



Casa abierta al tiempo

**Universidad Autónoma Metropolitana
Unidad Iztapalapa**

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

**“Reforzando el bienestar: Estrategias de apoyo a cuidadores primarios en la
comunidad de San Miguel Teotongo, Iztapalapa, CDMX.”**

Informe de Intervención comunitaria para obtener el Título de:
Licenciado en Psicología Social y Licenciada en Psicología Social

Presentan:

Cruz Vidal Carlos Gerardo | 2193058143

Valentino Estrada Melissa Haideé | 2203048884

Mtro. José Joel Vazquez Ortega

Asesor



Mtro. Jesús Omar Manjarrez Ibarra

Lector

Trimestre 25-I

Ciudad de México, Abril 2025

RESUMEN

El objetivo de este reporte de investigación es el dar a conocer los efectos del acompañamiento psicosocial hacia los cuidadores primarios informales que residen dentro de la comunidad de San Miguel Teotongo, mostrando las problemáticas con las que lidian día a día, junto con herramientas que los ayuden a confrontarlo como el apoyo emocional, instrumental e informativo la escucha activa, etc. igualmente el implementar distintos temas para su comprendimiento y posterior uso en su vida diaria, tales como organización de tiempo, técnicas de relajación, entendimiento de la escritura emocional autorreflexiva con respecto a sus emociones, pensamientos y técnicas de cómo afrontarlo, etc.

Siendo este reporte dividido entre tres fases las cuales redactan un acercamiento tanto individual como grupal, apoyándose en análisis tanto cualitativos como cuantitativos dados por los distintos instrumentos aplicados y procesados en distintos softwares como ATLAS ti. y SPSS Statistics, esto con el fin de resaltar la canalización de sus experiencias vividas hacia una mejor toma de decisiones y dándole a conocer los recursos que estas poseen y están disponibles para ellos, e igualmente para promover el bienestar y reducir los niveles de estrés y sobrecarga que pueden llegar a presentar.

Palabras Clave:

Bienestar, estrés, ansiedad, cuidadores informales, salud, sobrecarga, comunicación, límites, sesiones, relaciones, emociones, redes de apoyo, grupo.

ABSTRACT

The objective of this research report is to present the effects of psychosocial support for informal primary caregivers residing in the community of San Miguel Teotongo. This report presents the problems they face daily, along with tools to help them address them, such as emotional, instrumental, and informational support, active listening, and other tools. It also aims to implement various topics for their understanding and subsequent use in their daily lives, such as time management, relaxation techniques, understanding self-reflective emotional writing regarding their emotions, thoughts, and coping techniques, among others.

This report is divided into three phases, each of which presents both an individual and group approach, supported by both qualitative and quantitative analyses provided by the various instruments applied and processed in different software programs such as ATLAS ti. and SPSS Statistics, with the aim of highlighting the channeling of their lived experiences toward better decision-making and making them aware of the resources available to them, as well as promoting well-being and reducing the levels of stress and overload they may experience.

Keywords:

Well-being, stress, anxiety, informal caregivers, health, overload, communication, boundaries, sessions, relationships, emotions, support networks, group.

DEDICATORIAS

A mí familia por apoyarme y motivarme durante la carrera. A mi padre que a pesar de no poder continuar a mi lado siempre fue la razón de mi esfuerzo.

A mis amigos que me escucharon y aconsejaron y continúan estando a mi lado.

-Con mucho amor y respeto, Valentino Estrada Melissa Haideé.

Le dedico este trabajo a mi familia.

Gracias por todo el esfuerzo, sacrificio, paciencia y comprensión que me han mostrado, por guiarme y confiar en mí, por enseñarme que con perseverancia hay esperanza, por su amor incondicional que día a día lo expresan en cada acto desinteresado o en cada preocupación que me han llegado a comentar, siendo mi mayor inspiración, mi mayor alegría y mi mayor motivación.

También le dedico especialmente este trabajo a mi mamá y a mi abuelita.

Gracias por ser los pilares más importantes en mi vida, por haberme amado incondicionalmente y siempre haberlo expresado, honestamente hay tantas cosas que quiero decir y expresar sin embargo lo único que puedo decir en este momento es gracias, a día de hoy la promesa que hice con ustedes hace 13 años se cumplió finalmente y se que donde quiera que estén, estarán orgullosos de mi.

-Con todo el amor, cariño y gratitud, Cruz Vidal Carlos Gerardo

AGRADECIMIENTOS

De parte de Valentino Estrada Melissa Haideé.

Le agradezco a mi madre por su esfuerzo y sacrificio para poder apoyarme y hacer de mí la persona que soy. Por su valentía y su fortaleza que me inspiró a retribuir todo lo bueno que me ha enseñado.

A mi hermana por ser la persona más especial que tengo en mi vida, por enseñarme y corregirme. Por su bondad y su amor incondicional. Agradezco el ejemplo que me ha otorgado, su paciencia y comprensión.

A mi hermano por su demostración de perseverancia, inteligencia y fortaleza que me han mostrado el camino al que aspiro. Por su cariño y apoyo incondicional. Y por darme la oportunidad de tener una sobrina que me ha recordado la inocencia y bondad que me motiva a buscar hacer un bien social.

A las cuidadoras, las cuales nos abrieron las puertas de su casa e hicieron que este trabajo sea posible.

A mi mejor amiga Mónica por acompañarme y apoyarme durante gran parte de mi vida, a Sam por la gran amistad que me ha ofrecido, las experiencias tan divertidas y las conversaciones profundas, a Andy e Itza por los consejos y las anécdotas. A mi amigo Axel por ser tan comprensivo y hacerme explorar un lado sensible en mí. Finalmente a mi diada Carlos porque se convirtió en un gran amigo, me motivó y permitió que este proyecto fuera más llevadero e increíble con todas las experiencias que tuvimos.

De parte de Cruz Vidal Carlos Gerardo.

A mi mamá Rosa Maria la cual me enseñó lo que es un amor incondicional de una madre, por siempre haberse preocupado por mi y por mi hermano hasta el ultimo día de su vida, que me ha guiado ya sea por sus consejos o enseñanzas, que me ha enseñado a nunca rendirme y siempre ver hacia adelante y nunca hacia atrás y a que a día de hoy sigo recordando con tanto amor.

A mi abuelita Angelina la cual siempre vio por mi en mi momento de necesidad, la que fue una madre para mi y antepuso su bienestar por mi y por mi hermano, la que no importaba cuánta lucha se diera siempre luchaba ante la adversidad con una sonrisa en su rostro.

A mi abuelito Hilario el cual ha sido uno de mis grandes pilares, el que más me ha guiado en toda mi trayectoria personal, la persona que ve que nunca me haga falta un plato de alimento, el que busca siempre mi bienestar con sus pequeños detalles, y a sido una inspiración para seguir adelante.

A mi papa Eduardo el cual siempre se ha preocupado por mi en cada detalle, en cada acción que dice o hace, el que me da consejos en mis momentos de más incertidumbre, el que me ha compartido sus enseñanzas y anécdotas, el que me ha enseñado a hacer las cosas bien y de manera correcta y honrada, pero ante todo al enseñarme a ser un gran hombre, estoy orgulloso de ser tu hijo.

A mi hermano el cual a sido mi compañero de aventuras, el que me ha demostrado la hermandad, el cariño y la paciencia que puede tener un hermano hacia otro, el que me levanta en mis momentos más tristes y me enseña a que el presente es un regalo maravilloso y que se debe de aprovechar en cada momento.

A mis amigos Joseph, Viole, Gis, Axel, Andy, Sam, Itza, los cuales hemos pasado momentos tan maravillosos juntos, hemos compartido anécdotas, emociones y pensamientos tan profundos que hemos hecho ha formando así una amistad que sin importar el tiempo a la distancia se que sera una amistad incondicional la cual estará tanto en los buenos como en los malos momentos.

A las cuidadoras de San Miguel Teotongo las cuales hicieron posible este sueño al darnos la bienvenida a sus casa y por darnos su confianza a lo largo del proyecto.

A mi mismo por nunca haberme rendido y siempre ver la luz al final del túnel, con la perseverancia que sólo yo he de conocer.

Finalmente a mi diada Meli la cual sin duda alguna se ha convertido en alguien vital no solo dentro de este proyecto sino en mi vida, la diada con la cual he llegado a crear un lazo importante y verdadero, que me ha hecho reír, abrirse y expresarse como no me había expresado antes y llegar a tener una confianza invaluable, te quiero y te aprecio muchisimo, todo esto no habría sido posible sin tu ayuda, tus consejos y tu apoyo incondicional y por eso nunca dejaré de agradecerte.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	9
2. MARCO TEÓRICO.....	10
2.1. Primera Fase.....	10
2.1.1. Teoría Polivagal.....	10
2.1.2. Teoría Ecológica del Desarrollo Humano.....	12
2.1.3. Investigación Acción Participativa.....	13
2.1.4. Cuidadores Primarios Informales (CPI).....	15
2.1.5. Bienestar y Malestar.....	16
2.1.6. Teoría del Apoyo Social.....	18
2.1.7. Estrés.....	18
2.1.8. Comunicación Asertiva.....	19
2.1.9. Límites.....	20
2.1.10. Soledad.....	21
2.1.11. Mindfulness.....	21
2.1.12. Organización de tiempo.....	22
2.2. Segunda Fase.....	22
2.2.1. Roles Sociales.....	22
2.2.2. Escritura Emocional Autorreflexiva.....	23
2.2.3. Influencia Social.....	27
2.3. Tercera Fase.....	28
2.3.1. Reconocimiento de emociones.....	28
2.3.2. Regulación emocional.....	28
2.3.3. Duelo y Apoyo Social.....	29
2.3.4. Redes de apoyo.....	30
2.3.5. Relaciones sanas y cómo establecerlas.....	31
2.3.6. Autocuidado.....	31
3. CONTEXTO.....	32
3.1. Lugar/Escenario.....	32
4.1. Objetivo General.....	35
4.2. Objetivos Específicos.....	35
5. METODOLOGÍA.....	36
5.1. Planteamiento del problema.....	36
5.1.1. Justificación.....	36
5.1.2. Pregunta de investigación.....	37
5.2. Población de estudio.....	38
5.3. Muestra/ muestreo.....	38
5.4. Criterios.....	39
5.4.1. Criterios de inclusión.....	39
5.4.2. Criterios de exclusión.....	39
5.4.3. Criterios de eliminación.....	39
5.5. Procedimientos.....	40
5.5.1. Procedimiento fase 1.....	40

5.5.2. Procedimiento fase 2.....	47
5.5.3. Procedimiento fase 3.....	52
6. RESULTADOS.....	58
6.1. Primera Fase.....	58
6.1.1. Análisis Cuantitativo.....	58
6.1.2. Análisis Cualitativo.....	64
6.2. Resultados fase 2.....	71
6.2.1. Análisis Cuantitativo.....	71
6.2.2. Análisis Cualitativo.....	76
6.3. Resultados fase 3.....	89
6.3.1. Análisis Cualitativo.....	89
6.4. Discusión.....	101
6.5. Conclusión.....	102
6.5.1. Primera Fase.....	102
6.5.2. Segunda Fase.....	103
6.5.3. Tercera Fase.....	104
7. CONCLUSIONES GENERALES.....	105
8. SUGERENCIAS.....	106
9. LIMITACIONES.....	106
10. REFERENCIAS.....	108
11. ANEXOS.....	116
11.1. Anexos Etapa 1.....	116
11.2. Anexos Etapa 2.....	117
11.3. Anexos Etapa 3.....	117

1. INTRODUCCIÓN

Siendo el principal objetivo de la psicología social el estudio de la conducta de los individuos en un entorno social, dentro de ella se encuentra el entender la dinámica de los grupos para promover el bienestar social de las personas, un paso para ello se encuentra en la intervención comunitaria, la cual prevé los problemas de las comunidades planificando una intervención la cual busca un cambio en el mejoramiento de sus conductas para mejorar su bienestar y se sientan en pertenencia con el grupo desarrollando así recursos grupales y personales.

El proyecto de investigación del Año Terminal del bloque de Intervención Comunitaria en la evaluación e intervención psicosocial con cuidadores primarios informales consistió en un procesos de intervención el cual se dividió en 3 fases; las dos primeras fases se centraron en el carácter individual, siendo la tercera de carácter grupal, igualmente, durante la intervención se recolectaron análisis cualitativos y cuantitativos para comprender mejor las dificultades y necesidades de la población, siendo esta los cuidadores primarios dentro de la comunidad de San Miguel Teotongo, siendo parte del grupo de “La Carpa”.

Durante la primera fase se conformó en buscar a cuatro CPI dentro del área e integrarlas a ser parte del proyecto, con ello dimos avance a diferentes temas tanto generales como particulares dependiendo de las necesidades de las cuidadoras, teniendo sesiones semanales con ellas dentro de sus domicilios, junto con ello se utilizaron instrumentos para recolectar e interpretar los análisis cualitativos y cuantitativos, entre ellos: cuestionarios bitácoras, mediciones de temperatura, infografías, tripticos, técnicas de relajación; esto en busca de una acción participativa destinada a fomentar y canalizar el cambio.

En la segunda fase se centró en la Escritura Emocional Autorreflexiva (E.E.A.), la cual se centraba en escribir acerca de momentos dolorosos traumáticos o estresantes, manifestando sus pensamientos, sentimientos y emociones relacionados con dichos eventos,

esto con el fin de evaluar su funcionamiento biopsicosocial de las CPI , identificando sus situaciones y estilos de afrontamiento, sin embargo también se utilizó las herramientas de la primera fase para evaluar los cambios de las CPI durante las sesiones.

Finalmente, para la tercera fase se exploró el desarrollo de sesiones grupales, en la cuales se fueron abordando temas que nutrieron el aprendizaje e interés de las y los cuidadores, así como promover la comunicación entre los integrantes forjando un sentido de identidad, creando una red de apoyo.

En el transcurso de las sesiones, dentro de las tres fases hubo un proceso conceptual, metodológico y analítico, en los cuales se fundamentó cada sección, esto para tener una guía de nuestro proceso de intervención hacia los cuidadores primarios informales.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Primera Fase

2.1.1. Teoría Polivagal

La Teoría Polivagal de Stephen Porges (1994) Porges desarrolló la teoría polivagal (TP) como un complemento de la teoría de la compuerta, que postula un modelo neurobiológico que supone el Sistema Nervioso Autónomo (SNA) como un sistema relacional que ofrece señales de seguridad o de peligro en la comunicación con otros sistemas nerviosos del entorno que activan o desactivan el sistema de conexión social. La Teoría Polivagal (Dana, 2019) se apoya en un modelo estímulo-organismo-respuesta y considera el estado autónomo como una variable interviniente (organismo) medible, por lo que busca comprobar hipótesis respecto a la relación de la función del SNA y los problemas de salud, tales como el dolor crónico. En este sentido, la teoría polivagal explica cómo el SNA regula las respuestas emocionales y comportamientos sociales, esto llevado con los CPI se puede ver de manera

metafórica con la escalera autónoma polivagal el cual se representa de manera jerárquica como funciona el sistema nervioso ante situaciones de estrés:

1. Parte superior de la escalera: se centra en el nervio vago ventral, siendo una ramificación del nervio vago (parasimpático) el cual busca la regularización emocional y la seguridad por medio de una conexión social.
2. Parte intermedia de la escalera: se encuentra en la rama simpática de nuestro sistema nervioso, y se activa cuando hay una situación de peligro o inquietud en el cual se lucha contra las amenazas, siendo las opciones de acción luchar o huir.
3. Parte inferior de la escalera: se encuentra en el nervio vago dorsal de la rama parasimpática, en el cual nos inmovilizamos/colapsamos ante las situaciones que nos sobrepasan.

Esto ha ayudado en las intervenciones comunitarias al ver cómo se sienten seguros y calmados gracias al vagal ventral, sin embargo ante las adversidades, la inquietud que uno se genera y las necesidades de sus dependientes, genera que los CPI estén alerta y activen el sistema nervioso simpático, entrando en un estado de lucha o huida, durante este estado son más propensos a una mayor vulnerabilidad ante enfermedades como problemas cardíacos, estrés crónico, insomnio o colesterol alto, finalmente si los cuidadoras no ven otro recurso en el cual puedan apoyarse pueden llegar hasta el extremo de usar el complejo vagal dorsal, llevándolos a una etapa de cierre, desconexión y disociación llegando a padecer en estos casos depresión, aislamiento, fatiga crónica, presión arterial baja, por lo cual es vital el poder establecer una constancia en el bienestar de los cuidadores en pro de su salud, al poder entender su situación en la que están pasando y hacer que se autoredirigan a una estabilidad biopsicosocial.

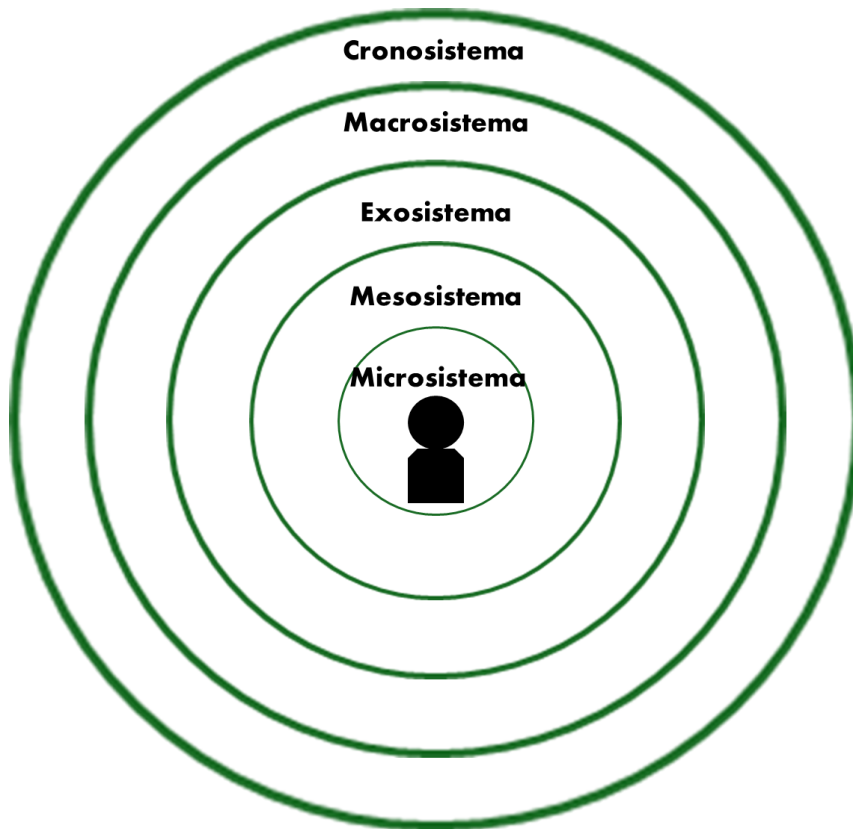
2.1.2. Teoría Ecológica del Desarrollo Humano

En la Teoría Ecológica del Desarrollo Humano de Urie Bronfenbrenner (1979) el modelo se centra en la conducta humana y como está en constante interacción con diferentes niveles o ambientes los cuales son parte de nuestro entorno y nos afectan de manera tanto directa como indirectamente (Álvarez, 2015) en nuestra salud, bienestar psicológico, moral y social, estos niveles se dividen de la siguiente manera:

1. Microsistema: el primero representando el entorno más cercano en el cual las personas tienen contacto directo (amigos, padres, la escuela).
2. Mesosistema: es la conexión con personas cercanas a él en el microsistema como familiares, amigos, etc.
3. Exosistema: es un sistema social en donde el individuo no actúa de manera directa, pero que tienen un impacto en su vida de manera directa o indirecta (recursos de la comunidad, horario laboral de los padres).
4. Macrosistema: es el conjunto de valores, morales, cultura, política, leyes de la sociedad en la que el individuo se encuentra.
5. Cronosistema define el espacio/tiempo del individuo y su entorno (cambios fisiológicos dentro de un determinado tiempo, cuestiones contextuales de la época).

Figura 1

Los sistemas de la Teoría Ecológica de Bronfenbrenner



La teoría ecológica también ha sido utilizada en usos de la intervención debido a su desarrollo en los aspectos cognitivos en las diferentes dimensiones socioculturales que nos rodean, nos ha apoyado en ver las relaciones sociales y el impacto que se pueden percibir en los CPI, siendo el entorno un concepto clave en cuanto a la socialización de los cuidadores al adaptarse a su rol como la presión por mantener las expectativas de la sociedad y de su círculo cercano sin siquiera pensar de manera individual.

2.1.3. Investigación Acción Participativa

Al hablar de la investigación de acción participativa (IAP) se tiene primero que indagar sobre las diversas corrientes teóricas que se han desarrollado, siendo de las más importantes los estudios implementados por Kurt Lewin en 1940, el cual se centró en el cambio social y las dinámicas de grupo, igualmente John Dewey (1859-1952) comenta de un verdadero

conocimiento a través de la acción y reflexión que se debe de dar en una sociedad con el fin de un desarrollo democrático.

Mostrando principalmente que la investigación acción participativa busca la participación y la acción en las personas dentro de una comunidad (Zapata y Vidal, 2016), siendo una manera viable de solucionar los conflictos a través de la colaboración de los participantes dentro de ésta, llevando a cabo una transformación social, siendo su principales bases:

- Investigación: Convicción y desarrollo en el conocimiento y sus diversas maneras de expresarlo y fortalecimiento en el pensamiento.
- Participación: Respeto a su autonomía, aunque también resaltando los valores democráticos en la sociedad, junto con una comunicación abierta entre los investigadores y la comunidad.
- Acción: Compromiso en fomentar cambios en pro de la comunidad involucrada.

