiológico y la forma en que funcionan los sistemas de nuestro cuerpo, está involucrado en los problemas de comportamiento.” (Warren S., 2022).

El vínculo entre el estado fisiológico y las experiencias emocionales que se presentan en las personas ha sido ampliamente estudiado en los últimos años, la teoría polivagal nos ofrece un enfoque amplio que ayuda a comprender la manera en que el sistema nervioso autónomo (*SNA, el cual es el encargado de mantener el equilibrio interno del cuerpo y que a su vez influye en las funciones de respuesta ante variaciones del ambiente*) influye en la regulación emocional, contexto social y las respuestas que se general frente a estímulos de estrés.

De acuerdo con Michele et al., (2020), el sistema nervioso autónomo cuenta con tres niveles de respuesta, el primer mecanismo al que hace mención es al de inmovilización o congelamiento, este funciona como forma de defensa y se presenta en los seres vivos, su presencia dentro del (SNS) refleja una estrategia para la supervivencia ante situaciones de amenaza, ya que está asociado a la parte más primitiva del nervio vago.

“El nervio vago o décimo nervio craneal es el nervio de mayor longitud del cuerpo además de modular movimientos musculares y desde donde envía información sensitiva. Pertenece al sistema nervioso parasimpático, el cual se encarga de regular las funciones que el cuerpo realiza de forma involuntaria.” (Roldán, 2024).

El segundo nivel está asociado a la reacción de lucha o huida, ya que permite enfrentar o escapar del peligro, este mecanismo está regulado por el sistema nervioso simpático (SNS). Por último, tenemos el nivel de sistema de conexión social, que está asociado a la cooperación y la creación de vínculos entre personas, hablando en términos evolutivos este es el más reciente ya que se regula por una parte específica del nervio vago, encargada de la regulación social y emocional.

Desde esta perspectiva, es importante desarrollar estrategias que ayuden a los cuidadores a regular su sistema nervioso y reducir su impacto de estrés; la teoría polivagal incluye ejercicios como lo son la respiración diafragmática, mindfulness, actividad física (que

sean adecuados para su movilidad y limitaciones), acompañamiento psicoemocional y apoyo social, donde dichas estrategias además de generar un bienestar hacia el cuidador, también influyen de manera positiva sobre sus dinámicas de cuidado.

Si lo llevamos a un contexto de CPI, podemos encontrar diversos impactos directos que se tienen entre un cuidador y su dependiente, de manera positiva se puede generar un entorno seguro en dónde se favorece la activación del último nivel que está ligado con la conexión social y a su vez promoviendo interacciones afectivas y cooperativas, sin embargo, si se tiene mucho estrés o sobrecarga como cuidador, puede activar los mecanismos de huida o lucha afectando la calidad de cuidado.

Su importancia dentro de la intervención, radica en el implemento de estrategias que fortalezcan la autorregulación emocional del cuidador por medio de un acompañamiento, permitiendo un enfoque más profundo con respecto al bienestar del mismo y la relación de ambas partes, además de mejorar la resiliencia y crear redes de apoyo en mayor magnitud, reduciendo la sensación de aislamiento durante su labor de cuidado.

2.7 Investigación Acción Participativa

En términos generales, la investigación de acción participativa (IAP), es un método de investigación donde se busca no solo comprender alguna problemática, si no también crear estrategias de solución junto a las personas afectadas, generando así que las personas que viven en dicha problemática participen activamente en la toma de decisiones, así como en la búsqueda de soluciones, ya que no impone soluciones desde afuera, si no que construyen resultados desde el núcleo, fortaleciendo a la misma comunidad, “la metodología investigación acción participativa tiene sus orígenes en la lucha social con pretensiones liberadoras y emancipadora, en una visión multipolar, integradora y sintagmática” (Velasquez, 2021).

Dicho método de investigación, es útil en contextos sociales, educativos y de salud y en sí lleva en lo general un ciclo, por lo cual se compone de primero identificar el problema junto con la población que lo experimenta, planear soluciones basadas en las necesidades de la comunidad, realizar dichas soluciones antes planteadas de manera conjunta, y por último, hacer dichos cambios si es necesario, así como la evaluación de los resultados generados por las soluciones planteadas.

En relación con los CPI, este método de investigación fomenta la participación totalmente activa por parte de los cuidadores durante todo el proceso, siguiendo el ciclo del método de dicha investigación. Primero, se identifican las principales necesidades a través del diálogo, se comenzaron a crear estrategias que respondan a las necesidades, como lo fue el hecho de las redes de apoyo y el acompañamiento psicoemocional y la formación del mismo autocuidado con base a recursos que estuvieran a su total disponibilidad.

Dicho método, no impone soluciones desde un contexto fuera de los CPI, si no que desde su experiencia de quienes lo afrontan día con día con su dependiente, además de validar el rol de cuidador y promover los cambios de su apoyo social hacia sus cuidados.

2.8 Teoría Ecológica de Bronfenbrenner

La Teoría Ecológica que es propuesta por Urie Bronfenbrenner, hace referencia a un marco para comprender el desarrollo del individuo dentro de múltiples contextos ambientales que interactúan entre sí. En esta teoría se explica que el comportamiento humano y su evolución se ven influenciados no solo por factores individuales, sino también por las relaciones que mantiene el individuo con su entorno.

Bronfenbrenner, en sí, crea la estructura del entorno en cinco niveles, que son:

Microsistema: Donde se comprende los entornos más fáciles del cuidador, como su relación con la persona dependiente y su familia.

Mesosistema: Representa la interrelación entre los microsistemas, como lo es la conexión entre el entorno familiar del cuidador y los servicios de salud o redes de apoyo.

Exosistema: Hace referencia a los entornos que no implican una participación directa del cuidador, pero que lo afectan; como las políticas laborales o los servicios sociales.

Macrosistema: Donde se caracteriza el conjunto de creencias, normas y políticas que influyen en la percepción social del cuidado.

Cronosistema: Hablando respecto al componente temporal, incluyendo los cambios vitales y sociales a lo largo del tiempo, como el progreso de la enfermedad de la persona dependiente.

En sí, esta teoría habla en que permite analizar de manera general el papel del cuidador, entendiendo que sus acciones, emociones y decisiones no ocurren en vano, sino que es dentro de una compleja red de influencias sociales y estructurales “donde es que a pesar que es para analizar el cuidado a lo largo del curso de la vida, se enfatiza la necesidad de considerar las relaciones interdependientes entre cuidadores y receptores de cuidado, y cómo las barreras estructurales impactan en la unidad de cuidado”.(Ornstein y Caruso, 2024)

2.9 Psicología Comunitaria

La Psicología Comunitaria es considerada como una disciplina que estudia las dinámicas entre personas y su entorno social, con el objetivo de promover el bienestar colectivo, la participación activa y el empoderamiento de los grupos. Esta perspectiva reconoce que “los

problemas de salud mental y bienestar no pueden entenderse únicamente desde lo individual, sino que deben analizarse también desde factores comunitarios, estructurales y contextuales” (Montero, 2004).

Más allá de su dimensión preventiva o promotora del bienestar, la psicología comunitaria se constituye también como una práctica transformadora. Desde sus inicios, ha estado vinculada a luchas sociales, procesos de organización popular y movimientos que cuestionan las desigualdades estructurales que afectan la salud mental y la calidad de vida de las personas (Montero, 2004; Martín-Baró, 1986).

Este enfoque propone una ruptura con modelos asistencialistas y verticales, apostando por el trabajo horizontal, la participación activa y la construcción conjunta del conocimiento. En lugar de ver a las comunidades como receptoras pasivas de ayuda, se las reconoce como protagonistas, con saberes, capacidades y recursos valiosos para el cambio. En contextos donde el Estado no alcanza a cubrir las necesidades de cuidado, como sucede con los cuidadores primarios informales, la Psicología Comunitaria puede facilitar procesos de empoderamiento, visibilización y autoorganización. Esto permite no solo aliviar el malestar, sino también incidir en las condiciones sociales que lo generan, promoviendo la equidad y la justicia social como pilares del bienestar colectivo.

En el caso de los CPI, las personas que brindan cuidados continuos a familiares o allegados con condiciones crónicas o discapacidades, sin formación profesional específica, la psicología comunitaria ofrece un enfoque especialmente valioso. Estos cuidadores “suelen enfrentar altos niveles de sobrecarga emocional, estrés y aislamiento social” (Arango-Lasprilla & Quijano, 2011), mientras desarrollan su labor en contextos donde el apoyo institucional es limitado o inexistente.

Además, hablando del enfoque comunitario permite que estas prácticas no solo se trabajen a nivel individual, sino que se compartan en espacios grupales, facilitando la creación de vínculos solidarios entre cuidadores y fortaleciendo el sentido de comunidad (Montero & Serrano-García, 2011). De este modo, la Psicología Comunitaria no solo interviene sobre el malestar, sino que contribuye activamente a la construcción de entornos más saludables y resilientes para quienes sostienen tareas de cuidado esenciales en el tejido social.

3. Primera etapa

La primera fase de la intervención comunitaria consistió en la realización de visitas domiciliarias a los cuidadores principales informales, donde a partir de ahora se les denominará CPI. Esta etapa tuvo como objetivo principal establecer un primer contacto cercano, empático y respetuoso con los cuidadores, permitiendo así conocer su realidad cotidiana, el entorno en el que ejercen el cuidado y las condiciones particulares de la persona dependiente.

Durante estas visitas se recopilaron datos relevantes sobre las dinámicas familiares, el estado emocional del cuidador, los recursos disponibles y las principales necesidades percibidas. Este acercamiento personalizado no solo facilitó la construcción de vínculos de confianza, sino que también permitió identificar factores de riesgo y fortalezas que orientarán las fases posteriores de la intervención.

Y a continuación se mencionan la importancia de ciertos temas que fueron abordados durante la intervención:

3.1 Función de escalas psicométricas

Las escalas psicométricas son instrumentos que nos permite medir y cuantificar variables psicológicas tales como las actitudes, emociones, comportamientos etc., estas son validadas mediante procedimientos estadísticos

“La validez de una prueba psicométrica se refiere tanto al hecho de una prueba mida aquello que se propone, como al grado con que esa medida puede ser alcanzada.” (Lobão, 2013).

Dentro de la intervención se hizo uso de distintas pruebas psicométricas; como las escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, tal y como su nombre lo dice, nos permitió evaluar el nivel de sobrecarga que padecen los cuidadores, otro ejemplo es la escala de apoyo social MOS que nos permitió conocer las dimensiones emocionales, afectivas y de interacción social, y en general nos brindado un panorama más amplio del apoyo social que perciben los cuidadores; cada uno de estos nos ayudó a establecer un diagnóstico e identificar las áreas de vulnerabilidad de cada uno e intentar fortalecerlas por medio de la intervención psicosocial.

La psicometría señala que los métodos y modelos de la medida deben ser válidos en aspectos prácticos y en función de la obtención de sus medidas, por lo que es relevante generar instrumentos que cumplan con los principios básicos de esta disciplina, en cualquier área del conocimiento. (Quijano, 2021).

Para el uso de éstas es recomendable hacer una evaluación antes y después de cada etapa para observar el impacto del acompañamiento.

3.2 Importancia del papel del cuidador

El CPI cumple un rol importante con respecto a la atención de las personas en situación de dependencia, particularmente en contextos donde los sistemas formales de salud son limitados o insuficientes.

Su importancia radica en el acompañamiento constante y la cercanía afectiva que ofrece al receptor del cuidado, lo cual incide directamente en su bienestar y calidad de vida. No obstante, “el desempeño prolongado de esta labor puede derivar en consecuencias negativas para la salud del cuidador, tales como el agotamiento emocional, ansiedad, estrés crónico e incluso depresión” (García, 2025).

Además, diversos estudios recientes evidencian que los CPI “se enfrentan a una doble carga: el desgaste físico y psicológico asociado al cuidado y la falta de apoyo institucional, lo que refuerza las desigualdades estructurales, especialmente de género” (Martínez, 2025). Esto hace necesario la creación de políticas públicas que reconozcan, protejan y acompañen a los CPI mediante formación, recursos y contención psicosocial.

3.3 Técnicas de relajación (mindfulness)

El “mindfulness”, es una práctica psicológica basada en la atención plena, cuyo objetivo es desarrollar una conciencia abierta, receptiva y sin juicio hacia la experiencia presente. En si, es proveniente de tradiciones contemplativas orientales, especialmente del budismo, pero ha sido adaptada al contexto clínico y científico en Occidente principalmente por Jon Kabat-Zinn, quien lo define como "prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar" (Kabat-Zinn, 1994). Considerando nuestro ámbito más relevante que es el tema de salud mental, el mindfulness se ha integrado como componente central de diversas

intervenciones terapéuticas, como la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) y la Reducción del Estrés Basada en Mindfulness (MBSR), donde en sí, las técnicas han demostrado efectividad en el tratamiento de trastornos como la depresión, el trastorno de ansiedad generalizada, el estrés postraumático y el trastorno obsesivo-compulsivo (Gu et al., 2015; Khoury et al., 2013), donde se prueba que a través de la práctica constante, se favorece la autorregulación emocional, el desapego de pensamientos automáticos negativos y una mayor flexibilidad cognitiva, que en sí, son elementos clave para mejorar el bienestar psicológico y prevenir recaídas en trastornos mentales comunes. En sí, estas prácticas, centradas en la atención plena al momento presente sin juicio, permiten a las personas desarrollar una mayor conciencia de sus pensamientos, emociones y sensaciones corporales, facilitando una respuesta más consciente y menos reactiva ante situaciones estresantes.

Hablando con respecto a nuestros CPI, especialmente aquellos que asisten a personas con enfermedades crónicas, suelen estar expuestos a altos niveles de carga emocional, estrés y desgaste físico como fue mencionado anteriormente. En este contexto, las intervenciones basadas en mindfulness han emergido como estrategias efectivas para el autocuidado y la preservación del bienestar psicológico. La práctica del mindfulness permite a los cuidadores desarrollar una mayor conciencia del momento presente, disminuir la reactividad emocional y cultivar una actitud de aceptación hacia las dificultades cotidianas del rol de cuidado (Li, 2019). He incluso estudios han demostrado que los programas de mindfulness pueden reducir significativamente los síntomas de ansiedad, depresión y burnout en cuidadores informales, al mismo tiempo que mejoran su calidad de vida y su capacidad de respuesta empática (Whitebird et al., 2013; Losada et al., 2015).

3.4 Organización del tiempo

La organización del tiempo es una habilidad esencial para los CPI, ya que les permite equilibrar las múltiples responsabilidades asociadas al cuidado de personas dependientes con sus propias necesidades personales y familiares, donde gestionan de manera eficaz el tiempo y contribuyen a reducir la sobrecarga, prevenir el agotamiento emocional y mejorar la calidad de vida tanto del cuidador como de la persona dependiente, como redacta la IMSERSO “los cuidadores informales dedican una media de 49,3 horas semanales al cuidado, lo que equivale a una jornada laboral extendida sin remuneración. Esta carga horaria, sumada a la falta de apoyo institucional, puede generar altos niveles de estrés y afectar negativamente la salud física y mental del cuidador” (INMERSO, 2023).

También el hecho de la falta de formación específica en técnicas de organización del tiempo y manejo del estrés puede agravar la situación. Por ello, el implementar programas de capacitación que proporcionen a los cuidadores herramientas prácticas para planificar y distribuir sus actividades diarias de manera equilibrada son de gran ayuda, recordando que estas intervenciones no solo benefician al cuidador, sino que también mejoran la calidad del cuidado proporcionado a la persona dependiente.

En sí, lo que genera la organización es:

Reducir la sobrecarga emocional y física

Favorecer la salud mental y física del cuidador

Permitir conciliar la vida personal y social

3.5 Reconocimiento de límites

Reconocer los propios límites significa aceptar que no se puede estar disponible en todo momento, ni satisfacer cada necesidad de la persona dependiente sin consecuencias personales, donde implica también la capacidad de establecer fronteras saludables, tanto físicas como emocionales, y de ejercer el autocuidado sin culpa.

Muchos cuidadores informales asumen la responsabilidad total del cuidado, motivados por el afecto, la obligación moral o la falta de alternativas, y terminan sobrepasando su capacidad personal.

Hablar del reconocimiento de límites es hablar de lo esencial que esto es para preservar su bienestar físico y emocional, así como para garantizar la calidad del cuidado que brindan, ya que el establecer límites claros permite a los cuidadores gestionar sus responsabilidades de manera más eficiente, evitando la sobrecarga y el agotamiento, “los cuidadores informales que no reconocen sus propios límites pueden experimentar niveles elevados de ansiedad, lo que repercute negativamente en su salud mental y en su capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria y se destaca la importancia de la educación para la salud en el desarrollo de estrategias que ayuden a los cuidadores a establecer límites adecuados y a buscar apoyo cuando sea necesario.” (Ramos, 2021), además que “el autocuidado y el reconocimiento de los propios límites son fundamentales para prevenir el deterioro de la salud física y mental de los cuidadores informales” (Mendoza, 2022).

3.6 Identificación de redes de apoyo

Galicia, (2024) “Las redes de apoyo en salud mental son estructuras que brindan soporte emocional, material, cognitivo e instrumental a personas que atraviesan dificultades relacionadas con su bienestar psicológico.”

Las redes de apoyo son aquellas que brindan orientación, contención y acompañamiento cuando se está pasando por algún momento complejo, pueden estar conformadas por amigos, familiares o algún profesional de salud. Galicia, (2024) describe tres tipos de redes de apoyo, las cuales están definidas en primarias, secundarias y terciarias.

Red de apoyo primaria: está compuesta por profesionales de salud, en cual se caracteriza por brindar un tratamiento directo.

Red de apoyo secundaria: está compuesta por amistades y el círculo social más cercano, se caracteriza por tener un espacio más informal en donde existe la confianza de compartir emociones sin dejar de lado la compañía que este puede llegar a ofrecer.

Red de apoyo terciaria: por último, tenemos esta red que se caracteriza por un intercambio de experiencias con un grupo de personas que han experimentado situaciones similares

La identificación de redes de apoyo se convierte en una estrategia clave para aliviar la carga del cuidado y promover un bienestar integral del cuidador. Estas redes pueden ser formales, como los servicios de salud, profesionales de la atención, organizaciones sociales y gubernamentales; o informales, como familiares, amigos, vecinos y grupos de apoyo, donde el reconocer y activar estas redes permiten al CPI compartir responsabilidades, recibir orientación y sentirse acompañado en su labor “las redes socio-familiares brindan apoyos cognitivos, materiales, instrumentales y emocionales, los cuales son fundamentales para

reducir el malestar de los cuidadores y mejorar la calidad del cuidado proporcionado” (Romero, 2023).

El identificar las redes de apoyo como primer paso implica el reconocer la propia necesidad de ayuda, algo que muchos cuidadores, evitan hacer, y como segundo paso es el reconocer a las personas y recursos disponibles, estableciendo canales de comunicación con ellos. En si, estos pasos no son del todo sencillos, ya que se mantienen constantes los pensamientos como la culpa, el miedo al juicio o la sensación de que se está fallando si se pide ayuda “los cuidadores informales carece de redes de apoyo sólidas, lo que incrementa su vulnerabilidad y limita su capacidad para equilibrar las responsabilidades del cuidado con otras áreas de su vida.” (ENASIC, 2022).

3.7 Medidas de bienestar psicosocial

El bienestar psicosocial en sí, es el equilibrio entre los aspectos emocionales, sociales y mentales en la vida de una persona.

Para los CPI este bienestar puede verse afectado por la sobrecarga de tareas, el aislamiento social y el estrés crónico, por ello, aplicar medidas que favorezcan su bienestar psicosocial es fundamental tanto para su salud como para la calidad del cuidado que brindan.

Espacios de escucha y apoyo emocional: Los grupos de apoyo, la orientación psicológica y las terapias individuales son herramientas valiosas para procesar el impacto emocional del rol de cuidado.

Promoción del autocuidado: Fomentar rutinas que incluyan descanso, alimentación adecuada, actividad física y tiempo personal es clave.

Redes sociales y comunitarias: Mantener vínculos con familiares, amigos y la comunidad permite al cuidador mantenerse conectado con su identidad fuera del rol de cuidado.

Reconocimiento y valoración del rol del cuidador: Validar socialmente la labor del CPI y como contribuye a su autoestima y motivación.

Reiterando que las medidas de bienestar psicosocial buscan el construir condiciones de vida más saludables y sostenibles para los cuidadores. Promover su bienestar es una responsabilidad compartida entre la sociedad, las instituciones y el entorno más cercano.

3.7.1 Salud física y psicológica

La salud física y psicológica de los cuidadores está estrechamente relacionada, ya que el deterioro en una de estas puede afectar negativamente a la otra, creando un ciclo de sobrecarga que compromete tanto al cuidador como a la persona dependiente; ya que a menudo, estos cuidadores priorizan las necesidades de la persona a su cargo por encima de las propias, lo que puede llevar al deterioro progresivo de su bienestar general.

Salud física: El cuidado prolongado y sin apoyo adecuado puede llevar a los CPI a experimentar agotamiento físico, dolores musculares, trastornos del sueño y otras afecciones relacionadas con el estrés físico ya que “los cuidadores informales presentan mayor agotamiento y dificultades para realizar actividades que implican esfuerzo físico, como correr o levantar objetos pesados, debido a la carga constante del cuidado. (INAPAM, 2024). La falta de descanso adecuado y el estrés sostenido también debilitan el sistema inmunológico, lo que hace al cuidador más vulnerable a enfermedades comunes, por lo que es esencial que mantengan hábitos saludables como una dieta equilibrada, actividad física moderada y pausas de descanso regulares.

Salud psicológica: En el ámbito psicológico, los CPI suelen enfrentar la falta de descanso, el aislamiento social y la presión constante y pueden desencadenar síntomas como irritabilidad, insomnio y sentimientos de desesperanza.

3.7.2 Soledad

El sentimiento de soledad es una experiencia negativa que se percibe como una carencia emocional, ya sea porque las relaciones sociales que mantiene la persona son menores de las que serían deseables o porque no percibe el apoyo emocional suficiente de estas. (Palma, 2021.)

Si la soledad se vuelve crónica puede desencadenar otros problemas de salud que involucran aspectos físicos y mentales, tales como la depresión, ansiedad, deterioro cognitivo y enfermedades cardiovasculares.

Es importante diferenciar el sentimiento de soledad de otros términos relacionados que, en ocasiones, pueden haber sido considerados sinónimos, ya que, por ejemplo, vivir solo no es necesariamente indicativo de soledad. (Palma, 2021).

A lo largo de la investigación notamos que la mayoría de los cuidadores tienen sentimientos de soledad, ya que debido a su labor no tienen relaciones sociales ya que la mayor parte de su tiempo se lo dedica a velar por el bienestar de su dependiente, dando como resultado un aislamiento progresivo que los expone a la soledad. La importancia de abordar este tema dentro del contexto del cuidado radica en buscar alternativas que nos permitan reducir estos sentimientos de soledad ya que al volverse crónica genera el desgaste físico y emocional del cuidador.

3.7.3 Depresión

Vergel (2021), define la depresión como “la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.”

De igual manera se menciona que si por al menos dos semanas consecutivas prevalecen estados de ánimo en donde la persona se siente deprimida puede considerarse depresión siempre y cuando los síntomas sean intensos y alteren su funcionamiento. Es importante destacar que estos pueden ser causados por una combinación de factores genéticos, ambientales y psicológicos.

De acuerdo con el INEGI (2021), el COVID-19 desencadenó un aumento en los sentimientos de depresión, argumentando lo siguiente: “En 2018, 26.4 % de estas personas adultas mayores se identificó con depresión y en 2021, aumentó a 35.5 por ciento. De la población de 60 años y más que no enfermó de COVID-19, 29.3 % se identificó con sentimientos de depresión en 2018. En 2021, el porcentaje fue de 26.9%.”

La depresión en CPI representa una consecuencia emocional frecuente ya que están expuestos a sobrecarga, falta de apoyo y aislamiento social generando una falta de motivación y deteriorando su calidad de vida.

3.7.4 Ansiedad

En este contexto, podemos interpretar a la ansiedad como una respuesta emocional natural ante situaciones que percibimos como amenazantes o demasiado abrumadoras y que para los CPI puede convertirse en una experiencia frecuente e incluso crónica, dada la complejidad y

exigencia del papel que desempeñan y que “factores como el grado de dependencia de la persona cuidada, la falta de apoyo social y la sobrecarga emocional incrementan los niveles de ansiedad en los cuidadores” (Infobae, 2024).

El origen de la ansiedad para los CPI puede deberse a múltiples factores, pero en especial a la preocupación constante por la salud de la persona dependiente, la incertidumbre sobre el futuro, la sobrecarga de responsabilidades, la falta de descanso, y el sentimiento de estar solos en el cuidado.

