



# Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD IZTAPALAPA

División De Ciencias Sociales Y Humanidades

Departamento De Sociología

Coordinación de Psicología Social

**¿Quién cuida del cuidador? Intervención psicosocial con cuidadores informales primarios  
en San Miguel Teotongo, Iztapalapa**

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

**Presentan:**

Cortes Cervantes Axel Andree | 2203045141

Vilchis Mercado Tania Gissel | 2202017054

Mtro. José Joel Vázquez Ortega  
Asesor



Mtro. Jesús Omar Manjarrez Ibarra  
Lector

Trimestre 25 - I  
Ciudad de México, Abril 2025.

## **Resumen**

La intervención psicosocial llevada a cabo visibiliza el trabajo y la gran importancia que tiene el ser un cuidador primario informal, así como las afectaciones que tienen durante el cumplimiento de su rol.

Esta intervención está dividida en tres etapas, las cuales tienen como finalidad brindarles apoyo y habilidades a cada participante (CPI) de la comunidad de San Miguel Teotongo para un mayor bienestar: durante la primera intervención se observó un índice de estrés, depresión, ansiedad y sentimientos de soledad, de modo que se trabajaron con técnicas de relajación para reducir el estrés y ansiedad, así como distintos temas de apoyo para el desarrollo de habilidades personales.

Durante la segunda etapa, el objetivo fue conocer el efecto de la intervención sobre el bienestar, malestar psicológico, atención plena y afecto positivo y negativo, esto se examinó con un pre-post intervención utilizando escalas psicométricas avaladas para la población mexicana.

Por último, la tercera etapa tuvo como finalidad que las cuidadoras primarias informales pertenecieran a un grupo, que sirviera como una red de apoyo, en la cual compartieran experiencias y aprendieran de ellas. Así como también, observar el cambio en la salud y capacidad de realizar actividades cotidianas, para ello se aplicaron diversos instrumentos, uno de ellos fue el WHODAS.

**Palabras clave:** Cuidado primario, bienestar, malestar, sobrecarga, estrés, ansiedad, redes de apoyo, autocuidado, atención plena, cuidador informal, intervención psicosocial.

## **Abstract**

The psychosocial intervention conducted highlights the role and critical importance of being an informal primary caregiver, as well as the challenges they face while fulfilling this role.

This intervention is divided into three stages, each designed to provide support and skills to participants (informal primary caregivers, or IPC) in the San Miguel Teotongo community to improve their well-being:

First stage: High levels of stress, depression, anxiety, and feelings of loneliness were observed. Relaxation techniques were introduced to reduce stress and anxiety, along with other supportive topics to enhance personal skills.

Second stage: The goal was to assess the intervention's impact on well-being, psychological distress, mindfulness, and positive/negative affect. This was measured through pre- and post-intervention evaluations using validated psychometric scales for the Mexican population.

Third stage: Focused on integrating informal primary caregivers into a support group where they could share experiences and learn from one another. Additionally, changes in health and daily functioning were monitored using various assessment tools, including the WHODAS.

**Keywords:** Primary care, well-being, distress, burden, stress, anxiety, support networks, self-care, mindfulness, informal caregivers, psychosocial intervention.

## **Dedicatorias**

A mi familia, especialmente a mi madre por su cariño y apoyo incondicional, por su compañía y palabras que me acompañaron en cada momento de este proceso. Gracias por ser mi guía, por enseñarme con tu vida que con esfuerzo y constancia se pueden alcanzar lo que se desea.

*Vilchis Mercado Tania Gissel.*

### *Dedicado a Dios y a mis padres*

Siempre confiaron en mí y no dudaron en sacrificar tiempo, dinero y esfuerzo para que pudiese llegar hasta aquí. Me han enseñado que lo importante son los caminos que tomamos, su ejemplo, perseverancia y amor nunca me han dejado solo y espero poder devolverles algún día tan siquiera una pequeña parte de lo mucho que han hecho por mí. Los amo y me siento agradecido y afortunado de declarar que soy su hijo.

*Cortes Cervantes Axel Andree.*

## **Agradecimientos Vilchis Mercado Tania Gissel**

A mi madre Francisca por confiar en mí y no dejarme caer en esos momentos en los que todo parecía no tener sentido, gracias por tu esfuerzo, tu gran fortaleza ha sido mi mayor ejemplo para no rendirme, te agradezco por motivarme y por ayudarme a ver el lado bueno de las cosas. Este logro no es únicamente mío, también es tuyo porque sin tu compañía y amor esto hubiera sido más difícil, incluso imposible.

A Mario y Marisol por permitirme estar a su lado durante este largo proceso y por su gran apoyo; su apoyo me recordó que nunca se camina solo cuando cuenta con personas generosas e increíbles que ofrecen su apoyo y compañía incondicional.

A mis hermanos Kar, Mario, Rubén y Yolanda, por las palabras de aliento en esos días en que todo se veía imposible. Cada uno de ustedes ha dejado huellas imborrables en mi corazón, con sus palabras, silencios y gestos incluso estando a la distancia.

A Joan que a pesar de los años y la distancia siempre ha estado a mi lado apoyándome en cada momento, has estado en los mejores y peores momentos, gracias por ser mi confidente y creer en mí.

A mis amigos, mis mejores amigos, quienes conforman la pandilla: Ariadna, Araceli, Melisa, Denis, Miguel, Iván y Josafat, por haber demostrado el verdadero valor de la amistad. Gracias por estar presentes en esta etapa, por las risas compartidas, los consejos y el apoyo incondicional. Cada conversación, cada abrazo y cada momento vivido con ustedes me recordó que no estoy sola, su amistad fue un refugio para mí, que incluso en los peores momentos encontré risas y de eso aprendí que siempre hay un espacio para que Araceli diga “¡Eso dijo ella!”.

A Joseph, que sin querer se volvió parte importante de este proceso, agradezco su compañía, cariño y apoyo incondicional. Gracias por escucharme y comprenderme en todo momento sin juzgar (aunque las conversaciones fueran repetitivas).

A mi diada Axel, por el gran trabajo que hicimos y logramos juntos, tu compañía tan amena hizo más fácil el trabajo. Por haber transformado la relación de trabajo a una buena amistad con la cual la pase super padre.

Al Dr. David, Dr. Hugo, Mtro. Joel y Mtro. Omar, por compartir sus conocimientos y por ser guía en lo académico. Agradezco no solo las enseñanzas transmitidas, sino también el ejemplo de compromiso, ética y pasión por el saber.

A las cuidadoras por formar parte de este proyecto y permitirnos vivir esta experiencia, agradezco su tiempo y compromiso en cada sesión. Gracias por abrirnos la puerta de su casa y entrar en su vida.

Vilchis Mercado Tania Gissel

## **Agradecimientos Cortes Cervantes Axel Andree**

### *A mis padres Liliana y Ángel.*

Mis ejemplos a seguir y mis guías constantes. Agradezco el amor, el esfuerzo y la constancia que han tenido conmigo. Cada palabra, cada recuerdo y cada acto de amor han dejado en mí una gran huella que a pesar de la distancia no es borrada por nada. Gracias por cada noche de desvelo, por cada sacrificio que tuvieron que realizar y por cada lucha que llevaron para darme una vida mejor. Ambos me enseñaron el valor del esfuerzo, de la familia y de intentar superarme cada día. Las enseñanzas, valores y amor que sembraron en mí crearon raíces profundas que espero muy pronto comience a darles fruto, porque ustedes se merecen todo. Los amo, gracias por nunca dejarme solo.

### *A Eduardo y Erika*

Gracias por aceptarme en sus vidas y además tenerme como otro miembro de sus familias, llegaron a mi vida de una forma que no esperaba y ahora no la concibo si no están en ella. Perdón por los malos momentos que les hice pasar y por lo difícil que fue lidiar conmigo, gracias por la paciencia aún cuando no tenían por qué dármele y por el amor que aún hoy en día me dan, gracias por aceptarme como uno más de sus hijos, por darme hermanos maravillosos y por los sacrificios que ambos hicieron en favor de mi bienestar. Gracias por ser ahora mi familia.

### *A mis hermanos Vael, Diego y Renata*

Crecí anhelando tener un hermano mayor que fuese mi ejemplo, que jugara conmigo, que me escuchase y me acompañara en las aventuras que quisiera tener, pero jamás pensé que tendría eso con hermanos menores. Fueron una sorpresa tras otra, me dieron esa complicidad que

siempre envidié de aquellos que tenían hermanos, gracias por cada risa, cada travesura, cada enseñanza que he compartido con ustedes y cada aventura que únicamente nosotros conocemos. Gracias por confiar en mí, por alegrarse cada vez que los visito y por decirme continuamente que ansían verme de nuevo. Son un pilar de mi vida y parte de mi motor que me impulsa a seguir adelante, y si bien a veces me sacan de mis casillas daría mi vida por cada uno de ustedes sin dudarlo.

*A mis abuelos María, Cristina, Manuel y David*

Gracias por tratarme aún como un niño, por darme amor de padres, protegerme, cuidarme y exhortarme con cariño. Tengo la fortuna de decir que tengo cuatro abuelos maravillosos con miles de recuerdos que no se detienen en la niñez y que continúan hasta hoy en día. Mis valores se construyeron principalmente por ustedes y me alegra saber que el tipo de persona que soy hoy en día se lo debo mayormente a ustedes. Me dieron indirectamente la pasión por ayudar a la gente y generar un cambio, pasión que me llevó a realizar este trabajo. Gracias por ser los abuelitos más amorosos que alguien podría tener, me sigo emocionando como un niño cada vez que estoy con ustedes.

*A mi familia*

Gracias a mis primos y a mis tíos. Me aceptaron como un hermano más, un hijo más y me ofrecieron cosas que no me correspondía y no me merecía. Siento su amor en cada gesto que siguen teniendo conmigo. Gracias por sus enseñanzas, las reuniones familiares, los juegos y el cariño que nunca dejan de darme. Me he perdido en varias ocasiones y gracias a ustedes he podido encontrar el camino de vuelta, han hecho y continúan haciendo de mi vida algo muy feliz, me han dado mi lugar seguro y mi sueño de algún día poder formar una familia tan amorosa como la que ustedes me brindaron.

*A Pantro, Leono, Bills, Kira y Khloe*

No comprenden el esfuerzo que puse en esto, pero sí estuvieron en las noches de desvelo por tareas, en la preocupación por los exámenes, en la ansiedad que la universidad me provocaba y el miedo al fracaso que tuve. Cada cariño, ronroneo, caricia y una que otra mordida me acompañó hasta este final. Los amo.

*A mis amigos Sam, Meli, Gissel, Joseph, Carlos, Violeta y Yoselin*

Gracias a Sam y Meli por apoyarme durante tantos trimestres, las salidas que tuvimos, cada comida, cada temor por presentar exámenes, cada risa, cada burla y por tenerme la confianza para formar parte de sus vidas. A Gissel, Joseph, Carlos y Violeta, por cada juego de mesa, cada día en Teotongo, cada plática entre clases, cada clase saltada y cada charla que me hizo sorprender por la complicidad que tenemos siendo que nos conocemos desde hace poco. A Yoselin, por compartir sus gustos conmigo, ayudarme y por ser un ejemplo de qué clase de Psicólogo Social quiero ser.

### *A mi diada Gissel*

Te agradezco cada esfuerzo puesto en nuestro trabajo, por la confianza que depositaste en mí y la amistad que surgió entre nosotros. Junto a ti aprendí a esforzarme aún más, busqué parecerme a ti en la responsabilidad, en las actividades tan buenas que haces y en la alegría que expresas con los que quieres. Me enseñaste que *The Office* tiene mucha razón respecto a qué tanto puedes querer a un compañero de trabajo. Gracias por cada preparación de sesión previa, por preguntarme siempre si me sentía bien o si quería un abrazo y por compartir conmigo este momento tan especial en mi vida.

### *Al Mtro. Joel Vazquez, Mtro Omar Manjarrez, Dr. David Rodriguez y Dr Hugo Gómez*

Gracias por compartir sus conocimientos, por transmitir su interés en esta intervención y por ayudarnos a poder ser profesionistas. Por compartir las enseñanzas, perspectivas y oportunidades que nos han ayudado a crecer, académicamente, profesionalmente y como personas.

### *A los cuidadores informales primarios*

Sin ustedes nada de esto habría sido posible. Esta intervención nació para acompañarlos, pero ustedes me enseñaron más de lo que nunca habría podido ofrecerles. Gracias por abrirme su hogar, su tiempo, y por brindarme la confianza que no a cualquier persona se les da, los miércoles no volverán a ser iguales sin el grupo de Protectoras con Amor, sin M y sin E. Gracias por aceptar participar en este proyecto, por aceptarme a mí y a mis compañeros.

Gracias por formar parte de mi vida. *Cortes Cervantes Axel Andree.*

## Índice

|                                                         |           |
|---------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Introducción</b>                                  | <b>14</b> |
| <b>2. Marco Teórico</b>                                 | <b>17</b> |
| Etapas                                                  | 17        |
| <b>2.1 Etapa 1</b>                                      | <b>19</b> |
| 2.1.1 Psicología social comunitaria                     | 19        |
| 2.1.2 Investigación acción participante (IAP)           | 20        |
| 2.1.3 Teoría Fundamentada                               | 21        |
| 2.1.4 Teoría polivagal                                  | 23        |
| 2.1.5 Modelo ecológico                                  | 25        |
| 2.1.6 Cuidadores primarios informales                   | 27        |
| 2.1.7 Autocuidado                                       | 28        |
| 2.1.8 Sobrecarga                                        | 29        |
| 2.1.9 Enfermedades crónicas                             | 30        |
| 2.1.10 Estrés                                           | 31        |
| 2.1.11 Ansiedad                                         | 34        |
| 2.1.12 Depresión                                        | 36        |
| 2.1.13 Soledad                                          | 37        |
| 2.1.14 Autoestima                                       | 38        |
| 2.1.15 Desarrollo personal                              | 40        |
| 2.1.16 Duelo                                            | 42        |
| 2.1.17 Límites                                          | 45        |
| 2.1.18 Nutrición                                        | 46        |
| 2.1.19 Tolerancia a la frustración                      | 48        |
| 2.1.20 Técnicas de relajación y Atención plena          | 49        |
| <b>2.2 Etapa 2</b>                                      | <b>51</b> |
| 2.2.1 Escritura Emocional Autorreflexiva                | 51        |
| 2.2.2 Bienestar y malestar                              | 53        |
| 2.2.3 Apego                                             | 55        |
| 2.2.4 Miedo al abandono                                 | 57        |
| 2.2.5 Límites                                           | 59        |
| 2.2.6 Sanar la infancia                                 | 60        |
| <b>2.3 Etapa 3</b>                                      | <b>61</b> |
| 2.3.1 Importancia del autocuidado                       | 61        |
| 2.3.2 Memoria                                           | 62        |
| 2.3.3 Comunicación asertiva                             | 64        |
| 2.3.4 Miedo y fobias                                    | 66        |
| 2.3.5 Apoyo social                                      | 67        |
| 2.3.6 Machismo                                          | 70        |
| 2.3.7 Culpa                                             | 72        |
| 2.3.8. Aprender a cuidar el entorno                     | 74        |
| 2.3.9. Aprender a valorar el saber cultural y académico | 75        |
| <b>3. Contexto</b>                                      | <b>77</b> |

|                                            |            |
|--------------------------------------------|------------|
| 3.1 Lugar/Escenario                        | 77         |
| <b>4. Objetivos</b>                        | <b>79</b>  |
| 4.1 Objetivo general                       | 79         |
| 4.2 Objetivos específicos                  | 79         |
| <b>5. Metodología</b>                      | <b>81</b>  |
| 5.1 Planteamiento del problema             | 81         |
| 5.1.1 Justificación                        | 81         |
| 5.1.2 Pregunta de investigación            | 83         |
| 5.2 Población de estudio                   | 84         |
| 5.2.1 Muestra                              | 85         |
| 5.2.1.1 Fase individual                    | 85         |
| 5.2.1.2 Fase grupal                        | 87         |
| 5.2.2 Ubicación temporal                   | 87         |
| 5.2.3 Criterios de inclusión               | 88         |
| 5.2.4 Criterios de exclusión               | 88         |
| 5.2.5 Criterios de eliminación             | 88         |
| 5.3 Tipo de estudio y Diseño               | 89         |
| 5.4 Instrumentos                           | 90         |
| 5.4.1 Primera etapa                        | 90         |
| 5.4.1.1 Fase individual                    | 90         |
| 5.4.1.2 Fase grupal                        | 92         |
| 5.4.2 Segunda etapa                        | 93         |
| 5.4.2.1 Fase individual                    | 93         |
| 5.4.2.1 Fase grupal                        | 95         |
| 5.4.3 Tercera etapa                        | 96         |
| 5.4.3.1 Fase grupal                        | 96         |
| 5.5 Procedimiento                          | 100        |
| 5.5.1 Primera etapa                        | 100        |
| 5.5.1.1 Fase individual                    | 100        |
| 5.5.1.2 Fase grupal                        | 103        |
| 5.5.2 Segunda etapa                        | 104        |
| 5.5.2.1 Fase individual                    | 105        |
| 5.5.2.2 Fase grupal                        | 108        |
| 5.5.3 Tercera etapa                        | 109        |
| 5.5.3.1 Fase grupal                        | 109        |
| <b>6. Resultados</b>                       | <b>113</b> |
| 6.1 Primera etapa                          | 113        |
| 6.1.1 Fase individual                      | 113        |
| 6.1.1.1. Análisis cuantitativo             | 113        |
| 6.1.1.1. Análisis cualitativo              | 116        |
| 6.1.2 Resultados de los grupos (agrupados) | 120        |
| 6.1.2.1 Análisis cuantitativo              | 120        |
| 6.1.3 Discusión                            | 125        |
| 6.1.4 Conclusiones                         | 127        |

|                                            |            |
|--------------------------------------------|------------|
| 6.2 Segunda etapa                          | 128        |
| 6.2.1 Fase individual                      | 128        |
| 6.2.1.1 Resultados cuantitativos           | 128        |
| 6.2.1.2 Resultados cualitativos            | 131        |
| 6.2.2 Resultados de los grupos (agrupados) | 166        |
| 6.2.3 Fase grupal                          | 170        |
| 6.2.3.1 Resultados cualitativos            | 170        |
| 6.2.4 Discusión                            | 178        |
| 6.2.5 Conclusiones                         | 179        |
| 6.3 Tercera etapa                          | 182        |
| 6.3.1 Fase grupal                          | 182        |
| 6.3.1.1 Análisis cuantitativo              | 182        |
| 6.3.2 Discusión                            | 188        |
| 6.3.3 Conclusiones                         | 189        |
| <b>7. Conclusiones generales</b>           | <b>191</b> |
| <b>8. Sugerencias</b>                      | <b>193</b> |
| <b>9. Limitaciones</b>                     | <b>194</b> |
| <b>Referencias</b>                         | <b>195</b> |
| <b>Anexos</b>                              | <b>204</b> |

## **1. Introducción**

La intervención comunitaria llevada a cabo con cuidadores primarios informales (CPI) en San Miguel Teotongo, Iztapalapa, Cdmx. surge desde una necesidad por su estructura social y económica en la que se observa una población considerable de cuidadores primarios informales.

Esta intervención buscó generar un impacto positivo en el bienestar dentro de las personas, ya que esta población desempeña un papel fundamental dentro de su familia y comunidad como cuidador de una persona mayor, discapacitada o con enfermedad crónica (personas dependientes), trabajo que es poco reconocido y no remunerado. La falta de reconocimiento hacia esta población genera una sobrecarga física y emocional, aislamiento y niveles altos de estrés, ansiedad y depresión.

La psicología social permite comprender el funcionamiento y dinámica de los grupos, los factores psicosociales que impactan en la salud (bienestar) de los CPI, así como la percepción individual y social sobre el cuidado; y junto con la psicología comunitaria, proporcionar espacios de encuentro y apoyo mutuo (redes de apoyo), y visibilizar la importancia del cuidador dentro de la sociedad.

Desde la perspectiva de la psicología comunitaria, la intervención se realiza para que los CPI logren construir redes de apoyo, así como el empoderamiento, resiliencia y autonomía, es decir, proveerse de técnicas y habilidades, que le permitirán identificar por sí mismo sus propios recursos para poder enfrentar de manera más eficaz su labor y problemas que surjan a lo largo de su vida. Asimismo, se busca el desarrollo y transformación personal y social, que permita una redistribución de las tareas del cuidado y que sea reconocido dentro del sistema familiar, principalmente.

La intervención se dividió en tres etapas, en cada etapa una fase individual y otra grupal:

En la primera etapa, dentro de la fase individual, se llevó a cabo la visita y selección de los CPI. Con ellos se abordaron temas para que reconocieran su papel como cuidadores primarios informales y su importancia, así como lo importante que es el autocuidado y el delegar tareas.

El objetivo de esta primera etapa fue reportar el efecto de un acompañamiento psicosocial llevado a cabo dentro de los domicilios de las cuidadoras, sobre la puntuación de percepción de salud, apoyo social, ansiedad, depresión, soledad y sobrecarga en los CPI. Así como evaluar el funcionamiento de técnicas de relajación (respiración, relajación muscular progresiva y pasiva e imaginería guiada) mediante la medición de temperatura periférica, para disminuir el estrés. Tras la recolección de datos más relevantes se codificaron para una mejor estructuración de datos cualitativos con base en las bitácoras y psicométricos realizados, teniendo en cuenta los datos PRE y POST con el fin de evaluar de una manera más objetiva los cambios deseados y significativos.

Dentro de la segunda etapa, (fase individual) tuvo como objetivo el análisis de la Escritura Emocional Autorreflexiva. Esta actividad se trabajó a lo largo de 4 sesiones con una duración de 20 minutos, en las cuales los participantes debían de escribir sobre su evento traumático, para que al final se pudiera resignificar la situación, teniendo como fin buscar el bienestar psicosocial de las CPI. De igual manera se abordaron temas de interés de las CPI que ayudaron a tener un mejor manejo de situaciones problemáticas dentro de su hogar.

La tercera etapa solamente se enfocó en el trabajo grupal. En la fase grupal, dentro de las tres etapas, se llevaron a cabo sesiones grupales, el grupo funciona como una red de apoyo, en la que todas aprenden de las experiencias de cada una y de los temas revisados, en las sesiones se abordaron diversos temas de interés. De igual manera se aplicaron instrumentos: WHODAS (en las dos primeras etapas), Apoyo social (MOS), PHQ , y escala de sentido de comunidad (en la tercera etapa).

Se evidencia la importancia de diferentes estrategias empleadas en la presente intervención, tales como la escucha activa, la comunicación asertiva y las técnicas de relajación, atención plena y escritura emocional autorreflexiva (EEA).

## **2. Marco Teórico**

### **Etapas**

Este proyecto se realizó mediante una Intervención Comunitaria enfocada en los cuidadores informales primarios en el área de apoyo psicosocial en un área determinada (ya sea que cuiden a una persona dependiente con discapacidad, neuro divergencias, adulto mayor, un infante o a ellos mismos. Se realizó mediante tres etapas donde se tuvieron sesiones individuales y grupales.

La primera etapa se dividió en sesiones individuales y sesiones grupales. Consistió en delimitar 2 muestras, cada una de ellas con la categoría de cuidador para posteriormente exponer diferentes definiciones y conceptos relacionados a la intervención. Primero, se buscó explicar conceptos como el de la Psicología Social Comunitaria, la teoría fundamentada, conceptos "básicos" de los cuidadores como su definición, límites, apoyo organizacional del tiempo, etcétera. Se enfatizó en la importancia de dichos conceptos para darle una identidad de cuidadores a los participantes, pudiendo ser así conscientes de su realidad y buscando rechazar cualquier normalización de hechos, actos e ideas negativas con el acto de cuidar. Con base en esto se promueve una mejor calidad de vida, bienestar social, emocional, etcétera.

La segunda etapa también consistió de dos fases, la individual y la grupal. La primer fase buscó dar una continuación a las sesiones individuales, tras haber entablado una mayor confianza y familiaridad con los cuidadores informales primarios (CPI) se trabajó en la Escritura Emocional Autorreflexiva, la cual consistió en la escritura de un hecho traumático o complicado para los CPI, siendo narrados desde diferentes perspectivas junto con varios ejercicios. De igual manera que en la primera etapa, se les presentó a los CPI temas de su interés y temas relacionados al cuidado de su persona dependiente.

La tercera y última etapa se compone de ambas fases, en la individual se buscó dar un cierre e integrar a las cuidadoras al grupo, generando así una nueva red de apoyo y sentido de pertenencia. En la fase grupal se les enseñó conceptos y temas dirigidos al grupo, tales como el expresarse, el decidir, el cuidar y más cosas referentes a esto.

## **2.1 Etapa 1**

### **2.1.1 Psicología social comunitaria**

La psicología social comunitaria es aquella que tiene como objetivo la comunidad y realizada dentro y con la comunidad, sin separar a las personas de su contexto social, cultural, económico y político, está enfocada en prevenir y solucionar problemas que aquejan a la comunidad y no corresponde a un proceso impuesto desde afuera, esta debe llevarse a cabo en colaboración activa con los miembros de la comunidad, esto quiere decir que quienes conforman la comunidad serán quienes tengan una participación directa desde que se identifica la problemática, el análisis de esta y el dar soluciones.

Su objetivo principal es promover el bienestar y la prevención, así como el cambio social a través de promover la autogestión dentro de la comunidad, de modo que cada individuo pueda contar con habilidades para el control y poder sobre su ambiente individual y social para solucionar los problemas que los aquejan, logrando que se encarguen de identificar y resolver sus propios desafíos de manera autónoma y colectiva (Montero, 2004).

Por último, la psicología social comunitaria tiene como fin el desarrollo de la comunidad, dándole lugar a los problemas dentro de las estructuras sociales, estructurales, económicas que aquejan a la comunidad. Para lograrlo, se promueve la participación conjunta, el fortalecimiento de redes de apoyo, el empoderamiento de los integrantes de la comunidad y la implementación de intervenciones que favorezcan la cohesión social y la justicia.

### **2.1.2 Investigación acción participante (IAP)**

La IAP es una metodología que permite que los facilitadores y la comunidad trabajen conjuntamente, desde identificar el problema hasta la resolución de problemas. Parte de una problemática concreta y busca llevar a cabo una investigación constructiva, es decir generar nuevo conocimiento (estrategias, soluciones, herramientas e intervenciones nuevas), la comunidad debe estar al tanto y de acuerdo de lo que se está llevando a cabo, desde la definición del problema hasta la evaluación de la intervención y de esta manera poder compartir conocimientos y resultados obtenidos.

La investigación Acción Participativa (IAP) permite tomar diferentes enfoques y estrategias metodológicas dentro de la psicología comunitaria, permitiendo intervenir de manera directa en la comunidad, no solo cubrir un papel de observador, sino participando y conociendo de manera directa a la comunidad, involucrándose en las problemáticas y trabajando en conjunto con la comunidad para resolverlas (Balcazar, 2003).

Esta metodología se considera una herramienta fundamental para promover el conocimiento, empoderamiento de las comunidades y la transformación social, específicamente en contextos vulnerables o con una alta tasa de desigualdad.

La IAP utiliza varios instrumentos para la recolección de datos como son las entrevistas, grabaciones, bitácoras, observaciones, historias de vida y sesiones grupales, en las cuales se presentan situaciones problemáticas, con el fin de promover la participación y reflexión como estrategia de intervención para brindar un mejor desarrollo de soluciones sobre las problemáticas identificadas (Zapata, Rondán, 2016)..

### **2.1.3 Teoría Fundamentada**

#### **Naturaleza del método y su enfoque cualitativo**

Se considera un método en lugar de una teoría y pertenece al enfoque cualitativo. La información cualitativa se centra en comprender las experiencias y antecedentes de las personas dentro de su contexto natural, permitiendo que se expresen en toda su particularidad. Este método fue desarrollado por los sociólogos Barney G. Glaser y Anselm L. Strauss. Su fortaleza radica en el uso constante de los datos recopilados, lo que facilita la identificación de procesos sociales fundamentales. La recopilación continua de información del contexto implica una revisión permanente hasta la conclusión de la investigación. Esto permite analizar el comportamiento social y la manera en que las personas otorgan significado a sus vivencias.

#### **Proceso de análisis de datos**

El método comparativo constante es uno de las principales herramientas dentro de esta metodología. A través de él, el investigador codifica y analiza simultáneamente los datos, lo que permite el desarrollo de conceptos. Al comparar de manera continua los incidentes específicos dentro de los datos, se pueden refinar las categorías, establecer jerarquías entre ellas, explorar sus relaciones y finalmente integrarlas en un marco teórico estructurado (Giménez, 2007).

En la presente investigación, este método se empleó para profundizar en la realidad de los cuidadores primarios, para analizar su contexto y las razones detrás de sus actos. Esta comprensión facilita la clasificación y organización de los datos obtenidos, permitiendo reducir su tamaño de manera significativa. Además, la síntesis de la información no se hace de manera arbitraria, sino con el propósito de estructurar los datos de forma coherente y representar fielmente el discurso de los participantes respecto a sus problemáticas.

La intervención comunitaria representa un espacio apto para aplicar esta metodología, ya que los datos cualitativos se obtuvieron mediante diversos instrumentos como escalas, registros escritos y observaciones registradas en bitácoras de las sesiones. La herramienta más valiosa dentro del proceso fue la escucha activa, ya que permitió conocer a profundidad las historias de los participantes. Esto posibilitó la comparación de datos y la identificación de patrones más concretos y generalizados sobre la experiencia de ser un cuidador primario o un autocuidador. Asimismo, este método se complementó con la Teoría Polivagal para una comprensión más amplia de los procesos de regulación emocional en este grupo.

