



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD IZTAPALAPA

División de Ciencias Sociales y Humanidades
Departamento de Sociología
Coordinación de Psicología Social

"La importancia de promover el cuidado a quien cuida mediante herramientas promovidas en el acompañamiento psicosocial y la acción participativa de los cuidadores informales de San Miguel Teotongo"

Informe de Intervención Comunitaria que, para obtener el título de
Licenciado y Licenciada en Psicología Social

Presentan:

Aceves Serrato Brayan Ricardo | 2203045007
Serrano Gómez Estephani | 2172016707

Mtro. José Joel Vázquez Ortega
Asesor



Mtro. Jesús Omar Manjarrez Ibarra
Lector

Resumen

Los cuidadores primarios informales son personas que se encargan de atender a una persona dependiente con algún problema de movilidad, adulto mayor o que padezca alguna enfermedad crónico-degenerativa. Los cuidadores primarios informales al no estar preparados profesionalmente para atender a una persona cometen errores y eso les genera preocupación ya que temen causar algún daño en el dependiente, por otro lado, hay cuidadores que también padecen alguna enfermedad no transmisible (ENT).

El presente trabajo tiene como objetivo realizar cambios en el estilo de vida de salud y hábitos de los cuidadores primarios de San Miguel Teotongo, Iztapalapa, Ciudad de México. También se desea mostrar los resultados del acompañamiento psicosocial con cuidadores primarios informales, además este trabajo estuvo bajo el diseño mixto (cualitativo y cuantitativo), a fin de tener una mejor comprensión durante el periodo de intervención.

La técnica que se usó para la intervención fue la muestra no probabilística por conveniencia debido a la disponibilidad y por la facilidad de reclutamiento al tener la mismas características. Durante 8 sesiones semanales que abordaron técnicas de relajación, gestión emocional, organización del tiempo, examinando sus efectos pre-post intervención, se usaron ocupando medidas psicométricas validadas en población mexicana, se obtuvieron medidas psicométricas de sobrecarga, ansiedad, depresión, apoyo social, y percepción de salud.

Los resultados mostraron una reducción significativa ($p < 0.05$) en la sobrecarga del cuidador con un T.E del -0.397 y ansiedad con un T.E del -0.336. La intervención psicosocial mejoró la percepción de salud, apoyo social, salud mental y en el estilo de vida saludable, en la mayoría de los participantes.

Palabras clave

Cuidadores, estrés, salud, bienestar, apoyo Social, ansiedad, duelo, depresión, economía, redes de apoyo, discapacidad, soledad, EEA, acompañamiento, emociones, relaciones sanas, políticas públicas, autocuidado.

ABSTRACT

Informal primary caregivers are people who are in charge of caring for a dependent person with a mobility problem, elderly or suffering from a chronic degenerative disease. Informal primary caregivers, not being professionally prepared to care for a person, make mistakes and this causes them concern because they fear causing any harm to the dependent, on the other hand, there are caregivers who also suffer from a non-communicable disease (NCD).

The present work aims to make changes in the health lifestyle and habits of primary caregivers in San Miguel Teotongo, Iztapalapa, Mexico City. It is also desired to show the results of the psychosocial accompaniment with informal primary caregivers, in addition this work was under mixed design (qualitative and quantitative), in order to have a better understanding during the intervention period.

The technique used for the intervention was the non-probabilistic sample by convenience due to the availability and ease of recruitment by having the same characteristics. During 8 weekly sessions that addressed relaxation techniques, emotional management, time organization, examining their effects pre-post intervention, using psychometric measures validated in Mexican population, psychometric measures of overload, anxiety, depression, social support, and health perception were obtained.

The results showed a significant reduction ($p < 0.05$) in caregiver overload with a T.E of -0.397 and anxiety with a T.E of -0.336. The psychosocial intervention improved the perception of health, social support, mental health and healthy lifestyle in most of the participants.

Keywords

Caregivers, stress, health, well-being, social support, anxiety, bereavement, depression, economics, support networks, disability, loneliness, FSS, companionship, emotions, healthy relationships, public policies, self-care.

Contenido

1. Introducción	9
2 Marco teórico	11

2.1 Antecedentes	11
2.1.1 <i>El Cuidado Informal en México: Desafíos, Políticas Públicas y Propuestas de Intervención</i>	11
2.1.2 <i>El Cuidado Informal en México: Realidades y Desafíos</i>	11
2.1.3 <i>La Psicología Social Comunitaria y la Intervención en Cuidadores Informales</i>	12
2.1.4 Bases teóricas	15
2.1.5 <i>Teoría Ecológica de Urie Bronfenbrenner.</i>	15
2.1.6 Teoría polivagal	15
2.1.7 El Modelo Transteórico del Cambio (MTT)	16
2.1.8 Cuidador informal:	17
2.1.9 Sobrecarga del cuidador:	17
2.1.10 Estrés:	17
2.1.11 Ansiedad:	17
2.1.12 Depresión	18
2.1.13 Bienestar Psicológico	18
2.1.14 Apoyo social.....	18
3. El Impacto del Bienestar Psicológico del Cuidador en la Persona Dependiente	19
3.1 Políticas Públicas en México: Reconocimiento y Apoyo a los Cuidadores Informales	20
4. Desafíos Económicos y de Género en el Cuidado Informal	21
4.1 El Sistema Integral de Cuidados y el Reconocimiento del Trabajo del Cuidador	21
4.1.1 Programas Sociales Locales en la Ciudad de México	22
4.1.2 Desafíos y propuestas a futuro	22
5 Contexto.	23
5.1 Escenario	23
6 Objetivos	25
6.1 Objetivo general	25
6.2 Objetivos específicos	25
7. Metodología	26
7.1 Planteamiento del problema	26
7.2 Justificación	27
7.3 Pregunta de investigación	28
7.4 Diseño	29
7.5 Población.....	30
7.5.1 Participantes	30
7.6 Muestra.....	33

7.6.1 Participantes	33
7.6.1.1 Etapa 1	33
7.6.1.2 Etapa 2	33
7.7 Instrumentos y materiales	34
7.8 Ubicación Temporal	40
8. Criterios	42
8.1 Inclusión	42
8.1.1 Exclusión	42
8.2 Procedimiento	42
8.2.1 Primera etapa	42
8.2.3 Sesiones de la segunda etapa con CPI	45
8.2.3 Sesiones de la tercera etapa con CPI	51
9. Resultados.....	55
9.1 Análisis cualitativo	55
9.1.1 Primera etapa	55
9.1.2 Segunda etapa	56
9.1.3 Analisis de bitácoras	56
9.1.4 Analisis de ejercicios de la Escritura Emocional Autorreflexiva (EEA)	58
9.1.6 Tercera etapa	62
9.2 Análisis cuantitativo	85
<i>Primera etapa</i>	85
9.2.1 Resultados	88
9.2.2 Análisis descriptivo.	88
9.2.3 Correlograma	89
9.2.4 Efecto psicosocial de la intervención	90
9.2.6 Resultados Grupales	101
9.2.7 Análisis descriptivos.	101
9.2.8 Efecto psicosocial de la intervención	103
9.2.9 Tercera etapa	108
9.3 Discusión	109
10. Conclusiones generales	110
10.1 Sugerencias	111
10.2 Limitaciones	112
Referencias	114
11. ANEXOS	126

1. Introducción

El presente proyecto se refiere a una intervención comunitaria con cuidadores primarios informales (CPI), anteriores investigaciones abordaron problemas de salud del cuidador, la sobrecarga, niveles de estrés y ansiedad. Los cuidadores primarios al no estar preparados profesionalmente para atender a una persona cometen errores y eso les genera preocupación por cometer el mismo error, por otro lado, hay cuidadores que también padecen alguna enfermedad crónica degenerativa.

La intervención comunitaria es el conjunto de actividades encargadas de favorecer el desarrollo dentro de una comunidad, esta intervención social es una forma de trabajo de la Psicología Social Comunitaria. La Psicología Social Comunitaria es el “estudio de la acción social y de la intervención social con el objetivo de fomentar la igualdad y aumentar la participación social y la calidad de vida” (Yela y Calderón, 2017).

El cuidador o la cuidadora primaria es aquella persona encargada de atender, en primera instancia las necesidades físicas, sociales y emocionales de una persona que por sí misma no puede hacerlo. Dicho papel es, generalmente, llevado a cabo por una persona cercana al paciente como puede ser el cónyuge, los hijos, algún otro familiar o simple y sencillamente alguien de confianza como un amigo (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, 2021).

Según (Garita, 2018) Físicamente los cuidadores presentan cuadros de fatiga, dolor muscular, aumento o pérdida del apetito, dolor de cabeza, problemas estomacales, aumento o pérdida de peso y dificultad para respirar. Emocionalmente los cuidadores se irritan con

facilidad, tienen sentimientos de culpa, tristeza, frustración, estrés, falta de motivación, pérdida de interés, problemas de memoria y atención.

Este proyecto a diferencia de años anteriores se dividió en tres lugares dentro de la colonia San Miguel Teotongo, (Unión de colonos, Utopía Teotongo y Museo Comunitario de San Miguel Teotongo) este último que es donde nosotros como diada tuvimos participación constó de 3 etapas, en las primeras dos se trabajó de manera individual para posteriormente en la tercera y última culminar con la fase grupal.

En la primera etapa se buscó tener un acercamiento con 4 personas que estuvieran viviendo en una condición de cuidadora o cuidador de algún dependiente sea por (vejez, discapacidad, enfermedades crónicas etc....), o bien que la o el participante practicará el autocuidado, para posteriormente brindar un acompañamiento psicosocial que se basa en una investigación – acción participativa como lo dicta la Psicología Social Comunitaria enfocada en comprender e intentar mejorar la calidad de vida de las comunidades, mediante la investigación y acción. y todo lo relacionado a ello, como lo es, el apoyo social, ejercicios de control de la activación, organización del tiempo, límites, control de sentimientos negativos, etc.

Por otra parte, en nuestra segunda etapa continuando con la fase individual se trabajó en la Escritura Emocional Autorreflexiva (EEA), que tiene como objetivo que los cuidadores expresen y reflexionen acerca de los momentos más difíciles y dolorosos de su vida. También se trabajó con técnicas de mindfulness como herramientas de apoyo para que los participantes pudieran comprender la importancia del bienestar, también se trabajó con Mindfulness y materiales de apoyo.

Para la última etapa que se trabajó de manera grupal, nos apoyamos en dinámicas grupales para fomentar la integración grupal, es decir, crear un ambiente de confianza, colaboración y respeto. En esta última fase para que el grupo se mantenga y generen redes de apoyo se les pidió a los participantes crear un escudo que los identifique como grupo.

2 Marco teórico

2.1 Antecedentes 2.1.1 El Cuidado Informal en México: Desafíos, Políticas Públicas y Propuestas de Intervención

El tema del cuidado informal ha cobrado una relevancia creciente en México, particularmente debido a la transformación demográfica que ha experimentado el país en las últimas décadas. En este contexto, el envejecimiento de la población ha incrementado la demanda de cuidados, especialmente de las familias, donde los cuidadores informales desempeñan un papel importantísimo. Esto ha resaltado la necesidad de reconocer el trabajo de los cuidadores dentro de un sistema de bienestar integral y dentro de las políticas públicas del país.

2.1.2. El Cuidado Informal en México: Realidades y Desafíos

En México, el cuidado informal recae principalmente en la familia, y más específicamente, en los cuidadores informales. Estos son miembros de la familia que se encargan de la atención de personas dependientes, ya sean adultos mayores o personas con

enfermedades crónicas o discapacidad, esto sin recibir compensación económica por ello.

Este tipo de cuidado se ha convertido en un pilar fundamental del sistema de salud, dada la insuficiencia de servicios formales de atención. Sin embargo, los cuidadores informales enfrentan dificultades para cumplir con sus responsabilidades, tanto a nivel físico como psicológico y económico.

Según Salazar (2022), el cuidador informal no está capacitado formalmente para enfrentar los retos del cuidado de personas con necesidades específicas, lo que provoca una sobrecarga emocional y física. La falta de formación puede hacer que las tareas de cuidado sean más demandantes, y esto genera, en muchos casos, estrés y desgaste en el cuidador. Además, el cuidado informal tiene un costo significativo para los cuidadores, quienes deben sacrificar tiempo de trabajo, descanso y vida personal, lo que repercute en su bienestar general.

El creciente envejecimiento de la población en México ha destacado aún más esta situación, ya que la demanda de cuidados no solo es mayor, sino también más prolongada. Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la población de adultos mayores en México ha ido en aumento, lo que genera una dependencia cada vez más significativa de los cuidadores informales (González & Rodríguez, 2020).

2.1.3 La Psicología Social Comunitaria y la Intervención en Cuidadores Informales

Uno de los primeros trabajos de investigación con í estuvo a cargo del sociólogo británico Peter Brereton Townsend, en "La vida familiar de las personas mayores: Una investigación en el este de Londres" (1957), habla del sistema de cuidados familiares y las

relaciones domésticas, económicas y sociales entre esposos y esposas, y entre personas mayores, hijos y hermanos. En la época de los 60 's Grad y Sainsbury (1963), definieron por primera vez el concepto de carga del cuidador como "cualquier coste para la familia" al trabajar con familiares de enfermos psiquiátricos.

Schulz y colaboradores (1999), estudiaron la relación entre las demandas de cuidado entre los cuidadores cónyuges de mayor edad y la mortalidad por todas las causas a los 4 años, como resultado se obtuvo que los cuidadores que reportan tensión asociada con el cuidado tienen mayor probabilidad de fallecer. Después de estudios e investigaciones respecto a la sobrecarga, el entorno y la calidad de vida de los cuidadores se desarrollaron estrategias en apoyo e intervención y Hughes (2008) dio a conocer que las intervenciones pueden apoyar al cuidado como reducir la angustia del cuidador y el impacto general en su salud y bienestar, además las intervenciones pueden ayudar a que el cuidador se vuelva más competente y seguro, también a dar una mejor atención al dependiente.

En 2018, Jütten y colaboradores se encargaron de evaluar la efectividad de las intervenciones psicosociales para cuidadores informales, de la sobrecarga, la depresión, la ansiedad, la calidad de vida y el estrés. Al final concluyeron que las intervenciones producen efectos significativos. En el caso de las intervenciones con cuidadores informales en México Hurtado Vega (2021), revisó la eficacia de algunas estrategias de intervención diseñadas para apoyar a los cuidadores así como revisión de las condiciones, circunstancias, necesidades e impactos psicosociales, mencionó que los objetivos de la intervención son que los cuidadores informales sean capaces de afirmarse en su propia identidad, y luego, se procuren mayor y mejor guarda a sí mismos.

El trabajo de Bo Fu y colaboradores (2022) con cuidadores de pacientes sobrevivientes de accidente cerebrovascular en la comunidad de Zhengzhou en China, tuvo como objetivo verificar la efectividad intervención, y encontrar los beneficios individuales, sociales, psicológicos y espirituales del cuidador así como cambios en la calidad de vida de los sobrevivientes de un accidente cerebrovascular. Al final el resultado fue que la intervención puede mejorar la calidad de vida de los cuidadores y los supervivientes, aumentar la búsqueda de beneficios de los cuidadores y reducir su carga.

Roberta Bevilacqua y colaboradores (2022), llevaron a cabo una intervención con cuidadores informales de personas mayores que padecen alzheimer en el Centro de Alzheimer del IRCCS INRCA de Ancona, Italia. Este trabajo duró 4 meses con 16 sesiones, el objetivo del trabajo fue analizar el impacto de dicha intervención al grupo de cuidadores informales, en cuanto a los resultados, se obtuvo que en el grupo hubo un buen manejo de la carga del cuidador y en las estrategias de afrontamiento lo que ayuda en la percepción del bienestar, la ansiedad y la depresión del cuidador.

En 2023, Sara Ubarte y Carmen Flores realizaron un trabajo de intervención con 15 cuidadores primarios que recibieron atención de enfermería y médica en estos últimos años en la Sala de Medicina del Hospital Aquilino Tejeira en Coclé, Panamá. El objetivo de dicha intervención fue obtener la estabilidad física y emocional de los cuidadores primarios; al finalizar el trabajo con lo cuidadores, se obtuvieron cambios sustanciales en el estilo de vida de los participantes, su semblante cambió totalmente de manera positiva, hubo mejoras en el arreglo personal, mejor estabilidad emocional, mejor expresión verbal y mejores relaciones sociales.

Yolotzin Cruz y colaboradores (2024) realizaron una intervención psicosocial con 12 cuidadores primarios de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles de la colonia San Miguel Teotongo, en la alcaldía Iztapalapa de la Ciudad de México e inscritos al Programa de Sistema Público de Cuidados de la Alcaldía Iztapalapa. Se tuvieron como objetivos explorar el efecto de una intervención remota sobre la ansiedad, depresión, sobrecarga del cuidador, estrés postraumático, apoyo social y percepción de salud. Al final se obtuvo que la ansiedad, estrés postraumático y sobrecarga del cuidador disminuyeron significativamente, además hubo mejoría significativa en la salud general, dolor corporal, salud mental.

2.1.4 Bases teóricas

2.1.5 Teoría Ecológica de Urie Bronfenbrenner.

Una teoría que explica el comportamiento social de acuerdo al entorno es la Teoría Ecológica de Urie Bronfenbrenner (1979), que consiste en un enfoque ambiental sobre el desarrollo del individuo a través de los diferentes ambientes en los que se desenvuelve y que influyen en el cambio y en su desarrollo cognitivo, moral y relacional. (Carneros., 2024).

El núcleo del individuo se ve rodeado de cuatro sistemas: el microsistema que se refiere a su entorno más cercano en que tiene relaciones directas, es decir familia, amigos y compañeros. El mesosistema se trata de la interconexión entre diferentes microsistemas; el exosistema son los contextos en los que el individuo no participa y el macrosistema abarca las influencias culturales, sociales, económicas y políticas (Carneros., 2024).

Tanto el cuidador como el dependiente atraviesan por cambios en algunos sistemas como el macrosistema, que hay una disminución en la participación de las actividades

culturales, políticas, recreativas y sociales por falta de tiempo, de movilidad o por la edad. En cuanto al microsistema, en el cual la relación con los familiares se ve afectada al recibir poco o ningún apoyo de otros miembros de la familia, además surgen diferencias respecto a cómo se maneja el cuidado del dependiente.

2.1.6 Teoría polivagal

La teoría polivagal de Porges (1995) explora las diferentes partes del sistema nervioso, en el cual existe el estado de seguridad (tranquilidad y calma), el estado de lucha o huida (estrés, ansiedad o irritabilidad) y el estado de congelación o de colapso (rigidez corporal, desmayo y vergüenza). El sistema nervioso se centra en la función del nervio vago que es clave en la regulación de las respuestas fisiológicas frente al estrés y a la amenaza, así como los desafíos respecto al bienestar y salud mental, además, cuando el nervio vago funciona correctamente, el estrés y la ansiedad están bajo control, por lo que se está en un estado de calma y relajación.

Los cuidadores experimentan diversas respuestas fisiológicas, debido al estrés, ansiedad y la sobrecarga del cuidado, así como la depresión, por lo que estas respuestas traen cambios en el ritmo cardíaco, la respiración, sudoración, y otros síntomas físicos. Los cuidadores se encuentran en situaciones tensas y la mayor parte del tiempo no se encuentran en una situación de seguridad o calma por la preocupación que tienen sobre el dependiente que se encuentra en estado delicado.

2.1.7 El Modelo Transteórico del Cambio (MTT)

Modelo Transteórico del Cambio de James Prochaska y Carlo DiClemente (1982)

sostiene que el cambio de comportamiento es un proceso intencional de cambio que describe cómo una persona u organización integra nuevos comportamientos y objetivos, además puede aplicarse a diversos comportamientos, poblaciones y entornos. El cambio se desarrolla con el tiempo y sucede a través de una serie de etapas: a)pre contemplación: no es consciente de tener un problema por lo que no hay intención de modificar el comportamiento; b)contemplación: se reconoce el problema y se tiene la intención de modificar el comportamiento; c)prepareación: se tomó la decisión de hacer el cambio y se comienza a planificar los objetivos que se quieren conseguir; c) acción: se pone en práctica lo planeado, pero aun no es estable; d) mantenimiento: se lograron los cambios iniciales y las personas se sienten más seguras de su capacidad para mantener los cambios positivos en su estilo de vida.

Para los cuidadores el iniciar un cambio para su bienestar y salud puede ser algo difícil al principio porque no están acostumbrados, además no se percibían como cuidadores y mucho menos conocían que tienen problemas por la sobrecarga, por lo que la intervención psicosocial forma parte del proceso de cambio.

2.1.8 Cuidador informal:

De acuerdo con Amet Salazar (2022), los cuidadores informales son aquellos que brindan todo tipo de apoyo que les sea posible a un paciente con discapacidad o dependiente, tienen una conexión emocional, pueden ser personas que pertenecen a los familiares y ellos soportan una carga física, psicológica y económica.

2.1.9 Sobrecarga del cuidador:

La sobrecarga del cuidador (SC), es el síndrome que tiene una persona que funge como cuidador principal de una persona dependiente y se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico” (Carrasco & Born, 2021).

2.1.10 Estrés:

El estrés según (Shawn, 2022), es la respuesta fisiológica y psicológica ante los cambios del entorno, las glándulas suprarrenales liberan cortisol (hormona del estrés) y al tener niveles altos de cortisol puede generar problemas fisiológicos como problemas para dormir, debilitamiento del sistema inmune, retención de líquidos, dolores de cabeza y resistencia a la insulina.

2.1.11 Ansiedad:

“La ansiedad es un mecanismo de defensa del cuerpo cuyo propósito es dar solución a una situación amenazante, esto se presenta desde la infancia para afrontar situaciones de peligro” (Sánchez Romero et al., 2024). Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría quinta edición (DSM-5, 2013) existen varios tipos de trastornos de ansiedad.

2.1.12 Depresión

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría quinta edición (DSM-5, 2013), la depresión es un síndrome en el que se tiene pérdida del placer o interés; se pierde o se gana peso; insomnio o hipersomnia; falta de energía; dificultad para tomar decisiones y sentimientos de culpa y autorreproche.

2.1.13 Bienestar Psicológico

El bienestar psicológico se conoce como el amplio conjunto de factores que incluyen las reacciones emocionales de las personas así como el entendimiento sobre la satisfacción personal (Márquez Rosa & González Boto, 2013).

2.1.14 Apoyo social

Apoyo Social hace referencia a los recursos emocionales y redes sociales con las que cuenta una persona, en cuidadores el apoyo social brinda satisfacción y en situaciones difíciles es un gran recurso, brinda bienestar físico, psicológico, social y espiritual (Puerto Pedraza & Carrillo González, 2015).

La Psicología Social Comunitaria ofrece un marco valioso para comprender cómo las dinámicas sociales y comunitarias influyen en el bienestar de los cuidadores informales. Esta disciplina se enfoca en estudiar cómo las interacciones sociales y el contexto comunitario afectan a los individuos, y cómo, a través de la intervención, se pueden mejorar las condiciones de vida de las personas.

Yela y Calderón (2017) destacan que la intervención comunitaria dirigida a los cuidadores informales debe centrarse en aspectos clave como la participación social, la promoción de la igualdad y el fortalecimiento de la red de apoyo social. La participación en comunidades y el apoyo mutuo son esenciales para mejorar la salud mental de los cuidadores, que muchas veces se encuentran aislados en su rol.