Los síntomas de ansiedad pueden manifestarse de forma física como taquicardia, tensión muscular, insomnio, fatiga, y de manera cognitiva con pensamientos negativos repetitivos, dificultad para concentrarse, y en lo emocional con irritabilidad, tristeza, sensación de desborde y en su mayoría estos síntomas son extremadamente normalizados por los propios cuidadores, lo que impide buscar ayuda a tiempo.

3.7.5 Estrés

Desde un punto de vista fisiológico, “estrés” es cualquier situación que pone al cuerpo en estado de alerta. “Se trata de estados de malestar subjetivo, acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el periodo de adaptación a un cambio biográfico significativo o de un acontecimiento vital estresante” (Lopez,2022).

Tengamos en cuenta que el estrés es considerado a nivel mundial como un problema de salud pública, debido a que afecta a toda la población, sin distinción, recordemos que el estrés crónico es una forma de estrés prolongada y persistente que ocurre cuando una persona enfrenta situaciones o factores estresantes de manera constante durante un periodo de tiempo

prolongado que puede ir desde semanas, meses o años. Algunas causas que generan el estrés crónico son:

Sobrecarga de trabajo: Jornadas largas, tareas excesivas o plazos ajustados.

Relaciones tóxicas y familiares: Parejas, amistades o familiares que generan estrés y agotamiento emocional.

Cuidado de otros: Responsabilidad de cuidar a personas enfermas o dependientes.

Salud mental: Ansiedad, depresión u otros trastornos que pueden amplificar la percepción del estrés.

Todo lo mencionado anteriormente son alguna de las posibles causas por las que el estrés puede volverse crónico, recordemos que hay dos tipos, uno es el agudo que dura de manera temporal, y el crónico que dura un tiempo prolongado. Una población vulnerable de estrés crónico son los trabajadores bajo alta presión, mujeres, personas con enfermedades crónicas, adultos mayores, adolescentes y jóvenes, personas cuidadoras, entre otras, ya que estos están sometidos a niveles altos de tensión o presión de manera constante, sin poder gestionarlas o resolverlas adecuadamente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no sólo se refiere a la ausencia de enfermedad, sino también a las necesidades fundamentales de todos los sujetos: lo afectivo, lo sanitario, nutricional, social y cultural. (Torres, 2023). Un claro ejemplo de ello, es que cuando tenemos salud y bienestar, podemos disfrutar más de la vida, trabajar mejor y compartir momentos felices con los demás. También nos ayuda a prevenir enfermedades y a superar los problemas con más facilidad. Algunas estrategias que favorecen el bienestar son la atención plena o el mindfulness.

3.7.6 Sobrecarga emocional

Con los CPI, “la sobrecarga emocional es el resultado de combinaciones emocionales, físicas y sociales que surgen al cuidar a una persona enferma, especialmente si es de larga duración.” (Gómez, 2019)

Esta sobrecarga puede ser objetiva, relacionada con el número de tareas, la intensidad del cuidado, la duración diaria o la complejidad de las funciones asumidas; o subjetiva, vinculada a la percepción personal de estar abrumado, sin tiempo para uno mismo, y bajo un estrés constante.

Entre los factores que influyen en el desarrollo de esta sobrecarga se encuentran la falta de redes de apoyo, el escaso reconocimiento de su labor, la ausencia de formación específica, la alta dependencia del dependiente y el desequilibrio entre las exigencias del cuidado y los recursos personales disponibles.

4. Segunda etapa

En esta fase, se implementaron estrategias de acompañamiento psicoemocional dirigidas a los CPI, con el objetivo de fomentar el reconocimiento, la validación y la gestión de sus emociones.

El eje central fue la escritura emocional autorreflexiva, una técnica que permite a los participantes expresar sus vivencias internas y reflexionar sobre su rol de cuidado desde una perspectiva más compasiva y consciente. Esta herramienta, además de facilitar la expresión emocional, promueve el autoconocimiento y el desarrollo de recursos personales para afrontar el desgaste psicoemocional propio del cuidado informal.

4.1 Escritura emocional autorreflexiva

La terapia de “Escritura Emocional Autorreflexiva (EEA)” es un tipo de intervención alternativa aplicada para el tratamiento de trastornos ocasionados por eventos traumáticos. Por medio de la EEA se promueve que los pacientes traten los temas relacionados con su trauma. (Morales, 2024).

“En los últimos 20 años, un creciente volumen de literatura ha demostrado los efectos beneficiosos que tiene escribir sobre acontecimientos traumáticos o estresantes sobre la salud física y emocional.” (Baikie et al., 2005).

Pennebaker y Beall, realizaron un estudio sobre la escritura emocional en donde se escriben “las experiencias más traumáticas o perturbadoras” de toda su vida, esto durante 15 minutos por 4 días.

Baikie et al., (2005), señala que a menudo los participantes revelan una gama y profundidad considerable de traumas emocionales en su escritura, aunque muchos informan que la experiencia de escribir les molesta, también la encuentran valiosa y significativa.

La EEA es una herramienta valiosa para el autodescubrimiento y el bienestar emocional de las personas, ya que uno de sus objetivos principales es tener un mejor desarrollo de conciencia personal, gestión efectiva de las emociones y esto a su vez influyendo en la mejora de la calidad de vida, ya que contribuye al crecimiento emocional y personal por medio de la reestructuración cognitiva. (Fernández, 2020), menciona que la reestructuración cognitiva es una técnica de terapia psicológica, enfocada en moldear y cambiar el pensamiento negativo, o aquellos patrones de pensamiento que son nocivos para la persona, esta técnica se encuentra entre las más factibles y funcionales en la corriente psicológica cognitivo-conductual.

Es importante mencionar que para modelar dichos patrones se debe comenzar por identificar y reconocer, cuando no se trabaja con ellos, llegan a deteriorar la calidad de vida y afectar la manera en la que la persona percibe las cosas que suceden a su alrededor.

Para la aplicación de la EEA se realiza un escrito sobre algún evento traumático en el cual es necesario que la persona no solo describa objetivamente los acontecimientos, sino que exprese las emociones que ellos le causaron, por lo tanto se considera emocional, por otro lado tenemos el aspecto autorreflexivo en donde se debe buscar las causas de dicho acontecimientos y sus emociones, es importante tener presente estos dos aspectos ya que si se carece de alguno, la intervención llegaría a ser de bajo impacto.

“Con una práctica regular, se convierte en una herramienta transformadora para cultivar el bienestar emocional, mejorar la autocomprensión y fortalecer la resiliencia personal”

Este tipo de escritura permite a los cuidadores primarios, procesar sus emociones y encontrar un espacio libre y seguro para su autocuidado en medio de las tantas responsabilidades que conlleva su labor.

4.1.1 Ejercicio A

Se le pide que escriba sobre algún hecho de su vida (reciente o antiguo) que considere el más doloroso, mientras utilizaba la primera persona del singular, en este caso vendría siendo (*yo, mí, a mí*).

4.1.2 Ejercicio B

Se le pide que escriba sobre algún hecho de su vida (reciente o antiguo) que considere el más doloroso, utilizando la tercera persona (*él, ella, etc*).

4.1.3 Ejercicio C

Se le pide que escriba sobre algún hecho de su vida (reciente o antiguo) que considere el más doloroso, mientras utilizaba la primera persona del singular, en este caso vendría siendo (*yo, mí, a mí*), mientras ocupa un listado de palabras el cual contiene palabras positivas, negativas y de conexión.

4.1.4. Ejercicio D

Se le pide que escriba sobre algún hecho de su vida (reciente o antiguo) que considere el más doloroso, mientras utilizaba la primera persona del singular, en este caso vendría siendo (*yo, mí, a mí*), mientras ocupa un listado de palabras el cual contiene palabras positivas, negativas y de conexión, lo que lo hace diferente al ejercicio C es que, en esta ocasión, deberá plantearlo a manera de solución.

4.2 Reestructuración cognitiva.

“La reestructuración cognitiva es una técnica psicológica utilizada en terapia cognitivo-conductual que sirve para identificar y corregir los pensamientos disfuncionales o negativos, en la cual asumen que las creencias disfuncionales pueden causar alteraciones afectivas y conductuales” (Poza, 2019).

Esta técnica nos permite identificar patrones de pensamientos negativos o distorsionados que llegan a causar malestares emocionales y como consecuencia afectan el bienestar psicosocial de la persona. Dentro de esta, se buscan alternativas, mediante preguntas o ejercicios que hagan poner a prueba la veracidad de dichas creencias.

Es importante destacar que las creencias que se tienen ejercen una influencia en la manera en la que se percibe el mundo, desencadenando su forma de actuar y de sentir. Dentro de la intervención con los cuidadores se emplearon ejercicios de escritura emocional que nos permitieron identificar los pensamientos que llegan a afectar su percepción y buscar sustituirlas por interpretaciones más realistas.

4.3 Atención plena

La atención plena también conocida como mindfulness es una técnica de meditación que consiste en observar el presente sin juzgar y con aceptación ya que se busca facilitar la relajación del cuerpo y calmar la mente al buscar que las personas tomen conciencia del momento presente. (INCMNSZ, 2020). En diversas investigaciones se ha demostrado que los programas de reducción de estrés basados en atención plena son efectivos para disminuir el estrés y mejorar la calidad de vida.

Algunos objetivos que se buscan cumplir con la atención plena o mindfulness son:

Llevar la atención hacia nosotros mismos y hacia las experiencias que vivimos momento a momento.

Estar completamente presente y consciente de en dónde estamos sin reaccionar excesivamente o abrumados.

Ser consciente de cada una de nuestras sensaciones, pensamientos, sentimientos y lo que vivimos en el presente.

Aprender a aceptar las situaciones que nos ocurren y nuestra experiencia tal y como las vivimos sin querer cambiar nada de ellas. (INCMSZ, 2020).

Esta se puede practicar en una gran variedad de poblaciones que van desde niños, adolescentes, adultos, personas mayores etc, esto permite que su versatilidad se adapte a diferentes contextos y necesidades. Como se menciona, la atención plena se centra en

reconocer y aceptar los pensamientos, emociones y sensaciones corporales tal como son, con el objetivo de facilitar una conexión más profunda con uno mismo, por lo tanto, su práctica no solo promueve el bienestar físico y emocional, sino que también influye en las capacidad de vivir de manera más plena, consciente y equilibrada. En personas cuidadoras, les permite manejar el estrés emocional y físico que conlleva su labor, haciendo hincapié en que “el cuidado de los demás comienza con el cuidado de uno mismo.”

En conclusión, la atención plena es una práctica versátil que puede llegar a beneficiar a personas de todas las edades y de todos los contextos, es importante destacar que debido a su efectividad y que puede llegar a adaptarse en diferentes necesidades, sigue ganando popularidad para poder tener un mejor bienestar.

4.4 Malestar psicológico

El malestar psicológico en los CPI se manifiesta como un conjunto de síntomas emocionales y físicos que resultan de la carga continua del cuidado, resaltando donde no existen redes de apoyo suficientes. También en el cuidado informal se podría denominar al malestar psicológico como una forma de sufrimiento emocional.

Este malestar en sí, “incluye ansiedad, depresión, estrés crónico, insomnio, irritabilidad y agotamiento emocional, afectando tanto su salud mental como física” (Arias, 2023).

Estudios recientes de CPI: “presentan niveles significativamente altos de malestar psicológico en comparación con la población general, particularmente cuando se enfrentan al cuidado de personas con enfermedades crónicas o deterioro funcional severo.” (García-Gómez, 2022).

El malestar psicológico no siempre se manifiesta de forma un tanto evidente. Ya que puede comenzar como una sensación continua de cansancio, desánimo o irritabilidad. A

medida que se acumulan las exigencias del cuidado, este malestar puede intensificarse, dando lugar a síntomas como:

Tristeza prolongada o falta de motivación.

Ansiedad constante o sensación de estar en alerta permanente.

Problemas de sueño o de apetito.

Dificultad para concentrarse o tomar decisiones.

Sensación de culpa, frustración o impotencia.

Muchas veces, los CPI no reconocen estos síntomas como señales de alerta, ya que piensan que son “parte normal del cuidado” o sienten que no tienen derecho a quejarse porque lo hacen por amor o por deber. Sin embargo, ignorar el malestar psicológico solo lo agrava con el tiempo, y puede desembocar en cuadros más peligrosos como depresión, ansiedad generalizada o agotamiento emocional extremo.

“Estrategias como el acompañamiento psicoemocional, la escritura terapéutica y la conformación de redes de apoyo son herramientas clave para mitigar el impacto del malestar psicológico en este grupo” (Rodríguez-López & Rivera, 2021).

4.5 Afecto positivo

El afecto positivo hace referencia a la experiencia de emociones agradables como la alegría, la esperanza, la gratitud y el entusiasmo, “estas emociones contribuyen significativamente al bienestar psicosocial, promoviendo un mejor afrontamiento del estrés, relaciones

interpersonales más saludables y una actitud resiliente frente a las dificultades” (Fredrickson, 2020).

En el caso de los CPI, además que cumple un papel fundamental en la resiliencia y el bienestar de quienes cuidan, “el desarrollo de afecto positivo se ha asociado con una mayor tolerancia al malestar emocional, menor incidencia de ansiedad y una percepción más equilibrada del rol de cuidado” (Rivera & Montero, 2021).

El afecto positivo también “tiene implicaciones fisiológicas, como una mejor función inmunológica y cardiovascular, lo que convierte su promoción en una estrategia clave para la salud integral de los cuidadores” (Pressman & Jenkins, 2019). “Actividades como la escritura emocional, el mindfulness y la práctica de gratitud han demostrado eficacia en el fortalecimiento del afecto positivo, siendo herramientas recomendadas dentro de las intervenciones comunitarias enfocadas al bienestar” (Crespo & Rivas, 2021).

Estas emociones positivas actúan como un factor protector frente al estrés, ayudando al cuidador a sobrellevar las exigencias del día a día y a mantener la motivación para continuar, haciendo que sea una fuente poderosa de energía emocional para los CPI.

4.6 Afecto negativo

El afecto negativo según el Diccionario Médico de la Clínica Universidad de Navarra, se caracteriza por sensaciones emocionales adversas, incluyendo nerviosismo, miedo, disgusto, culpa e ira, en donde estas emociones forman parte de una dimensión general de malestar emocional y participación no placentera y estas emociones pueden manifestarse de manera transitoria o como disposiciones emocionales más estables, y su presencia elevada se asocia con diversos problemas de salud mental y física.

Los CPI están mayormente expuestos al afecto negativo debido a las demandas emocionales y físicas de su rol, “los cuidadores experimentan sentimientos y emociones negativas al cuidar a sus familiares, incluyendo ira, frustración, tristeza y desesperación. Además, cuidar a una persona aumenta significativamente la tasa de depresión y ansiedad, y estos sentimientos negativos se asocian con una forma más agresiva de prestar los cuidados.” (Noell, 2022)

No es sorpresa que los CPI al asumir responsabilidades intensas durante largos periodos de tiempo, pueden sentirse atrapados entre el amor por la persona cuidada y el cansancio que genera su rol, generando una ambivalencia emocional que esta entre el querer cuidar a su dependiente, pero a la vez sentirse un tanto irritados, y el verdadero problema no es sentir estas emociones, si no reprimirlas o negarlas, ya que si se acumulan sin un tipo de contención, puede afectar seriamente a su salud mental del cuidador y generar conflictos en las relaciones familiares.

4.7 Duelo

El duelo es considerado como una experiencia emocional compleja que surge ante la pérdida de un ser querido, en donde para los CPI este proceso tiene características particulares, ya que muchas veces el duelo comienza antes de la muerte, durante el mismo proceso de cuidado, especialmente cuando se acompaña a personas con enfermedades crónicas, degenerativas o en fase terminal.

Delgado, 2021. El duelo puede manifestarse ante la pérdida simbólica del estado de salud o autonomía de la persona cuidada. Lo anterior, se habla de duelo anticipado, y puede implicar tristeza, angustia, nostalgia o incluso sensación de vacío mientras la persona aún

vive, ya que el CPI comienza a despedirse poco a poco de aspectos gratificantes a través del diálogo, la movilidad, la memoria, la autonomía o la personalidad del dependiente.

Los tipos de duelo existentes se resumen en 3:

Duelo anticipado: Como se mencionó anteriormente, se basa en la idea antes de la pérdida en situaciones de enfermedades terminales.

Duelo complicado: Cuando el proceso de duelo se prolonga o intensifica, interfiriendo significativamente en la vida diaria.

Duelo no reconocido: Cuando la sociedad no valida la pérdida, como en el caso de la muerte de una mascota.

El no sobrellevar el proceso adecuado del duelo puede derivar en cuadros de depresión, ansiedad o en el denominado duelo complicado, que se prolonga e interfiere con el funcionamiento cotidiano. “La intervención psicológica oportuna, el reconocimiento social de la pérdida y el fortalecimiento de redes de apoyo son factores clave para una adaptación saludable al duelo” (García, 2023).

4.7.1 Etapas de duelo

Según la Revista Iberoamericana de Psicología reconoce cinco etapas por las que las personas suelen pasar durante el duelo:

Negación: Reacción inicial donde la persona se niega a aceptar la realidad de la pérdida, como un mecanismo de defensa para sobrellevar el impacto emocional.

Ira: Si la negación disminuye, surgen sentimientos de frustración y enojo, que pueden dirigirse hacia uno mismo, hacia otros o hacia la situación en general.

Negociación: La persona intenta encontrar formas de revertir o mitigar la pérdida, a menudo mediante pensamientos de "¿y si hubiera hecho esto?".

Depresión: Se experimenta una profunda tristeza, aislamiento y desesperanza.

Aceptación: Finalmente, la persona llega a un estado de paz con la realidad de la pérdida, lo que le permite seguir adelante con su vida.

Es importante entender que estas etapas no ocurren de forma lineal ni con igual intensidad en todos los casos. Además, el duelo entre cuidadores puede ser de manera prolongada y más compleja si no se cuenta con el suficiente apoyo.

5. Tercera etapa

La tercera etapa de la intervención comunitaria consiste en una fase grupal orientada al fortalecimiento de los vínculos entre cuidadores y al cierre del proceso de acompañamiento. La dimensión grupal no solo ofrece un entorno de contención emocional, sino que también potenció el reconocimiento de recursos personales y comunitarios que los CPI pueden activar en su red de apoyo

5.1 Reconocimiento de emociones

Reconocer las emociones es una forma de cuidar de uno mismo, ya que el escucharse con honestidad emocional permite vivir el cuidado con más equilibrio y bienestar,

El hecho de ponerle nombre a lo que se siente, es aceptar esas sensaciones sin juzgarlas y comprender de dónde vienen para así aliviar ciertas tensiones y también tomar decisiones más sanas y evitar que el malestar se acumule, y pueden aparecer emociones muy diversas como lo son la alegría, culpa, tristeza, entre otros.

Durante este reconocimiento es importante mencionar que ninguna emoción es considerada como “buena” o “mala” y que todas tienen una función como tal y lo importante son reconocerlas, validarlas y expresarlas.

5.2 La ira a partir del estrés

Para los CPI, una de las manifestaciones emocionales frecuentes derivadas del estrés constante que se genera sobre ellos es la ira, la cual puede surgir a través de la percepción de sobrecarga y falta de control sobre la situación de cuidado.

Desde una perspectiva neurocientífica, la ira puede ser una respuesta útil ante amenazas percibidas, ya que proporciona la energía necesaria para enfrentar situaciones difíciles, “cuando la ira se vuelve persistente y descontrolada, puede tener efectos negativos en la salud física y mental. Es importante aprender a reconocer y gestionar la ira de manera saludable para evitar consecuencias adversas.” (Castellanos, 2025).

La ira en los CPI no debe ser entendida como una emoción negativa en sí misma, sino como un indicador de malestar emocional profundo y se presenta de manera delicada por un principio, a través de irritabilidad constante, impaciencia, tensión corporal o reacciones desproporcionadas ante situaciones menores.

La ira en su mayoría de ocasiones, se presenta un impacto negativo tanto en la salud mental del cuidador como en la calidad del vínculo con el dependiente y, abordar la ira como una consecuencia comprensible del estrés y no como un fallo personal permite desestigmatizar esta emoción y abrir caminos para su procesamiento y manejo constructivo.

5.3 Regulación emocional

La regulación emocional se refiere a la capacidad de identificar, comprender, expresar y modificar las propias emociones “se refiere al proceso mediante el cual las personas influyen en las emociones que experimentan, cuándo las experimentan y cómo las expresan” (Gross, 2015). Esta habilidad es esencial para el bienestar psicológico, el manejo del estrés y la adaptación social, especialmente en contextos de alta demanda emocional como el cuidado informal. “Una adecuada regulación emocional permite responder de forma más flexible ante situaciones adversas, evitando reacciones impulsivas o desadaptativas” (Gutiérrez, 2020).

Para los CPI, “la regulación emocional contribuye a prevenir síntomas de agotamiento emocional, ansiedad y depresión, favoreciendo una mejor calidad del cuidado y del vínculo con la persona atendida” (Martínez, 2021).

Gross, 2015. La regulación emocional en cuidadores se asocia positivamente con menores niveles de sobrecarga percibida, mejor calidad del cuidado, y mayor resiliencia ante las dificultades.

5.4 Comunicación asertiva

Los CPI se enfrentan constantemente a situaciones en las que deben negociar tareas, solicitar ayuda, poner límites o expresar su malestar y en ausencia de las habilidades comunicativas adecuadas, estas situaciones pueden concluir en conflictos, malentendidos o en un silenciamiento de las propias necesidades, lo que incrementa el riesgo de sobrecarga y malestar psicológico, y la comunicación asertiva se define como "la capacidad para expresar sentimientos, ideas, opiniones, creencias, en situaciones interpersonales, de manera efectiva, directa, honesta y apropiada, sin que se genera agresividad o ansiedad" (Da Dalt & Anglat, 2002)

Este estilo de comunicación se basa en el respeto mutuo y el equilibrio entre los propios derechos y los de los demás, promoviendo relaciones interpersonales saludables y una resolución un tanto eficiente de conflictos, además de ser fundamental en diversos ámbitos de la vida, tanto en el personal como en el profesional, y como un pilar indispensable para la resolución de conflictos, la toma de decisiones y el establecimiento de límites saludables

5.5 Redes de apoyo

En el contexto dedicado hacia los CPI, el hablar respecto a las redes de apoyo es hablar con respecto al soporte emocional, práctico e informativo que se les brinda, ayudando a mitigar el estrés y la sobrecarga que conlleva el rol de cuidar a su dependiente. "Estas redes, conformadas por familiares, amigos, vecinos y profesionales, fortalecen la resiliencia del cuidador y mejoran la calidad de vida tanto del cuidador como de la persona dependiente" (Cháves, 2022).

El papel de una red de apoyo activa y funcional tiene como objetivo el disminuir la sensación de sobrecarga, reduciendo el aislamiento y contribuir a mejorar la salud mental del cuidador.

En sí, una red de apoyo tendría como seguimiento en el cuidador:

La distribución de responsabilidades, evitando la sobrecarga total del cuidado en una sola persona.

Reducción del estrés y la ansiedad, al sentir que no se está solo en el proceso del cuidado.

Acceso a la información para un cuidado más seguro.

Además, muchos CPI enfrentan dificultades para reconocer que la necesitan, ya sea por motivos culturales, emocionales o por la falta de servicios accesibles. Por ello, es fundamental promover este tipo de intervenciones comunitarias y espacios donde fortalezcan las redes de apoyo alrededor del cuidador.

5.6 Relaciones sanas

El conllevar relaciones sanas, es trabajar en temas como la comunicación abierta, el respeto mutuo, el apoyo de manera recíproca y la validación emocional, que como sabemos, generan una disminución significativa al estrés que conlleva el CPI, “los cuidadores primarios informales que mantienen relaciones interpersonales positivas presentan menores niveles de depresión, ansiedad y sobrecarga emocional, en comparación con aquellos que se sienten aislados o expuestos a vínculos conflictivos” (Pinquart & Sörensen, 2007)

Podremos definir también que las relaciones sanas favorecen además con habilidades positivas, como la comunicación asertiva, empatía, escucha activa y la negociación de responsabilidades en un entorno fácilmente más familiar. Además, como hemos visto anteriormente, es la capacidad de poner límites, expresar necesidades y buscar ayuda de manera oportuna resulta clave para evitar dinámicas disfuncionales que puedan afectar negativamente a dichas relaciones.

El fortalecimiento de relaciones sanas no solo actúa como factor protector frente al desgaste emocional, sino que también contribuye a una experiencia de cuidado más humanizada, empática y sostenible en el tiempo, recordando que son un gran soporte emocional.

5.7 Autocuidado

El autocuidado es preservar su salud física, emocional y social frente a las exigencias que implica el cuidado. “Este concepto hace referencia al conjunto de acciones que una persona realiza de manera intencional para mantener su bienestar, prevenir el agotamiento y promover una vida equilibrada” (Orem, 2001).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el autocuidado como “la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un profesional de la salud”. Este concepto implica una participación activa y consciente en la gestión de la propia salud y bienestar.