#### **2.1.4 Teoría polivagal**

La Teoría Polivagal fue propuesta en la década de 1990 por el Dr. Stephen Porges. Esta teoría establece una conexión entre el Sistema Nervioso Autónomo, las emociones y las respuestas ante distintas situaciones. Su eje principal es el nervio vago, de donde proviene parte de su nombre. Para comprenderla mejor, según López (2025), es fundamental considerar tres aspectos clave:

1. El papel del nervio vago y sus ramificaciones. Dentro de la teoría, se destaca que el nervio vago es una estructura esencial del sistema nervioso, ya que se extiende desde el cráneo hasta el abdomen y desempeña un papel crucial en la regulación emocional.

2. La existencia de tres sistemas de respuesta autonómica. Estos son el nervio dorsal, el sistema simpático y el nervio vago, cada uno con una función específica frente a diversas circunstancias. El nervio dorsal se activa en situaciones de peligro extremo o estrés elevado, generando una respuesta de inmovilización. Por otro lado, el sistema simpático provoca una reacción de activación que permite afrontar o huir de la amenaza, lo que ocurre frecuentemente en estados de ansiedad, enojo o miedo. Finalmente, el nervio vago facilita una sensación de calma y seguridad, especialmente en entornos donde hay confianza o después de haber experimentado un evento estresante.

3. La interacción de estos sistemas en momentos de estrés y emociones intensas. Se plantea que la relación entre el nervio dorsal, el sistema simpático y el nervio vago es compleja, ya que influye en diversas condiciones emocionales como la ansiedad, la depresión y el estrés postraumático (López, 2025).

Comprender estos aspectos es fundamental al trabajar con cuidadores primarios y autocuidadores, quienes enfrentan constantemente cambios entre estados de bienestar y altos niveles de estrés. En algunos casos, incluso pueden atravesar situaciones traumáticas, sumadas a experiencias de vida previas que afectan su regulación emocional. De acuerdo con

Candelas (2024), esto puede reflejarse en dificultades para activar el sistema de conexión social, especialmente en personas con depresión o trastornos de ansiedad.

Dado que muchos de los participantes en la intervención viven bajo un estrés continuo, es probable que su nervio vago tenga una baja actividad. Por ello, se busca implementar estrategias para estimularlo y reducir la activación del sistema simpático. Para evaluar si se logra una mejora en su regulación, se tomarán mediciones de temperatura antes y después de cada sesión de intervención, así como antes y después de ejercicios de respiración y relajación. La temperatura periférica servirá como un indicador del nivel de estrés. Finalmente, este enfoque se complementará con la teoría ecológica.

### **2.1.5 Modelo ecológico**

El modelo ecológico de Bronfrenbrenner explica cómo los distintos entornos en los que la persona se encuentra inmerso influyen en su comportamiento, ya que estos son una fuente de influencia sobre la conducta. La interacción que existe entre el entorno y la persona es bidireccional y continua, ya que el desarrollo humano se da a lo largo de la vida, de modo que, el entorno como la persona están en constante cambio, bidireccional porque la persona juega un papel activo en su entorno, donde la persona es capaz de moldear su entorno y el entorno a él.

Este modelo concibe al ambiente ecológico como estructuras secuenciadas y organizadas en diferentes niveles, Bronfrenbrenner considera cuatro niveles: el microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema (Frías-Armenta, 2003).

1. Microsistema: es el nivel inmediato en el que el individuo se desarrolla, este es el más directo, lo conforma la familia y cuidadores. Es el primer entorno en el que la persona interactúa y adquiere sus primeras experiencias.
2. Mesosistema: consiste en la interacción entre los distintos microsistemas, es decir, la interacción entre dos entornos en los que la persona interactúa de manera continua, por ejemplo en la escuela y entre amigos, conocidos y familia, vecinos.
3. Exosistema: son todos aquellos contextos en los que la persona no participa directamente, pero su desarrollo se ve influenciado. Dentro de este nivel podemos encontrar a los servicios de salud, economía y educación.
4. Macrosistema: este nivel es mucho más amplio ya que considera a la cultura, creencias, valores y normas

Los cuatro niveles se encuentran relacionados entre sí e influyen directa e indirectamente en el desarrollo de la persona, de modo que si el entorno de la persona cambia, esta también cambiará y viceversa.

### **2.1.6 Cuidadores primarios informales**

Los cuidadores primarios informales (CPI) son aquellos que se encargan del cuidado de una persona dependiente, es decir, de una persona enferma, discapacitada o anciana, que no pueda valerse por sí mismo, de modo que esta se hace responsable de una amplia gama de tareas y actividades diarias, que van desde el aseo personal, movilidad, manejo de medicamentos y citas médicas. Es un trabajo no remunerado y no cuentan con una preparación previa a realizar la labor, suele ser un familiar o persona cercana al dependiente. (Carlton, Powell. 2020).

En México hay aproximadamente 22.5 millones de cuidadores primarias, que en su mayoría son mujeres (86.9%), con un porcentaje mayor entre los 30 y 39 años. (Instituto Nacional de Geografía y Estadística, 2022).

El tiempo que se le dedica al cuidado imposibilita realizar otras actividades y termina descuidando de sí misma, ya que su atención está centrada primordialmente al cuidado de su dependiente, teniendo como consecuencia una sobrecarga y un desgaste físico y emocional, además de conflictos por la falta de apoyo emocional y financiero (Ruiz de Chávez, et al. 2020).

Investigaciones han reportado que los cuidadores primarios informales se enfrentan a diversas afectaciones en la salud física y psicológica ya que se exponen a una sobrecarga de tareas, se pueden encontrar diversos indicadores de estrés: cansancio, trastornos del sueño, aislamiento social, tensión muscular, problemas de memorias; así como también ansiedad y depresión ( Islas, et al. 2006). Se reporta que la sobrecarga varía en los años que se lleve de ser cuidador y las horas que se le dedique a la labor ( Torres-Avendaño, et al. 2017). Mayormente los cuidadores primarios informales presentan enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión y obesidad, estas enfermedades prevalecen más en aquellas con una sobrecarga más elevada (Sanchez. et al. 2024).

### **2.1.7 Autocuidado**

Según la OMS, el autocuidado es la capacidad de promover la salud, prevenir enfermedades y hacerles frente con o sin el apoyo de profesionales.

Fomentar el autocuidado implica que las personas adquieran conocimientos, desarrollen estrategias y herramientas para resolver problemas, poder controlar su estrés y que sean capaces de identificar malestares físicos y psicológicos para poder tratarlos (CONASAMA, 2023).

Para poder cuidar a otra persona es necesario cuidarse a sí mismo, ya que si no se hace es muy probable de presentar alguna enfermedad mientras se lleva a cabo el trabajo de cuidador, por lo que es necesario dirigir tiempo para actividades que generen un beneficio para la salud física y emocional. El autocuidado es atender las propias necesidades antes que las de los demás, esto debe de hacerse de manera continua para conservar y cuidar la propia salud.

### **2.1.8 Sobrecarga**

La sobrecarga, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019, citado en Instituto nacional de las personas adultas mayores, 2020) es un estado de cansancio y agotamiento excesivo, tanto físico como emocional, relacionado al trabajo que realizan diariamente como cuidador. Algunas de las consecuencias son la falta de sueño, de tiempo para ellos mismos, abandono de relaciones sociales y descuido o falta de apoyo de la familia.

Algunos de las problemáticas y malestares que indican la sobrecarga son: físicos (dolores de cabeza, sensación de malestar, falta de apetito, sudoración, vértigo, dolores intestinales); psicológicos (agotamiento emocional, alteraciones en el estado de ánimo, desesperación, frustración, ansiedad, depresión, trastornos del sueño, estrés crónico); y sociales (conflictos en las relaciones familiares, disminución de tiempo libre) (INAPAM, 2022).

### **2.1.9 Enfermedades crónicas**

Es una condición de salud que se prolonga por un largo tiempo (más de 6 meses) y una progresión lenta, si no se atienden adecuadamente tienden a empeorar con el tiempo; no se transmiten de persona a persona (instituto nacional de salud, 2018).

Las enfermedades crónicas son la hipertensión arterial, la diabetes, las hiperlipidemias, el sobrepeso y la obesidad, el cáncer y la enfermedad respiratoria crónica. Estas enfermedades están ligadas mayormente al estilo de vida que se lleva, de modo que se pueden prevenir mediante la reducción de factores de riesgo, consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol , inactividad física y comer alimentos poco saludables (OPS, s/f).

### **2.1.10 Estrés**

El estrés es una respuesta tanto física como emocional ante un estímulo, este puede ser interno o externo. El estrés nos ayuda a enfrentar o estar alerta ante situaciones específicas, sin embargo, cuando el estrés llega a ser demasiado y no es controlado puede causar problemas en la salud.

El estrés surge cuando la persona se encuentra en una situación que considere amenazante o que supere sus recursos para poder enfrentarla, de modo que su estado de tranquilidad (parasimpático) se interrumpe y pasa a un estado de alerta (simpático); es decir, la persona valora la situación, si daña o beneficia su bienestar, mediante un proceso cognitivo y otro de afrontamiento para evaluar qué puede hacer al respecto, si se valora que no se puede hacer nada se opta por la huida (Naranjo, 2009).

Podemos distinguir entre dos tipos de estrés: agudo y crónico. El estrés agudo es aquel que nos ayuda a enfrentar situaciones, que para la persona son difíciles, incluso inesperadas, este estrés es momentáneo, lo que quiere decir que cuando la situación es resuelta el estrés también desaparecerá y el cuerpo entra en un estado de relajación, puede clasificarse como un estrés bueno. Por otro lado, el estrés crónico es una constante alarma, esta se prolonga por mucho tiempo y si no es tratado causa problemas en la salud.

Avila (2014) reporta tres fases del estrés crónico: la primera fase es la de la alarma o huida, en la cual el cuerpo comienza a prepararse para enfrentar o huir de la situación, de modo que el cerebro envía señales que activan la secreción de hormonas, que mediante una reacción en cadena provocan diferentes reacciones en el organismo, como tensión muscular, agudización de los sentidos, aumento en la frecuencia e intensidad cardíaca; la segunda fase es la de resistencia, aunque la situación haya desaparecido el estado de alarma sigue activo lo cual impide un estado de relajación; por último, el estado de agotamiento es la que más problemas ocasiona ya que se ha permanecido en un estado de hiperactivación lo cual

ocasiona un desgaste en fisiológico y psicológico, provocando alteraciones en el sistema inmunológico, cardiovascular y nervioso y pueden aparecer síntomas como ansiedad, depresión, fatiga crónica y enfermedades psicosomáticas.

La cronicidad del estrés es un factor de riesgo que repercute en la creciente incidencia de enfermedades crónicas como las cardiovasculares, el cáncer y la obesidad. El proceso inflamatorio que ocurre tras el estrés está vinculado con el cáncer, debido a que “las interleucinas pro inflamatorias interactúan con diferentes sistemas como el endocrino, serotoninérgico, dopaminérgico y noradrenérgico”, estos sistemas son clave en que el cuerpo maneja el estrés y cuando se encuentran en constante inflamación y por tanto alterados, puede ayudar al desarrollo del cáncer. Siguiendo de esto, las alteraciones metabólicas está asociado con el exceso consumo de calorías, muchas veces este exceso de consumo se da por estar sometido ante un estresor. Cuando se presenta una situación estresante el cuerpo se prepara y comienza a liberar cortisol que proporciona energía para hacer frente al estrés, de modo que se suele consumir alimentos altos en calorías, lo que genera un aumento en la glucosa y por tanto sobrepeso u obesidad. Por último, las enfermedades cardiovasculares se encuentran altamente relacionadas con el estrés crónico, debido a que cuando la persona se encuentra estresada la frecuencia cardíaca aumenta y por ende la presión arterial, lo que origina una mayor demanda de oxígeno para el corazón, “el sistema nervioso libera catecolaminas como es la adrenalina que incrementa la respiración, el ritmo cardíaco y la resistencia vascular por lo que aumenta nuestra presión arterial, que a su vez es considerada un factor de riesgo en el grupo de enfermedades cardiovasculares o accidentes cerebrovasculares” (Herrera-Covarrubias, et. al, 2023).

Entonces, a través de la inflamación y alteraciones del sistema nervioso, endocrino, cardiovascular, etc. que provoca el estrés crónico se pueden desarrollar diferentes

enfermedades crónicas, es por eso que es importante tratar y controlar el estrés crónico para reducirlo.

### 2.1.11 Ansiedad

La ansiedad es una respuesta o estado de alarma natural del cuerpo ante una situación percibida como amenazante o estresante, este estado de alerta prepara a la persona fisiológica, conductual y cognitivamente (ansiedad fisiológica), sin embargo, cuando se vuelve excesiva o persistente se convierte en un problema que afecta el bienestar de las personas (ansiedad patológica).

Los trastornos de ansiedad se caracterizan principalmente por miedos y preocupaciones constantes y excesivas a lo largo de la vida, estas emociones generalmente surgen de una situación que no representa un peligro real para la persona, es decir surge de una situación imaginaria o que no persiste en el momento.

La ansiedad y la preocupación se asocian con los siguientes síntomas (OMS): Inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, cansarse fácilmente, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, alteración del sueño (dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, o sueño intranquilo e insatisfactorio), sudoración, temblores, respiración acelerada, mareos, dolor de cabeza, muscular o estomacal, molestias gastrointestinales, como náuseas, diarrea, estreñimiento o hinchazón.

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan angustia y deterioro en el funcionamiento social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

Entre la ansiedad podemos distinguir diferentes trastornos, algunos de ellos son: *Trastorno de Ansiedad (TA) por separación*: miedo persistente por tener que separarse de una persona con la que mantiene un vínculo, manifiestan preocupación malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedarse solo; *Trastorno de angustia* : crisis inesperadas recurrentes por la aparición de nuevas crisis o cambios significativos y desadaptativos; TA generalizada: ansiedad y preocupación excesiva, las personas tienen dificultad para controlarla sobre

acontecimientos que generan una sobreactivación fisiológica; TA debido a otra enfermedad médica (DSM-5).

Según Domínguez, et. al (2024) los trastornos de ansiedad son más frecuentes en personas con enfermedades crónicas en comparación con aquellos sin enfermedades. La mayor prevalencia se observa en personas con enfermedades del aparato digestivo (27,1% en la franja de 18-44 años y 15,9% en mayores de 45 años), seguidas por el dolor crónico (13,3% entre los 18 y 44 años y 12,2% en mayores de 45 años), así como enfermedades cardiovasculares y respiratorias (con un 12,2 y 11,5%, respectivamente, en la franja de 18-44 años y 8,0 y 7,4% en mayores de 45 años, respectivamente). También se encuentra una asociación con otros trastornos del ánimo, así como entre diferentes tipos de trastornos de ansiedad y otras enfermedades mentales

### **2.1.12 Depresión**

La depresión es un trastorno mental que se caracteriza principalmente por una tristeza profunda así como la pérdida del interés en cosas y actividades de la vida cotidiana, además también incluye otros síntomas físicos, emocionales, conductuales y cognitivos. Algunos de los síntomas son la alta irritabilidad, fatiga, llanto, nulo disfrute de actividades, sentimientos de culpa e inutilidad.

La depresión puede afectar a todas las personas sin importar su edad, género, cultura, etc. Los factores que influyen en tener depresión son genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos, es decir, tiene diferentes causas. Este trastorno puede estar acompañado por otros trastornos, al igual que de enfermedades crónicas como la diabetes, cáncer, cardiovasculares y dolores crónicos, esta relación es bidireccional ya que las enfermedades y dolores crónicos también pueden generar una probabilidad de padecer depresión (National institute of mental health).

La depresión en los CPI es un problema común debido a la sobrecarga física y emocional, el aislamiento social, falta de apoyo y reconocimiento del trabajo que llevan a cabo, el estrés y la ansiedad.

### **2.1.13 Soledad**

La soledad se define como un estado subjetivo; es un sentimiento con una connotación negativa que alude a las carencias emocionales, derivado de pocas o nulas relaciones sociales insatisfactorias o porque no perciben el apoyo emocional que estas relaciones le proporcionan. Este sentimiento tiene una mayor prevalencia en la población de adultos mayores y suele impactar de manera negativa en su salud. Investigaciones descritas por Palma-Ayllon, Escarabajal-Arrieta (2017) encontramos que, la soledad tiene una gran relación con trastornos psicológicos como la ansiedad o depresión, al igual que se relaciona un deterioro cognitivo y desarrollo del Alzheimer.

La soledad genera sentimientos de desesperanza, una alta probabilidad de sufrir una enfermedad crónica, así como recibir ayuda para las actividades de la vida diaria y presentar insatisfacción con la vida. La característica prevaleciente de la soledad son fuentes de afecto deficientes y por consecuencia la prevalencia de emociones desagradables

El apoyo social y las redes de apoyo son esenciales para el desarrollo saludable de la persona. El ser humano tiene como necesidad recibir afecto y relacionarse con otras personas, de modo que, la soledad resulta una insatisfacción de esta necesidad que produce malestar.

Los cuidadores primarios informales son una población que es olvidada incluso por sus familiares y al no recibir el apoyo esperado generan este sentimiento de soledad, sin embargo, la sobrecarga de trabajo que tiene los CPI influye también en esta sensación, ya que su tiempo se acorta y se imposibilita que tengan espacio para generar redes de apoyo fuera de su entorno familiar, de modo que se comienzan a aislar y enfocar solamente en su trabajo como cuidador.

### 2.1.14 Autoestima

La autoestima es un concepto relevante dentro de la vida de las personas, esta se define como la valoración que tiene una persona sobre sí misma, basada en la confianza y respeto a uno mismo. Es importante señalar que, la autoestima no se relaciona con ser una persona perfecta.

Esta se desarrolla a través de la interacción humana, de modo que se conforma de aspectos propios y externos (creencias, prácticas y conducta). Dentro de esta definición se contempla diversos componentes que abarca la autoestima ( Naranjo-Pereira, 2007):

*Autoimagen:* es la capacidad que tiene la persona para verse tal cual es, viendo sus defectos y virtudes. Una buena autoestima en la persona hará que se de cuenta y reconozca sus errores. Para lograr esto es importante la búsqueda de un autoconocimiento que le permita a la persona aumentar su capacidad de percibir, de manera equilibrada lo positivo y negativo.

*Autovaloración:* esto refiere a que la persona se considere importante para sí misma y para los demás, se relaciona con la aceptación y el respeto a sí misma.

*Autoconfianza:* consiste en que la persona se considera capaz y segura de poder realizar las cosas. Creer en sí misma y en las capacidades que posee

Componentes conductuales observables:

*Autocontrol:* Corresponde a una dimensión personal, se define como la capacidad de responsabilidad de cuidado y organización de la vida. Cuando no se cuenta con la autoestima sana y por ende falta de autocontrol, la persona mantiene un descontrol en áreas como el autocuidado, manejo de emociones, relaciones interpersonales, etc.

*Autoafirmación:* Es la capacidad de poder expresar sentimientos, deseos y pensamientos de manera libre. Contempla también el poder ser asertivo.

La autoestima en los cuidadores primarios es de suma importancia ya que impacta directamente en su bienestar emocional y en su capacidad de cuidado y su relación que puede mantener con su persona dependiente, así como en sus relaciones interpersonales. Reconocer el trabajo de los CPI es importante, ya que este puede influir en su autoconcepto como cuidador y como persona independiente con necesidades propias.

### **2.1.15 Desarrollo personal**

El desarrollo personal “se entiende como el afán de superación que motiva a avanzar hacia delante, o aquello que la persona puede hacer más allá de su desarrollo natural en función de la edad” (Montoya et al., 2008). Este concepto abarca múltiples aspectos, ya que para alcanzarlo es necesario contar con hábitos saludables, una actitud positiva, autoestima, creencias motivadoras y objetivos a futuro. Estos elementos favorecen el bienestar general. Sin embargo, cuando ocurre lo contrario, hábitos poco saludables, baja autoestima o pensamientos negativos, se genera una barrera que dificulta el cambio y el crecimiento personal.

Buscar el desarrollo implica mejorar el bienestar y reducir la sobrecarga. Aunque sería ideal alcanzarlo de manera inmediata, el proceso real ocurre de manera progresiva. En lugar de esperar cambios drásticos en poco tiempo, es fundamental celebrar cada pequeño avance, ya que esto mantiene la motivación. Adoptar la mentalidad de ir “paso por paso” facilita la consolidación de nuevos hábitos y permite que el cambio sea sostenible a largo plazo.

Cuando una persona asume el rol de cuidador primario o autocuidador, suele dejar de lado aspectos importantes de su bienestar debido a la dedicación constante hacia el dependiente. Es común que descuide su alimentación, reduzca sus horas de sueño o abandone actividades que le generan satisfacción. Aunque puede parecer complicado recuperar estos hábitos, “de hecho, muchos psicólogos se refieren a un estilo de vida, más que a un proceso de intervención puntual” (Suárez, 2023). Es decir, poco a poco se puede encontrar un equilibrio entre el cuidado del otro y el tiempo personal.

Si bien es difícil para un cuidador encontrar tiempo para sí mismo, el bienestar depende de diversos factores. Dormir lo suficiente, realizar actividades recreativas y mantener una alimentación equilibrada son hábitos esenciales. Al integrarlos de forma

gradual, se mejora tanto la salud física como emocional, lo que a su vez permite brindar un mejor cuidado sin descuidar las propias necesidades.

### **2.1.16 Duelo**

El duelo se entiende como la experiencia de perder algo significativo, puede ser una persona (en cuanto a su compañía o presencia), un objeto de valor sentimental, una mascota o una vida.

Muchas veces el duelo se asocia con la muerte, pero contempla la pérdida de muchas otras cosas más, como se ha mencionado anteriormente, el duelo involucra una respuesta emocional ante la pérdida que impacta en distintos niveles: físico, emocional y psicológico. No existe un período específico para atravesarlo, ya que depende de la vivencia particular de cada persona y de cómo gestione su proceso.

Vargas et. al (2013) menciona que el duelo no es una enfermedad, todo lo contrario, consta de un proceso natural con un inicio y un final, que implica muchos factores personales como el crecimiento personal, superar desafíos y la maduración, este puede generar problemas psicológicos si sobrepasa los recursos de la persona, de modo que se considera importante la ayuda de profesionales para trabajar conjuntamente.

El duelo se divide en etapas y tipos. Siguiendo a Vargas, et al (2013) se pueden identificar cuatro etapas principales, y Davalos, et al. (2008) abarca cinco tipos de duelo:

Primera etapa: Caracterizada por la negación y el rechazo inicial, producto del impacto emocional. En este momento se cree que no es real lo que ha sucedido, este sentimiento puede durar horas o días. Si esta represión emocional se prolonga, puede generar bloqueos, por lo que se recomienda expresar y procesar la pérdida en el momento oportuno.

Segunda etapa: En esta fase, la persona toma mayor conciencia de la pérdida, y se genera un sentimiento de extrañar o anhelar lo perdido, se caracteriza por la preocupación por

la persona/ objeto perdido, inquietud física, llanto e ira, inseguridad así como expectativas de nuevos desastres.

Tercera etapa: aparece una desorganización y desesperación, hay una falta de claridad en lo que quiere la persona. Las personas que han perdido algo generalmente sienten que les falta una parte de ellos mismos. Con el paso del tiempo la pena, tristeza y la desesperación deben disminuir en frecuencia, aunque pueden agudizarse por momentos hasta pasar a la fase definitiva de reorganización.

Cuarta fase: se produce la reorganización y recuperación, con el establecimiento de nuevos patrones, motivos y objetivos. En este punto, se establecen nuevas relaciones, mientras que los recuerdos se mantienen sin la carga emocional de tristeza intensa, permitiendo una sensación creciente de tranquilidad.

Tipos de duelo:

Duelo patológico: este tiempo de duelo se da cuando la persona se encuentra desbordada, se padece cuando el duelo se prolonga por mucho tiempo e impide que la persona se reponga y continúe con su vida.

Duelo anticipado: surge más cuando se va a dar la pérdida de vida de una persona enferma, se produce la tristeza, pero también una fase de adaptación o preparación de manera inconsciente de lo que puede ocurrir.

Preduelo: consiste en creer en la pérdida de la persona en un estado de enfermedad, aunque aún no haya sucedido.

Duelo inhibido: no se presenta un duelo como tal, ya que la persona niega la pérdida

Duelo crónico: Es el que tiene una duración excesiva y nunca llega a una conclusión satisfactoria. Un duelo crónico puede llegar a ocupar toda una vida.

Dentro de los tipos de duelo, las CPI pueden experimentar cada uno de ellos, ya sea por ser cuidador de alguien que está enfermo y está preparándose para su muerte. Al igual que puede vivir un duelo por la pérdida de autonomía o disponibilidad de su tiempo. Además, muchos de estos cuidadores han atravesado experiencias de duelo previas, algunas resueltas y otras no.

### 2.1.17 Límites

Los límites son primordiales para poder comprender las relaciones sociales, sus normativas y directrices. La forma en la que se emplean los límites y el cómo se expresan permite que una relación se pueda modular adecuadamente. Esas fronteras que se establecen son para un bienestar emocional, físico y psicológico, estos van fuertemente ligados a la autonomía, identidad y autoestima de cada persona, y en un contexto grupal se ve influenciado por normas sociales y culturales.

- *Emocionales*: Separar los sentimientos propios del resto.
- *Físicos*: Espacio personal y contacto físico.
- *Cognitivos*: Control sobre la información que compartimos.
- *Sociales*: Interacciones sociales y su regulación.

Si bien se puede definir qué es un límite y clasificarlos en diferentes categorías, estos no son universales. Lo que es aceptable e inaceptable es subjetivo, varía dependiendo de la cultura, los grupos sociales y la crianza que se nos ha dado, sumado a que la forma de establecerlos es algo crucial para tener un buen resultado.

Los grupos a los que pertenecemos nos ejercen una presión directa e indirecta acerca de qué comportamientos son aceptados y cuáles no. Tener que decir "no" a uno de ellos puede percibirse como una amenaza a la cohesión grupal existente en el grupo, llevando así a la conformidad.

### **2.1.18 Nutrición**

La nutrición es el proceso por el cual nuestro cuerpo obtiene y hace uso de los nutrientes de los alimentos que se consumen para poder funcionar de manera adecuada, este proceso incluye la ingestión, digestión, absorción, transporte, metabolismo y eliminación de los nutrientes.

Se recomienda realizar un consumo adecuado de calorías para mantener el metabolismo correcto y realizar nuestras tareas cotidianas, ingiriendo a la par los nutrientes necesarios, haciendo uso correcto y como guía el plato del buen comer y la jarra del buen beber. Este nos permite llevar una dieta equilibrada, que beneficia la salud comenzando con la desintoxicación del cuerpo (Calañas-Continente, 2005).

La OMS considera a la nutrición como “un pilar de salud y desarrollo”, algunos de sus beneficios son: mejorar la salud de los niños y madres, reforzar el sistema inmunitario, reducir el riesgo de sufrir enfermedades.

Una dieta adecuada puede ayudar a prevenir la hipertensión, indigestión, úlceras gastrointestinales, obesidad, diabetes y caries dental, así como ayudar a prevenir la depresión, irritabilidad, ansiedad, dolores de cabeza, insomnio y fatiga.

Cuando nos enfrentamos a niveles de estrés elevados nuestra necesidad de nutrientes se eleva, mucho más la del calcio y si no se cuenta con ello, provocará en la persona cansancio, irritabilidad y sentimiento ansioso (Davis, et al. 2002).

Davis et al. (2002) considera 10 pasos para una nutrición balanceada: comer alimentos variados, mantener el peso ideal, evitar las grasas, consumir alimentos completos, evitar el consumo de azúcar, evite el sodio, cafeína y alcohol, comer de forma tranquila y en porciones y por último, tomar suplementos de vitaminas

Una adecuada dieta en los CPI ayudará a extender su bienestar y prevenir enfermedades crónicas, muchas veces con la sobrecarga que su trabajo les genera, la

alimentación no es un punto importante al cual prestarle atención, de modo que, implementar y dar a conocer esta información es de suma importancia para ellos.

### **2.1.19 Tolerancia a la frustración**

La frustración es un sentimiento que surge cuando la persona se enfrenta a situaciones difíciles y estresantes.

De modo que, la tolerancia a la frustración es la capacidad para afrontar situaciones estresantes, desfavorables y complicadas. Las personas con esta habilidad son capaces de controlar estos sucesos estresantes, son capaces de mantener la calma y no se dejan llevar por emociones como la desesperanza o ansiedad, es decir, tienen mayor control sobre sus respuestas conductuales (Curay, et al. 2024).

Se puede diferenciar entre dos aspectos de la frustración, uno positivo y otro negativo: el positivo corresponde a la persona tratando de resolver su conflicto sin causar algún daño, esto sucede cuando la frustración es demasiada y la persona tiene habilidades suficientes para enfrentarla; por otro lado, la negativa hace referencia a aquella persona que no es capaz de resolver la situación que le genera frustración, es decir le sobrepasa, y a falta de habilidades, generará comportamientos conflictivos, como lo puede ser una reacción violenta.