Un ejemplo claro de intervención exitosa es el trabajo realizado por el Hospital Aquilino Tejeira y la Universidad de Panamá (2023), que implementaron programas para

mejorar el bienestar de los cuidadores informales. Los resultados mostraron que los cuidadores informales que participaron en estos programas experimentaron una mejora notable en su bienestar emocional, en su capacidad de comunicación y en sus relaciones sociales. Esta intervención muestra que la ayuda social y emocional puede ser crucial para mitigar los efectos negativos del cuidado informal.

3. El Impacto del Bienestar Psicológico del Cuidador en la Persona Dependiente

La relación entre el cuidador y la persona que recibe el cuidado es fundamental, no solo para la salud del cuidador, sino también para el bienestar de la persona dependiente. Cuando los cuidadores experimentan altos niveles de estrés, ansiedad o depresión, este malestar emocional se refleja en la calidad del cuidado proporcionado, lo que a su vez puede afectar negativamente a los dependientes.

Hwang y Kim (2023) han demostrado que los cuidadores que perciben su rol como estresante y experimentan una carga emocional significativa tienden a generar efectos negativos en los dependientes, quienes son más propensos a experimentar depresión y angustia. Este vínculo subraya la importancia de mantener un equilibrio en la salud emocional de los cuidadores, para evitar que los efectos negativos del cuidado se transmitan a las personas dependientes.

De acuerdo con Ruíz-Robledillo y Moya-Albiol (2012), un cuidador sobrecargado puede experimentar una disminución en su salud mental y física. Por lo tanto, es crucial que los cuidadores desarrollen mecanismos de afrontamiento, tales como la búsqueda de apoyo social y el uso de estrategias de autocuidado. Estas estrategias no solo permiten que los

cuidadores gestionen el estrés, sino que también les ayudan a fortalecer su resiliencia y capacidad de adaptación frente a las demandas del cuidado.

3.1 Políticas Públicas en México: Reconocimiento y Apoyo a los Cuidadores Informales

En México, las políticas públicas relacionadas con el cuidado informal aún son limitadas, aunque ha habido avances en reconocer el cuidado como un derecho humano. La Ley Constitucional de Derechos Humanos y sus Garantías establece el derecho al cuidado en su artículo 56, lo que representa un paso importante hacia el reconocimiento formal de este derecho. Sin embargo, a pesar de este marco legal, las políticas públicas para apoyar a los cuidadores informales siguen siendo insuficientes y carecen de un enfoque integral.

Diversos estudios han señalado la necesidad de implementar políticas públicas que apoyen directamente a los cuidadores informales. González y Rodríguez (2020) proponen varias iniciativas para mejorar la situación de estos cuidadores, entre ellas: la formación y capacitación en cuidados especializados, el apoyo financiero para aquellos que abandonan o reducen su trabajo remunerado, y el establecimiento de programas de apoyo psicológico para manejar el estrés asociado con el cuidado.

Una de las propuestas más relevantes es la creación de un sistema de licencias laborales remuneradas para cuidadores informales, lo que permitiría a los cuidadores equilibrar su vida laboral y las exigencias del cuidado. Además, se sugiere que el sistema de salud y bienestar incluya más servicios de apoyo psicológico y asistencia a los cuidadores, lo que podría mejorar significativamente su calidad de vida.

4. Desafíos Económicos y de Género en el Cuidado Informal

Uno de los principales problemas que enfrentan los cuidadores informales en México es la carga económica. En muchos casos, los cuidadores deben abandonar su empleo o reducir sus horas laborales para poder cumplir con sus responsabilidades de cuidado, lo que genera una mayor vulnerabilidad económica, especialmente para las mujeres.

Según la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENASIC, 2023), las mujeres son las principales responsables del cuidado informal, lo que refuerza las desigualdades de género en las responsabilidades de cuidado. Nueve de cada diez personas que dejan el mercado laboral para cuidar a familiares son mujeres, y casi la mitad de las mujeres cuidadoras principales no tiene empleo o no tiene tiempo para buscarlo.

Además, la falta de apoyo institucional para las trabajadoras de cuidados ha agravado esta situación, ya que estas mujeres, en su mayoría, no reciben ningún tipo de compensación por el trabajo no remunerado que realizan.

4.1 El Sistema Integral de Cuidados y el Reconocimiento del Trabajo del Cuidador

La Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México (2023) ha propuesto el establecimiento de un Sistema Integral de Cuidados que garantice el derecho al cuidado para todas las personas, promoviendo una distribución más equitativa de las tareas de cuidado, que tradicionalmente han recaído sobre las mujeres. La implementación de este sistema implicaría

la creación de servicios formales de cuidado y una redistribución del trabajo de cuidado entre el Estado, el mercado y las familias.

Para muchos académicos, como Vaquiro Rodríguez y Stiepovich Bertoni (2010), es fundamental reconocer el cuidado informal como una actividad económica válida. Esto permitiría que el trabajo de los cuidadores informales fuera reconocido y compensado adecuadamente, lo que reduciría la carga económica y emocional que enfrentan, sobre todo aquellas personas de bajos recursos que asumen la responsabilidad del cuidado de familiares dependientes.

4.1.1 Programas Sociales Locales en la Ciudad de México

A nivel local, algunos programas han sido implementados para apoyar a los cuidadores informales. La alcaldía de Iztapalapa, por ejemplo, lanzó en 2021 el programa “Sistema Público de Cuidados”, el cual ofrece un apoyo mensual de \$1,000.00 MXN a las personas cuidadoras de personas dependientes. Este tipo de iniciativas demuestra cómo las políticas locales pueden tener un impacto directo en la mejora de las condiciones de vida de los cuidadores.

Además, la alcaldía Cuauhtémoc ha creado la "Tarjeta Violeta", que ofrece un apoyo económico a mujeres cuidadoras de personas dependientes. Este tipo de programas, aunque valiosos, son insuficientes y deben ampliarse a nivel nacional para ofrecer un verdadero apoyo integral a los cuidadores informales.

4.1.2 Desafíos y propuestas a futuro

El principal desafío que enfrentan los cuidadores informales en México sigue siendo la falta de un marco legal y político que reconozca formalmente su trabajo. La falta de datos oficiales sobre la cantidad exacta de cuidadores informales en el país dificulta la creación de políticas focalizadas y efectivas. Además, la resistencia al cambio en las estructuras burocráticas y gubernamentales sigue siendo un obstáculo para lograr avances significativos.

Es fundamental avanzar hacia un modelo de corresponsabilidad social, donde el Estado, el mercado, la comunidad y las familias compartan de manera equitativa las responsabilidades del cuidado. Se requiere una "desfamiliarización" del cuidado, donde el Estado y el mercado asuman una parte significativa del trabajo de cuidado, como sugieren diversos estudios sobre el tema (Villa Sánchez, 2019).

Aunque se han logrado algunos avances, es urgente continuar desarrollando políticas públicas que reconozcan y apoyen de manera integral a los cuidadores informales, considerando tanto su bienestar como el de las personas que cuidan.

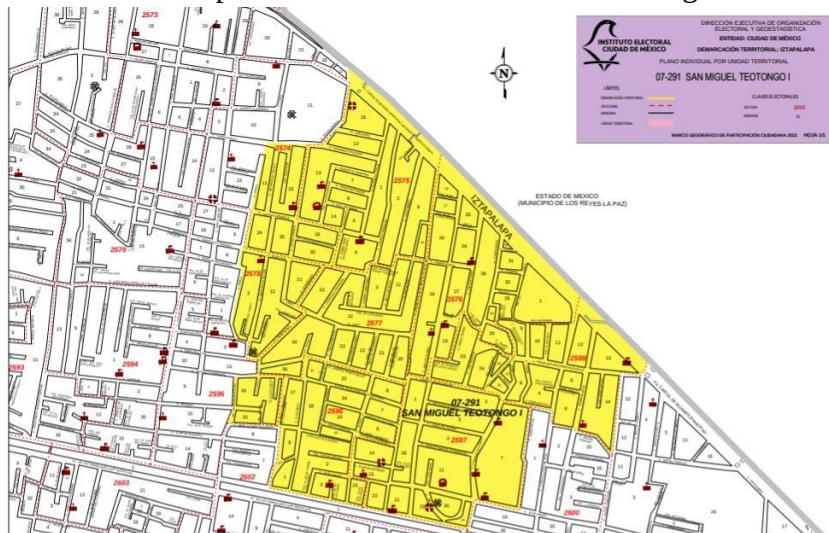
5 Contexto.

5.1 Escenario

Como escenario de intervención comunitaria con cuidadores primarios se consideró la colonia San Miguel Teotongo de la alcaldía Iztapalapa de la Ciudad de México. (Figura 1)

Figura 1

Plano individual por unidad territorial 07-291 San Miguel Teotongo I.



Nota: Esta figura muestra la demarcación territorial de la Colonia San Miguel Teotongo, Iztapalapa Ciudad de México. Tomado de (Instituto Nacional Electoral, 2022).

San Miguel Teotongo es una colonia ubicada al oriente de la Ciudad de México, en la Sierra de Santa Catarina, dentro de la alcaldía Iztapalapa, es una comunidad que surgió a mediados del siglo XX (1971) donde su crecimiento fue producto de luchas sociales y organización comunitaria esto por familias organizados provenientes principalmente del estado de Oaxaca y otras regiones del país, quienes buscaban una vivienda propia en la capital.

Desde sus inicios, los habitantes enfrentaron la represión y la falta de servicios básicos, pero se organizaron a través de comités de vecinos para defender su derecho a la tierra y consolidar la colonia, donde El nombre "Teotongo" proviene del mixteco y significa “en el lugar de los dioses”.

El crecimiento de San Miguel Teotongo fue producto de la organización comunitaria.

Fueron los propios habitantes quienes trazaron las calles, instalaron servicios básicos de manera provisional como el agua y la electricidad, y con el tiempo lograron su formalización. Su localización en una zona montañosa complicó la edificación de casas e infraestructura, esto a su vez provocó dificultades de acceso, transporte y riesgos por deslaves. Por otra parte con el paso de los años, se han llevado a cabo la construcción de infraestructuras en beneficio de los habitantes de la colonia como lo son las escuelas, TecNM Campus Iztapalapa III, centros de salud, comedores comunitarios, el museo comunitario, parques ecológicos, parques acuáticos, utopía por mencionar algunos además que se se ha incorporado el sistema de transporte público Cablebus perteneciente a la línea 2, que va desde metro constitución de 1917 a metro Santa Marta.

Sin duda la colonia ha sido un ejemplo de resistencia urbana, autogestión y participación de los vecinos. También ha sido espacio de lucha por el derecho a la ciudad, participando en movimientos más amplios por el acceso a vivienda y servicios en beneficio de la comunidad y sus colindantes.

6 Objetivos

6.1 Objetivo general

Se plantea que el acompañamiento psicosocial tenga un impacto positivo a mediano y largo plazo en la calidad de vida, así como en el bienestar físico y emocional y social de las y los CPI y por consiguiente de sus personas dependientes en la comunidad de San Miguel Teotongo, partiendo de la idea que el cuidado comienza desde lo individual hacía lo exterior.

6.2 Objetivos específicos

- *Desarrollar la formación del Psicólogo Social en las intervenciones psicosociales, además de fomentar la reflexión crítica sobre los roles sociales y éticos del mismo.*
- *Diseño e implementación de herramientas: instrumentos, explicación clara de temas, tomas de temperatura, escucha activa, técnicas de relajación, técnica del pendulo, EEA (Escritura Emocional Autoreflexiva), Gimnasia Cerebral etc...*
- *Mediante el acompañamiento psicosocial identificar las diferentes necesidades y situaciones que los CPI enfrentan en lo individual y en conjunto con su dependiente.*
- *Mediante la identificación de las necesidades de cada participante brindar temas acorde a la situación identificada en la sesión previa.*
- *Que los CPI tengan las herramientas que los ayuden a identificar la importancia que tiene su labor y sus necesidades individuales*
- *Definir la importancia que tiene el autocuidado y fomentar el mismo en el día a día de los CPI*

7. Metodología

7.1 Planteamiento del problema

La labor que hacen los cuidadores primarios es vista como un deber se conoce que a nivel mundial los cuidadores informales tienen un 20 % más de probabilidades de experimentar problemas de salud mental (OMS, 2024). Según los datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2024) en América Latina y el Caribe, cerca del 14,4% de la población de 65 años o más se encuentra en situación de dependencia de cuidados. Por otro lado, más del 30% de los cuidadores no remunerados y el 19% de los remunerados reportaron síntomas de depresión (Fabiani et al., 2021).

De acuerdo a la Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC) 2022, en México, 31.7 millones de personas de 15 años y más cuidaron a alguien de su hogar o de otros hogares. Con respecto a los riesgos de salud mental, se encuentran el estrés, la ansiedad generalizada, ansiedad por la salud y depresión (Salcedo Gómez et al., 2022). A nivel Ciudad de México la ansiedad, la depresión y la sobrecarga son problemas de salud mental presentes en los cuidadores primarios informales (Ángeles Basilio et al., 2022).

En tal sentido la Alcaldía Iztapalapa y particularmente en San Miguel Teotongo no está exenta del problema sobrecarga, estrés y ansiedad en cuidadores primarios informales. Una de las razones por las que se convierten en cuidadores es porque están motivadas por el amor y el compromiso con la persona que cuidan, ya que pueden ser familiar o amigo del dependiente, además no tienen estabilidad económica para pagarle a un profesional para ejercer el cuidado del dependiente o no cuentan con algún apoyo institucional.

Las consecuencias que experimentan los cuidadores primarios son cansancio físico, irritabilidad, falta de sueño y falta de tiempo para el autocuidado. Para este problema es

necesario promover el bienestar del cuidador y brindar apoyo emocional para la mejoría de las condiciones de vida del cuidador.

7.2 Justificación

El presente trabajo con cuidadores primarios informales (CPI) surge debido al impacto y a los cambios que hay en la vida de los cuidadores por atender y cuidar a su dependiente. La labor que hacen los cuidadores es parte de su diario vivir y es importante recalcar que ellos no se perciben cómo cuidadores sino como un familiar responsable de alguien, la atención que dan es visto como un deber debido a los vínculos afectivos que comparten con el dependiente.

En algunos casos no cuentan con el apoyo de otros familiares o amistades en la labor de cuidados y hacen lo mejor que pueden de acuerdo a sus posibilidades, la atención que hace el cuidador hacia el dependiente en ocasiones es criticada por otros miembros familiares o conocidos lo que genera aún más peso emocional.

Este proyecto de intervención está encaminado a trabajar el acompañamiento psicosocial con los cuidadores primarios debido a la crisis de sobrecarga, estrés y ansiedad que experimentan a diario. También el ambiente en el que se encuentra el cuidador forma parte de su estilo de vida y puede determinar su desempeño en distintas áreas.

Actualmente los cuidadores necesitan una atención que les pueda brindar herramientas que les ayuden a las prácticas de cuidarse y tener un cambio significativo no sólo para ellos mismos sino también para el dependiente y su familia. Además, al no tener una capacitación o formación profesional de cuidados suelen tener percances y/o situaciones que pueden afectar su autoestima.

Lo que permitirá ver este trabajo de intervención es que cambios han desarrollado los cuidadores con respecto a su propio bienestar incluso en la relación que tiene con su

dependiente, también se podrá ver si tiene cambios en sus relaciones sociales, regulación emocional y salud.

7.3 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las repercusiones en la calidad de vida del cuidador primario informal al desempeñar las demandas del dependiente y que cambios se observan en su vida al finalizar la intervención?

7.4 Diseño

El presente trabajo de intervención comunitaria con cuidadores primarios estará bajo el diseño mixto (cualitativo y cuantitativo), a fin de tener una mejor comprensión durante el periodo de intervención.

La presente intervención consta de 3 etapas de 11 semanas cada una donde las primeras dos servirán, n para trabajar de manera individual con cada participante con una duración de 50 minutos por sesión aproximadamente y específicamente los días miércoles, esto para que en la última etapa o etapa 3 se tuviera la oportunidad de trabajar ahora de manera grupal con todos los participantes.

Aunado a ello, en esta ocasión la intervención se dividió en tres grupos (unión de colonos, utopía y carpa/museo) este último donde tuvimos participación nosotros Diada No.8

En carpa/ museo estuvimos adscritas 10 diadas, donde a cada una de ellas al inicio de la intervención se les asignaron ciertas manzanas de la colonia San Miguel Teotongo, esto con la finalidad de poder encontrar participantes que se mostraron interesadas o interesados en participar en el proyecto, con las especificaciones que se mencionan en el siguiente punto.

Para hacer el análisis cualitativo se usó la Teoría Fundamentada de Glaser y Strauss, desarrollada en 1967. Esta metodología ayuda a entender lo subjetivo, es decir, permite ir más allá de lo que se ve a simple vista y conocer cómo las personas interpretan su entorno y sus relaciones con los demás. Apoyado por la Escritura Emocional Autorreflexiva (Etapa 2) además de los análisis de las bitácoras que se realizan posterior a la sesiones (Etapa 1, 2 y 3) para el análisis de estos instrumentos se hizo uso del programa Atlas. Ti, el cual permite identificar y codificar los pensamientos, actividades, actitudes y demás de los participantes, este programa permitió crear una red de semejanzas entre lo que dice y hace, logrando encontrar cierta correlación en sus acciones.

Los instrumentos aplicados en los análisis cualitativos y la información obtenida fue analizada con los programas estadísticos Jamovi y Past en su versión 5.0.2 . Gracias a este análisis, se pudieron obtener datos numéricos que reflejan la situación individual de los participantes facilitando una visión más clara y objetiva del contexto.

El poder dividirnos en tres grupos dio la oportunidad de una intervención mucho más amplia, por un lado los grupos (unión de colonos y utopía) daban seguimiento a los grupos que se habían formado en años anteriores, además de incluir a nuevas/os participantes, por otro lado en museo/carpa nos dimos a la tarea cada diada de trabajar con por lo menos cuatro personas de manera individual para posteriormente en la etapa 3 formar una red grupal.

7.5 Población

La población es “un conjunto de todos los elementos que estamos estudiando acerca de los cuales intentamos sacar conclusiones” (Levin & Rubin, 1996).

Se consideraron participantes que fueran cuidadores primarios de dependientes con padecimientos crónicos, discapacidad, adultos mayores y que fueran residentes de la colonia San Miguel Teotongo, Iztapalapa, Ciudad de México. En el proyecto iniciaron 51 CPI de ambos sexos de los cuales 32 terminaron el programa; el 84,38% fueron mujeres, mientras que el 15,63% eran hombres, con una media de 57 años. Con respecto a la escolaridad encontramos que 50,00% cuentan con nivel básico, el 34,38% nivel medio superior, con nivel superior tenemos un 3,13% mientras que el 12,50% no tiene escolaridad.

7.5.1 Participantes

CPI 1

El primer participante es un varón de 75 años, casado y tiene tres hijos, dos varones y una mujer, el participante padece de hipertensión, pre-diabetes, lo operaron de la próstata y tiene lesiones en las rodillas, en la rodilla izquierda no produce líquido sinovial y en la rodilla izquierda tiene fractura. En su domicilio viven cinco personas; él, su esposa, su hijo, su nuera y su nieta. En cuanto a sus estudios concluyó el nivel superior, como ingresos tiene su pensión, y cuenta con el apoyo “*Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores*”, cuenta un negocio de venta de carbón y los fines de semana venden carnitas.

CPI 2

La segunda participante es una mujer casada de 82 años y se dedica al hogar, ella padece de hipertensión, colesterol alto, pre-diabetes y tiene una lesión en el brazo izquierdo,

también desde hace seis años se dedica a cuidar de su esposo de 87 años que padece Parkinson, problemas del corazón, diabetes, tiene dificultades para moverse , necesita de un tanque de oxígeno, padece de ceguera y problemas de audición. Ella y su esposo tuvieron cuatro hijos; tres varones y una mujer, en su hogar habitan cuatro personas; ella, su esposo, su hijo y su nuera. El ingreso con el que se sustentan proviene de la pensión tanto de ella como la de su marido, y del programa “*Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores*”, comenta que su marido tiene que tomar muchos medicamentos y tienen dificultades para moverse , necesita de un tanque de oxígeno, padece de ceguera y problemas de audición.

CPI3

La tercera participante es una mujer ama de casa de 70 años y padece de hipoacusia, colitis nerviosa y dolor de huesos, además desde hace dos años cuida a su esposo de 81 años que padece diabetes, hipertensión e incontinencia. Ella estudió hasta el sexto año de primaria y el sustento económico en el hogar de la señora es la pensión de su esposo y el apoyo del programa “*Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores*” hay ocasiones en que sus hijos la apoyan con algunos gastos de la casa como la luz y el agua. La señora y su esposo tuvieron seis hijos; cuatro varones y dos mujeres y en su casa viven diez personas.

CPI 4

La cuarta participante es una mujer de 67 años padece de hipertiroidismo desde hace diecinueve años y tiene fractura de columna, ella se dedica al hogar y con su esposo tuvo tres hijos, dos varones y una mujer, es su domicilio viven cinco personas; ella, su esposo, su hijo, su nuera y su nieta, también la señora siempre está al pendiente de su esposo que tiene hipertensión, tiene lesiones en las rodillas. En cuanto a sus estudios únicamente estudió la primaria, como ingresos tiene la pensión de su esposo, el apoyo “*Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores*”, tienen un negocio de venta de carbón y los fines de semana venden carnitas, ella es la que administra el dinero en su hogar.

7.6 Muestra

7.6.1 Participantes

7.6.1.1 Etapa 1

Para poder conseguir a nuestra muestra - participantes, como se mencionó con anterioridad, teníamos la indicación de ir casa por casa, esto con la delimitación de las calles que se nos asignaron buscando a personas interesadas en participar en el proyecto.

Se nos dio el día 17 de julio como el día en el que debíamos tener ese primer acercamiento en búsqueda de participantes, pero debido a las dificultades que se presentaban a la hora de poder conseguir quienes estuvieran interesadas/os , nos brindaron el 24 de julio (ambos fechas en día miércoles) para poder conseguir el rango de los 4 CPI que se requerían para cada diada. En nuestro primer acercamiento logramos que se unieran 5 CPI, a quienes los denominaremos CP1, CPI2, CPI 3, CPI 4 Y CPI 5.

Desafortunadamente para el día 27 de julio, día en que comenzaban las sesiones individuales en domicilio, dos de ellas (CPI 4 Y CPI 5) por cuestiones personales no pudieron continuar en el programa, quedándonos solamente con tres.

Se nos brindó el contacto de una participante interesada en el proyecto, que se encontraba fuera del rango de calles asignadas. Al no haber impedimento por salir de las calles asignadas pudimos integrar a nuestra última participante.

7.6.1.2 Etapa 2

En la etapa 2, tuvimos la fortuna de seguir contando con nuestras/os cuatro CPI. En esta etapa la intervención se centró en recopilar en su mayoría datos cualitativos y algunos cuantitativos que completarán aspectos a recabar en esta fase , esto mediante las Escrituras Emocionales Autorreflexivas (EEA), a su vez continuando con las técnicas de relajación, de atención plena y sumamos la gimnasia cerebral.