Igualmente en la participación de las comunidades pueden ser variadas dentro de esta investigación siendo:

- Contractual: Solo una persona tiene el peso en la toma de decisiones en el grupo y las personas que apoyan directa o indirectamente son “contratados”.
- Consultiva: Sigue teniendo todo el peso de la toma de decisiones una persona, sin embargo se da una prioridad a la consulta, opiniones e información de las otras personas.
- Colaborativa: Se distribuye el control de manera más equitativa con diferentes personas aportando y contribuyendo información y en la toma de decisiones

- Colegiada: Diferentes personas se apoyan de manera equitativa distribuyendo sus obligaciones y su toma de decisiones, viendo la colaboración grupal de manera de “socios”.

Mediante eso la IAP puede ayudar con los cuidadores primarios informales al poder juntarlos, revisar sus casos de manera individual se pudo entender su situación e impacto dentro de no solo su relación con su persona dependiente, sino que abrió las puertas hacia su relación y jerarquía dentro de su red familiar, generando así que se formule un plan para su debido acompañamiento en busca de un cambio en pro de su bienestar.

Siendo así un medio de orientación que se apoya no solo de las teorías ya preestablecidas del tema, sino que busca adentrarnos en la comunidad y crear lazos dentro de esta para conocer de primera mano sus necesidades, generando así medidas para mejorar su calidad de vida.

2.1.4. Cuidadores Primarios Informales (CPI)

Los cuidadores primarios informales o CPI (González, 2020) son personas con algún vínculo afectivo o familiar que se encargan de cuidar y ayudar a las personas que tengan alguna enfermedad crónica, terminal o algún problema que impida su autosuficiencia sin remuneración económica, estos cuentan con una nula capacitación profesional, al igual que puede generarse sobrecarga, desarrollando alteraciones psicológicas que repercuten en la salud física y mental, siendo estas, deterioro de la salud, estrés, depresión, alteraciones en la concentración, soledad, tristeza y en casos graves la muerte.

Siendo nuestra principal tema de investigación los cuidadores primarios informales, los cuales asumieron una responsabilidad de cuidar a una persona con alguna discapacidad o

enfermedad crónica degenerativa, lo cual evita que se desarrolle completamente en su vida diaria, provocando que descuiden su salud emocional, física y social.

Este programa indaga sobre el impacto biopsicosocial; dado que muchos de los cuidadores presentaron altos niveles de estilos de vida poco saludables, sobrecarga y sintomatología depresiva, reflejando la importancia de implementar intervenciones de psicología social con base en el perfil de los cuidadores, que permitan prevenir un mayor desgaste biopsicosocial; al igual que se observó la influencia y el impacto del acompañamiento dentro del propio entorno de los CPI, entrando a sus domicilios a dar las sesiones según establecidos en el programa, explorando su entorno social y logrando ver una nueva perspectiva desde su zona de confort, al igual que presenciar cómo interaccionan dentro de sus entornos sociales y como le repercute tanto en su autocuidado como en el cuidado hacia las personas dependientes de ellos.

2.1.5. Bienestar y Malestar

Es importante reflejar la relevancia de los cuidadores primarios en el ámbito de la salud ante el cuidado físico y emocional de sus personas dependientes al ser los primeros que interceden por ellos aun sin una formación académica la cual los apoye, proporcionando un ambiente de protección y seguridad, cabe resaltar que los cuidadores primarios informales (CPI), han tenido diversas adversidades ante el cuidado de sus dependientes debido a diversas variables tanto micro como meso, siendo partes de estas el peso del rol de cuidador, anteponiendo los intereses y la salud de su familiar a costa suya, igualmente el adaptarse a sus funciones cotidianas tales como estar pendiente de sus actividades diarias como vestirse, su alimentación, sus consultas médicas y su debida medicación, llevándolos a afectar de manera física, psicológica, y social a largo plazo, en parte perdiendo parte de su libertad ante la carga de una mayor responsabilidad, específicamente en el ámbito social, las redes de apoyo de

familiares y amigos se han visto casi nulas en cuanto apoyo emocional y económico a las necesidades del cuidador y una grave falta de solidaridad y empatía por la salud del CPI, provocando un aumento de sobrecarga de trabajo, estrés y desgaste tanto emocional como físico (Vicente et al., 2022), cabe resaltar que otros aspectos los cuales afectan a los CPI es su lugar demográfico en el cual residen, ya sea por su población, territorio, su nivel socioeconómico, nivel académico que afectan de manera directamente o indirectamente, teniendo diversos fenómenos sociodemográficos.

Siguiendo con las variables que afectan a los CPI, se encuentra el aumento de adultos mayores en México el cual se debe al aumento de la esperanza de vida de los adultos de la tercera edad han ido en aumento mientras que la natalidad ha disminuido gradualmente. En 2025, se estima que habrá más de 52 adultos mayores por cada 100 niños menores de 15 años en México, según *statista*. Si esta tendencia continúa, en 2070 habrá más del doble de adultos mayores que niños. Del mismo modo, el incremento de enfermedades crónicas ha sido alarmante ya que ciertas condiciones van en aumento, tales como la obesidad, la diabetes y las enfermedades autoinmunes, así como las infecciones por SARS-CoV-2. Las investigaciones enfocadas en las afecciones psicoemocionales y psicosociales de los CPI han sido mínimas, debido a la proyección en cuanto al aumento de población de adultos mayores, y el empeoramiento de salud y bienestar, es importante dirigir, evaluar y fomentar las capacidades de cuidado y autocuidado, así como la difusión y un mayor reconocimiento por su labor; puede suponerse que la escasa variedad de información es debido al desconocimiento de la población, y la invisibilización que es el ser CPI, por tanto, no representa un problema social en un periodo de corto plazo.

En el aspecto de malestar siendo un concepto extenso y lleno de complejidad, dado que es presentado por cuestiones tanto culturales, sociales e incluso matices más íntimos; las

fuentes comunes de malestar están ligados a problemas laborales, familiares, problemas de pareja, sobrecarga, problemas sociales y de salud (Mateu, 2020), en el caso de los cuidadores primarios, la sobrecarga de cuidar a la persona dependiente ha generado un desgaste físico y emocional, afectando tanto a su calidad de vida como a su salud, ante las constantes demandas que tiene el ser CPI, esto también es apoyado de manera externa a ciertas cuestiones sociales como falta de apoyo social y la falta de recursos económicos.

2.1.6. Teoría del Apoyo Social

Cómo seres humanos es fundamental el formar parte de un grupo, desde que nacemos hasta que morimos se está en constante interacción con otros individuos. La teoría del apoyo social son interacciones que se dan a alguien apreciado. Es decir, se puede entender el apoyo social como un método que reduce los efectos negativos del estrés psicosocial en la salud y el bienestar de las personas. Basado en esta teoría, las redes de apoyo han sido un tema que se ha abordado en esta última etapa la cual consiste en que los cuidadores al llevar un lapso de 6 meses participando en las sesiones de manera individual se junten en esta etapa creando una red de apoyo entre ellas, debido a que estas redes generan un vínculo y unión en las personas fortaleciendo el bienestar emocional y la seguridad del grupo (Soriano, 2023).

2.1.7. Estrés

Lazarus & Folkman (1991), definen al estrés psicológico como una “Relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”.

Al ser el estrés un mecanismos de defensa de nuestro cuerpo ante las tensiones del entorno que afectan nuestro bienestar, the American Psychological Association (2010) divide el estrés en tres grados: estrés agudo el cual es el la respuesta más común de estrés el cual

perdura en un corto plazo de tiempo, el estrés agudo episódico el cual resulta ser de respuesta moderada ante constantes estímulos (agresividad, angustia, presión constante) y el estrés crónico, siendo el cúmulo de las sensaciones de tensión, preocupación y peligro (traumas, violencia, abusos) por un prolongado periodo de tiempo (semanas, meses o años).

El estado prolongado de estrés trae consigo diversas consecuencias para la salud mental y física, tales como: Ansiedad, depresión, problemas digestivos, dolores de cabeza, trastornos en el estado de ánimo, tensión y dolor muscular, accidente cerebrovascular, problemas de sueño, aumento de peso, adicciones, deterioro de la concentración y la memoria, enfermedades cardíacas, hipertensión, cardiopatías, obesidad y síndrome metabólico, diabetes tipo II, artritis, crisis nerviosa, etc..

Para ello se debe concentrar en el reconocimiento y concientización de la labor de los CPI, tanto con ellos como con aquella población allegada, ya sea el núcleo familiar o círculo de amigos. Teniendo presente el objetivo, realizó después una planificación a partir de la información y análisis de cada caso, adaptando así el desarrollo de sesiones e incluyendo temas de interés dentro de las circunstancias de los cuidadores.

2.1.8. Comunicación Asertiva

La comunicación asertiva es la capacidad de poder expresarse de manera directa dentro de su contexto social/cultural (Lachira et al., 2020), en el cual permite la facilidad de las relaciones interpersonales, otorgando la oportunidad de expresarse de una manera libre y abierta, teniendo como finalidad la resolución de conflictos al igual que el producir límites en lo que uno quiere y no quiere hacer.

Para los CPI la comunicación asertiva es parte importante de su desarrollo ante la complejidad de poder expresar correctamente lo que sienten al hablar de las diversas cargas

que conlleva cuidar a su persona dependiente, el poder comunicar su desgaste y el negarse ante cualquier solicitud que esté fuera de su alcance o que no esté totalmente de acuerdo.

2.1.9. Límites

Como se habló en el punto anterior los límites (Hudson, 2023) son el punto definitivo en cuanto a lo que podemos tolerar/soportar ante las actitudes, sentimientos y exigencias de otras personas siendo vital para preservar la salud y el bienestar de las personas, siendo principalmente una medida de autocuidado. En la práctica con los CPI al llevar un comportamiento prolongado de sobrecarga esto apoyado de manera directa e indirecta por sus familiares, su entorno social y hasta la misma persona dependiente, provocando un mayor desgaste físico, mental y emocional.

Siendo así primero identificar los tipos de límites que podemos aplicar como: límites físicos con respecto al espacio personal, límites emocionales refiriéndose al tipo de sentimientos que percibimos y expresamos, finalmente los sentimientos mentales con respecto a las opiniones y creencias de las personas; igualmente buscar formas para establecer los límites como por ejemplo:

- Empezar a reflexionar sobre cómo uno se siente ante la situación en la que está.
- Comunicar de manera clara y respetuosa, las cosas que pueden llegar a incomodar, igualmente, llegar a establecer límites claros.
- Aprender a decir no ante las ideas o acciones que nos hagan sentir abrumados o que sientan que nos pueden sobrepasar.
- Mantener la calma en todo momento durante la conversación.
- Proponer alternativas para llegar a un acuerdo mutuo.

2.1.10. Soledad

La soledad se le define como un sentimiento el cual carece de alguna compañía (Cardona et al., 2013), esto puede ser de manera externa (problemas en las relaciones sociales: familiares o amigos) o interna (cuestiones personales voluntarias o involuntarias), pero sin embargo tener este sentimiento de manera prolongada puede llegar a ser un problema de la salud pública, aumentando el malestar en las personas.

En los cuidadores primarios informales las causas de la soledad pueden llegar a diferir de las demás personas, esto debido a diversos factores como el apoyo social el cual reciben, el deterioro en su calidad de vida, las enfermedades crónicas las cuales puede tener tanto el cuidador como su persona dependiente, esto llegando al punto de que los CPI al estar expuesto a la soledad de manera prolongada pueden llegar a generar depresión (Acosta et al., 2017), siendo las principales medidas para confrontarlo el aceptar el sentimiento de soledad y enfocarse en el autocuidado y en los recursos que posean (sociales, económicos) para contrarrestar el avance de esta.

2.1.11. Mindfulness

Las técnicas de mindfulness son un método el cual permite estar en fijado en el presente, con la atención y su autorregulación para concentrarse y tomarlo con aceptación (Cebolla et al., 2014), esto lográndose a través de prácticas formales (meditación) e informales (actividades cotidianas), centrándonos en las prácticas formales como es la meditación esta busca llevar la atención de las personas en el presente a través de la meditación y sus diversas técnicas de relajación, llevándolos a estar en una posición cómoda y en fijarse en las instrucciones que se les digan, al igual que poner atención en su respiración o en su propio cuerpo.

Las técnicas de relajación dentro de la intervención comunitaria ha mostrado relevancia debido a que promueve el bienestar en su salud psicosocial, reduciendo el estrés, la ansiedad social, previniendo la depresión y generando cambios en la perspectiva de los individuos.

2.1.12. Organización de tiempo

En la organización del tiempo vemos el cómo administrarlo de manera en que se dé prioridad a las necesidades de uno mismo y al aprovechamiento de los lapsos de tiempo y en la toma de decisiones y cómo aplicarlas durante la semana, ayuda en la calidad de vida de las personas, y da un efecto positivo en la salud y autoestima de la gente (Tracy, 2016).

Algunas acciones que ayudan en como organizarlo son:

- Creación de un cronograma y planificar las principales actividades o ideas que se tengan que realizar.
- Identificar las rutinas habituales del día a día.
- Reconocer la carga que puedes tolerar y negar la posibilidad de sobreexigirse hacia tareas que no son prioridad o no que no te afecten de manera directa.
- Darse lapsos de descansos para un mejor rendimiento y evitar una fatiga tanto física como mental.

2.2. Segunda Fase

2.2.1. Roles Sociales

Los roles sociales son las conductas que impone la sociedad a las personas y dependiendo del contexto en el que esté (Díez, 2022), perteneciendo a diferentes grupos se puede llegar a desempeñar más de un rol (ej. padre, esposo, director, amigo), creando así estructura sociales

y expectativas ante los grupos, igualmente en el aspecto individual un rol se puede llegar a adaptar en cuestión a lo que los individuos buscan dentro de los grupos..

Sin embargo la carga de ser asignado a un rol puede llegar a poner tanto expectativas dentro de los roles asignados, como prejuicios que pueden llegar a afectar a las personas, esto mismo sucede con los CPI al tener el rol de cuidador hacia sus personas dependientes llega a tener una ambigüedad en respecto a lo que ellos deben cumplir y el desconocimiento ante las necesidades y cuidados pertinentes con sus personas dependientes, igualmente esta sobrecarga los puede llevar a un desgaste físico y psicológico, es por ello que se deben de tomar acciones las cuales les permitan reducir el nivel de sobrecarga que les puede llegar a dar el rol del cuidador, teniendo prioridad en su bienestar individual, igualmente el poder entablar conversación con sus familiares y expresarles el cómo las expectativas que se les impusieron son demasiadas para ellos y buscar que las cargas sean equitativas.

2.2.2. Escritura Emocional Autorreflexiva

La Técnica Escritura Emocional Autorreflexiva con Solución Propuesta (EEASP) es una técnica terapéutica que permite a las personas que escriben, modificar el proceso de discursos internos, ya que no sólo facilita que desahoguen y resignifican sus problemas en un nivel descriptivo (causa-efecto), sino que también les permite reestructurar a través del planteamiento de una posible solución y del análisis de la experiencia para vivir el presente. Las aplicaciones de la escritura para fines terapéuticos parecen haber surgido de la tradición psicoterapéutica de recurrir a las terapias expresivas para aliviar malestares asociados con experiencias traumáticas (Smyth, and Greenberg, 2000) Primero ha habido un éxito tremendo de las intervenciones basadas en la escritura a partir del trabajo pionero del Dr. James W. Pennebaker y de sus colaboradores (Pennebaker, 1989). En el enfoque de la "escritura

expresiva" de Pennebaker el procedimiento requiere escribir varias veces por 20 o 30 minutos sobre los sentimientos y pensamientos más profundos relacionados a un evento estresante.

Durante la segunda fase del programa de intervención comunitaria con CPI se implementó la Técnica de Escritura emocional autorreflexiva para reestructurar la percepción de eventos traumáticos de las CPI, expresándolos de manera escrita, siendo ejecutada a través de 4 ejercicios de escritura emocional: A, B, C Y D; esto con el fin de evaluar el funcionamiento biopsicosocial de las CPI, identificando sus situaciones y estilos de afrontamiento.

1. Ejercicio "A"

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

"Mientras escribe hágalo con la confianza y seguridad de que su escrito no será divulgado, no se preocupe por la ortografía, sintaxis y/o gramática, sino recuerda para nada por el momento espere un poco. Tendrá 20 minutos para realizar la actividad."

2. Ejercicio "B"

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

"Mientras escribe hágalo con la confianza y seguridad de que su escrito no será divulgado, no se preocupe por la ortografía, sintaxis y/o gramática, sino recuerda para nada por el momento espere un poco. Tendrá 20 minutos para realizar la actividad."

3. Ejercicio “C”

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

“En esta ocasión le presentaremos una lista de palabras: intente utilizar el mayor número de las que le acomoden a su propio escrito.”

“Mientras escribe hágalo con la confianza y seguridad de que su escrito no será divulgado, no se preocupe por la ortografía, sintaxis y/o gramática, sino recuerde para nada por el momento espere un poco. Tendrá 20 minutos para realizar la actividad.”

Tabla 1

Lista de palabras del ejercicio “C”.

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

Disfrutar

Quebranto

Ahora está más claro...

4. Ejercicio “D”

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

“En esta ocasión presentamos una lista de palabras y frases que le ayuden a plantear su propio escrito.”

“Mientras escribe hágalo con la confianza y seguridad de que su escrito no será divulgado, no se preocupe por la ortografía, sintaxis y/o gramática, sino recuerda para nada por el momento espere un poco. Tendrá 20 minutos para realizar la actividad.”

Tabla 2

Lista de palabras del ejercicio “D”.

Palabras Positivas	Palabras Negativas	Palabras de Conexión
Satisfacción	Tristeza	Analiqué y comprendí que...
Tranquilidad	Dolor	He aprendido que...
Sinceridad	Enojo	Busco la solución...
Alegría	Preocupación	Ahora sé que debo...
Gusto	Coraje	Encontré la solución que...
Provecho	Temor	No siempre sé que...
Amor	Frustración	Acepto que...

Agradable	Desagradable	Lo que ocurrió me da...
Superación	Odio	Ahora espero que...
Alivio	Miedo	Ahora nunca me...
Felicidad	Desesperación	Ve lo que ocurrió como...
Contento	Decepción	Ahora me siento...

2.2.3 Influencia Social

En este tema se aborda a la sociedad y sus cambios de comportamiento (Alvaro y Garrido, 2003), igualmente como puede llegar a influenciar desde una manera intraindividual hasta una manera cultural, siendo demostrado mediante las normalizaciones, conformidad, la presión social entre muchas otras.

Empezando con la normalización propuesta por Sherif (Alvaro y Garrido, 2003) veía como estando en grupo las personas estaban propensas a pensar en normas apegadas al bien común/general, formando así las normas de grupo las cuales se diferencian de las normas individuales cuando no tenemos ningún punto de referencia al cual tomar, obligándonos a ver un punto de vista grupal para sentirnos pertenecidos dentro de un grupo social.

El estudio de la influencia social se ha expandido más con Solomon Asch (Alvaro y Garrido, 2003) con su teoría del conformismo social el cual habla de la presión mayoritaria que ejercen los demás a un sujeto, en donde jugaba la imitación y sugestión mayoritaria a favor de la opinión común.

El estudio de las diferentes influencias sociales con el trabajo de intervención comunitaria nos permite explorar los aspectos de los CPI con respecto tanto a su vida social como a su toma de decisiones a nivel interpersonal y grupal.

2.3. Tercera Fase

2.3.1.Reconocimiento de emociones

Durante el afrontamiento de cualquier adversidad, siempre hay un conflicto en saber cómo uno se siente y como lo puede expresar de la mejor manera sus sentimientos y emociones, para empezar definiendo primero las emociones, las cuales son reacciones fisiológicas de nuestros cuerpos los cuales responden ante estímulos tanto internos como externos y que afectan de manera cognitiva en el desarrollo de nuestra personalidad y en nuestra supervivencia humana al crear vínculos con otras personas (Cereceda et al., 2010).

Por ello el saber en primera instancia como nos sentimos al momento, es el primer paso para poder reconocerlas, el proceso sigue al saber que causa que tengamos esas emociones (trabajo, estrés, problemas familiares) y poder confrontarlas de manera en que no sientan una carga emocional, también para fomentar la empatía en las relaciones sociales.

En la importancia de la intervención comunitaria los cuidados primarios deben poder tanto saber lo que sientes cómo expresarlo para ver por su salud y beneficio personal.

2.3.2. Regulación emocional

En el proceso de reforzar los conocimientos que se brindaron en las fases pasadas de manera individual, y siendo parte vital la regulación de emociones las cuales nos permite ver cómo nos sentimos nosotros mismos y cómo nos sentimos en nuestro entorno, este principalmente se desarrolla al interactuar constantemente con la sociedad, a reconocer las emociones individualmente y tratar de regular el cómo se sienten al momento y compartirlo con los demás como una parte de enseñanza y consuelo (Olhaberry y Sieverson, 2022).

Su principal función dentro de los cuidadores primarios es conocer cómo se sienten al momento y si sienten alguna emoción negativa (estrés) y responder adecuadamente ante ella, esto siendo apoyado con diversas actividades las cuales permiten reforzar el entendimiento de afrontamiento y regulación.

2.3.3. Duelo y Apoyo Social

El duelo es el conjunto de reacciones de tipo físico, emocional y social que se producen por la pérdida; ya sea el fallecimiento de un familiar, perder un trabajo, terminar una etapa, culminación de relaciones interpersonales, etc. Aunque la experiencia de dolor es universal, también es única y muy personal, es decir, cada persona experimenta de manera diferente su dolor y por tanto el desarrollo de su duelo será distinto. Dependiendo de las circunstancias particulares, la recuperación natural de la persona puede tener variación de tiempo (Azpiazu, 2025).

Para fortalecer la capacidad de las personas para afrontar y acompañar las situaciones de duelo desde una perspectiva comunitaria. El apoyo social se ha establecido como uno de los factores más influyentes en la determinación del bienestar y la felicidad individual (Carrascosa et al., 2023). El apoyo social se puede describir como la ayuda y consuelo que se recibe de las personas cercanas, ya sean familiares, amigos y compañeros, en momentos de necesidad.

