



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD IZTAPALAPA

División de Ciencias Sociales y Humanidades

Departamento de Sociología

Coordinación de Psicología Social

“Aplicando estrategias para el bienestar mental y social de las y los cuidadores primarios en San Miguel Teotongo, Iztapalapa, Ciudad de México”

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

Presenta:

Vargas Flores Alejandra 2173055655

Mtro. José Joel Vázquez Ortega
Asesor



Mtro. Jesús Omar Manjarrez Ibarra
Lector

Trimestre 25 - I
Ciudad de México, Abril 2025.

Dedicatorias

Dedicado a mis padres y hermana por el apoyo incondicional en todos y cada uno de los momentos más difíciles dentro de mi proceso universitario, saben lo difícil que fue, pero jamás me rendí gracias a su apoyo incondicional. No lo habría hecho sin ustedes.

Araceli, Filiberto y Lizbeth

Dedicado a mi hijo por ser parte del impulso en cada día, sin tu llegada no tendría motivos para despertar y querer ser un ejemplo para ti, eres el amor de mi vida y deseo de todo corazón que también llegues muy lejos mi futuro piloto aviador. Gracias por estar.

Santiago

Dedicado a mi profesor de preparatoria y gran amigo que fue y es mi apoyo antes, durante y al final de este camino profesional, sin olvidar y reconocer su gran entusiasmo por ayudarme en salir adelante como persona. Gracias por tanta paciencia.

Jacobo C.

INDICE

Introducción.....	6
Conociendo a los Cuidadores Primarios Informales	6
Donde florece el cuidado: San Miguel Teotongo.....	8
Deterioro de la Salud Psicosociológica en el Rol del Cuidador Primario Informal.....	10
Salud y bienestar	11
Estrategias para Favorecer la Autorregulación Fisiológica y Emocional Atención plena.....	12
Escritura emocional expresiva	12
¿Qué es escucha activa?	13
Salud Social: El Impacto de la Conexión Humana en el Bienestar	13
Contexto	14
Marco Teórico	16
Objetivos	17
Objetivo General:	17
Objetivos específicos:	18
Primera etapa:	18
MÉTODO	18
Diseño	18
Muestra	18
Participantes	18
Instrumentos.....	18
Procedimiento	19
Tabla 1.....	20
ANÁLISIS DE DATOS.....	22
Análisis descriptivo.....	22
Medidas psicosociales de malestar.....	22
Medidas Psicosociales de Bienestar y Salud.....	23
Tabla 2.....	23
Efecto del acompañamiento psicosocial sobre malestar y bienestar del CPI	24
Análisis correlacional	25
Figura 1.....	25
Psicofisiológicas.....	26
Tabla 3.....	26
Análisis de Caso CPI 1	27

Figura 2.....	28
CPI 2	28
Figura 3.....	29
Índice de Cambio Clínico Observable (CCO).....	29
Tabla 4.....	30
Discusión	31
Limitaciones	32
Segunda Intervención Psicosocial	32
Objetivos Segunda etapa:.....	32
Método	33
Diseño	33
Muestra	33
Participantes	33
Instrumentos.....	33
Procedimiento	35
Tabla 5.....	35
psicofisiológica.....	36
Análisis estadístico	37
Resultados grupales.....	37
Tabla 6.....	38
Tabla 7.....	39
Correlaciones.....	41
Figura 4.....	42
Resultados individuales CPI 1	42
CPI 2	43
Tabla 8.....	43
Discusión	44
Conclusión.....	45
Intervención Tercer Trimestre.....	46
Objetivos Tercera etapa:.....	46
Método	46
Muestra	46
Instrumentos.....	46
Procedimiento	47
Tabla 9.....	47

Análisis estadístico	48
Resultados.....	48
Tabla 10	49
Figura 5.....	50
Figura 6.....	51
Resultados Individuales	52
Tabla 11	53
Figura 8.....	55
Figura 9.....	56
Discusión	57
Conclusión.....	57
Referencias	59

Introducción

Los cuidadores primarios informales representan un grupo particularmente vulnerable a afectaciones en su salud física, mental y social, como resultado de la sobrecarga derivada del acompañamiento continuo y no remunerado a familiares con limitaciones funcionales o enfermedades crónicas. Esta sobrecarga, entendida como el desequilibrio entre las demandas del cuidado y los recursos disponibles del cuidador, se ve agravada por la falta de formación especializada y la ausencia de compensación económica, condiciones que frecuentemente sobrepasan sus capacidades físicas y emocionales (Trujillo & Martínez, 2019 & Vicente et al., 2022).

El ejercicio del cuidado implica una constante atención a un proceso de salud cambiante, coloca al cuidador en una situación de riesgo sostenido, favoreciendo la aparición de síntomas de estrés crónico, desgaste emocional y deterioro en sus relaciones interpersonales. Los cuidadores primarios informales son personas que generalmente cuidan a un familiar o allegado de forma no remunerada. Esta responsabilidad de atender a un individuo con dependencia se debe a problemas de salud, discapacidades o el envejecimiento. Esta labor se extiende de manera prolongada e intensiva, conlleva un alto grado de sobrecarga física, emocional y social, especialmente cuando no se cuenta con formación profesional en el ámbito del cuidado (Oblitas, 2010).

Conociendo a los Cuidadores Primarios Informales

Las personas cuidadoras primarias informales pueden ser familiares, amigos o voluntarios, quienes no son remuneradas. (INAPAM, 2022). Con base en este contexto, resulta indispensable generar mecanismos de apoyo institucional que reconozcan el valor del cuidado informal y reduzcan la carga que éste implica.

En México, iniciativas como el proyecto del Centro de Estudios Espinosa Yglesias (2022) han propuesto el fortalecimiento de un sistema de protección social orientado a mejorar las condiciones de vida y oportunidades de desarrollo para las mujeres cuidadoras, especialmente mediante la redistribución del trabajo no remunerado en los ámbitos laboral, educativo y político.

Vicente et al. (2022) reportaron que las intervenciones psicosociales pueden promover el bienestar emocional y reducir el malestar psicológico; sin embargo, también reconocen la necesidad de un seguimiento posterior para evaluar su sostenibilidad en el tiempo. Asimismo, Treanor et al. (2019) señalan que los efectos positivos de las intervenciones psicológicas tienden a ser limitados a corto plazo, con escasa evidencia de cambios significativos una vez finalizada la intervención. En México, los cuidados familiares han recaído en: el/la cónyuge, hijas/hijos, nueras o en las mujeres integrantes de la familia, quienes se encargan de proporcionar cuidados; estas representan el 86% de los casos. A este fenómeno se le conoce como feminización del cuidado (Huenchuan, 2018). De acuerdo con diferentes estudios, las personas cuidadoras son mujeres con baja escolaridad, solteras, viudas y/o divorciadas, jóvenes y/o adultas mayores, con un fuerte vínculo familiar con la persona que requiere los cuidados.

Hurtado (2021) reconoce que la obligación del cuidado informal de los enfermos ha recaído principalmente en la población femenina, esto sucede debido a cuestiones sociodemográficas, ámbitos culturales e ideologías lo que ocasiona un reforzamiento social de los roles de género. De acuerdo con un estudio realizado en la Ciudad de México por el Instituto Nacional de las Mujeres (2019) y Huenchuan (2018), la responsabilidad del cuidado recae principalmente en la madre o la cónyuge, seguidas por las hijas o nueras, mientras que otros familiares o personas cercanas ocupan un rol secundario. Asimismo, los resultados muestran que la mayoría de las mujeres cuidadoras tienen entre 35 y 50 años, están casadas y se dedican al hogar. En cuanto a las razones que motivan su labor, el 46% afirmó hacerlo “por amor”, el 28% señaló que no había otra persona disponible, el 22% lo hace por acuerdo familiar, y un 4% indicó que fue asignada a dicha tarea.

Donde florece el cuidado: San Miguel Teotongo

San Miguel Teotongo, en la Ciudad de México, se ha convertido en un punto de referencia para el estudio de los cuidadores primarios informales, debido a la alta incidencia de enfermedades crónicas, así como de lesiones vasculares y neurológicas que, al no recibir una atención adecuada, derivan en distintos grados de discapacidad (Manjarrez, 2021). En este contexto, el proyecto de intervención desarrollado por Carranza (2021) ha facilitado el trabajo colaborativo con los habitantes de esta colonia desde 1989, a través de una iniciativa conocida como *Intervención Psicosocial y Comunitaria*. En ella han participado activamente profesores y estudiantes de la Licenciatura en Psicología Social de la Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Iztapalapa. Esta intervención se nutre de las iniciativas ciudadanas surgidas en la comunidad, y busca fortalecer las condiciones de vida de sus habitantes mediante la construcción de un poder civil organizado, con la capacidad de proponer e implementar una política social transformadora para la ciudad.

San Miguel Teotongo se ubica en la alcaldía Iztapalapa, su origen se remonta a principios de la década de 1970, cuando comenzó a ser habitada por población proveniente principalmente de Oaxaca (Gissi, 2009). Desde sus inicios, las mujeres desempeñaron un papel fundamental en la vida comunitaria, convirtiéndose en el pilar social mayoritario. Fueron ellas quienes, frente a las múltiples carencias de la colonia, asumieron la responsabilidad de enfrentar y resolver los problemas cotidianos (Espinosa, 2000, p. 40). La comunidad nació con un fuerte impulso por la equidad, transformando las necesidades colectivas en demandas sociales a través de la creación de redes de apoyo sólidas. La participación de las mujeres permitió que, dentro del contexto de una organización urbana, se consolidará un ejercicio democrático y político que sentó las bases de la Unión de Colonos, orientada al bienestar y desarrollo común.

No obstante, con el paso del tiempo, el tejido social que con tanto esfuerzo se había construido comenzó a debilitarse. La irrupción de nuevas organizaciones con intereses económicos y políticos particulares desplazó los principios colectivos que habían guiado la lucha inicial. Como resultado, el trabajo comunitario de base se fragmentó, dando lugar a una profunda crisis de identidad colectiva y al deterioro del compromiso organizativo de la Unión de Colonos (Manjarrez, 2021).

Los procesos organizativos en San Miguel Teotongo han sido rebasados por diversas dinámicas históricas y sociales que afectan directamente a sus habitantes. Estas condiciones han contribuido al desarrollo de enfermedades crónicas, situaciones de marginación, conflictos familiares, duelos por la pérdida de seres queridos y hábitos alimenticios poco saludables, todo lo cual ha deteriorado significativamente la salud, el bienestar y la vida social de la comunidad. El estilo de vida de sus habitantes se ve profundamente influido por el contexto social que los rodea, marcado por el acceso limitado a servicios básicos, educación, empleo, vivienda e información.

San Miguel Teotongo ha atravesado numerosos cambios a lo largo del tiempo, y con ellos, las capacidades de adaptación de las personas también han ido transformándose (Manjarrez, 2021). Estas problemáticas permiten comprender cómo la labor de los cuidadores informales se ve afectada por una sobrecarga de trabajo que repercute en su salud mental, física y emocional, impactando sus actividades diarias y su desarrollo personal (Anguita, 2019). La calidad del bienestar, tanto psicológico como físico, está estrechamente vinculada con los hábitos de vida; en este sentido, las creencias, actitudes, prácticas cotidianas y comportamientos son factores que moldean la vida de los CPI (Salas, 2023).

Deterioro de la Salud Psicosociológica en el Rol del Cuidador Primario Informal

Los cuidadores primarios informales se enfrentan a diversos estímulos que generan estrés, entendido como una respuesta fisiológica y psicológica ante situaciones, objetos o personas que representan una amenaza o riesgo para la integridad física, emocional o social. Cuando los estímulos estresores son intensos, pero de corta duración, se habla de estrés agudo. En cambio, si los estímulos son de intensidad moderada, pero se presentan de forma frecuente y prolongada, se trata de estrés crónico.

La sobrecarga en los cuidadores primarios informales no sólo genera estrés, sino que también los vuelve más vulnerables, ya que el compromiso de cuidar a una persona dependiente incrementa las alteraciones emocionales, familiares, sociales y los riesgos para la salud. Entre los problemas psicológicos más comunes que surgen se encuentra la ansiedad, la cual se manifiesta como una respuesta a un peligro indefinido, confuso o incluso imaginario. Esta se caracteriza por una preocupación excesiva ante la posibilidad de sufrir un daño, enfrentar una enfermedad o incluso temer a la muerte. La ansiedad, aunque puede ser una respuesta adaptativa y transitoria, surge ante condiciones percibidas como amenazantes. La vida de un cuidador se transforma debido a la atención constante que debe brindar, lo cual puede distorsionar su funcionamiento cognitivo, generando pensamientos catastróficos que desencadenan depresión. Esta última es un trastorno del estado de ánimo, transitorio o crónico, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpa, así como por una disminución total o parcial de la capacidad para disfrutar de las experiencias cotidianas.