Como hemos visto anteriormente, el papel de CPI tiene como consecuencia el hecho que muchos cuidadores descuidan de sus propias necesidades, lo que incrementa el riesgo de

presentar síntomas de estrés crónico, fatiga, depresión, ansiedad y deterioro en la salud física y mental, donde en su mayoría se deja por lado el hecho de tener rutinas de descanso, una alimentación saludable, tiempo propio, vida social y espacios de apoyo emocional.

5.8 Sentido de pertenencia

Al tratarse de personas que muchas veces enfrentan el cuidado de manera solitaria y sin reconocimiento institucional, fomentar el sentido de pertenencia contribuye a reducir la sensación de aislamiento y a fortalecer una motivación con una buena regulación en la salud emocional, además de brindar soporte emocional y reforzar la identidad personal.

Como hemos visto, el cuidar de un ser querido en situación de dependencia puede implicar una alteración en el ámbito de reconocimiento del entorno social del cuidador, con la que puede generar como consecuencia la reducción de vínculos familiares y sociales, “la pérdida del sentido de pertenencia puede generar sentimientos de soledad, invisibilidad y desvinculación social. Por el contrario, cuando los cuidadores sienten que forman parte activa de un sistema de relaciones significativas, ya sea en el ámbito familiar, comunitario o institucional, experimentan mayores niveles de bienestar emocional y autoestima” (Haslam, 2009).

Cuando los CPI sienten que forman parte de una red, comunidad o grupo de apoyo, se identifican y hacen conciencia en que no están solos en su labor, lo que refuerza su identidad como cuidadores y mejora su resiliencia, “participar en espacios grupales, recibir acompañamiento profesional y contar con el respaldo de otras personas en situaciones similares favorece la construcción de un entorno emocionalmente seguro y contenedor” (Jiménez, 2022).

5.9 Sentido de comunidad

Un sentido de comunidad es la percepción de pertenecer a un grupo social en donde su fin es que las personas se sienten valoradas, apoyadas y capaces de influir en un entorno sin sentirse desplazados “se difiere a la comunidad como una estructura compuesta por cuatro elementos clave: pertenencia, influencia, integración de necesidades y conexión emocional compartida. En donde para los cuidadores informales, sentirse parte de una comunidad que comprende su experiencia, ya sea una red vecinal, grupo de cuidadores, institución local o espacio de apoyo puede reducir la sensación de soledad y aumentar la percepción de apoyo social real y percibido” (Pretty, 2006).

El hecho de ser parte de una comunidad, no solo se basa en desarrollar vínculos de manera de solidaridad, sino también en el intercambio de experiencias y estrategias, además que también se influye en el establecimiento y participación de actividades ya sean en ámbito sociales o recreativas que fomentan y alimentan la identidad individual del cuidador.

Según McMillan y Chavis (1986), el sentido de comunidad se compone de cuatro elementos clave:

Pertenencia: Sentirse aceptado y reconocido como parte integral del grupo.

Influencia: Creencia en la capacidad de afectar y ser afectado por la comunidad.

Integración y satisfacción de necesidades: Percepción de que la comunidad satisface las necesidades individuales y colectivas.

Conexión emocional compartida: Lazos afectivos desarrollados a través de experiencias compartidas y apoyo mutuo.

En general, el pertenecer a una comunidad y el hecho de sentirse identificado en ella, es fundamental para el desarrollo de sociedades resilientes, ya que el hecho de cultivar este sentimiento, no solo genera un sentido de bienestar individual, sino que también colectivo, además de promover distintos factores como una participación activa hacia su comunidad, promoción de la diversidad, una participación activa acompañada con una comunicación abierta, y como mencionamos anteriormente, con el desarrollo de redes de apoyo.

5.10 Identidad grupal

La identidad grupal es similar al sentido de comunidad, solo hablando con sentimiento de pertenencia y conexión psicológica que las personas desarrollan al reconocerse como parte de un grupo social específico.

Sin embargo, cuando logran identificarse con otros cuidadores y construir una identidad grupal positiva, esta se convierte en un recurso psicosocial que tiene en parte una finalidad de reducir malestar y promover la solidaridad, ya que si se observa que se comparten aspectos en común y el hecho de sentirse comprendido fortalece su sentido de pertenecer a la identidad grupal, “en base a la identidad grupal no solo se proporciona apoyo emocional, sino que también influye en la forma en que las personas interpretan sus experiencias, enfrentan el estrés y se implican en acciones colectivas” (Jetten,2012). Para los CPI, esto puede traducirse en una mayor disposición a buscar ayuda, participar en redes comunitarias y defender sus derechos como parte de un grupo que hace superación a lo individual.

En sí, ofrece a los CPI un marco de significado compartido junto con una validación emocional transformado en un recurso esencial para afrontar los desafíos que se ejercen a través del cuidado.

La construcción de este, permite disminuir la percepción de aislamiento, una problemática común en estos contextos, y aumenta la percepción de autoeficacia al validar sus conocimientos, habilidades y emociones. Además, “promueve una cultura de cuidado colectivo, en la que los miembros del grupo se sienten responsables no solo del bienestar de sus familiares o personas a cargo, sino también de sí mismos y del grupo en general”. (González & Ruiz, 2020).

6. Contexto

La presente investigación se llevó a cabo en San Miguel Teotongo, una colonia situada en la alcaldía Iztapalapa, en la Ciudad de México. El acceso a la comunidad fue relativamente sencillo gracias al respaldo de la alcaldía y al apoyo de la organización vecinal conocida como la Unión de Colonos.

Esta zona cuenta con servicios esenciales y diversas formas de asistencia social, tanto gubernamentales como de instituciones religiosas, además del respaldo de los propios habitantes mediante su organización comunitaria.

Las vías a las cuales se nos fueron asignadas son concurridas por vehículos y peatones en donde en ellas se ubican distintos comercios como panaderías, varias tiendas de abarrotes, carnicerías, comercios familiares, entre otros.

La topografía de la zona, en general presenta muchas pendientes, ya que están construidas sobre un cerro. Algunas zonas requieren mantenimiento debido al desgaste del tiempo. Caminar por la zona puede resultar complicado, ya que muchas banquetas están obstruidas por construcciones improvisadas, puestos ambulantes, escombros o materiales de obra. Además, la inclinación del terreno dificulta la movilidad peatonal, lo que genera una

sensación constante de estrés debido al flujo de personas y a las condiciones del espacio público.

6.1 Escenario

El espacio designado como punto de encuentro principal para los integrantes del año terminal fue el Museo Comunitario de San Miguel Teotongo. Este recinto, gestionado por la organización local junto con la participación activa de los vecinos, sirve como sede para una variedad de actividades culturales, recreativas y académicas. Cuenta con áreas verdes amplias, sanitarios y un salón de usos múltiples que facilita el desarrollo de eventos comunitarios.

Durante las dos primeras fases del proyecto, tanto los estudiantes del año terminal como el cuerpo docente se reunieron en este lugar para coordinar y planificar las acciones a realizar antes de iniciar el trabajo de campo, así como para afinar las indicaciones según el calendario establecido. Posteriormente, se organizaron encuentros para compartir experiencias, plantear dudas, intercambiar sugerencias y discutir estrategias ante las situaciones específicas que surgían en cada día.

El museo también contó con presencia policial los días en que se llevaban a cabo estas actividades, lo cual brindó un ambiente de mayor tranquilidad y seguridad para todos los involucrados.

Es importante mencionar que en estas primeras etapas las reuniones con el equipo de trabajo fueron grupales, tanto antes como después del trabajo en campo. Sin embargo, las sesiones con los participantes del estudio se realizaron de manera individual y en sus respectivos domicilios, los cuales estaban distribuidos en distintas calles de la colonia San Miguel Teotongo.

Ya en la tercera etapa, se organizaron encuentros grupales donde participaron tanto los cuidadores como los estudiantes y profesores. Estas sesiones se realizaron nuevamente en el Museo Comunitario, en un horario de 10:00 a.m. a 11:30 p.m., y estuvieron centradas en promover el bienestar psicosocial y fortalecer la convivencia entre los asistentes a través de diversas dinámicas grupales.

7. Objetivos

Los objetivos de esta investigación definen el propósito central del estudio y orientan el desarrollo metodológico y teórico del mismo. A través de ellos, establecimos las metas que se buscan alcanzar, permitiendo delimitar el enfoque, organizar los contenidos y evaluar los resultados obtenidos. En esta investigación, los objetivos están dirigidos a comprender y analizar las experiencias psicosociales de los cuidadores primarios informales (CPI), así como identificar factores que influyen en su bienestar, tales como el autocuidado, la identidad grupal y el apoyo social.

La formulación de los siguientes objetivos generales y específicos responde a la necesidad de visibilizar esta labor y generar conocimiento útil para el diseño de estrategias de intervención y acompañamiento.

7.1 Objetivo general

Vincular la formación profesional del Psicólogo Social de la UAM-I con proyectos de política social y colaboración con el mejoramiento de la calidad de vida de los cuidadores y

personas dependientes de San Miguel Teotongo a través de intervenciones psicosociales de salud.

7.2 Objetivos específicos.

- ✓ Fomentar el autocuidado y regulación emocional por medio de técnicas y estrategias psicosociales.
- ✓ Reducir los niveles de sobrecarga favoreciendo el bienestar emocional mediante técnicas psicoeducativas con el propósito de disminuir el estrés y ansiedad que genera el cuidado.
- ✓ Crear un espacio donde los CPI puedan compartir sus experiencias y recibir apoyo emocional, aumentando el apoyo social y así, construyendo redes de apoyo.

8. Metodología

Para llevar a cabo este proceso de intervención comunitaria con los cuidadores primarios informales, se utilizó un enfoque basado en la Investigación Acción Participativa (IAP), entendida como una estrategia que combina la generación de conocimiento con procesos educativos y transformadores de la realidad social. Esta metodología se caracteriza por integrar métodos cuantitativos y cualitativos, lo que permite abordar los fenómenos desde múltiples perspectivas.

El enfoque parte del compromiso con el cambio social, promoviendo la implicación activa del psicólogo social en conjunto con la comunidad, en un proceso de construcción

colectiva orientado a la mejora de las condiciones de vida. A través de la reflexión compartida, se generaron espacios que facilitaron la participación tanto de los miembros de la comunidad como de los profesionales involucrados.

Esta dinámica colaborativa favoreció un vínculo constante con los participantes, permitiendo además la inclusión espontánea de nuevos integrantes a lo largo del desarrollo en territorio.

8.1 Planteamiento del problema

En San Miguel Teotongo, una de las colonias de la alcaldía Iztapalapa de la Ciudad de México, habita una significativa población de personas en situación de dependencia, adultos mayores, personas con discapacidad o enfermedades crónicas, que requieren cuidados constantes para el desarrollo de sus actividades diarias. Esta responsabilidad suele recaer en cuidadores primarios informales, generalmente familiares, que asumen esta labor sin una preparación profesional previa, sin remuneración económica y con recursos limitados tanto materiales como emocionales.

Los cuidadores informales enfrentan una gran variedad de tensiones derivadas del cuidado continuo: desgaste físico, afectaciones psicológicas, aislamiento social y sobrecarga emocional. Estas condiciones, se agravan por la ausencia de mecanismos de intervención psicosocial que reconozcan sus necesidades y les ofrezcan herramientas para mejorar su bienestar.

Frente a este contexto, se identifica una desconexión entre la formación académica del psicólogo social y las problemáticas reales que enfrentan las comunidades vulnerables, como es el caso de los cuidadores informales en San Miguel Teotongo. Esta brecha representa una

oportunidad para articular proyectos que vinculen la universidad con la comunidad, mediante intervenciones que promuevan procesos de transformación social.

Por ello, el problema central que da origen a esta investigación es: ¿Cómo puede la formación profesional del Psicólogo Social articularse con intervenciones psicosociales de salud que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de los cuidadores primarios informales y de las personas en situación de dependencia en San Miguel Teotongo?

8.1.1 Hipótesis.

Los cuidadores primarios (CPI) que participaron en el programa de intervención psicosocial, mostraron una disminución significativa en los niveles de sobrecarga, ansiedad y estrés, en comparación con los niveles registrados al inicio del programa.

8.1.2 Justificación

La presente investigación se desarrolló con cuidadores primarios informales de la comunidad de San Miguel Teotongo ubicada en la alcaldía Iztapalapa CDMX; dicha intervención tuvo como objetivo brindar estrategias dirigidas hacia cuidadores primarios informales, es decir, personas que suelen desarrollarse sin el respaldo institucional adecuado, sin formación especializada y en condiciones de precariedad física, emocional y social, lo que impacta negativamente en la calidad de vida tanto de los cuidadores como de quienes reciben los cuidados, y en donde San Miguel Teotongo al ser una comunidad con marcadas carencias sociales y limitado acceso a servicios de salud integrales, evidencia con mayor fuerza estas problemáticas. En este contexto, resulta urgente diseñar e implementar estrategias de intervención psicosocial que no solo reconozcan las necesidades de los cuidadores

informales, sino que también promuevan su fortalecimiento personal, comunitario y colectivo.

Desde una perspectiva académica y socialmente comprometida, esta investigación adquiere relevancia al buscar articular la formación profesional del Psicólogo Social de la Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa con las necesidades reales de la comunidad. Al adoptar un enfoque de Investigación Acción Participativa, donde privilegia el trabajo conjunto con los actores sociales involucrados, generando conocimientos útiles y prácticas transformadoras que favorezcan procesos de mejora sostenibles.

Así, el presente proyecto no solo responde a una necesidad social apremiante, sino que también fortalece el vínculo universidad-comunidad, fomentando la responsabilidad social universitaria y ofrece a los futuros profesionales una experiencia formativa significativa en contextos reales de intervención.

8.2 Población de estudio

La población con la que se trabajó en esta intervención está compuesta por cuidadores primarios informales del área de San Miguel Teotongo. Se trata de personas que asumen, de manera no profesional y sin pertenecer a instituciones de salud, el cuidado cotidiano de familiares o conocidos en situación de dependencia, ya sea por edad avanzada, discapacidad o enfermedades crónicas.

Durante el trabajo de campo, la identificación de esta población se realizó mediante recorridos comunitarios, visitas domiciliarias y contacto directo con las familias, a fin de reconocer a quienes cumplían con estas funciones dentro de sus hogares. Esta estrategia

permitió acercarse de manera respetuosa y directa a una población frecuentemente invisibilizada por las políticas públicas y carente de redes de apoyo formal.

8.3 Participantes

8.3.1 Participantes: Etapa 1

Se ocupó una muestra no probabilística por conveniencia con una población que cumpliera con la descripción de un cuidador primario informal (CPI), que residan en la colonia San Miguel Teotongo, ubicada en la alcaldía Iztapalapa de la Ciudad de México.

Participó un total de 51 CPI de personas con alguna discapacidad y adultos mayores (43 mujeres y 8 hombres) de manera voluntaria con una edad media de 57, entre el rango de los 18 años a los 86 años, con una media de 52.94 de escolaridad de nivel básico, y donde un 47.06% se encuentra casada.

Presentación de caso I

CPI 1. Luis Justino Méndez Rosas

Edad: 60 años

Sexo: Hombre

Tiempo de ser cuidador: 12 años

Padecimientos: Anemia y desnutrición



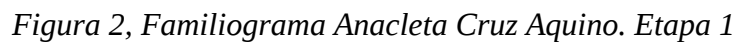
CPI 2. Anacleta Cruz Aquino

Sexo: Mujer

Padecimientos: Diabetes, hipertensión, Ácido Úrico.

ITEMS:

- ~~~~~ Conflicto.
- Relación.
- ≡ Afecto intenso.
- == Afecto.
- ~~~~> Amor-odio.
- - - Distante.
- Hombre.
- Mujer.
- X Fallecimiento.
- Habitan en el mismo hogar.



Padecimiento: Tiene una contractura.

Julio es cuidador de su abuelo, quien ha padecido por una embolia cerebral, preinfarto y fue diagnosticado con pancreatitis y gastroenteritis. No trabaja por tener un cuidado hacia su abuelo, ya que en ocasiones llegaba a sentirse mal y tiene que acudir al hospital de inmediato. Cuenta con el apoyo de sus primas: una de ellas lo apoya económicamente y otra en ocasiones acudía a su hogar para ayudarle con las labores del cuidado. Solo tiene un amigo al que vio desde el año pasado (2023) Se considera una persona asocial, ya que no comparte gustos con otras personas. Se ha visto dispuesto al hecho de ampliar su red de apoyo.

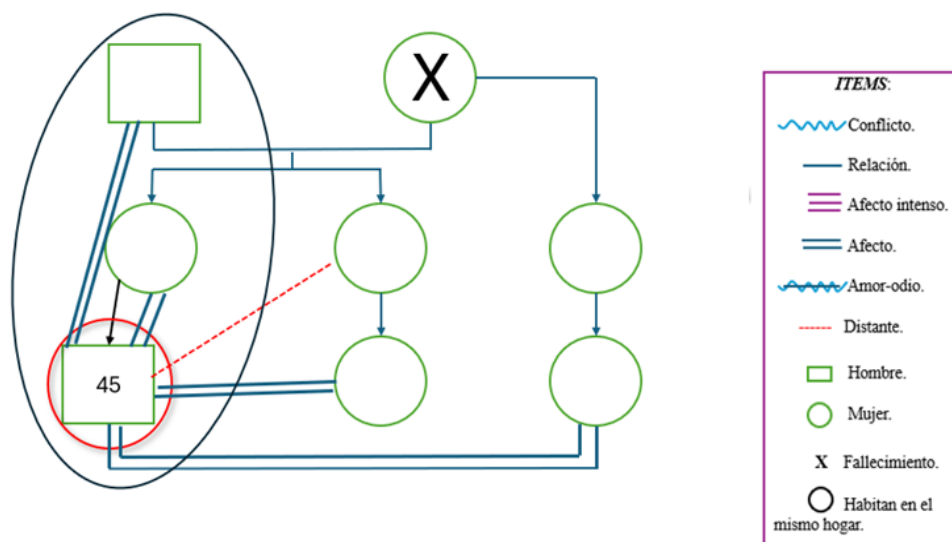


Figura 3. Familiograma Julio Sergio Flores. Etapa 1

8.3.2 Participantes: Etapa 2

Se utilizó una muestra no probabilística por conveniencia, en la cual participaron cuidadores primarios de la localidad San Miguel Teotongo, ubicada en la alcaldía Iztapalapa, Ciudad de México. Se contó con la participación de 49 cuidadores primarios informales y auto cuidadores (41 mujeres y 8 hombres) de manera voluntaria, con una edad media de 54 años con un rango de 18 a 86 años, con al menos un año de ser cuidadores informales, con una

media de “17” de escolaridad de nivel básico y donde un “47.06%” se encuentra casada/o. Se mantuvo la privacidad y confidencialidad de los datos de los participantes.

Presentación de caso I

CP1: Lucia Angelica López

Sexo: Femenino.

Edad: 54 años.

Años de ser cuidadora: 10 años.

Padecimiento: Diabetes y trombosis.

Angelica es cuidadora de 54 años quien tiene diabetes y trombosis, cuida de su suegra la cual tiene 73 años, empezó a cuidarla desde hace 10 años, su relación con ella no es tan buena, procura sólo interactúa con ella cuando necesita que la acompañe a ciertos lugares, fuera de eso trata de no convivir tanto, dentro de las redes de apoyo cuenta con su hijo e hija quienes están para ella cuando lo necesita, aunque uno de sus hijo es una de sus fuentes de estrés puesto que en dos ocasiones a intentado quitarse la vida y eso le genera estrés por estar al pendiente de él, también cuenta con una amiga con la que va a hacerse masajes.

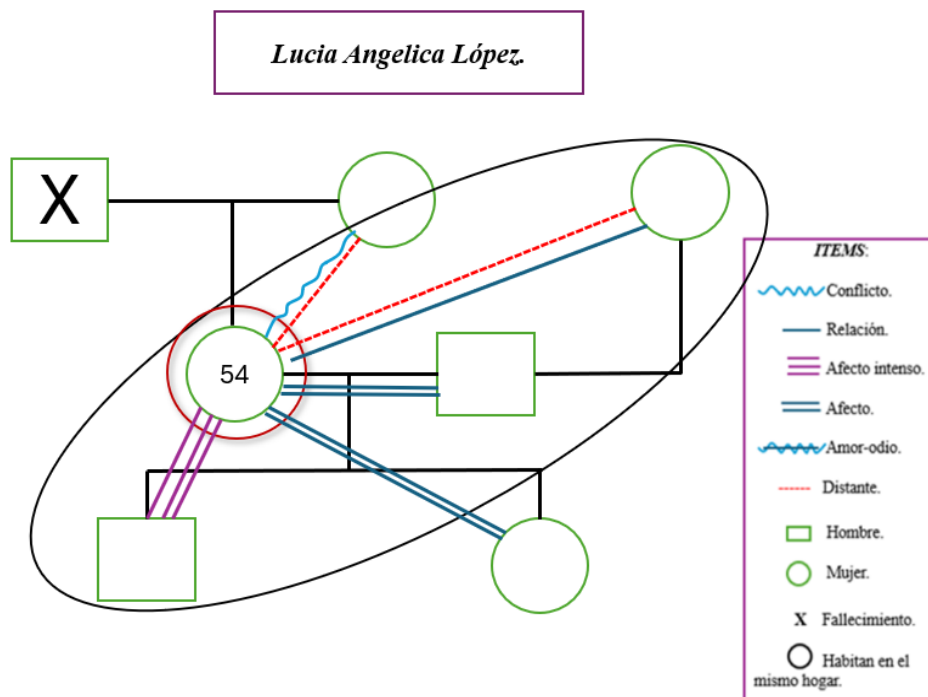


Figura 4. Familiograma Lucia Angelica López. Etapa 2

Presentación de caso II

CP2: Julio Sergio Flores.

Sexo: Masculino.

Edad: 45 años.

Años de ser cuidador: 3 años.

Padecimiento: Tiene una contractura.

Julio era cuidador de su abuelo, quien pasó por una embolia cerebral, preinfarto y fue diagnosticado con pancreatitis y gastroenteritis. (falleció el 29-11-24) No trabajaba por tener

que cuidar a su abuelo, que en ocasiones llegaba a sentirse mal y tenía que acudir al hospital de inmediato. Cuenta con el apoyo de sus primas: una de ellas lo apoya económicamente y otra en ocasiones acudía a su hogar para ayudarle con las labores del cuidado. Solo tiene un amigo al que vio desde el año pasado (2023) Se considera una persona asocial, ya que no comparte gustos con otras personas. Se ha visto dispuesto al hecho de ampliar su red de apoyo. (En la imagen 4, se detalla la dinámica familiar).

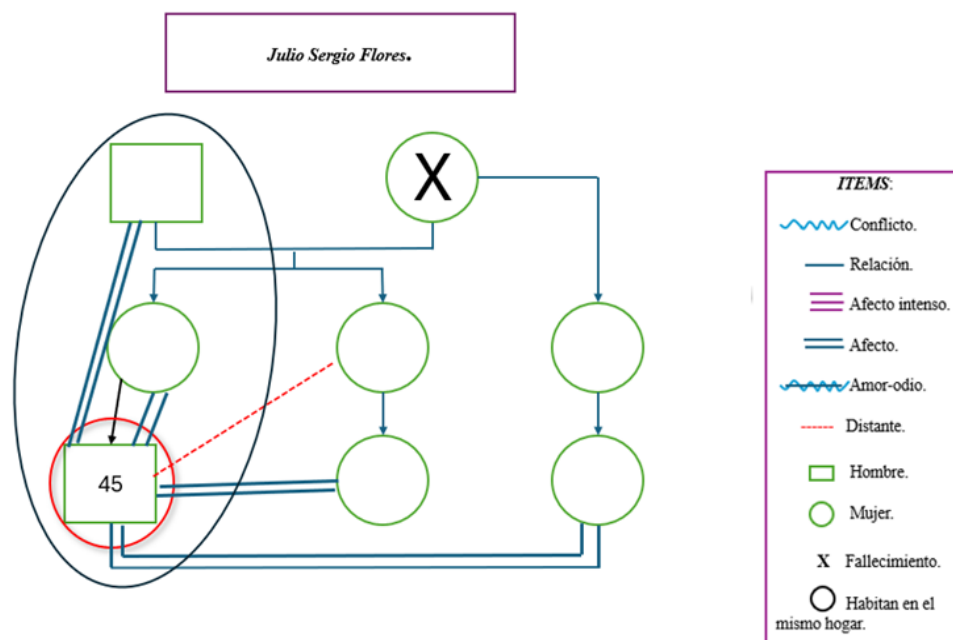


Figura 5. Familiograma Julio Sergio Flores. Etapa 2

Presentación de caso III

CPI 3: Anacleta Cruz Aquino

Sexo: Mujer

Edad: 74 años

Años de ser cuidador: 20 años

Padecimientos: Diabetes, hipertensión, Ácido Úrico.