Tipos de apoyo:

- Emocional: Involucra empatía, cuidado, amor y confianza, como escuchar, comprender y ofrecer apoyo moral.

- Instrumental: Implica ayuda concreta, prestar un servicio o ayudar con tareas específicas.
- Informativo: Proporciona conocimientos, consejos o recursos para afrontar una situación.
- Evaluativo: Ofrece retroalimentación y apoyo en la toma de decisiones.

2.3.4. Redes de apoyo

Las redes de apoyo en salud mental son estructuras que brindan soporte emocional, material, cognitivo e instrumental a personas que atraviesan dificultades relacionadas con su bienestar psicológico. Por ello, estas redes pueden estar compuestas por amistades, familiares, profesionales de la salud y grupos de apoyo (INAPAM, s.f.). Las redes de apoyo pueden clasificarse en varios tipos:

- Emocionales: afectos, confianza, compañía, empatía, reconocimiento, escucha. Pueden ser a través de visitas, llamadas telefónicas, invitaciones, abrazos, etc.
- Instrumentales: Ayuda para transportarse, labores del hogar, hacer las compras, el cuidado o acompañamiento.
- Cognitivos: Intercambio de experiencias, información, consejos que permitan entender o recordar una situación, etc.
- Materiales: Dinero, alojamiento, comida, ropa, donaciones, etc.

Las redes de apoyo se pueden clasificar en formales (organizaciones gubernamentales) e informales (Son las redes personales y comunitarias). Tener redes de apoyo permite comunicar y aprender, da un sentido de pertenencia y desarrolla cualidades como la empatía y solidaridad.

2.3.5. Relaciones sanas y cómo establecerlas

En el aspecto de relaciones, al ser una interacción que las personas generan en su entorno para actuar entre sí, lo cual al saber expresarlo y comunicarlo puede llegar a orientarlos en un mejoramiento de sus vidas, conductas y hábitos para mejorar su calidad de vida (Guillén, 2022), esto de manera cognitiva, emocional y social, igualmente en el ámbito social el relacionarse logra ser efectivo con respecto a reforzar los lazos sociales entre los miembros de un grupo o comunidad, dando flujos de apoyo, una integración y pertenencia en la comunidad, fomentando la empatía y la solidaridad.

Una de las formas de establecer relaciones sanas (Escritos de psicología, s.f.) es:

- Tener una comunicación clara y asertiva
- Ser empáticos, validando los sentimientos tanto de uno mismo como de los demás
- Aceptar los diferentes puntos de vista que tienen los demás
- Aplicar una escucha activa a la información que nos brindan

2.3.6. Autocuidado

En el autocuidado es principalmente un conjunto de prácticas y medidas que buscan favorecer la salud física y emocional de las personas, esto llevándolo en práctica con el desarrollo de habilidades personales (confianza, aprender a poner límites que los sobrepasen, revisar constantemente su cuerpo en busca de un malestar, etc.), e informando sobre prácticas que son un factor de riesgo en el cuidado de uno mismo (Jaramillo, 1999), generando que sea parte vital el informar de estas prácticas en los CPI, reafirmando la importancia de su cuidado y previniendo actividades y creencias que los pueden llegar a desinformar y dañar en un periodo de corto a largo plazo.

Algunas prácticas que se usan para fomentar el autocuidado es:

1. Empoderar a las personas y desarrollar la autoestima.
2. Reflexionar constantemente ante las diversas situaciones externas para poder identificar, interpretar y comprender enfermedades y comportamientos saludables.
3. Reforzar el autocuidado como un proceso cotidiano.
4. Contextualizar el autocuidado a base de las diferentes características y necesidades de cada persona.
5. Promover la participación del autocuidado hacia las demás personas, siendo este proceso más activo que afecte en su entorno.
6. Explorar el autocuidado con otras personas para generar un proceso de reflexión ante las diversas adversidades y como se busca el mejor plan de acción para cada situación.

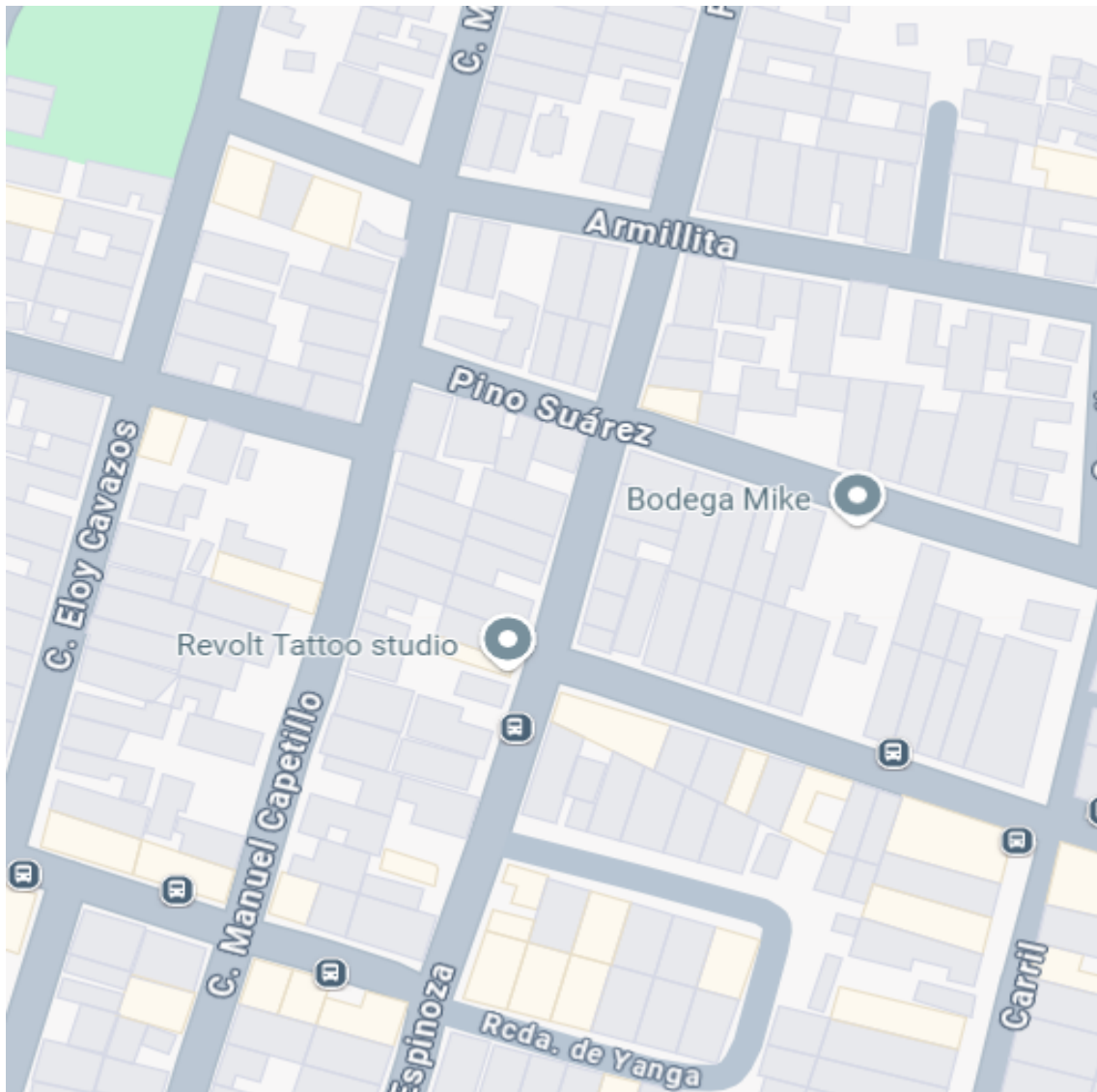
3. CONTEXTO

3.1. Lugar/Escenario

Primeramente, se asignó áreas a las diadas para la búsqueda de CPI, siguiendo los criterios de ser pertenecientes a la comunidad de San Miguel Teotongo, el cual es uno de los 47 barrios que conforman la Sierra de Santa Catarina, justo al lado de la autopista México-Puebla. En el caso de la diada 2, la zona asignada fueron las calles Manuel Capetillo y Armillita (Figura 2). Durante las fases 1 y 2 se trabajó en los domicilios localizados en dicha zona.

Figura 2

Área en la que se concentró la diada 2 dentro de San Miguel Teotongo.

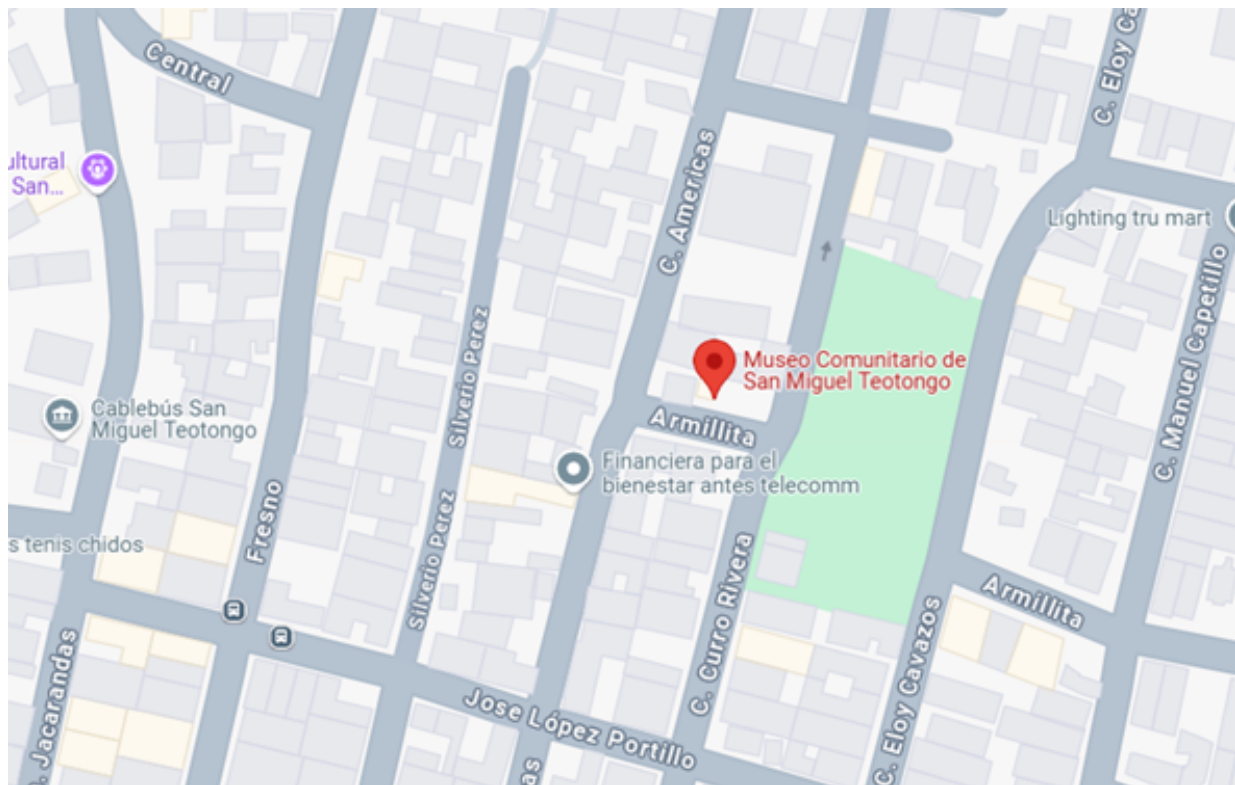


Nota: Área en donde se concreto las sesiones de la fase 1 y 2. Tomado de *Google Maps* (Fotografía), por Google LLC, s.f., Google Maps (<https://www.google.com.mx/maps>).

A partir de la tercera fase, la locación de las sesiones grupales se asignó al museo de San Miguel Teotongo (Figura 3 y 4), ubicado en Calle Armillita S/N, San Miguel Teotongo, 09630 CDMX

Figura 3

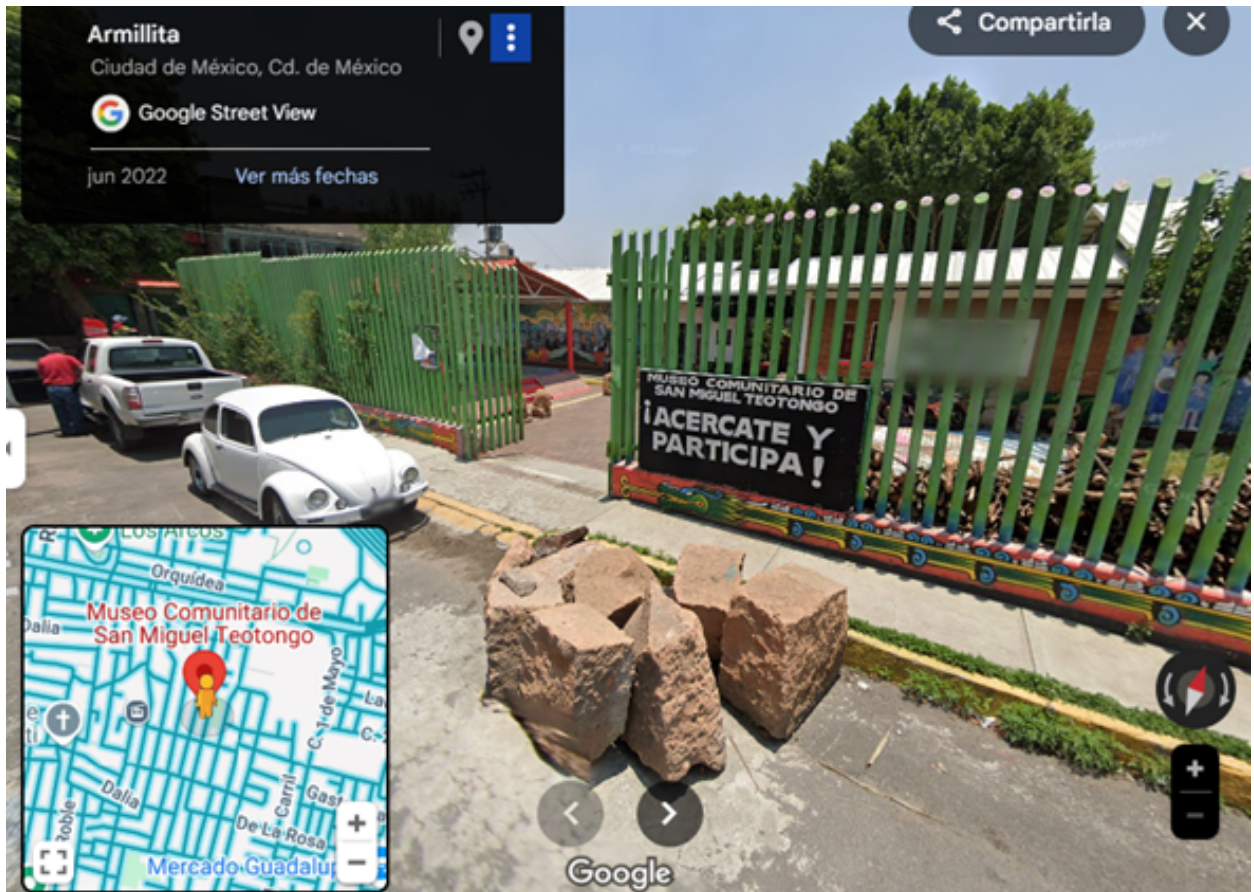
Ubicación de las reuniones durante la tercera fase de San Miguel Teotongo.



Nota: Área en donde se concreto la tercera fase. Tomado de *Google Maps* (Fotografía), por Google LLC, s.f., Google Maps (<https://www.google.com.mx/maps>).

Figura 4

Ubicación del Museo en San Miguel Teotongo.



Nota: Museo de San Miguel Teotongo. Tomado de *Google Maps* (Fotografía), por Google LLC, s.f., Google Maps (<https://www.google.com.mx/maps>).

4. Objetivos

4.1. Objetivo General

Capacitar a los integrantes del Año de Terminal de Intervención Comunitaria en la teoría y metodología para la Evaluación e Intervención Psicosocial con Cuidadores Primarios y reflexionar sobre su salud, su bienestar y su calidad de vida, así como de la necesidad de administrar sus lazos sociales básicos.

4.2. Objetivos Específicos

- Conocer el efecto del programa de intervención psicosocial dentro de los domicilios

- Ver la importancia de los cuidadores primarios
- Ver el cambio y el progreso que se da a través de las herramientas dadas durante la intervención: cuestionarios, escucha activa, escritura emocional, toma de temperatura, imaginación guiada, etc.
- Influir en su desarrollo psicoemocional ante las problemáticas que viven los cuidadores.

5. METODOLOGÍA

5.1. Planteamiento del problema

5.1.1. Justificación

La labor de los cuidadores primarios informales (CPI) ha sido poco reconocida en la sociedad, incluso, hay un preocupante desconocimiento sobre dicho tema; lo qué es, lo que implica, y los riesgos que este conlleva, por lo que es de suma importancia el presentar sus características a manera de crear mayor concientización y reconocimiento en la sociedad. Es por ello que la importancia de esta intervención recae en fomentar el autocuidado, acompañar a los CPI en el descubrimiento de sus capacidades como también sus limitaciones, y la creación de redes de apoyo que favorezca su bienestar biopsicosocial.

Las enfermedades son alteraciones del estado de salud en nuestro organismo, el cual siempre toma relevancia en cualquier etapa de nuestra vida. Sin embargo, hay casos en el cual su enfermedad evita poder interactuar en su entorno con completa autonomía y en la que es necesario un cuidador, en su mayoría los cuidadores no poseen los conocimientos necesarios para poder cuidar adecuadamente a las personas dependientes de ellos y eso también las lleva a que dejen de cuidarse ellos mismos, ya que ser cuidador primario informal llega a ser sumamente demandante. El cuidado informal es extenuante y agotador porque no hay horario

o tiempo definido, según el tipo de dependencia de la persona puede llegar a ser de 19 horas diarias (Castilla et al.,2021), esta realidad provoca en el cuidador una sobrecarga emocional alta y daños en su salud física y psicológica.

La sobrecarga del cuidador es un conjunto de alteraciones de carácter psicológico y social que padece una persona cuando brinda atención a personas con discapacidad; es un problema de causa multifactorial que involucra factores estresores para el cuál se precisa de apoyo institucional, sociofamiliar y emocional (López, 2021). Asimismo es importante mencionar el término “Síndrome del Cuidador Quemado” como la confluencia de signos y síntomas derivados del estrés relacionada al cuidado de un tercero y la aparición de cuadros de ansiedad/depresión, insomnio, alteraciones en la concentración, irritabilidad, cefalea, mayores riesgos de adquisición de hábitos nocivos, en medio del cual conviven sentimientos de culpa, tristeza y soledad (Martínez, 2020). Por ello, la relevancia de promover e implementar estrategias hacia la concientización y apoyo psicosocial a CPI es de carácter primordial para el programa de intervención comunitaria, impartido por UAM-I (Universidad Autónoma Metropolitana unidad Iztapalapa); cuyo objetivo plantea el evaluar el proceso de cuidar y su impacto psicosocial, Analizar los procesos psicosociales vinculados al cuidado comunitario, así como la correulación colectiva, interpersonal y autorregulaciones.

5.1.2. Pregunta de investigación

¿Qué factores afectan la salud y el desarrollo social de los cuidadores primarios informales de la comunidad San Miguel Teotongo, qué estrategias contrarrestan los malestares y promueven el cuidado comunitario?

5.2. Población de estudio

Nuestra población durante las 3 etapas consistió en un total de 6 cuidadoras: CPI 1-RQ, CPI 2-O, CPI 3-G, CPI 4-L, CPI 5-R, CPI 6-E, siendo todas del sexo femenino, las cuales se facilitaba las sesiones en sus respectivos domicilios.

Sin embargo las cuidadoras CPI 4-L, CPI 5-R y CPI 6-E, debido a cuestiones externas y fuera de nuestro alcance decidieron abandonar las sesiones a lo largo de la primera, segunda y tercera fase siendo de la siguiente manera: CPI 4-L dimitió en la primera fase, CPI 5-R dimitió en la segunda fase y CPI 6-E dimitió en la tercera fase.

5.3. Muestra/ muestreo

Muestra

Durante la búsqueda de personas para participar en el programa, se llegó a buscar en los domicilios del área dentro de San Miguel Teotongo, consolidando con 3 cuidadoras (CPI 1-RQ, CPI 2-O y CPI 3-G)

CPI 1-RQ: señora de 54 años, estado civil separada, cuidadora primaria informal de su hijo D, cuyo padecimiento es retraso en el desarrollo, cuidándolo desde hace 23 años, ella padece de un problema en el cartílago de su pierna.

CPI 2-O: señora de 57 años, estado civil casada, cuidadora primaria informal de su esposo, cuyo padecimiento es la diabetes, lleva cuidándolo desde hace 10 años, ella igualmente padece de diabetes.

CPI 3-G: señora de 38 años, estado civil divorciada, cuidadora primaria informal de su madre, cuyo padecimiento es la diabetes, la lleva cuidando desde hace 6 años, ella no sufre ningún padecimiento físico sin embargo ella sufre de constante ansiedad.

Muestreo

Dentro de la investigación el muestreo fue por criterio, siendo los cuidadores primarios, refiriéndose a aquellas, personas que cuidan personas dependientes, los cuales padecen de una enfermedad crónica degenerativa o alguna discapacidad, también destacando la selección de cierta cantidad de la población, posteriormente nuestro muestreo se rigió por el muestreo de bola de nieve debido a las recomendaciones por parte de las CPI.

5.4. Criterios

5.4.1. Criterios de inclusión

-Han sido incluidos en el estudio los pacientes que cumplieron los siguientes requisitos: ser cuidador primario informal de alguna persona con enfermedades crónicas, discapacidad y/o adultos mayores, ser mayor de 18 años, y aceptar participar voluntariamente en esta intervención, así como pertenecer a la localidad de San Miguel Teotongo.