Salud y bienestar

El concepto de salud no es estático ha evolucionado con el tiempo y responde al marco social y cultural en el que están inmersos los individuos y la comunidad de la que forman parte. La idea de salud ha sido concebida como armonía, un balance entre humores, antagónica o ausencia de la enfermedad o un estado de total funcionalidad orgánica. (de Salud, 2025). El bienestar es un estado óptimo en el ámbito físico, psicológico, social, de sentido y propósito académico-ocupacional que se logra a través de la búsqueda activa de distintas actividades, intereses y acciones, en un entorno favorable para su desarrollo. (Bienestar, 2021). Ambos son esenciales en el desarrollo humano.

Las enfermedades suelen clasificarse en dos grandes categorías: infecciosas, provocadas por microorganismos específicos, y crónicas. Estas últimas se diferencian por su mayor duración, su influencia en las conductas y los estilos de vida poco saludables y su mayor prevalencia entre personas de mediana y avanzada edad. El carácter crónico de una enfermedad implica que sus efectos negativos sobre la salud y el bienestar tienden a mantenerse en el tiempo, lo que la convierte, desde el inicio, en un factor generador de estrés. Este componente estresante se debe a las múltiples demandas de adaptación que impone la enfermedad, las cuales dependen de su duración, intensidad, gravedad, así como de la forma en que la persona percibe y valora su situación.

Para aliviar el malestar asociado a la carga que implica ser cuidador primario, se han desarrollado diversas estrategias de regulación, entre ellas, las técnicas de relajación que estimulan la autorregulación del sistema nervioso. Una de las más utilizadas es la respiración diafragmática, un ejercicio que consiste en inhalar y exhalar de forma lenta, profunda y rítmica, haciendo pausas entre cada fase. Esta técnica ayuda a reducir el estrés al activar mecanismos fisiológicos que disminuyen la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la tensión muscular y promueven el equilibrio emocional. Su efectividad está relacionada con la activación del nervio vago, que permite una conexión directa entre cuerpo y mente para inducir un estado de calma. Estas terapias suelen combinarse con otras técnicas para potenciar sus beneficios.

Estrategias para Favorecer la Autorregulación Fisiológica y Emocional Atención plena

La meditación y la concentración plena incluyen una práctica conocida como atención plena o mindfulness, que consiste en dirigir la atención al momento presente de manera intencional y sin emitir juicios. Implica tomar conciencia de los pensamientos, emociones, sensaciones corporales y del entorno, promoviendo una conexión profunda con la experiencia actual. Aunque sus raíces provienen de tradiciones budistas con más de 2,500 años de antigüedad, hoy en día se ha integrado ampliamente en contextos clínicos y de bienestar debido a sus beneficios para reducir el estrés, mejorar la concentración y favorecer el equilibrio emocional (Cebolla, 2018).

En las últimas décadas, se han desarrollado programas basados en mindfulness que han demostrado ser eficaces para mejorar la salud mental y física. Entre ellos, destaca el Programa de Reducción de Estrés Basado en Mindfulness (MBSR), aplicado con éxito en casos de estrés, ansiedad y dolor crónico. Asimismo, la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) ha mostrado resultados positivos en el tratamiento de la depresión. La práctica regular de mindfulness se ha vinculado con mejoras en la regulación emocional, la calidad del sueño, el aumento de la autocompasión y una mayor sensación de bienestar general. Actualmente, su aplicación se extiende a diversos campos como la psicología, la educación y la medicina (Germer, 2017)

Escritura emocional expresiva

La escritura expresiva es una herramienta útil para fomentar la expresión de pensamientos y emociones profundas en respuesta a situaciones estresantes o traumáticas. Esta práctica permite identificar las causas del malestar, reflexionar sobre ellas y facilitar su asimilación.

En la intervención con cuidadoras, se aplicó la técnica de escritura emocional expresiva mediante una serie de cuatro cartas. Primero, se estableció rapport con las participantes y se les explicó en qué consistiría el ejercicio. Se les pidió escribir sobre algún evento traumático ya fuera reciente o del pasado durante un periodo de 20 minutos por carta, aclarando que no debían preocuparse por la ortografía o redacción. En la primera carta, narraban el evento tal como lo recordaban; en la segunda, debían escribirlo en tercera persona, como si se lo contaran a un amigo o amiga. Finalmente, la tercera y cuarta carta se redactaban a partir de palabras o frases sugeridas como guía para profundizar en su experiencia (Pennebaker, 2011).

¿Qué es escucha activa?

Escuchar activamente y con conciencia plena. Pero no solo eso, sino que hay que expresar que estamos escuchando con atención. Así pues, la escucha activa tiene una faceta interna, basada en el interés que ponemos en centrarnos en lo que nos dicen y en comprenderlo, y otra externa, que consiste en reflejar en nuestros gestos y reacciones que estamos atentos a lo que la otra persona tiene que decirnos. La escucha activa te ayuda a tener conversaciones más significativas y profundas. Cuando prestas total atención a lo que dice la otra persona, sin planificar lo que vas a contestar ni interrumpir, desarrollas habilidades de comunicación más efectivas. Así, si practicas la escucha activa el otro se sentirá escuchado (Asana, 2022). Por tanto, la escucha activa no es oír a la otra persona, sino a estar totalmente concentrados en el mensaje que el otro individuo intenta comunicar y asegurarnos de que sabe que no pierde el tiempo hablando con nosotros (García-Allen, 2015)

Salud Social: El Impacto de la Conexión Humana en el Bienestar

El apoyo social constituye un elemento fundamental en la promoción de la salud y el bienestar. Dentro de los procesos psicosociales, se reconoce como una de las herramientas más eficaces para generar transformaciones positivas en los distintos ámbitos de la vida individual y colectiva. A mayor grado de integración e involucramiento social, menores son las probabilidades de que una persona experimente enfermedades, ya que la percepción de estar acompañado y respaldado influye directamente en la mejora de la calidad de vida, así como en el bienestar físico, psicológico y social. Esta relación ha sido evidenciada en diversos estudios centrados en intervenciones comunitarias que analizan los efectos del apoyo social sobre las personas

El apoyo social cumple un papel clave en la satisfacción de la necesidad de socialización, al brindar distintos tipos de respaldo, ya sea emocional o material. Este proceso se desarrolla a partir de los diversos entornos en los que las personas interactúan, como la familia, los vecinos, los amigos, las asociaciones, y los servicios públicos o privados. La participación en estos contextos favorece estados emocionales positivos y saludables, fortaleciendo vínculos afectivos, generando una sensación de seguridad y aceptación social, y contribuyendo al desarrollo de una autoestima sólida y a la autorrealización personal (Poveda et al., 2012).

Para que este apoyo social sea percibido se necesita de la escucha activa puesto que es una estrategia de comunicación que tiene como objetivo entender el contenido de lo que comunica una persona desde un enfoque empático y neutral, otorgando acompañamiento, comprensión y aceptación hacia el otro. A través de este proceso se puede prestar atención a lo que una persona dice y como lo dice, es decir al contenido del mensaje, los sentimientos y las emociones que exterioriza al hacerlo. Para lograrlo es necesario eliminar las distracciones, mantener una postura atenta, relajada, tener paciencia y asertividad que ayuden a la fluidez de la comunicación.

En la localidad donde se realizó la intervención, ubicada en San Miguel Teotongo designada como la Sierra de Santa Catarina. Para ser más preciso está ubicado el local en Av. Unión de Colonos 35, San Miguel Teotongo, Iztapalapa, 09630 Ciudad de México, CDMX.

selecciona esta parte de la localidad debido a anteriores vínculos con la Universidad Autónoma

Metropolitana y su comunidad de Psicología Social, donde es importante resaltar que ya existe un grupo de cuidadores donde anteriormente habían trabajado la intervención con otros alumnos de la carrera mencionada próximos a titularse. Sin embargo, se dio la oportunidad de invitar a más personas tanto para trabajo individual y formar parte del grupo, hiendo a domicilios cercanos y así invitarlos a formar parte de la intervención con el objetivo de bajar el nivel de estrés y salud mental.

Primera etapa

A continuación, se muestra una tabla donde se podrá observar los temas vistos tanto con el trabajo individual y grupal. Donde a cada uno se le dedicaba cierta hora del día para poder brindar una mejor calidad de atención y apoyo social. Con un horario de 09:00 hrs AM a 10:00 hrs AM dedicado a la cuidadora individual y de 10:00 AM a 11:30 AM con el grupo de Union de colonos

<i>Fecha</i>	<i>Tema</i>	<i>Técnica de respiración</i>
24/Julio/24	Presentación del grupo y Árbol de problemas	No aplica
31/Julio/2024	Emociones básicas	Meditación con una vela
07/Agosto/2024	Limites	La práctica del perdón
14/Agosto/2024	Interacción familiar	Meta amor bondadoso
21/Agosto/2024	Interacciones sociales	Atención plena
28/Agosto/2024	Duelo	Atención plena
04/Septiembre/2024	Depresión	Pausa con autocompasión
11/Septiembre/2024	Psico somatización	No aplica
18/Septiembre/2024	Redes de apoyo	Respiración diafragmática
(Cierre de primera etapa)		

Sin embargo, es importante resaltar que en esta etapa se trabajó de manera individual con dos cuidadoras donde la nombraremos participante 1 y participante 2. Con ellas se trabajaron diferentes instrumentos de medición donde se nombrarán a todos y cada uno de ellos más adelante, así como los resultados obtenidos. Además de conocer y escuchar cuidadosamente a cada una de ellas.

Marco Teórico

La teoría del apoyo social como lo indica Hurtado (2021) es fundamental para mitigar los efectos negativos del cuidado informal, especialmente el estrés crónico, la ansiedad y la sobrecarga emocional. El cuidado sin apoyo adecuado conlleva consecuencias graves: síntomas depresivos, deterioro de la salud física y mental, aislamiento social y riesgo de maltrato a la persona cuidada. Un bajo nivel de apoyo social percibido está relacionado con una mayor sobrecarga, depresión, y uso de estrategias de afrontamiento inadecuadas, sin embargo, los cuidadores con redes de apoyo significativas presentan mejor salud psicológica y aplican estrategias de resolución de problemas más efectivas. De acuerdo con Aranda y Pando (2013) las redes de apoyo tienen funciones estructurales y funcionales, derivadas del mantenimiento de relaciones sociales que incluyen intercambios materiales, emocionales, instrumentales, etc. por lo que se puede comprender que moderan o facilitan estas conductas, y su presencia o ausencia tiene impactos en el bienestar familiar y social. Dura & Garces (1991) comprenden que el apoyo social tiene efectos directos sobre la salud al reducir el impacto del estrés, sin embargo, también dejan estipulado que el apoyo social no siempre es positivo, puesto puede generar conflictos o ser ineficaz dependiendo de la percepción, acciones reales, conexión estructural.

En el contexto de los cuidadores Lara et, al (2023) mencionan que los cuidadores primarios informales que reciben apoyo suelen experimentar mayor estabilidad emocional, sensación de control y capacidad de adaptación, lo que no solo impacta positivamente en su salud mental y física, sino que también mejora la calidad del cuidado proporcionado a sus familiares o amigos dependientes esto quiere decir que el el apoyo social es una herramienta clave para el fortalecimiento del cuidador informal, permitiéndole enfrentar los desafíos de su rol con mayor resiliencia.

Carranza (2021) señala que, en México, la Psicología Social Comunitaria se ha desarrollado fundamentalmente en las Instituciones de Educación Superior. Su proyecto de investigación se basa en la propuesta de Investigación-Acción-Participativa en Psicología Social de la Salud, la cual parte del reconocimiento de la relación entre los procesos psicosociales, el contexto sociocultural y los

comportamientos ligados al proceso salud-enfermedad. Esta propuesta vincula la formación del psicólogo social en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa (UAM-I), con la búsqueda del bienestar y la calidad de vida de las personas en San Miguel Teotongo, mediante la ejecución de procesos psicosociales en salud. Se enfoca en estrategias de atención ecológica sistémica a nivel comunitario, en las que se evalúan los efectos de los acontecimientos de vida en las personas y se capacita tanto a ellas como a sus familiares en el manejo psicosocial, así como en la modificación y adaptación de su calidad de vida. Carranza (2021) enfatiza la importancia de integrar los conocimientos académicos en el contexto comunitario, ya que la labor psicosocial debe orientarse principalmente hacia el cambio social. Este cambio se busca mediante el desarrollo de nuevas conductas y hábitos que promuevan la salud y el bienestar físico, emocional y social, impactando positivamente en las relaciones interpersonales, los entornos y los espacios de interacción. El desarrollo humano, al ser multifactorial, implica que lo que ocurre a nivel fisiológico influye en la cognición y en las relaciones sociales. Por ello, para intervenir eficazmente en una comunidad, es fundamental conocerla a profundidad, con el fin de responder a sus necesidades específicas y lograr resultados significativos en sus integrantes.