7.7 Instrumentos y materiales

En toda investigación, proyecto e intervención los instrumentos son herramientas específicas que se utilizan para recopilar y analizar información en el proceso de investigación fichas de cotejo, cuestionarios, escalas de medición, fichas de entrevistas estructuradas, pruebas estandarizadas, entre otros (Medina, 2023).

El instrumento para esta intervención es la *Escala de sobrecarga de Zarit* (1980), este instrumento fue construido para evaluar la sobrecarga subjetiva de los cuidadores. La escala contiene 22 ítems y cada respuesta de 1 a 5, cuyo resultado es entre 22 y 110 puntos; con un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.88. Validada en población mexicana por (Montero Pardo et al., 2014). El resultado clasifica al cuidador en: ausencia de sobrecarga (≤ 46). Sobrecarga ligera (47-55) y sobrecarga intensa (≥ 56). El estado de sobrecarga ligera se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga intensa. El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbilidad del cuidador (Fernández García, 2021).

Se trabajó con la *Escala de Bienestar Subjetivo (EBS-8)* de Calleja y Mason (2020), es una escala de ocho reactivos que mide satisfacción con la vida y afecto positivo; la dimensión emocional está conformada por afectos positivos con seis posibles respuestas en una escala asimétrica tipo Likert que se clasifican en totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo; cuenta con la confiabilidad alfa de Cronbach de 0.80.

La Escala de Salud Auto percibida (SPHS) diseñada y desarrollada por Lorena Ishel Tinajero Chávez y colaboradores, esta escala se refiere a una valoración subjetiva, cuenta con la confiabilidad alfa de Cronbach entre 0.71 y 0.80; es una evaluación individual del estado de salud personal, física y psicológica y el mantenimiento de un estilo de vida saludable. Las opciones de respuesta se muestran en una escala asimétrica tipo Likert; y se dividen en totalmente desacuerdo a absolutamente de acuerdo (Tinajero, et al. 2023).

En cuanto a la *Escala de Apoyo Social (MSPSS)* de Zimet y colaboradores en 1988; la escala mide la autopercepción que tiene la persona acerca del apoyo que recibe por parte de

su familia, amigos y una persona especial o significativa. Tiene validación en México por (Santos Vega et al., 2021). Las opciones de respuesta están clasificadas en cuatro opciones de respuesta de tipo Likert (nunca = 1, pocas veces = 2, casi siempre = 3 y siempre = 4). En cuanto a las puntuaciones si se encuentra entre 1,2 y 9 se considera como un apoyo bajo; una puntuación de 3 a 5 se considera un apoyo moderado; una puntuación de 5,1 a 7 podría considerarse como un apoyo alto. La escala tiene la confiabilidad alfa de Cronbach de 0.86.

La *Escala de Ansiedad (GAD-7)* fue publicada por Robert L. y colaboradores (2006). Consta con 7 ítems con puntajes mínimos entre 0 y 3, como máximos están entre 0 y 21; en cuanto a la interpretación de 0 a 4 puntos no se percibe ansiedad; de 5 a puntos presentan síntomas de ansiedad leves; de 10 a 14 puntos hay síntomas de ansiedad moderados; de 15 a 21 síntomas de ansiedad severos. La escala tiene la confiabilidad alfa de Cronbach de 0.92. Validada en población mexicana por (Gaitán Rossi et al., 2020).

También se trabajó con la *Escala de Soledad de 3 ítems* es un instrumento desarrollado por la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA) en 1970, en 2004 fue modificada y hasta ahora contiene tres ítems. La escala mide la conexión relacional, la conexión social y el aislamiento autopercebido; cada ítem cuenta con tres posibles respuestas: Casi nunca / Algunas veces / A menudo, los puntos oscilan entre 1 y 9.

El *Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9)* elaborado por el doctor Robert L. y colaboradores (1999), es un instrumento estructurado de nueve ítems que mide la depresión conforme a los criterios del DSM-IV. La puntuación se encuentra entre 0 y 27, en cuanto a las interpretaciones de los resultados se entiende que de 1 a 4 puntos se considera que hay una

depresión mínima; de 5 a 9 puntos hay depresión leve; de 10 a 14 puntos hay depresión moderada; de 15 a 19 puntos hay depresión moderadamente grave; y finalmente de 20 a 27 puntos hay depresión grave. Cuenta con un alfa de Cronbach de 0.89 (Saldivia et al., 2019).

Se trabajó con la *Escala de Atención Plena (MAAS)*, que fue desarrollada por Kirk W. Brown y colaboradores (2003), este instrumento fue construido para evaluar la frecuencia de estados de atención plena en la vida cotidiana. Validada en población mexicana por (López Maya et al., 2015).

En cuanto a la *Escala de Afecto Positivo / Afecto Negativo (PANAS)* de Watson, y colaboradores en 1988; la escala mide el bienestar subjetivo de la experiencia emocional del afecto positivo (felicidad, alegría y plenitud) y el afecto negativo (tristeza, miedo y enojo) que tiene la persona. La escala cuenta con 20 ítems, diez de ellos para el afecto positivo y los otros diez restantes para evaluar afecto negativo; las opciones de respuesta están clasificadas en cinco opciones de respuesta de tipo Likert (nunca a siempre) y tiene la confiabilidad alfa de Cronbach de 0.92; validada en México por (Velasco Matus et al., 2022).

Se trabajó con la *Escala de Malestar Psicológico (K-10)* de Kessler y colaboradores en 2002; ésta escala mide los niveles de ansiedad (nerviosismo y agitación) depresión (fatiga y afecto negativo). El instrumento consta de 10 ítems con cinco posibles respuestas de tipo Likert y se dividen de nunca a siempre (1-5), la puntuación mínima es de 10 puntos y la máxima es de 50; cuenta con la confiabilidad alfa de Cronbach de 0.90 y fue validada en México por (Vargas Terrez et al., 2011).

También se trabajó con el Cuestionario *Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4)*, de Löwe y colaboradores (2010). Este instrumento consta de dos subescalas de 2 ítems, para la depresión (PHQ-2) y el Trastorno de ansiedad generalizada-2 (GAD-2) para la ansiedad. En cuanto a las opciones de respuesta están clasificadas en cinco opciones de respuesta de tipo Likert de 4 puntos que va de 0 (nada) a 3 (casi todos los días). Cuenta con una varianza explicada de 84% y una confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.82 a 0.90 y está validada para población general.

En cuanto al *Cuestionario de Apoyo Social de MOS* (Sherbourne y Stewart, 1991), se trata de una escala multidimensional que consta de 19 ítems. El instrumento evalúa cuatro dominios Apoyo social: Tangible (a conducta o material de apoyo); emocional/informativo (soporte emocional y recibir orientación y consejos); afectuoso (expresiones de amor y afecto); interacción social positiva (amigos y familiares). El instrumento consta de cinco posibles respuestas en una escala asimétrica tipo Likert que se clasifican en nunca a siempre y cuenta con la confiabilidad alfa de Cronbach de 0.97 y fue validada para la población mexicana por (Herrera Navarrete et al. 2023)

Se trabajó en la escala de *Estrés Percibido (PSS-4)* de Cohen y colaboradores en 1983; la escala mide el grado de estrés que sentían las personas en situaciones impredecibles, fuera de control y sobrecargadas. El instrumento consta de 4 ítems y las opciones de respuesta están clasificadas en cinco opciones de 0 a 4 (nunca a muy a menudo). La confiabilidad alfa de Cronbach fue de 0.72 y fue validada en la población mexicana por (Flores Torres et al. 2021).

Se usó un diagrama de redes llamado redograma a fin de que el participante identifique a las personas con las que tenga contacto, con aquellas que se sienta querido, cuidado, estimado y valorado; que pertenece a una red de comunicación y obligaciones mutuas (Coob, 1976).

Se usaron técnicas de relajación para reducir el estrés como respiración diafragmática, la técnica de respiración muscular pasiva y progresiva, imaginaria guiada y técnicas de Mindfulness o de atención plena. De acuerdo con el Instituto Politécnico Nacional (2022), la respiración diafragmática es una técnica de relajación que reduce el estrés en la que se usa el diafragma con el fin de mejorar el bienestar. Los beneficios de esta técnica son reducir el dolor, ayuda al ritmo cardíaco, reduce la ansiedad, reduce el estrés y la tensión muscular.

La relajación muscular progresiva es una técnica de Edmund Jacobson en 1929 que consiste en tensar y relajar de forma sucesiva dieciséis grupos musculares del cuerpo, disminuye el estrés, reduce la frecuencia cardíaca, ayuda a controlar los niveles de ansiedad y disminuye el dolor. En esta técnica se debe tensar con fuerza cada músculo durante 10 segundos y luego destensar repentinamente y tomar 5 segundos de descanso. (Bourne & Garano, 2019).

La técnica de relajación pasiva fue desarrollada por Schwartz y Haynes (1974) y en ella no se utilizan los ejercicios para tensar grupos musculares. Para ello la voz del terapeuta dirige la atención del cliente a todos los grupos musculares dando instrucciones de relajación e introduciendo referencias a sensaciones de peso y calor. Está especialmente indicada para

aquellas personas de edad avanzada o con problemas físicos que desaconsejan los ejercicios de tensión. (Ruiz Fernández et al., 2012)

La técnica de imaginería guiada es empleada en terapia y psicología del deporte con el fin de controlar los estados de ansiedad, la técnica consiste en que la persona visualice un escenario imaginario y debe seguir las indicaciones del terapeuta o facilitador, pueden ser situaciones ficticias pero vívidas, esta tiene una técnica de 3 minutos. (Carrillo, 2019).

Otra técnica empleada en la intervención es la meditación guiada, que forma parte de la técnica del mindfulness, es una herramienta en la que se indica cuando el participante tiene que realizar un ejercicio de meditación mientras es dirigido por el facilitador que se apoya en un guión estructurado (Tovar Garza et al., 2020).

Javier Di Franco (2024), explica que los orígenes del Mindfulness o atención plena se encuentran en el budismo y para esta religión el mindfulness es necesario para llegar a la iluminación y obtener una mejor conciencia de la mente y cuerpo. También menciona que el Mindfulness trae beneficios para la salud mental y física tales como reducción del estrés, mejor atención y concentración, disminuye la ansiedad y depresión.

También se utilizó la *Escritura Emocional Autorreflexiva (EEA)* para reducir el estrés en los participantes. Se han encontrado múltiples beneficios en la práctica de mindfulness, como bienestar psicológico, disminución de dolor crónico, alivio de síntomas de ansiedad y depresión, entre otros (Ruiz Fernández et al., 2012).

La Escritura Emocional Autorreflexiva consta de 4 ejercicios con instrucciones específicas. Ejercicio A: escribir sobre algún hecho de su vida (reciente o antiguo) considerado el más doloroso, esto utilizando la primera persona del singular (yo, mí, a mí, etc); ejercicio B: escribir sobre algún hecho de su vida reciente o antiguo considerado el más doloroso, evitando utilizar la primera persona del singular, ahora tendrá que utilizar la tercera persona (él, ella etc...); ejercicio C: escribir sobre algún hecho de su vida (reciente o antiguo) que considere el más doloroso, utilizando la primera persona del singular (yo, mí, a mí etc...) con el apoyo de una lista de palabras a fin de utilizar el mayor número de las que le acomoden a su propio escrito; ejercicio D: escribir sobre algún hecho de su propia vida (reciente o antiguo), utilizando la primera persona del singular (yo, mí, a mí etc...) una lista de palabras y frases que le ayuden a plantear alguna solución a la experiencia.

Como materiales para las nueve sesiones de intervención se ocuparon trípticos e infografías que fueron elaboradas por los propios facilitadores en donde se explica el tema de cada una de las sesiones, se prepararon pañuelos en caso de que el participante no pueda reprimir su llanto, también se contaron con termómetros para tomar las mediciones de temperatura central y periférica. Para el análisis de los datos obtenidos de las escalas se usó el Programa Jamovi versión 2.5 y Past4, versión 0.4. con un nivel de significancia de $\alpha \leq 0.05$. Se utilizó la prueba de correlación Spearman, y para los análisis de bitácoras y la Escritura Emocional Autorreflexiva se utilizó el programa Atlas ti versión 9.

7.8 Ubicación Temporal

Retomando la Intervención llevada a cabo (2024-2025) a cada día se le asignaron un par de manzanas en calles arriba de donde se encuentra la estación del cablebus de San Miguel Teotongo, en zonas que no se habían contemplado con anterioridad, a nosotros como

diada No. 8 se nos brindaron las calles, fresno y Silverio Pérez, en intersección con las calles principales Joselito Huerta y Dalia.



Nuestra CPI 3 se ubica en otra ubicación, lo cual hace que nos desplazamos unas cuantas calles para poder acudir a su domicilio.



8. Criterios

8.1 Inclusión

Para esta intervención se establecieron ciertos criterios de inclusión, se buscaron y escogieron personas que fueran cuidadores primarios informales, o que por el contrario practican su autocuidado, además también se estableció que los cuidadores sean residentes en la colonia San Miguel Teotongo.

8.1.1 Exclusión

Se establecieron criterios de exclusión, es decir, se descartaron a las personas que no desempeñan el rol de cuidadores informales, esto y que no sean residentes de la colonia San Miguel Teotongo.

8.2 Procedimiento

8.2.1 Primera etapa

Durante la primera visita que se hacían en los domicilios de las y él CPI, como se mencionó con anterioridad tocábamos a sus puertas y esperando el momento en que nos atendieran, se les comunicaba que éramos alumnos adscritos a la licenciatura en Psicología Social perteneciente a la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Iztapalapa, mencionamos que es un programa gratuito por parte de la universidad como parte de nuestra formación, además de que mencionamos el convenio que se tenía con la iglesia desde tiempo atrás.

Comenzando con las primeras sesiones en los domicilios de los CPI se les informaba sobre la confidencialidad de sus datos, estos únicamente serán usados con fines académicos.

Las sesiones se dividieron en el rapport, el tema de la sesión, la técnica de relajación y la despedida. Cada sesión tenía un tema en específico y a los CPI se les proporcionaba un tríptico o folleto para que pudieran estudiar y recordar el tema de la sesión.

Algunos de nuestros participantes tenían problemas para poder leer o comprender algunos temas que se proporcionaban en los trípticos, entonces acordamos como diada el simplificar temas, sea con más ilustraciones, palabras clave o con ejemplos que de acuerdo al transcurso de las sesiones identificábamos podían ser claros para ellas/os.

En la Tabla 1 y 2 se encuentran las nueve sesiones con los objetivos y con las técnicas que se usaron en la sesión.

Tabla 1 . Sesiones de la primera etapa con CPI

Sesión	Objetivos	Técnica aplicada
--------	-----------	------------------

1	● Obtener la evaluación de escalas psicométricas Evaluación de bienestar Psicosocial.	● Escucha activa ● Escalas de medición
2	● Obtener la evaluación de escalas psicométricas Evaluación de bienestar Psicosocial.	● Escucha activa ● Escalas de medición
3	● Dar a conocer el papel del cuidador y su importancia. ¿Cómo repercute el cuidado en la vida?	● Escucha activa ● Técnica de respiración diafragmática
4	● Reducir la	● Escucha activa

	tensión del cuerpo y generar bienestar.	• Técnica de respiración diafragmática .
5	• Que el cuidador aprenda a cómo organizar e invertir su tiempo en su diario vivir.	• Técnica de relajación muscular progresiva
6	• Dar a conocer la importancia de los límites, la dificultad de establecer límites y cómo lograr establecer límites efectivos	• Escucha activa • Imaginería guiada
7	• Que el cuidador aprenda a cómo pedir ayuda y apoyo para prevenir y aliviar la sobrecarga.	• Escucha activa • Comunicación asertiva • Imaginería guiada
8	• Que el cuidador primario conozca y aprenda sobre sus derechos	• Escucha activa • Comunicación asertiva • Imaginería guiada
9	• Encuentro grupal,	• Escucha activa • Comunicación asertiva • Imaginería guiada

8.2.3 Sesiones de la segunda etapa con CPI

En nuestra segunda etapa nos centramos en las actividades de las Escrituras Emocionales Autorreflexivas (EEA), y estas actividades se dividen en fases que nombraremos: Etapa A, etapa B, etapa C, etapa D y etapa E.

Para cada sesión se ocupaban materiales, en su mayoría hojas impresas que contenían las instrucciones, además de hojas blancas y bolígrafos que servían de apoyo para llevar a cabo los objetivos de las sesiones.

Ejercicio A: Los participantes tenían que escribir en una hoja de papel en blanco, un acontecimiento que ellas/os consideran el más doloroso de su vida, en la niñez, adolescencia, adultez, reciente o antiguo, todo ello usando la primera persona del singular : yo, a mi etc...

Ejercicio B: En esta actividad los participantes tenían que escribirnos sobre algún suceso doloroso en su vida, pero en esta ocasión usando la tercera persona: a él, a ella, etc...

Ejercicio C: En el ejercicio C, a los participantes se les proporcionaba una lista con palabras que ellos podían elegir a fin de que pudieran acomodarlas en su escrito, que al igual que en los ejercicios anteriores era sobre hechos dolorosos en su vida.

PALABRAS POSITIVAS	PALABRAS NEGATIVAS	PALABRAS DE CONEXIÓN
--------------------	--------------------	----------------------

AMOR	ODI	DESCUBRÍ QUE...
AFECTO	O	
FELICIDAD	FRACASO	
BIENESTAR	FEALDAD	AL FIN COMPRENDÍ
PAZ	INTRANQUILIDA	QUE...
ARMONIOSO	D INSOPORTABLE	
BONITO	DESTRUCTIVO	
SERENO	DESHONESTO	DESPUÉS DE TIEMPO...
VIGOROSO	TERRORÍFICO	ESTOY BUSCANDO... ESTOY
AMABLE	INTOLERABLE DAÑINO	CERCA DE ... SOSPECHO
SATISFACTORI	SUFRIMIENTO	QUE... PRESIENTO QUE...
O DISFRUTAR	QUEBRANTO	POR FIN ENCONTRÉ
		QUE...
		LA RAZÓN DE...
		AHORA SE...
		EL SENTIDO ES...
		AHORA ESTÁ MÁS
		CLARO.

Ejercicio D: En este último ejercicio se les dio la instrucción de que empleé la primera persona del singular (yo, mí, a mí, entre otras), pero en esta ocasión, además de disponer de una lista de palabras, se le proporcionarán enunciados que facilitaran la elaboración de una posible solución a la experiencia vivida.". La siguiente tabla muestra las palabras sugeridas para este último ejercicio.

PALABRAS POSITIVAS	PALABRAS NEGATIVAS	PALABRAS DE CONEXION

SATISFACCIÓN	TRISTEZA	ANALICÉ Y COMPRENDÍ QUE...
TRANQUILIDAD	DOLOR	
SINCERIDAD	ENOJO	
ALEGRIA GUSTO	PREOCUPACIÓN	HE APRENDIDO
PROVECHO	CORAJE	QUE... BUSCO LA
AMOR	TEMOR	SOLUCIÓN... AHORA SE
AGRADABLE	FRUSTRACIÓN	QUE DEBO...
SUPERACIÓN	DESAGRADABLE	ENCONTRÉ LA
ALIVIO	ODIO	SOLUCIÓN QUE...
FELICIDAD	MIEDO	
CONTENTO	DESESPERACIÓN	
	DECEPCIÓN	NO SIEMPRE SE
		QUE... ACEPTO QUE...
		LO QUE OCURRIÓ
		ME HA...

		<i>AHORA ESPERO</i> <i>QUE... AHORA NUNCA</i> <i>ME...</i> <i>VEO LO QUE</i> <i>OCURRIÓ COMO...</i> <i>AHORA ME SIENTO...</i>
--	--	---

A continuación se muestran enlistadas las actividades que se llevaron a cabo en esta segunda etapa:

Sesión	Objetivos	Técnica aplicada
--------	-----------	------------------

1	● Obtener la evaluación de escalas psicométricas ● Que el cuidador	● Escalas de medición ● Técnicas
---	---	---

	entienda la controlabilidad.	ca del péndulo ● Escucha activa
2	● Obtener la evaluación de escalas psicométricas	● Activación física ● Escucha activa ● Escalas de medición
3	● Obtener la evaluación de escalas psicométricas ● Que el participante aprenda sobre el duelo	● Activación física ● Respiración con Atención Plena (RAP)

4	• Que el participante escriba sobre algún evento doloroso • Que el participante aprenda sobre cómo regular sus emociones	• Activa ción física • Escritura Emocional Autorreflexiva (EEA) • Respiración con Atención Plena (RAP)
5	• Que el participante escriba sobre algún evento doloroso en tercera persona	• Activa ción física • Escritura Emocional Autorreflexiva (EEA) • Respiración con Atención Plena (RAP) • Escucha activa

6	• Que el participante escriba sobre algún evento doloroso. • Que el participante aprenda sobre el autocuidado	• Activación física • Escritura Emocional Autorreflexiva (EEA) • Imagenoría guiada • Escucha activa
7	• Que el participante escriba sobre algún evento doloroso. • Reducir la tensión del	• Activación física • Escritura Emocional Autorreflexiva (EEA)
	cuerpo y generar bienestar.	• Respiración con Atención Plena (RAP)

8	● Obtener la evaluación de escalas psicométricas	● Activación física ● Escalas de medición ● Respiración con Atención Plena (RAP)
9	● Retroalimentación de todo lo que se vio en las sesiones con los cuidadores. ● Convivencia entre los cuidadores	● Actividad de integración ● Activación física ● Compasión por uno mismo y por los demás.

8.2.3 Sesiones de la tercera etapa con CPI

En la tercera etapa de intervención las sesiones fueron grupales y el lugar designado para las reuniones fue el Museo Comunitario San Miguel Teotongo, las sesiones con los cuidadores fueron de 90 minutos aproximadamente, y estas se dividían en bienvenida, activación física, el tema de la sesión, la técnica de relajación y el cierre. Cada sesión tenía un tema en específico y a los CPI se les proporcionaba material para que pudieran estudiar y recordar el tema de la sesión.

Tabla 3 . Sesiones grupales con CPI

Sesión	Objetivos	Técnica aplicada
1	● Obtener la evaluación de escalas psicométricas ● Que los integrantes del grupo se conozcan mejor y creen un ambiente de confianza.	● Activación física ● Escalas de medición ● Técnica de relajación
2	● Que cada participante aprenda a reconocer las emociones que perciben ● Fomenta el diálogo sobre cómo cada persona experimenta las emociones	● Activación física ● Musicoterapia ● Escucha activa ● Técnica de relajación
3	● Que los participantes	● Activación

	identifiquen sus emociones, comprendan el proceso de la ira y adquieran estrategias para gestionarla	física • Musicoterapia activa • Escucha • Técnica de relajación
4	• Concientizar sobre la manera de comunicarse sin agredir o insultar a los demás • Fomentar la seguridad, autonomía, confianza y criterio propio	• Activación física • Escucha activa • Técnica de relajación
5	• Que el participante comprenda en qué consiste el duelo, que identifique los tipos de duelo así como sus etapas.	• Activación física • Escucha activa • Técnica de relajación

6	• Que los participantes comprendan lo que es una red de apoyo y los tipos que existen con el objetivo de	• Activación física • Escalas de medición
	que ellos identifiquen las redes con las que cuentan y la importancia que tiene.	• Técnica de relajación
7	• Diseñar un escudo simbólico que represente la identidad • Que los y las participantes reconozcan las acciones que pueden tomar para tener mejores relaciones afectivas y familiares mediante herramientas psicosociales.	• Activación física • Escalas de medición • Técnica de relajación
8	• Que los participantes identifiquen y comprendan los diferentes tipos de cuidado para aplicarlos en su vida.	• Activación física • Escalas de medición • Técnica de relajación

9	• Que el cuidador comprenda la importancia del reconocimiento y autoconocimiento • Convivencia entre los cuidadores en el cierre final	• Activación física • Comunicación asertiva • Técnica de relajación
---	---	---

9. Resultados

9.1 Análisis cualitativo

9.1.1 Primera etapa

CPI 1

El participante en calidad de auto cuidador mostró entusiasmo y durante las sesiones contaba sobre su vida de soltero y de casado, de las dificultades y dolencias de su cuerpo debido a su edad y a lesiones por deporte. Ha expresado su preocupación por la cuestión económica ya que no le rinde el dinero y se ha visto presionado por esa situación, también le preocupa la salud de su esposa, pues tiene problemas de la columna y le ha sido de ayuda platicar de su vida.