5.4.2. Criterios de exclusión

-Han sido excluidos en el estudio los participantes que cumplieron uno de los siguientes criterios de exclusión: no ser cuidador primario informal de alguna persona con enfermedades crónicas, discapacidad y/o adultos mayores, no pertenecer a la comunidad de San Miguel Teotongo, no ser mayor de 18 años, y no aceptar participar voluntariamente en esta intervención.

5.4.3. Criterios de eliminación

A lo largo de las tres fases hubo una constante eliminación de participantes, se eliminó a aquellas personas que no mostraron un compromiso con las sesiones, y al igual si manifestaron alguna conducta inapropiada que complicaría el desarrollo de las sesiones.

Iniciaron 51 CPI de los cuales concluyeron el programa hasta la segunda fase 32, y durante la tercera fase fueron reclutados 44 CPI, de los cuales desertaron 27, teniendo un tamaño muestral final un total de 17 CPI. La muestra ha resultado estar en equilibrio con un 17,65% hombres y un 82,35% mujeres.

5.5. Procedimientos

5.5.1. Procedimiento fase 1

Diseño

Durante la primera fase, la presente investigación tuvo un enfoque cuantitativo ya que se utilizaron escalas psicométricas para medir el impacto de su salud emocional y social, al igual que el impacto de la sobrecarga percibida.

El tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia ya que la elección ha sido de forma intencional por que se necesitará una muestra que compartan ciertas características, siendo esta que son cuidadores primarios informales.

Participantes

Se realizó un estudio entre el 10 de julio y 18 de septiembre en la comunidad de San Miguel Teotongo, en donde se trabajó con un total de 51 CPI de personas con discapacidad, enfermedades crónico degenerativas y adultos mayores, de los cuales se dividieron entre las 15 diadas responsables, de manera individual se participó con 4 cuidadoras primarias informales con un rango de edad entre 50 y 57 años.

Se realizó la intervención en la comunidad de San Miguel Teotongo, en la cual se efectuó un recorrido buscando cuidadores primarios informales; una vez encontrados se llevaron a cabo sesiones de acompañamiento semanalmente, con la estimación de una

duración de aproximadamente 50 minutos cada una, en dichas sesiones se abordó una serie de temas ya programados, y se practicaron técnicas de relajación, así mismo se les solicitó su consentimiento para la toma de temperatura durante dichas sesiones.

Instrumentos y materiales

Este estudio se elaboró con el programa estadístico de Jamovi® versión 2.6.13 solid, al igual que Past® siendo un software de análisis de datos científicos versión 4.17

Durante las sesiones se les aplicaron evaluaciones a base de las escalas psicométricas, siendo estas la Evaluación de la Salud Emocional y Social y la escala sobre la carga del cuidador de Zarit y Zarit para el pre y post de esta investigación, siendo estas escalas validadas en México.

Siendo la evaluación de la salud emocional y social conformada por:

- Escala de bienestar subjetivo (EBS-8) En esta escala está validada en México por Calleja y Mason (2020) para evaluar la satisfacción por la vida y el afecto positivo, está compuesto por 6 ítems tipo Likert: En desacuerdo 1, Ni de acuerdo ni en desacuerdo 2, Ligeramente de acuerdo 3, De acuerdo 4, Muy de acuerdo 5, Totalmente de acuerdo 6; con una validación de V de Aiken que oscilan entre el .89 y .96.
- Escala de salud auto percibida (SPHS): Este instrumento está validado en México por Tinajero, Mora, Bravo, Cruz, Calleja y Toledano (2023) para evaluar la salud psicológica, la salud física y el estilo de vida saludable que las personas se perciben en sí mismas, el instrumento está compuesto por 6 ítems tipo Likert: En desacuerdo 1, Ligeramente de acuerdo 2, De acuerdo 3, Mayormente de acuerdo 4, Totalmente de

acuerdo 5 y Absolutamente de acuerdo 6; con una validación de V de Aiken oscilando entre 0.85 y 0.96.

- Escala de apoyo social (MSPSS): Este instrumento está validado en México por Santos, Ortega y Toledano (2021), para ver el apoyo que reciben percibido por los individuos, viendo el apoyo que reciben de una persona especial, el apoyo familiar y el apoyo de amigos, el instrumento está compuesto por 5 ítems tipo Likert: Nunca 1, Rara vez 2, Algunas Veces 3, Casi Siempre 4 y Siempre 5; con una validación de consistencia interna de alfa de Cronbach de 0.908.
- Escala de ansiedad (GAD-7): Instrumento validado en México por Rossi, Pérez, Vilar y Teruel (2021), para detectar la carga de ansiedad generalizada en un corto periodo de tiempo (últimas dos semanas), el instrumento está compuesto por 4 ítems tipo Likert: Nunca 0, Varios días 1, Más de la mitad de los días 2, Casi todos los días 3; con una validación de alfa de Cronbach de 0.93, teniendo una excelente confiabilidad interna.
- Escala de soledad: Instrumento validado en México por Herrera, Galindo, Bobadilla, Penedo y Lerma (2021), para detectar el tamaño de las redes de apoyo que poseen las personas, el instrumento está compuesto por 3 ítems tipo Likert: Casi Nunca 1, A veces 2, A menudo 3; con una validación de alfa de Cronbach de 0.97.
- Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9): Instrumento validado en México por Galindo, Núñez, Vidal, Bargalló, Lerma, Sánchez, Álvarez (2023), para detectar la carga de depresión y angustia en las personas, el instrumento está compuesto por 4 ítems tipo Likert: Ningún Día 0, Varios días 1, Más de la mitad de los días 2, Casi todos los días 3; con una validación de alfa de Cronbach de 0.92.

La escala sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit) es un instrumento validado en México por el Instituto Nacional de Geriatría el cual evalúa el nivel de sobrecarga en los

cuidadores primarios, está compuesto por 22 preguntas con 5 ítems en escala de Likert (0 nunca, 1 rara vez, 2 algunas veces, 3 bastantes veces, 4 casi siempre) El nivel de sobrecarga va de acuerdo con las siguientes puntuaciones establecidos en la versión del Instituto Nacional de Geriatria (n.d.): Sin sobrecarga ≥ 46 puntos; Sobrecarga ligera de 47 a 55; Sobrecarga intensa ≤ 56 . Cuenta con adecuadas propiedades psicométricas con alfa de Cronbach de 0.84, y $R^2 = 50\%$.

Procedimiento

Se realizó la intervención en la comunidad de San Miguel Teotongo, en la cual se efectuó un recorrido buscando cuidadores primarios informales; una vez encontrados se llevaron a cabo sesiones de acompañamiento semanalmente, con la estimación de una duración de aproximadamente 50 minutos cada una, en dichas sesiones se abordó una serie de temas ya programados, y se practicaron técnicas de relajación, así mismo se les solicitó su consentimiento para la toma de temperatura durante dichas sesiones.

Tabla 3

Descripción de las sesiones individuales de los CPI

Sesión	Objetivo	Contenido
Sesión 1. Primer contacto.	Presentación del programa con los CPI.	Buscar a los participantes e informarles del contenido del programa (en qué consiste, lo que se busca, su duración de 10 semanas) y programando una hora de visita a sus domicilios una vez a la semana, los días miércoles.

Sesión 2. Evaluación de bienestar psicosocial.

Aplicar la evaluación psicosocial pre-intervención de escalas psicométricas.

Se realizó la aplicación de las escalas psicométricas:

- Sobrecarga del cuidador (Zarit y Zarit)
- Evaluación de la Salud Emocional y Social:
 - Bienestar Subjetivo (EBS-8)
 - Salud Autopercibida (SPHS)
 - Apoyo Social (MSPSS)
 - Ansiedad (GAD-7)
 - Soledad
 - Salud del Paciente (PHQ-9)

Sesión 3. Continuación de evaluación de bienestar psicosocial.

Continuación de la aplicación de la evaluación psicosocial pre-intervención de escalas psicométricas.

Se realizó la aplicación de las escalas psicométricas:

- Sobrecarga del cuidador (Zarit y Zarit)
- Evaluación de la Salud Emocional y Social:
 - Bienestar Subjetivo (EBS-8)
 - Salud Autopercibida (SPHS)
 - Apoyo Social (MSPSS)
 - Ansiedad (GAD-7)
 - Soledad
 - Salud del Paciente (PHQ-9)

Aplicación de técnica de respiración diafragmática.

Sesión 4. El papel del cuidador y su importancia ¿Como repercute el cuidado en la vida?

Conocer la situación personal de los participantes.

Se formaliza una relación con los cuidadores, para conocer su vida cotidiana, actividades como cuidador y sus repercusiones.

Aplicación de técnica de respiración diafragmática.

Sesión 5. Ejercicios de control de activación.

Uso y práctica de los ejercicios de relajación.

Aplicación de las técnicas de relajación y aplicación de su medición de su temperatura.

Aplicación de técnica de relajación muscular pasiva.

Sesión 6. Organización del tiempo.

Realizar un plan sobre el uso de su tiempo y de cómo le gustaría manejarlo.

Se crearon actividades conforme al estilo de vida diaria de las cuidadoras centrado en crear un cronograma en donde pongan las actividades que hacen a la semana y que tan importante es cada actividad, luego hacer un segundo cronograma en donde ponga las actividades que a ellas les gustaría hacer, al final combinándolas.

Aplicación de técnica de relajación muscular pasiva.

Sesión 7. Límites hacia la persona dependiente.	Informar y promover el establecimiento de límites de las tareas de cuidador, al igual que informar del respeto hacia su persona y hacia su tiempo.	Se indaga sobre las dinámicas de las actividades tanto del hogar como de los familiares/dependiente, sobre la información dada se aplicó un ejercicio en donde en un círculo pongan como reparten el cuidado de la persona dependiente y en otro círculo poner como les gustaría que estuviese repartido el cuidado. Aplicación de técnica de imaginación guiada: Lugar significativo.
Sesión 8. Solicitud de ayuda y apoyo.	Informar sobre las redes de apoyo y la importancia de pedir ayuda.	Promover a las cuidadoras reconozcan los recursos que ellas poseen para pedir ayuda de manera asertiva, al igual que informales sobre los derechos que ellas poseen como CPI. Aplicación de técnica de imaginación guiada: Ejercicio de Relajación Mental.
Sesión 9. Aplicación de escalas psicométricas.	Aplicación de las evaluaciones psicosociales post-intervención de las escalas psicométricas.	Se volvió a realizar las aplicaciones de las escalas psicométricas: ● Sobrecarga del cuidador (Zarit y Zarit) ● Evaluación de la Salud Emocional y Social: ○ Bienestar Subjetivo (EBS-8) ○ Salud Autopercibida (SPHS) ○ Apoyo Social (MSPSS) ○ Ansiedad (GAD-7) ○ Soledad ○ Salud del Paciente (PHQ-9)

5.5.2. Procedimiento fase 2

Diseño

La segunda fase fue evaluada a través de un enfoque cuantitativo y cualitativo ya que se utilizaron escalas psicométricas para medir el impacto de su salud emocional y social, y a su vez se realizó la Técnica Escritura Emocional Autorreflexiva.

El tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia ya que la elección ha sido de forma intencional por que se necesitará una muestra que compartan ciertas características, siendo esta que son cuidadores primarios informales. Asimismo para el análisis cualitativo de las técnicas de escritura emocional se hizo uso del programa Atlas Ti

Participantes

Durante la segunda etapa se trabajó con las y los CPI de la primera fase más algunos nuevos integrantes. En donde iniciaron 49 CPI de personas con discapacidad, enfermedades crónico degenerativas y adultos mayores, finalizando con 32 CPI, en donde 27 son mujeres y 5 son hombres, los CPI presentaban tener un rango de edad entre los 30 a 70 años de los cuales se dividieron entre las 15 diadas responsables, de manera individual se participó con 4 cuidadoras primarias informales.

Instrumentos y materiales

Este estudio se elaboró con el programa estadístico de Jamovi® versión 2.6.13 solid, al igual que Past® siendo un software de análisis de datos científicos versión 4.17

Durante las sesiones se les aplicaron evaluaciones a base de las escalas psicométricas, siendo estas las escalas de evaluación psicosocial para el pre y post de esta investigación, siendo estas escalas validadas en México.

Siendo la evaluación psicosocial conformada por:

- *Escala de bienestar subjetivo (EBS-8)*: En esta escala está validada en México por Calleja y Mason (2020) para evaluar la satisfacción por la vida y el afecto positivo, está compuesto por 6 ítems tipo Likert: En desacuerdo 1, Ni de acuerdo ni en desacuerdo 2, Ligeramente de acuerdo 3, De acuerdo 4, Muy de acuerdo 5, Totalmente de acuerdo 6; con una validación de Alfa de Cronbach de .970.
- *Escala de Atención Plena (MAAS)*: Esta escala está validada en México por López-Maya et al. (2015) para evaluar el impacto de la atención plena en el bienestar emocional, la reducción de estrés y la mejora en la calidad de vida formada por 15 reactivos con una escala tipo likert de 6 puntos (casi siempre, frecuentemente, con cierta frecuencia, no frecuentemente, con poca frecuencia, casi nunca) con una validación de Alfa de Cronbach de .89
- *Escala de Malestar Psicológico (K-10)*: Es un instrumento validado en México por Vargas et al. (2011) que detecta los síntomas de ansiedad y depresión. Está compuesto por diez reactivos de escala tipo Likert de cinco puntos, que van de “Nunca” (0) a “Siempre” (5). La suma mínima de las puntuaciones es 10 y la máxima de 50. Los rangos del instrumento presentan cuatro niveles: bajo (10–15), moderado (16–21), alto (22–29) y muy alto (30–50). La escala completa posee un índice de consistencia interna, medida a través del coeficiente Alfa de Cronbach, de 0.90.
- *Escala de Afecto Positivo/Afecto Negativo en México (APAN-M)*: Instrumento validado por Velasco et al. (2021) el cual ayuda a evaluar el equilibrio emocional de una persona y su bienestar general, formada por 20 reactivos con una escala tipo Likert de 5 puntos (1- Nunca, 5-Siempre), con una validación de Alfa de Cronbach de .92, .88 y .91 para Afecto positivo, Afecto negativo y Escala total, respectivamente.

Procedimiento

Se realizó la continuación del Trabajo en Domicilio de las y los cuidadores en la comunidad de San Miguel Teotongo. Inicio el 23 de Octubre de 2024 con una planeación de un número de 10 sesiones, las cuales se llevaron a cabo una vez por semana, con la estimación de una duración de aproximadamente 50 minutos cada una, en dichas sesiones se abordó una serie de temas ya programados, aplicación de escalas psicométricas, la realización de la técnica de escritura emocional autorreflexiva, y se practicaron técnicas de relajación, así mismo se les solicitó su consentimiento para la toma de temperatura durante dichas sesiones.

Tabla 4

Descripción de las sesiones individuales de los CPI

Sesión	Objetivo	Contenido
Sesión 1. Presentación, reencuentro y controlabilidad.	Reconectar con los CPI.	Reconectar con los participantes que se quedaron en el programa, hablar sobre lo que sucedió durante las últimas semanas que no nos hemos visto e informarles del nuevo contenido de las siguientes sesiones. Técnica de Controlabilidad.

Sesión 2. Escalas Psicofisiológicas.

Aplicar la evaluación psicosocial pre-intervención de escalas psicométricas.

Se realizó la aplicación de las escalas psicométricas:

- Evaluación psicosocial:
 - Bienestar Subjetivo (EBS-8)
 - Atención Plena (MAAS)
 - Malestar Psicológico (K-10)
 - Afecto Positivo / Afecto Negativo en México

Ejercicios de calentamiento

Sesión 3. Escalas Psicofisiológicas.

Continuación de la aplicación de la evaluación psicosocial pre-intervención de escalas psicométricas.

Se realizó la aplicación de las escalas psicométricas:

- Evaluación psicosocial:
 - Bienestar Subjetivo (EBS-8)
 - Atención Plena (MAAS)
 - Malestar Psicológico (K-10)
 - Afecto Positivo / Afecto Negativo en México

Ejercicios de calentamiento

Sesión 4. EEA Ejercicio A

Inicio de los ejercicios de escritura expresiva.

Aplicar el ejercicio “A” de primera persona, hablando de los momentos dolorosos, traumáticos y/o estresantes, manifestando los pensamientos, sentimientos y emociones relacionados con dichos eventos.

Aplicación de técnica de respiración con atención plena.

Sesión 5. EEA Ejercicio B	Seguimiento con los ejercicios de escritura expresiva.	Aplicar el ejercicio “B” de tercera persona, hablando de los momentos dolorosos, traumáticos y/o estresantes, manifestando los pensamientos, sentimientos y emociones relacionados con dichos eventos. Aplicación de técnica de respiración con atención plena.
Sesión 6. EEA Ejercicio C	Seguimiento con los ejercicios de escritura expresiva.	Aplicar el ejercicio “C” de primera persona junto con una lista de palabras, hablando de los momentos dolorosos, traumáticos y/o estresantes, manifestando los pensamientos, sentimientos y emociones relacionados con dichos eventos. Aplicación de técnica de respiración con atención plena.
Sesión 7. EEA Ejercicio D	Culminación con los ejercicios de escritura expresiva.	Aplicar el ejercicio “D” de primera persona junto con una nueva lista de palabras y frases, hablando de los momentos dolorosos, traumáticos y/o estresantes, manifestando los pensamientos, sentimientos y emociones relacionados con dichos eventos. Aplicación de técnica de respiración con atención plena.

Sesión 8. Síntesis de EEA y Evaluación Psicofisiológica.	Hacer una síntesis de lo que se vio durante los ejercicios, dando retroalimentación y aplicación de las evaluaciones psicosociales post-intervención de las escalas psicométricas.	Dar retroalimentación sobre los ejercicios de escritura emocional. Se volvió a realizar las aplicaciones de las escalas psicométricas: ● Evaluación psicosocial: ○ Bienestar Subjetivo (EBS-8) ○ Atención Plena (MAAS) ○ Malestar Psicológico (K-10) ○ Afecto Positivo / Afecto Negativo en México
Sesión 9. Encuentro grupal, Devolución.	Segundo encuentro grupal en donde se le da cierre a esta segunda etapa de las sesiones.	Dar fin a esta segunda etapa dado tanto como retroalimentación de todo lo hecho y aprendido, al igual que hablarles sobre las sesiones grupales.

Durante la intervención psicosocial de los cuidadores primarios se tomó un enfoque de investigación de acción participativa

5.5.3. Procedimiento fase 3

Diseño

La tercera y última fase de la presente investigación tiene un enfoque cualitativo ya que se utilizará un análisis de los datos no numéricos para buscar y entender el impacto de su salud emocional y social, y a su vez se realizaron actividades que fomentarán su desarrollo grupal.

Participantes

A lo largo de la tercera fase se trabajó con los cuidadores primarios informales que estuvieron recibiendo la atención durante la primera y segunda fase. En donde iniciaron 44 CPI de personas con discapacidad, enfermedades crónico-degenerativas y adultos mayores, finalizando con 17 CPI, en donde 14 son mujeres y 3 son hombres, los CPI presentaban tener un rango de edad entre los 30 a 70 años los cuales formaron agrupaciones con las que las 15 dadas laboraron y supervisaron.

El tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia ya que la elección ha sido de forma intencional ya que se necesitará una muestra que compartan ciertas características, siendo esta que son cuidadores primarios informales. Asimismo, para el análisis cualitativo se implementará el uso del programa SPSS.

Instrumentos y materiales

- WHODAS 2.0: El Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0) es un cuestionario de 36 preguntas creado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) diseñado para evaluar la discapacidad en personas con cualquier condición de salud, incluyendo trastornos mentales y físicos. Analiza el estado de salud a partir de seis dominios de la vida:
 - • Dominio 1: Cognición – comprensión y comunicación

- • Dominio 2: Movilidad – movilidad y desplazamiento
- • Dominio 3: Cuidado personal – cuidado de la propia higiene, posibilidad de vestirse, comer, y quedarse solo
- • Dominio 4: Relaciones – interacción con otras personas
- • Dominio 5: Actividades cotidianas – responsabilidades domésticas, tiempo libre, trabajo y escuela
- • Dominio 6: Participación – participación en actividades comunitarias y en la sociedad

Procedimientos

Se realizó la continuación del Trabajo de intervención psicosocial con cuidadores primarios informales en la comunidad de San Miguel Teotongo, enfocado en la agrupación de los CPI reuniendo y realizando sesiones grupales. Dicha etapa grupal dio inicio el 19 de Febrero de 2025 con una planeación de un número de 10 sesiones, las cuales se llevaron a cabo una vez por semana los días miércoles, con la estimación de una duración de aproximadamente 1 hora con 30 minutos cada una, en dichas sesiones se abordó una serie de temas ya programados, aplicación de escalas psicométricas, la realización de técnicas de relajación, así mismo se les solicitó su consentimiento para la toma de temperatura durante dichas sesiones.

Tabla 5

Descripción de las sesiones grupales de los CPI

Sesión	Objetivo	Contenido

Sesión 1. Presentación, reencuentro e integración grupal	Presentar a los CPI.	Dar una bienvenida y presentar a los miembros del grupo. Conocer los temas de interés y las expectativas del grupo.
Sesión 2. Reconocimiento de emociones.	Promover la identificación y regulación de emociones.	Se realizó una presentación en la cual se explicaron qué son las emociones, para qué nos sirven y por qué son importantes, posteriormente se le invitó al grupo a realizar actividades que reforzarán el tema aprendido. Así mismo se impartió activación física y técnica de relajación.
Sesión 3. La ira desde el ciclo del estrés y regulación emocional.	Dar a conocer el tema de estrés y regulación emocional	Durante la sesión se presentó el tema de estrés abordando el concepto, niveles, factores que los provocan, ventajas y desventajas; así como estrategias para nivelar las emociones y promover su bienestar. Finalmente, se impartió activación física y técnica de relajación.