Es fundamental promover el bienestar físico, social y emocional de las cuidadoras y cuidadores de San Miguel Teotongo, ya que este grupo se encuentra en situación de vulnerabilidad frente al abandono, la sobrecarga, las enfermedades crónicas y los trastornos psicológicos. La importancia de intervenir en el ámbito comunitario radica en que fomentar el cuidado de la salud desde este espacio no solo contribuye al bienestar social, sino que también reconoce al acompañamiento como una variable esencial en la naturaleza humana. Este acompañamiento brinda seguridad ante las adversidades del contexto y, al mismo tiempo, favorece el desarrollo mediante la creación de redes de apoyo, lo cual facilita el intercambio de recursos y fortalece la construcción de una comunidad basada en el cuidado (Carranza, 2021).

Primera Intervención Psicosocial

Objetivos

Objetivo General:

Diseñar, implementar y evaluar una intervención comunitaria por etapas, orientada a fortalecer el bienestar integral de los cuidadores primarios informales en San Miguel Teotongo, Iztapalapa, Ciudad de México, a través del acompañamiento psicosocial individual y grupal, la educación para la autorregulación emocional y el fomento de redes comunitarias de cuidado.

Objetivos específicos:

Primera etapa:

Evaluar el impacto de una intervención psicosocial individual centrada en el fortalecimiento de habilidades de autorregulación emocional y atención plena, la educación en autocuidado del cuidador y la apertura de espacios de escucha activa, mediante la aplicación de instrumentos psicométricos y mediciones fisiológicas.

MÉTODO

Diseño

Se realizó un trabajo con un diseño cuasi experimental pre-post para la evaluación psicosocial.

Muestra

Se tomó una muestra no probabilística por conveniencia que cumplieran con la característica de ser cuidadores primarios informales (CPI) de pacientes con alguna enfermedad crónica no transmisibles o que tengan alguna discapacidad y que residan en la colonia San Miguel Teotongo, ubicada en la alcaldía Iztapalapa, CDMX, México.

Participantes

La muestra estuvo integrada por 51 CPI adultos residentes de San Miguel Teotongo, donde el 84.31% son mujeres, cuentan con una edad media de 57 (15.3) años. El 52.94% de los participantes cuentan con escolaridad básica, mientras que, solo el 5.88% de ellos, cuentan con escolaridad nivel superior. En cuanto al estado civil de los participantes, el 56.86% de ellos tienen pareja; mientras el 17.65% está soltero y un 13.73% de ellos son viudos/as. La mediana del número de hijos que tienen los participantes es de 2.50, mientras que la mediana de personas que viven en el hogar es de 4. Por otra parte, la media de años, de los participantes, siendo CPI fue de 14.2 (13.9) años.

Instrumentos

- Escala de Bienestar Subjetivo con 8 reactivos (EBS-8), validado en México y realizado por Nazira Calleja y Tere A. Mason (2022).
- Escala de Salud Auto percibida (SPHS), validado en México y realizado por

Lorena Ishel Tinajero-Chávez, et al. (2023).

- Escala de Apoyo Social Percibido (MSPSS), validado en México y realizado por María Xóchitl Santos-Vega, Patricia Ortega-Andeane y Filiberto Toledano-Toledano (2021).
- Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7), validado en México y realizado por Pablo Gaitán-Rossi, et al. (2021).
- Escala de Soledad de 3 ítems, validado en México y realizado por Samantha Brady, et al. (2018).
- Cuestionario sobre la salud del paciente de 9 ítems (PHQ-9), validado en México y realizado por Zelalem F. Negeri, et al. (2021).
- Escala de carga del cuidador de Zarit, validado en México y realizado por Xolyanetzin Montero Pardo, et al. (2014).

Procedimiento

La intervención psicosocial se realizó del 24 de julio al 18 de septiembre de 2024 de manera presencial en los domicilios de los participantes y se abordaron temas de interés, los cuales se pueden apreciar en la Tabla 1. La idea principal era realizar las intervenciones una vez a la semana los miércoles en los domicilios de los CPI, sin embargo, por algunas situaciones, se optó por tomar las sesiones en la unión de colonos. Las sesiones se dividieron en 9, cada sesión dura alrededor de 50 y 60 minutos y se abordaban diferentes temas de interés, así como aplicar las escalas la primera y última semana. Además, en las sesiones se realizaban técnicas de relajación y de respiración.

Tabla 1*Desarrollo de las sesiones individuales.*

Sesión	Objetivo	Contenido
Sesión 1. Primer contacto.	Presentación sobre el proyecto con los posibles participantes.	Se presentó al posible participante el proyecto, su duración y se acordó un horario y la unión de colonos para aplicar las demás sesiones.
Sesión 2. Conocer al CPI y aplicar la sobrecarga de Zarit.	Aplicar la evaluación psicosocial pre-intervención.	Se realizó la aplicación de la escala psicométricas de sobrecarga de Zarit y preguntas abiertas sobre “cómo afecta el cuidado mi vida cotidiana”.
Sesión 3. Aplicar las demás escalas.	Aplicar la evaluación psicosocial pre-intervención.	Se realizó la aplicación de escalas psicométricas como: · Bienestar subjetivo (EBS-8) · Salud autopercebida (SPHS) · Apoyo social (MSPSS) · Ansiedad (GAD-7) · Soledad · Salud del paciente (PHQ-9)
Sesión 4. El papel del cuidador y sus repercusiones.	Conocer la situación personal de los participantes.	Se estable una comunicación con la CPI para conocer sus actividades diarias como cuidador y sus repercusiones.

Sesión 5. Ejercicios de control de la activación.	Aprender y practicar los ejercicios de respiración.	Uso de la respiración diafragmática y obtención de la temperatura pre y post.
Sesión 6. Organización del tiempo.	Realizar un plan con sus actividades e incluyendo otras que haya dejado de hacer.	De acuerdo con las actividades que realiza la CPI se le pide realizar una lista con sus horarios, para posteriormente una segunda lista con actividades que le gustaría realiza y por último combinar ambas listas. Aplicación de relajación muscular pasiva.
Sesión 7. Límites hacia la persona dependiente.	Fomentar la autonomía de las personas dependientes y señalar límites con respecto a las tareas de cuidador.	Se indaga sobre la dinámica que lleva con los familiares y/o dependiente para posteriormente establecer límites si es que si lo requiere. Aplicación de imaginaria guiada.
Sesión 8. Pedir ayuda y apoyo.	Promover redes de apoyo y la importancia de pedir ayuda.	Promover que la CPI reconozca sus recursos para posteriormente pedir ayuda de manera asertiva.

Sesión 9. Aplicación de escalas psicométricas.	Aplicar la evaluación psicosocial post- intervención.	Se realizó la aplicación de escalas psicométricas post como: · Sobrecarga de Zarit · Bienestar subjetivo (EBS-8) · Salud auto percibida (SPHS) · Apoyo social (MSPSS) · Ansiedad (GAD-7) · Soledad · Salud del paciente (PHQ-9)
---	--	--

ANÁLISIS DE DATOS

Análisis descriptivo

Medidas psicosociales de malestar

Después de aplicar las escalas, el 43.13% de los participantes presentó sintomatología ansiosa. Por otra parte, el 41.17% de los participantes expresó sintomatología solitaria. Mientras tanto; el 23.52% de los participantes presentó sintomatología depresiva leve; un 19.60% manifestó sintomatología depresiva moderada; otro 13.72% expresó sintomatología depresiva severa y solo un 5.88% reveló sintomatología depresiva grave. Además, el 15.68% de los participantes declaró sobrecarga del cuidador leve; y otro 15.68% alegó sobrecarga del cuidador intensa.

Medidas Psicosociales de Bienestar y Salud

Se observó que la puntuación medial del bienestar de los CPI (31.1 ± 11.3) es significativamente mayor a la reportada por Calleja y Manson (2020) (5.41 ± 1.41) ($T = 15.9$, (48), $p < 0.001$, $d = 2.28$). Por otra parte, la salud auto percibida de los CPI (41.8 ± 16.2) se encontró significativamente mayor a la reportada por Tinajero, et al. (2023) (3.98 ± 1.07) ($T = 16.4$, (48), $p < 0.001$, $d = 2.34$). En particular, el puntaje de salud psicológica de los participantes (14.0 ± 6.11) fue significativamente mayor a la de la población general (3.60 ± 1.35) ($T = 11.9$, (48), $p < 0.001$, $d = 1.70$). Mientras que, el puntaje obtenido de la salud física (15.2 ± 6.34) fue significativamente mayor a la de la población general (3.49 ± 1.32) ($T = 13.0$, (48), $p < 0.001$, $d = 1.86$). Además, el puntaje que se obtuvo en el estilo de vida saludable (13.5 ± 5.80) nuevamente fue significativamente mayor al de la población general (4.87 ± 1.18) ($T = 10.4$, (48), $p < 0.001$, $d = 1.48$).

Tabla 2

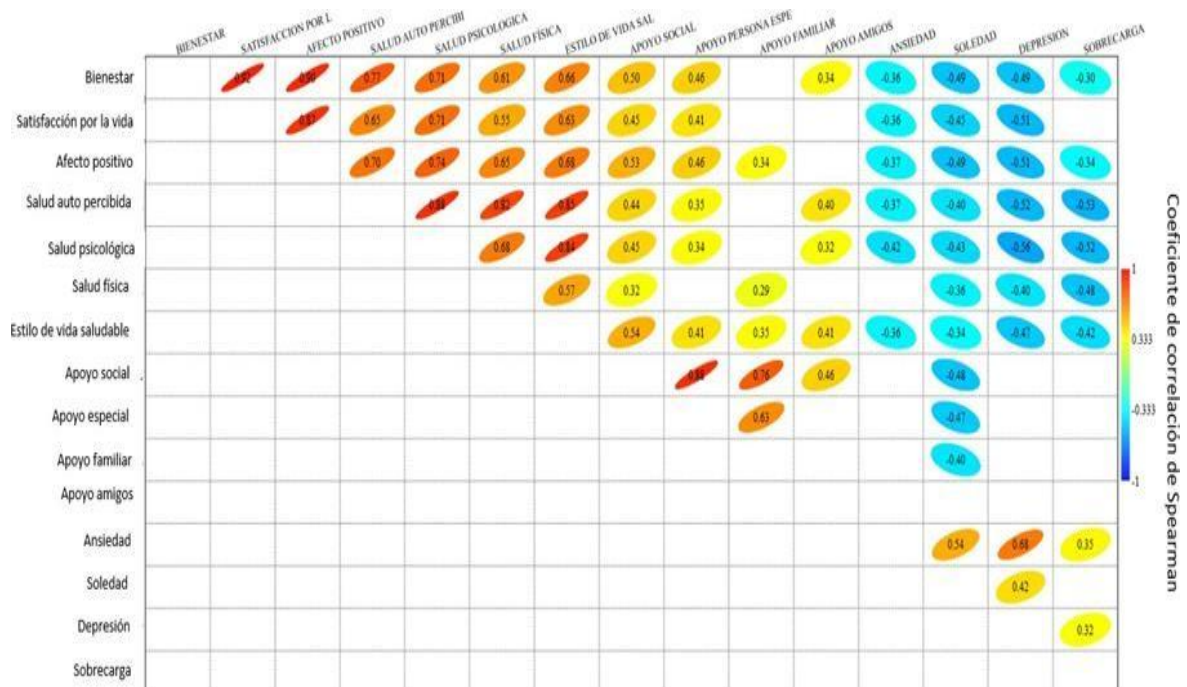
Efecto de la intervención sobre la salud, el bienestar y el funcionamiento psicosocial en CPI.