Formas de reaccionar ante la frustración (2022):

Ataque o agresión: la frustración genera sentimientos de ira y enojo, esto desencadena comportamientos violentos.

Huida y retirada: Cuando esto no está dirigido a un objeto o persona en particular, se opta por esta respuesta.

Equilibrar este sentimiento es de suma importancia, si no se hace puede desencadenar ansiedad, ira, enojo, al igual que, abandonar situaciones importantes que generan este sentimiento, que implica no alcanzar metas planteadas. Si la frustración se prolonga impidiendo realizar actividades cotidianas puede llegar a generar depresión.

### 2.1.20 Técnicas de relajación y Atención plena

Las técnicas de relajación son prácticas/ejercicios que ayudan a reducir la tensión física, estrés y ansiedad, así como el dolor crónico, también brinda mejores hábitos de sueño, de modo que, estas técnicas promueven el bienestar. Además, la relajación le proporciona a la persona un control sobre su funcionamiento fisiológico, contribuyendo a incrementar la percepción de poder personal ( Soria, et al. 2021).

Dentro de las técnicas aplicadas en esta intervención con CPI, son:

*Respiración diafragmática:* conlleva 3 tiempos de respiración, la primera es inhalar, la segunda mantener el aire dentro y por último exhalar lentamente, esto se realizan utilizando el diafragma y abdomen.

*Relajación muscular:* Esta técnica consiste en lograr diferenciar la tensión de la relajación, mediante la tensión y relajación de los músculos durante la técnica, para también identificar las sesiones asociadas a relajación y tensión, esto se realiza para que la persona sea capaz de identificar un estado de tensión y poder pasar inmediatamente a un estado de relajación.

*Imaginería guiada:* consiste en visualizar mentalmente imágenes o escenarios. Durante las imágenes guiadas, la persona utiliza todos los sentidos para ayudar a relajar el cuerpo y lograr una sensación de bienestar.

*Entrenamiento Autógeno:* consiste en prestar atención a las sensaciones físicas, esto mediante la atención pasiva, es decir, enfocarse en la experiencia sin forzar la concentración ni llegar a un estado consciente. “Enseña al cuerpo y mente a responder de manera rápida y efectiva a las órdenes verbales de relajación y vuelta a un estado normal de equilibrio” (Davis, et al. 2002, Pp. 115).

Por otro lado, la Atención plena es considerada como una estrategia para reducir el malestar y generar bienestar, es una práctica que se refiere a prestar atención al momento

presente, sin juicio ni valor a lo que se está viviendo, esto permite a la mente liberarse de experiencias aflictivas, ayuda a aceptar las cosas tal cual son entendiendo los pensamientos, sensaciones, emociones y experiencias, aprendiendo a no engancharse con una cosa que genere ansiedad.

Practicar atención plena es efectiva para reducir el estrés crónico, ansiedad, depresión y la fatiga, así como el aumento en la calidad de vida de aquellas personas que padecen alguna enfermedad crónicas o agudas, también genera beneficios en personas con enfermedades cardiovasculares (Moreno-Coutiño, A. 2024) .

En personas que practican Atención plena se han observado que tienen mayor habilidad para identificar y manejar las experiencias conforme van sucediendo, la práctica de esta ayuda a que la percepción de la persona sea congruente con la realidad promoviendo mayor estabilidad emocional; aquellas personas que la han practicado por al menos 8 semanas, dentro del cerebro se encontraron cambios en la corteza singular anterior, la unión temporoparietal y el cerebelo, son áreas implicadas en el proceso de aprendizaje, memoria, regulación emocional y toma de perspectiva, esto a su vez está relacionado con la percepción de las personas sobre el estrés, muestran una disminución de tamaño de la amígdala (Moreno-Coutiño, 2024), cuando la amígdala aumenta de tamaño existe una limitación en la atención y memoria, las emociones suelen ser más intensas y contribuye a la ansiedad y depresión.

Ambas técnicas fueron aplicadas en los CPI para mostrar los beneficios sobre su salud.

## **2.2 Etapa 2**

### **2.2.1 Escritura Emocional Autorreflexiva**

La Escritura emocional autorreflexiva (EEA) es utilizada con un fin terapéutico, consiste en identificar algún evento traumático y sus causas para después hacer una reflexión sobre ellas para aliviar el malestar provocado por el evento, mediante la reestructuración cognitiva, haciendo que resignifique su evento traumático. Cuando las personas suelen escribir su experiencias traumáticas se observan mejoras en su salud física y psicológica. Sirve para procesar emociones negativas en lugar de reprimirlas (reduce el estrés y ansiedad), evitando un impacto negativo en la salud, así como para realizar una reflexión y organización coherente de los pensamientos, se les da sentido mediante la incorporación de palabras de introspección que permiten un proceso de autoconocimiento, al igual que comprender las causas de los eventos mezclando pensamientos y emociones; el construir una narrativa coherente ayuda a reinterpretar y resignificar la situación y que no sea amenazante para la persona, generando un bienestar físico, emocional y social ( Pennebaker, 1993).

Reprimir emociones y pensamientos activa el sistema nervioso autónomo que con el tiempo genera un estrés crónico que más adelante desencadene enfermedades psicosomáticas, según Pennebaker (1993): exigir a las personas que afronten traumas anteriores por escrito mejora la salud y el funcionamiento del sistema inmunológico; hablar activamente sobre experiencias perturbadoras está asociado con reducciones inmediatas de la actividad autónoma seleccionada.

El modelo ABC utilizado consta de una estrategia para ayudar en la estructura del proceso de escritura para la reflexión de pensamientos, sentimientos y emociones, y reestructuración de la situación expuesta. Consta de 4 etapas:

A (Antecedente): Identificar la situación, emociones

B (conducta): profundizar en la situación, pero utilizando la tercera persona, que facilitara la expresión de sentimientos y pensamientos.

C (consecuencia) : análisis de los significados, creencias-

La última corresponde al ejercicio “D”, que tiene que ver con la resolución de su conflicto, es decir, la resignificación de su situación.

El objetivo de esta técnica en los CPI es evaluar el funcionamiento psicosocial e identificar sus situaciones y estilos de afrontamiento.

### **2.2.2 Bienestar y malestar**

La Organización mundial de la salud (OMS) define a la salud como un completo estado de bienestar físico, mental (cognitivo-emocional) y social, de modo que no solo es la ausencia de enfermedades.

El bienestar es la clave de la calidad de vida en la las personas experimentan emociones que le generan placer en la vida, su felicidad y afecto agradable; parte de dos posturas: el bienestar subjetivo, que tiene que ver con el placer-displacer, ausencia de conflictos, compuesto principalmente de un factor cognitivo y emocional; el segundo tiene que ver con el crecimiento personal, derivado de un estado psicológico.

Por el contrario, el malestar son reacciones conductuales, emocionales, se refiere al sentimiento de incomodidad como la tristeza, sentimiento de vacío, nervios, ansiedad y depresión (Gonzalez, et.al 2021). El estrés crónico es una de las causas de malestar, a falta de control impacta de manera negativa en la salud, algunos de los cambios fisiológicos en el cuerpo son: dolores de cabeza, espalda y cuello, fatiga, hipertensión, problemas cardíacos, artritis, cáncer (Leal, 2006).

El bienestar físico está asociado con la actividad física, Martinez, et al. (2022) demuestra que reduce la ansiedad y estrés y una moderada mejora con el autoestima; por otro lado, el sueño está relacionado con la calidad de vida, contribuye a alcanzar el bienestar físico y psicológico. Se muestran menores síntomas de depresión y ansiedad, menor número de enfermedades existentes y menor cantidad de medicamentos consumidos a consecuencia de una buena calidad de sueño. Aquellos que padecen de apnea suelen sufrir déficit neuropsicológicos, falta de concentración, pérdida de memoria, depresión e impotencia, todo esto impacta en la calidad de vida (salud y bienestar) (Buela-Casal & Miró, 2001, citado en Miró, Cano; Buela, 2005).

Por último, practicar Atención plena reduce el malestar y aumenta el bienestar, es efectiva para reducir el estrés crónico, ansiedad, depresión y la fatiga, así como el aumento en la calidad de vida de aquellas personas que padecen alguna enfermedades crónicas o agudas, también genera beneficios en personas con enfermedades cardiovasculares (Moreno-Coutiño, A. 2024) .

Se puede concluir que, el apoyo social, la práctica de atención plena, las actividades físicas y la buena calidad de sueño son algunas de las prácticas que favorecen la salud y el bienestar en sus tres aspectos: físico, social y emocional.

### 2.2.3 Apego

Bowlby define el apego como aquello que permite tener proximidad con otra persona, es decir, son los vínculos afectivos entre las personas, incluso objetos (Garrido-Rojas, 2006).

La primera infancia es importante para desarrollar el apego ya que en esta etapa se sientan bases como el desarrollo motriz, social, emocional cognitivo y del lenguaje, de manera que, prestarle atención al desarrollo del pequeño es necesario. Bowlby desarrolla cuatro tipos de apego, y aquel que se le brinde al pequeño para su desarrollo socio-emocional y que lo ayudara en la interacción con personas cercanas, el apego no es algo estático, esto quiere decir que conforme el pequeño se desarrolle puede cambiar de apego, de modo que si se crece con un apego seguro y sus próximas interacciones no son sanas y estables puede generar otro tipo de apego.

La importancia del apego radica en que “es una necesidad biológica, igual de básica como otras, que son el comer, dormir, etc. Todas y todos los seres humanos necesitamos sentirnos vinculados a otras personas para desarrollar sentimientos y emociones relacionadas con el afecto, el cuidado, la protección, el amor” (SIPINNA,2022).

Siguiente a Garrido-Rojas (2006), los tipos de apego son:

Apego seguro: se caracteriza principalmente por la confianza, la persona disfruta de la cercanía e intimidad en un relación, no hay una preocupación por el abandono de la persona, siente una correspondencia de amor o cariño, disfruta la compañía y es capaz de darle el espacio a la otra persona. En caso de que la relación se rompa, la persona es capaz de tolerar y ser resiliente.

Apego ansioso: corresponde a un apego inseguro, en el cual la persona siente la necesidad constante de cercanía y validación de la otra persona. Mantiene un miedo constante de abandono, se caracteriza por una autoestima baja y desconfianza.

Apego evitativo: Las emociones permanecen reprimidas, la persona no es capaz de demostrarlas y prioriza su independencia y autonomía, no mantienen relaciones íntimas, solamente superficiales.

Apego desorganizado: se considera como una relación amor-odio, son relaciones conflictivas en la que hay un miedo constante al abandono, pero también a mantener relaciones íntimas, las acciones muchas veces no corresponden al sentimiento o emoción.

### 2.2.4 Miedo al abandono

Se define como la preocupación profunda y persistente de ser rechazado por alguien nuevo o con alguien con quien ya se haya tenido una relación previa. Bajo una perspectiva psicosocial, el miedo no es una cuestión individual, sino que posee influencias sociales, culturales y familiares.

#### *Orígenes*

*Apego inseguro:* Según la teoría del apego de Bowlby, en dado caso de que una persona haya crecido con cuidadores distantes, negligentes, y con una inconsistencia en muestras de afecto, se puede desarrollar un apego evitativo o ansioso, lo que termina por acrecentar el miedo de llegar a ser abandonado.

*Condiciones sociales y culturales:* En sociedades individualistas donde es más valorada la independencia completa a comparación del valor del apoyo comunitario, una persona con temor al abandono puede sentirse aún más aislada.

*Experiencias de rechazo:* Desde el divorcio o separación de los padres, la muerte de alguien cercano, el bullying o la poca interacción con gente de la misma edad durante la infancia pueden reforzar este miedo.

#### *Manifestaciones en la vida adulta.*

*Relaciones dependientes o no saludables:* Se apegan de manera excesiva a las parejas, familiares, amigos o compañeros por la posibilidad de ser dejados, llegando a tolerar malos tratos, violencia o anulando su propia identidad. Además de esto, una persona con miedo al abandono puede desarrollar celos excesivos, autosabotaje, dificultades para el establecimiento de límites y depresión.

Identificar y cuestionar pensamientos extremistas sobre el abandono fortalece la confianza individual, además de entender que cada persona puede decidir irse en cualquier

momento y si bien podemos sentirnos tristes por eso, no necesariamente esa persona esté actuando mal.

Practicar la autoafirmación y la autonomía para aprender a valorar la soledad como un espacio de recreación personal, crecimiento y reflexión en lugar de un sinónimo de vacío y tristeza da herramientas suficientes para sobrellevar un abandono, valorar las redes de apoyo y promover relaciones saludables.

### 2.2.5 Límites

Los límites son primordiales para poder comprender las relaciones sociales, sus normativas y directrices. La forma en la que se emplean los límites y el cómo se expresan permite que una relación se pueda modular adecuadamente. Esas fronteras que se establecen son para un bienestar emocional, físico y psicológico, estos van fuertemente ligados a la autonomía, identidad y autoestima de cada persona, y en un contexto grupal se ve influenciado por normas sociales y culturales.

- *Emocionales*: Separar los sentimientos propios del resto.
- *Físicos*: Espacio personal y contacto físico.
- *Cognitivos*: Control sobre la información que compartimos.
- *Sociales*: Interacciones sociales y su regulación.

Si bien se puede definir qué es un límite y clasificarlos en diferentes categorías, estos no son universales. Lo que es aceptable e inaceptable es subjetivo, varía dependiendo de la cultura, los grupos sociales y la crianza que se nos ha dado, sumado a que la forma de establecerlos es algo crucial para tener un buen resultado.

Los grupos a los que pertenecemos nos ejercen una presión directa e indirecta acerca de qué comportamientos son aceptados y cuáles no. Tener que decir "no" a uno de ellos puede percibirse como una amenaza a la cohesión grupal existente en el grupo, llevando así a la conformidad.

### **2.2.6 Sanar la infancia**

La sanación del yo interior de la infancia es un proceso psicológico profundo, se requiere de un reconocimiento e integración de diversas experiencias que forman parte de nuestra identidad. Desde un enfoque psicosocial, esto requiere introspección individual y la influencia de nuestro entorno social.

#### *Reconocimiento de las heridas emocionales*

Identificar las heridas, carencias adversas o emocionales sufridos durante nuestra infancia sirve como el primer paso para la sanación, estas pueden manifestarse en comportamientos actuales, como el miedo al abandono, dificultades en relaciones sociales e inseguridades. Estas experiencias moldean nuestra percepción del mundo, por lo que es crucial validar el dolor experimentado sin tener que minimizarlo.

#### *Autocompasión*

Implica tratarnos a nosotros mismos con cariño y amabilidad. Poseer esa seguridad y validación emocional puede reconstruir una base emocional sólida, a pesar de que quizás no la hayamos tenido en nuestra infancia.

#### *Narrativa y resignificación del pasado*

La narrativa que tenemos acerca de nuestros recuerdos es primordial en la interpretación de estos, es decir, si se cambia la manera en la que contamos estos hechos, nos permitirá comprender cosas que pasamos por alto o que disminuimos en el nivel de importancia. Reinterpretar la narrativa personal a través de la reflexión favorece el crecimiento y la resiliencia. Todo esto no significa tener que negar el daño, sino aceptarlo, integrarlo como una parte del desarrollo personal, pero que no debe ser lo único que destaque de nuestra niñez o lo único que nos defina.

## **2.3 Etapa 3**

### **2.3.1 Importancia del autocuidado**

El autocuidarse conlleva realizar acciones que beneficien la salud y bienestar personal, para esto es necesario dedicar tiempo, el autocuidado implica conocerse, saber reconocer sentimientos y emociones, deseos, aspiraciones e intereses.

Para el autocuidado se deben trabajar cuatro dimensiones: física, emocional, intelectual y espiritual. Estas dimensiones se trabajan desde el desarrollo de habilidades afectivas, cognitivas y sociales. Dentro de la dimensión física es importante realizar ejercicio, mantener una dieta saludable y descanso, los chequeos médicos también son importantes para detectar alguna enfermedad y poderla tratar. En la dimensión emocional es importante desarrollar habilidades en el reconocimiento emocional, saber que siento y expresarlo de manera adecuada y contar con redes de apoyo (Arenas et al, 2024).

### 2.3.2 Memoria

La memoria es un proceso cognitivo que es primordial, nos permite almacenar, acceder y codificar información. Esto no es algo individual, sino colectivo e influenciado por las interacciones sociales, la cultura, hechos históricos y el contexto. Las emociones nos permiten tener recuerdos más intensos y descriptivos de diversos eventos, aunque mediante la interacción social podemos llegar a modificarlo a nuestro beneficio, usando la narrativa para fomentar nuestras creencias y perspectivas durante el recuerdo.

#### *Tipos de memoria*

*Memoria sensorial:* Almacena la información breve de los sentidos (auditivos, visuales, etcétera).

*Memoria a largo plazo:* Es la estructura de almacenamiento más duradera y extensa. La capacidad de memoria es prácticamente ilimitada y nos da acceso a la consolidación de información que puede mantenerse durante días, años o el resto de nuestras vidas.

*Memoria a corto plazo:* Es un sistema temporal que nos ayuda a retener la información por un corto tiempo. Esto no es malo, ya que nos permite realizar tareas que son cognitivamente complejas, como seguir instrucciones, resolver un problema matemático o ser capaces de mantener una conversación.

*Memoria explícita:* Dividida en dos, la primera es episódica, almacenando recuerdos personales y significativos, como el nombre de nuestra escuela primaria, fecha de cumpleaños, etcétera. Por su parte, la memoria semántica nos da acceso a conocimientos generales del mundo, siendo hechos históricos, conceptos científicos y las definiciones de palabras.

La memoria no es un archivo inmutable de nuestra vida, ya que es un proceso socialmente construido y un proceso dinámico. Los recuerdos se crean, se transforman y en ocasiones se distorsionan, tanto en lo individual como en lo colectivo. Poseer una

comprensión de estos factores nos permite categorizar mejor nuestros recuerdos, crear ejercicios para comprobar el estado de nuestra memoria y comprender de mejor manera nuestros recuerdos.

### 2.3.3 Comunicación asertiva

La comunicación forma parte de la vida, esta se refiere al proceso de intercambio de información de forma verbal y no verbal, es decir, el ser humano se puede comunicar a través de las actitudes, con los movimientos de su cuerpo, de sus manos o movimientos de los ojos, la expresión de su cara y de manera oral.

Dentro de la comunicación podemos observar tres tipos (Saucedo, 2016):

*Asertiva:* es la habilidad de expresar tus pensamientos, sentimientos y percepciones, de elegir cómo reaccionar y de hablar por tus derechos cuando es apropiado. El propósito de desarrollar y mantener una comunicación asertiva es establecer una comunicación honesta y directa con los demás.

Practicar la asertividad implica saber solicitar, rechazar, negociar y mostrar flexibilidad para alcanzar nuestros objetivos, todo ello respetando los derechos ajenos y comunicando nuestros sentimientos de manera clara. Esto con el fin de elevar tu autoestima y de ayudarte a desarrollar tu autoconfianza para expresar tu acuerdo o desacuerdo cuando crees que es importante, e incluso pedir a otros un cambio en su comportamiento ofensivo.

El lenguaje no verbal también es importante, moderar el tono de voz, los gestos y actitudes ayudará a comunicar de manera clara y asertiva.

*Agresiva:* Se caracteriza por la sobrevaloración de las opiniones y sentimientos personales, y no tomando en cuenta lo que los demás sienten o piensan.

*Pasiva:* es aquella donde la persona evita mostrar sus sentimientos o pensamientos por temor a ofender, ser rechazados o incomprensidos. No valoran sus opiniones y ponen por encima la opinión y sentimientos de otros.

Cuando hablamos de la comunicación asertiva como habilidad quiere decir que es algo que se puede adquirir por medio de la práctica, para esto es necesario trabajar en sí

mismo, en la autoestima, gestión de emociones y empatía, este tipo de comunicación tiene como fin mantener un bienestar en la persona.

### **2.3.4 Miedo y fobias**

El miedo es una respuesta natural y adaptativa ante una amenaza real percibida. No es algo malo, sino que nos es útil para la supervivencia, esto puede ser aprendido socialmente mediante la observación, experiencia y normas culturales.

La fobia es un miedo irracional y desproporcionado, comúnmente siendo intenso hacia una situación, persona, objeto o estimulación en específico. Este temor no responde a un peligro real y termina por afectar varios aspectos de la vida cotidiana.

#### *Orígenes*

Podemos desarrollar miedos al observar las reacciones de los demás, en específico en la etapa de nuestra niñez, si alguien con quien tenemos cercanía fraternal y que vemos como figura de autoridad comienza a tener señales alarmantes de miedo, este puede "implantarse". Un ejemplo es que una madre tiene miedo a los perros, el niño nota esto y crece con la normalidad de tenerle miedo o incluso fobia a este animal.

De igual manera, un evento traumático también se puede asociar a una fobia, un ejemplo de esto es el experimento de Watson con el pequeño Albert.

Las normas culturales y los medios de comunicación apoyan positivamente a la generación de miedos y fobias, ya que algunas sociedades refuerzan algunos miedos mediante los mitos, leyendas urbanas y creencias religiosas. Por su parte, los medios de comunicación contribuyen de la misma manera mostrando información "verídica" mediante el cine y las noticias, maximizando la percepción de peligro y generando miedos colectivos.

### 2.3.5 Apoyo social

El apoyo social consiste en los recursos que una persona percibe o recibe de su entorno, este apoyo puede proporcionar bienestar físico y psicológico y sirve como amortiguador cuando la persona se encuentra en una situación estresante o problemática.

Existen dos teorías del apoyo social y su relación con la salud, la primera tiene que ver con un efecto directo, en el cual a pesar del nivel del estrés en el que se encuentre sometido la persona, el apoyo que reciba repercutirá de manera positiva en su salud: los procesos psico-fisiológicos que posee el apoyo social (produce una mejor salud o impide la enfermedad); también el apoyo social relacionado con el cambio de conductas, adopta hábitos de vida saludable que tendrán consecuencias positivas sobre la salud. El segundo tiene que ver con el efecto amortiguador.

El apoyo social permite que las personas, cuando se encuentren en una situación estresante, puedan redefinir la situación para poder enfrentarla y de esta manera inhibir enfermedades o trastornos que pueden desencadenarse en ausencia del apoyo social, por otro lado, también evita que los individuos definan una situación como estresante mediante la seguridad que les proporciona contar con diversos recursos materiales y emocionales con los que poder enfrentarse a estas situaciones, es decir, proporciona estabilidad y control que lo hace sentir mejor y a percibir de manera positiva su entorno, esto induce a la persona a cuidar de sí mismo y a interactuar de manera positiva con otras personas, adquiriendo más recurso para afrontar situaciones estresantes (Alonso, 2013).

El apoyo social lo encontramos en tres dimensiones:

*Apoyo emocional:* es aquel que se relaciona con el cariño y empatía, es considerado el más importante, ya que abarca la intimidad y cuidado.

*Apoyo informativo:* es toda aquella información que se le proporciona a la persona con la que podrá hacer frente a sus problemáticas, la información le proporcionará ideas de cómo pueden solucionar sus problemas, es una orientación para la toma de decisiones.

*Apoyo instrumental:* consiste en proporcionar ayuda material, como lo puede ser la ayuda económica o ayuda en tareas diarias.

Dentro del apoyo social, la familia es considerada la más importante con la que se puede contar, es por ello que aquellos que cuentan con una red de apoyo familiar cuentan con mejores niveles de salud por los recursos emocionales y materiales que recibe de ella (INAPAM, 2020).

### ***Redes de apoyo social***

Las redes de apoyo social son un conjunto de personas, grupos o instituciones con las que una persona mantiene un vínculo y recibe diferentes tipos de apoyo (anteriormente abordados). Dentro de las redes de apoyo social podemos clasificarlas en formales e informales. Las informales son las personales y comunitarias: la familia, amigos y vecinos, organizaciones sociales, religiosas, laborales o de estudio.

Por otra parte, de acuerdo a los tipos de apoyo, las redes se pueden clasificar en formales e informales. Las informales: son las redes personales y comunitarias, a su vez se dividen en primarias y secundarias; estas proporcionan afecto estatus, compañía social, regulación social, ayuda material.

Las formales son organizaciones del sector público y cumplen con la función de orientación información, capacitación, atención de salud, defensa de derechos.

Las características de las redes de apoyo social son: Sentido de solidaridad, son incluyentes, buscan alcanzar objetivos concretos según sus necesidades, son cambiantes, es

decir, se adaptan a los cambios de su entorno, generan soluciones a partir de su autogestión (INAPAM, 2020)

De manera que, el apoyo social y las redes de apoyo social, siendo cuidador primario, en sus tres dimensiones es importante, ya que provee ayuda, evita situaciones de depresión y soledad, así como aumenta la esperanza de vida y genera vínculos de apoyo.

### 2.3.6 Machismo

El machismo se define como un sistema que integra conductas, comportamientos y creencias que demuestran la superioridad del hombre.

Esta cultura surge desde los roles de género y los estereotipos; los roles de género corresponden a las expectativas y comportamientos que se consideran adecuados para hombres y mujeres, esto dentro de un contexto sociocultural. Los estereotipos corresponden a las cualidades o ideas que se tienen sobre los hombres y las mujeres. La principal característica es la degradación de lo femenino; su mayor forma de expresión, la violencia en cualquiera de sus tipos y modalidades en contra de las mujeres (Conavim, 2016).

Algunas de las conductas machistas son:

- Alejarse del cuidado de los hijos
- No se involucra en labores del hogar, solamente para ejercer poder: castigos y decir lo que se tiene que hacer
- Tener una sexualidad libre, inclinada a demostrar su virilidad, es meramente heterosexual.
- No expresa sentimientos ni emociones, solo muestra dureza.

La cultura, religión y educación son una fuente de influencia para que esta cultura machista siga prevaleciendo en la actualidad. Dentro de la sociedad, el machismo está normalizado, esto quiere decir que estos comportamientos e ideas pasan desapercibidos por muchos.

La violencia de género es una de las principales consecuencias del machismo, esto se trata de una violencia que afecta a las mujeres por el mero hecho de serlo. Este concepto visibiliza una problemática, que anteriormente consistía solamente parte de la vida personal y no social, esta violencia refuerza las ideas de subordinación y respeto hacia el hombre, que históricamente se relaciona con el poder y la posesión: relaciones de desigualdad entre hombres y mujeres.

Romper los patrones de conducta machista implica un proceso largo en el que es necesario tomar conciencia y cuestionarse sobre estas ideas y comportamientos, es trabajo individual y a la vez social.

### 2.3.7 Culpa

La culpa es parte de las emociones y es un afecto doloroso que surge de la sensación o creencia de haber transgredido normas personales o sociales, se genera más cuando la acción generó algún daño a terceros. Es la emoción que nos indica que algo de lo que hicimos o incluso dejamos de hacer va en contra de lo que consideramos correcto.

La culpa abarca tres compuestos:

1. El acto causal (real o imaginario)
2. La percepción y autovaloración negativa del acto (conciencia)
3. La emoción negativa derivada de la culpa (remordimiento)

La culpa como sentimiento está vinculada a un desarrollo de conciencia moral; es decir que, a partir del proceso de socialización las normas son aprendidas e internalizadas sugiriendo lo que es correcto y lo que no lo es. Echeburúa (2001) considera que el sentimiento es sano cuando éste evoluciona del miedo al castigo o del malestar personal al remordimiento, lo que incitará a que la persona rectifique su conducta por medio del arrepentimiento. El arrepentimiento se manifiesta de tres formas:

1. Por vergüenza: se da cuando la persona se arrepiente por haber transgredido sus principios éticos
2. Por error: es cuando la persona se ha equivocado en su conducta respecto a la adaptación de lo que realizaba.
3. Por deficiencia: se genera cuando la persona ha hecho de todo para poder lograr algo importante.

La culpa se considera anormal cuando esta ha sobrepasado o es excesivo el sentimiento, esto es generado por una distorsión de la situación y se puede vincular con episodios depresivos y trastorno obsesivo de la personalidad, se caracteriza principalmente por un alto nivel de exigencia y de perfeccionismo.

### **2.3.8. Aprender a cuidar el entorno**

El entorno se describe como aquello que incluye espacios físicos, personas, emociones. Un entorno sano es aquel que está limpio, tranquilo, respetuoso, empático y organizado.

El cuidarme a mí mismo forma parte del cuidado del entorno, es decir, el que yo esté bien ayudará a mantener un entorno saludable. Mi salud emocional y mis relaciones sociales sanas son parte del entorno.

Para mantener un entorno sano es necesario comenzar desde la casa, aquello que está en nuestras manos en primer momento: nuestras actitudes, acciones y palabras.

Cuidar del entorno también significa cuidar del lugar donde estamos todos: La Biósfera.

“Aprender a cuidar el entorno es el cuidado que hago de los recursos naturales, del ahorro del agua, del reciclaje, la disminución de la basura en las calles, ríos y en campos, del cuidado de las plantas, evitando el consumo innecesario de energía eléctrica y otras más acciones que hace que seamos amigo del planeta” (Cruz roja colombiana, 2012).

### 2.3.9. Aprender a valorar el saber cultural y académico

El saber cultural y académico se refiere a los conocimientos, prácticas, destrezas y valores que la sociedad válida para una convivencia sana. El ser humano crece y se desarrolla dentro de una cultura es por eso que es importante reconocer y valorar estos saberes como parte fundamental del proceso educativo y del desarrollo integral de las personas. La cultura moldea nuestra forma de ver el mundo, de relacionarnos con los demás y de construir significado en nuestras vidas. Es necesario aprender a valorar el saber social ya que todos y todas tenemos habilidades, experiencias, conocimientos y ocupaciones importantes según la ocasión, el momento y el lugar.