Ana, es una madre de 3 hijos donde juntos cuidaba de su esposo de Anacleto, que sufría de ciática y constantemente estaba en operaciones, desafortunadamente perdió la vida el día 15 de octubre del 2024. Presenta altos niveles de estrés, ansiedad, soledad y depresión, comentando en varias ocasiones que la principal fuente de estrés había sido su esposo con quien llevaba una relación bastante conflictiva, dejando de lado su salud como adulto mayor y como cuidadora dando el 100% de su tiempo dedicado al cuidado de su esposo. (En la figura, se detalla la dinámica familiar).

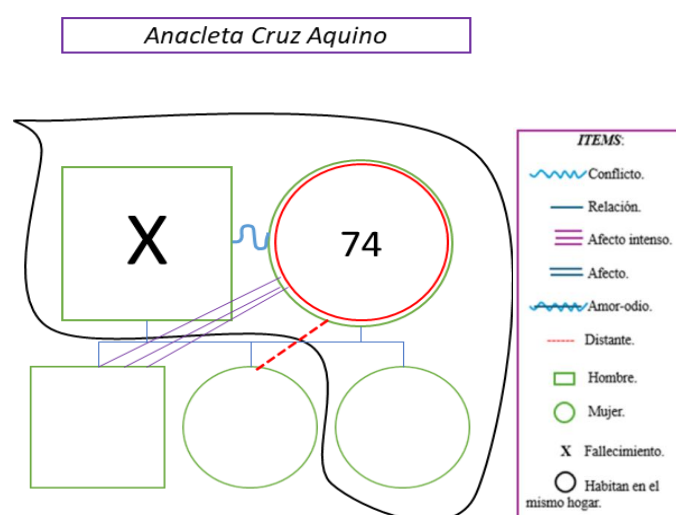


Figura 6. Familiograma Anacleto Cruz Aquino. Etapa 2

8.3.3 Participantes: Etapa 3

La tercera etapa de esta intervención se realizó de manera grupal, es decir, todos los cuidadores fueron reunidos en un espacio denominado Museo.

En esta etapa participó un total de 17 cuidadores que acudieron en base a las sesiones (14 mujeres y 3 hombres), todos de manera voluntaria con una media de 60.41, y una desviación estándar de 14.67, entre un rango de edad de 38 a 86 años, con una media de escolaridad básica del 23.53% y donde el 29.41% se encontraban casados.

8.3.3.1 Caso exclusivo independiente

Durante la intervención con base a la tercera etapa, ocurrió un pequeño percance, donde accidentalmente una de las cuidadoras del grupo denominado “Museo” difundió un aviso en base a carteles y grupos de redes sociales (WhatsApp y Facebook) donde mencionó que se impartían sesiones psicológicas gratuitas en nuestro centro de reunión. Dichos avisos por parte de la cuidadora no fueron específicos ya que el tema central era en base a los CPI, donde en la sesión tuvimos la presencia de alrededor 20 personas, en donde nosotros como psicólogos sociales, tuvimos que intervenir de manera improvisada con base a este acontecimiento.

Durante el transcurso de la sesión, pudimos percatarnos de 2 casos que denominaremos como luz roja. La primera de una chica de 16 años que presentaba tendencias suicidas acompañada por su padre y hermana, y la segunda chica que acudía por situaciones de ansiedad y depresión (que comento durante la sesión), y dichas chicas fueron canalizadas después de la sesión grupal, donde la segunda chica antes mencionada quedo a resguardo de Joana Yamilet García Castillo.

A continuación, se presenta el reporte:

Damaris Sánchez, chica de 21 años donde como primer tema de conversación señala que padece esquizofrenia, depresión diagnosticada a nivel clínico, ansiedad,

estrespostraumatico, TID y trastorno de la personalidad. Empieza a comentar que sufre de diversos padecimientos ya que solo en su momento comentó "no la he pasado muy padre que digamos durante mi pasado". Tras la fluidez de la plática, comenta que a pesar de ver la publicación siendo de otra colonia vecina de San Miguel Teotongo, decidió asistir a la sesión ya que es su sueño poder ayudar de manera emocional a sus sobrinos de 15 y 13 años, recalcando que "me recuerdan a mí por porque su familia no los apoya, y no quiero que pasen lo que yo".

Mientras fluía la conversación se comenzó a notar que su voz poco a poco se comenzaba a "quebrar", contenía de igual forma el llorar, además que esto era mientras comentaba que ha sido de su vida. Llega un momento donde solo comenta con lágrimas "Es que fue el novio de mi hermana, él fue", por la confusión un poco de la plática realizó la pregunta de "qué fue el?", a lo que comento, "el ayer entro al cuarto de mi mamá, yo estaba alado y el olía feo, en la noche, ayer, me empezó a agarrar aquí (comenzando a señalar sus piernas) y yo no quería", todo esto acompañado de lágrimas continuas.

Al poderse autorregular (teniendo esto una duración de 15 minutos aproximadamente), comienza a comentar que a los 5 años ella sufrió su primer abuso sexual por parte de su cuñado, y que desde esa edad comenzó a tener estímulos sexuales, además que los abusos eran de manera consistente. A la edad de 7 años, al querer mencionarle a su madre el abuso que sufría por parte de su cuñado, comenta que la mamá no le dio importancia por ser solo una niña, así que como acto consecuente comento que se dirigió a la cocina, saco un cuchillo, se realizó un corte sobre las muñecas y durmió en la noche, comenta "por desgracia desperté" y relata que al ver que su madre no se da cuenta de sus heridas, ella sola las comienza a tratar, señalando de esta manera, uno de sus primeros intentos de suicidio.

Relata que para la edad de 15 años realizó su segundo intento de suicidio, ya que en la misma habitación que dormía con su mamá, llegó ebrio su padrastro, y al ella escuchar como tenía relaciones sexuales con su mamá, intento dormir, pero comenzó a notar que algo la tocaba y que "lo hizo" sin un poco más que relatar, solo finaliza con que ese fue el primer abuso sexual por parte de su padrastro.

Continúo relatando sus procesos con psicólogos y psiquiatras, dijo que en uno de los diagnósticos le comentaron que su cerebro se encontraba fragmentado, a lo que no sabía a qué se refería, fue de ahí donde comentó qué por pequeños lapsos de tiempo disociada, pero sabía que no era ella si no alguien más, estas personalidades tienen nombres y características.

Tenemos primero a Damaris, ella en presente, chica de 21 años con todos los padecimientos antes mencionados.

Segundo, Alexia, una chica entre los 25 a 30 años, señala ser prepotente y de emociones agresivas.

Tercero Zaid, un chico solitario de 16 a 18 años.

Y por último Luna, una niña de 5 años que busca afecto entre quienes la rodean.

Señala que Luna es su favorita (mencionando que gusta que, aun siendo Damaris, le digan Luna) ya que Luna es tranquila, y es solo una niña.

Al finalizar la sesión comenta que ella vendrá al siguiente miércoles comentando que "Luna se encariño contigo", y que siempre era bueno tener una amiga en quien confiar todo.

Segunda sesión

Al momento de la segunda sesión, solo ella por parte del resto de cuidadores se presentó a la sesión.

Durante toda la plática durante un lapso de tiempo de una hora donde se mantuvo un dialogo, comentaba situaciones con respecto a su familia, su pareja, sus amigos, su situación actual y le hecho de que se sentía más en el ámbito de amistad con Joana Yamilet, en vez de pensar que recurría a una terapia psicológica de manera clínica. Al finalizar, se le hizo la invitación para integrarse a partir de la siguiente semana hacía las sesiones grupales por parte del Museo, a lo cual accedió.

Tercera sesión

La siguiente sesión quedó a cargo de diadas que también realizaron intervención en museo, en donde se notaba a Damaris de manera tranquila y de cierta forma adaptándose hacia un nuevo lugar seguro.

Cuarta sesión

Se realizó de la misma manera que la tercera sesión, pero percatamos que Damaris se desenvolvió de manera eficaz, sin preocupación y de manera consistente en el ámbito de participación en el grupo. Al finalizar la sesión grupal, comenta que es posible ya no poder acudir a las siguientes con respecto a su trabajo.

Tras el transcurso de las siguientes 3 semanas se mantuvo contacto a base de llamadas telefónicas para dar un seguimiento con respecto a su caso, no sin antes mencionar que solo se le brindaba un acompañamiento, sin salir aun del papel de psicólogo social.

8.4 Muestreo

El tipo de muestreo empleado en este estudio fue no probabilístico, por conveniencia y criterio, adecuado para investigaciones cualitativas y de intervención comunitaria donde se requiere un contacto directo con la comunidad.

Esta estrategia permitió identificar y seleccionar a personas que cumplieran con las características definidas como cuidadores primarios informales, es decir, aquellas que asumen el cuidado continuo de un familiar o conocido en situación de dependencia, sin recibir una compensación económica formal ni pertenecer al sistema de salud institucional.

La elección de los participantes se basó en criterios fundamentales como;

Accesibilidad: se seleccionaron cuidadores que residieron en San Miguel Teotongo y que estuvieran dispuestos a participar en las actividades propuestas.

Relevancia para el estudio: se incluyeron únicamente personas que ejercieran un rol activo y constante en el cuidado de personas dependientes.

Diversidad de experiencias: se buscó incluir participantes con distintas trayectorias, edades y situaciones familiares, a fin de captar una variedad de experiencias dentro del fenómeno estudiado.

El proceso de selección se llevó a cabo mediante recorridos por la colonia y entrevistas informales en distintos hogares, en las que se explicó el objetivo del proyecto y se identificó a personas interesadas en formar parte del mismo. Este enfoque permitió una aproximación respetuosa y contextualizada, coherente con los principios de la Investigación Acción Participativa, al reconocer a la comunidad como protagonista del proceso.

8.5 Criterios de exclusión

Para delimitar de manera más adecuada y garantizar la participación activa de los CPI, se establecieron criterios de exclusión para llevar un mejor seguimiento. Se descartó a personas que no tuvieron una asistencia recurrente (menos de 6 asistencias por etapa). Por otro lado, también quedaron fuera aquellos que por motivos personales no pudieron continuar con las sesiones individuales o grupales.

8.6 Diseño

Durante las tres etapas de la intervención se empleó un método cuasi experimental, con un diseño pre-post, teniendo por objetivo obtener una evaluación psicosocial de los cuidadores primarios informales.

Las dos primeras fases se trabajaron de manera individual, mientras que la última fase se realizó de manera grupal en donde se aplicaron instrumentos antes y después de la intervención, para finalmente hacer una comparación, todo esto con el propósito de identificar cambios en las dimensiones trabajadas.

8.7 Instrumentos

En el contexto de la investigación psicosocial con enfoque participativo, la aplicación de instrumentos cumplió con la función clave de facilitar la recolección sistemática de datos relevantes sobre la realidad que se desea comprender e intervenir. La aplicación de instrumentos permitió conocer de forma más profunda las experiencias, percepciones, emociones, necesidades y dinámicas de los cuidadores primarios informales, en relación con su labor cotidiana y su contexto social.

Además, que, en base a esta investigación, la aplicación de instrumentos permitió vincular la teoría con la práctica, fortaleciendo el rol del psicólogo social como mediador entre el conocimiento académico y la transformación de la realidad comunitaria.

8.7.1 Instrumentos: Etapa 1

Para la valoración psicosocial en esta primera etapa, se llevó a cabo con los siguientes instrumentos psicométricos:

Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit y Zarit. el cual se encarga de evaluar la carga de los cuidadores primarios, que cuenta con 22 preguntas con 5 respuestas en escala de Likert con una puntuación del 1 al 5 que son 1. Nunca, 2. Rara vez, 3. Algunas veces, 4. Bastantes veces, 5. Casi siempre. Donde según, el Instituto Nacional de Geriátrica considera lo siguiente a base de la suma de las puntuaciones: Menor a 46 puntos: Sin sobrecarga, De 47 a 55: Sobrecarga ligera, Mayor a 56: Sobrecarga intensa. La escala tiene un índice total de alfa de Cronbach de 0.84.

Escala Bienestar subjetivo (EBS-8), el cual es un instrumento que evalúa la satisfacción con la vida y el efecto positivo. Donde esta escala está compuesta por 8 ítems tipo Likert, con 6 niveles de respuesta no simétricos donde 1 = en desacuerdo, 2 = ni de acuerdo, ni en desacuerdo, 3 = Ligeramente de acuerdo, 4 = De acuerdo, 5 = Muy de acuerdo y 6 = Totalmente de acuerdo. La escala contiene un índice total de alfa de Cronbach de .968.

Escala de Salud Auto Percibida (SPHS). Con una escala de 12 ítems tipo Likert, que mostró una adecuada validez y confiabilidad, con 6 niveles de respuesta donde 1 = en

desacuerdo, 2 = Ligeramente de acuerdo, 3 = De acuerdo, 4 = Mayormente de acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo y 6 = Absolutamente de acuerdo.

Escala de Apoyo Social (MSPSS) Con una escala de 12 ítems tipo Likert, con 5 niveles de respuesta donde 1 = Nunca, 2 = Rara vez, 3 = Algunas veces, 4 = Casi siempre y 5 = Siempre. Donde la escala contiene un coeficiente de confiabilidad de Cronbach de .908.

Escala de ansiedad (GAD-7). Con una escala de 7 ítems tipo Likert, con 4 niveles de respuesta donde 0= Nunca, 1 = Varios días, 2= Más de la mitad de los días y 3 = Casi todos los días. Donde se considera que según las puntuaciones si es mayor a 10, se considerará ansiedad sobre el participante. La GAD-7 tiene una sensibilidad de 0.87 y una especificidad de 0.90.

Escala de Soledad. Con una escala de 3 ítems tipo Likert, con 3 niveles de respuesta donde 1=Casi nunca, 2=A veces y 3 = A menudo. Donde la consistencia interna para la escala fue aceptable.

Apoyo Social de MOS (Medical Outcomes Study): El instrumento ha sido utilizado ampliamente en diversos estudios en la población mexicana (Casanova, 2014). Consta de 20 ítems, el primero evalúa el tamaño de la red de apoyo y los siguientes 19 se organizan en una escala de Likert 5 niveles donde 1 = Nunca, 2 = Pocas Veces, 3 = Algunas veces, 4 = La mayoría de las veces y 5 = Siempre. Donde presenta un alfa de Cronbach = .95 a .98.

Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9) Con una escala de 9 ítems tipo Likert, con 4 niveles de respuesta donde 0 = Ningún día, 1 = Varios días, 2 = Más de la mitad de los días y 3 = Casi todos los días. Donde se considera que según las puntuaciones que

entre 0 a 4 se reporta una mínima existencia de depresión, de 5 a 9 síntomas depresivos leves, de 10 a 14 síntomas depresivos moderados, de 15 a 19 síntomas depresivos moderados a graves y de 20 a 27 síntomas depresivos moderados graves. Cuenta con un alfa de Cronbach de 0.80.

8.7.2 Instrumentos: Etapa 2

Para la evaluación psicosocial cuantitativa de esta segunda etapa, se emplearon los siguientes instrumentos psicométricos:

Escala Bienestar subjetivo (EBS-8), el cual es un instrumento que evalúa la satisfacción con la vida y el efecto positivo. Donde esta escala está compuesta por 8 ítems tipo Likert, con 6 niveles de respuesta no simétricos donde 1 = en desacuerdo, 2 = ni de acuerdo, ni en desacuerdo, 3 = Ligeramente de acuerdo, 4 = De acuerdo, 5 = Muy de acuerdo y 6 = Totalmente de acuerdo. La escala contiene un índice total de alfa de Cronbach de 0.968.

Escala de Atención Plena (MAAS), se utiliza para evaluar el impacto de la atención plena en el bienestar emocional, la reducción del estrés y la mejora en la calidad de vida, está compuesta por 15 reactivos con 6 opciones de respuesta (Casi siempre, Frecuentemente, Con cierta frecuencia, No frecuentemente, Con poca frecuencia y Casi nunca). La escala de Atención Plena tiene una alta confiabilidad, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.89

Escala de Afecto positivo/Afecto negativo (APAN-M), ayuda a evaluar el equilibrio emocional de una persona y su bienestar general, está compuesta por 20 reactivos con 5 opciones de respuesta (Nunca, Casi nunca, A veces, Frecuentemente y Siempre). La Escala

de Afecto positivo/Afecto negativo tiene un alfa de Cronbach de 0.87 para el factor de afecto positivo y 0.85 para el factor de afecto negativo.

Escala de Malestar Psicológico (K-10), se utiliza para medir el nivel de malestar psicológico en las personas, específicamente síntomas de ansiedad y depresión, está compuesta por 10 reactivos con 5 opciones de respuesta (Nunca, Ocasionalmente, Algunos días, Varios días y Siempre). La Escala de Malestar Psicológico tiene una alta confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.86.

Mientras que, para la evaluación psicosocial cualitativa de esta segunda etapa, se empleó el siguiente instrumento psicométrico:

Libro de Códigos		
Dimensión	Códigos	Descripción
CONDUCTA Y COGNICIÓN SOCIAL	001_Asertividad	Se refiere a la comunicación directa y en pro de los derechos de la persona, sin afectar los intereses de los demás.
	002_Prosocial	Se refiere a las acciones encaminadas a integrarse a la comunidad de manera activa y en busca del desarrollo contextual.

	003_Empatía	Se refiere a entender de la mejor manera posible las situaciones por las que está pasando alguien más,
	004_PSPos	Se refiere a la percepción favorable del entorno y de la importancia de este.
	005_Atribuciones	Se refiere a las atribuciones desde el punto de vista de la persona.
	006_PSNeg	Se refiere a la percepción desfavorable del entorno, puede percibirse amenazador, limitante e incluso peligroso.
	007_Hostilidad	Se refiere a los sentimientos de agresividad velada que se observan en conductas o acciones sobre otros.
EXPRESIÓN EMOCIONAL	008_LengAfec	Se refiere al lenguaje cálido y empático al comunicar información propia y de otros.
	009_GesEmo	Gestión emocional. Se refiere a una adecuada gestión de las emociones, es decir, identificación, procesamiento y expresión de las emociones.

	010_ExpInc	Expresión Incongruente. Se refiere a una deficiente gestión emocional, que va desde la baja identificación, procesamiento inconsciente y/o expresión inadecuada de las emociones.
CONDUCTAS DE RIESGO Y PROTECCIÓN PARA LA SALUD	011_Patogénicas	Se refiere a conductas que generan malestar físico y emocional. Por ejemplo, uso de sustancias, autolesiones, negligencia, violencia, sedentarismo, etc.
	012_Salutogénicas	Se refiere a conductas que promueven un bienestar físico y emocional. Por ejemplo, actividad física, alimentación adecuada, búsqueda de apoyo profesional, etc.
AMBIENTE PSICOSOCIAL	013_RelFamPos	Relaciones Familiares Positivas. Se refiere a el establecimiento de relaciones familiares fuertes, flexibles, sanas, de cuidado y desarrollo.
	014_RedApo	Redes de apoyo. Se refiere a la existencia de redes de apoyo fuera de la familia,

		pueden ser vecinales, sociales o institucionales.
	015_ConProgApo	Conocimiento de Programas de Apoyo. Se refiere al conocimiento y participación en programas sociales (no necesariamente de cuidadores)
	016_RelFamNeg	Relaciones Familiares Negativas. Se refiere al deterioro en las relaciones familiares donde existe la violencia, el maltrato, la negligencia, el subdesarrollo, etc.
	017_GenSocD	Generadores Sociales de Deterioro. Se refiere a las condiciones del contexto comunitario que propician el deterioro. Por ejemplo, violencia, pobreza, servicios urbanos, educación, etc.

Tabla 1. Clasificación de códigos para bitácoras.

Dimensión	Códigos	Descripción
Emociones	001_Emo_pla	Se refiere a las emociones placenteras descritas en el texto, aquellas que la persona considera le benefician y/o disfruta
	002_Emo_des	Se refiere a las emociones desagradables que reporta la personas, es decir aquellas que no quisiera sentir o que le provocan malestar.
	003_A_exp_emo	Se refiere a la expresión emocional adecuada, cuando las personas reportan que dan cabida congruente a la emoción que experimentan.
	004_I_exp_emo	Se refiere a la expresión emocional inadecuada referida por la persona, es decir, aquellas expresiones con poca habilidad para ser congruente entre la emoción y la expresión.
Uso del lenguaje	005_Uso_a_leng	Se refiere al uso lo más adecuado posible para expresar sus emociones, es decir, que pueda comunicar de manera comprensible su sentir en el texto.

	006_Uso_i_leng	Se refiere al uso inadecuado del lenguaje en la expresión de sus emociones.
--	----------------	---

Tabla 2. Clasificación de códigos para EEA

EEA

Es importante mencionar que se ocupó la Escritura Emocional Autorreflexiva (EEA) la cual está compuesta con 4 ejercicios A, B, C y D.

A continuación, se presentan las instrucciones con las que se realizaron dichos ejercicios.

- **INSTRUCCIONES EJERCICIO A:**

A partir de este momento escriba sobre algún hecho de su propia vida (reciente o antiguo), que se considere el más doloroso de sus recuerdos. ***Escriba utilizando la primera persona del singular (yo, mí, a mí, etc.), de manera continua.***

Mientras escribe hágalo con la confianza y seguridad de que su escrito no será divulgado, no se preocupe por la ortografía, sintaxis y/o gramática. si no recuerda nada por el momento, espere un poco, después recordará.

Tendrá 20 minutos completos para realizar esta actividad.

- **INSTRUCCIONES EJERCICIO B:**

A partir de este momento escriba sobre algún hecho de su propia vida (reciente o antiguo), que se considere el más doloroso de sus recuerdos. ***Evite utilizar la primera persona del singular en esta ocasión escriba sus recuerdos utilizando la tercera persona (él, ella, etc), de manera continua.***

Mientras escribe hágalo con la confianza y seguridad de que su escrito no será divulgado, no se preocupe por la ortografía, sintaxis y/o gramática. si no recuerda nada por el momento, espere un poco, después recordará.

Tendrá 20 minutos completos para realizar esta actividad.

- **INSTRUCCIONES EJERCICIO C:**

A partir de este momento escriba sobre algún hecho de su propia vida (reciente o antiguo), que se considere el más doloroso de sus recuerdos. ***Escriba utilizando la primera persona del singular (yo, mí, a mí, etc), de manera continua.***

- *En esta ocasión le presentaremos una lista de palabras, intente utilizar el mayor número de las que le acomoden a su propio escrito.*

Mientras escribe hágalo con la confianza y seguridad de que su escrito no será divulgado, no se preocupe por la ortografía, sintaxis y/o gramática. si no recuerda nada por el momento, espere un poco, después recordará.

Tendrá 20 minutos completos para realizar esta actividad.

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...
-----------	-----------	-------------------------

Tabla 3. Listado de palabras para el ejercicio C de la EEA

- **INSTRUCCIONES EJERCICIO D**

A partir de este momento escriba sobre algún hecho de su propia vida (reciente o antiguo), que se considere el más doloroso de sus recuerdos. ***Escriba utilizando la primera persona del singular (yo, mí, a mí, etc), de manera continua.***

- *En esta ocasión le presentaremos una lista de palabras y frases que le ayuden a plantear alguna solución a la experiencia, utilice las que más se le acomoden a su estilo.*

Mientras escribe hágalo con la confianza y seguridad de que su escrito no será divulgado, no se preocupe por la ortografía, sintaxis y/o gramática. si no recuerda nada por el momento, espere un poco, después recordará.

Tendrá 20 minutos completos para realizar esta actividad.

PALABRAS POSITIVAS	PALABRAS NEGATIVAS	PALABRAS DE CONEXIÓN.
Satisfacción	Tristeza	Analiqué 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	Veo lo que ocurrió como...
Contento	Decepción	Ahora me siento...

Tabla 4. Listado de palabras para el ejercicio D de la EEA

8.7.3 Instrumentos: Etapa 3

WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0) es un instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el objetivo de

evaluar la discapacidad y las limitaciones en el funcionamiento de las personas, además que se adapta a un enfoque biopsicosocial para valorar cómo las condiciones de salud impactan en el desempeño cotidiano del individuo, donde se evalúa la cognición, autocuidado, relaciones interpersonales, actividades de su vida diaria y su participación activa en la sociedad. Se basa en 36 ítems, donde cada ítem se responde en una escala tipo Likert de cinco puntos, que varía desde 1 (ninguna dificultad) hasta 5 (dificultad extrema o incapacidad total), con base en las experiencias del encuestado durante los últimos 30 días. El puntaje total puede calcularse de forma simple, es decir en una suma directa.