Medida	Pre	Post	Estadístico	p	TE
Bienestar	31.8 (9.74)	34.8 (11.04)	T = 2.65 (35)	0.012	0.442
Satisfacción por la vida	16.3 (5.17)	17.3 (5.54)	T = 1.62 (35)	0.115	0.270
Afecto positivo	16.3 (5.10)	17.5 (5.67)	T = 1.90 (35)	0.066	0.316
Salud Auto percibida	42.5 (15.8)	44.2 (14.2)	T = 0.911 (35)	0.369	0.152
Salud psicológica	14.6 (5.77)	14.8 (5.66)	T = 0.305 (35)	0.762	0.0508

<i>Salud física</i>	15.1 (6.41)	15.1 (6.61)	W = 174	0.726	-0.0794
<i>Estilo de vida saludable</i>	14.0 (5.76)	14.9 (5.19)	T = 0.935 (35)	0.356	0.156
Apoyo social	41.7 (12.2)	42.1 (12.3)	W = 290	0.416	0.169
<i>Persona Especial</i>	18.6 (6.29)	19.0 (6.61)	W = 157	0.329	0.241
<i>Apoyo Familiar</i>	14.1 (5.16)	14.5 (5.89)	W = 162	0.481	0.170
<i>Apoyo Amigos</i>	8.94 (4.55)	8.33 (4.46)	W = 92.0	0.097	-0.387
Ansiedad	9.47 (5.50)	7.61 (4.79)	T = -2.02 (35)	0.051	-0.336
Soledad	5.53 (2.02)	4.78 (2.03)	W = 25.0	0.008	-0.708
Depresión	8.67 (6.08)	6.42 (5.76)	T = -2.25 (35)	0.031	-0.375
Sobrecarga del cuidador	33.0 (17.0)	27.5 (17.3)	W = 180	0.044	-0.397

Efecto del acompañamiento psicosocial sobre malestar y bienestar del CPI

De acuerdo con lo visto en la Tabla 2, en el apartado del Bienestar, podemos notar con el valor $p = 0.012$, que hubo un cambio significativo en los CPI. Así como podemos notar un cambio mayormente significativo en el apartado de la Soledad, teniendo un valor $p = 0.008$, demostrando que el acompañamiento con los CPI impactó en ellos y no se han sentido solos, aunque solo se ha hecho la intervención por 9 semanas y un día a la semana. Además, el



Psicofisiológicas

Con los resultados de la Tabla 3, podemos apreciar que las temperaturas bajaron en las sesiones 5 y 6, de acuerdo con los valores $p = 0.028$ y $p = 0.023$ respectivamente. Esto no indica que las técnicas de relajación aplicadas tuvieron los efectos esperados de aumentar la relajación y reducir el estrés en los CPI. Sin embargo, en las demás sesiones no se obtuvo el resultado esperado, ya que no se ve una diferencia, lo que implica que los CPI no se relajaron.

Tabla 3
Temperaturas registradas por las CPI

Nº de sesión	Pre	Post	Estadístico	p	TE
Sesión 1	32.4 (2.35)	32.9 (2.05)	W = 169.0	0.065	0.4632
Sesión 2	32.6 (2.32)	33.0 (1.95)	W = 308.5	0.239	0.2440
Sesión 3	32.7 (1.87)	32.8 (1.93)	W = 317.5	0.739	0.0672
Sesión 4	32.4 (1.75)	32.9 (1.87)	W = 372.5	0.102	0.3280
Sesión 5	32.3 (1.74)	32.6 (1.90)	T = 2.305 (30)	0.028	0.4140
Sesión 6	32.5 (1.73)	32.8 (1.83)	T = 2.378 (36)	0.023	0.3909
Sesión 7	32.7 (1.83)	32.9 (1.94)	T = 1.017 (34)	0.316	0.1719
Sesión 8	33.1 (1.98)	33.2 (2.13)	W = 274.0	0.399	0.1785
Sesión 9	33.1 (1.65)	33.2 (1.57)	T = 0.760 (18)	0.457	0.1743

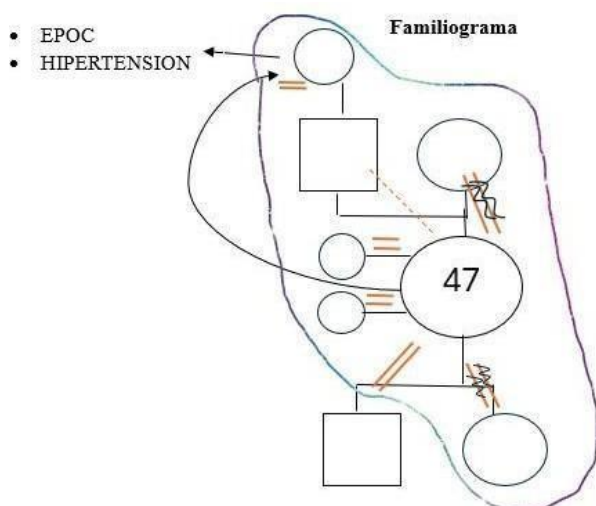
Análisis de Caso CPI 1

Participante 1 con 47 años, separada y madre de dos hijos; un varón de 20 años, llamado Ernesto. recién salido del tutelar de menores ingresado por un delito de robo a vehículo influenciado por “amistades” de la escuela. Su segunda hija llamada Marlene de 18 años, tiene problemas de adicción con el cristal. Participante 1, es una persona agradable, tranquila, trabajadora, responsable y divertida. Siempre está luchando por el bienestar de sus hijos principalmente, aunque le cuesta muchísimo por la ausencia de su esposo, aun así, gracias al apoyo de su madre ella encamina a sus hijos después de todo.

Su hermana mayor abandono a sus sobrinas una de 6 años y una de 2 años, Participante 1 las cuida ya que tiene que dividirse con su abuela paterna de 89 años con hipertensión y EPOC la cual también cuida de manera remota ya que hay otra persona externa a la familia cuidando de la abuelita. Eso le ayuda muchísimo a realizar sus actividades diarias. Pero cabe mencionar que al inicio de las sesiones después de presentarnos Iván y yo, notamos que dentro su casa ella no podía hablar como le gustaría gracias a la presencia de su madre, padre y sobrinas. Para eso propusimos que las siguientes sesiones fueran en La Unión de Colonos, lugar que ya conoce debido a que su madre va a la reunión grupal que se hace cada miércoles durante el trimestre de la Universidad. A lo que Participante 1 acepto tomar las sesiones ahí, notamos un gran cambio desde la postura en cómo se sienta en la silla hasta como se abrió emocionalmente con nosotros.

Figura 2

Familiograma de la CPI Participante 1



CPI 2

Participante 2 de 47 años. Ella está separada de su expareja con la cual nunca se casó, vivían en unión libre. La Participante 2 comentó que su expareja le fue infiel y esa ruptura tardó mucho tiempo en poder sanarla, aunque actualmente no siente que esté al 100% sanada la herida, pero está muy cerca de lograrlo. Lo único malo es que, actualmente, ella vive con su expareja en la misma casa porque esa casa le pertenece a su suegra, por lo que tiene que “soportar que su expareja siga viviendo ahí. Afortunadamente, su hijo y su hija siguen viviendo ahí, por lo que no se siente completamente sola.

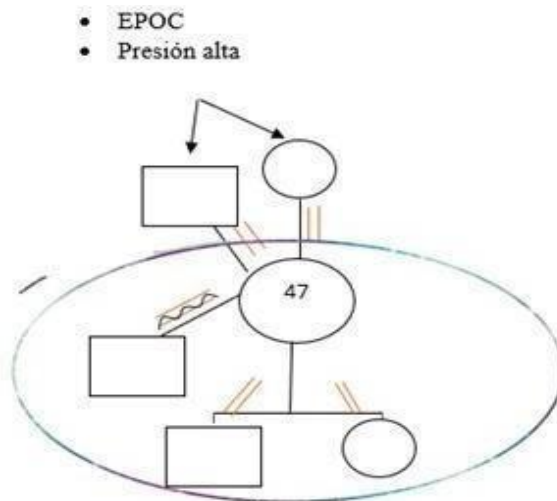
Sus padres viven en otra casa (de ellos), ambos tienen hipertensión y EPOC. La Participante 2 nos cuenta que ella va en las tardes a cuidar de sus padres pero que, afortunadamente, ellos aún se pueden solventar solos, por lo que no necesitan tanta ayuda para cuidarlos. Además, su hermano también va unos días a ver a sus padres y a cuidarlos, por lo que no dedica el 100% de su tiempo a cuidar de ellos.

Realmente, por el momento, nuestra cuidadora no tiene sobrecarga ni se descuida por tener que cuidar de sus padres o de sus hijos, pero tal vez sus padres podrían empezar a demandar esa ayuda porque su papá tiene un problema en las rodillas, lo que podría afectarle

la movilidad en un futuro. El único problema que tiene es en casa por el tema de que su expareja aún vive ahí y hay ocasiones en la que su presencia le incomoda, pero nos ha dicho que intenta sobrellevarlo para estar bien con ella misma y con sus hijos.

Figura 3

Familiograma de la CPI Participante 2



Índice de Cambio Clínico Observable (CCO).

En la Tabla 4 podemos observar que nuestra primera CPI, Participante 1, ha tenido mejorías en la mayoría de los casos desde que iniciamos la intervención, pues ha aumentado su bienestar, el afecto positivo, su salud psicológica, ha aumentado significativamente su estilo de vida y ha reducido significativamente su sintomatología depresiva, salvo en el apartado de la sobrecarga donde ha aumentado esta misma.

Por otra parte, con nuestra segunda CPI, Participante 2, ha tenido una mejora significativa en su estilo de vida, ha reducido notablemente su ansiedad y ha reducido significativamente su sintomatología depresiva.

Esto nos muestra que la intervención individual ha tenido sus frutos, pues en ambas cuidadoras han mejorado desde que intervenimos.

Tabla 4

Cambio Clínico Observable de las CPI

<i>CPI 1</i>				<i>CPI 2</i>		
<i>Participante 1</i>				<i>Participante 2</i>		
	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>CCO</i>	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>CCO</i>
<i>Bienestar</i>	29	37	0.28	36	37	0.03
<i>-Satisfacción por la vida</i>	14	17	0.21	16	17	0.06
<i>-Afecto positivo</i>	15	20	0.33	20	20	0.00
<i>Salud Auto percibida</i>	30	31	0.03	62	68	0.10
<i>-Salud Psicológica</i>	14	11	-0.21	21	23	0.10
<i>-Salud física</i>	8	8	0.00	24	24	0.00

-Estilo de vida saludable	8	12	0.50	17	21	0.24
Apoyo social	34	44	0.29	60	58	-0.03
-Persona Especial	13	20	0.54	25	25	0.00
-Apoyo Familiar	12	12	0.00	20	20	0.00
-Apoyo Amigos	9	12	0.33	15	13	-0.13
Ansiedad	7	5	-0.29	7	1	-0.86
Soledad	6	4	-0.33	3	3	0.00
Depresión	7	2	-0.71	14	0	-1.00
Sobrecarga del cuidador	24	32	0.33	8	6	-0.25

Discusión

El interés de esta intervención fue evaluar el acompañamiento psicosocial en CPI, dando como resultado que los ámbitos como el bienestar, la salud auto percibida, la salud psicológica y el estilo de vida se vieron mejorados después de 9 sesiones individuales. Así como también el acompañamiento ha reducido notablemente la sintomatología de la soledad, pues los CPI, al tener una persona con la cual pueden hablar sobre cómo se sienten, sobre algunas situaciones por las que pasan y no se las pueden contar a sus familiares porque, mayormente, los mismos familiares son quienes les causan estos problemas y no pueden contarles a ellos, nos tienen a nosotros para hablar de estos problemas y así se sienten más liberados, realmente se sienten escuchados y eso es lo que les ayuda a sentirse mejor.

También podemos observar que las técnicas de relajación y respiración tuvieron gran relevancia, pues estando relacionado al estrés, tuvo una significativa disminución de este, en los CPI, hablando específicamente de las sesiones 5 y 6. Con el aumento de la temperatura periférica, esto nos dice que los CPI están más relajados y menos estresados, justamente lo que buscamos cuando realizamos las técnicas de relajación y respiración. No queda más que agregar, más que la intervención ha arrojado datos positivos de que se ha realizado con éxito.

Limitaciones

Sin embargo, aunque pareciera que la intervención fue un éxito, cabe mencionar que hubo algunas limitaciones en dicha intervención. Algunas de ellas fue que no todos los CPI pudieron contestar las escalas pre o post, por lo que hubo varios datos perdidos. Otra limitación fue que no todos los CPI pudieron cumplir con las 9 sesiones individuales que se tenían previstas, por lo que influyó en los resultados dando datos perdidos. Por otra parte, en las tomas de temperaturas, no se pudo obtener un dato 100% real porque no en todas las sesiones individuales se pudo tomar la temperatura, por lo que no se sabe si realmente las técnicas de relajación y respiración tuvieron el impacto esperado.

Estas limitaciones entorpecieron un poco los resultados y la intervención, pues al no poder cumplir con las 9 sesiones, no se pudo abordar correctamente la mayoría de los temas que son de vital importancia para los CPI, y el desconocimiento de estos (como el aprender a poner límites y/u organizar bien sus tiempos para ellos y sus actividades), podría llevar a seguir con un descuido en su persona.

Segunda Intervención Psicosocial

Objetivos Segunda etapa:

Analizar los efectos de un proceso terapéutico individual basado en la escritura reflexiva, acompañado de prácticas continuas de atención plena, autorregulación emocional y activación física, utilizando instrumentos psicométricos y mediciones fisiológicas para valorar su eficacia.