Este tema forma parte de los principios básicos de la convivencia y etse específicamente contempla 3 subtemas:

1. Formación de valores: Es necesario entender que los valores no solamente se memorizan sino que es necesario interiorizarlos y ponerlos en práctica en nuestra vida diaria. Cada persona debe reconocer lo importante que son dentro de nuestra vida y de la sociedad en general para generar ambientes de paz, sana convivencia, de respeto y sobretodo evitar la discriminación y el rechazo.
2. Habilidades para la vida: todas las personas necesitan desarrollar habilidades para enfrentar la vida. Algunas de las habilidades que son necesarias desarrollar van desde las habilidades **sociales** como la comunicación, negociación, confianza, cooperación y empatía, desde las habilidades **cognitivas** como pensamiento crítico, toma de decisiones, comprensión de consecuencias y autoevaluación y desde las habilidades **emocionales** como

manejo del estrés, control de las emociones, reconocimiento de sus sentimientos y expresión de los mismos y monitoreo personal.

3. Análisis, transformación y resolución del conflicto: al conflicto se le da una connotación negativa, es necesario que se le contemple con un punto de vista positivo, es decir, verlo como parte de construir y motivar a los cambios.

La convivencia y los conflictos están presentes en un mismo escenario, puesto que la cotidianidad nos lleva a encontrar inconvenientes, dificultades, desacuerdos y hasta choques que hacen que **analicemos** desde una actitud positiva, es decir reconocer que hay un conflicto y que cada uno de nosotros tenemos la capacidad y la habilidad para afrontarlo y superarlo, por ello es necesario reconocer las fortalezas y debilidades propias. La **resolución** implica tener una participación constructiva y sin prejuicios, así como una escucha activa y comunicación asertiva. Por último, la **transformación** de conflictos, enfatiza sobre la cuestión de cambio, no es solamente buscar una solución puntual y pasajera de la situación, sino dar elementos que permitan generar cambios sobre aquello que lo genera (Cruz roja colombiana, 2012).

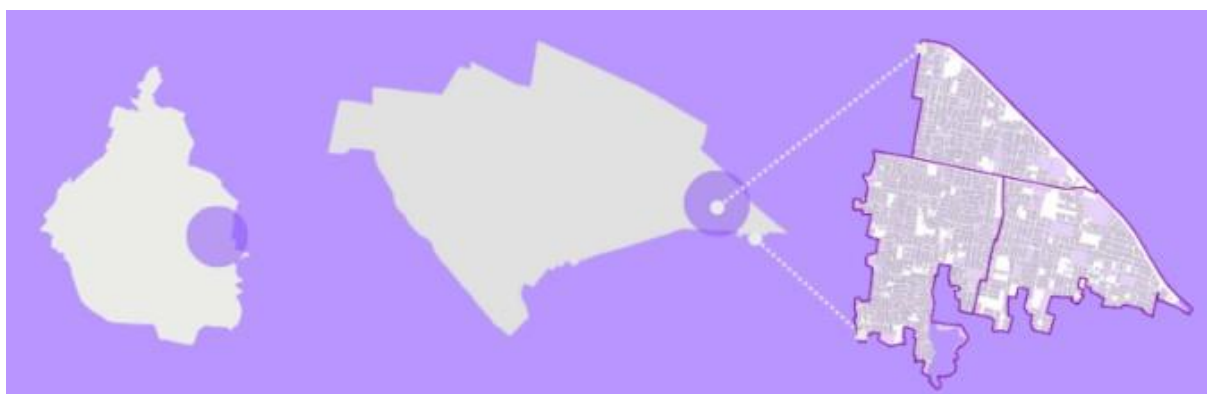
### 3. Contexto

#### 3.1 Lugar/Escenario

La intervención comunitaria se llevó a cabo en la colonia San Miguel Teotongo de la delegación Iztapalapa, al oriente de la Ciudad de México, es una de las 47 colonias que conforman la sierra de Santa Catarina. Está dividida en 18 secciones: Acorralado, Avisadera, Capilla, Corrales, Guadalupe, Jardines, La cruz, Loma alta, Mercedes, Palmitas, Iztlahuaca, Puente, Ranchito, Rancho Bajo, Puentes, Teotongo, Mina de piedra, CCI.

#### Figura 1.

*Ubicación de San Miguel Teotongo, Iztapalapa, Cdmx.*



*Fuente: Imagen obtenida de Basulto, 2024.*

San Miguel Teotongo tiene una población total de 100, 617 habitantes, de los cuales 51.8% son mujeres y 48.2% son hombres, de los cuales 7,384 son adultos mayores (de 65 años en adelante), mientras que la población con discapacidad es un total de 6, 018 personas, de las cuales 993 corresponden a discapacidad motriz, 1,426 corresponden a la discapacidad visual, 1,681 corresponden a la discapacidad auditiva y 2,334 corresponden a discapacidad de lenguaje. Algunas cifras pueden variar debido a que ciertas personas pueden tener más de una discapacidad (INEGI, 2020, en Basulto, 2024).

Esta comunidad y su desarrollo comunitario proviene de la misma, ya que desde el establecimiento de esta, la participación de los habitantes ha sido activa. Cuentan con una red

de apoyo muy fuerte: Unión de colonos, esta tiene como objetivo crear una estructura de cambio dentro de su comunidad; ha ayudado a obtener desde la legitimidad de la colonia hasta los recursos básicos como la luz, sistema de drenaje, calles pavimentadas, transporte y escuelas. Hoy en día San Miguel teotongo cuenta con escuelas, centros de salud, una utopía, un museo comunitario, lavandería, comedores comunitarios.

La diada 15 trabajó específicamente en domicilios pertenecientes a la sección Mercedes y dentro de la utopía San Miguel Teotongo. Se trabajó dentro del domicilio de la cuidadora CPI 1 en horario 9:00-9:50 am, y dentro de la Utopía Teotongo de un horario de 10:00-11:30 (grupal) y 12:00- 12:50 pm. con la CPI 2, posteriormente (etapa 2, fase individual) se trabajó con la CPI 3 en ese horario.

## **4. Objetivos**

### **4.1 Objetivo general**

- La Intervención Comunitaria en la colonia San Miguel Teotongo buscó ligar la formación de los Psicólogos Sociales de la UAM Iztapalapa con proyectos de apoyo psicosocial de salud a cuidadores informales primarios para la mejora de bienestar social, física y emocional, además de la disminución de aspectos negativos en salud, depresión y ansiedad.

### **4.2 Objetivos específicos**

- Proporcionar un acompañamiento psicosocial a los CPI.
- Dar un acompañamiento psicosocial a los cuidadores informales primarios.
- Que las y los participantes reconozcan su papel como cuidador primario informal y la importancia que tienen.
- Promover buenos hábitos de salud, redes de apoyo y actividades lúdicas.
- Proporcionar información para el desarrollo de nuevas habilidades que ayuden a enfrentar problemáticas en su vida cotidiana.
- Fomentar el desarrollo del Psicólogo Social en la Intervención Comunitaria.
- Promover la incorporación de las CPI a una red de apoyo.
- Proporcionar técnicas de relajación y atención plena para generar un impacto positivo (bienestar).
- Conocer, estudiar y dar retroalimentación de los diferentes temas de interés de las CPI.

- Fomentar el sentido de pertenencia a la comunidad, creando redes de apoyo entre los demás CPI.
- Promover las prácticas de autocuidado en las CPI

## 5. Metodología

### 5.1 Planteamiento del problema

#### 5.1.1 Justificación

Es importante esclarecer la importancia de los cuidados brindados tanto a una persona dependiente como a nosotros mismos. Se destaca que la mayoría de personas cuidadoras son mujeres, no existiendo ningún hombre participante en las fases individuales y grupales, esto se debe a diferentes razones, pero una de ellas es la estigmatización familiar de que las mujeres deben de ser las encargadas de cuidar. Esto implica no solo un destaque físico y económico, sino mental y social. Cuidar de alguien dependiente requiere dejar de lado varios aspectos de la vida, sacrificando cosas importantes y dejando pasar varias oportunidades en la vida.

*“Por estos motivos y la alta demanda de atención que requiere el cuidado del dependiente, con el tiempo el cuidador se ve afectado en su salud física, psicológica y social, en muchos casos las consecuencias son insomnio, depresión, estrés, cansancio físico, enfermedades, ansiedad, etc.”*

(Manzanilla & Marquez. 2024).

Las consecuencias del rol del cuidador no aparecen inmediatamente, debido a prestarle tanto tiempo de atención, tener poco descanso y realizar un mayor desgaste físico terminan derivando en diversos problemas crónicos, la depresión, ansiedad, insomnio y estrés es algo común entre cuidadores, su propia salud y bienestar pasa a un segundo plano. Esto puede tener varias conjeturas, una de ellas puede ser la idea de que sacrificarse por alguien más es correcto, aunque eso implique afectar toda una vida. Por otro lado, también está la posibilidad de que el cuidador no tuvo ninguna otra opción de hacerse cargo de su persona dependiente. Sin importar las razones del cuidado, el resultado es el mismo; el cuidador no

suele ser enumerado económicamente, la carga no suele distribuirse equitativamente entre los miembros del hogar o de la familia y la calidad de vida se va deteriorando poco a poco.

¿De qué manera puede lograrse un cambio que genere impactos a corto, mediano y largo plazo? Para esto la Intervención Comunitaria se dividió en tres fases:

- Primera etapa: Recordemos que durante toda la Intervención Comunitaria hubo apoyos tanto individuales como grupales. Dentro de la parte individual se realizó con el objetivo de enfocarse en una sola persona, teniendo sesiones de 50 minutos aproximadamente en el lugar escogido por el cuidador, preferentemente en su hogar, buscando generar un ambiente de confianza y estabilidad para que puedan compartir cualquier cosa que quieran contar, desde secretos que no se les dice a sus propios familiares, emociones o cosas "simples" como escuchar cómo estuvo su semana. Por otra parte, la fase grupal fue implementada para dar apoyo a cuidadores informales primarios que necesitan de un acompañamiento diferente, se busca una cohesión grupal para darse apoyos entre sí.
- Segunda etapa: La parte individual tomó un punto de inflexión, para este momento existía una confianza entre los facilitadores (Diada 15) y los cuidadores que ahora podían tocarse temas más sensibles. Se realizó la Escritura Emocional Autorreflexiva (EEA) que trata acerca de la reestructuración de algún recuerdo complicado o que haya dejado una "marca" en los cuidadores, de esta manera se lograba canalizar de una mejor manera las emociones, la comunicación con su persona dependiente y la resolución de problemas. La EEA fue realizada mediante 4 ejercicios, los cuales se repitieron hasta conseguir el objetivo deseado. Se les solicitó únicamente compartir aquella cosa que se sintieran cómodas diciendo, habiendo una

preparación previa por parte de la diada para poder cerrar una herida que se fuese a tocar y para que sin importar qué cosa se compartiera, los facilitadores pudiesen ser profesionales y respetuosos. Por parte de la fase grupal se alentó a continuar con la cohesión de grupo formada en la etapa anterior.

- Tercera etapa: Por parte del aspecto individual se enfocó a encaminar a las cuidadoras en integrarse al grupo, buscando generar sentimientos de comunidad y la creación de una nueva red de apoyo. Las cuidadoras ya se veían a sí mismas como tal, podían reconocer a otros con situaciones similares a las suyas y apoyarse mutuamente. Por parte del grupo, se fue enfocando al cierre de la Intervención Comunitaria, pero haciendo hincapié en que el grupo debe permanecer por sí mismo.

Un gran número de personas son cuidadores informales primarios sin saberlo, ignorando lo que implica y sus consecuencias. Definir la situación parece que no tiene importancia, pero esto ayuda a esclarecer una identidad, crear necesidades y establecer límites. La Intervención Comunitaria buscó que cada cuidador reconociera la importancia de sus actos, orientando el objetivo a la creación de redes de apoyo (de lo individual a lo social). Todo esto requirió un año de trabajo continuo mediante el acompañamiento psicosocial, no se buscó que las cuidadoras decidieron abandonar su labor, tampoco de continuar con ella, sino que cada una de ellas tuviese las herramientas suficientes para tener la mejor calidad de vida posible y de bienestar dentro de las cosas que pueden controlar.

### **5. 1.2 Pregunta de investigación**

¿Cómo impacta en la vida de los cuidadores primarios informales (bienestar físico, social y mental) cumplir con este rol, y qué estrategias de intervención funcionan para fomentar y mejorar la calidad de vida?

## 5.2 Población de estudio

El equipo de intervención en CPI se dividió en tres zonas de la colonia de San Miguel Teotongo: Utopía, Unión de colonos y Museo.

Para los análisis se incluyeron los *individuales* (CPI de cada díada), *grupales* (Por sección/zona) y *agrupados* (contempla las tres zonas).

En la primera etapa de la intervención (agrupados), se utilizó una muestra no probabilística por conveniencia compuesta por cuidadores primarios informales, que residen en la colonia San Miguel Teotongo, ubicada en la alcaldía Iztapalapa de la Ciudad de México. Participaron 51 cuidadores primarios informales de manera voluntaria, de los cuales 43 son mujeres, con una edad media de 57 años ( $\pm 15.3$ ), con un rango de: 18 a 86 años, con una media de 14.6 ( $\pm 13.8$ ) años siendo cuidador, el 50.98% con una escolaridad básica, y el 47.06% de ellos casados. Estos cuidadores fueron divididos en las 15 díadas involucradas en la Intervención Comunitaria. Se excluyeron a 15 participantes debido a que no completaron las sesiones de evaluación e intervención y se contó con una muestra final de 36 participantes, siendo 32 mujeres.

En la segunda etapa de la intervención (agrupados), participaron 46 cuidadores primarios informales de manera voluntaria, de los cuales 39 son mujeres, con una edad media de 57.5 años ( $\pm 15.5$ ), con un rango de: 18 a 82 años, con una media de 14.2 ( $\pm 14$ ) años siendo cuidador, el 52.17% con una escolaridad básica, y el 45.62% de ellos casados. Se excluyeron a 15 participantes debido a que no completaron las sesiones de evaluación e intervención y se contó con una muestra final de 31 participantes (26 son mujeres).

Por último, en la tercera etapa de la intervención (agrupados), participaron 17 cuidadores informales, de los cuales 14 son mujeres que corresponde al 82.35%, con una media de 60.41 años ( $\pm 14.67$ ), con un rango de 38 a 86 años, con una escolaridad básica (primaria 23.53%; secundaria 17.65%) y media superior del 35.29%. El 29.41% de los

cuidadores son casados, 29.41% son solteros, 11.76% divorciados, el 17.65% corresponde a viudos y el 11.76% a separados.

### 5.2.1 Muestra

Durante la Intervención Comunitaria el muestreo fue por criterio, se buscaron participantes con una característica similar, siendo la población de estudio el de ser cuidadores informales primarios, siendo así cuidadores de cualquier persona dependiente (adultos mayores, niños o a sí mismos) y que padezcan de una enfermedad crónica, discapacidad o neuro divergencia.

#### 5.2.1.1 Fase individual

La etapa individual abarcó las tres etapas de la intervención Comunitaria, en ellas se tuvieron sesiones individuales en el lugar de preferencia de las cuidadoras, siendo estos el domicilio o dentro de las instalaciones de la Utopía Teotongo. La diada 15 realizaba éstas sesiones con duraciones de entre 50 a 60 minutos.

Tres cuidadoras aceptaron participar en la fase individual (CPI 1, CPI 2 y CPI 3), de las cuales solo una de ellas estuvo presente en las tres fases de las sesiones. Todas eran de sexo femenino.

**Tabla 1.**

*Datos de las cuidadoras informales primarias en las sesiones individuales.*

| Clave | Edad | Sexo | Grado de estudios | Enfermedades                    | Relación con persona dependiente |
|-------|------|------|-------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| CPI 1 | 74   | F    | Primaria          | Hipertensión y parálisis facial | Esposo                           |

|       |    |   |              |                         |         |
|-------|----|---|--------------|-------------------------|---------|
| CPI 2 | 65 | F | Primaria     | Hipertensión y diabetes | Esposos |
| CPI 3 | 46 | F | Preparatoria | Obesidad                | Hija    |

La primera cuidadora denominada como CPI 1 fue la única que estuvo presente durante toda la Intervención Comunitaria en la fase individual. Tiene 74 años de edad, estudió hasta la primaria, trabaja de costurera y cuida a su esposo, el cual durante el tiempo de la intervención atravesó diversos problemas de salud, siendo el más importante el de la diálisis. Es una cuidadora informal primaria, ya que a pesar de vivir con varios de sus hijos en casa, la responsabilidad recae completamente en ella. Tiene alrededor de 10 años cuidando a su esposo, lo cual la ha llevado a descuidar su salud y relaciones personales. Tiene parálisis en el lado izquierdo del rostro e hipertensión. Se tomaron sesiones con esta cuidadora en el horario de 9 a 10 de la mañana en su domicilio y en las instalaciones de la Utopía Teotongo.

La segunda cuidadora denominada como CPI 2 tiene 65 años y estuvo solo en la primera etapa de la fase individual en la Intervención Comunitaria. La participante CPI 2 cuida de su esposo, el cual tiene sordera y posee un distanciamiento emocional en su matrimonio. Se tomaron sesiones con esta cuidadora en el horario de 12 a 1 de la tarde en las instalaciones de la Utopía Teotongo.

La tercera cuidadora denominada como CPI 3 tiene 46 años y estuvo presente únicamente en la segunda etapa individual de la Intervención Comunitaria. La participante cuida de su hija, ambas recibieron abuso sexual y viven en un entorno hostil en su familia nuclear, la participante CPI 3 es separada, por lo que también se cuida de sí misma a pesar de vivir con sus hermanos y su madre. Se tomaron sesiones con esta cuidadora en el horario de 12 a 1 de la tarde en las instalaciones de la Utopía Teotongo.

### **5.2.1.2 Fase grupal**

La etapa grupal estuvo presente durante toda la Intervención Comunitaria, estaba conformada por cuidadoras informales primarias que ya habían tenido experiencia con sesiones individuales en pasadas intervenciones. En total asistieron alrededor de 13 cuidadoras diferentes, las cuales mayormente cuidaban de sus esposos o un familiar. Las sesiones se realizaron en la Utopía Teotongo, en la colonia San Miguel Teotongo en Iztapalapa y se tocaron diferentes temas del interés de las participantes (*véase el Marco Teórico*).

La cuidadoras CPI 1 y CPI 3 se integraron a las sesiones grupales tras finalizar sus sesiones individuales

### **5.2.2 Ubicación temporal**

De las tres cuidadoras que participaron en la fase individual, únicamente la CPI 1 prefirió tomar las sesiones en su domicilio. Se debe recordar que un criterio para la Intervención Comunitaria es que los cuidadores vivan dentro de la colonia de San Miguel Teotongo en Iztapalapa, y en cercanía de la Utopía de Teotongo.

La intervención inició el 17 de julio del 2024 y culminó el 30 de abril del 2025: la primera etapa abarca del 17 de julio del 2024 al 18 de septiembre del 2024, la segunda etapa comenzó el 23 de octubre del 2024 y terminó el 18 de diciembre del 2024, por último, la tercera etapa inició el 12 de febrero del 2025 y termino el 30 de abril del 2025.

La ubicación temporal de las sesiones individuales de la CPI 1 durante las tres etapas fue:

- Fransisco Valverde, San Miguel Teotongo, C.P. 09630, Iztapalapa, CDMX.

La ubicación temporal tanto de las sesiones individuales de las CPI 2, CPI 3 y de la fase grupal de la Intervención Comunitaria fue:

- Av. Cárcel de Mujeres, esquina con Popocatepetl, Sección Mercedes de San Miguel Teotongo, C.P. 09630.

### **5.2.3 Criterios de inclusión**

Se tomó como criterio de inclusión dos aspectos, el primero es que los participantes cumplieren con el rol de cuidadores informales primarios, ya sea que tengan una persona dependiente o se cuiden a sí mismos. El segundo criterio fue que sean cuidadores que vivan dentro de la colonia San Miguel Teotongo en Iztapalapa, y que también estén cerca de la Utopía Teotongo.

### **5.2.4 Criterios de exclusión**

Existieron dos criterios de eliminación, el primero de ellos que se tomó fue a cualquier persona que no viva dentro de la colonia de San Miguel Teotongo en Iztapalapa. El segundo criterio de exclusión fue acerca de aquellas personas que no cumplan con las características del rol de un cuidador informal primario, es decir, que no cuida a una persona dependiente ni tampoco es un adulto mayor que se cuida a sí mismo.

### **5.2.5 Criterios de eliminación**

Como criterio de eliminación se tomó en cuenta a aquellas personas que por cualquier razón no pudieron continuar con las sesiones individuales y grupales en cualquiera de las tres etapas. Aquellos cuidadores que no mostraron interés, una constancia o que tuvieron conductas agresivas o inapropiadas a lo largo de la intervención fueron eliminadas.

### **5.3 Tipo de estudio y Diseño**

La intervención incluye una investigación mixta, es decir integra un enfoque cualitativo y cuantitativo; se utilizó un estudio exploratorio, ya que este tiene como fin examinar una problemática de investigación poco estudiada. Este tipo de estudio permitió identificar factores clave que influyen en su bienestar físico, emocional y social, así como las necesidades y retos que enfrentan los CPI en su labor cotidiana.

Para evaluar el impacto del acompañamiento psicosocial se empleó un diseño cuasiexperimental pre- post , con una muestra no probabilística por conveniencia.

Dentro de la investigación cuantitativa, para el análisis de datos, se emplearán pruebas estadísticas como la prueba t (paramétricas, no paramétricas), con el propósito de determinar la significancia de los cambios observados. Asimismo, la investigación complementa con análisis cualitativos, en la cual se utilizó como técnica la Escritura Emocional Autorreflexiva (etapa 2-individual) para profundizar en la percepción y experiencias de los participantes, brindando una comprensión más integral del impacto de la intervención.

## 5.4 Instrumentos

### 5.4.1 Primera etapa

#### 5.4.1.1 Fase individual

Dentro de la fase individual se aplicaron distintos instrumentos psicométricos, estos fueron aplicados a las dos participantes, (CPI 01, CPI 02), para poder tener un PRE de evaluación de bienestar y malestar (físico, emocional y social), y un POST.

Para la evaluación psicosocial en la intervención se utilizó los siguientes instrumentos psicométricos:

***Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.*** (Zarit, 1980). Validado en México por Montero, et al. (2014), se trata de un instrumento para evaluar el nivel de sobrecarga en cuidadores primarios, contiene 22 preguntas con 5 posibles respuestas en escala de Likert (Nunca, Rara vez, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre). Las opciones de respuesta también son en tipo Likert del 0 al 5. El nivel de sobrecarga está relacionado con las siguientes puntuaciones establecidos en la versión del Instituto Nacional de Geriátrica: *Sin sobrecarga*  $\leq 46$  puntos; *Sobrecarga ligera* de 47 a 55; *Sobrecarga intensa*  $\geq 56$ . Cuenta con adecuadas propiedades psicométricas con alfa de Cronbach de 0.84, y  $R^2 = 50\%$ .

***Escala de Bienestar Subjetivo (EBS-8):*** (Calleja, Mason, 2020): Instrumento de 8 ítems que evalúa dos aspectos: satisfacción con la vida y afecto positivo, en una escala tipo Likert del 1 al 6 (En desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, ligeramente de acuerdo. de acuerdo, muy de acuerdo, totalmente de acuerdo). El instrumento se reportó con una consistencia interna para la escala total de  $\alpha = 0.970$ , para la subescala de Satisfacción con la vida,  $\alpha = 0.948$  y para la subescala de Afecto positivo,  $\alpha = 0.964$ .

**Escala de Salud auto percibida (SPHS):** Instrumento que contiene 12 ítems con escala tipo Likert del 1 al 6, evalúa tres aspectos: salud física, salud psicológica y estilo de vida. Escala validada en México por Tinajero- Chavez (2023), con un  $\alpha = 0.933$   $\omega = 0.925$  en la escala total, para la subescala de salud psicológica  $\alpha = 0.951$   $\omega = 0.952$ , salud física  $\alpha = 0.907$   $\omega = 0.908$  y para el estilo de vida  $\alpha = 0.926$   $\omega = 0.927$ .

**Escala de Apoyo Social (MSPSS):** Instrumento validado en población Mexicana, contiene 12 ítems con una escala tipo Likert del 1 al 5 (Nunca, Pocas Veces, Algunas veces, La mayoría de las veces y Siempre). Está dividida en 4 dimensiones (Apoyo Emocional, Apoyo Instrumental, Apoyo Afectivo e Interacción). Consta de un coeficiente confiabilidad ( $\alpha=0.908$ ). (Santos-Vega, et. al. 2021).

**Escala de Ansiedad (GAD-7):** Validado en México por Gaitán, et. al. (2021), es un instrumento que evalúa la ansiedad con 7 ítems en una escala tipo likert que va del 0 al 3 (Nunca, varios días, más de la mitad de los días, casi todos los días), con un punto de corte de  $\geq 10$  se presenta ansiedad. Dentro de la escala, los índices de bondad de ajuste indican una adecuada validez interna: =58.3.

**Escala de soledad de 3 ítems:** Esta escala contiene tres preguntas con tres posibles respuestas, con una escala de medición tipo Likert del 1 al 3 (casi nunca, a veces, a menudo) (Ávila, 2022, pp. 53).

**Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9):** Instrumento de 9 ítems que evalúa la depresión de acuerdo con los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM V), con una escala de medición tipo Likert del 0 al 3. La depresión

se mide con la siguiente puntuación: sin depresión <5, depresión leve de 5 a 9, depresión moderada de 10 a 14, depresión de moderada a grave de 15 a 19, depresión grave de  $\geq 20$  (Ávila, et al. 2022, pp. 50).

**Cuestionario de Apoyo social MOS:** El instrumento se compone de 19 ítems distribuidos en cuatro subescalas: apoyo emocional/informacional ( $k = 8$ ,  $\alpha = .96$ ), apoyo instrumental ( $k = 4$ ,  $\alpha = .92$ ), interacción positiva ( $k = 3$ ,  $\alpha = .94$ ) y apoyo afectivo ( $k = 3$ ,  $\alpha = .91$ ), validado en población mexicana por Herrera, B. et, al. (2021), obtuvo un alfa de Cronbach de 0.97.

**Termómetro de luz infrarroja DM300.** Medición de la temperatura periférica en la nariz mediante un termómetro de luz infrarroja, que no requiere estar en contacto con la piel del sujeto, permite cuantificar la temperatura de 0-100 °C, puede registrar la temperatura de una distancia de 3-5 cm de distancia (Soto, Tavera, Sandoval).

#### **5.4.1.2 Fase grupal**

Dentro de la fase grupal se aplicó únicamente un instrumento, de igual manera se hizo un PRE y un POST.

El instrumento aplicado fue el **WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0)** versión de 36 preguntas autoadministrable. Es una escala desarrollada por la organización de la salud, para evaluar el nivel de discapacidad y funcionamiento (OMS, 2015).

Este instrumento incluye preguntas sobre las dificultades debido a condiciones de salud y discapacidad. Abarca el nivel de funcionamiento en 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.

La escala de evaluación es tipo Likert de: Ninguna, Leve, Moderada, Severo y Extrema; se agregan tres preguntas abiertas, en la que se contesta con número de días.

## 5.4.2 Segunda etapa

### 5.4.2.1 Fase individual

Durante la segunda etapa se aplicaron nuevas escalas psicométricas, añadiendo nuevamente la de Bienestar subjetivo que fue aplicada en la primera etapa:

***Escala de Bienestar Subjetivo (EBS-8) (Calleja, Mason, 2020)***: Instrumento de 8 ítems que evalúa dos aspectos: satisfacción con la vida y afecto positivo, en una escala tipo Likert del 1 al 6 (En desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, ligeramente de acuerdo. de acuerdo, muy de acuerdo, totalmente de acuerdo). El instrumento se reportó con una consistencia interna para la escala total de  $\alpha = 0.970$ , para la subescala de Satisfacción con la vida,  $\alpha = 0.948$  y para la subescala de Afecto positivo,  $\alpha = 0.964$ .

***Escala de Atención plena (MAAS)***: Este instrumento mide la frecuencia con la que las personas han experimentado estados de la atención plena en la vida diaria, se conforma de 15 ítems escala tipo Likert con opciones de respuesta que van desde 1 (casi siempre) a 6 (casi nunca). Se reporta una confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.89 ( Lopez- Maya. et.al (2105).

**Escala afecto positivo/negativo (APAN-M):** instrumento que consta de 20 ítems de los cuales 10 pertenecen al afecto positivo y 10 al afecto negativo en una escala tipo likert del 1 al 5 (1= Nunca, 2= casi nunca, 3= a veces, 4= frecuentemente, 5= siempre), con una confiabilidad de  $\alpha=0.92$  para afecto positivo,  $\alpha=0.88$  afecto negativo y  $\alpha=0.91$  Escala total (Wolfgang, et. al, 2021).

**Escala de malestar psicológico (K-10):** Instrumento validado en México, consta de 10 ítems en una escala tipo likert que va del 1 (Nunca) al 5 (Siempre). El instrumento reportó un índice de confiabilidad para la escala completa con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.893 (Santos, et. al 2023).