8.8 Procedimiento

8.8.1 Procedimiento: Etapa 1

La intervención se realizó del 17 de julio al 11 de septiembre del 2024, de manera presencial, distribuida en 9 sesiones. La programación y contenidos de cada una de las sesiones las podemos encontrar en la **tabla 5**. Dicha intervención se llevó a cabo mediante diadas; semanalmente se acudía a domicilio del participante y se trabajaba con ellos durante 50 minutos, teniendo cuatro participantes por diada. Los horarios de trabajo eran: 9:00 am - 9:50 am, 10:00 - 10:50 am, 11:00 am - 11:50 am, 12:00 pm - 12:50 pm. En cada sesión se dialogó mediante la escucha activa. Algunos temas que se abordaron fueron: organización del tema, límites, solicitud de ayuda, entre otros. Antes de finalizar la sesión se medía la temperatura para después aplicar una técnica de relajación y al terminar esta, se volvía a medir y registrar la temperatura.

Sesión	Objetivo de la sesión	Descripción del contenido
1.Primer contacto	Saludo y presentación con los participantes.	Se acordó el día y horario de la intervención junto con la duración de esta misma.
2 y 3. Aplicación de instrumentos.	Aplicar los instrumentos pre-intervención.	Se aplicaron los instrumentos de: -Sobrecarga de Zarit. -PHQ9. -Apoyo social de MOS. - ¿Cómo afecta el cuidado a mi vida cotidiana? Técnica de respiración diafragmática: se concentra en respirar lenta y profundamente en pequeños lapsos
4. El papel del cuidador y su importancia. ¿Cómo repercute el cuidado en la vida?	Conocer su labor y situación como cuidadores.	Se les preguntó cómo ha afectado la labor de cuidador en su vida cotidiana. Técnica de respiración diafragmática: se concentra en respirar lenta y profundamente en pequeños lapsos.
5. Ejercicio de control y activación.	Realizar técnicas de relajación.	Se aplicó la técnica de respiración diafragmática, tomando la temperatura pre y post.

		Técnica de relajación progresiva: en donde se tensan los músculos del cuerpo para después librarlos. Técnica de relajación pasiva: se busca liberar los músculos de toda tensión por medio de un método pasivo.
6. Organización del tiempo.	Conocer su rutina y buscar una mejor manera de organizar su tiempo.	En una ruleta del tiempo dividida en 16 partes (haciendo alusión a las horas del día sin contar las de sueño) se les pidió que colorearan el tiempo que le dedicaban a cada actividad, con el objetivo de buscar fomentar el autocuidado. Técnica de relajación progresiva: en donde se tensan los músculos del cuerpo para después librarlos. Técnica de relajación pasiva: se busca liberar los músculos de toda tensión por medio de un método pasivo.

7. Límites a la persona dependiente.	Conocer sus límites y establecerlos en las tareas de cuidado.	Con ayuda de lo que se vio en las sesiones pasadas, se plantearon límites que pueden ayudar a identificar situaciones, con la intención de tomar conciencia de las necesidades propias. Técnica de imaginación guiada: Se busca visualizar imágenes o escenarios que le transmitan tranquilidad.
8. Solicitud de ayuda y apoyo.	Conocer sus redes de apoyo y fomentar la solitud de ayuda.	Se aplicó una actividad para conocer sus redes de apoyo y ver cuándo y cómo pedir apoyo cuando es necesario. Técnica de imaginación guiada: Se busca visualizar imágenes o escenarios que le transmitan tranquilidad.
9. Evaluación de salud y bienestar psicosocial.	Aplicar los instrumentos post-intervención.	Se aplicaron los instrumentos de: -Sobrecarga de Zarit. -PHQ9.

Tabla 5: Descripción de sesiones individuales. (etapa 1)

8.8.2 Procedimiento: Etapa 2

La segunda etapa de la intervención se realizó del 23 de octubre al 11 de diciembre del 2024, de manera presencial, distribuida en 7 sesiones. La programación y contenidos de cada una de las sesiones las podemos encontrar en la **tabla 6**. Dicha intervención se llevó a cabo mediante diadas; semanalmente se acudía a domicilio del participante y se trabajaba con ellos durante 50 minutos, teniendo cuatro participantes por diada. Los horarios de trabajo eran: 9:00 am - 9:50 am, 10:00 - 10:50 am, 11:00 am - 11:50 am, 12:00 pm - 12:50 pm. En cada sesión se dialogó mediante la escucha activa y aplicando los ejercicios (A,B,C,D) de la Escritura Emocional Autorreflexiva (EEA). Antes de finalizar la sesión se medía la temperatura para después aplicar una técnica de relajación y al terminar esta, se volvía a medir y registrar la temperatura.

Sesión	Objetivo	Contenido
Sesión 1. Regreso a las sesiones.	Acercamiento con los participantes del proyecto.	Se explicó se forma detallada los objetivos de la segunda etapa del proyecto y se realizó una actividad sobre controlabilidad.

Sesión 2. Aplicación de escalas de escalas psicométricas	Aplicar las escalas de evaluación psicosocial (pre-intervención).	Se inició la aplicación de escalas psicométricas: • Bienestar subjetivo (EBS-8). • Escala de Atención Plena (MAAS). • Escala Afecto Positivo/Afecto Negativo en México. • Escala Malestar Psicológico (K-10)
Sesión 3. Aplicación del ejercicio A de escritura emocional autorreflexiva.	Aplicar el ejercicio A de escritura emocional autorreflexiva.	Continuar y finalizar con la aplicación de las escalas psicométricas: • Bienestar subjetivo (EBS-8). • Escala de Atención Plena (MAAS). • Escala Afecto Positivo/Afecto Negativo en México. • Escala Malestar Psicológico (K-10) Realizar el ejercicio A, siguiendo la siguiente instrucción: Escribe sobre el recuerdo más doloroso de tu vida en primera persona (yo, mí, a mí) de manera continua.

Sesión 4. Aplicación del ejercicio B de escritura emocional autorreflexiva.	Aplicar el ejercicio B de escritura emocional autorreflexiva.	Realizar el ejercicio B, siguiendo la siguiente instrucción: Escribe sobre el recuerdo más doloroso de tu vida en tercera persona (él, ella) de manera continua.
Sesión 5. Aplicación del ejercicio C de escritura emocional autorreflexiva.	Aplicar el ejercicio C de escritura emocional autorreflexiva.	Realizar el ejercicio C, siguiendo la siguiente instrucción: Escribe sobre el recuerdo más doloroso de tu vida en primera persona (yo, mí, a mí) usando una lista de palabras proporcionada.
Sesión 6. Aplicación del ejercicio D de escritura emocional autorreflexiva.	Aplicar el ejercicio D de escritura emocional autorreflexiva.	Realizar el ejercicio D, siguiendo la siguiente instrucción: Escribe sobre el recuerdo más doloroso de tu vida en primera persona (yo, mí, a mí) usando una lista de palabras y frases para plantear una solución.
Sesión 7. Tema de interés para el participante.	Abordar algún tema de interés para el participante.	Basado en lo discutido en sesiones previas, se explora algún tema de interés para el cuidador.

Sesión 8. Aplicación de escalas de escalas psicométricas.	Aplicar las escalas de evaluación psicosocial (post-intervención).	Se inició la aplicación de escalas psicométricas: • Bienestar subjetivo (EBS-8). • Escala de Atención Plena (MAAS). • Escala Afecto Positivo/Afecto Negativo en México. • Escala Malestar Psicológico (K-10)
Sesión 9. Sesión grupal de cierre.	Explicar el contenido de esta etapa del proyecto y realizar una convivencia de cierre.	Se expuso el contenido de las sesiones individuales durante la segunda etapa del proyecto y se finalizó la sesión grupal con una pequeña convivencia entre los participantes.

Tabla 6: Descripción de sesiones individuales. (etapa 2)

8.8.3 Procedimiento: Etapa 3

La tercera etapa de la intervención se llevó a cabo del 19 de febrero al 23 de abril del 2025, de manera presencial, la cual estuvo distribuida en 10 sesiones. La programación y contenido de cada una de las sesiones las podemos encontrar en la tabla 7.

Esta etapa se llevó a cabo de manera grupal, en donde semanalmente se presentaban temas de interés para los cuidadores, la duración aproximada de cada sesión era de una hora de 10:00 am a 11:00 am.

En cada una de las sesiones se presentaba el tema y después se realizaban actividades complementarias que ayudaban a comprender de mejor manera el tema trabajo, generalmente se buscaba fomentar la participación y convivencia entre los cuidadores.

Sesión	Objetivo de la sesión.	Descripción del contenido.
➤ Reencuentro.	-Reconocer como se han sentido los cuidadores durante el periodo de descanso.	Se acudió a los domicilios para hacer la invitación a las sesiones grupales y comentar la forma de trabajo.
1.- Integración grupal	-Que los integrantes del grupo se conozcan mejor y creen un ambiente de confianza.	Se realizaron actividades de integración con el propósito de que se conocieran los CPI, además de realizar ejercicios de activación, y relajación.
2.- Reconocimiento de emociones.	-Que cada participante aprenda a reconocer las emociones que perciben y pueda así compartir al grupo situaciones o experiencias donde se hayan identificado emociones.	Se inició con la activación física, para después pasar a la presentación del tema, finalizando con una actividad en donde se le entregó a cada participante una hoja con la silueta de un cuerpo humano en blanco y se les pidió que reflexionen sobre cómo

		la sienten físicamente en su cuerpo. Finalmente se dio una retroalimentación y una técnica de relajación.
3.- La ira desde el ciclo del estrés y regulación emocional.	-Que los participantes identifiquen sus emociones, comprendan el proceso de la ira y adquieran estrategias para gestionarla de manera efectiva a través de técnicas de regulación emocional.	Se dio la bienvenida y se pasó a la activación física, por consiguiente, se expuso el tema y se realizó una actividad, la cual consistía en hoja que contenía la imagen de una escalera, en el centro escribieron una situación que los hace enojar y, en diferentes niveles de la escalera escribir pensamientos o acciones que intensifican la ira las cuales colocarían en la parte baja de la escalera. Finalmente, en la parte superior, escribieron estrategias para mejorar su reacción pese a la situación.

		Se terminó la sesión con una técnica de relajación.
4.- Comunicación asertiva.	-Concientizar sobre la manera de comunicarse sin agredir o insultar a los demás, al igual que retomar el establecimiento de límites, ser claros ante la búsqueda de una solución a un problema, fomentando su seguridad, autonomía, confianza y criterio propio	Se comenzó la sesión con activación física, para después dar una breve explicación del tema, y realizar una actividad complementaria; en donde se les brindó una tarjeta con 3 diferentes situaciones, las cuales comentarían y llegarían a la conclusión de lo que harían para aliviar el problema que tiene cada situación. Se realizó una técnica de relajación.
5.- Duelo y apoyo social.	-Que el participante comprenda en qué consiste el duelo, que identifique los tipos de duelo, así como sus etapas. -Qué las y los cuidadoras se sientan acompañadas, que baje su nivel de estrés y que	Se dio la bienvenida y después se pasó a dar la explicación del tema y finalizar con una actividad de psicodrama en donde los cuidadores interpretaron las etapas del duelo.

	se encuentren en un grupo afectivo donde exista el apoyo.	Se dio una retroalimentación y una actividad de abrazoterapia para finalizar.
6.- Redes de apoyo.	-Explicar a los participantes que es una red de apoyo y los tipos que existen con el objetivo de que ellos identifiquen las redes con las que cuentan y la importancia que tiene.	Se realizó una actividad de gimnasia cerebral. Se dio una explicación el tema y se llevó a cabo una actividad complementaria que consistía en leer una historia real a los participantes y después reproducir un video acerca de la importancia de una red de apoyo. Para finalizar la sesión se realizó un actividad para crear un escudo que representara al grupo.
7.- Relaciones sanas y cómo establecerlas.	-Que los y las participantes reconozcan las acciones que pueden tomar para tener mejores relaciones afectivas y familiares mediante herramientas psicosociales.	Se dio una explicación del tema general. Se llevó a cabo una actividad llamada <i>El camino de las relaciones sanas</i> , en donde pondría un

		camino a lo largo de las mesas, y se plantearían diferentes estrategias con palabras y acciones de manera conjunta y finalmente determinar cuales nos llevan a tener una relación sana y cuales no.
8.- Autocuidado.	-Que los participantes identifiquen y comprendan los diferentes tipos de cuidado para aplicarlos en su vida.	Se inició la sesión con una actividad de gimnasia cerebral, después se explico de manera breve lo que conlleva el autocuidado, para pasar a una actividad llamada “el bingo del autocuidado” planteando aquellas actividades que promueven un bienestar, finalmente dar una retroalimentación y una actividad de relajación.
9.- Aplicación de instrumentos.	-Aplicar el instrumento “WHODAS” para recopilar	Se asistió al domicilio de los cuidadores para poder aplicar el instrumento.

	información de los participantes.	
10.- Aprendizaje colectivo.	-Reconocer el avance que han tenido y ser consciente de un antes y un después a partir de la intervención.	Se realizó un ejercicio que consistía en anotar lo que habían aprendido y lo que se llevaban de las sesiones, para después comentarlo a los demás participantes e ir formando una cadena con los papelitos. Se dio una retroalimentación en donde se explicaba la importancia de la red grupal que formó con los cuidadores.
11.- Sesión grupal de cierre.	Explicar el contenido de esta etapa del proyecto y realizar una convivencia de cierre.	Se expuso el contenido de las sesiones individuales durante la segunda etapa del proyecto y se finalizó la sesión grupal con una pequeña convivencia entre los participantes de los tres grupos (unión, utopía y museo).

Tabla 7: descripción de sesiones grupales (etapa 3).

9. Resultados

9.1 Variable definida

Ciertos factores anteriormente mencionados como el apoyo social percibido y la satisfacción con la vida pueden influir positivamente en cómo los cuidadores enfrentan su rol, reduciendo el impacto negativo del cuidado y favoreciendo un bienestar general.

Con base en estas variables, se entiende que los cuidadores primarios informales que perciben un mayor apoyo social (ya sea de familiares, amigos, vecinos, etc.,) a sentirse menos aislados y sobrecargados, crean una mayor red de apoyo, y mayor es la capacidad del cuidador para sostener su rol sin deteriorar su salud mental o física.

Por otro lado, los cuidadores que reportan una mayor satisfacción con la vida suelen experimentar el cuidado no solo como una carga, sino también como una oportunidad de fortalecer vínculos afectivos con el dependiente y familia, además de sentirse útiles o de reafirmar su identidad.

En conjunto con estas dos variables que están interrelacionadas podemos denominar que: el apoyo social favorece una mayor satisfacción con la vida, ya que un cuidador que se siente acompañado y valorado tiende a adaptarse mejor al papel de cuidador, a cuidar también de sí mismo y a percibir de forma más positiva su experiencia, lo que impacta de manera positiva en su calidad de vida y, en seguimiento con la calidad del cuidado que brinda.

9.2 Resultados: Etapa 1

Para el análisis de datos de esta primera etapa, la distribución normal se empleó con la prueba Shapiro Wilk las que presentaron normalidad evaluadas con T de Student y por parte de las no normales, se aplicó la W de Wilcoxon mediante el Software Jamovi© (Jamovi 2.2.5, 2021). Después, se tomaron las diferencias de las puntuaciones de cada escala psicométrica post – pre para identificar a las personas que lograron tanto efectos positivos como negativos, cabe mencionar que en todos los análisis se consideró una significancia estadística $\alpha \leq 0.05$.

9.2.1 Análisis cuantitativo

Comenzando con la intervención se notó a base de las medidas de malestar del análisis “pre” que, el 41% de los participantes reportaron ansiedad según las escalas aplicadas, el 64.5% reportaron síntomas depresivos a graves. el 22.9 % síntomas depresivos leves, el 20.8% síntomas depresivos moderados, 14.5% severa y el 6.25% con síntomas depresivos a gravedad.

Mientras por parte el nivel de sobrecarga por parte del cuidador se presentó el 15.9% sobrecarga leve y el siguiente 15.9% mostro niveles elevados de sobrecarga.

Medida	Pre	Post	Estadístico	P	Tamaño del efecto
Bienestar	31.8 (9.74)	34.8 (11.04)	T = 2.65 (35.0)	0.012	0.442

-	<i>Satisfacción</i>	16.3	17.3	T = 1.62	0.115	0.270
	<i>por la vida.</i>	(5.17)	(5.54)	(35.0)		
-	<i>Afecto</i>	16.3	17.5	T = 1.90	0.066	0.316
	<i>positivo.</i>	(5.10)	(5.67)	(35.0)		
Salud		42.5	44.2	T = 0.911	0.369	0.152
		(15.8)	(14.2)	(35.0)		
-	<i>Salud</i>	14.6	14.8	T = 0.305	0.762	0.0508
	<i>psicológica</i>	(5.77)	(5.66)	(35.0)		
-	<i>Salud física</i>	15.1	15.1	W = 174	0.726	-0.0794
		(6.41)	(6.61)			
-	<i>Estilo de</i>	14.0	14.9	T = 0.935	0.356	0.156
	<i>vida saludable</i>	(5.76)	(5.19)	(35.0)		
Apoyo social		41.7	42.1	W = 290	0.416	0.169
		(12.2)	(12.3)			
-	<i>Persona</i>	18.6	19.0	W = 157	0.329	0.241
	<i>especial</i>	(6.29)	(6.61)			
-	<i>Apoyo</i>	14.1	14.5	W = 162	0.481	0.170
	<i>familiar</i>	(5.16)	(5.89)			
-	<i>Apoyo</i>	8.94	8.33	W = 92.0	0.097	-0.387
	<i>amigos</i>	(4.55)	(4.46)			
Ansiedad		9.47	7.61	T = -2.02	0.051	-0.336
		(5.50)	(4.79)	(35.0)		
Soledad		5.53	4.78	W = 25.0	0.008	-0.706
		(2.02)	(2.03)			

Depresión	8.67 (6.08)	6.42 (5.76)	T = -2.25 (35.0)	0.031	-0.375
Sobrecarga de cuidador	33.0 (17.0)	27.5 (17.3)	W = 180	0.044	-0.397

Tabla 8: Efecto del acompañamiento sobre el funcionamiento psicosocial, salud y bienestar de los CPI.

Y con base al análisis correlacional, se observa en el análisis correlacional inicial (pre), de las escalas aplicadas, varias correlaciones entre las variables donde de manera positiva destacan que, entre mayor satisfacción por la vida, mayor afecto positivo, y de manera negativa entre menos salud psicológica mayor depresión por parte del CPI.

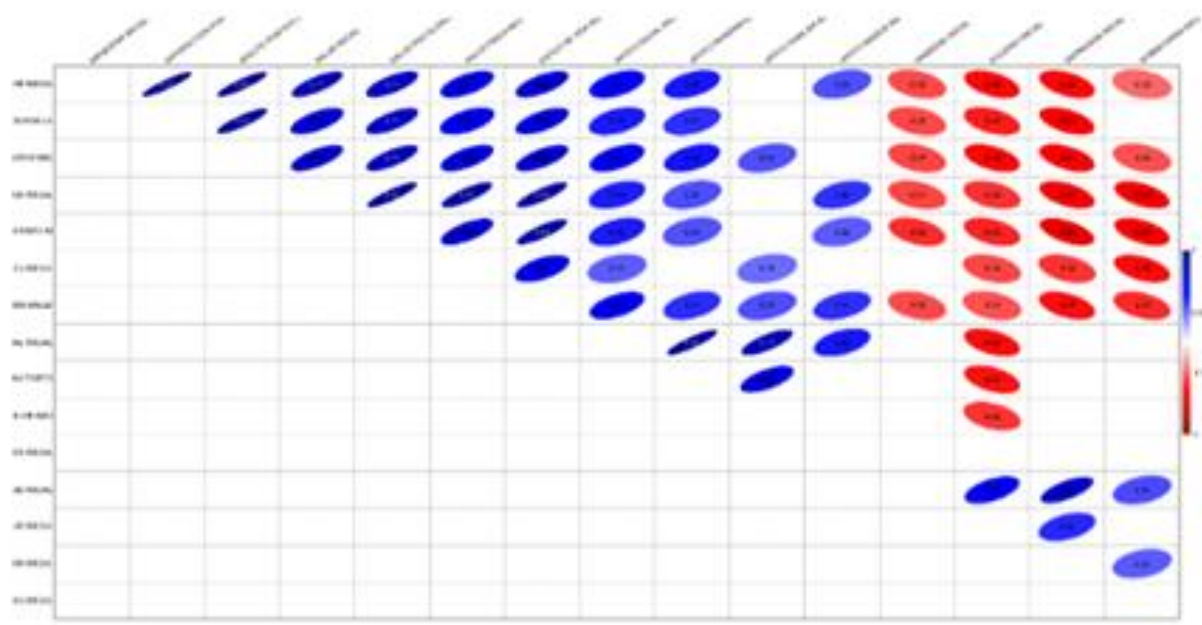


Figura 7, Correlograma Etapa 1

En donde con base respecto a los resultados arrojados por el análisis grupal se observaron una reducción en las variables de bienestar subjetivo, soledad, depresión y sobrecarga del cuidador con tamaños del efecto mediano en bienestar subjetivo y pequeño por parte de soledad, depresión y sobrecarga del cuidador.

Y con base a los efectos psicofisiológicos (es decir, temperatura), su impacto positivo se puede apreciar en las sesiones 5 y 6 ya que evidenciaron mejoras notables en las medidas psicofisiológicas, sugiriendo que la intervención tuvo éxito en esos períodos específicos. En cuanto a la tendencia, se encontró que en las sesiones 1, 4 y 6, se identificaron tendencias positivas hacia la mejora, aunque estas no alcanzaron un nivel estadístico significativo.

La mayoría de las sesiones no presentaron cambios estadísticamente significativos, lo que sugiere que la intervención podría requerir ajustes para lograr un impacto más uniforme. En conjunto, la intervención mostró un efecto positivo en ciertas sesiones, destacando especialmente las sesiones 5 y 6. Sin embargo, en otras sesiones no se observaron mejoras, lo que pone de manifiesto la variabilidad de los resultados a lo largo del proceso.

Sesión	Pre	Post	Estadísticos	P	TE
1	32.4 (2.35)	32.9 (2.05)	W = 169.0	P = 0.065	0.4632
2	32.6 (2.32)	33.0 (1.95)	W = 308.5	P = 0.239	0.2440
3	32.7 (1.87)	32.8 (1.93)	W = 317.5	P = 0.739	0.0672
4	32.4 (1.75)	32.9 (1.87)	W = 372.5	P = 0.102	0.3280
5	32.3 (1.74)	32.6 (1.90)	T = 2.305 (30)	P = 0.028*	0.4140
6	32.5 (1.73)	32.8 (1.83)	T = 2.378 (36)	P = 0.023*	0.3909

7	32.7 (1.83)	32.9 (1.94)	T = 1.017 (34)	P = 0.316	0.1719
8	33.1 (1.98)	33.2 (2.13)	W = 274.0	P = 0.399	0.1785
9	33.1 (1.65)	33.2 (1.57)	T = 0.760 (18)	P = 0.457	0.1743

Tabla 9: Medidas psicofisiológicas

Es necesario mencionar que para un cambio clínico observable (CCO), solo se realizó en base al cuidador número 3, ya que el resto de los cuidadores, no cumplían con la asistencia mínima respecto a las sesiones.

CPI 1			
	Pre	Post	CCO
Bienestar	38	40	0.0526
- <i>Satisfacción por la vida</i>	19	19	0
- <i>Afecto positivo.</i>	19	21	0.1052
Salud	62	43	-0.3064
- <i>Psicológica</i>	22	19	-0.1363
- <i>Física</i>	21	13	-0.3809

- <i>Estilo de vida</i>	19	11	
<i>saludable.</i>			-0.4210
Apoyo social	53	52	-0.0188
- <i>Persona</i>	25	25	
<i>especial</i>			0
- <i>Familia</i>	20	20	0
- <i>Amigos</i>	8	7	-0.125
Ansiedad	6	10	0.6666
Soledad	4	5	0.25
Depresión	2	8	3
Sobrecarga	18	22	0.2222

Tabla 10: Cambio clínico observable

9.2.2 Conclusión de resultados: Etapa 1

La intervención psicosocial con los cuidadores primarios informales durante esta primera etapa generó una mejora moderada en el bienestar general, además de reducir notablemente los niveles de soledad, depresión y la carga emocional de los cuidadores. Si bien la disminución de la ansiedad fue cercana a alcanzar significancia estadística, no se observaron cambios destacados en la salud general ni en el apoyo social. Estos resultados destacan la relevancia de implementar intervenciones que aborden tanto el bienestar emocional como la carga que enfrentan los cuidadores de personas con necesidades especiales.