Lo que se pudo percibir de las participantes CPI2 y CPI 3 era que necesitaban ser escuchadas, ya que en su propio hogar no podían expresar su malestar, así que tuvieron que reprimir sus emociones, quedarse calladas e irse a llorar a un rincón.

CPI 2

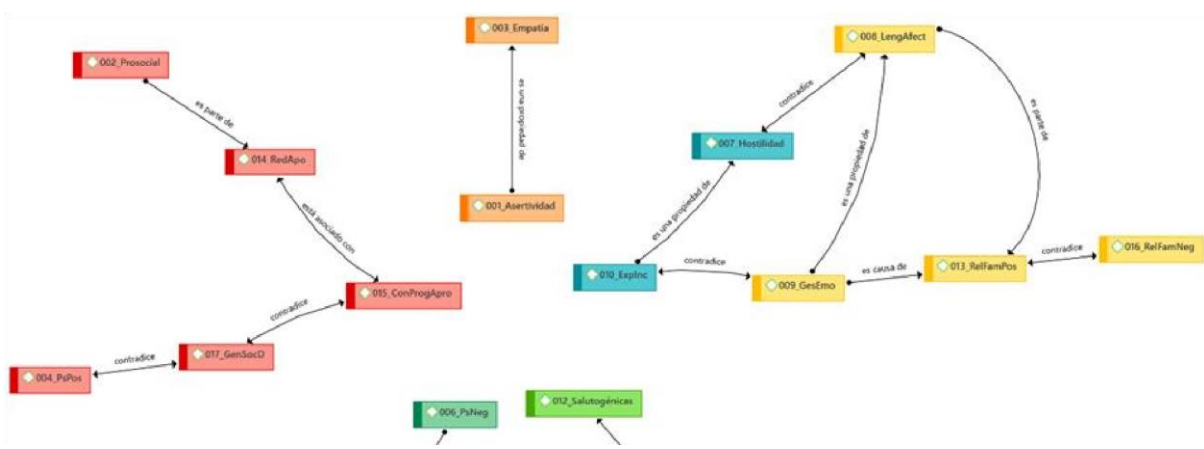
La CPI 2 contó lo mal que se sentía por el cansancio al cuidar de su esposo, ella ha batallado por su lesión en el brazo izquierdo y solo cuenta con el apoyo de uno de sus hijos ya que los demás no quieren ayudarle en nada. La participante lloraba al principio de las sesiones por expresar su situación, pues no podía expresar cómo se sentía, y se sentía mejor al entrar a la intervención, pues se encuentra en una situación difícil ya que su esposo se encuentra muy delicado de salud lo cual la tiene muy decaída, debido a que llevan 58 años de casados y si muere ella no sabe qué hacer

CPI 3

Al principio del programa la CPI 3 lloraba mientras platicaba como era su día a día al cuidar de su esposo, expresaba lo mal que se sentía por la manera en que su esposo le pedía las cosas, los reclamos por no atenderlo rápido, su distracción era cuidar de sus plantas pero no era suficiente. En el transcurso de las sesiones la participante se desahogaba platicando todo sobre su tiempo como cuidadora de su esposo, aunque lo atiende porque lo quiere, no le gusta como la trata, poco a poco mostró un cambio en su semblante y se mostró muy agradecida por el apoyo de los facilitadores

CPI 4

La participante en calidad de auto cuidadora ha expresado que se estresa debido a la forma de ser de su marido, ha expresado que la sobrecarga es grande, ya que ella es la que se encarga de todo con respecto a la salud de su marido, también batalla con su carácter. Ha expresado su emociones y como ha sido su vida durante las sesiones y comentó que se ha sentido mejor al estar en el programa de intervención.



9.1.2 Segunda etapa

9.1.3 Analisis de bitácoras

Los análisis de las bitácoras En la (Figura 2) se muestra la red que se creó para el análisis de las bitácoras, donde se utilizaron 017 códigos, en la (Figura 3) se muestra junto con las citas de la codificación correspondiente.

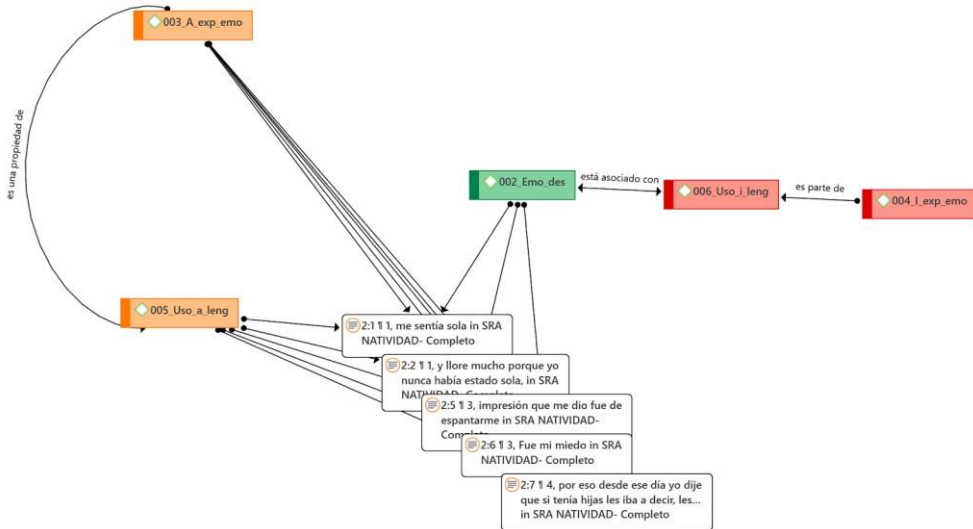
Figura 2 (Imagen recolectada del programa Atlas.ti)

Figura 3 (Imagen recolectada del programa Atlas.ti)

CPI 1

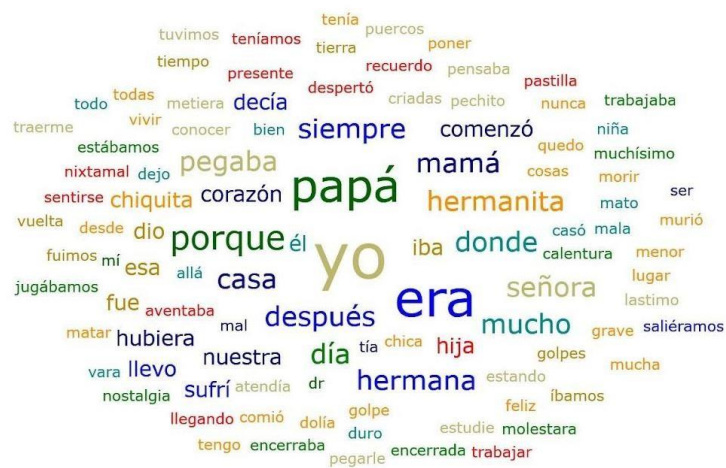
CPI 2

Red CPI 2

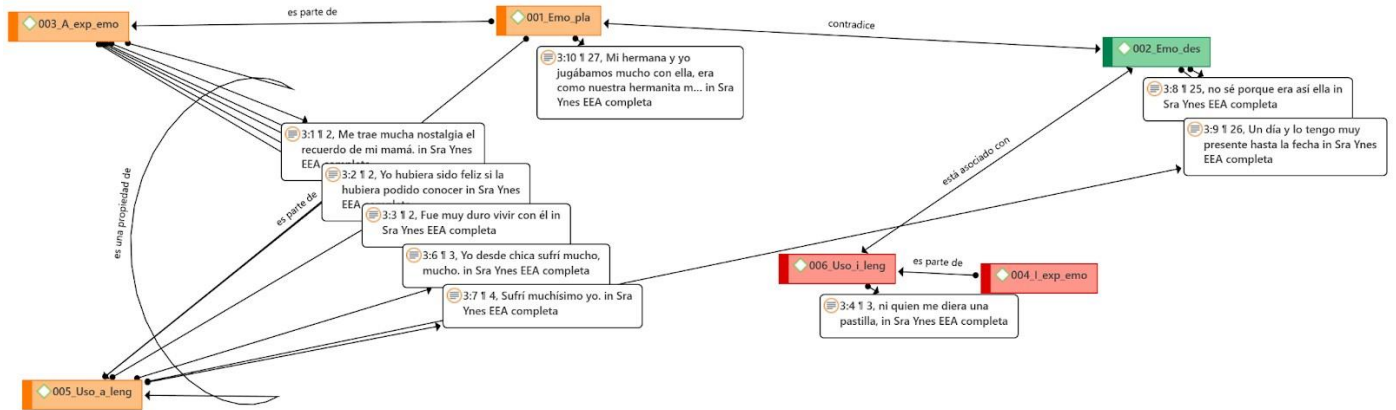


CPI 3

Nube de palabras CPI 3



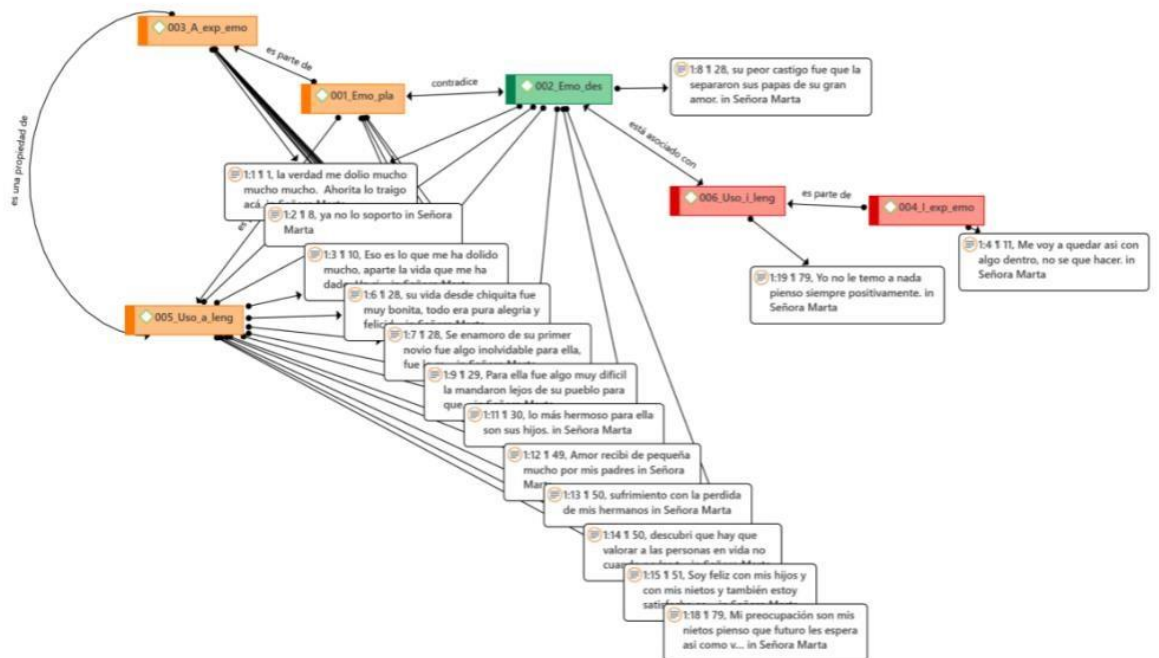
RED CPI 3



Nube CPI 4



Red CPI 4



9.1.6 Tercera etapa

En la tercera etapa ahora como fase grupal gran parte de los participantes acudieron debido a la confianza depositada en los facilitadores, pues el acompañamiento brindado hacia los cuidadores fue la base principal para que se mantuvieran en la intervención .

En esta fase al ser de carácter cualitativo nos dimos a la tarea de hacer un analisis sobre los procesos psicosociales que se podían ver en nuestras CPI y del grupo en general en el transcurso de las sesiones.

Sin duda esto enriquecerá la información porque hay procesos que no son contemplados en los instrumentos o al analizarlos en los programas. Basandonos en la teoría ecológica de Urie Bronfenbrenner donde “menciona que el desarrollo de la persona es creciente, es decir que se va reestructurando de acuerdo al entorno en el que vive y a los sucesos que va padeciendo dentro de éste a lo largo de su cambio, por otro lado, menciona que la interacción que tenga con su ambiente es recíproco, es decir que provoca una influencia mutua, y por último también menciona que no solo existe un ambiente en concreto, sino que hay interconexión entre diferentes ambiente/ entornos”.

1ra sesión

Grupo museo.

TERCERA ETAPA DEL AÑO TERMINAL BITÁCORA GRUPAL 1 (19 de febrero del 2025).

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL CON CUIDADORES PRIMARIOS ÁREA DE PROCESOS PSICOSOCIALES DE LOS FENÓMENOS COLECTIVOS

FECHA: 19 de febrero de 2025	No de participantes: 9	Tema de Sesión: Integración grupal.	Facilitadores de la Carta Grupal: - Solis de la Cruz Dulce María - Morán Estrada Daniel Salomón - Morales Mendoza Ilse Lizbeth - Hernández Violeta - Rojas Hernández Denis Lisset - Velasco Gonzales Itzel Guadalupe - García Castillo Joana Yamilet - Huerta Robles María Guadalupe
LUGAR: Museo, San Miguel Teotongo.	Duración de Sesión: 60 min.	No de Bitácora Grupal: No 1	

"BITÁCORA DE CAMPO"

(Relato lo más detallado sobre las condiciones generales y particulares de la interacción entre los participantes, los facilitadores y facilitadores y participantes. Es importante señalar que lo que se describe es la interacción del propio grupo).

	INDICADORES	DESARROLLO
		Comenzamos la sesión con ejercicios de activación, haciéndolo de dos maneras: una de pie y la otra de manera sentada, tomando en cuenta a

Grupo museo.

(ASPECTOS CONDUCTUALES) "Son los elementos observables de las respuestas de los participantes ante la interacción con las temáticas, los facilitadores y otros participantes".	• Participación • Empatía	aquellas cuidadoras que ya no pueden realizar los ejercicios de manera de pie, puesto que tenían alguna dificultad, los notamos muy participativos durante la activación y mencionaron sentirse bien. La siguiente actividad consistía en el juego de la papa caliente en donde quien se quedará con la "papa" tenía que sacar un papelito el cual tenía una pregunta o una frase que se tenía que completar, las notamos un poco tímidas al inicio del juego, pero conforme iban pasando mas cuidadores y facilitadores, fueron abriéndose más y hablando más de sus experiencias y lo que esperaban de esta nueva fase grupal. Algunas cuidadoras comenzaron a llorar mientras contaban sus experiencias y expectativas y percibimos que todo fueron muy empáticos y sensibles en estas situaciones. Por último, pasamos a la parte final de la sesión la cual consistía en el árbol de problemas y tenían que escribir temas que les gustaría abordar en las siguientes sesiones y tratando de que pensarán en las consecuencias que desencadenaban, varios cuidadores nos comentaban las razones del porque querían dichos temas y se generaron intercambios de puntos de vista sobre un mismo tema entre algunas cuidadoras buscando llegar a una reflexión.
(ASPECTOS EMOCIONALES) "Son las expresiones emocionales del grupo de participantes, se observa la disposición, el clima grupal y la proactividad o apatía del propio grupo".	• Satisfacción • Acompañamiento	Durante la sesión, pudimos percatar que con respecto a que fuera la primera sesión grupal, las y los cuidadores presentes, mostraron en parte cierta satisfacción y gratitud en base a los momentos de generar cierta conexión no solo con los facilitadores, si no también, con sus mismos compañeros cuidadores, ya que se noto que no estuvo presente la falta de comprensión por parte del resto, si no al contrario. Se tiene consciente, que se creo un espacio seguro, donde en base al árbol de problemas y el ejercicio de integración, se pudieron expresar sin miedo, y sin el temor de ser juzgados, también notando que reconocen el esfuerzo que hacen cada día como parte de CPI.

Grupo museo.

(ASPECTOS COGNITIVOS) "Son las creencias del grupo, las reflexiones y las visiones (nuevas y viejas) del propio grupo".	• Desarrollo de habilidades • Cambio en la perspectiva	A pesar de ser el primer encuentro de sesión grupal de forma oficial, distintas cuidadoras se hicieron notar por el hecho de una muy buena capacidad no solo de que recibieron de buena manera los conocimientos del autocuidado de las sesiones individuales, sino que también para la resolución de problemas y de su capacidad para adaptarse a nuevas rutinas de manera positiva. Además, que se hicieron un propio reconocimiento en base a sus propios esfuerzos diarios (incluso, se generaron lágrimas en algunas cuidadoras presentes) y también generando cierta gratitud hacia los cuidadores por el apoyo que se ha ido recibiendo por parte de los facilitadores, así como de sus aprendizajes obtenidos.
(CONDICIONES GRUPALES) "Se refiere a que tanto el grupo ha ido retomando, preguntando y buscando una manera igual o diferente de entender el cuidado y el autocuidado".	• Participación	Al principio no hubo tanta participación por parte los cuidadores sin embargo con forme iba transcurriendo la sesión comenzaron a involucrarse más en las actividades que se proponían, un momento a destacar fue en el árbol de problemas en donde comentaban temas que les gustaría que se abordaran a lo largo de las sesiones y hubo un punto en donde algunas participantes intercambiaron puntos de vista.

ANEXOS (Fotografías, comentarios, sugerencias, etc...)



En esta primera sesión grupal, pudimos observar en nuestras y nuestros CPI en primera instancia una incertidumbre sobre que es lo que podría pasar el estar ahora con un grupo de personas que comparten í similares.

Al ser una sesión de integración, se mostraban dudosas/os y tímidos al querer dar sus opiniones sobre ciertos aspectos de la sesión. Tuvieron la oportunidad de presentarse, de contar algunas de sus situaciones más complicadas, lo que esperan de esta nueva etapa y el compromiso que tienen para y con el grupo. A su vez proporcionaron algunos de los temas que les parecen importantes tocar en el transcurso de esta etapa.

2da sesión

Grupo museo.

TERCERA ETAPA DEL AÑO TERMINAL

BITÁCORA GRUPAL 2 (28 de febrero del 2025).

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL CON CUIDADORES PRIMARIOS ÁREA DE PROCESOS PSICOSOCIALES DE LOS FENÓMENOS COLECTIVOS

FECHA: 26 de febrero de 2025	No de participantes: 12	Tema de Sesión: Integración grupal.	Facilitadores de la Carta Grupal:
LUGAR: Museo, San Miguel Teotongo.	Duración de Sesión: 1 hora y media.	No de Bitácora Grupal: No 2	• Téllez Pérez Tania • Valentino Estrada Melissa Haideé • Aceves Serrato Brayan Ricardo • Morales Mendoza Ilse Lizbeth • Rojas Hernández Denis Lisset • Velasco Gonzales Itzel Guadalupe • Cruz Vidal Carlos Gerardo

"BITÁCORA DE CAMPO"

(Relato lo más detallado sobre las condiciones generales y particulares de la interacción entre los participantes, los facilitadores y facilitadores y participantes. Es importante señalar que lo que se describe es la interacción del propio grupo).

	INDICADORES	DESARROLLO
--	-------------	------------

Grupo museo.

RESUMEN DE LA SESIÓN	-Participación -Acompañamiento -Interés	Se comenzó la sesión a las 10:20 a.m., dándole la bienvenida a las cuidadoras, como les pareció la sesión pasada y que se llevaron de experiencia, después de la reflexión se llevo a cabo un ejercicio de activación física con musicoterapia el cual consistía en bailar con canciones fomentando el movimiento en su vida cotidiana, después de ello se manejó el tema de reconocimiento de emociones, en el cual se destinó a aprender a reconocer las emociones que perciben, esto con la ayuda de láminas y dibujos, después de ello se realizó la actividad sobre cómo cada persona experimenta las emociones de manera única y cómo se manifiestan físicamente con ello dándoles un dibujo del cuerpo humano en donde debían de colorear las áreas del cuerpo en donde sientan las emociones llegando luego a una autorreflexión y una reflexión grupal de lo que dibujaron y sintieron, por último se realizó la actividad de relajación muscular pasiva, reduciendo sus niveles de estrés.
------------------------------------	--	---

Grupo museo.

(ASPECTOS CONDUCTUALES) "Son los elementos observables de las respuestas de los participantes ante la interacción con las temáticas, los facilitadores y otros participantes".	-Participación -Empatía -Relajados	Durante la sesión se mostró una conducta más abierta y proactiva en querer saber más de las sesiones y el contenido de ellas, con respecto a la información del tema de reconocimiento de las emociones pudieron comprender el como poder hablar y expresarse de manera más congruente, aunque hubo cierta renuencia a hablar y expresarse de sus sentimientos en algunos de los cuidadores lo cual se extendió aun en la actividad sin embargo la mayoría logro participar de manera activa. Tanto la técnica de relajación como la de musicoterapia alegro a los cuidadores primarios logrando mantenerlos relajados y enfocados durante toda la sesión.
(ASPECTOS EMOCIONALES) "Son las expresiones emocionales del grupo de participantes, se observa la disposición, el clima grupal y la proactividad o apatía del propio grupo".	-Satisfacción -Comprensión	Al ser el tema principal las emociones se pudo ver un lado personal en cada uno de los cuidadores los cuales lo trataron de abordar de la mejor manera con respecto al abrirse sentimentalmente, sin embargo algunos no se abrían totalmente ante hablar o expresarse de las emociones negativas y de las causantes de esas en su vida cotidiana, sin embargo la mayoría respondió de manera positiva al poder hablar de sus emociones tanto positivas como negativas y las cuales han podido lidiar mediante el acompañamiento que se tuvo en las sesiones individuales. Se reafirmo el poder expresarse sin miedo a ser juzgados o discriminados.

Grupo museo.

(ASPECTOS COGNITIVOS) "Son las creencias del grupo, las reflexiones y las visiones (nuevas y viejas) del propio grupo".	-Comprensión de sus emociones y pensamientos -Cambios en la perspectiva	Reafirmación de la comprensión de las emociones debido a las sesiones individuales los cuales abordó cada cuidador, igualmente se pudo comprender una mejor manera el como se siente cada uno de ellos y como expresarlo de mejor manera.
--	---	--



En esta segunda sesión ocurrieron situaciones que llamaron mucho nuestra atención, pudimos observar en la forma en cómo se expresaban las y los participantes. En las primeras etapas para cada una y uno de ellos resultaba complicado el poder identificar las emociones que sentían, y sobre todo como validar las que iban sintiendo en su día a día.