Método

Diseño

Se realizó un trabajo con un diseño cuasi experimental pre-post para la evaluación psicosocial.

Muestra

Se tomó una muestra no probabilística por conveniencia que cumplieran con la característica de ser cuidadores primarios informales (CPI) de pacientes con alguna enfermedad crónica no transmisibles o que tengan alguna discapacidad y que residan en la colonia San Miguel Teotongo, ubicada en la alcaldía Iztapalapa, CDMX, México.

Participantes

Los participantes fueron 49 CPI, de los cuales solo 32 finalizaron satisfactoriamente la segunda intervención, siendo 84.38% mujeres, de manera voluntaria, con una edad media de 57 (DE = 15.3) años. El 50% de los participantes cuenta con la escolaridad básica, mientras que un 3.13% cuenta con escolaridad de nivel superior. En cuanto al estado civil de los participantes, el 21.88% se encuentran solteras, un 43.75% están casadas y un 18.75% se encuentran separadas.

Instrumentos

Escala de Bienestar Subjetivo con 8 reactivos (**EBS-8**) fue desarrollada y validada para medir en población hispanohablante la satisfacción con la vida y el afecto positivo. Validado en México y realizado por Nazira Calleja y Tere A. Mason (2022) con la adecuada confiabilidad de la escala ($\alpha = .958$, $\omega = .957$).

Escala de Afecto Positivo/Afecto Negativo en México (**APAN-M**), validado en México realizado por Pedro Wolfgang, et al. (2021) con la adecuada confiabilidad de la escala ($\alpha = .94$, $\omega = .94$).

Escala de **Malestar Psicológico** de Kessler (Kessler et al., 2002). Es un instrumento validado en población mexicana por Vargas et al. (2011) que detecta los síntomas de ansiedad y depresión. Está compuesto por diez reactivos que se evalúan en una escala de respuesta

tipo Likert de cinco puntos, que van de “Nunca” (0) a “Siempre” (5). La suma mínima de las puntuaciones es 10 y la máxima de 50. Los rangos del instrumento presentan cuatro niveles: bajo (10–15), moderado (16–21), alto (22–29) y muy alto (30–50). La escala completa posee un índice de consistencia interna, medida a través del coeficiente $\alpha = 0.90$.

La Escala de Atención Plena (**MAAS**) está validada en México, examina sus propiedades psicométricas, así como su relación con variables sociodemográficas, consiste en 15 reactivos con 6 posibles respuestas que van de 1 a 6 (casi siempre, frecuentemente, con cierta frecuencia, no frecuentemente, con poca, frecuencia, casi nunca, respectivamente), la misma, se encuentra validada en México y traducida al español para su aplicación (López-Maya, et al., 2015), medida a través del coeficiente $\alpha = 0.89$.

Procedimiento

Las sesiones que se tuvieron con las CPI fueron planificadas para tener un tema diferente en cada sesión, de esta manera se podría tener mejor control en las sesiones, además de tocar puntos importantes que pueden ser esenciales en el autocuidado de las CPI. Véase la Tabla 5.

Tabla 5.

Desarrollo de las sesiones individuales.

<i>Sesión</i>	<i>Objetivo de la sesión</i>	<i>Descripción del contenido</i>
<i>1. Presentación, reencuentro y controlabilidad</i>	Reencuentro con cuidadoras y aplicación de técnica de péndulo.	Asistir a casa de las cuidadoras y hacer técnica de controlabilidad con el péndulo.
<i>2. Evaluación de Bienestar Psicosocial</i>	Aplicar la evaluación Psicosocial pre-intervención	Se aplican las escalas de evaluación
<i>3. Evaluación psicofisiológica</i>	Aplicar la evaluación Psicosocial pre-intervención	Se aplican las escalas de evaluación
<i>4. Escritura Emocional Expresiva (Carta A)</i>	Fomentar la expresión de pensamientos y sentimientos más profundos ante situaciones estresantes y traumáticas que las personas han enfrentado	Las cuidadoras escriben o hablan sobre un evento traumático en primera persona.
<i>5. Escritura Emocional Expresiva (Carta B)</i>	Fomentar la expresión de pensamientos y sentimientos más profundos ante situaciones estresantes y traumáticas que las	Las cuidadoras escriben o hablan sobre un evento traumático en tercera persona.

personas han enfrentado

6. Escritura Emocional Expresiva (Carta C)	Fomentar la expresión de pensamientos y sentimientos más profundos ante situaciones estresantes y traumáticas que las personas han enfrentado	Las cuidadoras escriben o hablan sobre un evento traumático con frases que se les dan.
7. Escritura Emocional Expresiva (Carta D)	Fomentar la expresión de pensamientos y sentimientos más profundos ante situaciones estresantes y traumáticas que las personas han enfrentado	Las cuidadoras escriben o hablan sobre un evento traumático con frases que se les dan.
8. Evaluación psicofisiológica	Aplicar la evaluación Psicosocial Post-intervención	Se les aplicó escalas de evaluación.

Análisis estadístico

Se obtuvieron los estadísticos descriptivos y el análisis de distribución normal de los datos con la prueba Shapiro Wilk mediante el software Jamovi. En el caso de las distribuciones no normales se aplicó una W de Wilcoxon, Para las distribuciones que presentaron normalidad, se utilizó Students de muestras apareadas. Posteriormente se extrajeron las diferencias de las puntuaciones de cada escala psicométrica post pre para identificar a las personas con cambios positivos y aquellas con cambios negativos. Dado esto, se examinó el efecto de la intervención en cada uno de los grupos con las mismas técnicas estadísticas.

Para realizar el correlograma se hizo con coeficiente de correlación Spearman con el software Past.

Resultados grupales

Se observó que la puntuación media del bienestar de los CPI (4.22 ± 1.14) es levemente menor a la reportada por Calleja y Manson (2020) (5.41 ± 1.41) ($T = -6.68$, (41), $p < 0.001$, $d = -1.03$).

Por otra parte, la atención plena de los CPI (59.0 ± 15.1) es significativamente mayor a la reportada por López. E, et al (2015) (34.14 ± 12.21) ($T = 11.1$, (45), $p < 0.001$, $d = 1.64$).

Mientras que, el malestar psicológico presentado por los CPI (20.7 ± 8.65) es mínimamente mayor a la reportada por Vargas, et al (2011) (20.04 ± 6.96) ($T = 0.531$, (45), $p < 0.001$, $d = 0.0784$)

Después de aplicar las escalas de malestar psicológico, el 14% de los participantes reportó un nivel muy alto de malestar psicológico; el 31% de ellos presentó un nivel moderado de malestar psicológico y otro 31% de los CPI expresó un nivel bajo de malestar psicológico. Véase la Tabla 6.

Tabla 6

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

Medida	Media	Desviación Estándar	Estadístico	p	TE
Bienestar	4.22	1.14	T = -6.68 (41)	<.001	-1.03
Atención plena	59.0	15.1	T = 11.1 (45)	<.001	1.64
Malestar psicológico	20.7	8.65	T = 0.531 (45)	0.598	0.0784

Después de la intervención realizada con los CPI se puede apreciar que tuvo repercusiones en algunas áreas como lo son la atención plena, el cual tiene un valor $p = 0.013$, demostrando que las técnicas de esta misma surtieron efecto, ya que, como se ha visto en investigaciones previas, el realizar el mindfulness ayuda a reducir el malestar y/o el estrés. Esto mismo se aprecia en la Tabla 7, donde el malestar psicológico tiene un valor $p = 0.001$, demostrando que, después de la intervención y practicando mindfulness, el malestar redujo considerablemente en los CPI. Además, hay otras áreas en específico que sufrieron cambios, y estos son:

La plenitud; el cual tiene un valor $p = 0.003$, la calma; la cual cuenta con un valor $p = 0.005$ y la desilusión, la cual cuenta con un valor $p = 0.028$. Esto se puede comprobar en la Tabla 7.

Tabla 7

Efecto de la intervención sobre la salud y el bienestar en los CPI que completaron satisfactoriamente las sesiones mínimas.

Medida	Pre	Post	Estadístico	p	TE
Bienestar	33.6 (9.78)	35.0 (8.18)	W = 290	0.421	0.167
<i>Satisfacción por la vida</i>	16.3 (5.69)	17.4 (4.49)	W = 226	0.385	0.193
<i>Afecto positivo</i>	17.3 (5.66)	18.7 (5.46)	W = 268	0.058	0.418
Atención plena	59.3 (14.8)	63.3 (13.4)	T = 2.65 (30)	0.013	0.476
Malestar psicológico	21.9 (8.51)	19.8 (8.21)	T = -3.58 (30)	0.001	-0.643
<i>Felicidad</i>	3.58 (1.02)	3.61 (1.05)	W = 37.0	0.745	0.1212
<i>Alegría</i>	3.56 (1.04)	3.63 (0.87)	W = 32.5	0.627	0.1818
<i>Plenitud</i>	3.13 (1.04)	3.53 (1.01)	W = 160.0	0.003	0.6842
<i>Satisfacción</i>	3.63 (1.04)	3.50 (1.07)	W = 62.0	0.478	-0.1895
<i>Calma</i>	3.09 (0.92)	3.63 (1.10)	W = 162.0	0.005	0.7053
<i>Bienestar</i>	3.34 (1.26)	3.72 (0.92)	W = 151.0	0.073	0.4381
<i>Paz</i>	3.38 (1.28)	3.50 (1.29)	W = 78.5	0.595	0.1544

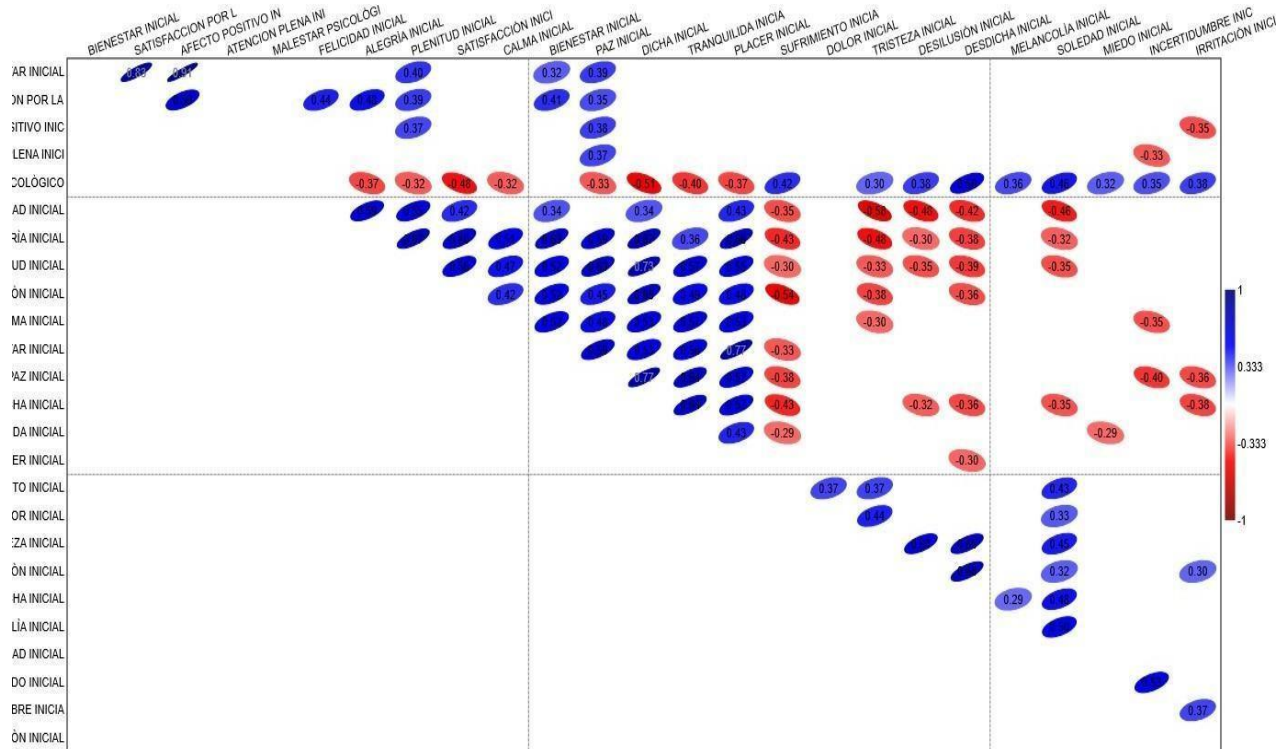
Correlaciones

Se realizó el análisis correlacional pre en donde las más importantes se describen a continuación (y los cuales se pueden apreciar en la Figura 4):

- Se aprecia cómo a mayor bienestar es mayor la satisfacción por la vida con una correlación de 0.85.
- Si la persona presenta satisfacción tiene una mejora notable en su afecto positivo con una correlación de 0.65
- Se puede notar cómo repercute positivamente el bienestar en el afecto positivo con una correlación de 0.93
- Además, es muy importante el afecto positivo, ya que a mayor sea este, es menor el malestar psicológico con una correlación de 0.38.