Sesión 4. Comunicación asertiva	Entender, escuchar y comunicarse con los demás.	Explicar el tema de comunicación asertiva, dar algunas técnicas para emplearla, indicar las ventajas de promoverla y otorgar ejemplos de la vida cotidiana para mejorar su entendimiento. Invitar al diálogo entre el grupo para reforzar su unión. Aplicación de activación física y técnica de relajación.
Sesión 5. Duelo y apoyo Social	Entender los procesos de duelo.	Esclarecer las fases de duelo, manifestar la necesidad de empatía y explicar las ventajas del apoyo social y en dónde encontrarlo, realizar actividades respecto al tema y aplicación de activación física y técnica de relajación.
Sesión 6. Redes de apoyo	Identificar los círculos sociales y sus redes de apoyo	Definir las redes de apoyo, tipos de redes y beneficios de ser y pertenecer a una red de apoyo, dar ejemplos visuales, aplicación de activación física, y realización de un escudo para consolidar la agrupación de los CPI como red de apoyo.

Sesión 7. Relaciones sanas y cómo establecerlas	Promover la Enseñar la importancia de tener relaciones búsqueda y sanas y su impacto en la vida diaria: analizar creación de y fomentar acciones que generen relaciones relaciones sanas adecuadas para el bienestar psicosocial. Actividades que refuercen lo aprendido así como aplicación de activación física y técnica de relajación.
Sesión 8. Autocuidado	Que los Demostrar la importancia del autocuidado participantes para el mejoramiento de su bienestar, identifiquen y incluyendo con ello la importancia de la comprendan los calidad del sueño y los tipos de autocuidado diferentes tipos que pueden llegar a existir. de cuidado para aplicarlos en su vida.
Sesión 9. WHODAS	Culminación de Realización individual de cuestionarios cuestionarios

Sesión	10.	Identificar lo	Demostrar lo aprendido durante esta última
Colaboración	y	relevante que nos	etapa, y de qué herramientas hemos podido
Aprendizaje		hemos llevado de	implementar y aprender para usarlas en la
colectivo.		aprendizaje	vida diaria de cada una de las cuidadoras.
		durante las	
		sesiones	
		anteriores.	

6. RESULTADOS

6.1. Primera Fase

6.1.1. Análisis Cuantitativo

I. Medidas Psicosociales.

1.1 Análisis descriptivo

Se obtuvieron los estadísticos descriptivos y el análisis de la distribución normal de los datos con la prueba Shapiro Wilk mediante el programa estadístico (Software) Jamovi (Jamovi 2.6.13, 2024). Para las distribuciones no normales se aplicó una W de Wilcoxon, mientras que para aquellas que presentaron normalidad se evaluaron con una T de student de muestras relacionadas.

Se continuó con la extracción de las diferencias en las puntuaciones de cada escala psicométrica pre – post para identificar los cambios significativos que se tuvieron a lo largo de las sesiones durante la intervención.

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

Datos sociodemográficos

Iniciaron 51 CPI de los cuales concluyeron el programa 50. De estos 50 que concluyeron 43 son mujeres con una edad promedio de 57. Aproximadamente la mitad de la muestra presentaba escolaridad básica, apenas un 21.57% reportó el nivel medio superior, y solo un 5.88% manifestó tener el nivel superior.

Casi la mitad de los participantes tenía pareja, la mediana del número de hijos fue 2.5, mientras que la mediana del número de personas que habitan el hogar son 4. cuya media de años de ser cuidadores informales es de 14.9.

Medidas psicosociales de malestar

Al inicio del programa el 41.6% de los participantes reportaron sintomatología ansiosa. Mientras que el 39.5% de la muestra percibió sentimientos de soledad. Además, el 64.5% de los CPI manifestaron niveles de leve a severo de sintomatología depresiva: 22.9% presentaron sintomatología leve, 20.8% con sintomatología moderada, 14.5% indicó sintomatología de depresión severa y 6.25% reveló sintomatología de depresión grave.

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

Medidas psicosociales de bienestar.

Se observó que la puntuación media del **bienestar** de los CPI (3.74 ± 1.58) significativamente menor a la reportada por Calleja y Mason (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), $p = 0.004$, $d = 0.429$).

1.2 Análisis correlacional.

Observando el análisis inicial del correlograma (Figura 5) se vio la correlación entre las variables, viendo las correlaciones de manera positiva donde se destacan entre mayor satisfacción por la vida, mayor afecto positivo y entre mayor salud psicológica mayor estilo de vida saludable; de parte de las correlaciones de manera negativa se destaca entre menor salud psicológica, mayor sobrecarga tendrán los cuidadores primarios.

Figura 5

Coefficiente de correlación de Spearman Pre.

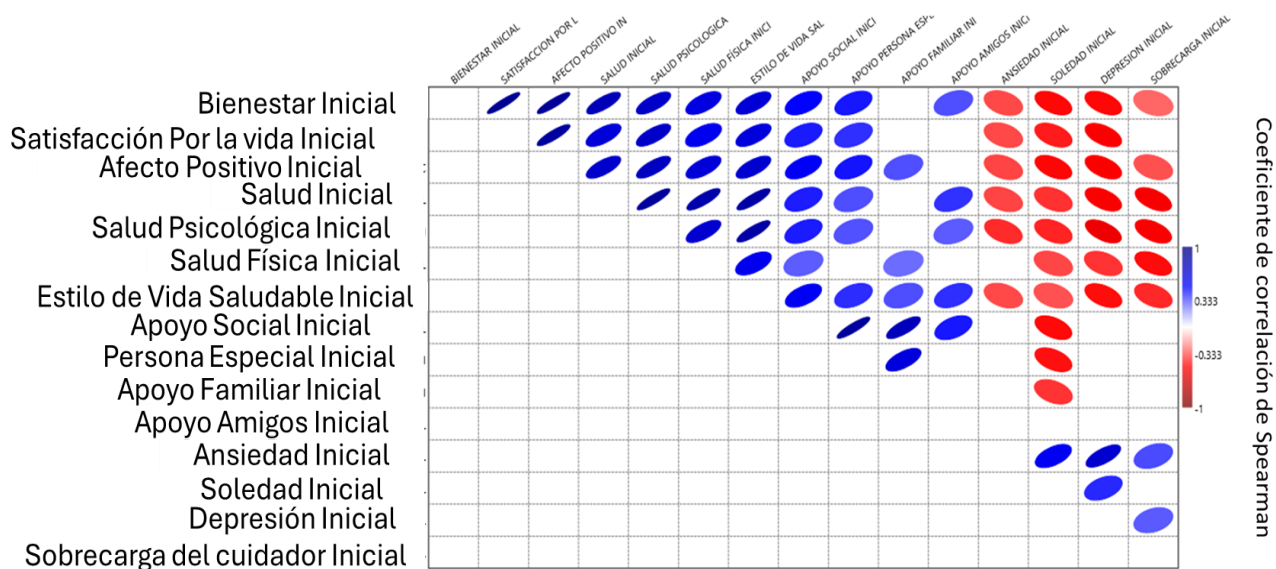
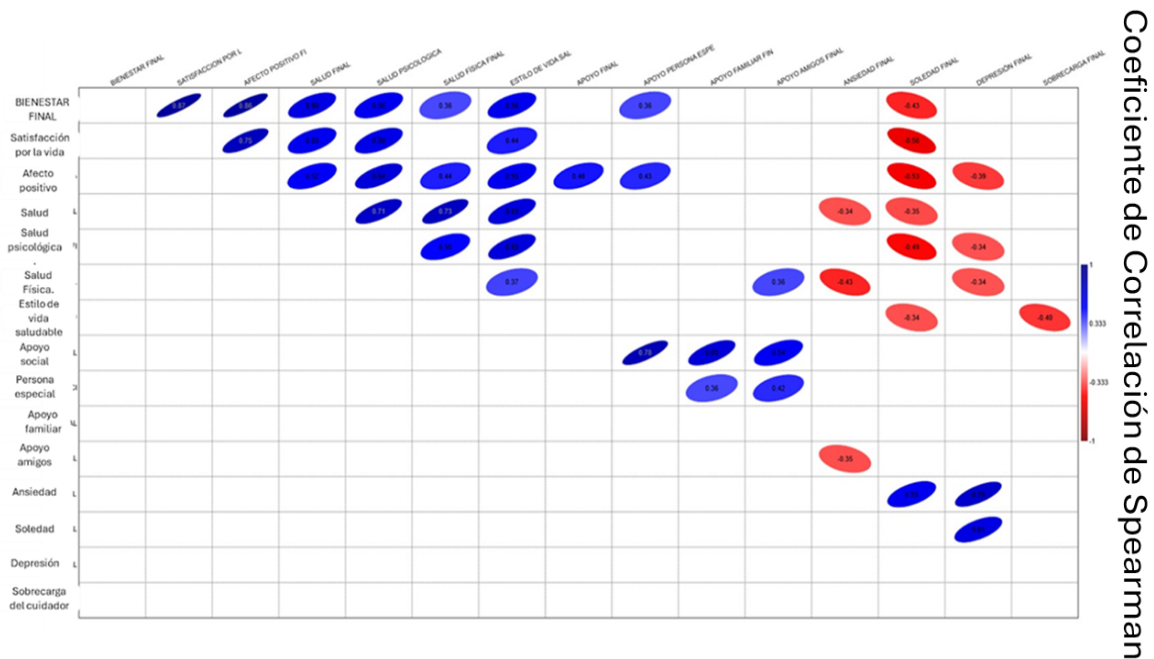


Figura 6

Coefficiente de correlación de Spearman Post.



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

En los resultados dados por el análisis grupal (Tabla 6) se reflejó como hubo reducciones significativas en los puntajes de soledad, depresión y sobrecarga del cuidador de tamaño de efectos leves, lo que refleja un impacto positivo en su intervención, también mostrando un pequeño avance de mejora en los puntajes de bienestar y afecto positivo.

Tabla 6

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

	Medida	Pre	Post	Estadístico	P	Tamaño del efecto
	Bienestar	31.8 (9.74)	34.8 (11.04)	T = 2.65 (35)	0.012	0.442
-	<i>Satisfacción por la vida</i>	16.3 (5.17)	17.3 (5.54)	T = 1.62 (35)	0.115	0.270
-	<i>Afecto positivo</i>	16.3 (5.10)	17.5 (5.67)	T = 1.90 (35)	0.066	0.316
	Salud	42.5 (15.8)	44.2 (14.2)	T = 0.911 (35)	0.369	0.152
	<i>-Salud psicológica</i>	14.6 (5.77)	14.8 (5.66)	T = 0.305 (35)	0.762	0.0508
	<i>-Salud física</i>	15.1 (6.41)	15.1 (6.61)	W = 174	0.726	-0.0794
	<i>-Estilo de vida saludable</i>	14.0 (5.76)	14.9 (5.19)	T = 0.935 (35)	0.356	0.156
	Apoyo social	41.7 (12.2)	42.1 (12.3)	W = 290	0.416	0.169
-	<i>Persona especial</i>	18.6 (6.29)	19.0 (6.61)	W = 157	0.329	0.241
-	<i>Apoyo familiar</i>	14.1 (5.16)	14.5 (5.89)	W = 162	0.481	0.170
-	<i>Apoyo amigos</i>	8.94 (4.55)	8.33 (4.46)	W = 92.0	0.097	-0.387
	Ansiedad	9.47 (5.50)	7.61 (4.79)	T = -2.02 (35)	0.051	-0.336
	Soledad	5.53 (2.02)	4.78 (2.03)	W = 25.0	0.008	-0.708
	Depresión	8.67 (6.08)	6.42 (5.76)	T = -2.25 (35)	0.031	-0.375

Sobrecarga del cuidador.	33.0 (17.0)	27.5 (17.3)	W = 180	0.044	-0.397
--------------------------	----------------	----------------	---------	--------------	--------

II. Medidas Fisiológicas.

En los análisis de los efectos de las técnicas de relajación sobre la temperatura de la piel (Tabla 7), se observaron incrementos significativos en la sesión 6, donde se registró un aumento con un tamaño del efecto moderado ($d = 0.381$), lo que indica un nivel de relajación fisiológica considerablemente mayor, al igual que una tendencia al aumento constante en la temperatura de la piel teniendo un posible efecto acumulativo de las técnicas de relajación.

Tabla 7.

Efecto de las técnicas de relajación sobre la temperatura de la piel.

<i>Sesión</i>	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>Estadístico</i>	<i>P</i>	<i>TE</i>
1	32.6 (2.47)	33.1 (2.18)	W = 172	0.051	0.489
2	32.6 (2.32)	33.0 (1.95)	W = 309	0.239	0.244
3	32.6 (1.75)	32.6 (1.74)	W = 332	0.561	0.116
4	32.3 (1.79)	32.9 (1.91)	W = 360	0.076	0.362
5	32.3 (1.80)	32.5 (1.95)	T = 1.99 (28)	0.057	0.369
6	32.6 (1.71)	32.9 (1.75)	T = 2.15 (31)	0.039	0.381
7	32.7 (1.89)	32.9 (1.98)	T = 1.51 (31)	0.140	0.268

8	33.1 (2.04)	33.2(2.20)	$W = 236$	0.466	0.160
9	33.2 (1.71)	33.3 (1.60)	$T = 0.875$ (16)	0.395	0.212

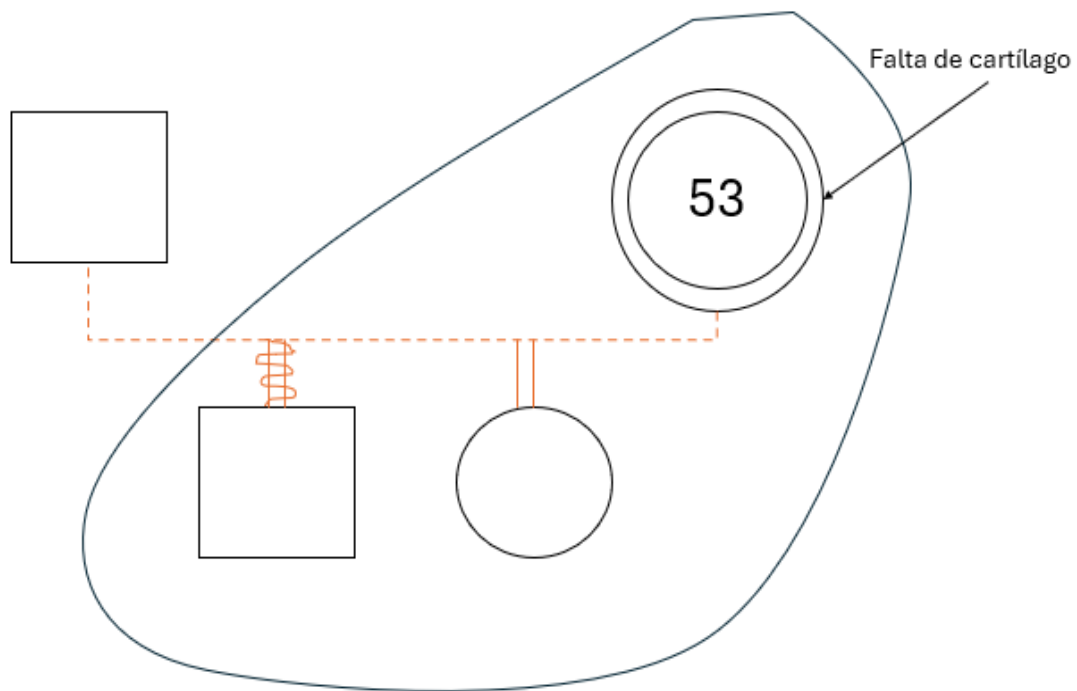
6.1.2. Análisis Cualitativo

Reporte de casos

CPI RQ : Femenina de 53 años, cuyas aflicciones son la falta de cartílago, cuidadora de su hijo durante 23 años. Sus recursos son sus hijos que son las personas con las que más convive y en especial su hija es la persona que más quiere pues tienen buena comunicación y mucha confianza. Cuenta con una red de apoyo en sus amigos y compañeros de trabajo en el mercado, por ellos se siente escuchada y querida.

Presentación de caso: La señora RQ es la cuidadora de su hijo D, el cual tiene un retraso en el desarrollo, lo cual la ha llevado a diversas complicaciones en su hijo los primeros años de su desarrollo, al igual que anteriormente su hijo mostraba rasgos agresivos que la han dificultado a ella y a su hija; aunque comentó que aún tiene pequeños episodios de ira, también comentó del padre de sus hijos es ausente, con el cuidado de su hijo ha querido aprender de cómo establecer límites y hacerlo más autónomo, debido a que sobrepensaba de que le pasaría el día en el que ella fallezca, también la sobrecarga en el trabajo en el mercado como vendedora la ha hecho tener dificultades tanto en su salud como en su tiempo tanto para cuidar a su hijo, como para priorizarse a ella misma. Con la CPI RQ se trabajaron todas las sesiones, en donde se hizo énfasis en los temas relacionados a delegar tareas a sus hijos, poner límites ante las actividades que podía o no realizar, ceder el control y organizar mejor su tiempo.

- Familiograma:

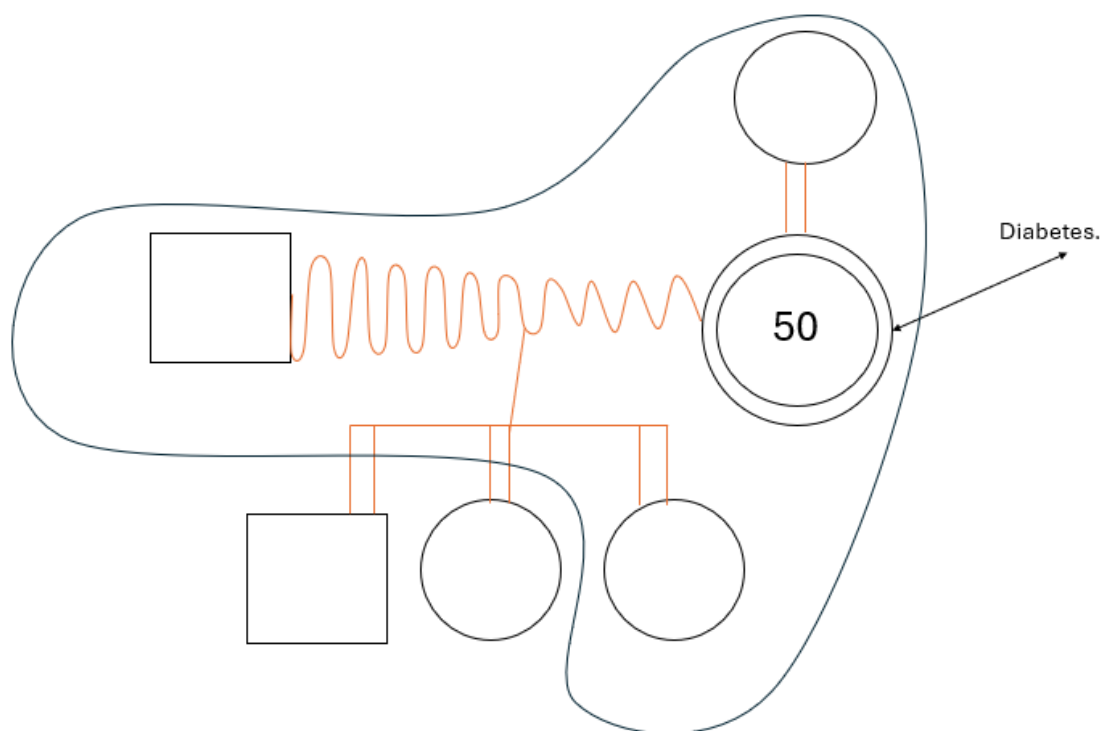


CPI R: Femenina de 50 años, cuyas aflicciones son diabetes descontrolada, cuidadora desde hace 6 años. Sus recursos son su mamá que le ayuda con diferentes tareas del hogar, también ha encontrado una fuente de consuelo en escuchar oraciones. Tiene un amigo que la apoya escuchándola y ayudando a reparar cosas en su hogar, y una amiga con la que va a caminar por las mañanas.

Presentación de caso: CPI R tiene tres hijos de los cuales dos están en los cabos buscando una manera de apoyarla y su hija mayor vive con ella siendo el sostén económico de la familia; es cuidadora de su esposo E que padece de esclerosis múltiple grado 3. Comenzó su papel como cuidadora hace seis años cuando continuamente su esposo empezó a tener caídas en el metro y pedía ser llevado a su hogar, posteriormente ella asume el la responsabilidad ya que la familia de su esposo se niega a cuidarlo: constantemente menciona el resentimiento que tiene hacia él por haberlos abandonado y engañarla en repetidas ocasiones, sin embargo, cree que es moralmente responsable de cuidarlo. sus hijos se niegan a cuidar de él y le han

mencionado que una vez que ella falte o surja otra situación, ellos no verán por su esposo ya que solo lo están apoyando por ella. La señora comenta estar deprimida y que su esposo solo lo empeora al estarla manipulando para que lo atienda todo el tiempo, incluso menciona el no poder acudir al médico ni seguir un tratamiento para su diabetes por la cantidad de tiempo y dinero que requiere el cuidado de su esposo. Las sesiones con la señora R fueron menos de la mitad debido a su incorporación tardía, sin embargo, se procuró abordar el tema sobre los límites para con su esposo y aprender a decir no ante demandas excesivas, así mismo, se realizaron las técnicas de relajación ya que presentaban un efecto positivo en su estado de ánimo.