El tema del día fue relacionado a las emociones y muchas de las intervenciones giraron en torno a cómo empezaron a identificar cuándo estaban enojadas, tristes, ansiosas o estresadas. También mencionaron qué estrategias utilizaban para gestionar esas emociones.

Al igual que en la primera sesión notamos que los participantes iban sintiendo una mayor confianza para poder expresarse, había una empatía y respeto por parte del grupo a cada experiencia contada, al final es un lugar donde podían escuchar y ser escuchados.

Sesión 3

Grupo museo.

TERCERA ETAPA DEL AÑO
TERMINAL BITÁCORA GRUPAL 3 (5 de
marzo 2025) EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN
PSICOSOCIAL CON CUIDADORES
PRIMARIOS ÁREA DE PROCESOS
PSICOSOCIALES DE LOS

FENÓMENOS COLECTIVOS

FECHA: 5 de marzo 2025	No de participantes: 9	Tema de Sesión: la ira desde el ciclo del estrés y regulación emocional.	Facilitadores de la Carta Grupal: - Sergio - JARANI - Daniel - Beatriz
LUGAR: Museo, San Miguel Teotongo.	Duración de Sesión: 1 hora y media.	No de Bitácora Grupal: No 3	

"BITÁCORA DE CAMPO"

Grupo museo.

(Relato lo más detallado sobre las condiciones generales y particulares de la interacción entre los participantes, los facilitadores y facilitadores y participantes. Es importante señalar que lo que se describe es la interacción del propio grupo).		
	INDICADORES	DESARROLLO

RESUMEN DE LA SESIÓN	-Participación -Escucha activa	La sesión comenzó alrededor de las 10:20 am donde los compañeros Jareni y Sergio ~~aperturaron~~ la sesión dándoles la bienvenida a los participantes y retroalimentando la sesión anterior. Después continuaron con la activación física que se vio acompañada de gimnasia cerebral.
----------------------	-----------------------------------	---

Grupo museo.

(ASPECTOS CONDUCTUALES) "Son los elementos observables de las respuestas de los participantes ante la interacción con las temáticas, los facilitadores y otros participantes".	-Atención -Empatía - Incertidumbre	Durante la sesión las y los participantes se mostraron atentos a la explicación del tema y tuvieron empatía con algunos comentarios de las mismas cuidadoras/ cuidadores. Aunque también se mostraron con dudas sobre las explicaciones de las instrucciones de algunas actividades.
(ASPECTOS EMOCIONALES) "Son las expresiones emocionales del grupo de participantes, se observa la disposición, el clima grupal y la proactividad o apatía del propio grupo".	- Alegría - Calma - Tranquilidad	Durante la actividad física se pudo ver que se rieron bastante porque no estaban concentradas y se equivocaron, pero eso les causó un rato de mucha felicidad. Durante la explicación del tema no mostraron emociones al grupo En la técnica de relajación se les pudo ver en calma y tranquilos, ya que se relajaron suficiente al punto de que una cuidadora se quedó un poco dormida

Grupo museo.



En la tercera sesión, contamos con aproximadamente 10 participantes, y el tema que se propuso fue el estrés que los CPI sienten a lo largo de sus días. Sin embargo, en esta sesión pudimos observar cierta confusión en todos los participantes. A pesar de las dudas que surgieron, las participantes continuaron involucrándose y dando su opinión para poder aclarar lo que no entendían bien. Algo que nos llamó la atención es que, aunque habíamos planeado actividades grupales, en esta sesión no se formó un verdadero "grupo". En lugar de trabajar en conjunto, las actividades fueron más bien individuales. A pesar de esto, al final varias de las cuidadoras quisieron compartir lo que habían escrito durante sus actividades, lo que ayudó a generar un poco de interacción.

Una de las actividades que realizamos fue una sesión de relajación mediante imaginación guiada, y fue bastante impactante. Logramos notar que muchas de las participantes

Grupo museo.

(ASPECTOS CONDUCTUALES) "Son los elementos observables de las respuestas de los participantes ante la interacción con las temáticas, los facilitadores y otros participantes".	-Participación -Empatía - Debates	Durante la sesión se mostró una conducta más abierta en querer saber más de las sesiones, al igual que sobre el tema en particular ya que es algo que lo viven día a día para interactuar con los demás se logró 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, aunque hubo cierta renuencia a hablar en un principio después se abrió el diálogo conforme a un debate sobre cómo aplicaban la comunicación asertiva en su vida cotidiana y se plantearon dudas que iban surgiendo. Tanto la técnica de relajación como la de musicoterapia alegró a los cuidadores primarios logrando mantenerlos relajados y enfocados durante toda la sesión.
---	---	--

entraron en un estado de tranquilidad tan profundo que una de las señoras incluso se quedó dormida por unos momentos. Este pequeño incidente nos dio una gran pista: parece que las participantes se sienten seguras y relajadas dentro del grupo, así como con las personas con las que lo comparten. Esto es una buena señal, ya que demuestra que están creando una conexión de confianza y comodidad dentro del espacio que estamos trabajando. Cuarta sesión

Grupo museo.

TERCERA ETAPA DEL AÑO

TERMINAL BITÁCORA GRUPAL 4 (12 de

Marzo del 2025).

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICO SOCIAL CON CUIDADORES PRIMARIOS ÁREA DE PROCESOS PSICOSOCIALES DE LOS FENÓMENOS COLECTIVOS

FECHA: 12 de <u>Marzo</u> de 2025	No de participantes: 14	Tema de Sesión: Comunicación asertiva	Facilitadores de la Carta Grupal: - Cruz Vidal Carlos Gerardo - Amador ~~Lopez~~ Samantha - Moreno ~~Lara~~ Guadalupe ~~Izamarai~~ - Serrano González Andrea - Valentino Estrada Melissa Haideé
LUGAR: Museo, San Miguel Teotongo.	Duración de Sesión: 1 hora y media.	No de Bitácora Grupal: No. 4	

"BITÁCORA DE CAMPO"

(Relato lo más detallado sobre las condiciones generales y particulares de la interacción entre los participantes, los facilitadores y facilitadores y participantes. Es importante señalar que lo que se describe es la interacción del propio grupo).

INDICADORES	DESARROLLO
-------------	------------

Grupo museo.

RESUMEN DE LA SESIÓN	-Participación -Acompañamiento -Interés	Se comenzó la sesión a las 10:20 a.m., dándole la bienvenida a las cuidadoras, como les pareció la sesión pasada y que se llevaron de experiencia, se dio una breve introducción de lo que se vería en la sesión para después llevar a cabo un ejercicio de activación física con musicoterapia el cual consistía en bailar con canciones fomentando el movimiento con cada una de las partes de su cuerpo, después de ello se manejó el tema de comunicación asertiva, en el cual se abordaron las dificultades del comunicar sus puntos de vista ante sus familias y/o personas y <u>como</u> podemos hablarlo de una manera más empática defendiendo sus puntos, posteriormente se realizó una actividad llamada "¿Qué harías si?" donde se les dio una tarjeta con 3 diferentes situaciones las cuales comentaron que harían para aliviar el problema que tiene cada situación, por último se realizó la actividad de relajación de meditación guiada, reduciendo sus niveles de estrés y ser más conscientes de ellos y su entorno.
----------------------	---	--

Grupo museo.

(ASPECTOS COGNITIVOS) "Son las creencias del grupo, las reflexiones y las visiones (nuevas y viejas) del propio grupo".	-Reafirmación del marcar límites -Cambios en la perspectiva	Reafirmación de lo que es el marcar límites y tener un criterio propio sobre las situaciones que viven, igualmente se pudo comprender una mejor manera el cómo se siente cada uno de ellos y cómo expresarlo de mejor manera. A la vez también hubo intercambio de ideas sobre lo que se debería hacer y cómo hacerlo de manera empática pero <u>sin que</u> los sobrepase a ellos mismos.
(CONDICIONES GRUPALES) "Se refiere a que tanto el grupo ha ido retomando, preguntando y buscando una manera igual o diferente de entender el cuidado y el autocuidado".	- Conexión entre los participantes - Impacto en el grupo - Actitud proactiva - Motivación para iniciar cambios - Ambiente de confianza	Los participantes demostraron un interés genuino por comprender y aplicar lo que se discutía, lo que se traduce en un grupo motivado para implementar cambios en su vida personal y profesional. En general, la sesión propició un ambiente de confianza y colaboración, con un fuerte enfoque en la empatía y la reflexión sobre cómo manejar las emociones en situaciones de estrés.

ANEXOS (Fotografías, comentarios, sugerencias, etc...)



En la cuarta sesión del taller, el enfoque estuvo puesto en mejorar la forma en que nos comunicamos con los demás, por lo que se abordó el tema de la comunicación asertiva. A lo largo del encuentro, varias participantes se animaron a compartir vivencias personales, tanto sobre las relaciones que mantienen con las personas a su cuidado como sobre situaciones familiares que enfrentan en su día a día. A través de estos relatos, fue evidente el esfuerzo de todas por escuchar con atención y sin juzgar, lo que permitió que surgiera un espacio de intercambio respetuoso y lleno de comprensión.

Durante el diálogo, una de las cuidadoras expresó de manera muy honesta que si bien los temas le parecían muy útiles, sentía que a veces la manera en la que se explicaban resultaba un poco complicada. Comentó que algunos conceptos no eran fáciles de entender, y por eso propuso que en futuras sesiones se usaran métodos más interactivos o ejemplos más sencillos para facilitar la comprensión. Esta observación fue muy valiosa, ya que nos permitió reflexionar sobre la importancia de adaptar nuestro lenguaje y dinámica para asegurar que todas puedan participar sin sentirse perdidas o excluidas.

En este punto del proceso, nos dimos cuenta de que, aunque muchas asistentes muestran un claro interés por los temas y acuden con frecuencia, el grupo aún no se ha consolidado completamente como una unidad cohesionada. Más bien, parece que lo que las motiva a seguir viniendo es la relación de confianza que han establecido con quienes facilitan las sesiones. Hasta ahora, no se han incorporado suficientes actividades diseñadas específicamente para fortalecer el sentido de pertenencia entre las integrantes. Aun así, valoramos mucho que las participantes sean constantes y estén dispuestas a involucrarse, ya que eso muestra que hay margen de error para seguir cultivando vínculos más sólidos entre todas y todos.

Sesión 5

TERCERA ETAPA DEL AÑO TERMINAL
BITÁCORA GRUPAL 5.

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL CON CUIDADORES PRIMARIOS ÁREA DE PROCESOS PSICOSOCIALES DE LOS
FENÓMENOS COLECTIVOS

FECHA: 19 de marzo de 2025	No de participantes: 13	Tema de Sesión: Duelo	Facilitadores de la Carta Grupal: - Aceves Serrato Brayan Ricardo - Hernández Violeta - Huerta Robles ~~Maria~~ Guadalupe - García Castillo Joana Yamilet - Morales Mendoza Ilse Lizbeth - Rojas Hernández Denis Lisset - Serrano Gómez Estephani - Solís de la Cruz Dulce María - Téllez Pérez Tania - Velasco ~~González~~ Itzel - Guadalupe
LUGAR: Museo, San Miguel Teotongo.	Duración de Sesión: Una hora y media	No de Bitácora Grupal: No.5	

"BITÁCORA DE CAMPO"

(Relato lo más detallado sobre las condiciones generales y particulares de la interacción entre los participantes, los facilitadores y facilitadores y participantes. Es importante señalar que lo que se describe es la interacción del propio grupo).

	INDICADORES	DESARROLLO
	-Participación -Acompañamiento -Interés	La sesión empezó aproximadamente a las 10:15 am ya que esperábamos a las y los cuidadores, empezó con una actividad de activación física con una pelota y música, tenían que aplaudir al ritmo de la ~~facilitadora~~ ~~Posteriormente~~ ~~pasaron~~ a la explicación del tema, esta semana fue el duelo, se habló de diferentes tipos y sus etapas, acompañado de una actuación/interpretación por parte de las y los facilitadores. Después hubo una actividad en la que se formaron equipos y se les contó una historia en la que una persona pasaba por un duelo, la tarea era actuar la etapa de duelo que les tocó respectivamente, pasando por negación, ira, depresión, negociación hasta llegar a la aceptación. Finalmente se hizo una actividad de ~~abrazoterapia~~ en donde al azar los cuidadores recibieron un abrazo de parte de otro cuidador, después se aplicó el MOSS.

(ASPECTOS CONDUCTUALES)

"Son los elementos observables de las respuestas de los participantes ante la interacción con las temáticas, los facilitadores y otros participantes".

- Respeto
- Amistad
- Proactivos

Durante toda la sesión hubo una muy buena interacción entre todos, se mantuvo un ambiente de respeto y acompañamiento. El tema de duelo suele ser un poco más sensible para algunos cuidadores y en la explicación había mucha atención en las diferentes etapas, ya que al momento de participar, primero en la actuación, no se sentía abrumador o algo así, ya que se lo tomaron de una manera amigable, esto en parte de que se sienten seguros y que saben que pueden expresarse libremente, inclusive se reían y se aplaudían cada que un equipo pasaba. De igual manera en las participaciones después de la actividad

Grupo museo.

(ASPECTOS COGNITIVOS) "Son las creencias del grupo, las reflexiones y las visiones (nuevas y viejas) del propio grupo".	-Participación -Entusiasmo	Hubo muy buenas participaciones, identificando no solo que el duelo es cuando una persona ya no está, sino que se trata de una pérdida y que es un proceso por el cual cada quien lo lleva a su tiempo, a su ritmo y que hacen lo que pueden con las herramientas que están a su alcance, además de que no están solos ni solas.
(CONDICIONES GRUPALES) "Se refiere a que tanto el grupo ha <u>ido retomando</u>, preguntando y buscando <u>una manera</u> igual o diferente de entender <u>el cuidado</u> y el autocuidado".	-Interés	Siempre hay interés y se llevan mucho aprendizaje los cuidadores, pero no solo eso, también como psicólogos sociales aprendemos mucho, normalmente lo que más preguntan es cómo aplicarlo o identificarlo en su vida.

ANEXOS (Fotografías, comentarios, sugerencias, etc...)



Este sin duda fue uno de los temas más delicados que tocamos en esta etapa, el tema de duelo es algo que comparten gran mayoría de nuestras y nuestros participantes. Es un tema que enfrentaron recientemente o es algo con lo que están lidiando en estos momentos. Con la finalidad de lograr un mejor entendimiento por parte de los participantes, se decidió el hacer una dinámica de representación tipo psicodrama de algunos de los tipos de duelo y las fases que se atraviesan durante el mismo. Logramos que cada CPI identificará los procesos que las personas atravesamos durante el duelo, e identificar si estaban atravesando por alguno de ellos y aprender a lidiar con ello. Como actividad de cierre se usó la musicoterapia, con una canción que consideramos era adecuada para este tema (Napoleon - Vive), también se procedió a interactuar de manera física, esto al tomarnos de las manos mientras sonaba la canción. Se logró algo importantísimo, la cohesión grupal, esto después de que una de nuestras participantes comenzará a llorar e inmediatamente los demás comenzaron a brindarle palabras de apoyo y se mostraron empáticos ante la emoción de nuestra cuidadora.

6ta sesión

Grupo museo.

RESUMEN DE LA SESIÓN	- Interés - Participación activa - Comprensión del tema - Reconocimiento - Desarrollo de habilidades grupales	La sesión inició a las 10:20. Primero se realizó la <u>bienvenida</u>, agradeciéndoles a los cuidadores por su asistencia en esta sesión. Después se continuó con actividad física, en la que se realizaron ejercicios de estiramiento y gimnasia cerebral. Después se pasó a la presentación del tema "Redes de apoyo". En esta parte, las compañeras expositoras se apoyaron con videos y les enseñaron a las cuidadoras cómo se crean las redes de apoyo, poniendo como ejemplo cómo se comenzó a realizar el proyecto de intervención en cuidadores primarios, es decir, cómo primero somos personas individuales y al final acabamos siendo un grupo. La actividad que se realizó para este tema fue la creación del escudo, ya que, como bien mencionamos, somos un grupo y, por lo tanto, se tiene que crear algo representativo de este grupo. Por último, se les dio el cierre de la sesión, en el que se les explicó el porqué de la actividad que se realizó y se les agradeció por su asistencia nuevamente.
(ASPECTOS CONDUCTUALES) "Son los elementos observables de las respuestas de los participantes ante la interacción con las temáticas, los facilitadores y otros participantes".	- Atención - Participación - Comprensión - Relajación - Diversión	En el transcurso de la sesión, se les notó atentos a la información que se les compartía. En partes como, la actividad física, se encontraron participativos y contentos. En cuanto al tema, los cuidadores se encontraban interesados y participaron con diferentes ejemplos que se les iban proporcionando, por otra parte los dos videos que se les mostraron ayudaron a una mejor comprensión y comentando entre ellos como son, alguna vivencia e identificaron a sus redes de apoyo. Además, se mostraron interesados y colaboradores a la elaboración del escudo que los representarán como grupo. a pesar de las diversas ideas



Grupo museo.

(CONDICIONES GRUPALES) "Se refiere a que tanto el grupo ha ido retomando, preguntando y buscando una manera igual o diferente de entender el cuidado y el autocuidado".	- Participación - Compañerismo	Al iniciar la sesión, los cuidadores se encontraban animados y participativos en la actividad física, donde incluso externaron <u>dudas</u>, referente a los ejercicios. En cuanto al tema, se encontraban un poco más callados, dejando la participación en un segundo plano y solo prestando atención. Ya que muy pocos mostraban dudas o comentaron sobre las redes de apoyo o sobre los videos que se mostraron. Mientras que en la actividad, todos participaron creando un escudo y dialogando sobre los objetos que incluían cada uno. Incluso externaron dudas o sugerencias de lo que podrían utilizar para su escudo.
--	---	---



En esta ocasión se tocó el tema de las redes de apoyo las y los cuidadoras comenzaron a ver reflejadas sus propias experiencias y vivencias, lo que les permitió entender la importancia del apoyo de personas cercanas. Reconocieron que las redes de apoyo no se limitan solo a amigos y familiares, sino que son más extensas y diversas.

Al compartir sus opiniones, muchos dieron ejemplos concretos de su vida cotidiana, lo que reforzó su comprensión del tema. Dado que este tema ya se había abordado anteriormente

en sesiones individuales, las cuidadoras pudieron reforzar sus conocimientos y darse cuenta de que ellas mismas pueden ser parte de una red de apoyo para otras personas.

7ma Sesión

TERCERA ETAPA DEL AÑO TERMINAL

BITÁCORA GRUPAL 7.

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL CON CUIDADORES PRIMARIOS ÁREA DE PROCESOS PSICOSOCIALES DE LOS FENÓMENOS COLECTIVOS

FECHA: 02 de abril de 2025	No de participantes: 8	Tema de Sesión: Relaciones sanas y cómo establecerlas	Facilitadores de la Carta Grupal:
LUGAR: Museo, San Miguel Teotongo.	Duración de Sesión: Una hora y media	No de Bitácora Grupal: No.7	- Téllez Pérez Tania - Moreno León Guadalupe - Itzamarai - Amador López Samantha - Corralejo Sarmiento Jareni - Junuet - Guillen Tecla Sergio - Serrano González Andrea

"BITÁCORA DE CAMPO"

(Relato lo más detallado sobre las condiciones generales y particulares de la interacción entre los participantes, los facilitadores y facilitadores y participantes. Es importante señalar que lo que se describe es la interacción del propio grupo).



	INDICADORES	DESARROLLO
	-Participación -Acompañamiento -Interés	La sesión empezó aproximadamente a las 10:20 a.m., dándoles la cordial bienvenida a esta nueva sesión. Primeramente, realizamos los ejercicios de activación física, en el cual solo una cuidadora realizó los ejercicios sentada debido a su condición física, en general la actividad fue recibida de manera favorable. Después se dio continuidad a la formación del escudo grupal, para ello se les recordó a los cuidadores los elementos que habían escogido en la sesión pasada, así que se les preguntó a manera de votación por cada uno de estos elementos para que se presentara un consenso, de manera que los cuidadores pudieran escoger cada uno de los elementos favorablemente, las facilitadoras le comentaron a los cuidadores que desarrollaran un escudo en base a lo acordado con el fin de construir colaborativamente el escudo que los representa. Posteriormente se abordó la explicación del tema de la sesión, los participantes entendieron los aspectos que explicaron mis compañeros. Luego se dio paso a la actividad, consistió en proporcionarles a los participantes unos moldes de pies que contenían comportamientos que favorecen o desfavorecen una relación, el objetivo fue que los participantes identificaran aquellos comportamientos que contribuyen a una relación sana, a modo que representarán un camino hacia ese tipo de relación. Una vez que los cuidadores se encontraban participando, mis compañeros continuaron como facilitadores, solamente la señora Amelia tenía dudas acerca de que es la autonomía, para ello mis compañeros resolvieron su duda de manera clara y amable. Después mis compañeros dieron una retroalimentación de lo que habían seleccionado como comportamientos para establecer una relación sana. En ese momento se presentaron algunas dudas por parte de la señora Raquel acerca de que es la autonomía, asertividad y el consenso, para ello mis compañeros aclararon sus dudas. De igual manera una cuidadora comentó una situación en la que se presentan condiciones desfavorables para una relación, asimismo el señor Julio comentó su
		situación para aclarar las dudas que tenía, la señora Raquel compartió su reflexión acerca de la situación que había comentado la cuidadora y sobre como ella respondería a este tipo de situaciones, la señora Amelia también compartió su situación y por último el señor Juan expuso su opinión acerca de los elementos que debe haber en una relación. Luego se realizó la técnica de relajación. Por último, se realizó una técnica que consistía en tomarnos de la mano <u>par</u> formar una red en forma de caracol.
(ASPECTOS CONDUCTUALES) "Son los elementos observables de las respuestas de los participantes ante la interacción con las temáticas, los facilitadores y otros participantes".	-Respeto -Proactivos	Durante la sesión los cuidadores mantuvieron respeto hacia el tema que se estaba brindando con sus respectivas actividades, así como hacia los facilitadores y las opiniones de los demás participantes. Se sintieron con la confianza de expresar sus dudas y opiniones.

(ASPECTOS EMOCIONALES) "Son las expresiones emocionales del grupo de participantes, se observa la disposición, el clima grupal y la proactividad o apatía del propio grupo".	-Alegria -Empatía -Seguridad	En esta sesión los participantes se mostraron atentos ante la presentación del tema, se mantuvo un ambiente favorable. Asimismo, cuando los cuidadores participaban compartiendo un poco de alguna situación personal los demás escuchaban con empatía y sin emitir ningún juicio. En la actividad final del abrazo grupal los cuidadores se mostraron dispuestos a realizarlo, incluso uno de los cuidadores al ver que no estábamos todos, nos dijo que nos integráramos.
---	---	---

Grupo museo.