Figura 4

Coefficiente de correlación de Spearman.



Resultados individuales

CPI 1

Los resultados y/o cambios significantes de la primera participante son varios, por lo que los más importantes son:

Bienestar; pues tuvo un cambio muy significativo después de la intervención, teniendo un aumento del 113%, la satisfacción por la vida tuvo un aumento de 125% y el afecto positivo tuvo un aumento del 100%, por lo que la intervención tuvo un cambio positivo en la primera participante. En cuanto al Afecto Positivo/Afecto Negativo, es necesario resaltar que su satisfacción se redujo un 25%, pero su melancolía también se redujo un 75%.

CPI 2

Los resultados y/o cambios que tuvo la segunda participante también son variados, siendo los más destacables los siguientes:

La satisfacción por la vida tuvo un aumento del 23%, mientras que el malestar psicológico aumentó un 20%. En cuanto al APAN, es importante resaltar que la felicidad y la satisfacción de la CPI 2 redujeron un 20%, pero la paz aumentó en un 100% y el sufrimiento se redujo en un 60%. Estos resultados se pueden apreciar en la **Tabla 8**.

Tabla 8

Cambio Clínico Observable de las CPI.

	CPI 1			CPI 2		
	Maricruz			Maribel		
	Pre	Post	CCO	Pre	Post	CCO
Bienestar	16	34	1.13	29	32	0.10
<i>Satisfacción por la vida</i>	8	18	1.25	13	16	0.23
<i>Afecto positivo</i>	8	16	1.00	16	16	0.00
Atención plena	83	70	-0.16	59	70	0.19
Malestar						
psicológico	15	14	-0.07	15	18	0.20
<i>Felicidad</i>	4	4	0.00	5	4	-0.20
<i>Alegría</i>	4	4	0.00	4	4	0.00
<i>Plenitud</i>	4	3	-0.25	3	4	0.33
<i>Satisfacción</i>	4	3	-0.25	5	4	-0.20

<i>Calma</i>	3	3	0.00	3	3	0.00
<i>Bienestar</i>	4	4	0.00	3	4	0.33
<i>Paz</i>	4	3	-0.25	2	4	1.00
<i>Dicha</i>	4	4	0.00	4	4	0.00
<i>Tranquilidad</i>	4	3	-0.25	3	4	0.33
<i>Placer</i>	3	4	0.33	4	4	0.00
<i>Sufrimiento</i>	2	2	0.00	5	2	-0.60
<i>Dolor</i>	2	2	0.00	4	3	-0.25
<i>Tristeza</i>	2	2	0.00	3	3	0.00
<i>Desilusión</i>	3	2	-0.33	3	3	0.00
<i>Desdicha</i>	1	1	0.00	2	3	0.50
<i>Melancolia</i>	4	1	-0.75	3	2	-0.33
<i>Soledad</i>	1	1	0.00	1	2	1.00
<i>Miedo</i>	3	2	-0.33	3	2	-0.33
<i>Incertidumbre</i>	1	1	0.00	5	3	-0.40
<i>Irritación</i>	1	1	0.00	3	3	0.00

Discusión

Los resultados obtenidos tras la intervención reflejan cambios significativos en varios indicadores de salud psicosocial de los cuidadores primarios informales (CPI), particularmente en la atención plena y el malestar psicológico. La mejora en la atención plena ($p = 0.013$) sugiere que las técnicas utilizadas, como la meditación mindfulness y la escritura emocional, fueron eficaces para promover una mayor conciencia del presente y regulación emocional. Estos hallazgos coinciden con la literatura previa que respalda los beneficios del mindfulness en la reducción del estrés y el aumento del bienestar subjetivo.

Asimismo, la disminución significativa del malestar psicológico ($p = 0.001$) es un hallazgo clave, ya que este indicador está fuertemente vinculado a la calidad de vida y la salud mental. El uso de la escritura emocional, estructurada en diferentes perspectivas narrativas (primera persona, tercera persona, con frases clave), facilitó la catarsis emocional y la resignificación de eventos traumáticos, permitiendo a los CPI una mayor integración de sus experiencias.

En términos de indicadores específicos de bienestar, se observaron mejoras en dimensiones como la plenitud, la calma y una reducción en la desilusión, lo cual evidencia no solo una disminución del malestar, sino también un incremento en experiencias emocionales positivas. Sin embargo, no todos los indicadores mostraron cambios estadísticamente significativos, lo cual podría atribuirse a factores individuales, a la duración de la intervención o al contexto social de los participantes. Aunque el diseño cuasiexperimental limita la generalización de los resultados, estos hallazgos son prometedores y apuntan a la efectividad de intervenciones integrales centradas en el autocuidado emocional. Es relevante considerar la heterogeneidad en las respuestas individuales, como se observó en los casos específicos de las CPI 1 y 2, lo que sugiere que futuras intervenciones podrían beneficiarse de una personalización aún más precisa.

Conclusión

La intervención psicosocial realizada con cuidadores primarios en la colonia San Miguel Teotongo logró impactos positivos significativos en áreas clave del bienestar emocional y la atención plena. Los resultados confirman la necesidad y efectividad de implementar estrategias accesibles, como la escritura emocional y el mindfulness, para mejorar la calidad de vida de una población vulnerable que frecuentemente es invisibilizada.

Este informe no solo valida el enfoque comunitario y preventivo en salud mental, sino que también destaca la importancia de continuar generando redes de apoyo y programas de acompañamiento para cuidadores primarios, quienes desempeñan un papel esencial en la sociedad. Futuros estudios pueden ampliar esta intervención, adaptándola a otros contextos y explorando su sostenibilidad a largo plazo.

Intervención Tercer Trimestre

Objetivos Tercera etapa:

Implementar y evaluar una intervención grupal dirigida a promover la construcción de redes comunitarias de cuidado entre cuidadores, integrando prácticas de activación física y educación en autocuidado, adaptadas a las temáticas emergentes identificadas por el equipo facilitador.

Método

Se utilizó un diseño de estudio prospectivo cuasiexperimental con mediciones pre y post intervención, bajo un esquema de medidas repetidas.

Muestra

Se tomó una muestra no probabilística por conveniencia que cumplieran con la característica de ser cuidadores primarios informales (CPI) de pacientes con alguna enfermedad crónica no transmisibles o que tengan alguna discapacidad y que residan en la colonia San Miguel Teotongo, ubicada en la alcaldía Iztapalapa, CDMX, México. Cada uno de los participantes fue elegido al azar siempre y cuando fuera cuidadores primarios informales

Instrumentos

El WHODAS 2.0 (World Health Organization, 2010) es un instrumento psicométrico desarrollado por la Organización Mundial de la Salud para evaluar el nivel de funcionamiento y discapacidad de una persona en diversas áreas de la vida cotidiana, independientemente del diagnóstico clínico específico. Este instrumento está basado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) y contempla seis dominios: cognición, movilidad, autocuidado, relaciones interpersonales, actividades de la vida cotidiana y participación en la sociedad. El WHODAS 2.0 puede aplicarse en población general y en personas con condiciones de salud física o mental, y está disponible en versiones autoadministradas, por entrevista o por informante, con formatos de 36 o 12 ítems.

Procedimiento

La **Tabla 9** permite mostrar como cada sesión fue diseñada con el objetivo de fortalecer habilidades emocionales, cognitivas y conductuales que favorezcan el autocuidado, la cohesión grupal y la reflexión crítica. A través de dinámicas participativas, técnicas de relajación y espacios de diálogo, los participantes abordaron diversos temas de relevancia personal y comunitaria, cuyo desarrollo y propósito específico se detalla a continuación.

Tabla 9

Desarrollo de la sesión grupal

Sesión	Objetivo de la sesión	Descripción del contenido
1. Adicciones	Sensibilizar sobre las adicciones y sus formas	Activación grupal, exposición del tema, lluvia de ideas, reflexión y ejercicio de respiración.
2. Autocuidado y cuidado	Fomentar el conocimiento y reflexión sobre el autocuidado	Actividad lúdica, dinámicas participativas, y evaluación del tema mediante instrumentos escritos.
3. Comunicación	Promover la comprensión de los tipos de comunicación	Explicación teórica, ejemplos, análisis de casos, técnica de relajación y toma de temperatura.
4. Influencia social	Reflexionar sobre cómo influyen los otros en nuestra conducta	Dinámicas grupales (teléfono descompuesto), exposición del tema, ejercicios de relajación.
5. Apoyo social	Identificar redes de apoyo personales y comunitarias	Activación física, clasificación de redes de apoyo, técnica de relajación y discusión grupal.
6. Desapego	Abordar el desapego como herramienta de autocuidado	Actividad simbólica (siembra), reflexión emocional, relajación, cierre con retroalimentación.
7. Depresión y prejuicios	Distinguir entre tristeza y depresión; abordar Estereotipos	Actividad reflexiva con palabras clave, técnica de respiración, discusión grupal.

8. Conciencia colectiva	Identificar la influencia del grupo en nuestras creencias	Juego lúdico, análisis de estereotipos, reflexión sobre el respeto a la diversidad.
9. Culpa y depresión	Diferenciar entre culpa y depresión	Actividad física, exposición del teatro, intercambio de experiencias y creación de redes.
10. Liderazgo y trabajo grupal	Reforzar el valor del liderazgo y la colaboración	Activación cooperativa, dinámica de trabajo en equipo, actividad simbólica (desenredo).
11. Insuficiencia renal	Sensibilizar sobre esta condición médica y el autocuidado	Exposición informativa, reflexión compartida, juego con agua, agradecimientos finales.

Análisis estadístico

Se utilizó el software SPSS statistics 26 para realizar las Pruebas T con el fin de determinar los datos descriptivos (Medias, Medianas, D.E), pruebas de normalidad, asimismo SPSS permitió hacer análisis Pos-Hoc y Anovas. A su vez se utilizó el software ATLAS.ti 24 para el análisis cualitativo acerca del lenguaje afectivo.

Resultados

Los efectos psicosociales de la Aplicación del instrumento Whodas (*Véase Tabla 10*) permite hacer un análisis acerca de los cambios en la población, puesto que hubo una mejora discapacidad percibida, no obstante, no puede definirse como significativa. Los valores muestran que no hay suficiente evidencia para afirmar que la intervención haya tenido un efecto medible en esa dimensión. Sin embargo, se puede concluir gracias al tamaño del efecto que la mejora fue leve.

Tabla 10

Efectos Psicosociales de la Intervención

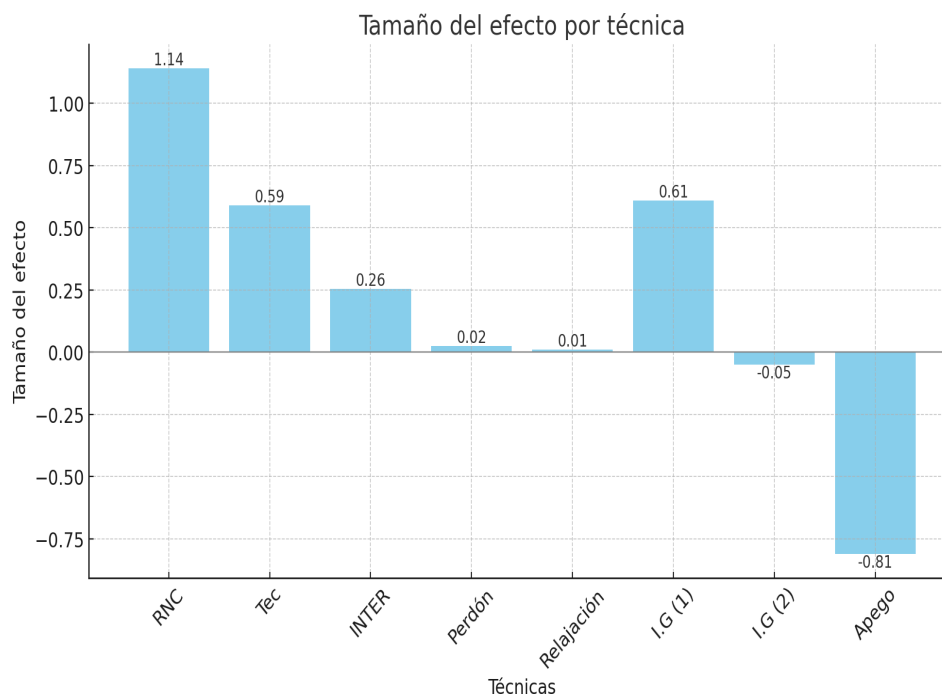
Medida	Pre	Post	Estadístico	p	T
Salud y Discapacidad	48.67 (17.90)	44.36 (14.16)	1.23	.48	0.1

Interpretaciones de las preguntas WHODAS 2.0

En la **Figura 5** se puede apreciar como el gráfico muestra los tamaños del efecto asociados a diferentes técnicas utilizadas en el contexto de intervención psicosocial, cada una obtenida a partir de las mediciones de temperatura durante 7 de las sesiones. Cada barra representa la magnitud del cambio asociado a una técnica específica, lo que nos permite comparar su efectividad relativa. Se puede observar que "**RNC**" presenta el mayor efecto positivo, mientras que "**Apego**" tiene un efecto negativo considerable.