- **Familiograma:**



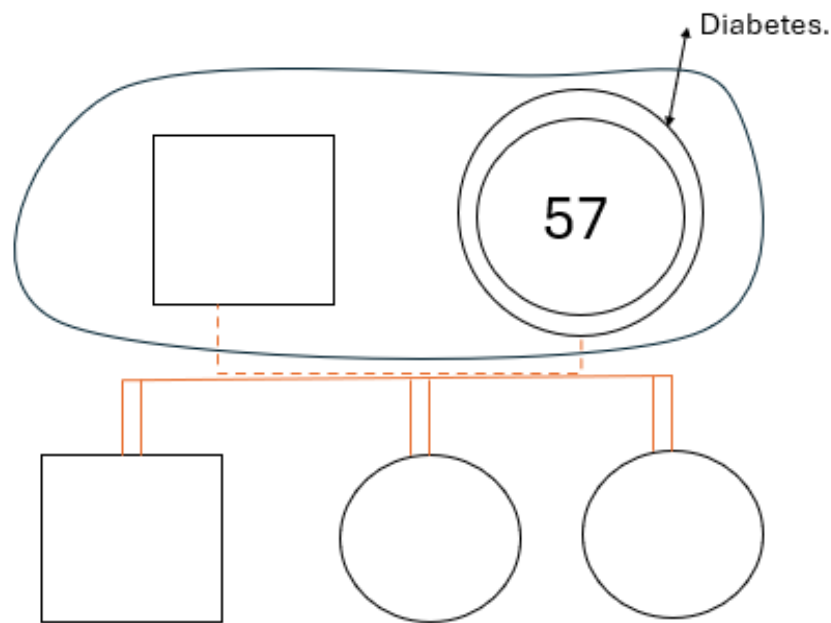
CPI O: Femenina de 57 años, cuyo padecimiento es la diabetes, tiene 10 años de cuidadora.

Sus recursos son sus hijos los cuales son las personas con las que disfruta convivir, su hija

mayor es la más cercana a ella, la que la escucha y aconseja. Practica ejercicio y cuida su alimentación.

Presentación de caso: Cuida de su esposo M, quien padece de diabetes desde hace ochos años, se preocupa ya que su esposo no sigue un tratamiento y ella tiene que estar cuidando todo lo que come y que tome los medicamentos. Es una persona muy activa e inquieta, que busca siempre tener actividades que ayuden a mejorar su salud, también acude al médico y siempre ha buscado tener ayuda psicológica pues menciona tener muchos traumas de su infancia. Se considera una persona tranquila y que siempre busca ayudar. Incluso comenta que su hija mayor es en realidad su sobrina pero que fue abandonada por su mamá y ella asume la responsabilidad. En las sesiones con la CPI O fueron menos de la mitad debido a su incorporación tardía, sin embargo, se procuró abordar los temas de poner límites con su esposo, aprender a pedir ayuda y fomentar actividades recreativas para ella, igualmente se aplicaron las técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular pasiva, la cual la última comentó que le benefició en su estado de ánimo.

- Familiograma:



CPI L: Femenina de 53 años, manifiesta Insuficiencia venosa y depresión severa. Lleva 34 años como cuidadora. Sus recursos son su hijo, quien es su mayor apoyo emocional, para el mejoramiento de su insuficiencia venosa ha hecho menos ejercicio físico tanto en su hogar, como en el trabajo.

Presentación de caso: Cuidadora de sus hermanos mayores los cuales son adultos mayores y con los cuales no suele comunicarse ni expresarse bien, previamente diagnosticada con depresión severa debido tanto a la sobrecarga que ella siente de ser cuidadora, al igual que el abuso físico, psicológico y emocional dado por el padre de su hijo el cual no vive en la casa pero constantemente la hostiga y la minoriza mediante mensajes de texto y llamadas; siente que no tiene la suficiente autoestima para confrontarlo, también posee insuficiencia venosa que le obliga a tener poca movilidad afectando su salud, su trabajo (lavado de ropa) y su papel como cuidadora. En las sesiones con la CPI L se le hizo énfasis en la organización de su tiempo con su paciente y con su familia, al igual que dar la importancia de establecer límites ante las demandas de su hermana, igualmente se realizaron las técnicas de respiración

diafragmática y técnica de relajación muscular progresiva, la cual comentó que le ayudó en situaciones de gran estrés.

- **Familiograma:**

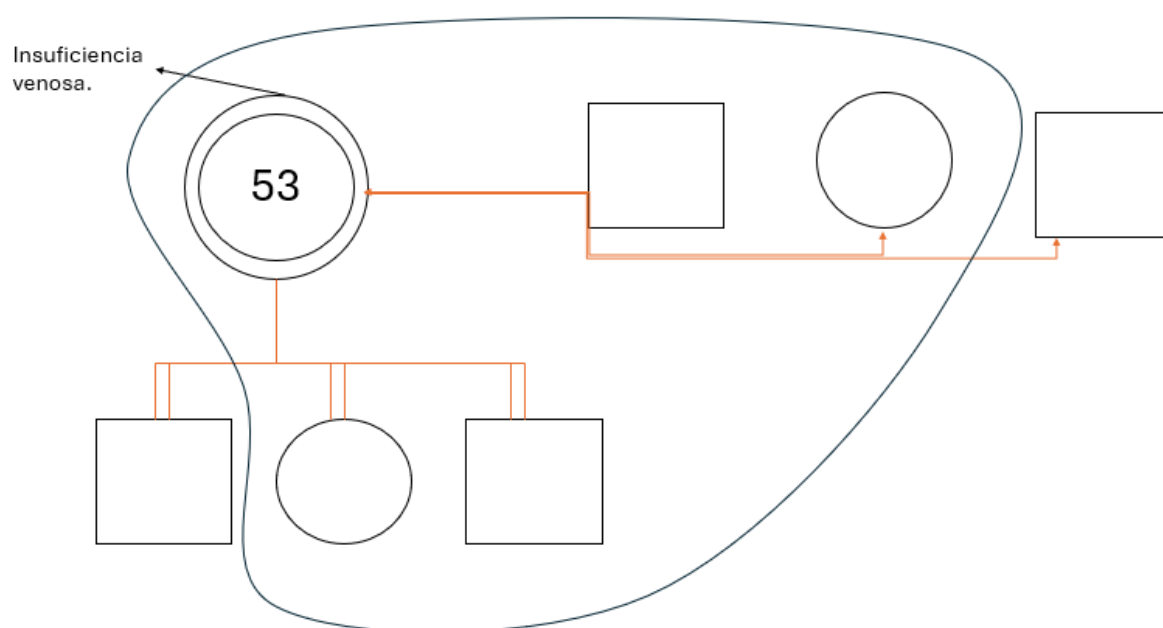


Tabla 8

Cambio Clínico Observable (CCO)

CPI 1			
Variable	Pre	Post	CCO
Bienestar	37	34	-0.08
- <i>Satisfacción por la vida</i>	18	16	-0.11

- <i>Afecto positivo</i>	19	18	-0.05
Salud	36	39	0.08
- <i>Salud psicológica</i>	13	13	0
- <i>Salud física</i>	10	8	-0.2
- <i>Estilo de vida</i> <i>saludable</i>	13	18	0.38
Apoyo social	53	52	-0.01
- <i>Persona especial</i>	24	24	0
- <i>Apoyo familiar</i>	18	15	-0.16
- <i>Apoyo amigos</i>	11	13	0.18
Ansiedad	6	7	0.16
Soledad	4	6	0.5
Depresión	3	4	0.33
Sobrecarga del cuidador	38	19	-0.5

En la tabla 8 se percibió en la variable de salud física hubo un empeoramiento significativo del -0.2 en su salud física, esto debido a que la señora Raquel (CPI 1) tiene un problema en las rodillas (falta de cartílago), lo cual hace que su movilidad sea limitada y que en las últimas sesiones se le ha hecho más incómodo el poder moverse. En la variable de estilo de

vida saludable demostró una mejora considerable de 0.38 debido a la reflexión y práctica de las sesiones y de cómo impacta en su vida diaria; en las variables de ansiedad y soledad se reflejó un empeoramiento significativo de 0.5 y 0.33 respectivamente, esto debido a que en la replantación de las preguntas ella centró su soledad y depresión en replantearse sobre las relaciones amorosas y la compañía que ella anhela de una pareja sentimental, finalmente en la variable de sobrecarga del cuidador se manifestó un mejoramiento considerable del -0.5 debido a que ha sentido que en las sesiones a podido poner a prueba en su vida diaria el delegar responsabilidades a sus hijos, como el poder generarse un horario de tiempo libre para ella.

6.2. Resultados fase 2

6.2.1. Análisis Cuantitativo

I. Medidas Psicosociales.

1.1 Análisis descriptivo

Se obtuvieron los estadísticos descriptivos y el análisis de la distribución normal de los datos con la prueba Shapiro Wilk mediante el programa estadístico (Software) Jamovi (Jamovi 2.6.13, 2024). Para las distribuciones no normales se aplicó una W de Wilcoxon, mientras que para aquellas que presentaron normalidad se evaluaron con una T de student de muestras relacionadas.

Se continuó con la extracción de las diferencias en las puntuaciones de cada escala psicométrica pre – post para identificar los cambios significativos que se tuvieron a lo largo de las sesiones durante la intervención.

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

Datos sociodemográficos

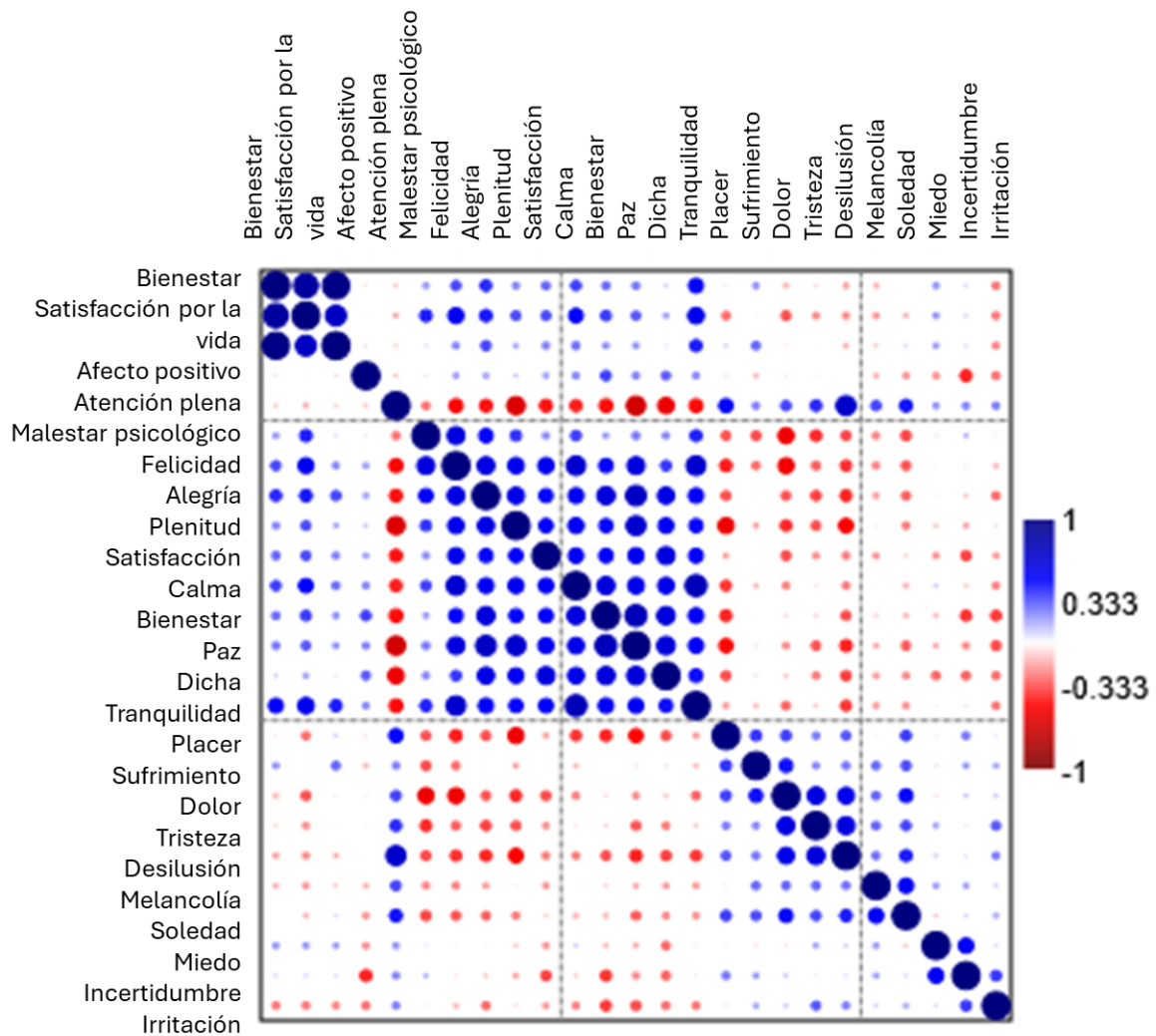
Iniciaron 49 CPI de los cuales concluyeron el programa 32. De estos 32 que concluyeron cuentan con una edad promedio de 57. Aproximadamente la mitad de la muestra presentaba escolaridad básica, apenas un 34.38% reportó el nivel medio superior, y solo un 3.13% manifestó tener el nivel superior y un 12.50% reportó no tener estudios.

Casi la mitad de los participantes tenía pareja, la mediana del número de hijos fue 2.5, mientras que la mediana del número de personas que habitan el hogar son 4, cuya media de años de ser cuidadores informales es de 14.9.

1.2 Análisis correlacional.

Figura 7.

Coeficiente de correlación de Spearman Pre.



El análisis del correlograma (figura 7) muestra las correlaciones entre las variables, viendo las correlaciones de manera positiva donde se destaca entre mayor bienestar mayor satisfacción por la vida, y entre mayor tranquilidad mayor calma, igualmente en las correlaciones de manera negativa se destacan entre menor felicidad, mayor dolor y entre mayor dolor menor felicidad.

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

En los resultados dados por el análisis grupal (Tabla 9) se reflejó como hubo reducciones significativas en el malestar psicológico y la desilusión, mostrando un impacto positivo en la intervención al igual que también mostró avances en los puntajes de atención plena, plenitud y calma.

Tabla 9

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

	<i>Medida</i>	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>Estadístico</i>	<i>P</i>	<i>Tamaño del efecto</i>
	<i>Bienestar</i>	33.6(9.78)	35(8.18)	<i>W=290</i>	0.421	0.167
-	<i>Satisfacción por la vida</i>	16.3(5.69)	17.4(4.49)	<i>W=226</i>	0.385	0.193
-	<i>Afecto positivo</i>	17.3(5.66)	18.7(5.46)	<i>W=268</i>	0.058	0.418
	<i>Atención plena</i>	59.3(14.8)	63.3(13.4)	<i>T=2.65(30)</i>	0.013	0.476
	<i>Malestar psicológico</i>	21.9(8.51)	19.8(8.21)	<i>T=-3.58(30)</i>	0.001	-0.643
	<i>Felicidad</i>	3.58(1.03)	3.61(1.05)	<i>W=37.0</i>	0.745	0.121

<i>Alegría</i>	3.56(1.045)	3.63(0.871)	<i>W</i> =32.5	0.627	0.182
<i>Plenitud</i>	3.13(1.04)	3.53(1.02)	<i>W</i> =160	0.003	0.684
<i>Satisfacción</i>	3.63(1.04)	3.50(1.08)	<i>W</i> =62.0	0.478	-0.190
<i>Calma</i>	3.09(0.928)	3.63(1.100)	<i>W</i> =162	0.005	0.705
<i>Bienestar</i>	3.34(1.260)	3.72(0.924)	<i>W</i> =151	0.073	0.438
<i>Paz</i>	3.38(1.29)	3.50(1.30)	<i>W</i> =78.5	0.595	0.154
<i>Dicha</i>	3.44(1.22)	3.41(1.10)	<i>W</i> =33.0	1.000	0.00
<i>Tranquilidad</i>	3.59(1.214)	3.59(0.965)	<i>W</i> =105	0.696	.100
<i>Placer</i>	3.03(1.26)	3.19(1.12)	<i>W</i> =103	0.447	0.199
<i>Sufrimiento</i>	2.81(1.061)	2.78(0.975)	<i>W</i> =82.5	0.909	-0.0351
<i>Dolor</i>	3.35(1.02)	3.13(1.28)	<i>W</i> =43	0.176	-0.368
<i>Tristeza</i>	3.09(1.058)	3.00(0.984)	<i>W</i> =49	0.518	-0.183
<i>Desilusión</i>	2.94(1.22)	2.63(1.29)	<i>W</i> =19.5	0.028	-0.629
<i>Desdicha</i>	2.06(1.22)	2.13(1.10)	<i>W</i> =106	0.653	0.116
<i>Melancolía</i>	3.09(0.963)	2.75(1.270)	<i>W</i> =59	0.142	-0.379
<i>Soledad</i>	2.38(1.43)	2.22(1.39)	<i>W</i> =49	0.532	-0.183
<i>Miedo</i>	2.75(1.16)	2.44(1.22)	<i>W</i> =59.5	0.256	-0.304

<i>Incertidumbre</i>	3.03(1.28)	2.63(1.04)	<i>W</i> =56	0.112	-0.411
<i>Irritación</i>	2.94(1.22)	2.78(1.24)	<i>W</i> =47	0.465	-0.217

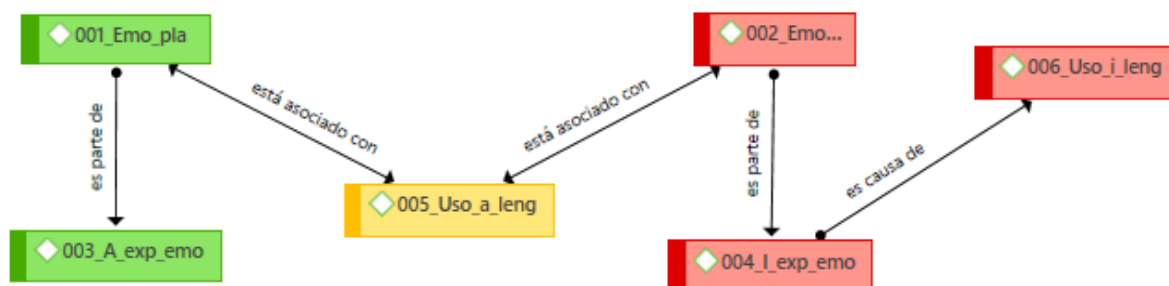
6.2.2. Análisis Cualitativo

Análisis de EEA

Al analizar de manera conjunta los diferentes ejercicios de EEA realizados por las CPI, se logra observar una constante similitud en cuanto al enfoque de los eventos traumáticos seleccionados; derivados de relaciones familiares negativas desarrollados en contextos de violencia, negligencia o maltrato. En un inicio, las cartas parecían tener discursos limitados y, a su vez escritos con sentimientos de resentimiento, los cuales continuaban presentes e interferían con la percepción favorable de su entorno y por ende en su expresión emocional adecuada: En los dos primeros ejercicios se logran identificar más palabras relacionadas con sentimientos negativos como culpa, dolor, pesar, preocupación o sufrimiento. Posteriormente, al cambiar la perspectiva del evento narrado, este pareció cambiar la estructura del discurso a un lenguaje más adecuado, empático y la identificación de emociones placenteras que anteriormente eran opacadas por emociones desagradables y comenzando a referirse a éstas como parte del pasado.

Figura 8

Nube de palabras de EEA

Figura 9*Red de EEA***Tabla 10***Enraizamientos de EEA*

Códigos	Descripción	Enraizamiento
001_Emo_pla	Se refiere a las emociones placenteras descritas en el texto, aquellas que la persona considera le benefician y/o disfruta.	13
002_Emo_des	Se refiere a las emociones desagradables que reporta la personas, es decir aquellas que no quisiera sentir o que le provocan malestar.	24
003_A_exp_emo	Se refiere a la expresión emocional adecuada, cuando las personas reportan que dan cabida congruente a la emoción que experimentan.	24

004_I_exp_emo	Se refiere a la expresión emocional inadecuada referida por la persona, es decir, aquellas expresiones con poca habilidad para ser congruente entre la emoción y la expresión.	8
005_Uso_a_leng	Se refiere al uso lo más adecuado posible para expresar sus emociones, es decir, que pueda comunicar de manera comprensible su sentir en el texto.	24
006_Uso_i_leng	Se refiere al uso inadecuado del lenguaje en la expresión de sus emociones.	7

Finalmente, el enraizamiento de códigos demuestra un incremento en su uso adecuado del lenguaje al identificar y expresar sus emociones y una mayor descripción de emociones desagradables comparadas con la cantidad de emociones placenteras descritas en el texto, a pesar de ello se mantiene con un bajo nivel el uso de lenguaje inadecuado, y por consiguiente su expresión emocional inadecuada.

Análisis de bitácora

Igualmente en un análisis más detallado sobre el progreso en las sesiones se tuvo que analizar las bitácoras, esto debido a que conforme avanzábamos y se realizaba los ejercicios de EEA, en las sesiones se pudo ver un cambio tanto en su manera de actuar como de pensar, esto debido a la constancia de las cuidadoras al estar tanto analizando la información aplicando los ejercicios y reflexionando lo que se dio en las sesiones.