**Redograma:** El instrumento ayuda a visualizar las interacciones de las personas, permitiendo comprender sus relaciones sociales. Consiste en un conjunto de puntos unidos por líneas; los puntos representan a las personas que constituyen la red social y las líneas representan el tipo de relación que los unen.

**Diagnóstico para la medición de riesgos y enfermedades:** Consta de un cuestionario para obtener información y tomar conciencia sobre el estado de salud general y para identificar áreas de preocupación. Se obtiene información sobre el estilo de vida, en el que se detectan hábitos saludables y cuáles deben mejorar. Cuenta con 10 sesiones de evaluación, las cuales tienen como posible respuesta SI y No:

Sección 1. Condición física: contiene 6 preguntas

Sección 2. Historia familiar: consta de 6 preguntas

Sección 3. Autocuidado y cuidado médico: se compone de 13 preguntas

Sección 4. Hábitos alimenticios: contiene 9 preguntas

Sección 5. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas: tiene 6 preguntas

Sección 6. Accidentes: contiene 7 preguntas

Sección 7. Valores de la vida, esfera espiritual e intelectual: engloba 7 preguntas

Sección 8. Estrés y apoyo social: integra 16 preguntas

Sección 9. Medio ambiente: integra 7 preguntas

Sección 10. Sexualidad: abarca 4 preguntas.

#### ***5.4.2.1 Fase grupal***

El instrumento aplicado fue el **WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0)** versión de 36 preguntas autoadministrable. Es una escala desarrollada por la organización de la salud, para evaluar el nivel de discapacidad y funcionamiento (OMS, 2015).

Este instrumento incluye preguntas sobre las dificultades debido a condiciones de salud y discapacidad. Abarca el nivel de funcionamiento en 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.

La escala de evaluación es tipo Likert de: Ninguna, Leve, Moderada, Severo y Extrema; se agregan tres preguntas abiertas, en la que se contesta con número de días.

### 5.4.3 Tercera etapa

#### 5.4.3.1 Fase grupal

Esta etapa se llevó a cabo únicamente de manera grupal. Los instrumentos aplicados a las participantes del grupo fueron:

***Cuestionario sobre la salud del paciente-4 (PHQ-4)***: Instrumento de 4 ítems que evalúa la depresión de acuerdo con los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM V), con una escala de medición tipo Likert del 0 al 3. Consta de dos subescalas de 2 ítems, para la depresión (PHQ-2) y el Trastorno de ansiedad generalizada-2 (GAD-2) para la ansiedad. El puntaje total varía de 0 a 12, y el total de PHQ-2 y GAD-2 puede variar de 0 a 6. Los puntajes más altos indican mayores niveles de depresión y ansiedad. La fiabilidad interna total de la escala (dos dimensiones) obtenida a través del Alfa de Cronbach fue de  $\alpha = 0,80$  para toda la escala (Kroenke, et al. 2009).

***Cuestionario de Apoyo social (MOS)***: El instrumento se compone de 19 ítems distribuidos en cuatro subescalas: apoyo emocional/informacional ( $k = 8$ ,  $\alpha = .96$ ), apoyo instrumental ( $k = 4$ ,  $\alpha = .92$ ), interacción positiva ( $k = 3$ ,  $\alpha = .94$ ) y apoyo afectivo ( $k = 3$ ,  $\alpha = .91$ ), validado en población mexicana por Herrera, B. et, al. (2021), obtuvo un alfa de Cronbach de 0.97.

**Estrés percibido PSS** (Cohen & Williamson, 1988): Validada en México por Flores-Torres, et al. (2022). Esta escala mide la percepción global de estrés en el último mes y, en su versión corta (PPS-4), cuenta con 4 ítems con una medición tipo likert de cinco opciones de respuesta (0= Nunca, 1= casi nunca, 2= de vez en cuando, 3= a menudo, 4= Muy a menudo). La lógica de la escala implica que entre más elevado el puntaje en la escala, la persona presenta mayor nivel de estrés. Se han reportado coeficientes de consistencia interna de: alfa de Cronbach=0.72 y 0.83.

**Escala sentido de comunidad:** evalúa las dimensiones de pertenencia, satisfacción de necesidades. Consta de 17 ítems con tres posibles respuestas: Si, No, A veces, con un puntaje distrito por cada pregunta, que va del 1 al 3. El puntaje de interpretación de resultados es de 17-33 Sentido de comunidad bajo, 34-43 sentido de comunidad medio, 44-51 sentido de comunidad alto.

Las valores de respuesta por pregunta corresponden a:

| Ítem | VALOR DE RESPUESTA |    |            |
|------|--------------------|----|------------|
|      | SI                 | NO | A<br>VECES |
| 1    | 3                  | 1  | 2          |
| 2    | 1                  | 3  | 2          |
| 3    | 3                  | 1  | 2          |
| 4    | 3                  | 1  | 2          |
| 5    | 3                  | 1  | 2          |
| 6    | 3                  | 1  | 2          |
| 7    | 1                  | 3  | 2          |
| 8    | 3                  | 1  | 2          |
| 9    | 3                  | 1  | 2          |
| 10   | 3                  | 1  | 2          |
| 11   | 1                  | 3  | 2          |
| 12   | 1                  | 3  | 2          |
| 13   | 3                  | 1  | 2          |
| 14   | 3                  | 1  | 2          |
| 15   | 3                  | 1  | 2          |
| 16   | 3                  | 1  | 2          |
| 17   | 3                  | 1  | 2          |

**Autobiografía en salud:** es una herramienta reflexiva utilizada para que una persona explore y describa su experiencia personal relacionada con la salud física, mental, emocional y social. Permite que las personas identifiquen cómo viven su salud, qué situaciones o emociones afectan su bienestar y qué comportamientos podrían estar relacionados con posibles riesgos, así como analizar diferentes estilos de vida, identificar factores protectores o de riesgo y evaluar su situación actual. Sirve también para identificar áreas problemáticas o de interés para categorizarlas de las más primordial y poder generar metas personales y estrategias de cambio en relación con la salud.

**PC-PTSD:** Se diseñó para identificar a los participantes con probable trastorno de estrés postraumático (TEPT). Consta de cinco preguntas que se responden con Sí y No

**WHODAS:** El instrumento aplicado fue el **WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0)** versión de 36 preguntas autoadministrable. Es una escala desarrollada por la organización de la salud, para evaluar el nivel de discapacidad y funcionamiento (OMS, 2015).

Este instrumento incluye preguntas sobre las dificultades debido a condiciones de salud y discapacidad. Abarca el nivel de funcionamiento en 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.

La escala de evaluación es tipo Likert de: Ninguna, Leve, Moderada, Severo y Extrema; se agregan tres preguntas abiertas, en la que se contesta con número de días.

## 5.5 Procedimiento

### 5.5.1 Primera etapa

La primera etapa de la intervención se llevó a cabo del 17 de julio de 2024 al 18 de septiembre del 2024. En la que el grupo de trabajo fue dividido en diadas para trabajar en distintas secciones: Museo, Unión de colonos y Utopía.

#### 5.5.1.1 Fase individual

Esta primera etapa, como primer objetivo fue localizar a dos personas cuidadoras para integrarlas al proyecto, se llevaron a cabo visitas domiciliarias, en la que la diada 15, se presentaba y explicaba el programa a la persona. Durante estas visitas se localizó a tan solo una cuidadora primaria informal. Por medio de otras cuidadoras que forman parte del grupo “protectoras con amor” se logró localizar a la otra cuidadora.

La intervención se realizó durante 10 sesiones semanales con una duración de 50 minutos en los domicilios de las cuidadoras. En cada sesión se conversó, mediante la escucha activa, un tema de interés: autocuidado, organización del tiempo, límites, solicitud de apoyo, regulación emocional para los cuidadores. Al finalizar cada sesión se aplicó una técnica de relajación y se registró la temperatura periférica. La descripción de cada sesión se presenta en la Tabla 1.

Los horarios acordados con las CPI fueron: **CPI 1.** 9:00 am a 9:50 am. Se trabajó dentro de su domicilio; **CPI 2.** 12:00 am a 12:50 am. Se trabajó en la Utopía por comodidad de la señora.

**Tabla 2.**

*Descripción de las sesiones*

| Sesión            | objetivo                           | Descripción de lo trabajado                                                        |
|-------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.Primer contacto | Presentarnos con los participantes | Nos presentamos con el participante, se explicó de qué trata el programa y algunas |

|                                                                                      |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                      |                                                                                                                               | <p>otras dudas que tuvieron respecto al proyecto y acordamos junto con el participante el horario para llevar a cabo la intervención.</p>                                                                                                                                                                                                                            |
| 2 y 3. Aplicar instrumentos                                                          | Aplicar instrumentos de evaluación psicosocial pre intervención                                                               | Se aplicó el instrumento de sobrecarga de Zarit, GAD-7, Escala de soledad 3 items, PHQ-9, EBS-8, SPSHS, MSPSS.                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 4. El papel del cuidador y su importancia.<br>¿Cómo repercute el cuidado en la vida? | Conocer la situación en la que se encuentra el participante                                                                   | <p>Se les pregunta a los participantes sobre las enfermedades que tiene su dependiente y ello, así como qué actividades realizan diariamente en su labor de cuidado y cómo ha repercutido el cuidado en sus vidas.</p> <p><b>Técnica: Respiración Diafragmática</b><br/>(Entrenamiento en respiración lenta, a un ritmo de 6 a 10 ciclos respiratorios por min.)</p> |
| 5. Ejercicios de control de la activación.                                           | Aplicación de las técnicas de relajación y registro de temperatura periférica                                                 | <p>Se aplicó la técnica de respiración diafragmática y se registró la temperatura periférica pre y post.</p> <p><b>Técnica: Relajación Muscular</b> (Ejercicios de tensión y distensión muscular)</p>                                                                                                                                                                |
| 6. Organización del tiempo                                                           | Entender la rutina de los participantes y ayudarles a organizar de mejor manera su tiempo e incluir actividades de su agrado. | <p>Se les pidió que describiera su rutina diaria junto con la importancia que tiene cada una para ellas, para después recomendar posponer algunas y poder incluir actividades de su agrado como parte del autocuidado.</p> <p><b>Técnica: Relajación Muscular</b> (Ejercicios de tensión y distensión muscular)</p>                                                  |

|                                     |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7. Límites a la persona dependiente | Incitar a la autonomía del familiar dependiente y poner límites en las tareas de cuidado.                                                                                                               | Que los participantes reconozcan aquellas actividades que su familiar puede realizar por sí solo y generar alternativas a cómo apoyarlos a desarrollar esa autonomía.<br><b>Técnica: Imaginería guiada</b> (Ejercicios de tensión y distensión)                                         |
| 8. Solicitud de ayuda y apoyo       | Reconocer que es importante compartir y asignar tareas a otras personas para que la carga se reparta.                                                                                                   | Se le pide al participante pensar con los recursos sociales que cuenta y la importancia de repartir responsabilidades y de solicitar ayuda de manera asertiva.<br><br><b>Técnica: Imaginería guiada</b> (imaginar el lugar en el que le gustaría estar y prestar atención a lo que hay) |
| 9. Aplicar instrumentos             | Aplicar instrumentos de evaluación psicosocial post-intervención                                                                                                                                        | Se aplicó el instrumento de sobrecarga de Zarit, GAD-7, Escala de soledad 3 ítems, PHQ-9, EBS-8, SPSHS, MSPSS.                                                                                                                                                                          |
| 10. Sesión grupal                   | Reunir a las CPI con el grupo “Protectoras con amor” de Utopía para una sesión especial con el tema de límites, actividades generadoras, presentación del programa y cierre de la primera parte de este | <b>Técnica: Entrenamiento Autógeno</b>                                                                                                                                                                                                                                                  |

Durante cada sesión se tomaba la temperatura central y periférica. Al inicio de la sesión se toma la temperatura central y primera temperatura periférica, después la segunda toma de temperatura periférica se realiza antes de la técnica de relajación y la tercera y última

se toma después de la técnica, para medir el cambio y efecto de relajación, entre menor temperatura mayor estrés, a mayor temperatura mayor relajación. .

### ***Análisis de datos***

Se utilizó el paquete estadístico Jamovi 2.3.21. para obtener los descriptivos y la prueba de normalidad de datos mediante la prueba Shapiro-Wilk ( $p < .05$ ). 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 apareadas, de los cuales se extrajeron el tamaño del efecto, y la diferencia entre los dos grupos, el Post y el Pre de las escalas psicométricas,. Por último se utilizó el Software Past 4, en el cual se generó un correlograma de coeficiente de correlación de Spearman. Tomando como significancia estadística  $\alpha \leq 0.05$ .

#### ***5.5.1.2 Fase grupal***

La fase grupal se llevó a cabo dentro de la utopía, se llevó a cabo con un grupo conformado por seis cuidadoras primarias informales, el grupo lleva como nombre “Protectoras con amor”, las participantes anteriormente llevaron un acompañamiento psicosocial individual. El primer encuentro se llevó a cabo el 17 de julio de 2024, en el cual simplemente las CPI se presentaron y nos presentamos con ellas. Las sesiones comenzaron el 24 de julio de 2024.

Se llevaron a cabo, en total, 9 sesiones en que se abordaron temas que les eran de su interés a las CPI (**Tabla 3.**). Las sesiones duraban aproximadamente de 1 hrs a 1:30 hrs. De 10:00 am a 11:30 am.

**Tabla 3.**

#### ***Cronograma de temas***

| <b>Tema</b>                          | <b>Fecha</b>        |
|--------------------------------------|---------------------|
| 1. Presentación del grupo-Bienvenida | 24 de julio de 2024 |

|                                        |                       |
|----------------------------------------|-----------------------|
| 2. Autoestima                          | 31 de Julio de 2024   |
| 3. Ansiedad                            | 7 de agosto de 2024   |
| 4. Pérdida/Duelo                       | 14 de agosto de 2024  |
| 5. Desarrollo personal (superación)    | 21 de agosto de 2024  |
| 6. Nutrición /Alimentación             | 28 de agosto de 2024  |
| 7. Estrés                              | 4 de septiembre 2024  |
| 8. Tolerancia a la frustración         | 11 de septiembre 2024 |
| 9. Cierre de la primera etapa: Límites | 18 de septiembre 2024 |

Dentro de las sesiones se realizaban distintas actividades:

- Medición de temperatura central y periférica
- Bienvenida
- Actividad física
- Tema central
- Retroalimentación
- Medición de temperatura periférica
- Técnica de relajación o atención plena
- Medición de temperatura periférica
- Cierre

Incluyendo la aplicación de instrumentos (WHODAS 2.0) en la primera sesión (PRE) y última sesión (POST).

### **5.5.2 Segunda etapa**

La segunda etapa se retomó el 23 de octubre de 2024 y finalizó el 18 de diciembre de 2024. Constó de 10 sesiones de 50 minutos. En esta etapa particularmente se abordó la Escritura Emocional Autorreflexiva.

### 5.5.2.1 Fase individual

En cada sesión se conversó, mediante la escucha activa, un tema de interés: autoestima, Duelo, límites, solicitud de apoyo, comunicación asertiva, estrés . Después de abordar el tema de interés se aplicaba la Escritura emocional autorreflexiva. Al finalizar cada sesión se aplicó una técnica de atención plena y se registró la temperatura periférica. La descripción de cada sesión se presenta en la Tabla 3.

Se mantuvieron los mismos horarios de la etapa 1, se agregó a una CPI (CPI 3) y se eliminó a una (CPI 2). Esta etapa individualmente se trabajó con CPI 1 y CPI 3.

**Tabla 4.**

*Descripción de las sesiones*

| Sesión                             | objetivo                                                                                                               | Descripción de lo trabajado                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.<br>Ejercicio de controlabilidad | Reencuentro y abordar la controlabilidad                                                                               | Hubo un reencuentro con las CPI para hablar sobre cómo seguía su situación, así como hablar de lo que está en sus manos controlar y lo que no                                                                           |
| 2 y 3. Aplicar instrumentos        | Aplicar los instrumentos psicométricos y abordar el tema de interés de la CPI.<br>Abordar el tema de interés de la CPI | Antes de los instrumentos se abordó un tema de interés de la CPI anteriormente mencionados. Se aplicó el instrumento de Bienestar, Atención plena, afecto positivo y negativo, estrés, redograma, Malestar psicológico. |

|                                     |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4. Aplicar el ejercicio A de la EEA | Comenzar con la EEA, junto a una escucha activa.                                           | Se les pide pensar en una situación traumática para después escribirla, con una duración de 20 minutos.<br><br><b>Técnica: Detente, Respira, Observa, Procede</b>                                                                                                                                         |
| 5. Aplicar el ejercicio B de la EEA | Aplicar la EEA ejercicio B, junto a una escucha activa, así como abordar temas de interés. | Se les pide volver a pensar en la situación que escribió la anterior sesión, para después expresar su situación en tercera persona, con una duración de 20 minutos.<br><br>Se abordó el tema de interés de la CPI<br><br><b>Técnica: Respira con atención plena</b>                                       |
| 6. Aplicar el ejercicio C de la EEA | Aplicar la EEA ejercicio C, junto a una escucha activa                                     | Se les pidió que volvieran a escribir su situación dolorosa, pero tenían que incluir algunas palabras positivas y negativas, así como palabras de conexión que se les proporcionan .<br><br><b>Técnica: Escaneo corporal</b>                                                                              |
| 7. Aplicar el ejercicio D de la EEA | Aplicar la EEA ejercicio D, junto a una escucha activa                                     | Se les pidió que volvieran a escribir su situación dolorosa, pero tenían que incluir algunas palabras positivas y negativas, así como palabras de conexión que se les proporcionan, para dar o encontrar una situación que haga que resignifique su situación.<br><br><b>Técnica: Meditar etiquetando</b> |

|                                       |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                             |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8. Dar una síntesis de la EEA         | Proporcionar una síntesis de lo analizado en la EEA                                                                                                                                                     | Se le proporciona una síntesis de lo analizado en la EEA.<br><br><b>Técnica: Suelta, paz, aceptar.</b>                      |
| 9. Aplicar instrumentos psicométricos | Aplicar instrumentos de evaluación psicosocial post-intervención                                                                                                                                        | Se aplicó el instrumento de Bienestar, Atención plena, afecto positivo y negativo, estrés, redograma, Malestar psicológico. |
| 10. Sesión grupal                     | Reunir a las CPI con el grupo “Protectoras con amor” de Utopía para una sesión especial con el tema de Estrés, actividades generadoras, presentación del programa y cierre de la primera parte de este. | Abordar el tema de estrés y dar actividades que ayudan integrar a las CPI.<br><br><b>Técnica: Atención plena</b>            |

### ***Análisis de datos***

Para el análisis cuantitativo se utilizó el paquete estadístico Past 4 para obtener los descriptivos y la prueba de normalidad de datos mediante la prueba Shapiro-Wilk ( $p < .05$ ). 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 apareadas, de los cuales se extrajeron los datos del Post y el Pre de las escalas psicométricas, de igual manera

se generó un correlograma de coeficiente de correlación de Spearman. Tomando como significancia estadística  $\alpha \leq 0.05$ .

Además, para el análisis cualitativo se utilizó el programa Atlas.ti 9.1.3.0, este programa permitió la codificación, categorización y análisis de los datos obtenidos de las escrituras emocionales autorreflexivas y bitácoras individuales. A través de este programa, se identificaron patrones, relaciones y significado, facilitando una interpretación de la información. Permitió realizar nubes de palabras y redes.

#### ***5.5.2.2 Fase grupal***

La segunda etapa-fase grupal mantiene la misma estructura de la primera etapa. Durante esta fase el grupo mantuvo tan solo entre 2 a 4 participantes. Las temas abordados fueron los siguientes:

**Tabla 5.**

*Cronograma de actividades*

| <b>Temas</b>                          | <b>Fecha</b>          |
|---------------------------------------|-----------------------|
| 1. Reencuentro y Bienvenida           | 23 de octubre de 2024 |
| 2. Árbol de problemas                 | 30 de octubre de 2024 |
| 3. Libertad de ser sin lastimar       | 6 de noviembre 2024   |
| 4. Duelo                              | 13 de noviembre 2024  |
| 5. Apego                              | 20 de noviembre 2024  |
| 6. Miedo al abandono                  | 27 de noviembre 2024  |
| 7. Sanar la infancia                  | 4 de diciembre 2024   |
| 8. Límites                            | 11 de diciembre 2024  |
| 9. Cierre de la segunda etapa: Estrés | 18 de diciembre 2024  |

### 5.5.3 Tercera etapa

#### 5.5.3.1 Fase grupal

Esta etapa se retoma el día 12 de febrero 2025 y finaliza el día 30 de abril 2025.

La tercera etapa está enfocada únicamente en lo grupal, ya que el objetivo de esta etapa es incorporar a las CPI con acompañamiento individual al grupo para que funcione como una red de apoyo. Se integraron las dos cuidadoras primaria informales de la diada 14 y una de la diada 15, ya que la otra CPI ya pertenecía al grupo, sin embargo, como no había llevado acompañamiento individual, en la segunda etapa la diada 15 la retomo para trabajar con ella (CPI 3).

**Tabla 6.**

*Cronograma de actividades*

| <b>Temas</b>                                         | <b>Fecha</b>       |
|------------------------------------------------------|--------------------|
| 1. Reencuentro y Bienvenida: importancia del cuidado | 12 de febrero 2025 |
| 2. Memoria                                           | 19 de febrero 2025 |
| 3. Comunicación asertiva                             | 26 de febrero 2025 |
| 4. Ansiedad                                          | 5 de marzo 2025    |
| 5. Miedo                                             | 12 de marzo 2025   |
| 6. Apoyo social                                      | 19 de marzo 2025   |
| 7. Machismo                                          | 26 de marzo 2025   |
| 8. Culpa                                             | 2 de abril 2025    |
| 9. Aprender a cuidar del entorno                     | 9 de abril 2025    |
| 10. Aprender a valorar el saber cultural y académico | 16 de abril 2025   |
| 11. Escudo                                           | 23 de abril 2025   |

Durante la primera sesión se aplicaron escalas como la escala de sentido de comunidad, PHQ-9, PC-PTSD. En la tercera sesión se aplicó el instrumento de autobiografía en salud, en la sexta sesión se aplicó el cuestionario de apoyo social (MOS), estos son los instrumentos aplicados para el PRE y POST; y por último, durante la sesión 9 se aplicó el WHODAS, pero únicamente un POST.

A pesar de que esta etapa solo se enfoca en el trabajo grupal, se trabajó de manera individual con la CPI 1, ya que, por problemas de salud de su persona dependiente, su tiempo de disposición no era mucho, sin embargo, se hizo un espacio para seguir con el acompañamiento psicosocial, también asistió algunas veces al grupo, es decir, su acompañamiento fue tanto grupal como individual. En las sesiones individuales solamente se trabajó con la escucha activa, no se aplicó ningún instrumento ni se abordó un tema en concreto, las sesiones solamente se apoyaron sobre lo que ocurría en la semana de la CPI 1.

### **Análisis de resultados**

Se utilizó el programa SPSS para obtener la media de los grupos (etapa 1 (pre-post), etapa 2 (pre-post) y etapa 3 (post)) y determinar si existen diferencias estadísticamente significativas  $> 0.05$ .

### **Escudo grupal**

El grupo “Protectoras con amor” lleva existiendo un año previo a esta intervención, de modo que ya contaba con un nombre y con un escudo, de manera que solamente se les dio a conocer este escudo a las nuevas integrantes.

### **Escudo “Protectoras con amor”**



A las nuevas integrantes se les dio a conocer lo que significa cada elemento del escudo:

1. **Animal:** Delfin

Los delfines son animales con tendencia a vivir en grupos grandes, además son reconocidos como símbolo de inteligencia, nobleza, valores puros, amistad, buena suerte, armonía, sabiduría, alegría y son considerados mensajeros del amor.

2. **Planta:** Orquídea y jacaranda

Las orquídeas simbolizan amor y prosperidad debido a que crecen con facilidad y florecen a pesar de diversos obstáculos y condiciones climáticas. Por otro lado, la jacaranda está asociada al renacimiento y a lo especial que es la primavera, simbolizando resistencia.

3. **Objeto:** Corazón

Fue elegido por las cuidadoras y para ellas simboliza felicidad, plenitud y amor.

4. **Metal:** Oro

Es considerado el metal más precioso, representa pureza, heroísmo, triunfo y santidad.

5. **Color:** Morado y azul

El color morado simboliza independencia y dignidad, está asociado con el lujo, poder, creatividad, sabiduría y magia. Por otro lado, el color azul es símbolo de inteligencia, confianza, seguridad, serenidad, comunicación, eficiencia, lógica, reflexión, calma y es considerado beneficioso para la mente y cuerpo.

**La frase con la que se identifican es:** “Con la mano en el corazón, ayuda”

## 6. Resultados

### 6.1 Primera etapa

#### 6.1.1 Fase individual

##### 6.1.1.1. Análisis cuantitativo

#### Efecto de la intervención sobre el índice de cambio clínico observable de las escalas de salud y bienestar psicosocial.

Se observó, con la CPI 1, una mejoría dentro de la variable de Salud y en sus subescalas como lo es: Salud psicológica, y Estilo de vida. También se encontraron mejorías en la variable de apoyo de persona especial y Amigos; por el contrario, en la variable de apoyo Familiar encontramos una disminución, en Depresión encontramos que hubo un aumento. Por otro lado, con la CPI2, se obtuvo una mejoría en el variable Bienestar y en su subescala Afecto positivo. Decayó en Salud y en algunas de sus subescalas: Salud psicológica, Estilo de vida saludable; así como también en apoyo de Amigos, Ansiedad y Soledad.

**Tabla 7.**

*Efecto de la intervención psicosocial sobre el índice de cambio clínico observable*

|                           | <i>CPI 1</i> |      |              | <i>CPI 2</i> |      |              |
|---------------------------|--------------|------|--------------|--------------|------|--------------|
|                           | Pre          | Post | CCO          | Pre          | Post | CCO          |
| <b>Bienestar</b>          | 25           | 27   | 0.08         | 35           | 46   | <b>0.314</b> |
| -Satisfacción por la vida | 14           | 15   | 0.071        | 19           | 22   | 0.187        |
| -Afecto positivo          | 11           | 12   | 0.090        | 16           | 24   | <b>0.5</b>   |
| <b>Salud</b>              | 30           | 38   | <b>0.266</b> | 46           | 35   | <b>-0.23</b> |
| -Salud psicológica        | 9            | 11   | <b>0.22</b>  | 15           | 12   | <b>-0.2</b>  |

|                           |    |    |               |    |    |               |
|---------------------------|----|----|---------------|----|----|---------------|
| -Salud física             | 11 | 13 | 0.181         | 13 | 11 | -0.15         |
| -Estilo de vida saludable | 10 | 14 | <b>0.4</b>    | 18 | 12 | <b>-0.944</b> |
| <b>Apoyo social</b>       | 31 | 34 | 0.096         | 51 | 59 | 0.156         |
| -Persona especial         | 13 | 17 | <b>0.307</b>  | 24 | 24 | 0             |
| -Familia                  | 11 | 8  | <b>-0.272</b> | 17 | 20 | 0.176         |
| -Amigos                   | 7  | 9  | <b>0.285</b>  | 10 | 7  | <b>-0.3</b>   |
| <b>Ansiedad</b>           | 7  | 8  | 0.142         | 6  | 11 | <b>0.833</b>  |
| <b>Soledad</b>            | 7  | 7  | 0             | 4  | 3  | <b>-0.25</b>  |
| <b>Depresión</b>          | 2  | 10 | <b>4</b>      | 3  | 0  | -1            |
| <b>Sobrecarga</b>         | 47 | 53 | 0.127         | 50 | 48 | -0.04         |

*Nota: CP1= Cuidadora primaria informa 1 (CPI 1) CPI2= Cuidadora informal primaria 2 (CPI 2)*

### **Resultados psicofisiológicos**

Se observó, dentro del caso de la CPI 1, un aumento en la temperatura periférica en la mayoría de las sesiones, después de platicar con ella (escucha activa), así como después de cada técnica de relajación aplicada. De igual manera, con la CPI 2 se observó un aumento en la temperatura en la mayoría de las sesiones llevadas a cabo.