9.3 Resultados: Etapa 2

En esta segunda etapa, se utilizó el software ATLAS.ti como herramienta central para el análisis cualitativo de las bitácoras generadas durante las sesiones con cuidadores primarios informales. Estas bitácoras, que incluyen observaciones, transcripciones de diálogos, reflexiones y reacciones emocionales de los participantes, representan una fuente importante de información para comprender las dinámicas familiares, los factores psicosociales involucrados en el cuidado, así como las necesidades emocionales y formativas de los cuidadores, además que permitió organizar cada entrada de bitácora, asignándole códigos temáticos que surgieron tanto de los objetivos de la investigación como del análisis inductivo del contenido. De este modo, ATLAS.ti no solo funcionó como una herramienta de apoyo, sino como un medio que potenció la analítica del estudio cualitativo.

9.3.1 Análisis cualitativo

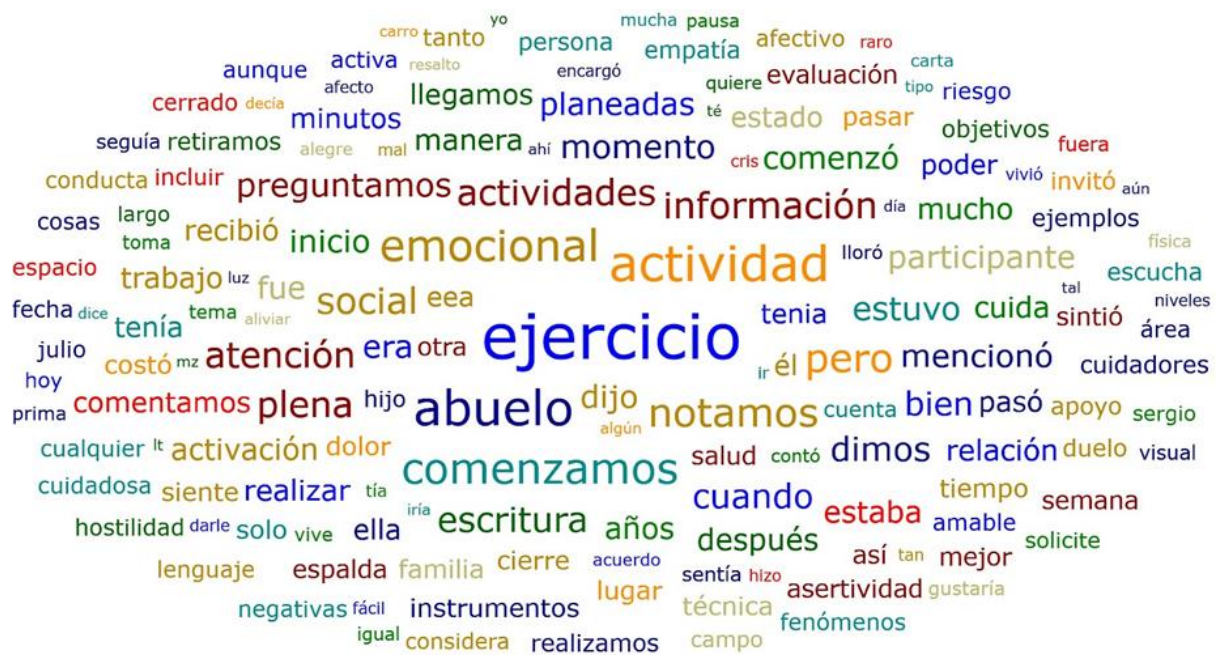


Figura 8. Nube de palabras bitácoras de CPI

La imagen anterior de nube de palabras es una representación visual de texto en la que las palabras aparecen con tamaños proporcionales a su frecuencia de acuerdo a lo que nuestros CPI nos comentaban a lo largo de las sesiones, donde en el centro podemos ver que resalta la palabra “ejercicio”, consecuente de “actividad” y “emocional”, haciendo alusión a que dichas palabras generaron un gran impacto en las sesiones realizadas.

Enraizamiento con bitácoras.

Dimensión	Códigos	Enraizamientos
Conducta y cognición	001_Asertividad	20
social.	002_Prosocial	4
	003_Empatía	6
	004_PSPos	9

	005_Atribuciones	22
	006_PSNeg	14
	007_Hostilidad	7
Expresión emocional.	008_LengAfec	15
	009_GesEmo	22
	010_Explnc	30
Conductas de riesgo y	011_Patogénicas	20
protección para la salud.	012_Salutogénicas	7
Ambiente psicosocial.	013_RelFamPos	10
	014_RedApo	8
	015_ConProgApo	0
	016_RelFamNeg	13
	017_GenSocD	1

Tabla 11: Enraizamiento de Bitácoras en relación con los códigos generados. En el Anexo se puede encontrar un ejemplo de los enraizamientos con las citas de los CPI.

Como podemos notar, el código 010_ExpInc, generó una mayor codificación, haciendo alusión a que nuestros CPI han generado expresiones incongruentes a través de las sesiones, es decir, que no generaban cierta identificación a sus emociones.

Enraizamiento de EEA

Dimensión	Códigos	Enraizamientos
Emociones	001_Emo_pla	5

	002_Emo_des	16
	003_A_exp_emo	4
	004_I_exp_emo	3
Uso del lenguaje	005_Uso_a_leng	3
	006_Uso_i_leng	5

Tabla 12: Enraizamiento de EEA con relación a los códigos generados

Sin embargo, en el apartado de las EEA destaca el código de 002_Emo_des, dando a entender que en la mayoría de las cartas descriptivas generadas por nuestros cuidadores mostraban emociones desagradables y de un impacto negativo.

Creación de redes (bitácoras)

Red grupal

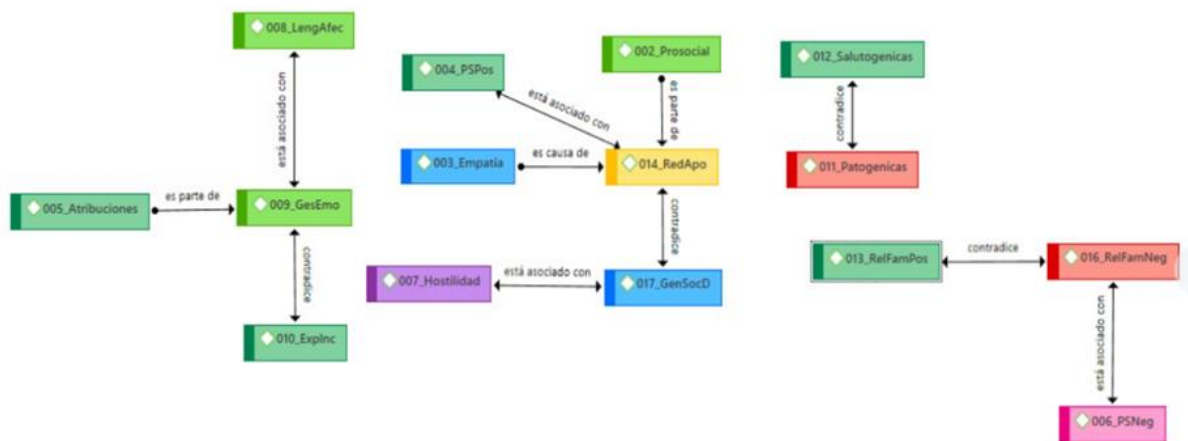


Figura 9. Red de códigos grupal

En el diagrama organiza conceptos relacionados con aspectos emocionales, sociales y familiares, destacando conexiones jerárquicas como “es parte de” como es en el caso de atribuciones ligadas a la gestión emocional, asociativas y de oposición en el caso de salutogénicas y patogénicas, todo lo anterior creado a un contexto mayor.

Red individual. Bitácora Anacleta Cruz Aquino

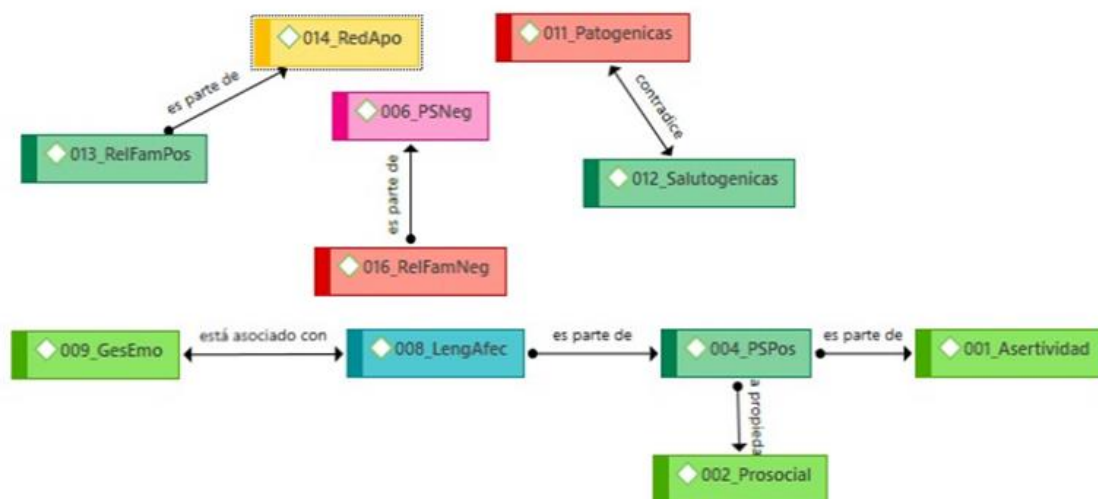


Figura 10. Red CPI Anacleta

La imagen anterior representa un sistema de relaciones entre distintos elementos donde los nodos están estructurados jerárquicamente y utilizan flechas para mostrar relaciones como "el lenguaje cálido es parte de una percepción que es favorable al entorno de la cuidadora", y "como este lenguaje cálido está asociado con la gestión emocional". Además, se enfoca en cómo aspectos positivos (como la red de apoyo y las relaciones familiares positivas) y negativos (como las relaciones familiares negativas a percepción desfavorable) interactúan dentro del esquema.

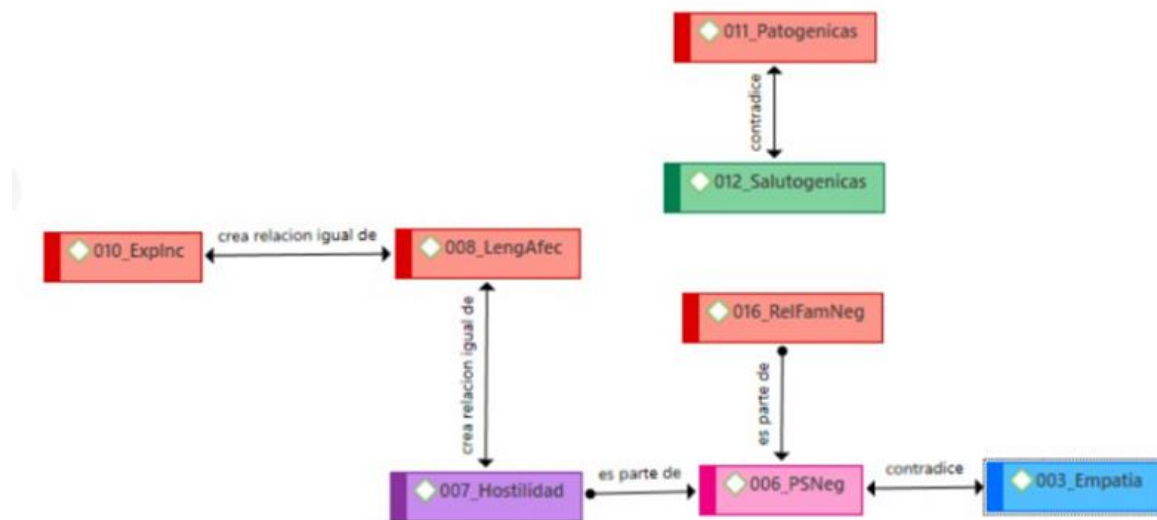


Figura 11. Red CPI Luis

La anterior red, ordena los conceptos interrelacionados en torno especialmente a redes de apoyo, relaciones familiares, factores emocionales y sociales, y su impacto en la salud mental, y como podemos observar donde la mayoría son de efecto negativos.

Red individual. Bitácora Julio Sergio Flores

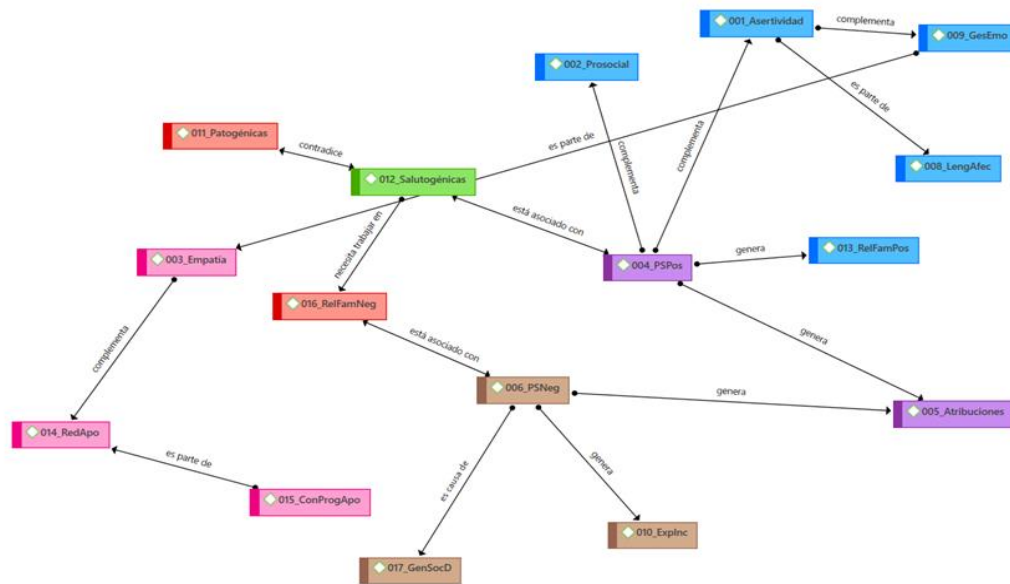


Figura 12. Red CPI Julio

En la **figura 12** podemos notar que la percepción social positiva del cuidador tiene un papel fundamental dentro de su vida, ya que desencadena otros códigos tales como la gestión emocional, lenguaje afectivo, asertividad entre otras, mientras que, por el contrario, la red familiar negativa llega a afectar su percepción social, es importante tomar en cuenta que si se trabaja en está, podría mejorar su bienestar viendo su impacto en el código salutogénico.

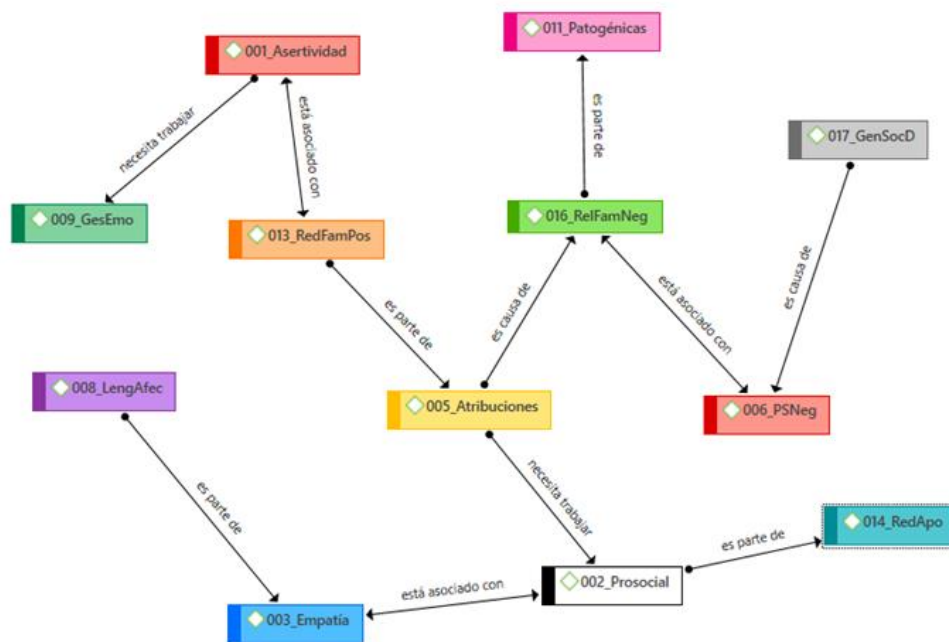


Figura 13. Red CPI Angelica

En la **figura 13** podemos apreciar cómo se relacionan ciertos códigos, por ejemplo, la atribución que la señora Angélica tiene (ya sea positiva o negativa) tiene que ver con su relación familiar, en dónde si está es negativo afecta a su percepción social y a su vez problemas patológicos, del otro lado tenemos a la relación positiva que fomenta su asertividad y gestión emocional, que es base para mantener un bienestar tanto físico como mental.

Redes de EEA

Red EEA Grupal

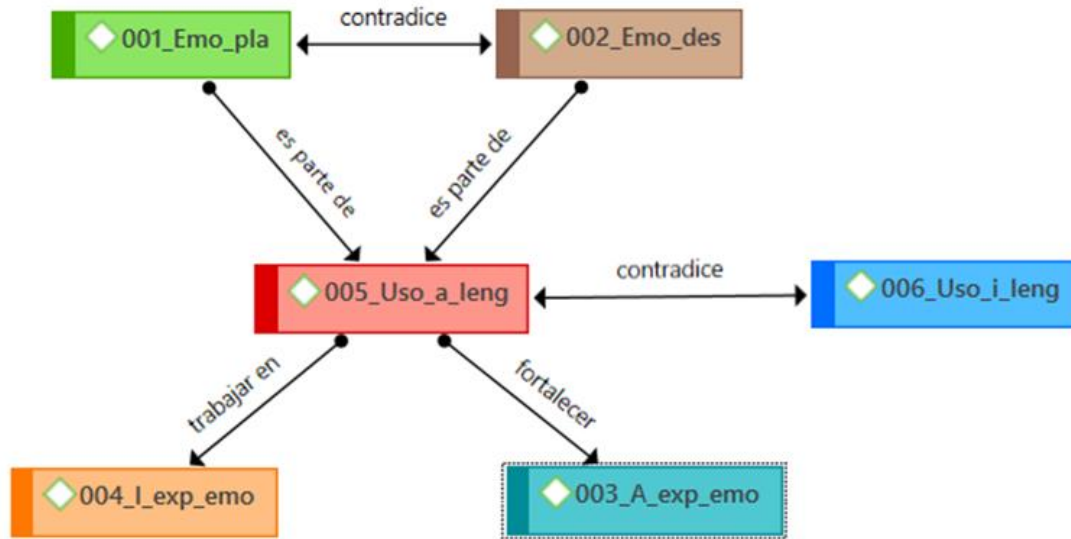


Figura 14. Red de códigos grupales

En la **figura 14** podemos resaltar que los participantes ocuparon un lenguaje claro en sus textos en donde se podía notar la congruencia que se tenía entre su escrito y la emoción, y que las emociones desagradables y agradables predominaron ya que al ser un recuerdo doloroso se reviven emociones que aún tenía guardadas o que simplemente estaban asociadas al recuerdo sin embargo en otros casos se necesitaría fortalecer o trabajar en una mejor expresión de ella.

Red EEA. Anacleta Cruz Aquino

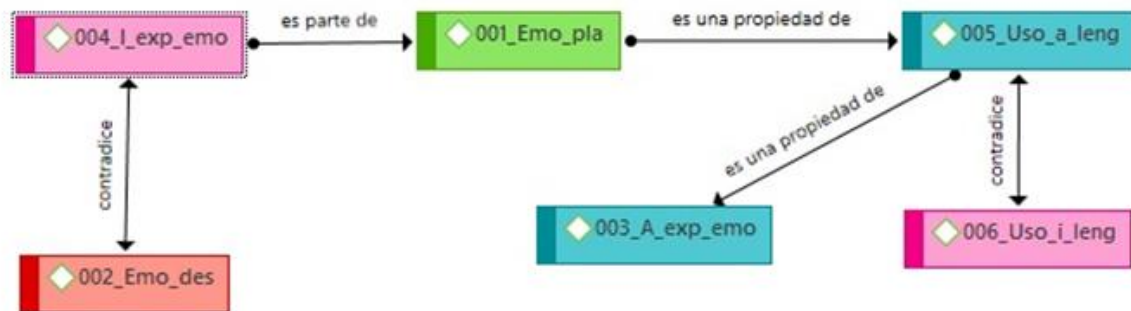


Figura 15. Red CPI EEA Anacleta

El diagrama contrasta dos sistemas de conceptos relacionados con las emociones y el lenguaje, solo que de forma un tanto distorsionada, ya que a pesar de que le es posible la expresión de emociones de manera comprensible genera un uso del lenguaje un poco incomprensido, donde se tomaría en cuenta que es lo que más se resalta de esta red.

Red EEA. Luis Justino Méndez

No realizo ejercicios de EEA / Término de sesiones

Por cuestiones personales, el señor Justino no pudo continuar con las sesiones, descartando su participación en el proyecto.

Red EEA. Julio Sergio Flores

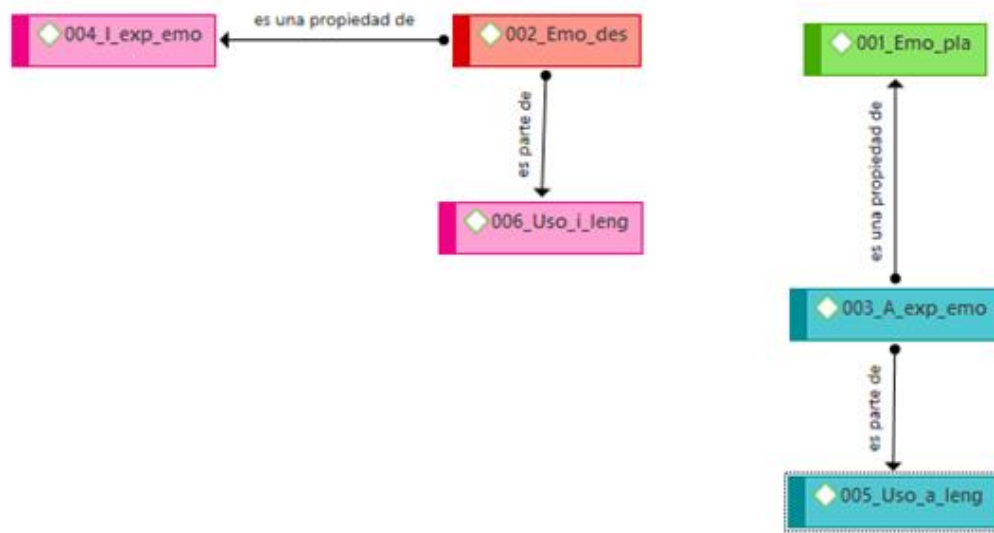


Figura 16. Red CPI EEA Julio

La red contrasta dos sistemas de conceptos relacionados con las emociones y el lenguaje: uno enfocado en aspectos desadaptativos (como la mala expresión emocional y el mal uso del lenguaje) y otro en aspectos positivos (como la expresión emocional adecuada y el uso correcto del lenguaje). Estos sistemas exploran cómo la calidad de las emociones y el lenguaje emocional influyen en los procesos emocionales generales.

Red EEA. Lucia Angelica López.

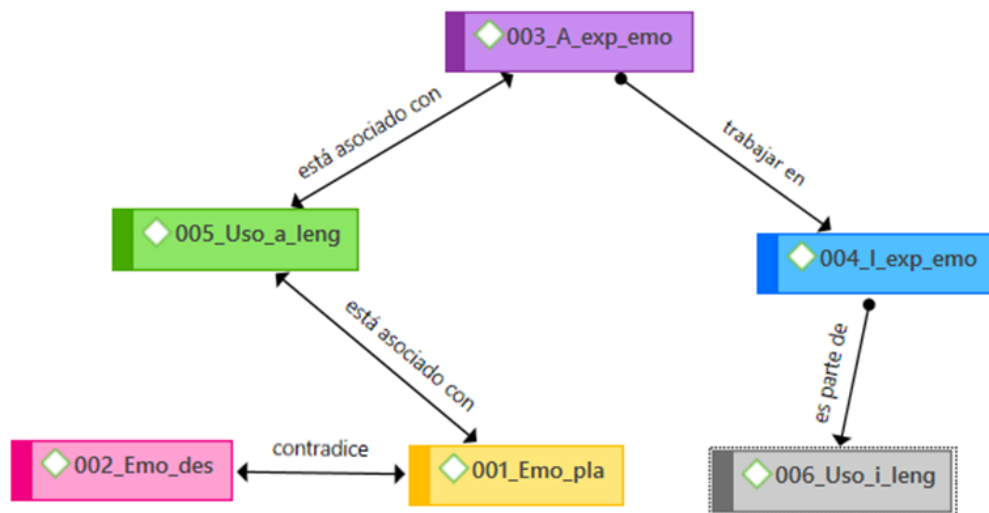


Figura 17 Red CPI EEA Angelica

La **figura 17** corresponde a la red formada por medio de la EEA de la cuidadora Angelica en donde las emociones agradables y desagradables, están asociadas al lenguaje que ocuparon en su texto, aunque en ocasiones su expresión y emociones no concordaban ya que había factores que alteraban su percepción sobre el suceso. Es importante tomar en cuenta que dentro de la familia del CPI, se carecía de comunicación asertiva, gestión emocional y frecuentemente se encontraban elementos que la limitaban a expresarse.