En el análisis de redes se logra demostrar la evolución respecto a las atribuciones presentadas de las cuidadoras, creando un cambio al pasar de las atribuciones negativas a las positivas, categorizándolos en aspectos que favorecen el bienestar de la cuidadora y las que lo desfavorecen: en las perspectivas sociales negativas reflejan cómo está correlacionado a conductas hostiles en su círculo íntimo, agravando y afectando sus relaciones personales, al igual que, las expresiones incongruentes causa de una deficiente gestión y expresión emocional, afectándola al generar conductas patológicas de aislamiento y negligencia en cuanto a sus salud física, psicológica y social. A partir de las intervenciones se logró un mejoramiento con respecto a sus percepciones sociales positivas, promoviendo su gestión emocional y asertividad, dando como resultado un mejoramiento en conductas salutogénicas y por tanto creando actitudes prosociales y redes de apoyo debido a su participación en el programa social hacia cuidadores primarios informales

Tabla 11*Enraizamientos de Bitácoras*

Códigos	Descripción	Enraizamiento
001_Asertividad	Se refiere a la comunicación directa y en pro de los derechos de la persona, sin afectar los intereses de los demás.	10
002_Prosocial	Se refiere a las acciones encaminadas a integrarse a la comunidad de manera activa y en busca del desarrollo contextual.	3
003_Empatía	Se refiere a entender de la mejor manera posible las situaciones por las que está pasando alguien más.	6
004_PSPos	Se refiere a la percepción favorable del entorno y de la importancia de este.	3
005_Atribuciones	Se refiere a las atribuciones desde el punto de vista de la persona.	9
006_PSNeg	Se refiere a la percepción desfavorable del entorno, puede percibirse amenazador, limitante e incluso peligroso.	6

007_Hostilidad	Se refiere a los sentimientos de agresividad velada que se observan en conductas o acciones sobre otros.	13
008_LengAfec	Se refiere al lenguaje cálido y empático al comunicar información propia y de otros.	13
009_GesEmo	Gestión emocional. Se refiere a una adecuada gestión de las emociones, es decir, identificación, procesamiento y expresión de las emociones.	24
010_ExpInc	Expresión Incongruente. Se refiere a una deficiente gestión emocional, que va desde la baja identificación, procesamiento inconsciente y/o expresión inadecuada de las emociones.	5
011_Patogénicas	Se refiere a conductas que generan malestar físico y emocional. Por ejemplo, uso de sustancias, autolesiones, negligencia, violencia, sedentarismo, etc.	6
012_Salutogénicas	Se refiere a conductas que promueven un bienestar físico y emocional. Por ejemplo, actividad física, alimentación adecuada, búsqueda de apoyo profesional, etc.	17

013_RelFamPos	Relaciones Familiares Positivas. Se refiere al establecimiento de relaciones familiares fuertes, flexibles, sanas, de cuidado y desarrollo.	9
014_RedApo	Redes de apoyo. Se refiere a la existencia de redes de apoyo fuera de la familia, pueden ser vecinales, sociales o institucionales.	1
015_ConProgApo	Conocimiento de Programas de Apoyo. Se refiere al conocimiento y participación en programas sociales (no necesariamente de cuidadores)	2
016_RelFamNeg	Relaciones Familiares Negativas. Se refiere al deterioro en las relaciones familiares donde existe la violencia, el maltrato, la negligencia, el subdesarrollo, etc.	11
017_GenSocD	Generadores Sociales de Deterioro. Se refiere a las condiciones del contexto comunitario que propician el deterioro. Por ejemplo, violencia, pobreza, servicios urbanos, educación, etc.	4

En suma, en la estructura del enraizamiento de las bitácoras se observa mayor asertividad así como un puntaje elevado de códigos relacionados con gestión emocional, que podría estar afiliado con su incremento en conductas salutogénicas. Por esta razón, se puede concluir que

la ejecución de las técnicas tanto de EEA y de respiración han promovido un cambio positivo en su desarrollo que favorece su uso de lenguaje afectivo y empatía. Inversamente, se encuentran algunos puntajes altos en categorías que desfavorecen el bienestar de las CPI, tal como su percepción desfavorable del entorno, hostilidad y relaciones familiares negativas; características que afectan el desarrollo de la intervención, pero que pueden ser trabajadas y mejoradas.

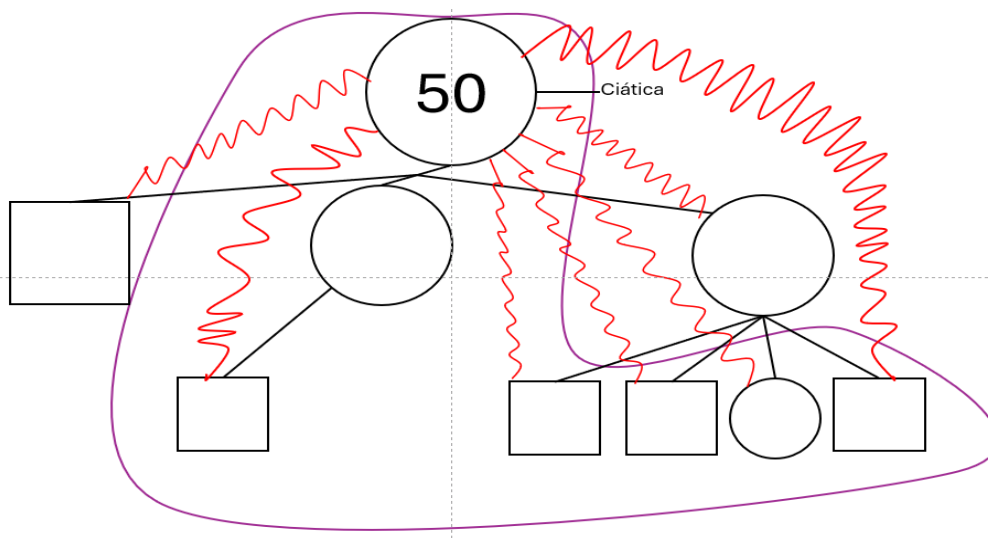
Reporte de casos

CPI R : Femenina de 54 años, ha sido cuidadora de su hijo con retraso en el desarrollo durante 24 años. Se observa un progreso importante en cuanto al desarrollo de conductas que promueven su bienestar físico y psicológico, implementación para delegar tareas, así como un mejor manejo, identificación y expresión emocional lo que ha mejorado la percepción de su entorno y su relación familiar. Ha mostrado un alto grado de compromiso en cuanto al programa y por ello, su integración a sesiones grupales aparenta ser positivo; muestra actitudes prosociales y capacidad de liderazgo e integración en grupo.

CPI O: Femenina de 57 años, cuidadora de su esposo con diabetes durante 10 años. A lo largo de la segunda fase se logró notar una mejora en su confianza, ya que mostró más interés en las sesiones y tenía mayor facilidad para expresar sus emociones. Pese a ello, la actividad de EEA se dificultó al detonar emociones desagradables que impidieron la realización del ejercicio en el primer intento, aunque lo compartió verbalmente, se negó a escribirlo y volver a tocar el tema. posteriormente se trabajó con otro evento para su comodidad lo que permitió que dejara de reprimir sus emociones y mejoró su perspectiva ante la resolución de eventos que le generen malestar. Reportó tener mejor relación con su familia y se dispuso a establecer límites ante tareas excesivas

CPI E: femenina de 50 años cuidadora de hija y nietos. Se integró durante la segunda fase de la intervención, padece diabetes sin tratar y problemas en su ciática. comenta que su hija de en medio le dejó a dos de sus hijos para que los criara, asimismo ella se hace responsable ocasionalmente de sus demás nietos sin remuneración alguna. y hace aproximadamente 3 años falleció su mamá, de la cual fue CPI durante 10 años. Inicialmente limitaba sus respuestas y sobrepensaba lo que comentaría, sin embargo, al poco tiempo comenzó a ser expresiva, y destinaba más tiempo a las sesiones haciendo que sus nietos e hijos no fueran una interrupción.

Familiograma:



Padecimientos / Manifestaciones: Problemas en la Ciática

Acciones / Recursos: Su hijo mayor el cual es el que más apoyo económico le brinda al igual que sus nietos los cuales le dan un apoyo emocional y la ayudan en labores domésticas.

Tabla 12

Cambio Clínico Observable (CCO)

CPI R			
Variable	Pre	Post	CCO
Bienestar	30	32	0.06
- <i>Satisfacción por la vida</i>	15	14	-0.06
- <i>Afecto positivo</i>	15	18	0.2*
Atención plena	73	82	0.12
Malestar psicológico	18	17	-0.05
Felicidad	4	4	0
Alegría	4	4	0
Plenitud	2	3	0.5*
Satisfacción	3	3	0
Calma	1	1	0
Bienestar	3	4	0.33*
Paz	4	2	-0.5*
Dicha	3	3	0

Tranquilidad	2	3	0.5*
Placer	3	3	0
Sufrimiento	2	2	0
Dolor	2	3	0.5*
Tristeza	2	2	0
Desilución	3	2	-0.33*
Desdicha	1	1	0
Melancolía	2	1	-0.5*
Soledad	1	1	0
Miedo	3	2	-0.33*
Incertidumbre	2	3	0.5*
Irritación	3	4	0.33*

En la tabla 12 se percibió en la variable de afecto positivo un mejoramiento del 0.2, esto debido a la predisposición de la CPI R, en mejorar ella misma tanto física como mentalmente, esto igualmente se ve considerablemente en las variables de plenitud (0.5), bienestar (0.33) y tranquilidad (0.5) al ya poder organizarse mejor en los labores de la casa debido a la delegación de responsabilidades a sus hijos, dándole más tiempo para ella y para promover conductas que promueven su bienestar como hacer ejercicio, ir al doctor, descansar;

igualmente esto ha provocado una mejoramiento significativo al reducir las variables de melancolía (-0.5), miedo (-0.33) y desilusión (-0.33), sin embargo sí hubo un empeoramiento significativo en paz (-0.5), dolor (0.5), incertidumbre (0.5) e irritación (0.33), esto debido a la constante presión de su trabajo, debido a que le dejan siempre toda la carga y responsabilidades, sin embargo con respecto a cuestiones más allá del trabajo no parecen generar un sentido de gravedad, debido a que ha aprendido a cómo manejarlo y organizarlo.

6.3. Resultados fase 3

6.3.1. Análisis Cualitativo

Durante el transcurso de la tercera fase se adentro más en el grupo con los CPI, y en la finalidad de dar un sentido de pertenencia en el grupo, al igual que dar estructura hacia una red comunitaria la cual se desarrolle de manera autónoma y busque fortalecer a los integrantes de esta, durante la búsqueda de este desarrollo se les proporcionó el cuestionario WHODAS para la evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud 2.0 el cual se inspecciono con el programa software SPSS para analizar los datos.

Tabla 13

Cuestionario WHODAS.

Número	Preguntas
	En los últimos 30 días ¿cuánta dificultad ha tenido para...
D1.1	Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?

- D1.2 Recordar las cosas importantes que tienes
que hacer?
- D1.3 Analizar y encontrar soluciones a los
problemas de la vida cotidiana?
- D1.4 Aprender una nueva tarea, por ejemplo,
aprender cómo llegar a un nuevo lugar?
- D1.5 Entender en general lo que dice la gente?
- D1.6 Comenzar y mantener una conversación?
- D2.1 Estar de pie por largos períodos de tiempo,
como por ejemplo 30 minutos?
- D2.2 Pararse luego de estar sentado?
- D2.3 Moverse adentro de su hogar?
- D2.4 ¿Salir de su hogar?
- D2.5 Caminar una larga distancia, como un
kilómetro (o equivalente)?
- D3.1 ¿Lavarse todo el cuerpo? (bañarse)
- D3.2 Vestirse?
- D3.3 Comer
- D3.4 ¿Quedarse solo/a durante unos días?

- | | |
|------|--|
| D4.2 | ¿Relacionarse con personas que no conoce? |
| D4.3 | ¿Mantener una amistad? |
| D4.4 | Llevarse bien con personas cercanas? |
| D4.5 | ¿Hacer nuevos amigos? |
| D4.6 | ¿Realizar actividades sexuales? |
| D5.1 | Ocuparse de sus responsabilidades
domésticas? |
| D5.2 | ¿Realizar bien sus tareas domésticas más
importantes? |
| D5.3 | Terminar todo el trabajo doméstico que
necesitaba realizar? |
| D5.4 | Terminar las tareas domésticas tan rápido
como era necesario? |
| D5.5 | Llevar a cabo su trabajo diario o las
actividades escolares diarias? |
| D5.6 | Realizar bien las tareas más importantes de
su trabajo o de la escuela? |
| D5.7 | Terminar todo el trabajo que necesitaba
realizar? |

- D5.8 Terminar su trabajo tan rápido como era necesario?
- D6.1 ¿Cuánta dificultad ha tenido para participar en actividades de su comunidad (por ejemplo, festividades, actividades religiosas o de otro tipo) de la misma forma que a cualquier otra persona?
- D6.2 ¿Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en el mundo que lo rodea?
- D6.3 ¿Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad debido a las actitudes y acciones de otras personas?
- D6.4 ¿Cuánto tiempo dedicó usted a su condición de salud o a sus consecuencias?
- D6.5 ¿Cuánto ha sido afectado emocionalmente por su condición de salud?
- D6.6 ¿Qué impacto económico ha tenido para usted o para su familia su condición de salud?

Total	43	100.0
-------	----	-------

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

Siendo el 27.9% teniendo una nula dificultad para relacionarse con las personas (Tabla 14), esto puede deberse al mejoramiento de la comunicación entre ellos y al abrirse más emocionalmente hacia una relación, a diferencia del 11.6% el cual se le dificulta de una manera severa el entablar una relación, esto pudo generarse debido a la falta de desarrollo en las interacciones, inseguridades y miedo al rechazo.

Por el contrario del 18.6% y del 4.7% que reportan una dificultad leve y moderada respectivamente, esto puede deberse a diversos problemas tanto sociales como emocionales los cuales les dificulta la relación con desconocidos.

Tabla 15

Tabla de frecuencia de la pregunta D5.6

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Ninguno	24	55.8
	Leve	10	23.3
	Moderada	1	2.3

	Total	35	81.4
Perdidos	999	8	18.6
Total		43	100.0

- En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar bien las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela?

Mostrando en la Tabla 15 como el 55.8% una nula dificultad en realizar las tareas más importantes del trabajo, pudiendo deberse al mejoramiento de su organización con respecto a sus horarios, su facilidad en concentrarse y su desarrollo continuo de perseverancia ante el constante esfuerzo, mientras que el 2.3% ve una dificultad moderada con respecto al realizar bien sus tareas, pudiendo ser una de las principales razones falta tiempo, problemas con el compromiso o falta de recursos.

Igualmente el 23.3% que tuvo dificultades leves pudo ser por cuestiones de intromisión externa o por la poca comprensión de la tarea en sí.

Tabla 16

Tabla de frecuencia de la pregunta D6.1

	Frecuencia	Porcentaje
--	-------------------	-------------------

Válidos	Ninguno	24	55.8
	Leve	8	18.6
	Moderada	4	9.3
	Total	36	83.7
Perdidos	999	7	16.3
Total		43	100.0

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

En la Tabla 16 se refleja como el 55.8% ninguna de las personas sienten una dificultad en participar en actividades dentro de su comunidad, esto pudiendo demostrar su organización e tiempo, sus mejoramiento en el desarrollo de la tolerancia y empatía con respecto a actividades fuera de las que normalmente están acostumbrados, a diferencia del 9.3% el cual tiene una dificultad moderada al tener una mayor participación, lo cual pudo haberse generado debido a la falta de identidad dentro de la comunidad, problemas tanto externos como socioeconómicos que le genere una imposibilidad de realizar actividades externas que fomenten una mayor relación dentro del grupo y con sus costumbre o tradiciones.

Sin embargo el 18.6% ha demostrado tener una dificultad leve al participar dentro de la comunidad esto puede deberse a dificultades como el tiempo o la carga del trabajo en la vida cotidiana la cual está presente constantemente en la vida diaria. Los datos arrojaron un evidente sentido de la comunidad por parte de los participantes, lo cual se pudo apreciar en su compromiso al asistir a la mayoría de las sesiones grupales.

Tabla 17

Tabla de frecuencia de la pregunta D6.5

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ninguno	15	34.9
	Leve	12	27.9
	Moderada	4	9.3
	Severa	1	2.3
	Total	32	74.4
Perdidos	999	11	25.6
Total		43	100.0

- En los últimos 30 días ¿Cuánto ha sido afectado emocionalmente por su condición de salud?

En la Tabla 17 se refleja como el 34.9% tuvo ninguna afectación emocional por la condición de su salud, esto puede deberse a su constante chequeo y preocupación de su salud, teniendo citas constantes con sus doctores, controlando su medicación y alimentos al igual que manteniendo un horario de descanso, mientras que el 2.3% tiene una afectación severa en cuanto a la condición de su salud, esto puede ser generado por una mala higiene personal, malos hábitos alimenticios y poca disponibilidad médica.

Sin embargo el 27.9% y 9.3% que tienen una afectación leve y moderada respectivamente, se pudo llegar a generar debido a la nula información o la poca constancia de revisarse o interesarse por su salud.

Tabla 18

Tabla de frecuencia de la pregunta D6.8

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ninguno	19	44.2
	Leve	5	11.6
	Moderada	6	14.0
	Severa	4	9.3
	Extrema/No puede hacerlo	1	2.3

	12	1	2.3
	Total	36	83.7
Perdidos	999	7	16.3
Total		43	100.0

- En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar por sí mismo(a) cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?

En la tabla 18 se refleja como el 44.2% no tiene ninguna dificultad para realizar por sí mismo actividades de relajación o de disfrutar, pudiendo ser la principal razón el entendimiento de tomarse pautas, y de la reflexión de la importancia de las técnicas de relajación y priorización de su tiempo y bienestar, mientras que el 2.3% refleja una dificultad extrema al no poder realizar estas actividades pudiendo deberse a una imposibilidad de desarrollar estas actividades debido al tiempo o sobrecarga de cuidar otras personas ajenas a uno mismo.

Mientras que el 11.6%, 14.0% y 9.3% llegan a tener dificultades leves, moderadas y severas respectivamente, pudiendo deberse a diferentes factores tanto internos como externos que los limiten en el desarrollo de su espacio y tiempo personal.

Escudo

Igualmente en el desarrollo de esta fase grupal para dar un sentimiento de identidad y valoración hacia los cuidadores primarios informales se dio la idea de implementar un escudo el cual represente los ideales y metas que tiene ellos como comunidad

Durante su desarrollo se le preguntó a los cuidadores que componentes les gustaría dentro del escudo: que animal, planta, objeto, metal, lema o refrán; con lo cual se realizó una actividad con respecto a la idealización de su escudo ideal en donde los CPI tendrían que poner los componentes que querían en una hoja en blanco, sesiones después se volvería a comentar del tema para confirmar la mayoría de votos, para así finalmente teniendo el concepto final (Figura 12).

El animal que se dio por mayoría es el león el cual representa fuerza y coraje, representando el trabajo y la lucha de los CPI.

El lema o refrán que se escogió es el de “unidos venceremos”, mostrando su unidad y pertenencia dentro del grupo, reforzando su vínculo como red de apoyo.

La planta que se dio por votación mayoritaria es el cactus, el cual representa resistencia y fortaleza, representando la perseverancia de los CPI ante los diferentes desafíos que representó el guiar, cuidar y sostener a sus pacientes.

En el objeto, la mayoría escogió el árbol, el cual expresó para ellos el constante crecimiento de ellos como personas y como seres humanos; aunque igualmente a medida que se comentó con respecto a los objetos la mayoría también habló sobre también poner unas espadas representando el poder y el coraje dentro de ellos mismos e igualmente demostrando que defienden sus pensamientos e ideologías.

Finalmente dentro de los metales, el metal que más votaciones tuvo fue el del oro el cual representa la riqueza y la prosperidad, reflejando la prosperidad que ellos buscan como cuidadores y como personas.

Figura 12

Escudo del grupo “museo”

6.4. Discusión

Esta investigación tuvo el objetivo de explorar las dificultades y los malestares producto de ser un cuidador primario; las exigencias económicas y lo que implicaría en el impacto de la salud del cuidador. Al inicio los datos demostraron altos niveles de sobrecarga, depresión, ansiedad, sentimientos de soledad y malestares físicos, resultados que eran esperados después de indagar en diversas investigaciones enfocadas en CPI. Tal como lo afirma la Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC), en México, el 75.1% de las personas que brindan cuidados son mujeres, las cuales dedican más tiempo a los cuidados que los hombres, dato que es observable al comparar los porcentajes de cuidadoras mujeres y cuidadores

hombres que formaron parte de la presente investigación, lo cual puede ser asociado a los predispuestos roles de género, manteniendo la imagen masculina como proveedor y la femenina el de cuidador; a razón de esto, es importante el comenzar a concientizar a la sociedad a dejar de fomentar roles y estereotipos de género que promueven la falta de responsabilidad de cuidados en hombres y sobrecarga en mujeres.

En cuanto a las escalas psicométricas aplicadas a lo largo del proyecto, presentan gran utilidad que nutren la identificación del estado físico, emocional y cognitivo de los participantes, lo cual representó ser una herramienta indispensable para el análisis y planeación de las estrategias a efectuar tanto de manera individual como grupal.

6.5. Conclusión

6.5.1. Primera Fase

Con base en los resultados obtenidos de las diferentes escalas se observó que, en su mayoría, al inicio del programa de intervención los CPI reportaron niveles elevados de sobrecarga del cuidador, así como sintomatología depresiva, ansiosa y sentimientos de soledad, derivados de su papel como cuidadores, dada la responsabilidad y demanda excesiva que implica su labor. Esta misma sobrecarga impedía el desarrollo biopsicosocial del cuidador como individuo, y la adquisición de hábitos nocivos que perjudican su calidad de vida. En el programa de intervención se pudo interactuar y comprender la compleja relación de los participantes con la misma asignación de su rol como cuidadores. Pese a los resultados esperados, los resultados de las escalas no tuvieron gran tamaño del efecto, sin embargo, esto podría haber sido afectado por la falta de continuidad con algunos CPI o incluso el proceso de concientización y replanteamiento de diversos temas como los límites, el manejo de tiempo y el cómo repercute el cuidado en su vida; esto último al cambiar la valoración de diversos ítems de las escalas.

Aunque no se notaron cambios significativos en análisis grupales, en lo trabajado con las cuidadoras asignadas, se percibió un cambio positivo en cuanto a la concientización, el conocer y aplicar los límites requeridos y la aplicación constante de las técnicas de relajación, de las cuales en su mayoría las CPI manifestaron un auténtico interés en su realización y los efectos que lograron al ayudar con su insomnio, regulación de estrés y relajación.