**Tabla 8.**

*Temperaturas individuales de las CPI*

| NÚMERO DE SESIÓN | TEMPERATURA | TEMPERATURA |
|------------------|-------------|-------------|
|                  | Cuidadora 1 | Cuidadora 2 |
|                  | (CPI 1)     | (CPI 2)     |

---

|   |          |                         |
|---|----------|-------------------------|
| 1 | 1-, 29.9 | <i>Sin temperaturas</i> |
|   | 2-, 31.8 |                         |
|   | 3-, 32.7 |                         |
| 2 | 1-, 31.8 | 1-, 29.5                |
|   | 2-, 33.3 | 2-, 29.7                |
|   | 3-, 33.4 | 3-, 31.6                |
| 3 | 1-, 31.1 | 1-, 29.5                |
|   | 2-, 33.7 | 2-, 29.8                |
|   | 3-, 32.2 | 3-, 29.3                |
| 4 | 1-, 31.1 | 1-, 32.3                |
|   | 2-, 31.8 | 2-, 33.5                |
|   | 3-, 32.0 | 3-, 33.7                |
| 5 | 1-, 32.1 | 1-, 27.9                |
|   | 2-, 32.3 | 2-, 29.3                |
|   | 3-, 32.1 | 3-, 29.9                |
| 6 | 1-, 32.5 | 1-, 28.9                |
|   | 2-, 32.8 | 2-, 29.3                |
|   | 3-, 32.9 | 3-, 29.9                |
| 7 | 1-, 32.9 | 1-, 30.8                |
|   | 2-, 33.9 | 2-, 31.6                |
|   | 3-, 34.0 | 3-, 31.3                |
| 8 | 1-, 32.9 | <i>Sin temperaturas</i> |
|   | 2-, 33.9 |                         |
|   | 3-, 34.0 |                         |

1-. (Comienzo de sesión) 2-. (Pre-técnica de relajación) 3-. (Post-técnica de relajación)

#### **6.1.1.1. Análisis cualitativo**

##### **Análisis de caso**

##### **Cuidadora 1 (CPI 1)**

Miércoles 9:00 - 9:50. 8 sesiones

Cuidadora 1, de 74 años está casada con 4 hijos y habita con 7 personas en su casa y sufre de hipertensión y parálisis facial del lado izquierdo del rostro. Cuida de su esposo el cual tiene diabetes y recientemente sufrió de una caída en las escaleras. La CPI lleva 7 años siendo cuidadora primaria informal. Al conocerla se le vio bastante triste, lloró al escuchar la invitación al programa y comentó que lo necesitaba, en las primeras sesiones esta tristeza se vio evidenciada en la comunicación que tenía con nosotros, buscando a alguien que la escuche y la comprenda. La CPI está atravesando un duelo desde hace 4 años, uno de sus hijos falleció en la pandemia, cada que habla de él lo menciona con mucho cariño y dolor, sumado a que su muerte dejó varios inconvenientes como la de las discusiones con su nuera y nietos que había tenido con otra mujer. Este hijo era el que más veía y se preocupaba por ella, marcando límites entre sus padres, contrastando con el resto de sus hijos que si bien están dispuestos a ayudar en cuestiones de traslado a consultas físicas, se distancian sentimentalmente, batallando así la CPI por buscar alguien que la escuche o que la acompañe a donde le gusta ir; la iglesia y talleres en la Utopía.

Su esposo está distanciado completamente de ella, no conviven más allá de ver la tele juntos y dormir en la misma cama, esta separación también se refleja en el aspecto económico, teniendo el dinero por separado, llevando a la CPI a tener que pedirle prestado a su esposo cuando no le alcanza el dinero. Los cuidados dados a su esposo no fomenta la cercanía, ya que la mera presencia de su esposo la frustra o la hace enojar mucho, sin

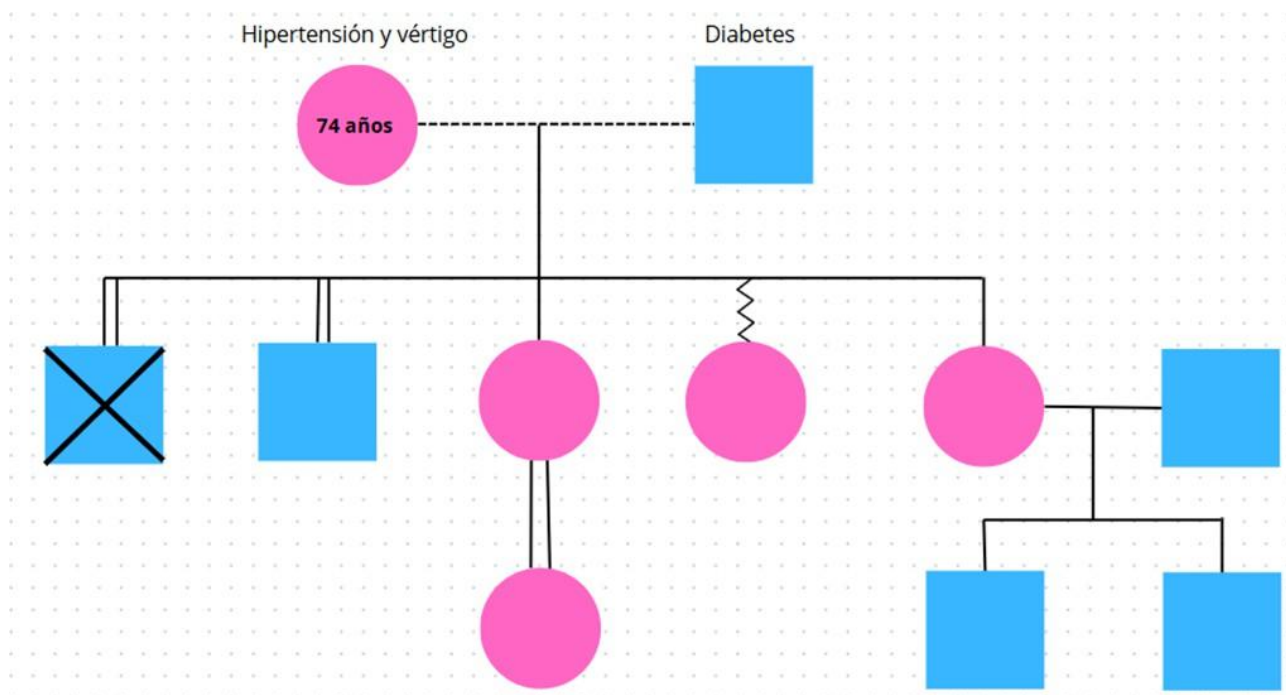
embargo, para la CPI es normal los excesivos cuidados que da, ya que es su deber como esposa, a pesar de que su esposo no haga lo mismo por ella.

A lo largo de las sesiones se trabajaron los límites y las cosas que nos gustaría hacer, ya que la CPI no tenía ningún amigo y extrañaba las amistades que antes tenía, se le dieron herramientas para que tomase la decisión de tener tiempo para ella, logrando asistir a un curso pastoral al que quería y limitándose más con su esposo. Cada que finaliza una sesión le da gracias a Dios por nuestras vidas y el trabajo que estamos realizando, haciendo hincapié en que las técnicas de relajación le servían mucho y las practicaba constantemente.

Se notó que la CPI no es totalmente sincera en lo que nos expresa, ya que las sesiones se tomaron en el patio de su casa por su petición (donde su familia podría escucharnos), por lo que nos solicitó en la última sesión si podíamos trasladarnos a la Utopía de Teotongo, cosa que no pudo realizarse este trimestre por ella no asistir a la última sesión individual que tendríamos. Comentó que estaba completamente agradecida por este acompañamiento y que estaba dispuesta a seguir si es que no pasaba algo fuera de su control.

## **Figura 2.**

*Familiograma CPI 1*



## Cuidadora 2 (CPI 2)

Miércoles 12:00 - 12:50. (5 sesiones)

La CPI 2 tiene 66 años de edad, padece de múltiples enfermedades como dolores en la espalda, hipertensión y diabetes, ella vive y cuida de su esposo Diego de 72 años de edad que tiene diabetes, sordera y vértigo, tienen 5 hijos, de los cuales ninguno vive con ellos. La CPI lleva 5 años siendo cuidadora primaria informal. Durante las sesiones se pudo identificar que las principales fuentes de estrés son la alta dependencia de su esposo y la carencia de límites.

La CPI comentó de los problemas de comunicación con su esposo, él al tener sordera no se involucra en las conversaciones y lo pone de pretexto para que ella se haga totalmente responsable de su cuidado, utiliza frases como “soy un inútil” “no sirvo para nada” “si no me das tú los medicamentos, no me los voy a tomar” “no voy a aprender a hacerlo”, esto causa en ella afectaciones negativas como el preocuparse de más y estar presionada por tener listos los medicamentos y alimentos. Las actividades de la CPI en su rol como cuidadora son el proporcionar los medicamentos en los horarios indicados a su esposo, entre eso inyectarle la

insulina, tener listas las comidas cuando él llegue a casa y darle de comer, se pudo observar que sirve apoyo emocional para mantener a su esposo más involucrado en su salud.

Por otro lado, el señor Diego, con chantajes y victimizándose, manipula a la CPI para que no salga o para que esté a su disposición cuando él quiere, ocasionando culpa y tristeza, de modo que la señora se limitaba a realizar actividades como salir en ciertos horarios y se ve obligada a pedirle permiso. De modo que podemos deducir que la CPI es altamente influenciada por su esposo para tomar decisiones sobre sí misma.

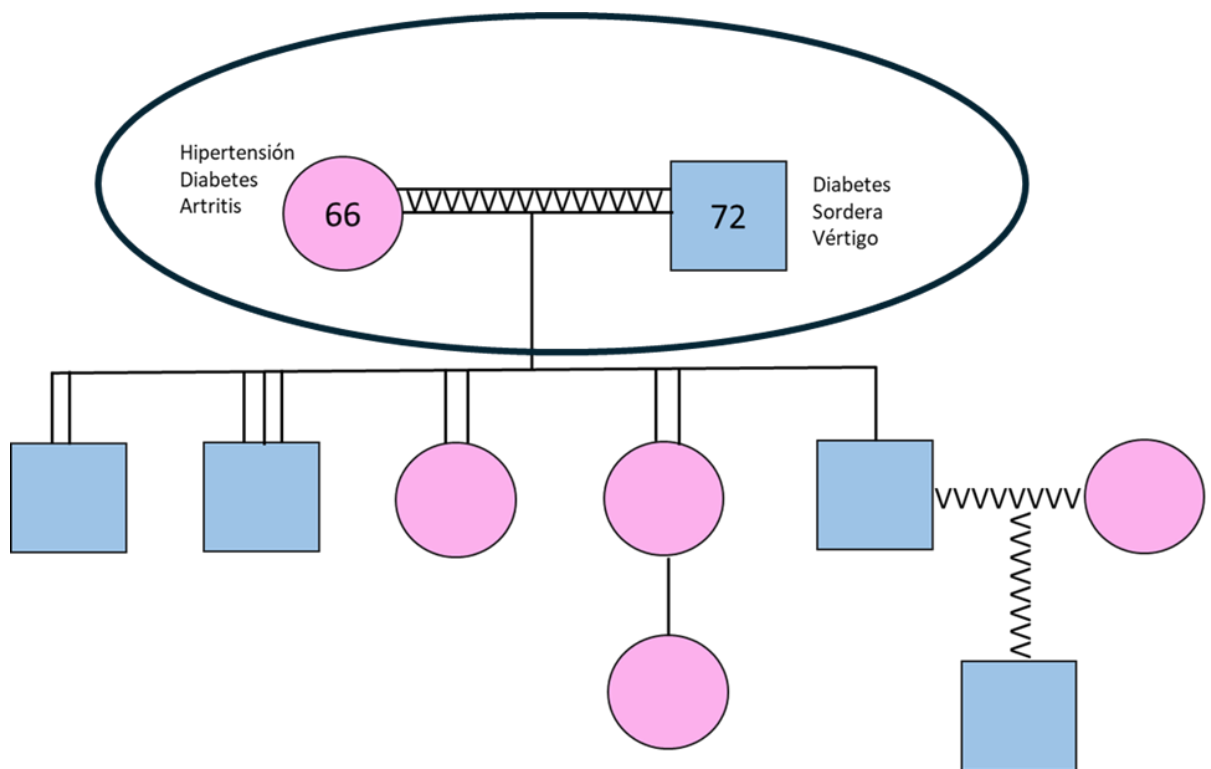
Con base a su relato, se identificaron como recursos la buena actitud y el interés para cambiar su situación, el apoyo de alguno de sus hijos, se observó que tiene la habilidad de la comunicación asertiva, cuenta con un grupo de amigos y conocidos del taller de tejido, esto dio paso a trabajar de manera más eficiente los siguientes temas: Límites a la persona dependiente, la solicitud de ayuda y la organización del tiempo; otros temas que se abordaron fueron su papel como cuidadora y la importancia, así como el control de activación. Se pudo observar cambios en sus actitudes como el poner límites claros a sus familiares y específicamente a su esposo, dejando claro que él es capaz de hacerse responsable de su cuidado e incitando con palabras motivadoras como “puedes aprender a cuidarte” y haciendo énfasis de que si no se cuida él mismo nadie más lo hará, al igual que la importancia de tratar bien a las personas para recibir el mismo trato; Por otro lado, logró pedir apoyo a sus hijos y nuera, para las tareas de cuidado como darle de comer, estar pendiente de él y de sus medicamentos.

Mencionó que el acompañamiento psicosocial le ha servido para sentirse menos culpable por no estar completamente a la disposición de su esposo, comentó ya no haber llorado tanto ni haberse sentido mal por los comentarios de su esposo. Al igual que poner su salud primero antes que la de los demás. Las técnicas de relajación le fueron útiles para sentirse más tranquila y también le sirvieron para ayudar a su esposo, ella tomó la iniciativa

de enseñarle lo poco que aprendía sobre las técnicas de relajación para lograr un cambio en su esposo, esto a que se sintiera más tranquilo respecto a su situación (enfermedades que padece y que lo hacen sentir sin valor e intranquilo, así como quitar la rigidez, que menciona la CPI, tiene su esposo). El cambio más significativo que se observó en la señora fue pasar de sentirse abrumada y culpable a encontrar más estabilidad en lo que sentía, pensaba y así generar una mayor tranquilidad.

**Figura 3.**

*Familiograma CPI 2*



## 6.1.2 Resultados de los grupos (agrupados)

### 6.1.2.1 Análisis cuantitativo

#### *Sociodemográficos*

Participaron 43 mujeres, con una edad media de 57 años ( $\pm 15.3$ ), su rango fue de: 18 a 86 años, con una media de 14.6 ( $\pm 13.8$ ) años siendo cuidador, el 50.98% con una

escolaridad básica, y el 47.06% de ellos casados. Presentan una mediana del número de hijos de 2.50 y mediana de 4.0 personas que viven en el hogar.

## **Resultados Psicosociales**

### ***Análisis descriptivo***

#### ***Medidas psicosociales de Salud y Bienestar***

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

Por otra parte, la salud autopercebida de los CPI ( $3.34 \pm 1.48$ ) se encontró levemente por debajo de lo reportado por Tinajero, et al. (2023) ( $3.98 \pm 1.07$ ) ( $t = -3.06$  (50),  $p = 0.004$ ,  $d = 0.429$ ).

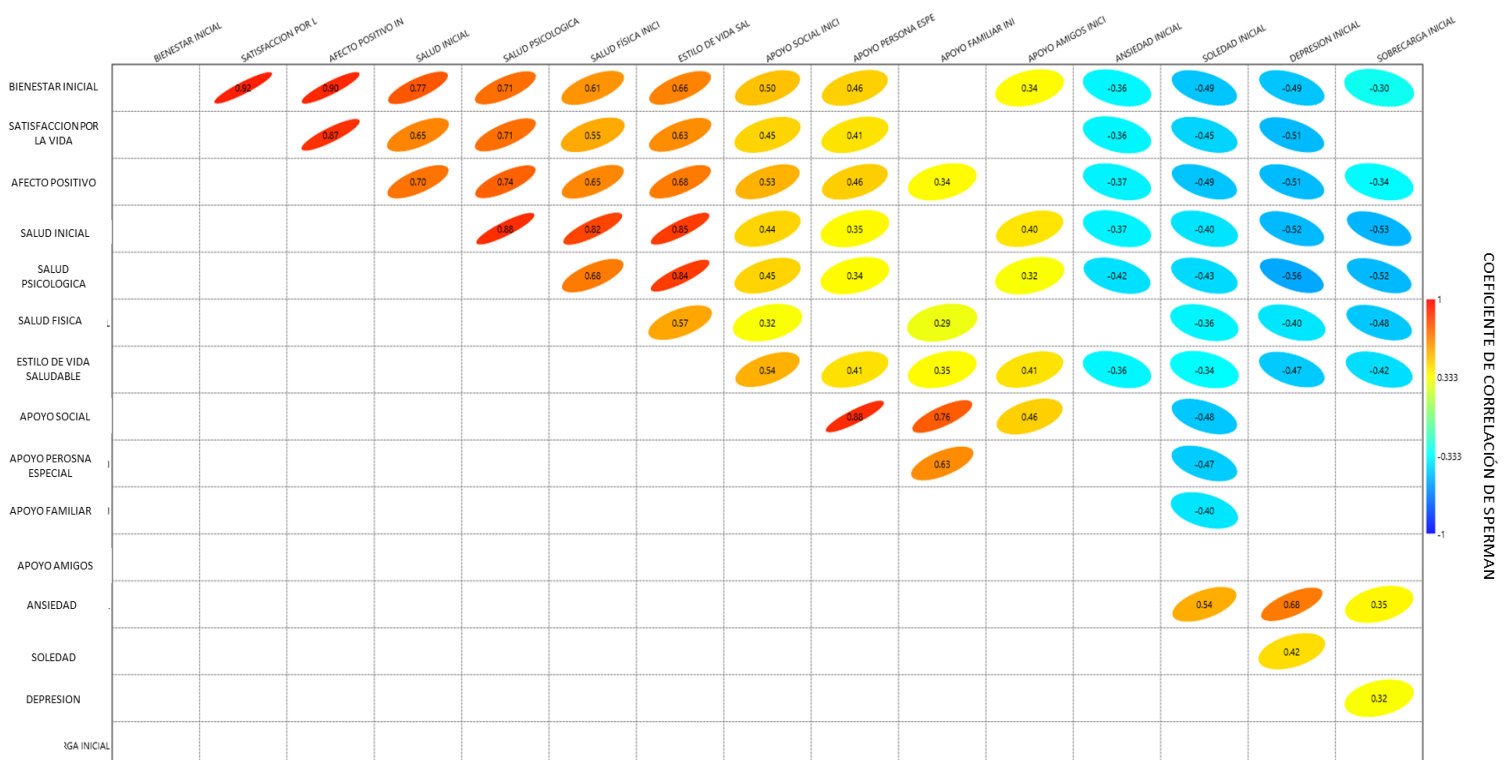
En particular, el puntaje de salud física autopercebida de los participantes ( $3.66 \pm 1.72$ ) fue similar a la de la población general ( $3.49 \pm 1.32$ ) ( $t = 0.712$ , (50),  $p = 0.48$ ,  $d = 0.0997$ ) (Tinajero, et al. 2023).

Con respecto al puntaje de salud psicológica autopercebida de los CPI ( $3.47 \pm 1.54$ ) se encontró que está por debajo de los reportados por Tinajero, et. al. (2023) ( $3.60 \pm 1.35$ ) ( $t = -0.593$  (48),  $p = 0.556$ ,  $d = -0.0847$ ).

En relación con el estilo de vida de los participantes ( $3.40 \pm 1.45$ ) se encontró que se encuentra significativamente menor a la de la población reportada por Tinajero, et al. (2023) ( $t = -7.03$  (47),  $p < 0.001$ ,  $d = -1.02$ ).

#### ***Medidas psicosociales de Malestar***

Al inicio de la intervención, el 46% de los participantes reportó sintomatología ansiosa, mientras que el 39.5% de la muestra percibió sentimientos de soledad. Además, el 64.5% de los cuidadores primarios reportaron niveles de leve a severo de sintomatología depresiva: 22.9 % presentaron sintomatología leve, 20.8 % contó con sintomatología



## Efecto de acompañamiento psicosocial sobre la salud y bienestar de los CPI.

El análisis reveló que se obtuvo un aumento significativo en la variable de Bienestar con un tamaño de efecto leve y una disminución significativa en los puntajes de Soledad con un tamaño del efecto grande, depresión con un tamaño de efecto pequeño y en sobrecarga del cuidador con un tamaño del efecto moderado. No obstante, se encontró una mejoría, no significativamente, en la disminución de ansiedad de un 10% a comparación de la Pre intervención (Pre = 46% con sintomatología ansiosa; Post = 36% con sintomatología ansiosa). En las demás variables no se encontraron cambios significativos.

**Tabla 9.**

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

| <i>Medida</i>             | <i>Pre</i>  | <i>Post</i> | <i>Estadístico</i> | <i>p</i>     | <i>TE</i> |
|---------------------------|-------------|-------------|--------------------|--------------|-----------|
| <b>Bienestar</b>          | 31.8 (9.74) | 34.8(11.04) | T = 2.65 (35)      | <b>0.012</b> | 0.442     |
| -Satisfacción por la vida | 16.3 (5.17) | 17.3 (5.54) | T = 1.62 (35)      | 0.115        | 0.270     |
| -Afecto positivo          | 16.3 (5.10) | 17.5 (5.67) | T = 1.90 (35)      | 0.066        | 0.0316    |
| <b>Salud</b>              | 42.5 (15.8) | 42.2(14.2)  | T = 0.911 (35)     | 0.369        | 0.152     |
| -Salud psicológica        | 14.6 (5.77) | 14.8 (5.66) | T = 0.305 (35)     | 0.762        | 0.0508    |
| -Salud física             | 15.1 (6.41) | 15.1 (6.68) | W = 174            | 0.726        | - 0.0794  |
| -Estilo de vida saludable | 14.0 (5.76) | 14.9 (5.19) | T = 0.935 (35)     | 0.356        | 0.156     |
| <b>Apoyo social</b>       | 41.7 (12.2) | 42.1 (12.3) | W= 290             | 0.416        | 0.169     |
| -Persona especial         | 18.6 (6.29) | 19.0 (6.61) | W= 157             | 0.329        | 0.241     |

|                                |             |             |                 |              |         |
|--------------------------------|-------------|-------------|-----------------|--------------|---------|
| <i>-Familia</i>                | 14.1 (5.16) | 14.5 (5.89) | W = 162         | 0.481        | 0.170   |
| <i>-Amigos</i>                 | 8.94 (4.55) | 8.33 (4.46) | W = 92.0        | 0.097        | -0.387  |
| <b>Ansiedad</b>                | 9.47 (5.50) | 7.61 (4.79) | T = -2.02 (35)  | 0.051        | -0.336  |
| <b>Soledad</b>                 | 5.53 (2.02) | 4.78 (2.03) | W = 25.0        | <b>0.008</b> | - 0.708 |
| <b>Depresión</b>               | 8.67 (6.08) | 6.42 (5.76) | T = - 2.25 (35) | <b>0.031</b> | - 0.375 |
| <b>Sobrecarga del cuidador</b> | 33.0 (17.0) | 27.5 (17.3) | W = 180         | <b>0.044</b> | - 0.397 |

### Resultados psicofisiológicos

Los resultados de los efectos de las técnicas de relajación reportaron que, hubo un aumento significativo en las temperaturas dentro de la sesión 5 y 6 con un tamaño del efecto pequeño, de modo que la relajación muscular fue la técnica que resultó más útil para las CPI para lograr la relajación del cuerpo.

**Tabla 10.**

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

| <b>Sesión</b> | <b>Pre</b>  | <b>Post</b> | <b>Estadístico</b> | <b>p</b>     | <b>TE</b> |
|---------------|-------------|-------------|--------------------|--------------|-----------|
| <b>1</b>      | 32.4 (2.35) | 32.9 (2.05) | W = 169            | 0.065        | 0.463     |
| <b>2</b>      | 32.6 (2.32) | 33.0 (1.95) | W = 309            | 0.239        | 0.244     |
| <b>3</b>      | 32.7 (1.87) | 32.8 (1.93) | W = 318            | 0.739        | 0.0672    |
| <b>4</b>      | 32.4 (1.75) | 32.9 (1.87) | W = 373            | 0.102        | 0.328     |
| <b>5</b>      | 32.3 (1.74) | 32.6 (1.90) | T = 2.31 (30)      | <b>0.028</b> | 0.414     |
| <b>6</b>      | 32.5 (1.73) | 32.8 (1.83) | T = 2.38 (36)      | <b>0.023</b> | 0.391     |
| <b>7</b>      | 32.7 (1.83) | 32.9 (1.94) | T = 1.02 (34)      | 0.316        | 0.172     |
| <b>8</b>      | 33.1 (1.98) | 33.2 (2.13) | W = 274            | 0.399        | 0.178     |

*Nota: Significancia estadística  $P \leq 0.05$*

### 6.1.3 Discusión

Con base en las objetivos planteadas al inicio de la intervención, se logró realizar a lo largo de las 10 sesiones; entrevistas, recolecciones psicométricas, entrevistas abiertas, elaboración de relaciones psicosociales, bases de datos con su respectivo análisis y una visualización de datos iniciales en la primera etapa del proyecto.

En contraste con Cruz, et al. (2024), se observó un incremento en la variable de depresión, teniendo que 64.5% de los cuidadores primarios reportaron niveles de leve a severo de sintomatología depresiva, siendo mayor al que se esperaba. Además, también se observaron altos niveles de malestar, tales como ansiedad, soledad y sobrecarga del cuidador. Se encontró una disminución significativa de soledad, depresión y sobrecarga del cuidador, Esto se ve relacionado con la mejoría de los puntajes en las escalas de bienestar (bienestar subjetivo, salud autopercebida y apoyo social); cabe resaltar que hubo una mejoría, no significativa, en la disminución de ansiedad de un 10%.

A pesar de que no se encontraron cambios significativos en las variables de de salud, podemos destacar que hubo un aumento en la media de la subescala estilo de vida (Pre =  $14.0 \pm 5.76$ , Post =  $14.9 \pm 5.19$ ), de manera que hubo cambios en este aspecto de salud en algunos de los CPI. De igual manera podemos decir que la percepción de apoyo social aumentó en un 47% de los cuidadores, percibido más en apoyo de amigos, no significante.

A comparación de lo reportado por Rodriguez, et al. (2023), que encontró un incremento significativo en la temperatura en las técnicas de respiración diafragmática, entrenamiento autógeno, imaginería guiada, pero no un incremento significativo en la

relajación muscular pasiva, en esta intervención se destacó con un incremento significativo en la temperatura periférica, con tamaño del efecto pequeño, en la técnica de relajación muscular; dentro de las diferencias de grupos podemos decir que es la media de edad, adultos mayores con ( $74.4 \pm 9.24$ ) años de edad y nuestras CPI ( $57 \pm 15.3$ ) años de edad. Por ello es importante destacar que no todas las técnicas funcionan de la misma manera en todas las personas.

En lo que respecta a lo individual, no se pudo completar las 10 sesiones con ambas cuidadoras (CP1 y CP2) como indicaba el programa, esto por las dificultades en el horario por el regreso a clases, puntualidad de las cuidadoras y agentes externos que podían entorpecer la reunión para las sesiones, teniendo 8 y 5 sesiones respectivamente. Con ambas se hicieron técnicas de relajación, pudiendo completar las diafragmáticas, respiración muscular pasiva y el entrenamiento autógeno, observando una mejoría en las temperaturas periféricas, siendo también la escucha activa parte crucial de esta disminución de estrés. Darle la oportunidad a las CPI de ser escuchadas y que puedan expresarse de lo que quieran y necesiten no solo se vio reflejado en su actitud, sino que puede ver la evidencia en la tabla de temperaturas.

Algunas de las dificultades que se presentaron durante la aplicación de las técnicas de relajación fue el exceso de ruido exterior, esto complicó y generó que no funcionara de manera satisfactoria algunas de las técnicas, en particular con la CPI 2. Mientras que la CP1 encontró dificultad para expresarse como lo hubiese querido, ya que miraba constantemente a su ventana ya que su familia se encontraba dentro, no fue hasta la última sesión que nos solicitó realizar las sesiones en la Utopía de Teotongo.

#### **6.1.4 Conclusiones**

La intervención psicosocial en la colonia de San Miguel Teotongo ha tenido efecto respecto a la ansiedad, estrés y sobrecarga del cuidador. Cabe señalar que la mayoría de los participantes se vieron beneficiados por la intervención, pero, no todos los CPI tuvieron el mismo efecto. Las estrategias de relajación tuvieron un resultado notorio en la mayoría de los participantes; siendo también reflejado en la escucha activa a lo largo de las sesiones.

De igual manera se expone la importancia de tener un espacio libre de ruido para tener una mejor eficacia en las técnicas de relajación.

## 6.2 Segunda etapa

### 6.2.1 Fase individual

#### 6.2.1.1 Resultados cuantitativos

#### Índice del cambio observable

Se observó, en el caso de la CPI 1, una mejoría únicamente en la variable de plenitud y hubo una disminución en las de sufrimiento, dolor, desilusión, así como un aumento en las variables de malestar psicológico y soledad. Por otro lado, con la CPI 3, no se obtuvo ninguna mejoría, por el contrario hubo un aumento en las variables de desilusión, melancolía y soledad.