9.3.2 Análisis cuantitativo

A continuación, se muestran los resultados con respecto al acompañamiento sobre el funcionamiento psicosocial:

El análisis de las medidas pre-post nos permite observar la evolución de diversos indicadores relacionados con el bienestar, las emociones y el malestar psicológico en los participantes, por ejemplo: el bienestar general mostró un leve aumento de 33.6 a 35, pero el

valor p de 0.421 y un tamaño del efecto de 0.167 indican que no hubo un cambio estadísticamente significativo ni un impacto clínico relevante.

Con base al correlograma se muestra lo siguiente:

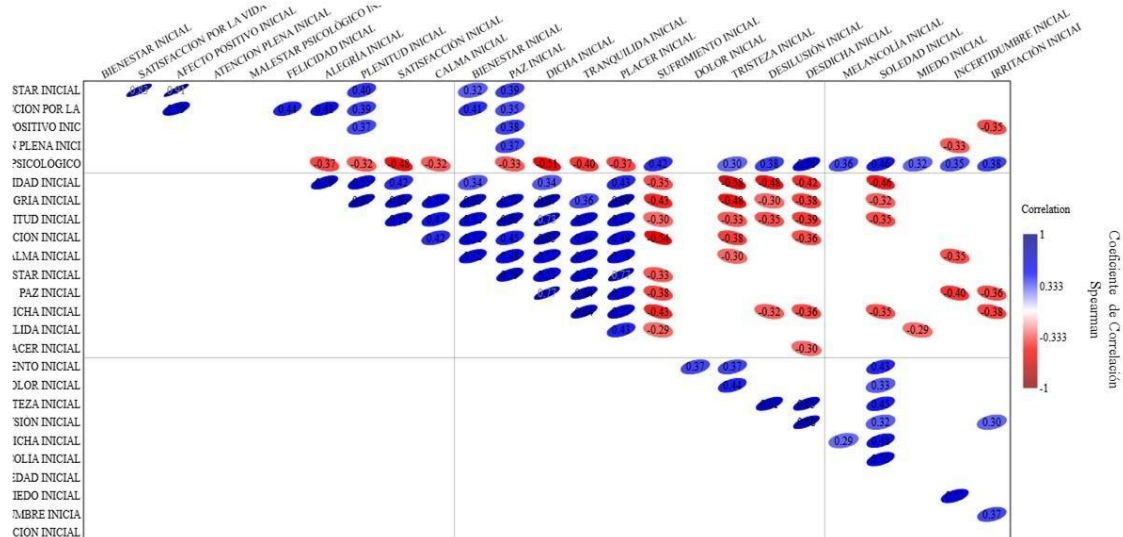


Figura 18. Correlograma Etapa 2

Podemos notar un efecto negativo que nos representa que entre menor felicidad se presenta mayor tristeza, cabe destacar que este es el valor más representativo en cuestión negativa. Mientras que, tomando en cuenta el lado positivo, podemos señalar que se representa una relación entre mayor paz se tiene una mayor dicha.

Y en base al análisis clínico observable se muestra lo siguiente:

El análisis del Cambio Clínico Observable (CCO) en diferentes indicadores de bienestar, satisfacción y malestar psicológico muestra resultados variados en función de las áreas evaluadas. Algunos puntos por destacar son los siguientes.

Incrementos positivos moderados en bienestar y satisfacción general: En indicadores como "bienestar" y "alegría", se observan pequeños aumentos en algunos grupos (por ejemplo, CPI 3 muestra un incremento notable en bienestar y alegría de 0.2 y 1 respectivamente). Esto sugiere que las intervenciones o condiciones que impactaron a estas personas pueden haber contribuido a mejoras en estos aspectos.

Estabilidad en satisfacción por la vida y felicidad: Los indicadores de "satisfacción por la vida" y "felicidad" muestran cambios mínimos o nulos en la mayoría de los grupos. Esto puede reflejar estabilidad en estas dimensiones, con poca variabilidad a lo largo del tiempo.

9.3.3 Conclusión de resultados: Etapa 2

Llegando a la conclusión de esta segunda etapa que la intervención realizada parece haber impactado positivamente en variables relacionadas con bienestar psicológico y emociones positivas como plenitud y calma, mientras que redujo significativamente el malestar psicológico y la desilusión.

Algunos indicadores como la felicidad y emociones negativas específicas no mostraron variaciones relevantes, lo que podría indicar que se necesitan intervenciones más específicas o que están menos influenciados por el tipo de intervención realizada.

9.4 Resultados etapa 3

9.4.1 Análisis cualitativo

La aplicación del instrumento WHODAS (World Health Organization Disability Assessment Schedule), el cual permitió evaluar el funcionamiento de la vida diaria de los participantes,

centrándose en evaluar dimensiones relacionadas con la participación social y la interacción personal, algunos niveles que incluye el instrumento son: mantener amistades, interacción con personas nuevas, iniciar conversaciones, entre otras.

Dichos resultados ofrecen un mejor panorama para ver el impacto que se obtuvo con la intervención psicosocial brindaba a lo largo de los 3 trimestres trabajados, enfatizando en las limitaciones y necesidades que enfrentan los cuidadores a lo largo de su día a día.

Algunas preguntas de interés que nos permiten observar un cambio significativo son:

1.- ¿Comenzar y mantener una conversación?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido.	Porcentaje acumulado.
Válido.	Ninguna	26	60.5	61.9	61.9
	Leve	9	20.9	21.4	83.3
	Moderada	5	11.6	11.9	95.2
	Severa	2	4.7	4.8	100.0
	Total	42	97.7	100.0	
Perdidos	999	1	2.3		
Total		43	100.0		

Tabla 13: ¿Comenzar y mantener una conversación? (Instrumento WHODAS.)

En la tabla 13 se muestra que, de los 43 participantes, solo 1 (2.3%) no respondió a la pregunta.

Por otro lado, es relevante destacar que el 60.5% mencionó no tener problema alguno con comenzar y/o mantener una conversación, por el contrario, el 4.7% reportó tener un

problema severo. Esto sugiere que la mayoría de los cuidadores no tiene problema alguno con establecer interacciones verbales, sin embargo, una parte de ellos enfrenta dificultades para sostener una conversación, algunos problemas que podrían desencadenar esta respuesta son los niveles de estrés o simplemente no tener tiempo y espacio que les permitan conectar socialmente con otras personas.

2.- ¿Salir de su hogar?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido.	Porcentaje acumulado.
Válido.	Ninguna	30	69.8	69.8	69.8
	Leve	8	18.6	18.6	88.4
	Moderada	4	9.3	9.3	97.7
	Severa	1	2.3	2.3	100.0
	Total	43	100.0	100.0	

Tabla 14: ¿Salir de su hogar? Instrumento WHODAS.

En la tabla 14 se observa que los 43 participantes, contestaron la pregunta, obteniendo así que el 69.8% no tiene problemas para salir de su hogar, mientras que en el caso más severo (2.3%) tiene dificultades para hacerlo, alguno de los problemas que desencadenan esta dificultad son problemas físicos, falta de tiempo debido al cuidado brindado y agotamiento. La mayoría de los cuidadores mantiene una movilidad básica, sin embargo, hay que prestarle atención al grupo de personas que tiene dificultades ya que puede haber un aumento en cuanto al riesgos de aislamiento.

3.- En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para: relacionarse con personas que no conoce?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido.	Porcentaje acumulado.
Válido.	Ninguna	12	27.9	44.4	44.4
	Leve	8	18.6	29.6	74.1
	Moderada	2	4.7	7.4	81.5
	Severa	5	11.6	18.5	100.0
	Total	27	62.8	100.0	
Perdidos	999	16	37.2		
Total		43	100.0		

Tabla 15: En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para: relacionarse con personas que no conoce? (Instrumento WHODAS).

La tabla 15 se centra en la dificultad que han tenido los cuidadores para relacionarse con las personas (en el último mes) de acuerdo con los datos obtenidos podemos argumentar que las 16 personas (37.2%) no contestaron a la pregunta, mientras que de los 27 (62.8%) que sí respondieron, 12 de ellos (27.9%) no tuvieron problema alguno con relacionarse con nuevas personas.

La dificultad para interactuar puede estar asociada a que el cuándo el cuidador le dedica todo su tiempo al dependiente, existe una reducción de su mundo social. Esta dimensión resulta relevante ya que nos ofrece un panorama de la capacidad que tienen los cuidadores para crear nuevos vínculos, y el fortalecimiento de las redes de apoyo en donde puedan sentirse seguros y valorados.

4.- En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para: mantener una amistad?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido.	Porcentaje acumulado.
Válido.	Ninguna	21	48.8	56.8	56.8
	Leve	8	18.6	21.6	78.4
	Moderada	5	11.6	13.5	91.9
	Severa	3	7.0	8.1	100.0
	Total	37	86.0	100.0	
Perdidos	999	6	14.0		
Total		43	100.0		

Tabla 16: En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para: mantener una amistad?

(Instrumento WHODAS.)

La tabla anterior, refleja la dificultad que tienen nos CPI para mantener una amistad, el (14%) evitaron responderla, lo que puede indicar una dificultad para reconocer sus redes afectivas, nuevamente se observa que la mayoría (48.8%) no enfrenta ninguna barrera para conservar amistades.

Sin embargo, es fundamental centrarse en el 42.6% de los participantes, que es porcentaje significativo el que presenta una reducción del apoyo emocional que le podría genera una amistad, por lo tanto, se corre el riesgo de que exista un aumento en los niveles de estrés y de aislamiento.

Estas últimas preguntas muestran la importancia del fortalecimiento de las redes de apoyo.

5.- ¿Cuánto ha sido afectado emocionalmente por su condición de salud?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido.	Porcentaje acumulado.
Válido.	Ninguna	15	34.9	46.9	46.9
	Leve	12	27.9	37.5	84.4
	Moderada	4	9.3	12.5	96.9
	Severa	1	2.3	3.1	100.0
	Total	32	74.4	100.0	
Perdidos	999	11	25.6		
Total		43	100.0		

Tabla 17: ¿Cuánto ha sido afectado emocionalmente por su condición de salud? Instrumento WHODAS.

Por último, pero no menos importante, obtuvimos datos a partir del impacto emocional que tienen los CPI con respecto a su salud, la importancia de esta dimensión radica en que cuando se es cuidador no solo hay afecciones físicas o sociales, sino también psicológicas que afectan su calidad de vida.

9.4.2 Conclusión de resultados: Etapa 3

La etapa tres de la intervención tuvo como objetivo central el trabajo grupal con los CPI, además de fortalecer las redes de apoyo entre ellos y visibilizar su labor de cuidado en distintas áreas de su vida cotidiana además del fortalecimiento de temas como: el autocuidado, límites, relaciones sanas, duelo, etc.

Esta fase tuvo un enfoque más reflexivo y participativo, ya que hubo un intercambio de experiencias directas entre los participantes, con el propósito de llegar a construir estrategias colectivas.

10. Discusion

Respecto a la etapa 1, podemos observar que la intervención tuvo efectos variados en diferentes áreas del CPI ya que, por ejemplo, mejoras significativas en el afecto positivo, salud psicológica, estilo de vida saludable, depresión y sobrecarga. Por otro lado, no hubo cambios significativos en la satisfacción por la vida, la soledad, y el apoyo social se mantuvo constante en general.

En base a la segunda etapa, donde se realizó una evaluación del impacto de la intervención psicosocial, en donde se mostraron mejoras significativas en algunas de las variables tras la intervención, tomando en cuenta que no en su totalidad. Donde algunas conclusiones destacables son las siguientes:

Atención plena: Mostró un incremento significativo con un valor de $p = 0.013$ y un tamaño del efecto (TE) moderado (0.476).

Malestar psicológico: Disminuyó significativamente ($p = 0.001$) con un tamaño del efecto negativo considerable (-0.643), indicando una reducción importante.

Plenitud: Aumentó significativamente ($p = 0.003$) con un TE alto (0.684).

Calma: Incrementó significativamente ($p = 0.005$) con un TE alto (0.705).

Desilusión: Disminuyó significativamente ($p = 0.028$) con un TE moderado (-0.629).

Mientras que, hablando de las variables como felicidad, alegría, paz, dicha, y varias emociones negativas (como tristeza y soledad) no presentaron cambios estadísticamente significativos.

Y por ultimo, con respecto a la tercera etapa podemos comentar que se obtuvo un (25.6%) de datos perdidos ya que 11 personas se limitaron a responder la pregunta, sin embargo, el 34.9% respondieron no haber sido afectado emocionalmente, esto nos lleva a interpretar que hubo estrategias de afrontamiento que les permitieron sobrellevarlo de una mejor manera y con mayor eficacia, mientras que el 39.5% (incluyendo la afectación leve, moderada y severa) indicaron presentar afectaciones emocionales en algún grado, comprometiendo de manera significativa su salud,

Concluyendo que se requieren estrategias de afrontamiento dentro de las intervenciones psicológicas.

11. Conclusiones generales

La intervención comunitaria desarrollada con los cuidadores primarios informales (CPI) a lo largo de las anteriores tres etapas, mostró resultados positivos en diferentes dimensiones del bienestar psicosocial.

En la primera etapa, el acercamiento individual a los hogares permitió generar una conexión inicial que contribuyó a una reducción significativa en los niveles de soledad, depresión y carga emocional, marcando la importancia de abordar el cuidado desde un enfoque de empatía y personalizado. Aunque no se observaron mejoras relevantes en salud general ni en el apoyo social percibido, esta etapa sentó las bases para el vínculo y la confianza con los cuidadores.

Durante la segunda etapa, que fue centrada en el acompañamiento psicoemocional mediante la escritura emocional autorreflexiva, se mostró un impacto favorable en el bienestar psicológico y en emociones positivas como la plenitud y la calma, al tiempo que se logró reducir el malestar emocional y la desilusión. Sin embargo, la estabilidad en variables como la felicidad o ciertas emociones negativas marca la necesidad de intervenciones más específicas para abordar estos aspectos con mayor profundidad.

Y, por último, la tercera etapa, de manera grupal, permitió fortalecer redes de apoyo, visibilizar el rol de los cuidadores y fomentar el intercambio horizontal de experiencias. Esta fase facilitó los procesos de reflexión en base al autocuidado, el reconocimiento de límites, el manejo del duelo, la comunicación asertiva y las relaciones sanas, promoviendo el sentido de pertenencia y la construcción de estrategias colaborativas orientadas a su bienestar.

Tenemos como resultado que, las tres fases evidencian que una intervención integral, progresiva y participativa puede contribuir de manera significativa al fortalecimiento emocional, la cohesión grupal y la resignificación del rol del cuidador informal, reafirmando la necesidad de continuar implementando este tipo de abordajes comunitarios con un enfoque psicosocial como lo resultado está presente intervención.

11. Limitaciones

Dentro de la intervención se alcanzaron logros sobresalientes, tales como la creación de espacios seguros en donde de manera grupal e individual se compartieron experiencias, permitiendo la escucha activa, el diálogo y la validación emocional entre los CPI.

Sin embargo, también se tuvo limitaciones, algunas de ellas fueron la participación constante de los cuidadores, ya que por falta de tiempo no pudieron continuar con el acompañamiento,

recordemos que algunos de los factores, fue la sobrecarga, el cansancio físico y emocional, generando un impacto en la limitación de las asistencias a las sesiones, que, si bien las dos primeras etapas fueron en sus domicilios, no tenían tiempo disponible para recibir a los facilitadores.

Un punto por destacar es que dentro de la intervención se encontró la falta de fortalecimiento de redes de apoyo, y aunque se trabajó con los CPI, no se pudo trabajar con su entorno cercano, principalmente familiares, lo cual, de cierta manera, limita la intervención ya que estos influyen de manera directa en la estructura de las redes de apoyo del cuidador por lo tanto en vez de fortalecerse, se continuaba con dinámicas de sobrecarga ya que seguía sin reconocerse el papel del CPI dentro del cuidado.

12. Referencias

Arias, J., Fernández, C., & Moreno, L. (2023). *Impacto emocional del cuidado informal: una revisión sistemática de la literatura reciente*. *Revista de Psicología Clínica y de la Salud*, 39(1), 45–56. <https://doi.org/10.1016/j.rpcs.2022.11.004>

Baikie, K. A., & Wilhelm, K. (2005). Emotional and Physical Health Benefits of Expressive Writing. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(5), 338–346. <https://doi.org/10.1192/apt.11.5.338>

Casanova-Rodas, L., Rascón-Gasca, M. L., Alcántara-Chabelas, H., & SorianoRodríguez, A. (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud mental (Mexico City, Mexico)*, 37(5), 443. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2014.052>

Casanova-Rodas, L., Rascón-Gasca, M. L., Alcántara-Chabelas, H., & SorianoRodríguez, A. (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud mental (Mexico City, Mexico)*, 37(5), 443. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2014.052>

Castellanos, N. (2025, 12 de abril). Una neurocientífica española defiende el poder de la ira: "A veces hay que dar un puñetazo en la mesa". *Cadena SER*. Recuperado de <https://cadenaser.com/nacional/hype/2025/04/12/una-neurocientifica-espanola-defiende-el-poder-de-la-ira-a-veces-hay-que-dar-un-punetazo-en-la-mesa-cadena-ser/>

Cháves-Castro, F., Pedraza-Avella, D., & Díaz-Pérez, C. (2022). Redes de apoyo social y su relación con la sobrecarga en cuidadores informales de adultos mayores. *Revista Ciencia y Cuidado*, 19(2), 103-112. <https://doi.org/10.22463/17949831.3048>

Clínica Universidad de Navarra. (s.f.). *Afecto negativo*. Diccionario Médico. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/afecto-negativo>

Crespo, M., & Rivas, C. (2021). *Promoción del bienestar emocional en cuidadores familiares: evidencia y estrategias prácticas*. Revista Española de Geriátría y Gerontología, 56(1), 30–37. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.001>

Da Dalt de Mangione, E. C., & Difabio de Anglat, H. E. (2002). *Asertividad: su relación con los estilos educativos familiares*. Interdisciplinaria: Revista de Psicología y Ciencias Afines, 19(2), 119–140.

De los Ángeles Herrera, Steven Arcentales-Fajardo, & T.-S., 2021 La Intervención social durante el trabajo comunitario: Una guía para el desarrollo.

<http://file:///C:/Users/maria/Downloads/Dialnet-LaIntervencionSocialDuranteElTrabajoComunitario-8231669.pdf>

Delgado, M., Torres, L., & Herrera, R. (2021). *Duelo anticipado en cuidadores familiares de pacientes con enfermedades neurodegenerativas*. Revista de Psicología y Salud, 33(2), 145–152. <https://doi.org/10.22201/fesi.20070780e.2021.33.2.145>

Enfermedades cardiovasculares en población mexicana. Psicología Y Salud, 225-235.

Enfermería Global. Noelli Rosa (2022), <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.512191>

Estibalis Anaís Luna-Chávez; Ezequiel Ramírez-Lira; Ana Anaya-Velasco; et al. Factores psicosociales, intervención y gestión integral en organizaciones: revisión Fernández, M. (2020, Mayo 24). Reestructuración cognitiva: ¿Qué es? Psicólogo En Barcelona. <https://psicorelacional.com/reestructuracion-cognitiva-que-es/>

Fredrickson, B. L. (2020). *Updated thinking on positivity ratios*. American Psychologist, 75(2), 144–150. <https://doi.org/10.1037/amp0000507>

Gaitán-Rossi P, Pérez-Hernández V, Vilar-Compte M, Teruel-Belismelis G. Prevalencia Galicia, C. F. (2024, abril 2). Redes de apoyo salud mental. Feafes Galicia. Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Galicia. <https://feafesgalicia.org/noticias/redes-apoyo-salud-mental/>

García, M. (2025, abril 22). *Burnout o síndrome del cuidador quemado: Qué es y cómo saber si se padece*. El País. <https://elpais.com/estilo-de-vida/2025-04-22/burnout-o-sindrome-del-cuidador-quemado-que-es-y-como-saber-si-se-padece.html>

García-Fernández, L., Sánchez, R., & Luna, P. (2023). *Apoyo emocional en procesos de duelo: estrategias para profesionales y cuidadores*. *Intervención Psicosocial*, 32(1), 27–34. <https://doi.org/10.5093/inps2023a5>

García-Gómez, M., Torres, E., & Peña, R. (2022). *Sobrecarga y malestar psicológico en cuidadores familiares de personas con enfermedades crónicas*. *Psicología y Salud*, 27(2), 111–125. <https://doi.org/10.14306/pss.v27i2.475>

Gobierno de México (2020). *Importancia de las redes de apoyo social para las personas mayores*. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/importancia-de-las-redes-de-apoyo-social-para-las-personas-mayores>

Gómez-Ramírez, E., et al. (2019). *Sobrecarga del cuidado y morbilidad sentida en cuidadores de niños con discapacidad*. *Duazary*, 16(1), 67–78. <https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/2508>

González, P., & Ruiz, L. (2020). *Identidad y rol del cuidador informal: una mirada desde la psicología comunitaria*. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 14(1), 65–78. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.14106>

Gross, J. J. (2015). *Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations*. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (2nd ed., pp. 3–20). The Guilford Press.

Gutiérrez-Cobo, M. J., Fernández-Berrocal, P., & Cabello, R. (2020). *Perceived emotional intelligence and its relationship with stress, resilience and well-being in healthcare students*. *Personality and Individual Differences*, 156, 109759. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109759>

Haslam, C., Jetten, J., Postmes, T., & Haslam, S. A. (2009). *Social identity, health and well-being: An emerging agenda for applied psychology*. *Applied Psychology*, 58(1), 1–23. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00379.x>

Herrera, B., Galindo, Ó., Bobadilla, R., Penedo, F., & Lerma, A. (2021). Propiedades psicométricas del Cuestionario MOS de Apoyo Social en una muestra de pacientes con enfermedades cardiovasculares en población mexicana. *Psicología Y Salud*, 225-235.

<https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2691>

Herrera, B., Galindo, Ó., Bobadilla, R., Penedo, F., & Lerma, A. (2021). Propiedades <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2691>

Ibarra, J. O. M. (2022). Acompañamiento psicosocial en cuidadores primarios informales: INCMNSZ. (2020, Marzo). Brigada de salud mental: ejercicios de atención plena.

<https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/BrigadaSaludMental/EjerciciosAtencionPlena.html>

INEGI (2021). Encuesta nacional sobre salud y envejecimiento en México (ENASEM) y encuesta de evaluación cognitiva.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM_21.pdf

INEGI (2022). Encuesta nacional para el sistema de cuidados (ENASIC). Org.mx.

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

Infobae. (2024, septiembre 18). “Síndrome del cuidador”: tras un ACV, cuál es el impacto en la salud mental de los familiares. <https://www.infobae.com/salud/2024/09/18/sindrome-del-cuidador-el-efecto-del-acv-que-puede-impactar-en-la-salud-mental-de-los-familiares/>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2023). *Histórico de datos mensuales sobre cuidadores no profesionales*. Recuperado de <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/estadisticas-mensual/historico-datos-cuidadores-no-profesionales>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2023). *Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC) 2022*. <https://www.inegi.org.mx/programas/enasic/2022/INEGI+1INEGI+1>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). (s.f.). *Mantener una salud física y mental óptima permite a las personas cuidadoras ejercer su labor de forma responsable*. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/mantener-una-salud-fisica-y-mental-optima-permite-a-las-personas-cuidadoras-ejercer-su-labor-de-forma-responsable>

Jamovi (2.2.5). (2021). [Software Estadístico]. Obtenido de: <https://www.jamovi.org>

Jetten, J., Haslam, C., & Haslam, S. A. (2012). *The social cure: Identity, health and well-being*. Psychology Press.

Jiménez, A. (2022). *Duelo complicado y su impacto en la salud mental: revisión teórica y clínica*. Revista Iberoamericana de Psicología, 16(1), 56–68. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.16106>

Jiménez, A., Romero, D., & Londoño, L. (2022). *Acompañamiento psicosocial a cuidadores informales: impacto en salud mental y sentido de comunidad*. Revista Colombiana de Salud Mental, 55(3), 213–221. <https://doi.org/10.1016/j.rcsm.2022.03.005>

Li, R., Cooper, C., Austin, A., & Livingston, G. (2019). The effectiveness of mindfulness-based interventions for informal caregivers of people with dementia: A systematic review. International Psychogeriatrics, 31(1), 1–11. <https://doi.org/10.1017/S1041610218000353>

Lobão, W. M., & Menezes, I. (2013). Análisis psicométrico de la escala de predisposición a la aparición de eventos adversos en el cuidado de enfermería en UTI. Revista Latinoamericana De Enfermagem, 21, 396–403. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000100015>

Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Mausbach, B. T., López, J., Fernández-Fernández, V., & Nogales-González, C. (2015). Cognitive-behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for dementia family caregivers with significant depressive symptoms: Results of a randomized clinical trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83(4), 760–772. <https://doi.org/10.1037/ccp0000028>

Martín-Baró, I. (1986). Hacia una psicología de la liberación. Boletín de Psicología, (22), 219–231.