(ASPECTOS COGNITIVOS) "Son las creencias del grupo, las reflexiones y las visiones (nuevas y viejas) del propio grupo".	-Participación -Entusiasmo	Aunque fueron pocas participaciones las que se llevaron a cabo en esta sesión, resultaron favorecedoras. Por ejemplo, el señor Julio preguntó si la técnica de la "ley del hielo" es consecuencia del desgaste (cuando termina una relación), ante esto mis compañeros le comentaron que no, que este comportamiento se da de manera escalada en una relación cuando las circunstancias no son favorables. Cuando se presenta un desgaste es cuando ya se intentaron todas las posibilidades para mantener una relación, pero al no haber un acuerdo se decide terminar la relación. Por su parte, la señora Raquel consideró que cuando a un niño le aplican la "ley del hielo" se siente vulnerable porque no conoce las razones por las que se interrumpe la comunicación y porque necesita reestablecer el vínculo pero que a ella no le afectaría, ya que ella se procura a sí misma antes de mantener una dependencia hacia otra persona.
--	---------------------------------------	---



Los cuidadores y las cuidadores se dieron cuenta de que es lo que conlleva el tener una relación sana, ya sea amistad, familia, parejas o con su dependiente.

Identificaron los patrones que tienen las relaciones negativas y el deterioro emocional que repercute en ellos.

Aunque fue una sesión donde no hubo tantas participaciones, una de nuestras cuidadoras identifico uno de los puntos clave que se tocaron el cual es “la ley del hielo” y ayudo a responder dudas a varios de los participantes, con base en lo que ella entendio del tema.

8va sesión

TERCERA ETAPA DEL AÑO TERMINAL

BITÁCORA GRUPAL 8.

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL CON CUIDADORES PRIMARIOS ÁREA DE PROCESOS PSICOSOCIALES DE LOS FENÓMENOS COLECTIVOS

FECHA: 09 de <u>Abril</u> de 2025	No de participantes: 8	Tema de Sesión: Autocuidado	Facilitadores de la Carta Grupal: - Aceves Serrato Brayan Ricardo - Huerta Robles Maria Guadalupe - García Castillo Joana Yamilet - Rojas Hernández Denis Lisset - Serrano Gómez Estephani - Velasco ~~Gonzalez~~ Itzel
LUGAR: Museo, San Miguel Teotongo.	Duración de Sesión: Una hora y media	No de Bitácora Grupal: No.8	

"BITÁCORA DE CAMPO"		
(Relato lo más detallado sobre las condiciones generales y particulares de la interacción entre los participantes, los facilitadores y facilitadores <u>y participantes</u> . Es importante señalar que lo que se describe es la interacción del propio grupo).		
	INDICADORES	DESARROLLO

	-Participación -Acompañamiento -Interés	La sesión empezó aproximadamente a las 10:25am ya que esperábamos a las y los cuidadores. La facilitadora Denis se encargó de dar la bienvenida a los cuidadores y presentó a los compañeros que darán la sesión. Lo siguiente fue que la facilitadora Estephani empezó con la activación física, los ejercicios fueron suaves adecuados a la condición física de los cuidadores, además de ejercicios articulares se trabajó con gimnasia cerebral. Al terminar la activación física la facilitadora Estephani dio una pequeña definición del autocuidado, así como su importancia; posteriormente la facilitadora Yamilet explica el autocuidado emocional y social haciendo énfasis en cómo reconocer y poner nombre a las emociones. La facilitadora Estephani retomó la palabra y explicó el cuidado físico abarcando la importancia del sueño, la alimentación y el ejercicio/deporte; proporcionó una serie de pasos para tener un cuidado físico. Después la facilitadora <u>Itzel</u> se encargó de explicar el cuidado cognitivo y los tipos de cuidado. Al terminar de explicar el tema del Autocuidado; la facilitadora <u>Maria</u> se encargó de realizar la actividad "El Bingo del Autocuidado", explico con claridad las instrucciones a los cuidadores y poder realizar la actividad sin problema, al terminar "El Bingo del Autocuidado" la facilitadora María hizo una retroalimentación resaltando la importancia de hacer rutinas que favorezcan la salud y el bienestar. Posteriormente el facilitador Ricardo repartió una esencia antes de realizar la técnica de relajación que fue dirigida por la facilitadora Itzel. Para finalizar la sesión se hizo la actividad "Cadena de cumplidos", que consiste en dar un pequeño cumplido o algún halago a la persona a lado. Al finalizar la actividad se les agradece por asistir y se les despidió.
--	--	---

(ASPECTOS CONDUCTUALES) "Son los elementos observables de <u>las respuestas</u> de los participantes ante <u>la interacción</u> con las temáticas, <u>los facilitadores</u> y otros participantes".	-Respeto -Amistad	Durante toda la sesión hubo una muy buena interacción entre todos, se mantuvo un ambiente de respeto y acompañamiento. Se mostraron muy atentos al tema central del autocuidado y aceptación de los puntos y estrategias de los diferentes tipos de autocuidado.
(ASPECTOS EMOCIONALES) "Son las expresiones emocionales <u>del grupo</u> de participantes, se observa <u>la disposición</u> , el clima grupal y la proactividad o apatía del propio grupo".	-Alegria -Gozo -Nostalgia	Durante la activación física los cuidadores se divirtieron y les gusto realizar los ejercicios. Durante el juego del Bingo de Autocuidado se mostraron muy alegres y cada vez que alguien ganaba una partida le aplaudían y lo felicitaban. Una de las participantes comentó que extrañaba mucho a su marido que falleció hace dos años.

Grupo museo.

(ASPECTOS COGNITIVOS) "Son las creencias del grupo, las reflexiones y las visiones (nuevas y <u>viejas</u>) del propio grupo".	-Participación -Entusiasmo	Los participantes reflexionaron sobre el cómo han llevado y cuidado y han comprendido la importancia del ejercicio y la alimentación.
(CONDICIONES GRUPALES) "Se refiere a que tanto el grupo ha <u>ido retomando</u>, preguntando y buscando <u>una manera</u> igual o diferente de entender <u>el cuidado</u> y el autocuidado".	-Interés	Los participantes expresaron sus pensamientos y experiencias de su diario vivir. Se dieron palabras de aliento y se apoyaron como grupo fortaleciendo su confianza y gratitud por la convivencia.



En esta última sesión se brindó el tema del autocuidado, y las acciones que uno tiene que hacer para poder llevarlo a cabo de manera adecuada en beneficio propio.

Los hábitos alimenticios, el ejercicio constante, mantener relaciones sanas, el fomentar la interacción, crear redes de apoyo, el dormir bien por mencionar algunos de los puntos tocados en esta sesión sirvió para reforzar los temas que se habían tocado con anterioridad.

Y nos llevamos la grata sorpresa al escuchar las participaciones de las y los participantes comentando que esto ya forma parte de su vida diaria, donde si bien siguen con su labor de cuidador, procuran su bienestar antes que lo demás.

Además de que nuevamente salió a relucir la empatía, el respeto y la confianza entre los participantes, ya que en una de las dinámicas se tenían que brindar palabras de aliento, cualquier palabra que ellos consideran pertinente decirle a su persona de la derecha.

Nos quedamos con un buen sabor de boca al escuchar cada palabra de aliento, invitaban a mantener esa red de apoyo, como un apoyo como tal.

9.2 Análisis cuantitativo

Primera etapa

Durante las visitas semanales en los domicilios del CPI en el horario acordado se les comunicó que es un programa gratuito, también se les informó de la confidencialidad de sus datos, que únicamente serán usados con fines académicos. Las sesiones con los cuidadores fueron de 50 minutos que se divide en el rapport, el tema de la sesión, la técnica de relajación y la despedida. En cada sesión se hicieron tres mediciones de temperatura (inicial, pre y post) con un termómetro, las temperaturas tomadas fueron la central y periférica, con

el fin de identificar los cambios . Cada sesión tenía un tema en específico y a los CPI se les proporcionaba un tríptico o folleto para que pudieran estudiar y recordar el tema de la sesión. En la Tabla 1 se encuentran las nueve sesiones con los objetivos y con las técnicas que se usaron en la sesión.

Tabla 1 . Sesiones con CPI

<i>Sesión</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Técnica aplicada</i>
<i>1</i>	<i>Obtener la evaluación de escalas psicométricas Evaluación de bienestar Psicosocial.</i>	• <i>Escucha activa</i> • <i>Escalas de medición</i>

2	<i>Obtener la evaluación de escalas psicométricas Evaluación de bienestar Psicosocial.</i>	• <i>Escucha activa</i> • <i>Escalas de medición</i>
3	<i>Dar a conocer el papel del cuidador y su importancia. ¿Cómo repercute el cuidado en la vida?</i>	• <i>Técnica de respiración diafragmática</i>
4	<i>Reducir la tensión del cuerpo y generar bienestar.</i>	• <i>Técnica de</i>
		<i>respiración diafragmática .</i>

5	<i>Que el cuidador aprenda a cómo organizar e invertir su tiempo en su diario vivir.</i>	• <i>Técnica de relajación muscular pasiva</i>
6	<i>Dar a conocer la importancia de los límites, la dificultad de establecer límites y cómo lograr establecer límites efectivos</i>	• <i>Imaginería guiada</i>
7	<i>Que el cuidador aprenda a cómo pedir ayuda y apoyo para prevenir y aliviar la sobrecarga.</i>	• <i>Imaginería guiada</i>
8	<i>Que el cuidador primario conozca y aprenda sobre sus derechos</i>	• <i>Imaginería guiada</i>
9	<i>Encuentro grupal,</i>	• <i>Imaginería guiada</i>

--	--	--

9.2.1 Resultados

Análisis de datos

Se extrajeron las medidas de tendencia central y de dispersión en el software Jamovi. Se calcularon los coeficientes de correlación de Spearman de las medidas psicosociales de malestar y de bienestar. Se examinó el efecto de la intervención psicosocial mediante pruebas t , se consideró la significancia $\alpha \leq 0.05$.

9.2.2 Análisis descriptivo.

Medidas psicosociales de salud y bienestar

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

Por otra parte, la salud autopercebida de los CPI (3.34 ± 1.48) se encontró levemente por debajo de la reportada por Tinajero, et al. (2023) (3.98 ± 1.07) ($t = -3.06, (50), p =$

0.004, $d = -0.429$). En particular, el puntaje de la salud física autopercebida de los participantes (3.66 ± 1.72) fue similar a la de la población general (3.49 ± 1.32) ($t = 0.712, (50), p = 0.480, d = 0.0997$) (Tinajero, et al. 2023)

Medidas de malestar

Al inicio del programa, 41.6% de los participantes, reportó sintomatología ansiosa. Mientras que el 39.5% de la muestra percibió sentimientos de soledad. Además el 64.5% de los CPI manifestaron niveles leves a severos de sintomatología depresiva. El 22.9% mostraron sintomatología breve. 20.8% contó con sintomatología moderada, 14.5% indicó sintomatología severa, y finalmente el 6.25% presentaron sintomatología grave.

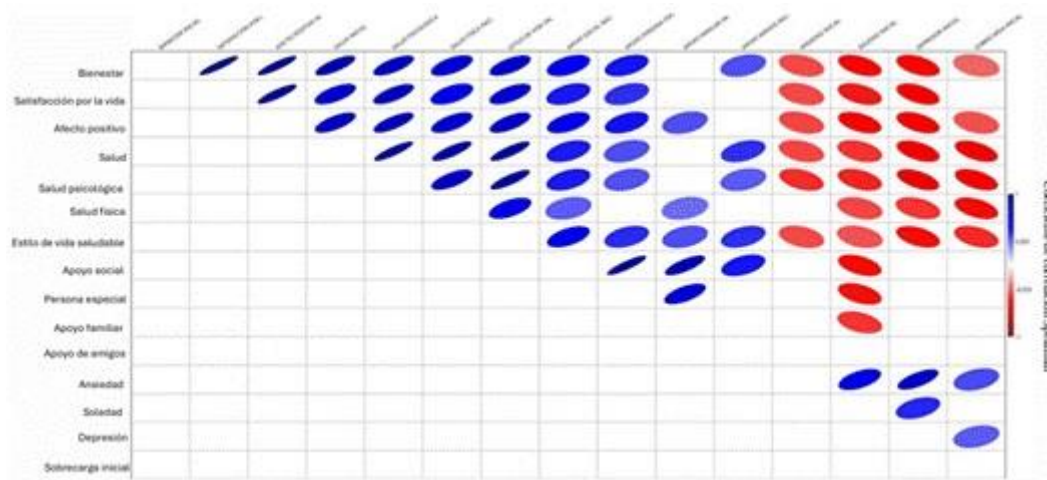
Por su parte, el 15.9% de los CPI manifestó sobrecarga del cuidador leve, otro 15.9% de la muestra reportó niveles elevados de sobrecarga del cuidador.

9.2.3 Correlograma .

El análisis de correlaciones entre las variables psicosociales y la percepción de salud, mostrado en el **Correlograma (Figura 1)**, resalta las asociaciones significativas ($p < .05$). Se observan correlaciones moderadas y estrechas entre la **sobrecarga del cuidador** y la **ansiedad**, así como una relación inversa entre la sobrecarga y la **función social**. Además, la

función social también se asocia con la **depresión** y la **percepción de salud**. Algunas de estas asociaciones fueron estadísticamente significativas antes de la intervención.

Se pudo observar que la variable “Sobrecarga del cuidador” se asocia significativamente con la variable de salud, a mayor sobrecarga tiene mayor inferencia a la disminución de la salud. También se observó que la sobrecarga tiene repercusiones negativas sobre la salud psicológica.



9.2.4 Efecto psicosocial de la intervención

Se encontró que en la intervención psicosocial no hubo normalidad en todas las variables, y en algunas no hubo cambios significativos. En la variable “Sobrecarga del cuidador” hubo una diferencia con valor $p = 0.043$ con un T.E (Tamaño del Efecto) leve del -0.447.

Por otro lado, en la variable “Apoyo Familiar” no hubo diferencia entre el pre y el post, ya que se obtuvo un valor $p = 0.819$ con un T.E del 0.0415.

En la variable “Soledad” obtuvimos un cambio con valor $p = 0.019$ y un cambio significativamente leve con un T.E de -0.669.

Medida	Pr	Po	Estadíst	p	Ta
	e	st	ico	maño del efecto	
Bienestar					0.4
	31	34.	T =		
	.8 (9.74)	8 (11.04)	2.65 (35.0)	0 42	
				.012	
	16	17.	T =	0 70	0.2
	.3 (5.17)	3 (5.54)	1.62 (35.0)		
-					
Satisfacción por la vida				.115	
- Afecto	16	17.	T =	0 16	0.3
positivo	.3 (5.10)	5 (5.67)	1.90 (35.0)		
				.066	
Salud					0.1
	42	44.	T = 0.911	0 52	
	.5 (15.8)	2 (14.2)	(35.0)		
				.369	

						0.0
- Salud	14	14.				
psicológica	.6 (5.77)	8 (5.66)	(35.0)	$T = 0.305$	.762	0 508
- Salud	15	15.		$W =$	0	-
física	.1 (6.41)	1 (6.61)	174			0.0794
					.726	
	14	14.		$T = 0.935$	0 56	0.1
	.0 (5.76)	9 (5.19)	(35.0)			
- Estilo						
de vida						
saludable					.356	
Apoyo	41	42.		$W =$	0 69	0.1
social	.7 (12.2)	1 (12.3)				
			290		.416	
	18	19.		$W =$	0 41	0.2
	.6 (6.29)	0 (6.61)				
-						
Persona						
especial			157		.329	
-Apoyo	14	14.		$W =$	0 70	0.1
familiar	.1 (5.16)	5 (5.89)				
			162		.481	
				$W =$		
-Apoyo	8.	8.3			0	-
de amigos	94 (4.55)	3 (4.46)				0.387
			92.0		.097	
Ansiedad						
	9.	7.6		$T = -$	0	-
	47 (5.50)	1 (4.79)	2.02 (35.0)			0.336
					.051	

<i>Soledad</i>	5.	4.7	W =	0	-
	53 (2.02)	8 (2.03)	25.0	.008	0.708
<i>Depresión</i>	8.	6.4	T = -	0	-
	67 (6.08)	2 (5.76)	2.25 (35.0)	.031	0.375
<i>Sobrecarga</i>	33	27.	W =	0	-
<i>del cuidador</i>	.0 (17.0)	5 (17.3)	180	.044	0.397

Temperaturas (Medidas fisiológicas)

El análisis de los cambios fisiológicos revelan que solo en la sesión 5 y 6 donde se dio la técnica de relajación muscular (Pasiva o Progresiva) hubo un cambio significativo con un tamaño del efecto leve de 0.41 y 0.39.

<i>Núme</i>	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>Estadí</i>	<i>p</i>	<i>TE</i>
<i>ro de sesión</i>			<i>stico</i>		

Sesió 32.4 32.9 $W = 0.06$ 0.463 **n 1** (2.35) (2.05) 169.0 5 2

n 2	Sesió	32.6 (2.32)	33.0 (1.95)	$W =$ 308.5	0.23 9	0.244 0
	Sesió	23.7 (1.87)	32.8(1 .93)	$W =$ 317.5	0.73 9	0.067 2
n 3	Sesió	32.4 (1.75)	32.9(1 .87)	$W =$ 372.5	0.10 2	0.328 0
	Sesió	32.3 (1.74)	32.6(1 .90)	$T =$ 2.305 (30)	0.02 8	0.414 0
n 5	Sesió	32.5 (1.73)	32.8(1 .83)	$T =$ 2.378 (36)	0.02 3	0.390 9
	Sesió	32.7 (1.83)	32.9(1 .94)	$T =$ 1.017 (34)	0.31 6	0.171 9
n 7	Sesió	33.1 (1.98)	33.2(2 .13)	$W =$ 274.0	0.39 9	0.178 5
	Sesió	33.1 (1.65)	33.2(1 .57)	$T =$ 0.760 (18)	0.45 7	0.174 3
n 8	Sesió					
n 9	Sesió					

Resultados individuales

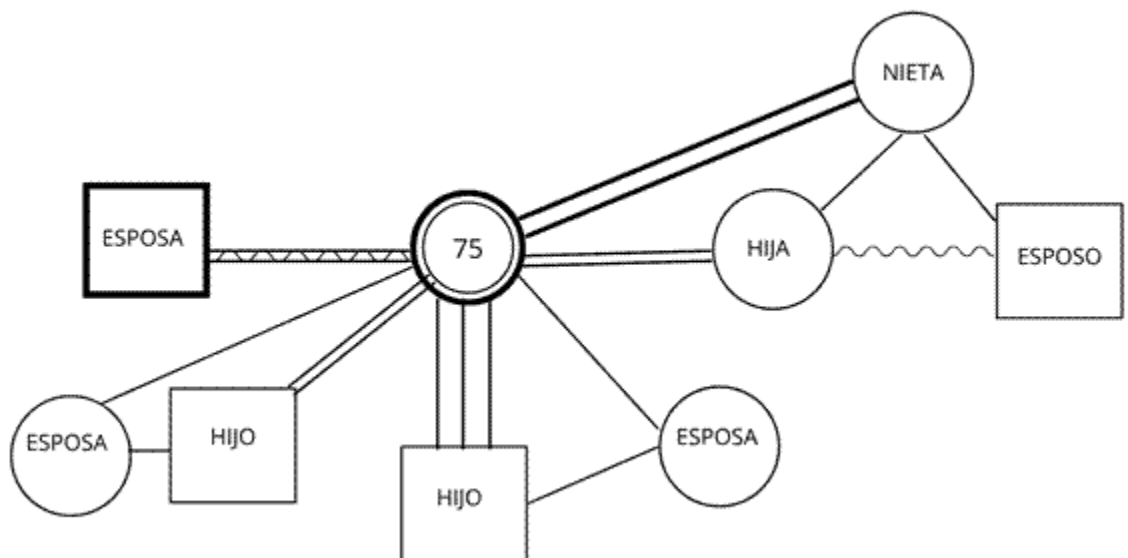
	CPI 1			CPI 2			CPI 3			CPI 4		
	Pre	Post	CCO	Pre	Post	CCO	Pre	Post	CCO	Pre	Post	CCO
Bienestar	39	38	-0.025	47	47	0	26	38	0.46	38	30	0.21
<i>Satisfacción</i>	21	21	0	24	18	-0.25	14	18	0.28	19	17	-0.10
<i>Afecto positivo</i>	18	17	-0.055	23	23	0	12	20	0.66	19	13	-0.31
Salud	48	40	-0.16	51	52	0.019	57	46	-0.19	42	51	0.214
<i>Psicológica</i>	21	20	-0.047	18	17	-0.055	17	24	0.41	11	14	0.27
<i>Física</i>	5	4	-0.2	18	13	-0.27	23	18	-0.21	17	12	-0.29
<i>E. Vida saludable</i>	22	16	-0.27	20	21	0.05	17	17	0	14	4	-0.71
Apoyo Social	53	28	-0.47	61	46	-0.24	27	38	0.40	40	50	0.25
<i>Persona especial</i>	25	5	-0.8	25	23	-0.08	5	12	1.4	18	23	0.27
<i>Familiar</i>	20	20	0	21	13	-0.38	19	19	0	14	20	0.42
<i>Amigos</i>	14	3	-0.78	15	10	-0.33	3	3	0	8	7	-0.125
Ansiedad	3	10	2.33	16	16	0	14	13	0.07	12	9	0.25
Soledad	3	3	0	7	6	-0.14	4	4	0	6	5	0.16
Depresión	5	3	0.4	9	10	-0.11	18	9	0.5	9	7	0.22
Sobrecarga	15	26	-0.73	44	41	0.068	47	46	0.02	58	55	0.05

CPI 1

Nuestro primer CPI tiene 75 años, padece de hipertensión, pre-diabetes, lo operaron de la próstata y tiene lesiones en las rodillas, en la rodilla izquierda no produce líquido sinovial y en la rodilla izquierda tiene fractura. Él y su esposa tuvieron tres hijos, dos varones y una mujer, en su domicilio viven cinco personas; el, su esposa, su hijo, su nuera y su nieta.

En cuanto a sus estudios llegó hasta el nivel superior, como ingresos tiene su pensión, el apoyo del bienestar de Lopez obrador, tienen un negocio de venta de carbón y los fines de semana venden carnitas, su esposa es la que se encarga de administrar el dinero del hogar.

Sus hijos siempre los llaman por teléfono y están al pendiente si es que necesitan algo, cualquier emergencia los hijos son los primeros en apoyar. Las veces que el señor fue hospitalizado su esposa es la que siempre se queda a cuidarlo, siempre ha sido una esposa dedicada y activa, en cuanto a sus cuidados de salud hace ejercicio, toma su medicamento y el médico le recomendó hacer natación; con respecto a la alimentación no lleva una dieta equilibrada y come de todo.