**Tabla 11.**

*Efecto de la intervención psicosocial sobre el índice de cambio clínico observable*

|                             | CPI 1 |      |        | CPI 3 |      |       |
|-----------------------------|-------|------|--------|-------|------|-------|
|                             | Pre   | Post | CCO    | Pre   | Post | CCO   |
| <b>Bienestar</b>            | 32    | 22   | -0.31  | 36    | 29   | -0.19 |
| -Satisfacción por la vida   | 16    | 11   | -0.31  | 19    | 14   | -0.26 |
| -Afecto positivo            | 16    | 11   | -0.31  | 17    | 15   | -0.11 |
| <b>Atención Plena</b>       | 40    | 33   | -0.175 | 56    | 59   | 0.10  |
| <b>Malestar Psicológico</b> | 19    | 21   | 0.10   | 24    | 24   | 0     |
| <b>Felicidad</b>            | 3     | 3    | 0      | 4     | 3    | -0.25 |
| <b>Alegría</b>              | 4     | 4    | 0      | 4     | 3    | -0.25 |
| <b>Plenitud</b>             | 2     | 3    | 0.5    | 5     | 4    | -0.2  |
| <b>Satisfacción</b>         | 3     | 3    | 0      | 4     | 3    | -0.25 |

|                      |   |   |              |   |   |              |
|----------------------|---|---|--------------|---|---|--------------|
| <b>Calma</b>         | 4 | 4 | 0            | 4 | 3 | <b>-0.25</b> |
| <b>Bienestar</b>     | 4 | 3 | <b>-0.25</b> | 4 | 3 | <b>-0.25</b> |
| <b>Paz</b>           | 3 | 3 | 0            | 4 | 3 | <b>-0.25</b> |
| <b>Dicha</b>         | 3 | 3 | 0            | 4 | 3 | <b>-0.25</b> |
| <b>Tranquilidad</b>  | 4 | 4 | 0            | 4 | 3 | <b>-0.25</b> |
| <b>Placer</b>        | 3 | 3 | 0            | 4 | 3 | <b>-0.25</b> |
| <b>Sufrimiento</b>   | 3 | 2 | <b>-0.33</b> | 3 | 4 | <b>0.33</b>  |
| <b>Dolor</b>         | 3 | 2 | <b>-0.33</b> | 3 | 3 | 0            |
| <b>Tristeza</b>      | 3 | 3 | 0            | 3 | 3 | 0            |
| <b>Desilusión</b>    | 3 | 1 | <b>-0.66</b> | 3 | 4 | <b>0.33</b>  |
| <b>Desdicha</b>      | 2 | 1 | <b>-0.5</b>  | 3 | 3 | 0            |
| <b>Melancolía</b>    | 3 | 3 | 0            | 3 | 4 | <b>0.33</b>  |
| <b>Soledad</b>       | 3 | 4 | <b>0.33</b>  | 3 | 4 | <b>0.33</b>  |
| <b>Miedo</b>         | 2 | 2 | 0            | 3 | 3 | 0            |
| <b>Incertidumbre</b> | 3 | 3 | 0            | 3 | 3 | 0            |
| <b>Irritación</b>    | 4 | 4 | 0            | 4 | 4 | 0            |

*Nota: CPI 1= Cuidadora primaria informa 1 (CPI 1) CPI 3= Cuidadora informal primaria 2 (Rosa CPI 3)*

**CCO mayores a 0.20 se consideran cambios significativos**

1. Plenitud (CPI 1): CCO = 0.5

- a. El cambio en la plenitud es el más significativo en la tabla, con un CCO de 0.5 en CPI 1. Este valor sugiere una mejora importante en el sentido de bienestar o satisfacción profunda tras la intervención, aunque esto puede estar más relacionado a la baja puntuación presentada en el análisis PRE.
2. Sufrimiento (CPI 1): CCO = -0.33
  - a. Sufrimiento en CPI 1 muestra un CCO negativo de -0.33, lo que sugiere que la intervención fue efectiva para reducir el sufrimiento con la CPI 1.
3. Melancolía (CPI 3): CCO = 0.33
  - a. Melancolía muestra también un aumento de 0.33 en la CPI 2. Este aumento puede implicar que, aunque la intervención tuvo como objetivo disminuir la melancolía, no logró conseguirse y se vio un aumento en ella. Se considera que por las sesiones tomadas, la CPI 2 tuvo una mayor comprensión y análisis de sus necesidades y aspectos negativos de vida que impiden a su bienestar, estando más consciente de ello al final de la intervención y dando como resultado un aumento en la Melancolía.
4. Soledad (CPI 1 y CPI 3): CCO = 0.33 en ambos casos.
  - a. La Soledad muestra un CCO de 0.33 positivo tanto en CPI 1 como en CPI 2. Esto sugiere que, en ambos casos, la intervención tuvo un efecto negativo en la reducción de la sensación de soledad, no pudiendo reducirla, sino que aumentó tras la intervención.
5. Desilusión (CPI 1): CCO = -0.66
  - a. La Desilusión en CPI 1 muestra un CCO de -0.66, lo que indica un cambio negativo significativo. Esto sugiere que la intervención logró tener un cambio observable en este aspecto y reduciendo en gran medida su puntaje.
6. Desilusión (CPI 3): CCO = 0.33

- a. En la CPI 3 se notó un aumento de desilusión, esto puede estar relacionado a los sucesos que vivió durante este tiempo, ya que sus relaciones interpersonales no son estables ni le generan bienestar.
7. Desdicha (CPI 1): CCO = -0.5
  - a. En Desdicha, también observamos un CCO negativo de -0.5 en CPI 1, lo que refleja una mejoría considerable.
8. Sufrimiento (CPI 3): CCO = 0.33
  - a. En el caso de Sufrimiento, se observa una aumento tras la intervención, con un CCO de 0.33 en CPI 3, aumentando en lugar de poder observar una disminución. Se considera que al estar más conscientes de sus relaciones, entorno y vida personal gracias a la intervención dio como resultado que disminuyera este aspecto.
9. Dolor (CPI 1): CCO = -0.33
  - a. El Dolor en CPI 1 también presenta un CCO negativo de -0.33, lo que sugiere que la cuidadora percibió una disminución en su nivel de dolor después de la intervención
10. Bienestar (Satisfacción por la vida y afecto positivo) (CPI 1): CCO= -0.3
  - a. El bienestar en sus dos subescalas demostraron una disminución, es decir que, percibieron más malestar durante esta etapa de intervención.

#### **6.2.1.2 Resultados cualitativos**

#### **Análisis de casos**

##### **Cuidadora 1 (CPI 1)**

**9:00-9:50**

La CPI 1 de 75 años está casada con 4 hijos y habita con 7 personas en su casa. Sufre de hipertensión y parálisis facial del lado izquierdo del rostro. Cuida de su esposo el cual tiene diabetes y recientemente sufrió de una caída en las escaleras. CPI 1 lleva 7 años siendo cuidadora primaria informal. Vive en una casa grande dividida en tres secciones, estando ella y su esposo en la parte de arriba y el resto de la familia en las demás zonas de la casa. Suele tener conflictos con su hija y se ve un distanciamiento con su yerno y nieto, llegando varias veces a discutir por las películas que ven, su nieta también forma parte de estos conflictos, sin embargo, se observó un cariño más cercano a ella, sintiéndose más orgullosa de su nieta y conviviendo más con ella al ser de las pocas que se ofrecen en acompañarla a la iglesia, el mercado o la Utopía de Teotongo. Existe un distanciamiento notorio en su matrimonio (física, emocional e incluso económica), a pesar de los cuidados que ofrece diariamente. Uno de sus hijos falleció en el año de 2020 durante la pandemia, siendo esta persona con la que compartía el vínculo más fuerte.

Su aspecto físico siempre fue limpio y arreglado, su comunicación no verbal (gestos y posturas) comunicaban intranquilidad, se mostraba muy ansiosa y siempre mantenía movimiento en las manos, no mantenía la mirada fija. Se limitaba a dar detalles de las situaciones, pero poco a poco se abrió más.

Se pudo observar una mejoría en la relación con su esposo, ya que a palabras de la CPI 1, su esposo ya no se enoja, hace corajes o le reclama las mismas cosas que solía hacer con ella antes, aunque aún queda camino para que su relación pueda tener una mejoría considerable.

En la CPI se identifica una pérdida de aspectos de sí mismos, ya que su salud se ha estado deteriorando y eso impide que pueda realizar cosas de manera independiente, como es el salir de casa para realizar cosas que son de su agrado (ir a misa, asistir al grupo pastoral)

### **Cuidadora 3 (CPI 3)**

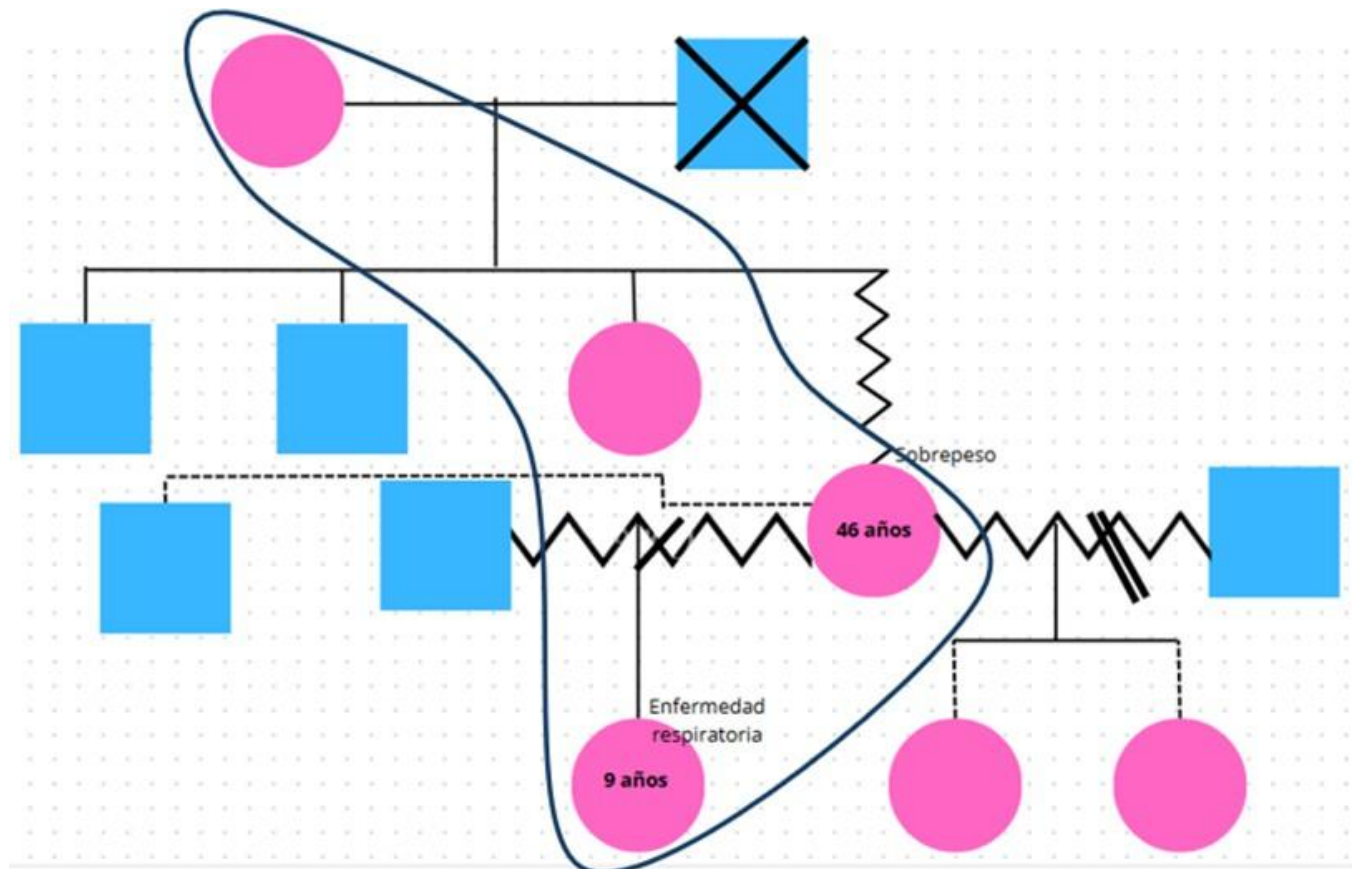
**12:00-12:50**

La CPI 3 de 46 años padece de sobrepeso, vive con su mamá, su hija y su hermana. CPI 3 le renta un cuarto a su madre para poder estar tranquila con su hija de 9 años y no tener mucho que ver con su familia, con la cual tiene una relación conflictiva. Su madre le ha dicho constantemente que no la quiere, tiene conflictos con su hermana ya que la CPI no quiere destinar mucho de su tiempo en cuidar a su hija y además tuvo y sigue teniendo conflictos con los padres de sus hijas. Su primer esposo fue su profesor de matemáticas, lo conoció cuando tenía 15 años y tuvo dos hijas con él, lamentablemente sufrió de abusos físicos, infidelidades y demandas que la dejaron en la calle. Con su segunda pareja (el padre de su hija menor) también tuvo lo mismo, recibió golpes por su parte, infidelidades y están atravesando varias demandas, siendo una de ellas al hermano de su ex pareja que intentó abusar de su sobrina (la hija de la CPI). CPI 3 ha intentado no desistir en este aspecto debido a los diversos abusos sexuales que ha recibido a lo largo de su vida, siendo todos estos aceptados por su madre, siendo la mayor razón por la que existe un conflicto entre ellas. El abogado encargado del caso de la CPI es su amante, el cual frecuenta al menos una vez por semana, y que si bien la CPI le ha dejado en claro que solo quiere divertirse, disfrutar y nunca le exigirá nada, ha comentado que se siente sola cada que no pueden verse o prioriza a su familia en lugar de a ella, llevando a diversos conflictos con él.

Puede notarse en el familiograma cómo la CPI tiene muchas relaciones conflictivas debido a su búsqueda de poder llegar a tener una familia feliz y tranquila, lamentablemente ha recibido abusos que han llegado a atentar contra su vida. No posee una relación estrecha con sus otras dos hijas ya que una de ellas vive en Estados Unidos y la otra vive con su papá, sumado al hecho de que la CPI les guarda un rencor porque fueron obligadas por su padre para declarar contra ella ante el juez. La única persona con la que lleva una vida estrecha es

su hija, también ha mencionado que ella misma y su hija son las únicas dos razones por las que busca seguir adelante y tener una mejor vida.

El tipo de pérdida que se puede identificar dentro del caso es la emocional ya que la CPI vivió dos rupturas de pareja, incluso hubo una pérdida en la relación madre e hija, son temas que aún afectan en su vida.



### Análisis del efecto de la Escritura Emocional Autorreflexiva

Se analizaron, mediante el programa Atlas ti. 9, los cuatro ejercicios de escrituras emocionales autorreflexivas (A, B, C, D) de ambas cuidadoras (CPI 1 y CPI 3). Sin embargo, de la CPI 3 solo se llevaron a cabo los dos primeros ejercicios, es decir, el ejercicio A y B, esto por decisión de ella, ya que su situación expresada aun le era difícil hablar.

Para el análisis se utilizaron los siguientes códigos:

**Tabla 12.**

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

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

Para los ejercicios C y D se les proporcionó una tabla que contenía palabras positivas y negativas, al igual que palabras de conexión, con el fin de que le diera más claridad a su situación y poder resignificar (Tabla 13 y 14).

### **Tabla 13.**

#### *Tabla de palabras ejercicio C*

|                           |                           |                             |
|---------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| <b>Palabras positivas</b> | <b>Palabras negativas</b> | <b>Palabras de conexión</b> |
|---------------------------|---------------------------|-----------------------------|

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

**Tabla 14.**

*Tabla de palabras ejercicio D*

**Palabras positivas**

**Palabras negativas**

**Palabras de conexión**

---

|              |               |                               |
|--------------|---------------|-------------------------------|
| Satisfacción | Tristeza      | Analicé y comprendí que...    |
| Tranquilidad | Dolor         | He aprendido que...           |
| Sinceridad   | Enojo         | Busco la solución...          |
| Alegría      | Preocupación  | Ahora sé que debo...          |
| Gusto        | Coraje        | Encontré la solución que...   |
| Provecho     | Temor         | No siempre sé que...          |
| Amor         | Frustración   | Acepto que...                 |
| Agradable    | Desagradable  | Lo que ocurrió me ha...       |
| Superación   | Odio          | Ahora espero que...           |
| Alivio       | Miedo         | Ahora nunca me...             |
| Felicidad    | Desesperación | Veo lo que me ocurrió como... |
| Contento     | Decepción     | Ahora me siento...            |

### **Análisis EEA**

**Tabla 15.**

*Enraizamiento ejercicio A*

| <b>Variable (Código)</b>               | <b>Enraizamiento</b> | <b>Densidad</b> |
|----------------------------------------|----------------------|-----------------|
| Emociones placenteras<br>(001_Emo_pla) | 1                    | 1               |

|                                                   |   |   |
|---------------------------------------------------|---|---|
| Emociones desagradables<br>(002_Emo_des)          | 7 | 2 |
| Expresión emocional adecuada<br>(003_A_exp_emo)   | 5 | 2 |
| Expresión emocional inadecuada<br>(004_I_exp_emo) | 0 | 0 |
| Uso de lenguaje adecuado<br>(005_Uso_a_leng)      | 3 | 3 |
| Uso de lenguaje inadecuado<br>(006_Uso_i_leng)    | 2 | 1 |

*Nota: Enraizamientos = Número de citas que alimenta el código; Densidad = Número de vínculos entre dos códigos.*

**Figura 5.**

*Nube de palabras ejercicio A*

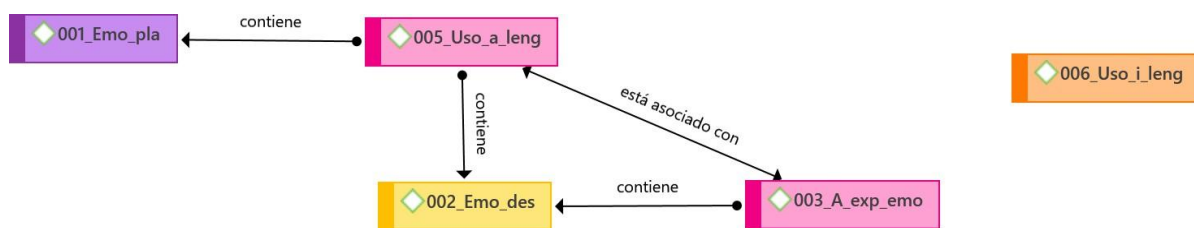


*Análisis nube de palabras*

En la nube de palabras podemos encontrar palabras que más se repitieron durante la expresión de su situación dolorosa (palabras más grandes), a las que menos se repitieron (palabras más pequeñas), se observa que las que más se repiten son aquellas que tiene que ver con *la familia, esposo, hijas, cuñado*. También, al ser una experiencia traumática, podemos observar palabras como *sufrimiento, sufrir, dolor, coraje, golpeado*; el *respeto* también es una de las palabras que más se repitió, sin embargo, tiene una connotación negativa, referente a la falta de respeto que hubo dentro de la situación.

**Figura 6.**

*Red ejercicio A*



*Análisis red*

Lo que se destaca en el análisis son las emociones y sentimientos desagradables: dolor, menosprecio, coraje, desconfianza, etc. dirigidos a la situación; por el contrario, solo se encontró una emoción placentera: amor, dirigida a su propia percepción.

Ambos tipos de emociones se expresan con un lenguaje adecuado: “En ese entonces viví infidelidad, menosprecio por parte de él. Acepte toda humillación con tal de seguir con él y no perder a mi familia” CPI 3. “Me dolió mucho, me dio coraje y pues me lo trague” CPI 1

Al igual que identifica emociones que produce el revivir la situación y hay una congruencia en ello:

“después supe que este señor la había golpeado, y me dio tanta rabia que quería yo hasta acuchillarlo. Me dio mucho coraje, ¿cómo es posible que haya personas

con esos sentimientos? Después de que mi hermana les ayudará a cuidar a sus hijos y todo” CPI 1

Dentro del escrito se pudo identificar un uso inadecuado en su expresión, en la cual no está claro lo que quiere dar a entender:

“En una ocasión también le dije a mi esposo porque me faltó al respeto comparándome con una mula que se le pone el bozal. En una ocasión vimos unos caballos y quería portarse como su hermano. Yo sí le dije: ¿tú quieres ser como él?”

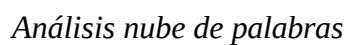
**Tabla 16.**

*Enraizamiento ejercicio B*

| Variable (código)                                 | Enraizamiento | Densidad |
|---------------------------------------------------|---------------|----------|
| Emociones placenteras<br>(001_Emo_pla)            | 4             | 2        |
| Emociones desagradables<br>(002_Emo_des)          | 4             | 2        |
| Expresión emocional adecuada<br>(003_A_exp_emo)   | 1             | 2        |
| Expresión emocional inadecuada<br>(004_I_exp_emo) | 0             | 0        |
| Uso de lenguaje adecuado<br>(005_Uso_a_leng)      | 2             | 2        |
| Uso de lenguaje inadecuado<br>(006_Uso_i_leng)    | 0             | 0        |

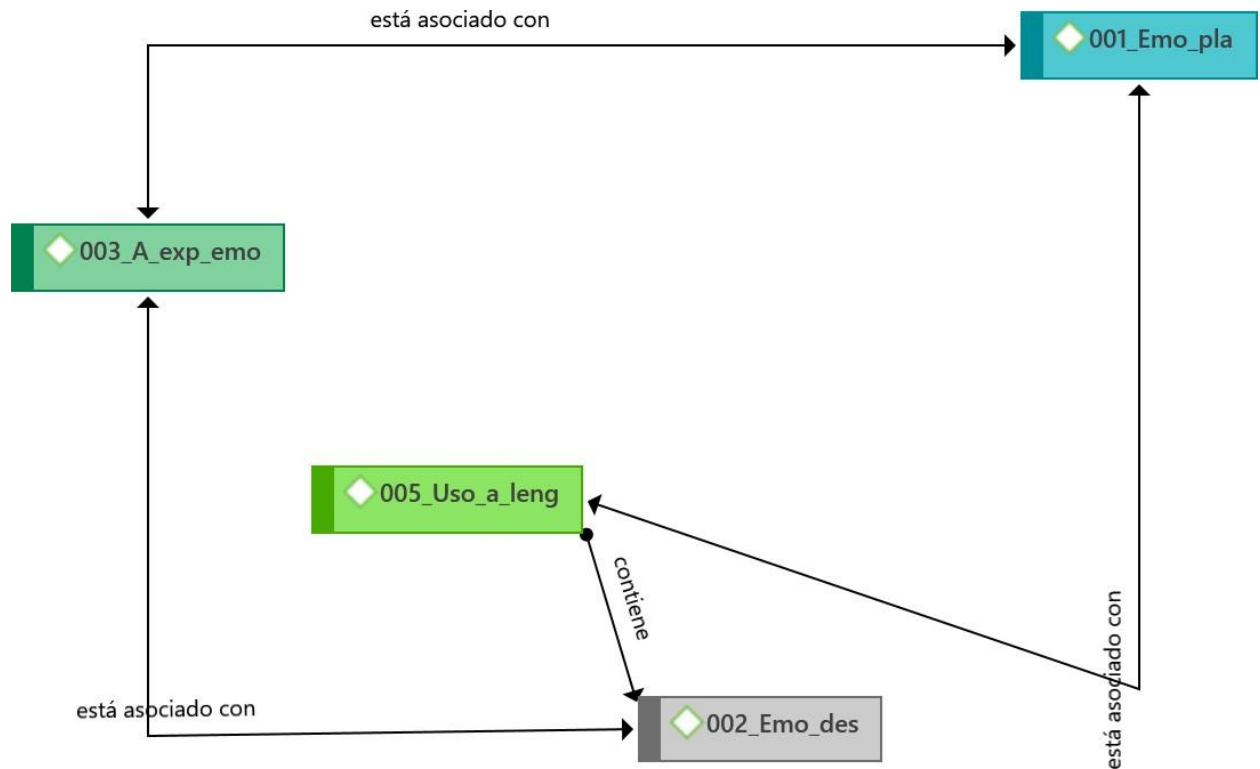
*Nota: Enraizamientos = Número de citas que alimenta el código; Densidad = Número de vínculos entre dos códigos.*

*Nube de palabras EEA ejercicio B*



**Figura 8.**

### Red ejercicio B



### *Análisis red*

Dentro del ejercicio B de la EEA se observa una proporción más igual entre emociones y sentimientos placenteros y desagradables, ambas variables se asocian la expresión emocional adecuada, dando lugar a una forma coherente de la emoción experimentada, así como dan cabida a la expresión adecuada del lenguaje siendo comprensible lo que expresan: “ella siempre se quedó con ese rencor y hasta odio” CPI 1; “se casó a los 15 años con su maestro, ella se fue manipulada por él, él tenía 16 años más que ella” CPI 3

Hablar en tercera persona facilitó el asignar más cosas positivas a su escritura, ya que permite observar y expresar con mayor objetividad y poder reconocer aspectos distintos y comenzar a dar un nuevo enfoque.

### **Tabla 17.**

### *Enraizamiento ejercicio C*

| Variable (código)                                 | Enraizamiento | Densidad |
|---------------------------------------------------|---------------|----------|
| Emociones placenteras<br>(001_Emo_pla)            | 0             | 0        |
| Emociones desagradables<br>(002_Emo_des)          | 5             | 2        |
| Expresión emocional adecuada<br>(003_A_exp_emo)   | 2             | 1        |
| Expresión emocional inadecuada<br>(004_I_exp_emo) | 0             | 0        |
| Uso de lenguaje adecuado<br>(005_Uso_a_leng)      | 3             | 1        |
| Uso de lenguaje inadecuado<br>(006_Uso_i_leng)    | 0             | 0        |

*Nota1 : Enraizamientos = Número de citas que alimenta el código; Densidad = Número de vínculos entre dos códigos. Nota 2: el análisis sólo corresponde al de una cuidadora (CPI 1), ya que la otra EEA se interrumpió por cuestiones personales..*

### **Figura 9.**

*Nube de palabras ejercicio C*



Dentro de este ejercicio sólo se identificaron tres variables: emociones desagradables, expresión emocional adecuada y el uso adecuado del lenguaje. No se encontró ninguna relación con emociones placenteras dentro de la escritura.

La CPI es capaz de expresar y comunicar adecuadamente sus emociones, sin embargo aún le da una carga emocional desagradable a su situación. Describiendo la reacción conductual a la situación: “Y en ese tiempo yo me sentí intranquila y no supe qué hacer y me salí, pero sintiendo como que ese terrorífico momento nunca lo esperé”;

“Y pues de esto yo nunca lo platiqué con nadie, más que con mis hijas que ya jovencitas, porque no tenía yo la tranquilidad para dejarlas a solas con él ni dejar que él les faltara al respeto, porque era intolerable su manera de ser” CPI1

Trata de darle una explicación a lo sucedido:

“Después de un tiempo entendí que esta persona era así porque su papá fue igual o no sé, se sentía inseguro o faltos de amor, porque desde chicos sus padres los abandonaron y pues posiblemente eso haya sido un por qué de su actitud”

**Tabla 18.**

*Enraizamiento ejercicio D*

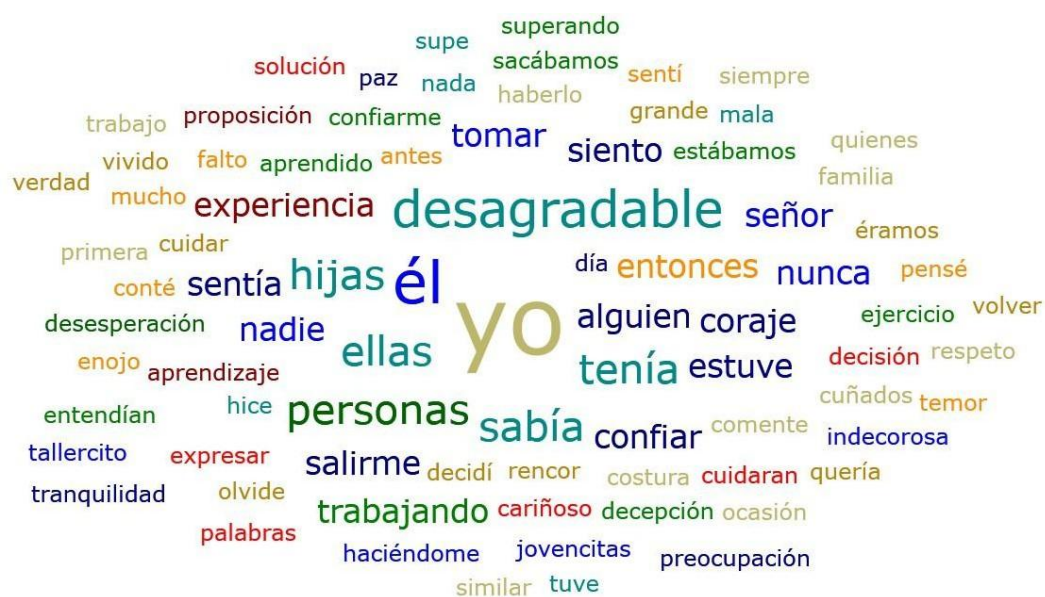
| Variable (código)                               | Enraizamiento | Densidad |
|-------------------------------------------------|---------------|----------|
| Emociones placenteras<br>(001_Emo_pla)          | 1             | 2        |
| Emociones desagradables<br>(002_Emo_des)        | 2             | 1        |
| Expresión emocional adecuada<br>(003_A_exp_emo) | 3             | 3        |

|                                                   |   |   |
|---------------------------------------------------|---|---|
| Expresión emocional inadecuada<br>(004_I_exp_emo) | 0 | 0 |
| Uso de lenguaje adecuado<br>(005_Uso_a_leng)      | 6 | 2 |
| Uso de lenguaje inadecuado<br>(006_Uso_i_leng)    | 0 | 0 |

*Nota: el análisis sólo corresponde al de una cuidadora, ya que la otra se interrumpe por cuestiones personales de la CPI.*

**Figura 11.**

*Nube de palabras ejercicio D*



#### *Análisis nube de palabras*

Las palabras que más destacan son, en primer lugar: yo, él, desagradable; después tenemos experiencia, coraje, salirme, personas, hijas, ellas, confiar, señor, trabajando. También podemos encontrar dentro de esta, palabras como aprendizaje, tranquilidad, aprendido, confiarme, desesperación, cariñoso, decepción. Son palabras que tiene que ver con

sentimientos sobre lo que pasó, pero cabe destacar que la situación la toma como parte de una mala experiencia, de la cual aprendió y de la cual pudo tomar precauciones con sus hijas.