Martín-Baró, I. (1986). Hacia una psicología de la liberación. *Boletín de Psicología*, 22, 219–231.

Martínez, C. (2025, abril 19). *Cuidar y resistir: El reto invisible de los cuidadores informales*. El País. <https://elpais.com/espana/catalunya/2025-04-19/cuidar-y-resistir.html>

Martínez, I., & Olivares, E. (2020). *El duelo en contextos de cuidado informal: una aproximación desde la psicología positiva*. *Revista Costarricense de Psicología*, 39(1), 109–124. <https://doi.org/10.22544/rcps.v39i1.1237>

Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I., & Sanz, M. (2021). *Emotional regulation and resilience in informal caregivers: Protective roles in mental health*. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(4), 1002–1010. <https://doi.org/10.1002/cpp.2549>

Mayor con dependencia: reconfigurando el espacio. *Enf. Neurol. (Mex)* 2014; pag. 81-86

Maza-de la Torre, G., Motta-Ramírez, G. A., Motta-Ramirez, G., & Jarquin-Hernandez, P. M. (2023). La empatía, la comunicación efectiva y la asertividad en la práctica médica actual. *Revista de sanidad militar*, 77(1). <https://doi.org/10.56443/rsm.v77i1.371>

McMillan, D. W., & Chavis, D. M. (1986). Sense of community: A definition and theory. *Journal of Community Psychology*, 14(1), 6–23. [https://doi.org/10.1002/1520-6629\(198601\)14:1](https://doi.org/10.1002/1520-6629(198601)14:1)

Mejía Guachichullca, L. M. (2023). *Intervención psicosocial para el fortalecimiento del bienestar emocional en cuidadores primarios informales de personas con discapacidad*. Repositorio Institucional de la Universidad Central del Ecuador. <https://repositorio.uce.edu.ec/handle/25000/29725>

Mendoza-Parra, S., & colaboradores. (2022). *Autocuidado del cuidador informal de personas mayores en algunos países de Latinoamérica*. *Revista de Ciencias de la Salud*, 20(2), 1206. https://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S2393-66062022000201206&script=sci_arttext

Mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México. *Salud Publica Mex [Internet]*. 18 de junio de 2021;63(4):478-85. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/12257>

Michele Dufey D.1a, Ana María Fernández T.2a, José Antonio Muñoz R., 2020
Arango-Lasprilla, J. C., & Quijano, M. C. (2011). Cuidadores de personas con discapacidad: Estrategias para apoyar su labor. Manual Moderno.

Mindfulness, calidad de vida y apoyo social a distancia. Revista digital internacional de
Montalvo-Prieto, A., & Carmona-González, Y. (2022). Apoyo social y carga del cuidador del paciente con cáncer: revisión sistemática. Rev. cienc. ciudad, 19(1), 119–134.

Montero, M. (2004). Introducción a la psicología comunitaria. Paidós.

Montero, M., & Serrano-García, I. (2011). El concepto de empoderamiento: sentidos y controversias. Psicoperspectivas, 10(1), 101–121.

Morales, P. (2024, Agosto). Análisis automático del discurso en narraciones de experiencias emocionales escritas bajo la técnica de Escritura Emocional Autorreflexiva.
http://51.143.95.221/bitstream/TecNM/8555/1/MC_Pavel_Ricardo_Morales_Ocampo_2024.pdf

N., & Toledano-Toledano, F. (2023, July). Design, development, and validation of the self- perceived health scale (SPHS). In Healthcare (Vol. 11, No. 14, p. 2007). MDPI.
Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.

Organización Mundial de la Salud (OMS) & Banco Mundial. (2021). *Informe mundial sobre la discapacidad 2021*. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182>

Ornstein, M., & Caruso, C. (2024). *Care as a Relational Social Process: A Life Course Approach*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(1), 119. <https://doi.org/10.3390/ijerph21010119>

Palma-Ayllón, E., & Escarabajal-Arrieta, M. D. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 32(1), 22–25. <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006>

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2007). Correlates of physical health of informal caregivers: A meta-analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(2), P126–P137. <https://doi.org/10.1093/geronb/62.2.P126>

Poza, U. A. (2019, agosto 23). Métodos de reestructuración cognitiva: ¿cuáles son y cómo funcionan? pymOrganization. <https://psicologiyamente.com/clinica/metodos-reestructuracion-cognitiva>

Pressman, S. D., & Jenkins, B. N. (2019). *Positive affect and health: What do we know and where next should we go?*. *Annual Review of Psychology*, 70, 627–650. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102955>

Pretty, G. M. H., Bishop, B. J., Fisher, A. T., & Sonn, C. C. (2006). Psychological sense of community and its relevance to well-being and everyday life in Australia. *The Australian Community Psychologist*, 18(2), 44–52.

Psicométricas del Cuestionario MOS de Apoyo Social en una muestra de pacientes con Quijano García, R. A., Universidad Autónoma de Campeche, México, & Magaña Medina, D. E. (2021). Psychometric properties of the scale: perception of the information and communication technologies for Knowledge Management. *PAAKAT: Revista de Tecnología y Sociedad*, 11(20), 1–26. <https://doi.org/10.32870/pk.a11n20.536>

Ramírez, L. E. V., Reyna, V. M., Medina, D. A. R., Aguilar, M. C., Ortega, J. J. V., & Reyes-Audiffred V, Leitón-Espinoza ZE. El cotidiano del cuidador familiar del adulto

Rivera-Ledesma, A., & Montero-López Lena, M. (2021). *Afecto positivo como factor protector en cuidadores informales: un análisis desde la psicología positiva*. *Revista Mexicana de Psicología*, 38(2), 94–105.

Rodríguez-López, S., & Rivera, L. (2021). *Estrategias de intervención para reducir el malestar psicológico en cuidadores informales: una revisión narrativa*. *Salud Mental Comunitaria*, 8(3), 205–214. <https://doi.org/10.24875/smc.21000039>

Roldán, G. F. (2024, febrero 15). ¿Cuál es la función del nervio vago? Neurocenter. <https://neurocenter.mx/funcion-nervio-vago/>

Romero-Serrano, R.,. (2023). Influencia de las redes de apoyo sociofamiliares en el cuidado de las personas mayores dependientes: un estudio cualitativo. *Revista Española de Salud Pública*, 97, e202311095. <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/176RevistaSanidad+1scielosp.org+1>

Sintonizando con otro: la teoría polivagal y el proceso de psicoterapia.

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272022000200185

sistemática Psychosocial Factors, Intervention and Integral Management in Organizations:

Subiela García, J. A., Abellón Ruiz, J., Celdrán Baños, A. I., Manzanares Lázaro, J. Á., & Satorres Ramis, B. (2014). La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. *Enfermería global*, 13(34), 276–292.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200013

Systematic Review Psicumex. vol. 11, e399, 2021 Universidad de Sonora, Consorcio de

Tinajero-Chávez, L. I., Mora-Romo, J. F., Bravo-Doddoli, A., Cruz-Narciso, B. V., Calleja, Torres, B. (2023, 31 marzo). Salud y bienestar: conceptos fundamentales para una vida plena - UNAM Global. UNAM Global - de la Comunidad Para la Comunidad.

https://unamglobal.unam.mx/global_revista/salud-y-bienestar-conceptos-fundamentales-para-una-vida-plena/

Universidades Mexicanas A,C. Valle Ramos García, V. (2021). *Salud mental en cuidadores informales y su repercusión en las actividades básicas de la vida diaria* [Trabajo de fin de grado, Universidad de Valladolid]. UVaDOC.

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/47897/1/TFG-H2329.pdf>

Vergel Hernández, J., & Barrera Robledo, M. E. (2021). Manejo del trastorno depresivo ¿Qué tratamiento elegir? *Revista médica de Risaralda*, 27(1), 85–91.

<https://doi.org/10.22517/25395203.24637>

Warren, S. (2022, enero 13). ¿Qué es la teoría polivagal? Centro de movimiento somático;

Somatic Movement Center. <https://somaticmovementcenter.com/es/what-is-polyvagal-theory/>

Whitebird, R. R., Kreitzer, M. J., Crain, A. L., Lewis, B. A., Hanson, L. R., & Enstad, C. J. (2013). Mindfulness-based stress reduction for family caregivers: A randomized controlled trial. *The Gerontologist*, 53(4), 676–686. <https://doi.org/10.1093/geront/gns126>

Zúñiga HE, García JE. El envejecimiento demográfico en México. Principales tendencias y características. Consejo de Población del Estado de México. Horizontes 2008; pág. 93-100.

13. Anexos

Anexo 1.- Link en donde se pueden encontrar las bitácoras de los participantes con los que trabajamos de manera individual.

[Bitacoras intervención comunitaria 2024-2025 \(diada 9\)](#)

Anexo 2.- Tabla de enraizamiento junto con citas:

Código	Enraizamiento	Citas.
001_Asertividad	20	2:6 realizaba comentarios como “estoy bien” 2:7 “lógico que duele” 2:9 se quiere ir pero para atenderse un poco 2:11 después de tantos años nos toca sentarnos bien por nosotros mismos 2:13 ya sabia que le toca cuidarse a si misma después de años de ser cuidad... 3:1 si se sentía apta para realizar un ejercicio respecto a su reciente... 3:6 nos comento que si las quisiera realizar a pesar del proceso que est... 3:8 tiene que continuar a pesar de todo, 3:9 le es necesario realizar algunas actividades distintas como comenzar a... 4:6 al preguntar si creía que se sentiría cómodo, asintió. 5:1 si se sentía bien con seguir trabajando respecto al tema de la escri... 5:5 comento que si tenia la confianza para contarnos todo lo que sintió 8:3 “Conoci palabras que no sabia que me podría identificar o sentir par... 10:11 que agradecía que la escucháramos en todo momento, 11:3 nos comenta “siento bonito cuando vienen”.

		11:4 se siente bien y que le gusta nuestra compañía. 5:3 iente que cada persona por la que vivió una etapa de duelo se sintió d... 8:3 pareció reflexionar después de terminar ya que nos dió ejemplos de c... 9:7 Le preguntamos qué pensaba acerca de su círculo y nos comentó que lo n... 10:4 Antes de ser cuidador fumaba, y tomaba alcohol ya que en situaciones d...
002_Prosocial	4	2:13 ya sabia que le toca cuidarse a si misma después de años de ser cuidad... 3:6 nos comento que si las quisiera realizar a pesar del proceso que est... 3:9 le es necesario realizar algunas actividades distintas como comenzar a... 10:2 le hablo de mala manera frente a muchas personas y que, aunque le teng...
003_Empatia	6	2:11 después de tantos años nos toca sentarnos bien por nosotros mismos 3:6 nos comento que si las quisiera realizar a pesar del proceso que est... 5:1 el tampoco casi no había estado durmiendo bien ya que tenía que atende... 6:1 él se encargó de todos los trámites, aunque se sintiera muy triste y c... 8:6 mencionó que por falta de tiempo descuidaba ciertos aspectos de su cui... 10:2 En cuanto a su rutina nos comentó que duerme de 9-12 pm después se des...
004_PSPos	9	2:3 estaba un poco triste, ya que recientemente se nos informó con respe...

2:7 "lógico que duele"
4:1 lo notábamos de una
actitud tranquila, cómoda y
con confianza.
4:3 Al realizar su carta de
despedida comenzamos a
notar que comenzó a llo...
5:3 siente que cada persona
por la que vivió una etapa
de duelo se sintió d...
6:7 recordó nuestra sesión
pasada que hablamos del
duelo y dijo que le si...
7:1 nos comentó que ya
estaba tratando de
asimilarlo, y seguir con tu
vida...
8:3 pareció reflexionar
después de terminar ya que
nos dio ejemplos de c...
10:4 Antes de ser cuidador
fumaba, y tomaba alcohol
ya que en situaciones d...

1:9 se mostraba mas
cerrado a la conversación, y
al momento de preguntar...
1:11 ya de vuelta con todo
amable nos acompañó a la
puerta
2:7 "lógico que duele"
2:8 nos mencionaba que se
quería ir a Puebla y que ya
no quería saber na...
2:9 se quiere ir pero para
atenderse un poco
2:10 Tenemos esa
tranquilidad y conciencia
que le dimos todo, atención
no l...
2:11 después de tantos
años nos toca sentarnos
bien por nosotros mismos
3:3 Comienza a sentirse
mas "libre"
3:11 creándose en un
ambiente de culpa,
8:3 "Conoci palabras que no
sabia que me podría
identificar o sentir par...
10:2 le hablo de mala
manera frente a muchas
personas y que, aunque le
teng...

10:8 "A Angi le hubiera gustado darles más, y siente que les falló" y se se...
 11:3 nos comenta "siento bonito cuando vienen".
 3:3 nos contó que en su momento buscaba como distraer su mente para no s...
 5:2 pero al final de la actividad lo vimos mas tranquilo y dijo que espera...
 5:3 siente que cada persona por la que vivió una etapa de duelo se sintió d...
 7:2 Siente mucha melancolía y tristeza. • Ya no se siente tan presionado,...
 7:3 Considera que el tirar sus cosas es una manera de dejarlo ir, pero sie...
 7:6 Lo que ha hecho para no sentirse tan triste es recordar todos los mome...
 8:1 estuvo muy tranquilo ya que su abuelo se había encontrado estable,
 8:7 Cuando le dijimos si podía contarnos más de su abuela nos comentó que...
 9:7 Le preguntamos qué pensaba acerca de su círculo y nos comentó que lo n...

006_PSNeg

14

1:2 sus contestaciones era un tanto cortas y no mostraba interés por con...
 1:8 cierta tensión al momento de su plática, ya que no dejaba fluir la con...
 1:9 se mostraba mas cerrado a la conversación, y al momento de preguntar...
 4:1 Se muestra algo inquieto al no querer entablar aun una conversación a...
 4:4 se mostraba un poco preponde en su tono de voz
 4:5 comenzó a realizar ciertas miradas un tanto desafiantes.

		4:7 comenzó a realizar ciertos comentarios de “yo no lloro, a no me doli...” 4:9 desmadre de las viejas para no estar en su casa como para lo que dios... 4:10 además de mencionar ciertos comentarios homofóbicos 4:11 Comenzó a mencionar que la facilitadora María no hablaba dirigiéndose... 7:11 cuestionándonos ¿qué tengo? 10:3 lo prefirió hacer es comenzar a distanciarse ya que también tenía “roc...” 11:5 “pienso mucho en Martha y que se tiene que alejas de amistades por c...” 8:7 Cuando le dijimos si podía contarnos más de su abuela nos comentó que...
007_Hostilidad	7	1:2 sus contestaciones era un tanto cortas y no mostraba interés por con... 1:5 Se muestra algo inquieto al inicio de la aplicación de los instrumento... 1:9 se mostraba mas cerrado a la conversación, y al momento de preguntar... 4:1 Se muestra algo inquieto al no querer entablar aun una conversación a... 4:7 comenzó a realizar ciertos comentarios de “yo no lloro, a no me doli...” 4:8 nos lo decía de forma un poco grosera, 4:9 desmadre de las viejas para no estar en su casa como para lo que dios...
008_LengAfec	15	2:9 se quiere ir pero para atenderse un poco 2:10 Tenemos esa tranquilidad y conciencia que le dimos todo, atención no l... 2:13 ya sabia que le toca cuidarse a si misma

después de años de ser
 cuidad...
 3:7 se muestra mas
 resignada y aceptando su
 situación actual,
 5:6 sacaba a la
 conversación de la sesión
 los recuerdos que le
 producía es...
 5:9 sus ojos ya se le
 comenzaban a llenar de
 lágrimas, además de estar
 aco...
 9:1 Desde que comenzamos
 con las preguntas la vimos
 con la necesidad de...
 9:5 Nos comenta que se
 siente triste porque
 considera que quedó mal
 con el...
 10:8 "A Angi le hubiera
 gustado darles más, y siente
 que les falló" y se se...
 10:11 que agradecía que la
 escucháramos en todo
 momento,
 4:2 menciono que le hubiera
 encantado despedirse de
 sus familiares falle...
 6:7 recordó nuestra sesión
 pasada que hablamos del
 duelo y dijo que le si...
 7:2 Siente mucha
 melancolía y tristeza. • Ya
 no se siente tan
 presionado,...
 7:4 se siente muy
 agradecido porque si abuelo
 si quiso atenderse y para...
 9:2 El primer apartado que
 se realizó fue el de
 FAMILIA: en donde anotó
 el...

5:2:4 , desde un principio se
 noto cansada, con actitud
 melancolica.
 2:5 Se comenzó a
 desbordar en llanto
 2:12 poco de alivio
 3:7 se muestra mas
 resignada y aceptando su
 situación actual,

3:9 le es necesario realizar algunas actividades distintas como comenzar a...

5:2 Comienza a reconocer mas emociones ligadas a la tristeza

5:5 comento que si tenia la confianza para contarnos todo lo que sintió

5:7 que se le llenaban sus ojos de lágrimas

5:8 agregaba las palabras indicadas con la que mejor se relacionara a su...

5:9 sus ojos ya se le comenzaban a llenar de lágrimas, además de estar aco...

5:10 desde que el no esta, ella siente que la familia se esta desmoronando...

7:2 Comienza a reconocer mas emociones de todos aspectos

7:5 si tenia la confianza para contarnos todo lo que esta sintiendo a tr...

9:10 Comenzó a llorar nuevamente, pero mencionó que se sintió bien de poder...

10:2 le hablo de mala manera frente a muchas personas y que, aunque le teng...

10:8 "A Angi le hubiera gustado darles más, y siente que les falló" y se se...

10:10 Angi no sabia que hacer por todos los problemas que tenía y le dolía m...

11:4 se siente bien y que le gusta nuestra compañía.

3 Siente que cada persona por la que vivió una etapa de duelo se sintió d...

6:5 Esta consiente de su perdida

7:2 Siente mucha melancolía y tristeza. • Ya no se siente tan presionado,...

7:5 Ha comenzado a aceptar su pérdida.

3:2 su mirada nuevamente se centro en un punto de la habitación y no tuv...

3:3 , nos contó que en su momento buscaba como distraer su mente para no s...

6:6 Nos dijo que sintió que ya le lloró mucho, pero le comentamos que para...

1:2 sus

contestaciones era un tanto cortas y no mostraba interés por con...

1:3 Poco prepotente

1:4 Incomodidad

1:5 Se muestra algo inquieto al inicio de la aplicación de los instrumento...

1:8 cierta tensión al momento de su plática, ya que no dejaba fluir la con...

1:9 se mostraba mas cerrado a la conversación, y al momento de preguntar...

1:10 no vivía con estrés,

1:11 ya de vuelta con todo amable nos acompañó a la puerta

2:6 realizaba comentarios como "estoy bien"

2:8 nos mencionaba que se quería ir a Puebla y que ya no quería saber na...

3:2 Fue mas directa evadiendo poco el tema de duelo

3:10 cambiar de manera drástica el hecho de hablar al hecho de pasar a la...

3:12 comparaba su dolor anterior con respecto al actual, trayendo mucho a...

4:1 Se muestra algo inquieto al no querer entablar aun una conversación a...

4:5 comenzó a realizar ciertas miradas un tanto desafiantes.

4:7 comenzó a realizar
ciertos comentarios de “yo
no lloro, a no me doli...
4:8 nos lo decía de forma un
poco grosera,
4:9 desmadre de las viejas
para no estar en su casa
como para lo que dios...
4:10 además de mencionar
ciertos comentarios
homofóbicos
7:6 en sus citas medicas
comenzaron a darle
medicina que la dejaba
dormi...
7:7 que no se sentía ni triste
ni feliz, solo “existiendo”,
7:10 agradece a ese
antidepresivo que ya no ha
llorado y que no le toma
nad...
7:11 cuestionándonos ¿qué
tengo?
7:12 se veía con un animo
muy bajo ya al querer
contarnos
8:1 Poca asertividad,
confusión en las palabras.
10:6 en ocasiones se
confundía y utilizaba el “yo”
p
10:9 Tenia la mirada en un
punto fijo mientras nos
contaba, notamos que le...
3:4 Dolor de espalda.
6:4 Se siente muy cansado,
tanto física como
mentalmente.
8:2 había tenido mucho
dolor de estaba y lo que
hizo para aliviar un poco...
8:6 mencionó que por falta
de tiempo descuidaba
ciertos aspectos de su cui...
9:1 no recibe ningún
tratamiento, simplemente lo
controla usando “Ultra-Be...
10:3 No lleva ninguna dieta,
sin embargo, le gusta la
comida procesada, aun...
1:6 Hipertension
1:7 No tiene un control
estricto como tal

2:1 Diabetes Hipertensión,
Triglicéridos, Ácido Úrico,
Colesterol elevado
3:4 Diabetes Hipertensión,
Triglicéridos, Ácido Úrico,
Colesterol elevado
4:2 Hipertensión
5:3 Diabetes Hipertensión,
Triglicéridos, Ácido Úrico,
Colesterol elevado
7:3 Diabetes Hipertensión,
Triglicéridos, Ácido Úrico,
Colesterol elevado
7:6 en sus citas medicas
comenzaron a darle
medicina que la dejaba
dormi...
7:8 eran antidepresivos, lo
cual ella nos comentaba que
no sabía
7:9 un medicamento muy
nuevo para ella pero la
hacia dormir mucho y eso
le...
8:2 Diabetes y trombosis.
9:11 Diabetes y trombosis.
10:12 Diabetes y trombosis.
11:2 Diabetes y trombosis.

2:2 Medicamento
proporcionado por el
Instituto Mexicano de
Seguro Social...
3:5 Medicamento
proporcionado por el
Instituto Mexicano de
Seguro Social...
4:3 No tiene un control
estricto como tal
5:4 Medicamento
proporcionado por el
Instituto Mexicano de
Seguro Social...
3:1 Mención haber
estado durmiendo bien.
4:3 Al realizar su carta de
despedida comenzamos a
notar que comenzó a llo...
7:4 Medicamento
proporcionado por el
Instituto Mexicano de
Seguro Social...

013_RelFamPos

10

6:2 Una de sus primas insistió en llamarle a su demás familia para que est...
9:2 El primer apartado que se realizó fue el de FAMILIA: en donde anotó el...
9:3 Dentro de este apartado anotó a su abuelo con quien tiene una relación...
9:4 anotó a una de sus primas (Cris) quien vive en Hidalgo y en ocasiones
2:10 Tenemos esa tranquilidad y conciencia que le dimos todo, atención no l...
2:11 después de tantos años nos toca sentarnos bien por nosotros mismos
7:9 un medicamento muy nuevo para ella pero la hacia dormir mucho y eso le...
9:2 cuenta con el apoyo de sus hijos, principalmente el de su hijo ya qu...
9:6 Sus hijos le brindan cariño.
9:8 su papá, ya que tenia una buena relación con él

014_RedApo

8

5:5 comento que si tenia la confianza para contarnos todo lo que sintió
9:4 la señora Martha (la conoce desde hace 10 años) a quien más que una...
9:7 Para otro tipo de situaciones puede llegar a contar con 5-6 personas e...
10:2 le hablo de mala manera frente a muchas personas y que, aunque le teng...
11:3 nos comenta "siento bonito cuando vienen".
11:4 se siente bien y que le gusta nuestra compañía.
9:6 Frank quién es dueño de un internet y con el cual tiene una relación...

		9:5 el apartado de amigos anotó a Miguel, a quien tiene más de 20 años de...
015_ConProgApo	0	
016_RelFamNeg	13	6:3 Les llamé dos veces a sus familiares y no respondieron, hasta después... 8:4 nos comentó que cuando tiene algún problema o situaciones difíciles no... 8:7 Cuando le dijimos si podía contarnos más de su abuela nos comentó que... 9:4 anotó a una de sus primas (Cris) quien vive en Hidalgo y en ocasiones... 10:1 mamá con quien no tiene muy buena relación 5:10 desde que el no esta, ella siente que la familia se esta desmoronando... 9:3 nos comentó que le daba mucha tristeza, ya que si tiene problemas co... 9:9 eso mismo provocó que la relación con sus madre se viera afectada ya q... 10:1 seguía con algunos problemas con su hijo y 10:4 su hijo con el problema de la deuda del carro, además de seguir pensan... 10:5 sigue teniendo uno que otro problema con su suegra 10:7 la relación con su mamá de fue deteriorando, y que en ocasiones la l... 11:1 tenía cierta incomodidad por la presencia de su suegra,
017_GenSocD	1	8:5 Se le preguntó si participa en el programa de cuidadores a lo que nos...