6.5.2. Segunda Fase

Con base en los resultados obtenidos de las diferentes escalas se observó que, en su mayoría, los CPI han reportado un avance significativo en la mejora de su bienestar psicosocial, tanto el análisis cuantitativo como cualitativo dejan como registro un incremento en su calidad de vida y gestión emocional que ha permitido una disminución a su malestar y a su vez un mejor control de su estrés. El programa de intervención ha dejado en su mayoría resultados fructíferos, que si bien aún existen ámbitos a mejorar, el compromiso presentado por los CPI aunado con la estructura del proyecto han generado una respuesta positiva.

De manera individual, el progreso de las CPI han sido sumamente notorios al evaluar sus discursos, así como al interactuar personalmente; se han familiarizado satisfactoriamente con el programa y parecen tener mayor afinidad con la búsqueda de su bienestar y la reevaluación de conductas y enfoques, volviéndolas más asertivas

En el análisis de la Escritura Emocional Autorreflexiva se pudo ver un cambio en su discurso llegando a una autorreflexión y autorregulación emocional al pensar en los eventos del pasado y afrontandolos de una manera en la que sintieron que cerraron un capítulo de sus vidas, esto debido al principio de los ejercicios al ver los problemas dolorosos y estresantes que vivieron en su momento junto con los sentimientos de dolor y angustia los cuales han expresado, sin embargo, conforme lo veían desde diferentes puntos de vista expresaron mayores sensaciones entorno al bienestar, esto se puede corroborar con las bitácoras ya que

durante el transcurso de las sesiones han podido analizarlo desde su dificultad de expresarse emocionalmente y transmitirlo en el ejercicio hasta poder llegar a una reestructuración cognitiva entorno al evento traumático, tomándolo como una enseñanza de la vida, igualmente esto se pudo lograr debido a las sesiones dadas junto con las actividades e información que se les daba, logrando que las sesiones las vean como un apoyo entorno a su salud física y psicológica.

6.5.3. Tercera Fase

De acuerdo a los datos obtenidos de los análisis realizados, se logra observar un incremento en su percepción de bienestar, logrando así una plena disposición en la realización de actividades grupales. Se destaca su independencia al realizar actividades tanto laborales como del hogar, demostrando un buen dominio cognitivo, evitando sus dificultades para cumplir con sus responsabilidades domésticas, de cuidado, autocuidado y/o laborales. Asimismo reportan pocas dificultades físicas, lo que favorece su autonomía y mejora su estado anímico ya que les da la oportunidad de disminuir sus limitantes. Los estadísticos muestran niveles leves o nulos de dificultades en los seis dominios establecidos en Whodas 2.0 los cuales son: cognición, movilidad, cuidado personal, relaciones actividades cotidianas y participación.

Durante las observaciones del desarrollo de sesiones grupales es importante enfatizar el compromiso e interés que demostraron los CPI para aprender y participar en todas aquellas actividades establecidas, se logró apreciar la creación de un sentido de la identidad y pertenencia a partir de la creación del escudo y compartir sus diversas vivencias y experiencias las cuales nutrieron a fortalecer su solidaridad y empatía grupal.

En cuanto a las percepciones individuales con las CPI, se mantuvo una interacción constante, procurando no perder la confianza y alentando a la inclusión grupal. Si bien al principio de esta última fase había una separación entre los cuidadores, al pasar de las

sesiones y con ayuda de las diadas se mejoró la comunicación y el entendimiento, incluso cuando aún se mantenía el apego a sus diadas que les brindaron la atención, este apego se fue ampliando.

7. CONCLUSIONES GENERALES

Finalmente, durante el desarrollo del programa de intervención psicosocial en CPI de la comunidad de San Miguel Teotongo, se obtuvieron resultados satisfactorios; en la primera fase las cuidadoras se mostraron inseguras, nerviosas y sin mucho interés, pese a eso continuaron recibiendo el acompañamiento, en múltiples ocasiones desconocían su rol como cuidadoras y por tanto el origen de sus malestares, aquellas que llegaron al final denotaban un aprendizaje y la motivación para culminar el programa; así, al llegar a la segunda fase los resultados de pruebas psicométricas determinaron no solo un aprendizaje y concientización sino que también mejoraron en su percepción del autocuidado promoviendo en ellas la organización de su tiempo, estableciendo límites y delegar tareas para así disminuir su sobrecarga y mejorar su estado de salud física y mental. El estudio cualitativo aplicado en esta segunda fase permitió a las cuidadoras el explorar sus experiencias traumáticas a través de la técnica de escritura emocional autorreflexiva estimulando que se desahogaran y dieran un resignificado a sus vivencias. En cuanto a la tercera fase se contempla el progreso que han adquirido las cuidadoras, identificando y gestionando sus emociones, ampliando su rutina fuera de su extenuante labor como CPI, e indagando en todas sus redes de apoyo y siendo ellas un apoyo para los demás. Con lo anterior se concluye que se lograron cumplir los objetivos generales, se les otorgó las herramientas necesarias para su desarrollo biopsicosocial y a su vez generó que los grupos mantuvieran una cohesión grupal y construyeran así una red de apoyo sólida, también es rescatable mencionar que en su mayoría

las CPI buscaron divulgar y compartir sus conocimientos dentro de la comunidad, con el fin de apoyar y lograr ampliar más el grupo.

8. SUGERENCIAS

- Mejorar la estructura de las intervenciones psicosociales.
- Implementar mejores rutas y establecer relaciones previas con las cuidadoras (por parte de los profesores) para consolidar los próximos grupos.
- Implementar una red de transportes para facilitar el traslado de los CPI al área de las sesiones grupales.
- Tener accesibilidad a una red de internet tanto para el apoyo de las diadas como del propio uso de los CPI con fines de desarrollo personal, dentro del museo del área de sesiones grupales (Museo Comunitario de San Miguel Teotongo).
- Establecer un apoyo económico en donde se pueda gestionar los materiales didácticos para cada sesión.
- Tener una mejor organización de parte de las diadas para una mejor comunicación entre ellos y los CPI.
- Mejores capacitaciones a las diadas para reforzar su aprendizaje.
- Cursos para aprender lenguaje de señas, lo que permitiría expandir las capacidades de acompañamiento en las intervención, y contribuye a la inclusión de más sectores para trabajar

9. LIMITACIONES

-De las principales limitaciones fue la constante deserción de los participantes, pese a que en muchos caso se mantuvo el número de CPI, lo cierto es que en cada fase se retiraban cuidadoras y llegaban nuevas con las cuales había que trabajar lo esencial.

-La inasistencia o cancelación repentina de sesiones, limitaba el progreso de la intervención pues se perdían temas o se aceleraban omitiendo algunas actividades.

-La falta de comunicación de los cuidadores, en diversas ocasiones no contestaban mensajes ni se nos recibía en los domicilios, sin esclarecer si desertaban o simplemente posponía. Esto no permitía incluir a nuevas personas y se desperdiciaba tiempo.

10. REFERENCIAS

González Velázquez, M. S., & Crespo Knopfler, S. (2020). Perfil del cuidador primario en pacientes diabéticos en dos comunidades. *Investigacion En Enfermeria: Imagen y Desarrollo*, 22, 1–8. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie22.pcpd>

Cabrera-Vélez, M., & Jané Ballabriga, M. C. (2023). Calidad de vida y funcionamiento ejecutivo en cuidadores primarios de niños y adolescentes con discapacidad. *Interdisciplinaria: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 40(3), 1–34. <https://doi.org/10.16888/interd.2023.40.3.13>

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

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

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2015). *Detección y Manejo del Colapso del Cuidador*. <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

- Espinoza Miranda, Karina, & Jofre Aravena, Viviane. (2012). SOBRECARGA, APOYO SOCIAL Y AUTOCUIDADO EN CUIDADORES INFORMALES. *Ciencia y enfermería*, 18(2), 23-30. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000200003>
- Calleja, Nazira y A. Mason, Tere. (2020). *Escala de Bienestar Subjetivo (EBS-20 y EBS-8): Construcción y Validación*. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación 55(2), 185-201. <https://doi.org/10.21865/RIDEP55.2.14>
- Tinajero-Chávez, Lorena Ishel, José Fernando Mora-Romo, Andrea Bravo-Doddoli, Beatriz Viridiana Cruz-Narciso, Nazira Calleja, y Filiberto Toledano-Toledano. (2023). Design, Development, and Validation of the Self-Perceived Health Scale (SPHS). *Healthcare* 11, no. 14: 2007. <https://doi.org/10.3390/healthcare11142007>
- Xóchitl Santos-Vega M., Ortega-Andeane P. y Toledano-Toledano F. (2021). Validez y confiabilidad de la Escala de Apoyo Social Percibido (MSPSS). *Psicooncología*, 18(2), 333-345. <https://doi.org/10.5209/psic.77756>
- Gaitán-Rossi, P., Pérez-Hernández, V., Vilar-Compte, M., & Teruel-Belismelis, G. (2021). Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México. *Salud Pública De México*, 63(4), 478-485. <https://doi.org/10.21149/12257>
- Herrera Navarrete, Bibian, Galindo Vázquez, Oscar, Bobadilla Alcaraz, Rogelio, J. Penedo, Frank y Lerma, Abel. (2021). Propiedades psicométricas del Cuestionario MOS de Apoyo Social en una muestra de pacientes con enfermedades cardiovasculares en población mexicana. *Psicología y Salud*, Vol. 31, Núm. 2: 225-235. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2691>

Oscar Galindo-Vázquez, Paulina Núñez Gómez, Silvia Vidal Millán, Enrique Bargalló

Rocha, Abel Lerma, Yuliana Sánchez Contreras, Rosa María Álvarez Gómez (2023).

Evidencia psicométrica del Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) y Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7) en pacientes con asesoramiento genético en Oncología. *Psicooncología* 2023; 20(2): 267-281.

<https://dx.doi.org/10.5209/psic.91526>

González Celis Rangel, A. L. M., Pérez Olvera, Z., & Mendoza Madrigal, V. A. . (2024).

BIENESTAR PSICOLÓGICO, CALIDAD DE VIDA Y MIEDOS AL COVID-19 EN ADULTOS MAYORES EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA. *Revista*

Electrónica De Psicología Iztacala, 27(3). Recuperado a partir de

<https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/89746>

Santos Vega, Maria Xóchitl, Ortega Andeane Patricia, Galindo Vázquez Óscar. (2023).

Propiedades psicométricas de la Escala de Malestar Psicológico (K-10) en cuidadores primarios de pacientes con cáncer. *Psicología y Salud*, Vol. 33, Núm. 1: 253-261.

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

Velasco-Matus, Pedro Wolfgang, Rivera Aragón, Sofía, Domínguez Espinosa, Alejandra del

Carmen, Méndez Rangel, Fernando, & Díaz Loving, Rolando. (2021). Positive Affect/Negative Affect Scale for Mexicans (PANA-M): Evidences of Validity and Reliability. *Acta de investigación psicológica*, 11(1), 95-113.

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

López-Maya, E., Hernández-Pozo, M., Méndez-Segundo, L., Gutiérrez-García, J.,

Araujo-Díaz, D., Nuñez-Gazcón, A., Hölzel, B. (2015). Psychometric properties of the Mexican version of the mindful attention awareness scale (MAAS). *Psychologia:*

avances de la disciplina, 9(1), 13-27. [Vista de Propiedades psicométricas de la version mexicana de la escala de atención plena \(MAAS\)](#)

Espíndola Hernández, José Gabriel, Morales-Carmona, Francisco, Díaz, Edgar, Pimentel,

Diana, Meza, Pilar, Henales, Consuelo, Carreño, Jorge, & Ibarra, Anna Cecilia.

(2006). Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada. *Perinatología y reproducción humana*, 20(4),

112-122. Recuperado en 12 de enero de 2025, de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372006000200008&lng=es&tlng=es.

Cebolla Ausiás y Demarzo Marcelo. (2014). ¿Qué es mindfulness?. En A. Cebolla i Martí, J.

García-Campayo y M. Demarzo. (Coord.). *Mindfulness y ciencia. De la tradición a la modernidad*. (pp. 19-40). Alianza Editorial.

Joaquín Mateu-Mollá. (2020). *Malestar emocional: posibles causas, y cómo superarlo*. Portal

Psicología y Mente. <https://psicologiaymente.com/clinica/malestar-emocional>

Juan Armando Corbin. (2018). *Salud emocional: 8 consejos para mejorarla*. Portal

Psicología y Mente. <https://psicologiaymente.com/psicologia/salud-emocional>

Berenzon Gorn, Shoshana, Galván Reyes, Jorge, Saavedra Solano, Nayelhi, Bernal Pérez,

Pilar, Mellor-Crummey, Lauren, & Tiburcio Saíenz, Marcela. (2014). Exploración del malestar emocional expresado por mujeres que acuden a centros de atención primaria de la Ciudad de México: Un estudio cualitativo. *Salud mental*, 37(4), 313-319.

Recuperado en 17 de enero de 2025, de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000400005&lng=es&tlng=es.

Soriano, Javi. (2023). *Apoyo Social: características y efectos psicológicos de disponer de él*.

Portal Psicología y Mente. <https://psicologiaymente.com/social/apoyo-social>

López Tello, A., Natera Rey, G., Tiburcio Sainz, M., & Mondragón Gómez, R. (2024).

Propiedades psicométricas del cuestionario de apoyo social percibido en familiares de usuarios de sustancias adictivas. *Informes Psicológicos*, 24(2), 194–211.

<https://doi.org/10.18566/infpsic.v24n2a12>

Alfaro-Ramírez del Castillo, O. I., Morales-Vigil, T., Vázquez-Pineda, F., Sánchez-Román,

S., Ramos-del Río, B., & Guevara-López, U. (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales.

Revista Medica Del IMSS, 46(5), 485–494.

Alberto Mendoza-Contreras, L., Fernando Mora-Romo, J., & Domínguez-Trejo, B. (2025).

Avances recientes en evaluación y tratamiento psicológico (no invasivo) del dolor crónico. *Revista Psicología y Salud*, 35(1), 7–14.

<https://doi.org/10.25009/pys.v35i1.2945>

Tomás Santa Cecilia. (2024). *Red de apoyo emocional: ¿qué es y cómo nos ayuda?*. Portal

Psicología y Mente. <https://psicologiaymente.com/social/red-de-apoyo-emocional>

Vicente-Ramírez, L. E., Medina-Reyna, V., Rodríguez-Medina, D. A., Carranza-Aguilar, M.,

Vázquez-Ortega, J. J., & Manjarrez-Ibarra, J. O. (2022). Acompañamiento psicosocial en cuidadores primarios informales: Mindfulness, calidad de vida y apoyo social a

distancia. *Revista Digital Internacional De Psicología Y Ciencia Social*, 8(01),

e8012022385. <https://doi.org/10.22402/j.rdiptycs.unam.e.8.01.2022.385>

American Psychological Association. (2010). *Los distintos tipos de estrés*.

<https://www.apa.org/topics/stress/tipos>

Peréz Araque, María José. (2022). *¿Que es la Psicología de la intervención social y comunitaria?*. Psicopedia.

<https://psicopedia.org/19190/psicologia-de-la-intervencion-social-y-comunitaria/>

Mateu-Mollá, Joaquín. (2020). *Malestar emocional: posibles causas, y cómo superarlo*.

Portal Psicología y Mente. <https://psicologiaymente.com/clinica/malestar-emocional>

Guillén, J. C. (2022). El Trabajo Social y la Psicología: un binomio cooperativo en las relaciones humanas. *PSIDIAL: Psicología y Diálogo de Saberes*, 1(1) 60-81 DOI:

<https://doi.org/10.5281/zenodo.6004158>

Escritos de psicología. (s.f.). *Estrategias efectivas para el manejo de relaciones interpersonales*.

<https://www.escritosdepsicologia.es/manejo-de-relaciones-interpersonales/>

Cebolla i Martí, Ausiás; García-Campayo, Javier y Demarzo, Marcelo. (2014). *Mindfulness y ciencia. De la tradición a la modernidad*. Alianza Editorial.

Jaramillo, T. M. U. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud.

Investigación y educación en enfermería, 17(2), 109-118.

Dana, D. (2019). La teoría polivagal en terapia. *Cómo unirse al ritmo de la regulación*.

Eleftheria.

https://editorialeleftheria.com/wp-content/uploads/2019/02/Fichas_DebDanaUsuario1.pdf

Pablo Álvarez Carneros. (2015). *La Teoría Ecológica de Urie Bronfenbrenner*. Portal Psicología y Mente.

<https://psicologiaymente.com/desarrollo/teoria-ecologica-bronfenbrenner>

- Zapata, Florencia y Rondán, Vidal. (2016). *La Investigación Acción Participativa: Guía conceptual y metodológica del Instituto de Montaña*. Lima: Instituto de Montaña.
<https://mountain.pe/recursos/attachments/article/168/Investigacion-Accion-Participativa-IAP-Zapata-y-Rondan.pdf>
- González Velázquez, M. S., & Crespo Knopfler, S. (2020). Perfil del cuidador primario en pacientes diabéticos en dos comunidades. *Investigacion En Enfermeria: Imagen y Desarrollo*, 22, 1–8. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie22.pcpd>
- Lachira Estrada, D., Luján Vera, P., Mogollón Taboada, M., & Silva Juárez, R. (2020). La comunicación asertiva: una estrategia para desarrollar las relaciones interpersonales. *Revista Latinoamericana De Difusión Científica*, 2(3), 72-82.
<https://doi.org/10.38186/difcie.23.06>
- Hudson, Georgina. (2023). *Establecer límites saludables: encontrar nuestra voz para empoderarnos*. Portal Psicología y Mente.
<https://psicologiaymente.com/psicologia/establecer-limites-saludables>
- Cardona Jiménez, Jairo León; Villamil Gallego, María Mercedes; Henao Villa, Eucaris; Quintero Echeverr, Ángela. (2013). El sentimiento de soledad en adultos. *Medicina UPB*, 32(1), 9-19. <https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/view/1584>
- Acosta Quiroz, Christian Oswaldo; Tánori Quintana, Jesús; García Flores, Raquel; Echeverría Castro, Sonia Beatriz; Vales García, Javier José; Rubio Rubio, Laura. (2017). Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 27 (2), 179-188.
<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2535>

Díez, Adriana. (2022). *Teoría de los roles, ¿cuál es nuestro papel en la sociedad?*. La mente es maravillosa.

<https://lamenteesmaravillosa.com/teoria-de-los-roles-cual-es-nuestro-papel-en-la-sociedad/>

Gavin A, Kugener T, Krui Kim Hourn, Yao Guizhong, Saiz J, Malvreas V. (2010) Measuring health and disability: manual for WHO disability assessment schedule WHODAS 2.0. Organización Mundial de la Salud.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/170500/9874573309_spa.pdf;jsessionid=8316FC409D365BD818E85ED3228F8A58?sequence=1

Alvaro, Jose Luis & Garrido, Alicia. (2003). La evolución de la psicología social hasta los años 70. En Alvaro, José Luis & Garrido, Alicia. (Eds.), *Psicología Social. Perspectivas Psicológicas y Sociológicas* (pp. 219-250). MC Graw Hill.

Cereceda, S., Pizarro, I., Valdivia, V., Ceric, F., Hurtado, E., & Ibáñez, A. (2010). Reconocimiento de emociones: estudio neurocognitivo. *Praxis: revista de psicología*, (18), 29.

Olhaberry, M., & Sieverson, C. (2022). Desarrollo socio-emocional temprano y regulación emocional. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 33(4), 358-366.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864022000748>

Carrascosa Pujalte, E., Valero Herranz, E., Pérez, E. A., Garrido Sanz, V., Trujillo Mejía, X., Plaza Bedmar, G., Casla Puig, A., Adame Ortiz, A., & González, R. L. (2023). Comunidades Compasivas: intervención comunitaria para la prevención del duelo complicado. Modelo implantado por Madrid Salud. *Psicooncología*, 20(1), 87–102. <https://doi.org/10.5209/psic.87572>

Azpiazu Izaguirre, L., de la Fuente de Cerio, I. I., Ugarte Mota, E., Sánchez Gómez, M., & Rodríguez Fernández, A. (2025). Apoyo Social Percibido, Inteligencia Emocional y Autoconcepto Como Variables Predictoras de la Satisfacción con la Vida en Adolescentes. *Journal of Psychology & Education / Revista de Psicología y Educación*, 20(1), 25–34. <https://doi.org/10.70478/rpye.2025.20.03>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (s/f). *Importancia de las redes de apoyo social para las personas mayores*. gob.mx. Recuperado el 4 de mayo de 2025, de <https://www.gob.mx/inapam/articulos/importancia-de-las-redes-de-apoyo-social-para-las-personas-mayores>

Tracy, B. (2016). *Administración del tiempo* (Vol. 7). HarperEnfoque. https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=Z1EVCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=tiempo+tracy+&ots=5EZu6vQMWU&sig=r3wsKX7DlC3XkqKbqIq9fnYhQqI&redir_esc=y#v=onepage&q=tiempo%20tracy&f=false

11. ANEXOS

Los anexos se dividieron en 3 carpetas representando las 3 fases de las sesiones del proyecto de investigación del bloque de intervención comunitaria, dentro de los cuales se encontrará toda la información complementaria: (Bitácoras, registros, etc.)

11.1. Anexos Etapa 1

https://drive.google.com/drive/folders/1ib_b86C1Z1J-5oSCy4qP2KLsH0mf6wB5?usp=sharing

11.2. Anexos Etapa 2

<https://drive.google.com/drive/folders/1Y0pp1l7ljv4d4woSfpJqTc7gZkhwZIXl?usp=sharing>

11.3. Anexos Etapa 3

[https://drive.google.com/drive/folders/1K-JIAbasVijViACCCHW7U8CIyAQHHy0A?usp=sh
aring](https://drive.google.com/drive/folders/1K-JIAbasVijViACCCHW7U8CIyAQHHy0A?usp=sharing)