Figura 5

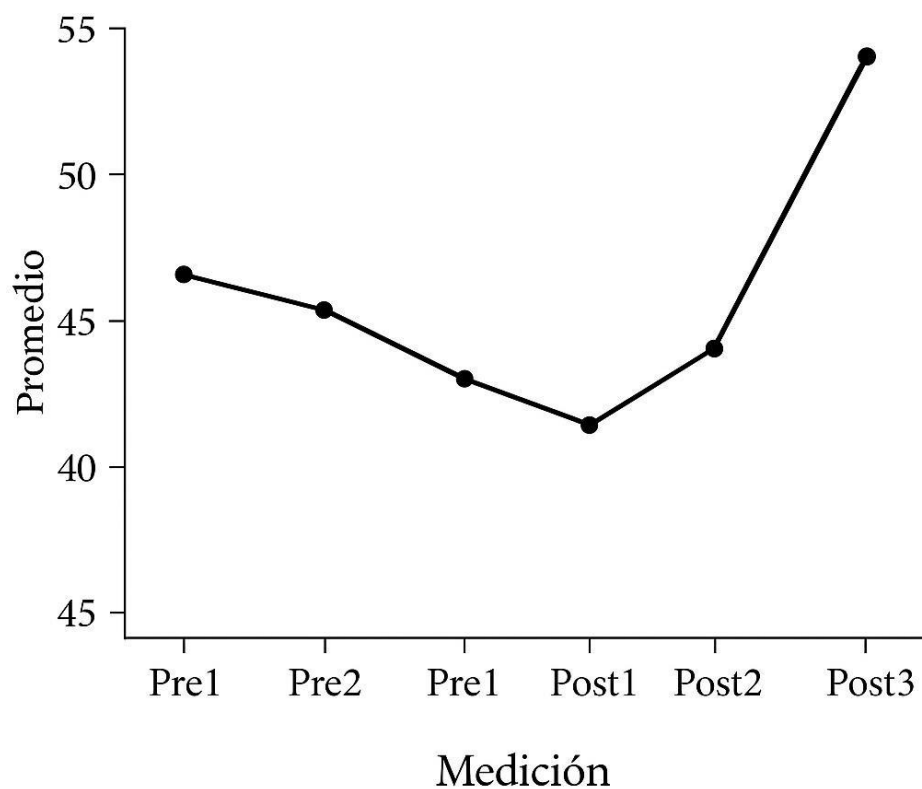
Tamaño del Efecto de las Técnicas Aplicadas



RNC=Respiración Natural Completa, Tec=Tecnica, INTER=Intercambiarse a Uno Mismo por los Demás, I.G (1) =Imagenería Guiada 1, Imagenería Guiada 2.

Asimismo, la **Figura 6** muestra la evolución de la sumatoria de reactivos a lo largo de distintas mediciones (Pre y Post), evidenciando una tendencia descendente desde la primera medición (Pre1 = 46.01) hasta la segunda postmedición (Post2 = 41.70), lo que sugiere una disminución inicial en los puntajes tras la intervención. Sin embargo, en la tercera medición post (Post3 = 51.07) se observa un aumento notable, superando incluso los niveles iniciales. Este comportamiento podría indicar que los efectos positivos de la intervención no fueron inmediatos, sino que se manifestaron de manera más clara a largo plazo, reflejando una leve mejora en las CPI

Impacto psicosocial de la intervención grupal



Nube de palabras de bitácoras grupales



Las palabras que se muestran dentro de la nube son parte de lo mencionado por los participantes durante todas y cada una de las sesiones. Así mismo se distingue de manera grafica que la palabra grupal, interacción y participación. Son y serán parte de la forma de socializar de los y las cuidadoras, ya que se considera que es parte del aprendizaje que van obteniendo dentro del tiempo con los estudiantes de Psicología social.

También se señala la empatía, relajación, amor, palabras que el grupo, menciono en algún momento, ya que se hayan relajado durante la técnica, que exista comunicación entre los miembros del grupo o ésta haya mejorado con sus familiares, que hace alusión a lo que refleja más allá de cómo son como seres humanos.

Resultados Individuales

La escritura expresiva de acuerdo con la *Tabla 11* permitió analizar que las personas expresan con mayor frecuencia emociones desagradables, no obstante, las emociones placenteras y la expresión emocional también estuvieron presentes, aunque en menor medida. Estos resultados sugieren que, aunque las cuidadoras pueden identificar y expresar emociones positivas y adecuadas, predominan los sentimientos negativos en sus relatos, lo cual refleja un malestar emocional importante en su experiencia.

Tabla 11*Escritura Emocional Autorreflexiva Con Cuidadoras*

Dimensión	Códigos	Descripción	Enraizamiento	Den
Emociones	001_Emo_pla	Se refiere a las emociones placenteras descritas en el texto, aquellas que la persona considera le beneficia y/o disfruta	8	
	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.	21	
	003_A_exp_emo	Se refiere a la expresión emocional adecuada, cuando las personas reportan que dan cabida congruente a la emoción que experimentan.	8	
	004_I_exp_emo	Se refiere a la expresión emocional inadecuada referida por la persona, es decir, aquellas expresiones poca habilidad para ser congruente entre la emoción y la expresión.	1	
Uso del lenguaje	005_Uso_a_leng	Se refiere al uso lo más adecuado posible para	29	

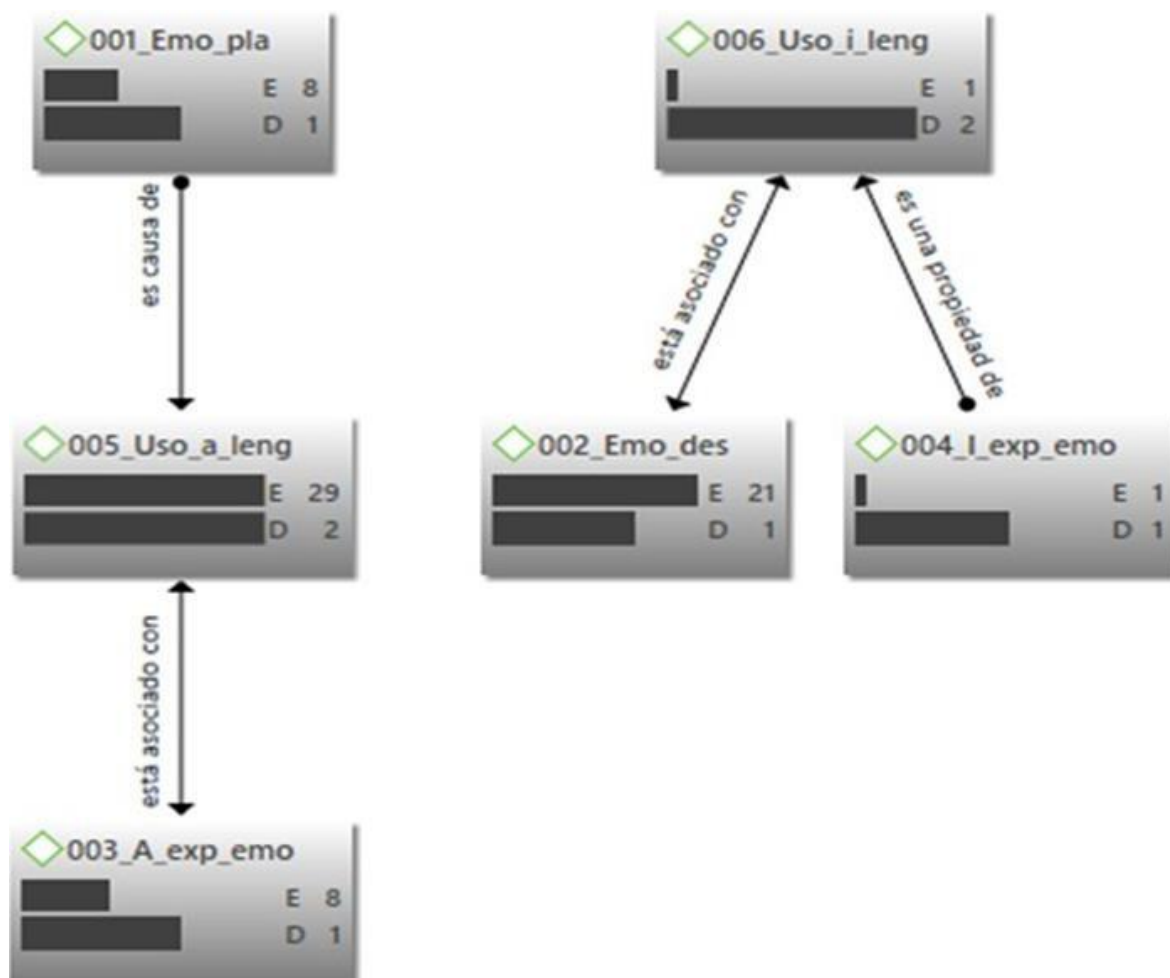
La **Figura 7** representa un modelo de relaciones entre categorías derivadas del análisis cualitativo, estructurado a partir del software ATLAS.ti. En este modelo se muestran conexiones significativas entre distintos aspectos del lenguaje emocional utilizados por las participantes. Se observa que el código **"Emociones placenteras" (001_Emo_pla)** se vincula directamente como **causa del "Uso adecuado del lenguaje emocional" (005_Uso_a_leng)**. Esta relación sugiere que la presencia de emociones positivas favorece una mayor capacidad para nombrar y describir con precisión las experiencias emocionales. A su vez, el "Uso adecuado del lenguaje emocional" está **asociado con la "Adecuada expresión emocional" (003_A_exp_emo)**, lo que indica una relación funcional entre el uso verbal preciso de las emociones y la forma en que estas se manifiestan o comunican. Este hallazgo refuerza la importancia de una alfabetización emocional sólida para lograr una expresión emocional saludable.

Por otro lado, el código **"Emociones desagradables" (002_Emo_des)** se asocia con el **"Uso inadecuado del lenguaje emocional" (006_Uso_i_leng)**. Esta relación revela que las emociones negativas tienden a dificultar la verbalización emocional precisa, posiblemente por su intensidad o por la falta de estrategias para gestionarlas. En la misma línea, se observa que el **"Uso inadecuado del lenguaje emocional"** está relacionado como **una propiedad de la "Expresión emocional inadecuada" (004_I_exp_emo)**, mostrando que los déficits en el uso del lenguaje emocional pueden reflejarse en formas de expresión poco funcionales o desadaptativas.

En conjunto, el modelo sugiere que la calidad del lenguaje emocional está directamente influida por el tipo de emoción experimentada, y que este, a su vez, tiene efectos importantes sobre la expresión emocional general. Las emociones placenteras potencian un lenguaje emocional funcional y adaptativo, mientras que las emociones desagradables parecen dificultarlo, estableciendo un circuito que puede afectar la regulación emocional de manera significativa.

Figura 8

Modelo de relaciones



Las emociones placenteras que es donde la persona disfruta lo escrito y son causa de un uso de lenguaje donde es posible expresar sus emociones, es decir que pueda comunicar de manera comprensible su sentir en el texto. Sin embargo, el uso de lenguaje adecuado está asociado con la expresión emocional adecuada donde los participantes dan brecha a lo que experimentan. La escritura desagradable se refiere a emociones donde los participantes no quisieran estar experimentando y les provoca malestar sin embargo está asociado con el uso de del lenguaje inadecuado en la expresión de sus emociones, además de que este es una propiedad de expresiones donde hay poca habilidad para ser congruente con lo que dice y siente (*Véase Figura 8*).

Figura 9

Discusión

La tercera intervención psicosocial se centró en el desarrollo de un espacio seguro para la expresión emocional de los participantes, con énfasis en el reconocimiento de sus propios recursos personales y comunitarios para enfrentar situaciones de violencia y marginación. Durante esta intervención, el uso de dinámicas grupales y actividades introspectivas propició una mayor apertura y conexión entre los integrantes del grupo, permitiendo que afloraran experiencias compartidas y estrategias de resistencia construidas colectivamente.