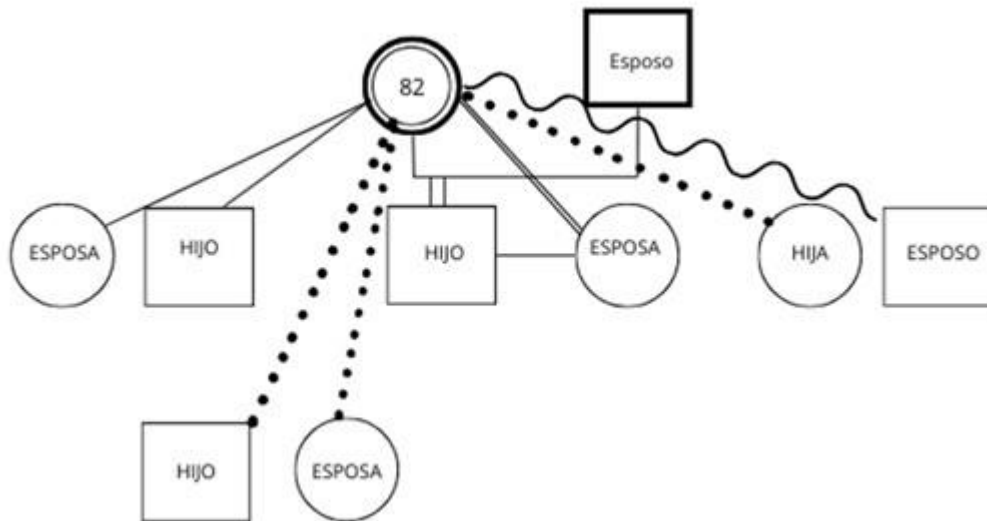


CPI 2

Nuestra CPI tiene 82 años y se dedica al hogar, ella padece de hipertensión, colesterol alto, pre-diabetes y tiene una lesión en el brazo izquierdo, también desde hace seis

años se dedica a cuidar de su esposo de 87 años que padece Parkinson, del corazón, diabetes, tiene dificultades para moverse , necesita de un tanque de oxígeno, padece de ceguera y problemas de audición. Ella y su esposo tuvieron cuatro hijos; tres varones y una mujer, en su hogar habitan cuatro personas; ella, su esposo, su hijo y su nuera. El ingreso con el que se sustentan proviene de la pensión tanto de ella como la de su marido, el apoyo de Bienestar que da Lopez obrador, comenta que su marido tiene que tomar muchos medicamentos .

La cuidadora tiene problemas para dormir debido a que en las madrugadas su esposo la despierta y tiene que atenderlo, pero después ya no puede conciliar el sueño, además no puede dejar solo a su esposo ya que le da miedo que se vaya a caer y se lastime. Su hijo Juan es el único que la ayuda con el cuidado de su esposo, se encarga de hacer las compras, de hacer los trámites médicos, le da miedo salir y teme que le vaya a pasar algo; además el doctor le comento que ya no podía hacer muchas cosas como antes, le cuesta bajar y subir escaleras, se le dificulta mover su brazo izquierdo por la lesion que sufrio. La señora no sabe qué hacer cuando su marido ya no esté, pues llevan 58 años juntos, a ella le gusta cuidarlo pero se siente muy cansada porque es muy difícil y no hay nadie más que la ayude.



CPI 3

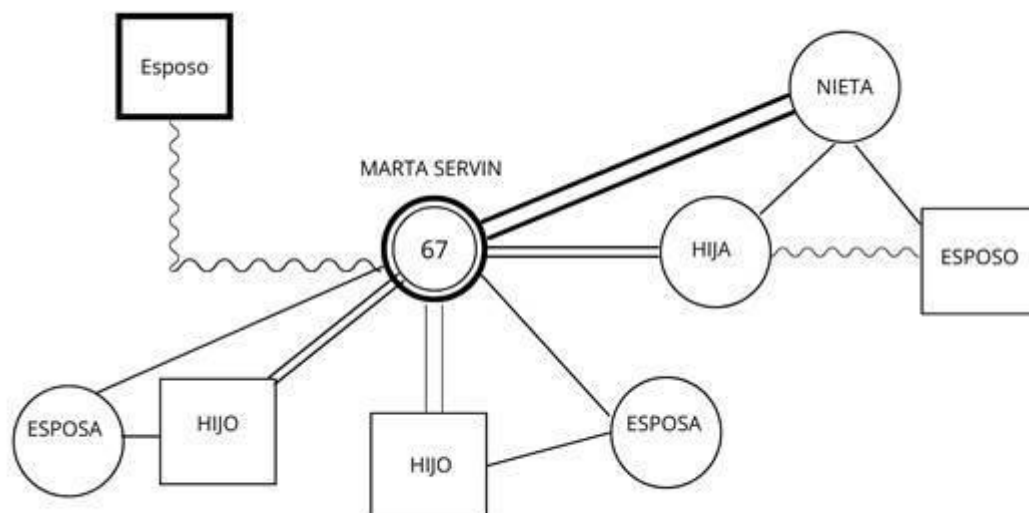
Es una ama de casa de 70 años y padece de hipoacusia, colitis nerviosa y dolor de huesos, además desde hace dos años cuida a su esposo de 81 años que padece diabetes, hipertensión e incontinencia. Ella estudió hasta el sexto año de primaria y el sustento económico en el hogar de la señora es la pensión de su esposo y el apoyo de Bienestar que da Lopez Obrador, hay ocasiones en que sus hijos la apoyan con algunos gastos de la casa como la luz y el agua. La señora y su esposo tuvieron seis hijos; cuatro varones y dos mujeres. Su hija Guadalupe la ayuda en el cuidado de su esposo, el señor Luis busca mucho a su esposa para que lo atienda, comentó que su esposo buscaría un asilo para que lo cuiden, ya que, para él, su esposa lo cuida de mala gana.

Comentó que una manera de distraerse es cuidar de sus plantas, a ella le gustaría salir a pasear con su esposo, pero él no quiere, también había tenido problemas para dormir,

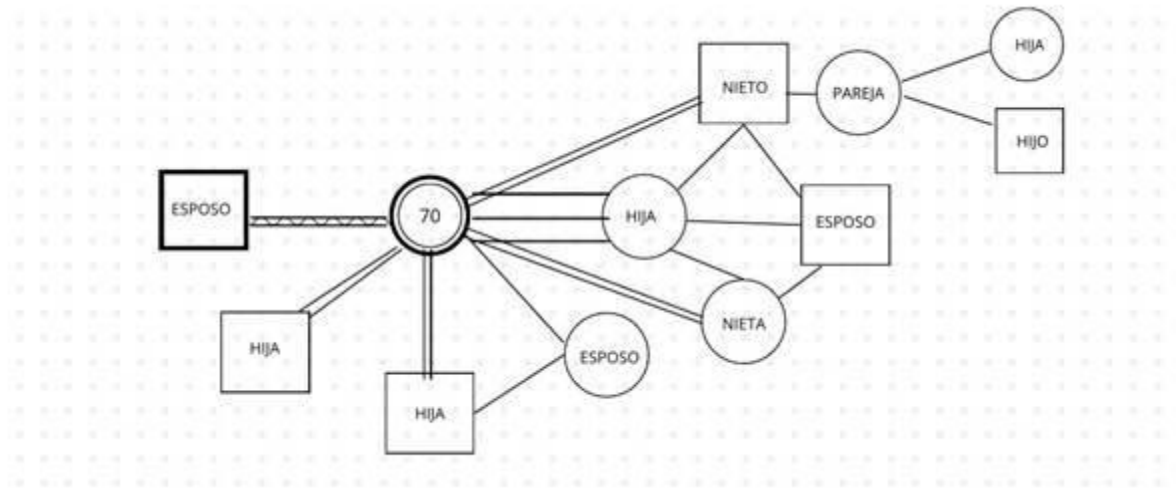
cuando quería tomar una siesta no podía conciliar el sueño. Cuando tenía visitas, la señora Natividad comenta que se aislaba, que se encerraba y quería estar sola, se siente mal cuando su esposo le habla de mala manera, cuando no la trata como un ser humano.

CPI 4

Nuestra cuarta CPI tiene 67 años padece de hipertiroidismo desde hace diecinueve años y tiene fractura de columna, ella se dedica al hogar y con su esposo tuvo tres hijos, dos varones y una mujer, es su domicilio viven cinco personas; ella, su esposo, su hijo, su nuera y su nieta, también la señora siempre está pendiente de su esposo que tiene hipertensión, tiene lesiones en las rodillas. En cuanto a sus estudios únicamente estudió la primaria, como ingresos tiene la pensión de su esposo, el apoyo del bienestar de López obrador, tienen un negocio de venta de carbón y los fines de semana venden carnitas, ella es la que administra el dinero en su hogar. Debido a su lesión en la columna va a fisioterapia y toma sus medicamentos que le ayudan al dolor, su médico le recomendó que practique natación, debido a su enfermedad de tiroides tiene que reducir el consumo de sales y de carnes rojas, pero a ella le cuesta seguir una dieta. Constantemente discute con su marido porque él quiere ayudarla con las tareas del hogar, pero ella no lo deja, comentó que debido sus problemas hormonales por la tiroides sus estados de humor cambian constantemente, dice que a veces amanece de malas, a veces amanece de buenas, en ocasiones ignora a su marido porque no quiere verlo, cuando ella ha querido viajar sola, pero su esposo no la deja porque no hay quien la cuide.



La CPI 3 comentó que antes de iniciar el programa le costaba dormir, cuando quería tomar una pequeña siesta no lo conseguía y se ponía de mal humor y que no descansaba nada. Comentó que el día de la primera sesión decidió ir a acostarse un rato cerca de las 4:00 PM y se quedó profundamente dormida, ella se despertó a la 1:00 AM; comentó que descanso y que ya tenía tiempo que no dormía así, incluso su hija se sorprendió. Nos percatamos que su semblante fue mejorando poco a poco en cada sesión.



El CPI 1 en la penúltima sesión no reprimió sus emociones como en las sesiones anteriores al mostrarse preocupado por su esposa y se percató de lo cansada que ella se llega a sentir.

La intervención redujo la ansiedad y la depresión en los participantes, durante las sesiones su forma de expresarse fue mejorando, y comenzaron a pensar en su autoestima y en su salud emocional así como en su salud física.

4.2 Implicaciones

Los CPI en los días que no hay sesión se toman su tiempo para hacer las técnicas de relajación, ya sea de respiración o de imagería guiada.

9.2.6 Resultados Grupales

9.2.7 Análisis descriptivos.

Iniciaron 49 CPI de ambos sexos que atendían a personas dependientes con enfermedades crónico-degenerativas, con problemas de movilidad, con alguna discapacidad.

De los 49 participantes que iniciaron, 32 de ellos terminaron el programa; el 84.38% fueron mujeres, mientras que el 15,63% eran hombres, con un promedio de edad de 57,7 %. Con respecto a la escolaridad encontramos que 50% cuentan con nivel básico, el 34,38% nivel medio superior, con nivel superior tenemos un 3,13% mientras que el 12,50% no tiene escolaridad. Se encontró que la mayoría de CPI cuidan pacientes que tienen hipertensión, diabetes, y en menor escala se encuentran pacientes con insuficiencia renal. Los datos recabados sobre el estado civil de las y los CPI informó que el 47% son casados, el 20% son solteros, 14.28% viudos, el 10 % son separados, 6% viven en unión libre y el 2% son divorciados.

Escala de bienestar subjetivo (EBS-8) (Calleja Mason, 2020) tiene una media de 35.12 y una desviación estándar 12.57, en contraparte en nuestras aplicaciones se obtuvo una media mayor a la presentada por el autor, con una media de 43 y una desv. estándar de 27.46.

Se trabajó con la Escala de Malestar Psicológico (k-10) de (Kessler, et. al. 2002) donde se encontró una media dada por los autores de 20.04 y una desv. estándar de 6.96, en contraparte nuestros datos mostraron ligera diferencia, con una media de 20.71 y una desv. estándar de 8.64

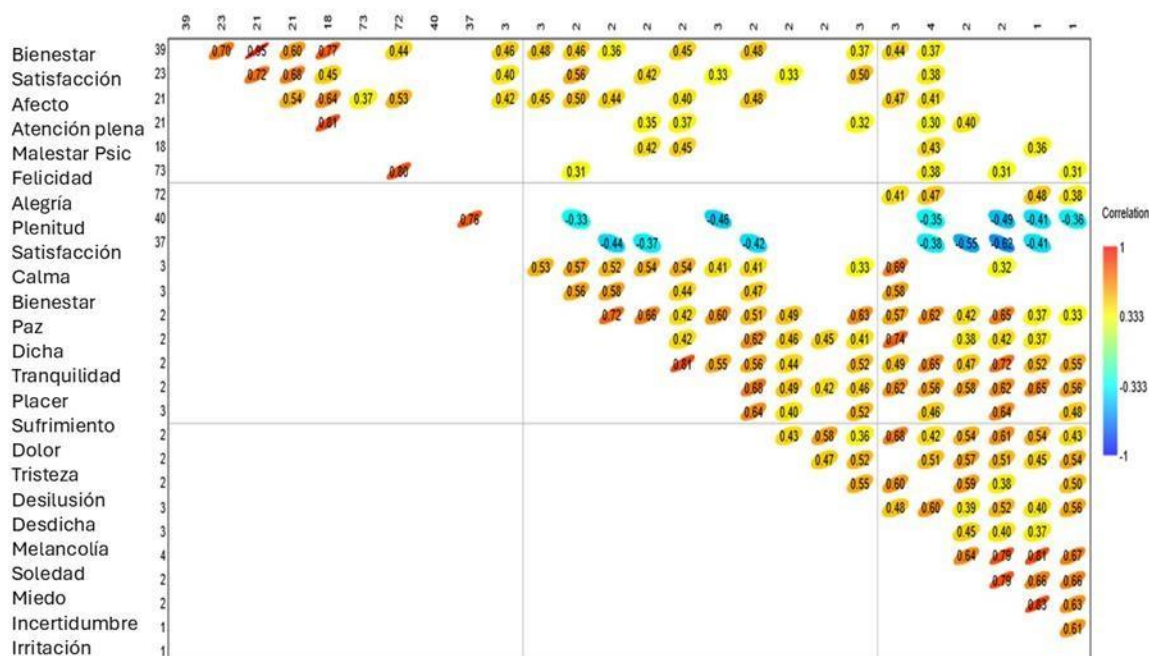
Se trabajó con la escala de atención plena (MAAS) desarrollada por (Kirk W. Brown, et.al 2003) Validada en población mexicana por (López Maya et.al.,2015).

No encontramos la media y la desviación estándar de la escala mencionada, pero nuestra media fue de 58.95 con una desv. estándar de 15.09.

3.2 Análisis correlacional

El análisis de correlaciones entre las variables psicosociales y la percepción de salud, mostrado en el **Correlograma (Figura 1)**, resalta las asociaciones significativas ($p < .05$).

Figura 1



La variable bienestar se ve asociada con la variable plenitud, esto nos dice que a mayor grado de bienestar tiene inferencia en la plenitud del CPI.

9.2.8 Efecto psicosocial de la intervención

MEDID

PR

POS

ESTADÍ

P

TAM

Bienest 38. 40.1(W = 286 0. 0.151 ar 8 (20.1) 18.5) 50

				0.	
				0.	
<i>Satisfac</i>	19.	17.9	W = 149	-	
<i>ción</i>	0 (6.87)	(7.81)		0.214	
			018		
			W = 267	0.315	
<i>Afecto</i>	20.	22.1			
<i>positivo</i>	9 (14.1)	(12.7)			
			145		
			W = 338	0.	0.554
<i>Atenció</i>	59.	63.3			
<i>n plena</i>	3 (14.8)	(13.4)			
			009		
			W = 53.0	0.	
<i>Malesta</i>	21.	19.8		-	
<i>r psicológico</i>	9 (8.51)	(8.21)		0.698	
			002		
			W = 37.0	0.	0.121
<i>Felicida</i>	3.5	3.61			
<i>d</i>	8 (1.03)	(1.05)			
			745		
			W = 32.5	0.	0.182
<i>Alegría</i>	3.5	3.63			
	6 (1.045)	(0.871)			
			627		
			W = 160	0.	0.684
<i>Plenitud</i>	3.1	3.53			
	3 (1.04)	(1.02)			
			003		

				0.	
				0.	
			W = 62.0	0.	
Satisfac	3.6	3.50			-
ción 3	(1.04)	(1.08)	478	0.190	
Calma	3.0	3.63	W = 162		0.705
9	(0.928)	(1.100)			
			005		
Bienest	3.3	3.72	W = 151		0.438
ar 4	(1.260)	(0.924)			
			073		
Paz	3.3	3.50	W = 78.5	0.	0.154
8	(1.29)	(1.30)			
			595		
Dicha	3.4	3.41	W = 33.0	1.	0.00
4	(1.22)	(1.10)			
			000		
Tranqui	3.5	3.69	W = 105	0.	0.100
lidad 9	(1.214)	(0.965)			
			696		
Placer	3.0	3.19	W = 103	0.	0.199
3	(1.26)	(1.12)			
			447		

					0.	
					0.	
				W = 82.5	0.	
<i>Sufrimie</i>	2.8	2.78				-
	nto 1 (1.061)	(0.975)			0.0351	
				909		
				W = 43.0	0.	
<i>Dolor</i>	3.3	3.13				-
	5 (1.02)	(1.28)		176	0.368	
<i>Tristeza</i>	3.0	3.00		W = 49.0		-
	9 (1.058)	(0.984)			0.183	
				518		
				W = 19.5		
<i>Desilusi</i>	2.9	2.63				-
	ón 4 (1.22)	(1.29)			0.629	
				028		
				W = 106	0.	0.116
<i>Desdich</i>	2.0	2.13				
	a 6 (1.22)	(1.10)				
				653		
				W = 59.0	0.	
<i>Melanc</i>	3.0	2.75				-
	olía 9 (0.963)	(1.270)			0.379	
				142		
				W = 49.0	0.	
<i>Soledad</i>	2.3	2.22				-
	8 (1.43)	(1.39)			0.183	
				532		

				0.	
				0.	
			W = 59.5	0.	
Miedo	2.7	2.44			-
	5 (1.16)	(1.22)			0.304
			256		
			W = 56.0	0.	
Incertid	3.0	2.63			-
	umbre 3 (1.28)	(1.04)			0.411
			112		
			W = 47.0	0.	
Irritació	2.9	2.78			-
	n 4 (1.22)	(1.24)			0.217
			465		

En la variable irritación no sufrió cambios significativos, se observó un valor p de 0.465 y un Tamaño del efecto de -0.217.

Por otro lado, la variable calma si mostró cambios significativos, con un valor p de 0.005 y un tamaño del efecto de 0.705.

3.4 Resultados de la intervención psicosocial individual

Resultados individuales

CPI 1

Nuestra CPI 1 ha mencionado que ha intentado replicar los ejercicios de relajación cuando se siente intranquila o cuando tiene algun problema con su esposo. Menciona que el acompañamiento psicosocial le ha ayudado a poner algunos límites a su pareja, que todavía le cuesta un poco hacerlo de manera continua, pero poco a poco ha ido estableciendo limites para con su esposo.

CPI 2

Nuestra CPI 2, por el contrario, no ha mostrado muchos cambios. Esto es entendible ya que la situación por la que atraviesa es muy compleja, su esposo desde hace dos años esta en un estado muy delicado, donde los médicos a los que ha acudido le mencionan que en cualquier momento su pareja puede perecer. Esto a ella le trae muchos sentimientos, y no deja que se enfoque en su bienestar. Intentamos en una sesión hacer ejercicios de Gimnasia cerebral y activación física en modo de (llevarle lo externo dentro de su hogar) ya que ella no sale mucho, y vimos buenos resultados, como en su estado de ánimo.

CPI 3

Nuestra CPI 3 tuvo pocas sesiones con nosotros en esta etapa, pero esto se debe a que ha estado acudiendo a sus ejercicios para su columna, lo cual no nos genera inconveniente alguno, por el contrario vemos que se dedica tiempo para atenderse y no lo posterga, sino que lo lleva a cabo cuando lo necesita. En cuanto al estado emocional tuvo una situación complicada al inicio de esta segunda etapa.

CPI 4

Nuestro CPI 4 sigue con buen ánimo, comenta que la edad ya le trae ciertas repercusiones a su físico, que él nota cambios significativos como el enfermarse mucho, sus dolencias se acrecientan. Algo que nos recalca mucho es su preocupación por lo económico ya que no le rinde el dinero, y en los últimos meses se ha visto presionado por esta situación.

9.2.9 Tercera etapa

En la tercera fase del estudio se prescindió de la aplicación de instrumentos estandarizados con escalas cuantitativas, dado que el propósito metodológico se orientó hacia un abordaje cualitativo. Este se fundamentó en el análisis de las interacciones sociales que surgen durante las sesiones grupales y en la identificación de los procesos psicosociales activados en el marco de la dinámica colectiva establecida entre las y los CPI. La elección metodológica respondió a la necesidad de captar con mayor profundidad los significados,

vínculos y transformaciones subjetivas producidas en el seno del grupo, aspectos que no serían adecuadamente representados mediante indicadores cuantificables.

9.3 Discusión

De acuerdo con los objetivos establecidos y los resultados obtenidos, el desarrollo de programas de intervención para cuidadores informales de personas con dependencia (debido a discapacidad, enfermedades crónicas, etc.) Se presenta como una opción esencial para mitigar los efectos del cuidado, lo que ayuda a reducir el malestar psicológico y emocional de los cuidadores (Martínez, Villalba y García, 2001).

En los resultados comparados en la intervención psicosocial por (Cruz, Torres, Rodríguez, Carranza, Vazquez, Manjarrez, 2024), pudimos notar diferencias a través de los correlogramas (PRE) en las variable de sobrecarga, donde en la primera no se encontró relación de la sobrecarga con las diferentes variables, a diferencia de los resultados de nosotros donde la variable sobrecarga se asocia con 8 variables, de las cuales 6 se asocian de manera negativa, y dos de manera positiva (ansiedad y depresión).

Se usaron las técnicas de relajación muscular progresiva a hubo un cambio significativo la ansiedad de los cuidadores disminuyó lo cual coincide con los resultados de Turan y colaboradores, (2025). También se ocuparon las técnicas de mindfulness descritas en (Tovar et al., 2021), en el cual indica que la atención plena requiere de entrenamiento y práctica constantes.

En revisiones sistemáticas, hechas en la práctica de mindfulness en cuidadores informales de personas con enfermedades mentales (Zhang, et. al., 2024) y de adultos mayores con demencia (Tahsin, et. al., 2021) reportaron la disminución de estrés.

En cuanto a las evaluaciones psicométricas, algunas cuidadoras presentaron cambios favorables y desfavorables, en algunos participantes mejoró la comunicación, el apoyo psicosocial a los cuidadores informales fue de ayuda para reducir el malestar relacionado con situaciones en su entorno familiar y su autocuidado.

En tal sentido, bajo lo referido anteriormente, las intervenciones comunitarias con cuidadores primarios informales mediante la investigación acción participativa bien planificadas y estructuras pueden efectuar una mejor calidad de vida de las personas y del bienestar de las comunidades de cuidadores informales.

10. Conclusiones generales

Se hace constar que a través de la intervención psicosocial con cuidadores primarios informales para promover el autocuidado de la salud, bienestar psicológico, fomentar redes de apoyo, reducir el malestar por medio de técnicas de relajación y mindfulness.

La mayoría de los participantes se vieron beneficiados por la intervención, no todos los cuidadores tuvieron el mismo efecto sobre estrés, ansiedad y depresión, además es necesario identificar a los que necesitan atención especializada. Debido a la intervención y promoción del autocuidado, las personas se preocupaban más por su salud, algunas de ellas se encargaban de realizar ejercicios aeróbicos y gimnasia cerebral, además se propusieron llevar una dieta balanceada.