Uno de los elementos más significativos fue la resignificación de las vivencias individuales a través del diálogo comunitario, lo que fortaleció el sentido de pertenencia y validación emocional. Además, se observaron avances en la identificación de redes de apoyo, tanto formales como informales, que los participantes empezaron a valorar de manera más activa como parte de su agencia frente a contextos adversos. Este proceso fue clave para romper con la idea de la victimización pasiva, promoviendo en cambio un sentido de protagonismo en la narrativa de su bienestar.

La intervención también reveló la necesidad de continuar trabajando en el fortalecimiento del tejido comunitario, pues algunas resistencias iniciales a compartir experiencias apuntan a una historia colectiva de silenciamiento. No obstante, la experiencia grupal demostró que es posible generar confianza a través de prácticas respetuosas, horizontales y empáticas.

Conclusión

Este proceso favoreció el bienestar emocional individual, también impulsó una visión más activa y crítica respecto a sus entornos, promoviendo la autovaloración, la empatía y el reconocimiento mutuo como pilares para el cambio personal y comunitario. El fortalecimiento de la confianza grupal fue un logro fundamental, ya que permitió que las narrativas de dolor y resistencia encontraran eco en un entorno validante y horizontal. Esta confianza, construida mediante prácticas dialógicas respetuosas, sentó las bases para un mayor compromiso con la transformación de las condiciones sociales que perpetúan el sufrimiento. Asimismo, la identificación de redes de apoyo evidenció que la comunidad puede ser no solo un espacio de pertenencia, sino también una fuente de contención, seguridad y empoderamiento.

Cabe destacar que la obtención de estos resultados, aunque en apariencia discretos, fue posible gracias al uso de herramientas de medición que permitieron evaluar de manera sistemática los cambios emocionales, actitudinales y relacionales en el grupo. Las mediciones, tanto cualitativas como cuantitativas, ofrecieron un respaldo objetivo al proceso, facilitando la identificación de avances concretos en aspectos como la confianza, el sentido de pertenencia y la percepción del apoyo comunitario. Su aplicación resultó crucial no solo para registrar transformaciones individuales y colectivas, sino también para visibilizar la efectividad de las estrategias implementadas, orientar la toma de decisiones y fortalecer la legitimidad de la intervención psicosocial desde una perspectiva basada en la evidencia.

Esta intervención subraya la importancia de una praxis psicosocial que trascienda el ámbito individual, reconociendo las raíces estructurales del malestar social y apostando por metodologías participativas capaces de restaurar el tejido social. Fortalecer vínculos, promover la resiliencia colectiva y dignificar las voces históricamente silenciadas se vuelve no solo deseable, sino urgente. Los hallazgos de esta experiencia señalan la necesidad de dar continuidad a procesos de acompañamiento comunitario sostenido, que no solo reparen heridas, sino que impulsen transformaciones profundas.

Limitaciones y sugerencias

- Mas organización entre profesores responsables
- División de trabajo con alumnos de manera organizada y planificada
- Discusión previa sobre diadas que estarán juntas durante el bloque

Referencias

- Aranda B., C., & Pando M., M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista de Investigación en Psicología*, 16(1), 233–245.
- American Psychological Association. (2013). Comprendiendo el estrés crónico. APA. Recuperado de <https://www.apa.org/topics/stress/estres-cronico>
- Anguita, Á. (2019). Ansiedad y Autoeficacia en Cuidadores de Pacientes con Alzheimer. *Infad*. 2 (1), 259-268. <https://www.redalyc.org/journal/3498/349860126025/html/>
- Asana. (n.d.). Escucha activa: qué es y cómo practicarla con ejemplos [2022] • Asana. Asana. <https://asana.com/es/resources/active-listening#:~:text=La%20escucha%20activa%20te%20ayuda>
- Calleja, Nazira, Mason, Tere A., & Pérez, Olimpia Gómez. (2022). Escala de Bienestar Subjetivo, versión corta (EBS-8): Revalidación, invarianza de medición y teoría de respuesta al ítem. *Acta Colombiana de Psicología*, 25 (1), 203-217. Publicación electrónica del 21 de marzo de 2022. <https://doi.org/10.14718/acp.2022.25.1.13>
- Carranza, M. (2021). Construcción de un Proyecto de Intervención Psicosocial Comunitaria desde la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa. En J. Vázquez (Ed.), *Experiencias de investigación desde la psicología social comunitaria (en diferentes regiones de México y aportaciones de Colombia y Costa Rica)* (53-65). Lirio
- Cebolla, A. (2018). Mindfulness y depresión. En Santed, M., Vázquez, S., Alonso, M., Burgos, F., Cebolla, A., Franco, C., García, J., Mañas, I., Miro, M., Moñivas, A., Navarro, M., Rodríguez, M., Piva, M., Simón, V., & Soler, J. (Ed.), *Mindfulness, Fundamentos y Aplicaciones* (135-149). Paraninfo.
- Centro de Estudios Espinosa Yglesias. (2022). Sistema Nacional de Cuidados: una vía para la igualdad de oportunidades y la movilidad social. CEEY. <https://ceey.org.mx/sistema-nacional-de-cuidados-una-via-para-la-igualdad-de-oportunidades-y-la-movilidad-social/#:~:text=El%20Sistema%20Nacional%20de%20Cuidados,con%20discapacidad%20y%20adultas%20mayores>
- Durá, E., & Garcés, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Aprendizaje, Revista de Psicología Social*, 6(2), 257–271.
- Espinosa, G. (2000). Las Mujeres de San Miguel Teotongo a la Hora de la Lucha Ciudadana. *Mujeres, Ciudadanía y Poder*. El Colegio de México. 29-94. <https://doi.org/10.2307/j.ctvhn0952.4>
- Gaitán-Rossi, P., Pérez-Hernández, V., Vilar-Compte, M., & Teruel-Belismelis, G. (2021). Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México. *Salud Pública De México*, 63(4), 478-485. <https://doi.org/10.21149/12257>

- García-Allen, J. (2015, 20 de agosto). Escucha activa: la clave para comunicarse con los demás. organización pym. <https://psicologiymente.com/social/escucha-activa-oir>
- Germer, C. (2017). Mindfulness, ¿qué es y qué importancia tiene? En C. Germer., R. Siegel & P. Fulton, Mindfulness y Psicoterapia (pp.19-54). DESCLÉE DE BROUWER. New York
- Gissi, N. (2009). Redes Sociales y Construcción de la Colonia en la Ciudad de México. El Caso del Enclave Étnico Chocholteco en San Miguel Teotongo, Iztapalapa. Cuicuilco, 16 (45), 213-228. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592009000100010#:~:text=El%20origen%20de%20la%20colonia,rural%20de%20la%20Mixteca%20oaxaque%C3%B1a
- Historia de la unión. (n.d.). <https://uniondecolonosmt.com/historia/>
- Hurtado, J. (2021). Impacto Social e Intervenciones de Apoyo para Cuidadores Informales de Personas Dependientes en México. Psicología Iberoamericana, 29 (1), 1-17. <https://doi.org/10.48102/pi.v29i1.339>
- Lara Vásquez, C. V., Medina Fernández, J. A., Cortez González, L. C., Cortes Montelongo, D. B., & Carrillo Cervantes, A. L. (2023). Estrés percibido y apoyo social percibido en cuidadores informales del adulto mayor. Salud Uninorte, 39(2), 601–616. <https://doi.org/10.14482/sun.39.02.932.489>
- Santos-Vega, M., Ortega-Andeane, P., & Toledano-Toledano, F. (2021). Validez y confiabilidad de la Escala de Apoyo Social Percibido (MSPSS). Psicooncología, 18(2), 333–345. <https://doi.org/10.5209/psic.77756>
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2019). Elaborar un estudio sobre las necesidades de las cuidadoras informales a nivel estatal. Modalidad 1: Instituto Nacional de las Mujeres Gobierno de la ciudad de México, secretaria de las Mujeres. Fortalecimiento de la secretaria de las Mujeres en el nuevo diseño institucional de la Ciudad de México, 1 – 57.
- Manjarrez, J. (2021). Reconstruir a las personas en las organizaciones sociales: agregar lozanía personal a la formación en grupos. En J. Vázquez (Ed.), Experiencias de investigación desde la psicología social comunitaria (en diferentes regiones de México y aportaciones de Colombia y Costa Rica) (30-52). Lirio.
- Montero Pardo, X., Jurado Cárdenas, S., Valencia Cruz, A., Méndez Venega, J., & Mora Magaña, I. (2014). Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. Psicooncología, 11(1). https://doi.org/10.5209/rev_psic.2014.v11.n1.44918
- Oblitas, L. (2010). Psicología de la Salud y Calidad de Vida. Cengage Learning. https://www.academia.edu/35120152/Psicolog%C3%ADa_de_la_salud
- Organización Panamericana de la Salud & Banco Interamericano de Desarrollo. (2023). La situación de los cuidados a largo plazo en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud y Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.37774/9789275326879>
- Pennebaker, J. (2011). The Secret Life of Pronouns: What Our Words Say About Us. Bloomsbury.
- Poveda, M., Lozano, J., & Gómez, M. (2012). Atención y Apoyo Psicosocial. McGraw Hill Education.

- Santos-Vega, M., Ortega-Andeane, P., & Toledano-Toledano, F. (2021). Validez y confiabilidad de la Escala de Apoyo Social Percibido (MSPSS). *Psicooncología*, 18(2), 333–345. <https://doi.org/10.5209/psic.77756>
- Treanor, C. J., Santin, O., Prue, G., Coleman, H., Cardwell, C. R., O'Halloran, P., & Donnelly, M. (2019). Psychosocial interventions for informal caregivers of people living with cancer. *The Cochrane Library*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009912.pub2>
- Trujillo, K., & Martínez, A. (2019). Programa para disminuir el índice de sobrecarga en cuidadores informales del adulto mayor. *INTEGRA2: Revista Electrónica De Educación Especial Y Familia*, 1(10), 135-147. https://integra2.fcdh.uatx.mx/admin2/uploads/articulos/_Volumen_10_Numero_1,_enero_-_junio_2019/artCompleto_Programa_para_Disminuir_el_%C3%8Dn.pdf
- Vicente, L., Medina, V., Rodríguez, D., Carranza, M., Vázquez, J., & Manjarrez, J. (2022). Acompañamiento Psicosocial en Cuidadores Primarios Informales: Mindfulness, Calidad de Vida y Apoyo Social a Distancia. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 8 (1), 1-19. <https://doi.org/10.22402/j.rdipycs.unam.e.8.01.2022.385>
- World Health Organization. (2010). *Measuring health and disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43974>

ANEXOS

Ejemplo de Escritura Emocional A (Escrito en primera persona)

El día o acontecimiento q' marco mi vida fue el día 7 de febrero 2020

Cuando recibí una llamada del ministerio público del adolescente, notificándome q' tenía q' presentarme con los documentos de mi hijo Ernesto, fue una sensación de miedo al no saber el porq' tenía que acudir a ese lugar, cuando llegué no podían darme información, había mucho movimiento policiaco fuera de ese lugar y todos estaban ahí por el, cuando por fin me dejan entrar veo a mi hijo golpeado y con un vendaje en la cabeza, lo miro y se me partió el alma en mil pedazos, todavía no sabía la gravedad de la situación, hasta que me dijeron que estaba detenido por haber asaltado a una persona y no solo eso, le había disparado y la bala le había quedado en el cuerpo al señor, cuando escuche eso no lo podía creer, mi hijo había cometido algo tan grave? me sentí con el corazón más en pedazos, conforme paso el tiempo pude ver al señor con ganas de hablar con él, pero sabía que no se podía, llevamos a mi hijo a que lo atendiera el medico legista y estaba muy herido eso también me dolía mucho, esa noche nos ayudaron varios policías porque vieron que no soy mala persona y también por que ellos fueron los que habían agredido a mi hijo sin saber que era menor de edad, no sabía lo que pasaría al día siguiente lo trasladaron a Toluca a un tute, para menores, fueron días difíciles por que uno no sabe que hacer en esos casos, lo que me daba fuerzas eran mis padres y mi hija que me estaba esperando, vivimos limitados y trabajando solo para mi hijo, cuando se vino el día de la sentencia también fue un día muy doloroso saber que estaría mi hijo muchos días mas en ese lugar, lo que escuche que el señor le dijo a mi hijo me dio un poco de tranquilidad y lo que mi hijo le dijo al señor me dejó a mí sin palabras.

Domicilio por dentro y fuera de Participante 1



Fotografía de primeras sesiones con Participantes 1 y 2



Fotografía durante la escritura emocional de Participantes 1 y 2