Por otro lado, es necesario que se mantenga el contacto entre los participantes, ya que siendo un grupo de cuidadores existe la integración social y aceptación, lo que favoreció el proceso en la intervención fue la calidad del trato amable que recibieron los cuidadores por parte de los facilitadores así como la escucha activa y empatía, esto fue parte del acompañamiento.

Así mismo durante las sesiones los participantes pudieron expresar el malestar provocado por las emociones negativas que a su vez son causados por los problemas familiares, económicos, por la tensión, estrés y la sobrecarga y en el periodo de intervención los facilitadores ofrecieron respuestas basadas en información para que comprendan el malestar.

Para terminar, es necesario mencionar la falta de programas de apoyo social o de acompañamiento , pues son esenciales para que los cuidadores informales tengan buena calidad de vida y para que su salud no se siga viendo afectada por el desgaste.

10.1 Sugerencias

PRIMERA ETAPA Y SEGUNDA ETAPA

Dentro de un proyecto de intervención como este siempre se desea que haya mejoría como espacios de diálogo donde los facilitadores puedan expresar sus opiniones, ideas y preocupaciones, no solo respecto a la sesiones, y materiales de estudio sino también a las necesidades de los participantes.

Es de suma importancia el delimitar aún más las características de los participantes que se requieren para la intervención. Esto porque los instrumentos en ocasiones no eran respondidos en su totalidad debido a que los reactivos no eran adecuados o adaptados a las condiciones que vivían los cuidadores, o en su defecto buscar instrumentos acordes a las características de los participantes.

Consideramos necesario una capacitación previa a cada facilitador para poder llevar a cabo de una manera más ética y responsable las actividades que se llevan a cabo durante la intervención.

Elegir los temas para cada CPI dependiendo de sus resultados de las escalas que se les apliquen en la primera sesión y también tomar en cuenta las necesidades de cada uno.

10.2 Limitaciones

Consideramos que en San Miguel Teotongo se nos brindaron todas las facilidades para llevar a cabo dicha intervención, se nos brindaron espacios para llevar a cabo nuestras sesiones grupales, acompañamiento en primera instancia por parte de los miembros de la unión de colonos, un respaldo para con la comunidad, por parte de los miembros de colonos y de la iglesia entre otros puntos que considero estamos pasando por alto.

Dentro de las sesiones con las y los cuidadores, entendemos que algunas de las situaciones por las cuales no acudían a alguna sesión eran por problemas personales, de salud etc... o por el contrario porque tenían actividades que eran en beneficio para ellos, como terapias físicas, citas médicas, visitas familiares, poniendo por delante sus actividades que les causaban algún beneficio personal, pero con la disposición total de retomar nuestras actividades en las sesiones subsecuentes.

En el transcurso de las sesiones había ruidos, distracciones o cosas que podían distraer al participante del transcurso de la sesión, sin embargo, estamos trabajando en sus domicilios con todo lo que ello implica, y el punto de esta intervención es acompañar a los cuidadores en su día a día, o específicamente cada miércoles y tener la oportunidad de poder ver esos procesos o situaciones que enfrentan en un día y en una hora en particular.

Las principales limitaciones que encontramos no son tanto en el lugar donde se lleva a cabo la intervención, sino en el poco apoyo que reciben los Psicólogos Sociales en formación por parte de la universidad.

Equipos, insumos o instrumentos que necesitamos en el transcurso de la intervención son insuficientes y de años e intervenciones pasadas, y nosotros como estudiantes tenemos que buscar la forma de sacar adelante el proyecto, con los gastos y necesidades que ello implica.

Referencias

Ángeles Basilio, M. B., Hernández De la Cruz, J. A., Jiménez Palacios, L. S., Mendoza

Aguilera, L. E., Vidal Velazco, E. A., Domínguez Vieyra, N. A., López Gómez, A., & Landa-Ramírez, E. (2022). Ansiedad, depresión y sobrecarga en el cuidador primario informal del paciente de emergencias médicas: un estudio retrospectivo. *Revista de Educación e Investigación en EMERGENCIAS*, 4(2), 120-127.
[.https://doi.org/10.24875/REIE.21000080](https://doi.org/10.24875/REIE.21000080)

Antelo Ameijeiras, P., & Espinoza, P. (2024). The Influence of Different Types of Social Support in Caregivers of People with Dementia. *International Journal of Psychological Research*, 15(2), 85-93. <https://doi.org/10.21500/20112084.5639>

Association, A. P. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Publishing.

Autocuidado y bienestar para personas cuidadoras | Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores | Gobierno | gob.mx. (2022, June 3). Gobierno de México. Retrieved January 8, 2025, from <https://www.gob.mx/inapam/articulos/autocuidado-y-bienestarpara-personas-cuidadoras?idiom=es>

Autocuidado y bienestar para personas cuidadoras | Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores | Gobierno | gob.mx. (2022, June 3). Gobierno de México. Retrieved January 8, 2025, from <https://www.gob.mx/inapam/articulos/autocuidado-y-bienestarpara-personas-cuidadoras?idiom=es>

Basso, J. C., McHale, A., Ende, V., Oberlin, D. J., & Suzuki, W. A. (2019). Brief, daily meditation enhances attention, memory, mood, and emotional regulation in nonexperienced meditators. *Behavioural brain research*, 356, 208–220.
<https://doi.org/10.1016/j.bbr.2018.08.023>

- Basso, J. C., McHale, A., Ende, V., Oberlin, D. J., & Suzuki, W. A. (2019). Brief, daily meditation enhances attention, memory, mood, and emotional regulation in nonexperienced meditators. *Behavioural brain research*, 356, 208–220.
<https://doi.org/10.1016/j.bbr.2018.08.023>
- Bourne, E. J., & Garano, L. (2019). *Hacer frente a la ansiedad : 10 formas prácticas de aliviar la ansiedad, los miedos y las preocupaciones* (I. Murillo, Trans.). Amat Editorial.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Bustillo, M. L., Gómez Gutiérrez, M., & Guillén, A. I. (2018, Julio). Los cuidadores informales de personas mayores dependientes: una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años. *Clínica y Salud*, 29(2), 89-100.
<https://dx.doi.org/10.5093/clysa2018a13>
- Calleja, N., Mason, T. A., & Gómez Pérez, O. (2022, January 14). Escala de Bienestar Subjetivo, versión corta (EBS-8): Revalidación, invarianza de medición y teoría de respuesta al ítem | Acta Colombiana de Psicología. *Acta Colombiana de Psicología*. Retrieved September 25, 2024, from <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/3694>
- Carneros., P. Á. (2024, September 18). La Teoría Ecológica de Urie Bronfenbrenner. *Psicología y Mente*. Retrieved September 23, 2024, from <https://psicologiaymente.com/desarrollo/teoria-ecologica-bronfenbrenner>

- Carrasco, M., & Born, M. (2021). Manual de geriatría: Una mirada práctica e interdisciplinaria. Ediciones UC.
- Carrillo, A. (2019, April 16). Imaginería en terapia: qué es y cómo se usa en psicología. <https://psicologiaymente.com/clinica/imagineria>
- Carrillo, A. (2019, April 16). Imaginería en terapia: qué es y cómo se usa en psicología. Psicología y Mente. Retrieved September 25, 2024, from <https://psicologiaymente.com/clinica/imagineria>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (n.d.). A global measure of perceived stress. Journal of health and social behavior, 24(4), 385-396.
- Coob, S. (1976). Support as a Moderator of Life Stress. Psychosomatic Medicine, 38(5), 300-314. <http://dx.doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Coob, S. (1976). Support as a Moderator of Life Stress. Psychosomatic Medicine, 38(5), 300-314. <http://dx.doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Cruz García, C., Torres Jáuregui, A., Rodríguez Medina, D., Carranza Aguilar, M., Vázquez Ortega, J., & Majarrez Ibarra, J. (2024). INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL A DISTANCIA PARA EL MANEJO DE ESTRÉS Y SOBRECARGA EN CUIDADORES INFORMALES. Revista De Psicología De La Universidad Autónoma Del Estado De México, 13(37), 145-172. <https://doi.org/10.36677/rpsicologia.v13i37.24091>
- Cuidadores y cuidadoras de personas mayores | Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores | Gobierno | gob.mx. (2020, January 16). Gobierno de México. Retrieved January 8, 2025, from <https://www.gob.mx/inapam/articulos/cuidadores-ycuidadoras-de-personas-mayores>
- Dana, D. (2020). La teoría polivagal en terapia: Cómo unirse al ritmo de la regulación. Eleftheria.

- Domínguez Prieto, X. M. (2017). El arte de acompañar. PPC Editorial.
- Escamilla Gutiérrez,, M. L., Carrillo Valdez, L., & Ordaz Carrillo, M. I. (n.d.). PERFIL PSICOSOCIAL DEL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL DEL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO. UN ESTUDIO PILOTO. Revista Electrónica De Psicología Iztacala, 23(3). Recuperado a partir de, 23(3), 895-911.
<https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/76997>
- Fernández Abascal, E. G. (2015). Disfrutar de las emociones positivas. Grupo 5.
- Fernández García, T. (2021). Trabajo Social individualizado: metodología de intervención. Alianza.
- Fernández García, T. (2021). Trabajo Social individualizado: metodología de intervención. Alianza.
- Fortin M. F. El Proceso de Investigación: de la concepción a la realización. México: McGraw-Hill. 1999.
- Fu, B., Mei, Y., Lin, B., Guo, Y., Zhang, Z., Qi, B., & Wang, Y. (2022). Effects of A Benefit-Finding Intervention in Stroke Caregivers in Communities. Clinical gerontologist, 45(5), 1317–1329. <https://doi.org/10.1080/07317115.2020.1765062>
- Garita Hernández, M. J. (2018). Abordaje del cuidador fatigado, en atención primaria:
Revisión bibliográfica.
- Hughes, R. G. (Ed.). (2008). Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Hurtado Vega, J. C. (2021). Impacto psicosocial e intervenciones de apoyo para cuidadores informales de personas dependientes en México. Psicología Iberoamericana, 29(1).
<https://doi.org/10.48102/pi.v29i1.339>
- Hwang, Y., & Kim, J. (2023). Influence of caregivers' psychological well-being on the anxiety and depression of care recipients with dementia. Geriatric nursing, 55, 44-51.

<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.10.015>

INEGI. (2023, October 3). Noticia - Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados

(ENASIC) 2022. Inegi. Retrieved September 25, 2024, from

<https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=8481>

Instituto Electoral de la Ciudad de México. (2022). SCMGPC | Sistema de Consulta del

Marco Geográfico de Participación Ciudadana 2022. IECM. Retrieved May 3, 2025,

from <https://www.iecm.mx/www/scmgpc/#>.

Instituto Politécnico Nacional (IPN). (2022). 08_Respiración diafragmática. IPN. Retrieved

September 25, 2024, from

[https://www.ipn.mx/assets/files/dch/docs/Conocenos/ConSalud/2023/CH/Respiracion dia.pdf](https://www.ipn.mx/assets/files/dch/docs/Conocenos/ConSalud/2023/CH/Respiracion%20dia.pdf)

Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L.,

Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress.

Psychological Medicine, 32(6), 959-976. <https://doi.org/10.1017/s0033291702006074>

Kim, P. (2024, 10 22). El futuro de la economía del cuidado depende de la colaboración y de

una "actitud de cuidador". World Economic Forum. Retrieved 04 22, 2025, from

<https://es.weforum.org/stories/authors/kim-piaget/>

Leung, Y. W., Maslej, M. M., Ho, C., Razavi, S., Uy, P., Hosseini, M.-A., Avery, J., Rodin,

G., & Peterkin, A. (2023). Cocreating Meaning Through Expressive Writing and

Reading for Cancer Caregivers. Journal of palliative care, 30(3), 307–315.

<https://doi.org/10.1177/0825859719871538>

Levin, R. I., & Rubin, D. S. (1996). Estadística para administradores (A. H. Flores

Samaniego, Trans.). Pearson Educación.

- López Maya, E., Hernandez Pozoo, M. d. R., MéndezSegundo, L., Gutiérrez García, J. J., David Araujo Díaz, D., Nuñez Gazcón, A., Cervantes Sampayo, L. K., Nava Alcántara, S., Bautista García, L. E., & Hölzel, B. K. (2015). Psychometric properties of the mexican version of the mindful attention awareness scale (maas). *Psychologia: avances de la disciplina*, 9(1), 13-27.
- http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862015000100002&lng=en&tlng=.
- Löwe, B., Wahl, L., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., Schneider, A., & Brähler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *J Affect Disord*, 122(1-2), 86-95.
- <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.019>
- Luna, D. O. (2024). *Manual AFI: Abordaje Familiar Integral desde la perspectiva de la medicina familiar (lo mínimo, mínimo, mínimo básico que debes saber y dominar)*. Editora Dialética.
- Martínez, M. F., Villalva, C., & García, M. (2001). Programas de respiro para cuidadores familiares. *Intervención Psicosocial*, 10(1), 7-22.
- <https://www.redalyc.org/pdf/1798/179818298002.pdf>
- Más allá de los límites: Construye la mejor versión de tí. (2024). España: Jorge Javier Di Franco.
- "Medina, M. (2023). *Metodología de la investigación: Técnicas e instrumentos de investigación*. Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú.
- "
- Morocho, R. (2022). *Factores de riesgo del síndrome del cuidador cansado del adulto mayor*. Editorial Académica Española.

- Oblitas Guadalupe, L. A. (2000). *Psicología de la salud* (L. A. Oblitas Guadalupe, Ed.). Plaza y Valdés.
- OECD. (2024). *OECD Health Policy Studies Is Care Affordable for Older People?* OECD Publishing.
- Olivares Rodríguez, J., & Olivares Olivares, P. J. (2022). *Intervención psicológica transdiagnóstica: tercera generación de los tratamientos psicológicos*. Ediciones Pirámide.
- "Olvera, Y., Dominguez, B., Cruz, A., Pennebaker, J. & Cortés, J. (2002). Evaluación de la escritura emocional Autorreflexiva en estudiantes de Ingeniería del Instituto Politécnico Nacional. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 7(1)."
- Pasquini, S., Margaritini, A., Gambella, E., Di Rosa, M., Maranesi, E., Bevilacqua, R., Civerchia, P., & Pelliccioni, G. (2022). A Psychosocial Intervention for Supporting Informal Caregivers of Older People With Alzheimer Disease: Protocol for the InnFamiglia Randomized Controlled Trial. *JMIR research protocols*, 11(11), e37496. <https://doi.org/10.2196/37496>
- Pasquini, S., Margaritini, A., Gambella, E., Di Rosa, M., Maranesi, E., Bevilacqua, R., Civerchia, P., & Pelliccioni, G. (2022). A Psychosocial Intervention for Supporting Informal Caregivers of Older People With Alzheimer Disease: Protocol for the InnFamiglia Randomized Controlled Trial. *JMIR research protocols*, 11(11), e37496. <https://doi.org/10.2196/37496>
- Pons Diez, X. (2022). *El marco teórico de la psicología social*. Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Porges S. W. (1995). Orienting in a defensive world: mammalian modifications of our evolutionary heritage. A Polyvagal Theory. *Psychophysiology*, 32(4), 301–318. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1995.tb01213.x>

- Porges S. W. (1995). Orienting in a defensive world: mammalian modifications of our evolutionary heritage. A Polyvagal Theory. *Psychophysiology*, 32(4), 301–318.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1995.tb01213.x>
- Prochaska J, DiClemente C. Transactional therapy: toward a more integrative model of change. En: *Psichoterapy: theory, research and practice* 1982; 19:276-288.
- Prochaska, J. & Marcus, B. (1994). The transtheoretical model: Applications to exercise. In R. Dishman (ed.), *Advances in exercise adherence* (pp. 161-180). Champaign: Human Kinetics Publishers.
- Puerto Pedraza, H. M., & Carrillo González, G. M. (2015). Calidad de vida y soporte social en los cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cáncer. *Universidad Industrial de Santander*, 47(2), 125-136. <https://www.redalyc.org/pdf/3438/343839278004.pdf>
- Riddle, J. P., Smith, H. E., & Jones, C. J. (2016). Does written emotional disclosure improve the psychological and physical health of caregivers? A systematic review and metaanalysis. *Behaviour Research and Therapy*, 80, 23-32.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.03.004>
- Rodríguez Medina, D. A., Domínguez Trejo, B., Leija Alva, G., Ortiz Omaña, M., & Carreño Morales, C. (2018). Efectos psicofisiológicos de la respiración diafragmática y la estimulación térmica sobre la actividad autonómica del estrés agudo. *cta De Investigación Psicológica*, 8(2), 101-113.
<https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2018.2.09>
- Ruiz Fernández, M. Á., Díaz García, M. I., & Villalobos Crespo, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales*. Desclée De Brouwer.
- Salazar Camacho, A. (2022). Sobrecarga del cuidador de paciente adulto mayor en el hospital general de zona de 2do nivel IMSS en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Repositorio

Institucional BUAP. Retrieved September 25, 2024, from
<https://repositorioinstitucional.buap.mx/items/83bed095-6f4f-410a-a4b9-115d355b3597>

- Salcedo Gómez, M., Morales Chainé, S., Treviño Santa Cruz, C. L., Ramírez Valdés, B., López Montoya, A., Robles García, R., Bosch Maldonado, A., Beristain Aguirre, A., & Palafox Palafox, G. (2022). Riesgos a la Salud Mental de las Personas Cuidadoras durante la Pandemia por COVID-19 en México. *Acta De Investigación Psicológica*, 12(3), 18-31. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2022.3.459>
- Saldivia, S., Aslan, J., Cova, F., Vicente, B., Inostroza, C., & Rincón, P. (2019). Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. *SciELO Chile*. Retrieved September 25, 2024, from https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000100053
- Sánchez Romero, C., Crespo Molero, F., & Muñoz Jiménez, E. M. (2024). Tratamiento educativo de la diversidad: adaptabilidad al contexto educativo desde una mirada inclusiva. *Universidad Nacional de Educación a Distancia*.
- Santos Vega, M. X., Ortega Andeane, P., & Galindo Vázquez, Ó. (2023). Propiedades psicométricas de la Escala de Malestar Psicológico (K-10) en cuidadores primarios de pacientes con cáncer. *Psicología y Salud*, 33(1), 253-261.
<https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2788>
- Santos-Vega, M. X., Ortega-Andeane, P., & Toledano-Toledano, F. (2021). Validez y confiabilidad de la Escala de Apoyo Social Percibido (MSPSS). *Dialnet*. Retrieved September 25, 2024, from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8136232>
- Shawn, T. (2022). *La biblia del equilibrio hormonal: Un plan holístico para tener una salud*

- de por vida. GRIJALBO.
- Shawn, T. (2022). La biblia del equilibrio hormonal: Un plan holístico para tener una salud de por vida. GRIJALBO.
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, 32, 705-712.
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. (2021). Importancia de la y el cuidador primario y su salud mental [Archivo PDF].
https://sitios1.dif.gob.mx/Rehabilitacion/docs/telerehabilitacion/Cuidados_Primarios.pdf
- Tahsin, F., Stanyon, W., Sun, W., & Gamble, B. (2021). A single mindfulness session with informal caregivers of seniors living with dementia: a pilot qualitative descriptive study. *Aging clinical and experimental research*, 33(2), 391–397.
<https://doi.org/10.1007/s40520-020-01548-6>
- Tinajero, L. I. (2023). Design, Development, and Validation of the Self-Perceived Health Scale (SPHS). MDPI. Retrieved September 24, 2024, from
<https://www.mdpi.com/2227-9032/11/14/2007>
- Tejeira, A. (2023). PROYECTO DE INTERVENCIÓN PARA CUIDADORES PRIMARIOS: | Enfoque. Portal de Revistas de la Universidad de Panamá. Retrieved September 25, 2024, from
<https://revistas.up.ac.pa/index.php/enfoque/article/view/3546>
- Tovar Garza, E. Y., Orozco Ramírez, L. A., & Ybarra Sagarduy, J. L. (2020). Compendio práctico de mindfulness y regulación emocional (1st ed.). Colofón.
- Turan, G. B., Özer, Z., & Demir, C. (2025). The Effect of Progressive Muscle Relaxation Exercises Applied to Caregivers of Palliative Care Patients on Stress Coping Styles

and Anxiety Levels: A Randomised Controlled Trial. *Nursing open*, 12(2), e70149.

<https://doi.org/10.1002/nop2.70149>

Ubate Buitrago, S. Y., & Flores de Bishop, C. (2023). PROYECTO DE INTERVENCIÓN PARA CUIDADORES PRIMARIOS: : TÚ CUIDAS DE QUIEN TE NECESITA, NOSOTROS CUIDAMOS DE TI . *Enfoque*, 32(28), 22–44. Recuperado a partir de <https://www.revistas.up.ac.pa/index.php/enfoque/article/view/3546>

Ubate Buitrago, S. Y., & Flores de Bishop, C. (2023). PROYECTO DE INTERVENCIÓN PARA CUIDADORES PRIMARIOS: : TÚ CUIDAS DE QUIEN TE NECESITA, NOSOTROS CUIDAMOS DE TI . *Enfoque*, 32(28), 22–44. Recuperado a partir de <https://www.revistas.up.ac.pa/index.php/enfoque/article/view/3546>

Vargas Terrez, B. E., Villamil Salcedo, V., Rodríguez Estrada, C., Pérez Romero, J., & Cortés Sotres, J. (2011). Validación de la escala Kessler 10 (K–10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. *Propiedades psicométricas. Salud mental*, 34(4), 323-331.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000400005&lng=es.

Velasco Matus, P. W., Rivera Aragón, S., Domínguez Espinosa, A. d. C., Méndez Rangel, F., & Díaz Loving, R. (2022). Positive Affect/Negative Affect Scale for Mexicans

(PANA-M): Evidences of Validity and Reliability. *Acta de investigación psicológica*, 11(1), 95-113. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2021.1.377>

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief

Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.

Willink, T. (2020). Manejo Del Estrés. *ЛитРес*.

Yela Garcia, C., Ayllon Alonso, E., & Calderon Garcia, N. (2017). *Psicologia Social De Los*

Problemas Sociales (1 a edición ed.). Alfaomega Grupo Editor.

Yüce, G. E., Döner, A., Aylin Bilgin, & Muz, G. (2024). The effect of mindfulness-based interventions on caregiver burden, quality of life and psychological distress in caregivers of adults with chronic diseases: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 21(5), 528-541. <https://doi.org/10.1111/wvn.12736>

Zhang, X., Ren, H., Wang, C., Zhang, Y., Zhou, Q., & Fan, J. (2024). The effect of mindfulness-based interventions on mental health outcomes and wellbeing of informal caregivers of people with mental illness: A systematic review and metaanalysis. *International journal of mental health nursing*, 33(4), 797–816. <https://doi.org/10.1111/inm.13295>

Zimet, G. (1988). (PDF) The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. ResearchGate. Retrieved September 25, 2024, from https://www.researchgate.net/publication/240290845_The_Multidimensional_Scale_of_Perceived_Social_Support

11. ANEXOS

ETAPA 1 y 2 Bitácoras

[Diada 8. Estephani - Ricardo - Google Drive](#)

ETAPA 3 Bitácoras grupales y Cartas descriptivas

<https://drive.google.com/drive/u/2/folders/1K-JIAbasVijViACCCHW7U8CIyAQHHy0A>