**Figura 12.**

*Red ejercicio D*



### *Análisis red*

La CPI expresa, mediante el adecuado uso de lenguaje y la expresión coherente de las emociones, sentimientos y emociones placenteras y desagradables.

Encuentra una solución inmediata que le generó tranquilidad en el momento:

“sentía como desesperación, lo que hice fue salirme de ahí, de donde estábamos y pues con enojo y coraje tenía mucho con este señor, yo no me sentía en paz, no sabía ni como tomar esa situación tan desagradable”

Logró darle un enfoque a su situación, tomándola como una experiencia de aprendizaje, en la que pudo prevenir a sus hijas de vivir la misma situación:

“de esa experiencia tan desagradable he aprendido que no todas las personas son de confiar aunque sean de la familia”; “veo lo que ocurrió como una mala experiencia y de aprendizaje para no confiar de plano en algunas personas y de cuidar de mis hijas y pues esa era mi preocupación por ellas, no tenía tranquilidad y fue una decepción muy grande para mí”

De igual manera el poder expresar esta situación generó en ella un alivio, mencionó sentirse: “como si me quitaran una carga de encima” ya que no pudo comentarlo con nadie más.

### **Análisis de Bitácoras de las CPI 1 y 3**

El análisis de las bitácoras contempla las realizadas durante la primera etapa y segunda etapa de la cuidadora primaria informal 1 (CPI 1), y la segunda etapa de la Cuidadora primaria informal 3 (CPI 3). Se descartaron las bitácoras de la CPI 2 puesto que no continuó con el acompañamiento psicosocial.

Para el análisis se utilizaron los siguientes códigos:

**Tabla 19.**

*Libro de códigos Bitácoras*

| <b>Dimensión</b> | <b>Códigos</b>  | <b>Descripción</b>                                                                                                       |
|------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                  | 001_Asertividad | Se refiere a la comunicación directa y en pro de los derechos de la persona, sin afectar los intereses de los demás.     |
|                  | 002_Prosocial   | Se refiere a las acciones encaminadas a integrarse a la comunidad de manera activa y en busca del desarrollo contextual. |
|                  | 003_Empatía     | Se refiere a entender de la mejor manera posible las situaciones por las que está pasando alguien más,                   |
|                  | 004_PSPos       | Se refiere a la percepción favorable del entorno y de la importancia de este.                                            |

|                                                                   |                  |                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Conducta y<br/>cognición<br/>social</b>                        | 005_Atribuciones | Se refiere a las atribuciones desde el punto de vista de la persona.                                                                                                              |
|                                                                   | 006_PSNeg        | Se refiere a la percepción desfavorable del entorno, puede percibirse amenazador, limitante e incluso peligroso.                                                                  |
|                                                                   | 007_Hostilidad   | Se refiere a los sentimientos de agresividad velada que se observan en conductas o acciones sobre otros.                                                                          |
|                                                                   | 008_LengAfec     | Se refiere al lenguaje cálido y empático al comunicar información propia y de otros.                                                                                              |
|                                                                   | 009_GesEmo       | Gestión emocional. Se refiere a una adecuada gestión de las emociones, es decir, identificación, procesamiento y expresión de las emociones.                                      |
| <b>Expresión<br/>emocional</b>                                    | 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. |
| <b>Conductas<br/>de riesgo y<br/>protección<br/>para la salud</b> | 011_Patogénicas  | Se refiere a conductas que generan malestar físico y emocional. Por ejemplo, uso de sustancias, autolesiones, negligencia, violencia, sedentarismo, etc.                          |

|                                 |                   |                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ambiente<br/>psicosocial</b> | 012_Salutogénicas | Se refiere a conductas que promueven un bienestar físico y emocional. Por ejemplo, actividad física, alimentación adecuada, búsqueda de apoyo profesional, etc.                          |
|                                 | 013_RelFamPos     | Relaciones Familiares Positivas. Se refiere al establecimiento de relaciones familiares fuertes, flexibles, sanas, de cuidado y desarrollo.                                              |
|                                 | 014_RedApo        | Redes de apoyo. Se refiere a la existencia de redes de apoyo fuera de la familia, pueden ser vecinales, sociales o institucionales.                                                      |
|                                 | 015_ConProgApo    | Conocimiento de Programas de Apoyo. Se refiere al conocimiento y participación en programas sociales (no necesariamente de cuidadores)                                                   |
|                                 | 016_RelFamNeg     | Relaciones Familiares Negativas. Se refiere al deterioro en las relaciones familiares donde existe la violencia, el maltrato, la negligencia, el subdesarrollo, etc.                     |
|                                 | 017_GenSocD       | Generadores Sociales de Deterioro. Se refiere a las condiciones del contexto comunitario que propician el deterioro. Por ejemplo, violencia, pobreza, servicios urbanos, educación, etc. |

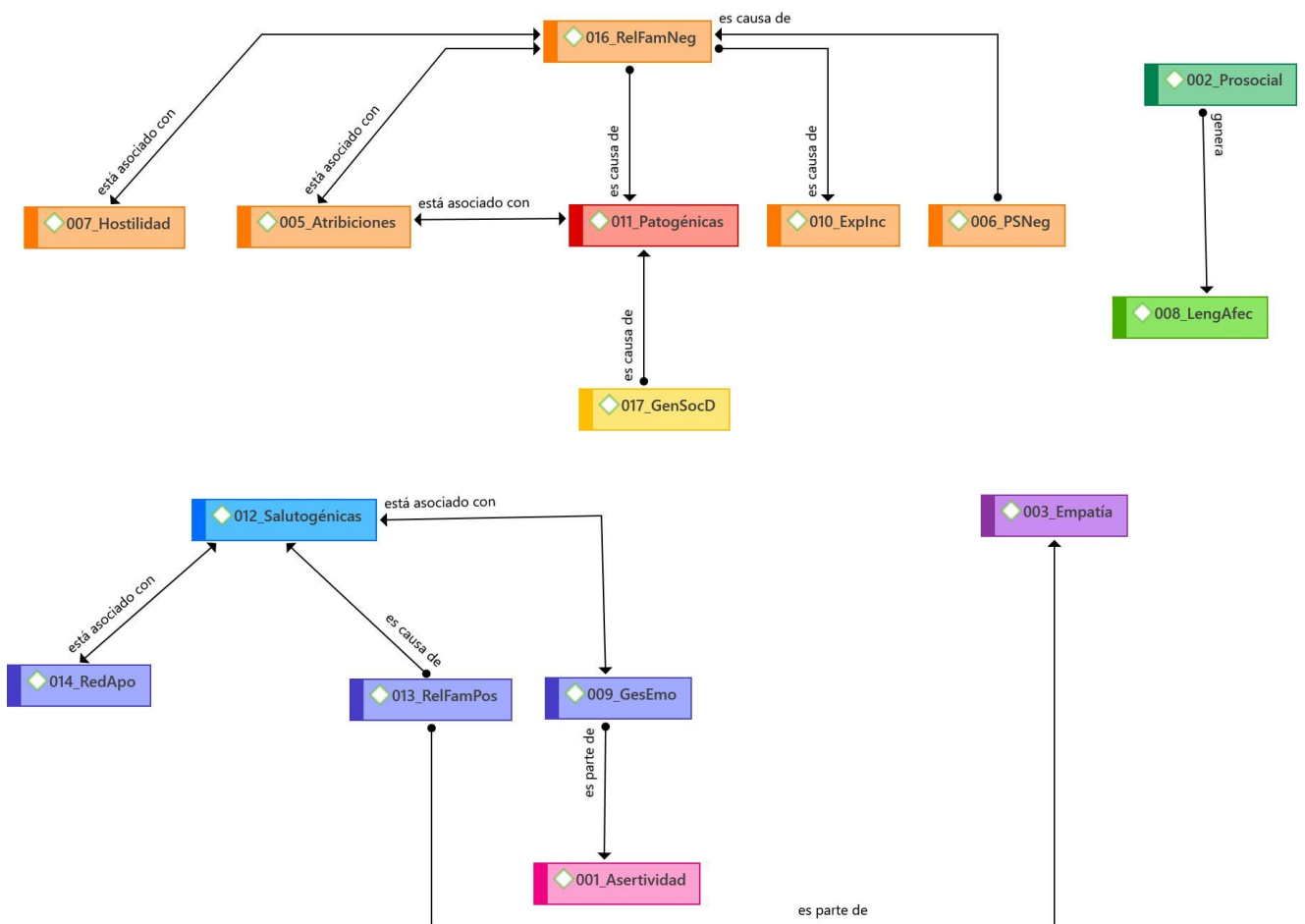
**Tabla 20.***Enraizamiento bitácoras CPI 1 y 3*

| <b>Variable (código)</b>                               | <b>Enraizamiento</b> | <b>Densidad</b> |
|--------------------------------------------------------|----------------------|-----------------|
| Asertividad (001_Asertividad)                          | 1                    | 1               |
| Prosocial (002_Prosocial)                              | 2                    | 1               |
| Empatía (003_Empatía)                                  | 2                    | 1               |
| Percepción positiva (004_PSPos)                        | 0                    | 0               |
| Atribuciones (005_Atribuciones)                        | 7                    | 2               |
| Percepción negativa (006_PSNeg)                        | 1                    | 1               |
| Hostilidad (007_Hostilidad)                            | 2                    | 1               |
| Lenguaje afectivo (008_LengAfec)                       | 2                    | 1               |
| Gestión emocional (009_GesEmo)                         | 7                    | 1               |
| Expresión incongruente<br>(010_ExpInc)                 | 4                    | 2               |
| Patogénicas (011_Patogénicas)                          | 6                    | 1               |
| Salutogénicas (012_Salutogénicas)                      | 4                    | 3               |
| Relaciones familiares positivas<br>(013_RelFamPos)     | 6                    | 2               |
| Redes de apoyo (014_RedApo)                            | 2                    | 1               |
| Conocimiento de programas de<br>apoyo (015_ConProgApo) | 0                    | 0               |
| Relaciones familiares negativas<br>(016_RelFamNeg)     | 15                   | 5               |



**Figura 12.**

*Red Bitácoras CPI*



## Análisis

A partir de la figura 12, se observan las categorías más significativas junto a sus asociaciones. Como categoría sobresaliente tenemos a las relaciones familiares negativas, esta engloba a la hostilidad, patológicas, atribuciones, percepción desfavorable del entorno, explicación incongruente y generadores sociales de deterioro. Dentro de las relaciones familiares se evidencia violencia física y psicológica, abuso sexual, falta de apoyo e inestabilidad económica:

“Regresa a vivir con su madre para ahorrar gastos...” “rentando un cuarto a su madre, con la que mutuamente hay un gran distanciamiento, diciendo directamente que no la considera su hija”. CPI 3

Esto desencadena conductas patológicas como dejar de hacer cosas que generan bienestar y mantener relaciones dañinas; está a su vez se relacionándose con las atribuciones que asigna a situaciones: “mantiene una relación extramarital con su abogado...opina que con esto no le hace daño a nadie y no lo ve mal” CPI 3

La influencia de las relaciones familiares negativas llevan a cuestionarse por no poder cumplir estándares sociales como el tener una familia; la manera en que se concibe y cómo mostrarse ante los demás pertenece a una actitud defensiva, generando estrés en ellas. Se percibe, dentro de su discurso la hostilidad como defensa: “se trató el tema del perdón donde E. malinterpreto las cosas y alzó la voz casi gritando” CPI 3

También se percibe la expresión incongruente dentro de lo que comparte, no concuerdan sus acciones con las emociones, esto generado por la falta de apoyo y carencias emocionales:

“Menciona no querer recibir migajas de las personas (parejas), sin embargo, dice estar recibiendo migajas de la persona con la que mantiene una relación sentimental, esto lo seguirá haciendo hasta que acabe la audiencia con su hija, ya que solo lo está utilizando”CPI 3

Lo anteriormente mencionado genera también una percepción desfavorable de su entorno, al tener en su vida relaciones muy desfavorables y eventos traumáticos, orilla a una generalización y atribuciones negativas: “Por todo lo que ha vivido le cuesta confiar en los hombres” CPI 3

Por otro lado, las conductas prosociales se encuentran asociados con un lenguaje afectivo, el poder ayudar a otros se convierte en una satisfacción propia, como la que le generó ser apoyada: “Nos agradece mucho el llegar y estar con ella durante este tiempo”; “Nos comenta sobre dos personas que necesitan ayuda... les recomendó el asistir al grupo

como una red de apoyo. Suele ayudar a una de ellas llevando comida” “Estar en el grupo pastoral le hizo muy feliz” CPI 1

Por último, las conductas salutogénicas están asociadas con las redes de apoyo, relaciones familiares positivas y la gestión emocional. Las conductas salutogénicas están enfocadas a buscar nuevas redes de apoyo, ya sean vecinos, amigos o grupos de apoyo, así como querer romper con relaciones dañinas; sin embargo hay algunas otras redes de apoyo que se rompieron por la falta de apoyo familiar, pero se formaron otras.

Lo salutogénico se complementa con tener claras las metas y querer trabajar en sí misma; las relaciones positivas refuerzan el bienestar, el tener una persona especial sirve como apoyo: “tengo una relación fuerte con mi hija menor” CPI 3

El reconocer emociones y poderlas expresar de manera adecuada ayuda a desarrollar una comunicación asertiva, ayudando a comunicar deseos y necesidades sin llegar a la discusión: “...Es muy toxico, asi que decidi marcar límites y no acceder a lo que me ofreció” CPI 3

## **Análisis del Instrumento Diagnóstico para la medición de Riesgos y Enfermedades**

### ***Cuidadora 1 (CPI 1)***

De acuerdo con la **tabla 20.** y **Figura 13.** y contemplando que entre más iluminada está la gráfica, quiere decir que lleva un estilo de salud más sano, la CPI 1 en tres secciones necesita mejorar su estilo de vida: sección 3. Autocuidado y cuidado médico, sección 6. accidentes y sección 8. estrés y apoyo social. Estas secciones corresponden a un nivel bajo salutogénico dentro del estilo de vida de la CPI.

Por otro lado, tenemos cuatro secciones que puede mantener o mejorar, estas corresponden a la sección 1. Condición física, que por ser una persona mayor de edad y sus padecimientos médicos le limita realizar algunas actividades; sección 5. Valores, área

intelectual y espiritual, sección 10. Sexualidad. Estas secciones mantienen un estilo de vida medio

Por último, las secciones más iluminadas y en las cuales mantiene un estilo de vida más saludable corresponden a la sección 4. Hábitos alimenticios, y sección 9. Medio ambiente. La sección 2. Historia familiar, no se contempla para el análisis, ya que esto es completamente indirecto a la CPI y no puede hacer nada al respecto.

Este análisis sirvió para informarle a la CPI de su estilo de vida y conocer el estado de su salud.

**Tabla 21.**

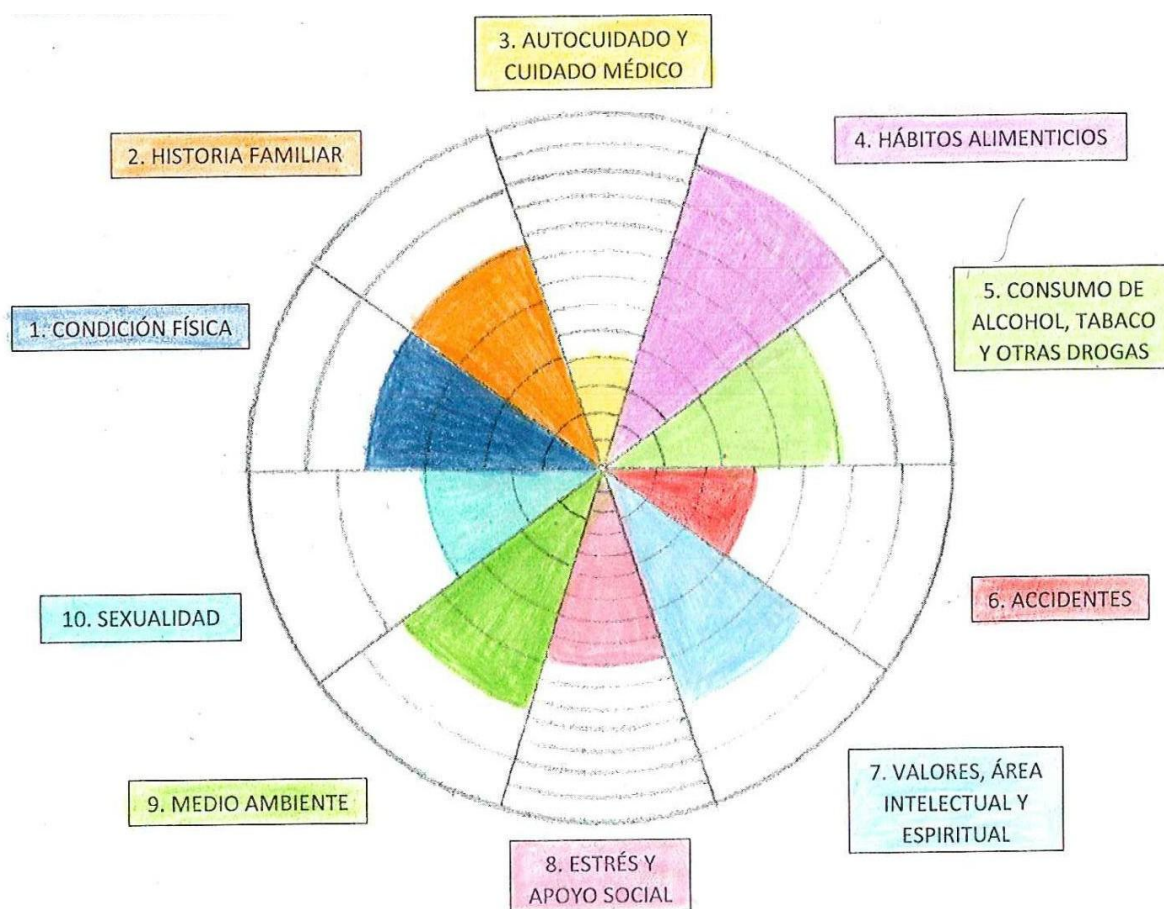
*Diagnóstico de riesgos y enfermedades CPI 1*

| <b>N° de la sección</b> | <b>Nombre de la sección</b>               | <b>N° de respuesta en la columna izquierda</b> |
|-------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 1.                      | Condición física                          | 4                                              |
| 2.                      | Historia familiar                         | 4                                              |
| 3.                      | Autocuidado y cuidado médico              | 4                                              |
| 4.                      | Hábitos alimenticios                      | 8                                              |
| 5.                      | Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas | 4                                              |
| 6.                      | Accidentes                                | 3                                              |
| 7.                      | Valores, esfera intelectual y espiritual  | 5                                              |
| 8.                      | Estrés y apoyo social                     | 9                                              |

|     |                |   |
|-----|----------------|---|
| 9.  | Medio ambiente | 5 |
| 10. | Sexualidad     | 2 |

**Figura 13.**

*Diagnóstico de riesgos y enfermedades CPI 1*



### **Cuidadora 3 (CPI 3)**

Guiándonos de que entre más iluminada se encuentre cada sección, esto indica un estilo de vida más sano para la cuidadora, los resultados de la CPI 3 sobre su estilo de vida y estado de salud se muestran en la **Tabla 22** y **Figura 14** podemos observar que tiene cuatro secciones en la cual presenta un estilo de vida saludable, las secciones corresponden a la 5.

Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, 6. Accidentes, 7. Valores, área intelectual y espiritual.

Sin embargo, en las secciones restantes muestra un estilo de vida patogénico, las secciones corresponden a 1. Condición física, 3. Autocuidado y cuidado médico, 4. Hábitos alimenticios (esta sección corresponde a la más baja), 8. Estrés y apoyo social, 9. Medio ambiente.

La sección 2. Historia familiar, no se contempla para el análisis, ya que esto es completamente indirecto a la CPI y no puede hacer nada al respecto.

Este análisis sirvió para informarle a la CPI de su estilo de vida y conocer el estado de su salud.

**Tabla 22.**

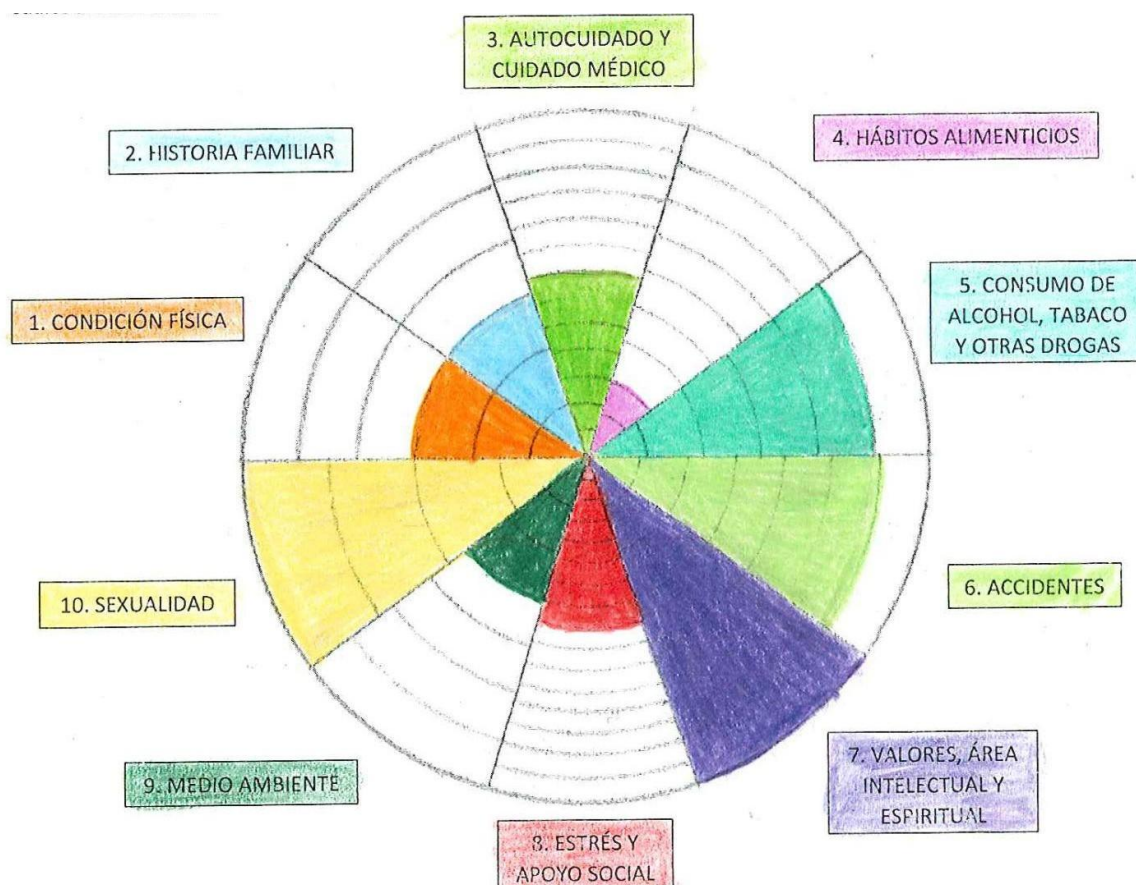
*Diagnóstico de riesgos y enfermedades CPI 3*

| N° de la sección | Nombre de la sección                      | N° de respuesta en la columna izquierda |
|------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1.               | Condición física                          | 3                                       |
| 2.               | Historia familiar                         | 3                                       |
| 3.               | Autocuidado y cuidado médico              | 7                                       |
| 4.               | Hábitos alimenticios                      | 2                                       |
| 5.               | Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas | 5                                       |
| 6.               | Accidentes                                | 6                                       |

|     |                                          |   |
|-----|------------------------------------------|---|
| 7.  | Valores, esfera intelectual y espiritual | 7 |
| 8.  | Estrés y apoyo social                    | 8 |
| 9.  | Medio ambiente                           | 3 |
| 10. | Sexualidad                               | 4 |

**Figura 14.**

*Diagnóstico de riesgos y enfermedades CPI*

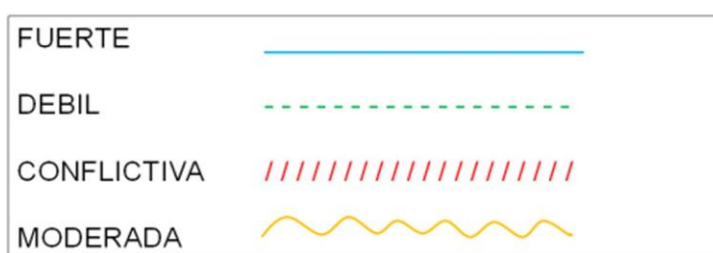


### **Análisis de Redograma**

Para el redograma se tomó en cuenta la siguiente información:

1. Entre más cerca esté el punto al círculo de la cuidadora, más cercana es la personas a ella.
2. Tipo de relación

#### TIPO DE RELACION EN LA RED SOCIAL



#### ***Cuidadora 1 (CPI 1)***

##### ***Pre***

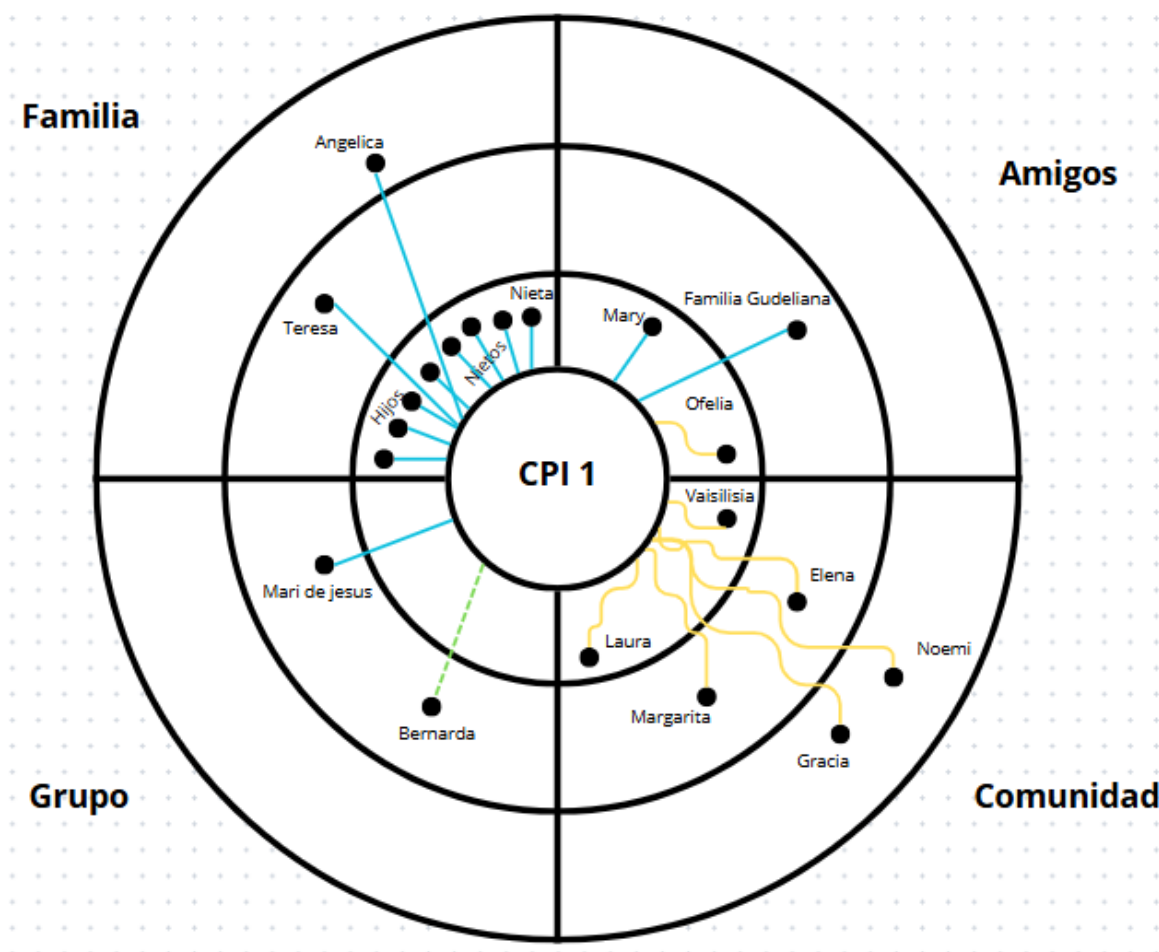
El redograma se aplicó con el fin de identificar las personas que conforman su red social de apoyo y que tan estable es su relación con las personas. En la CPI 1 podemos observar que sus redes de apoyo se encuentran dentro de su familia y la relación que mantiene suele ser fuerte, aunque algunas de ellas no sean tan cercanas, también cuenta con amigos que la apoyan, con una relación débil con uno y con los otros suele ser fuerte.

Dentro del apartado de comunidad se observa que considera a seis personas como una red de apoyo, sin embargo, su relación es moderada, es decir que, a pesar de que son cercanos y que mantienen una relación, su vínculo no es fuerte.

Por último, podemos ver que la parte con la que menos percibe una red de apoyo es dentro de lo grupal, tan solo identifica dos personas, en la que con una de ellas mantiene una relación cercana y fuerte y con la otra considerada como una persona cercana pero con un vínculo débil.

#### **Figura 15.**

##### ***Redograma pre***



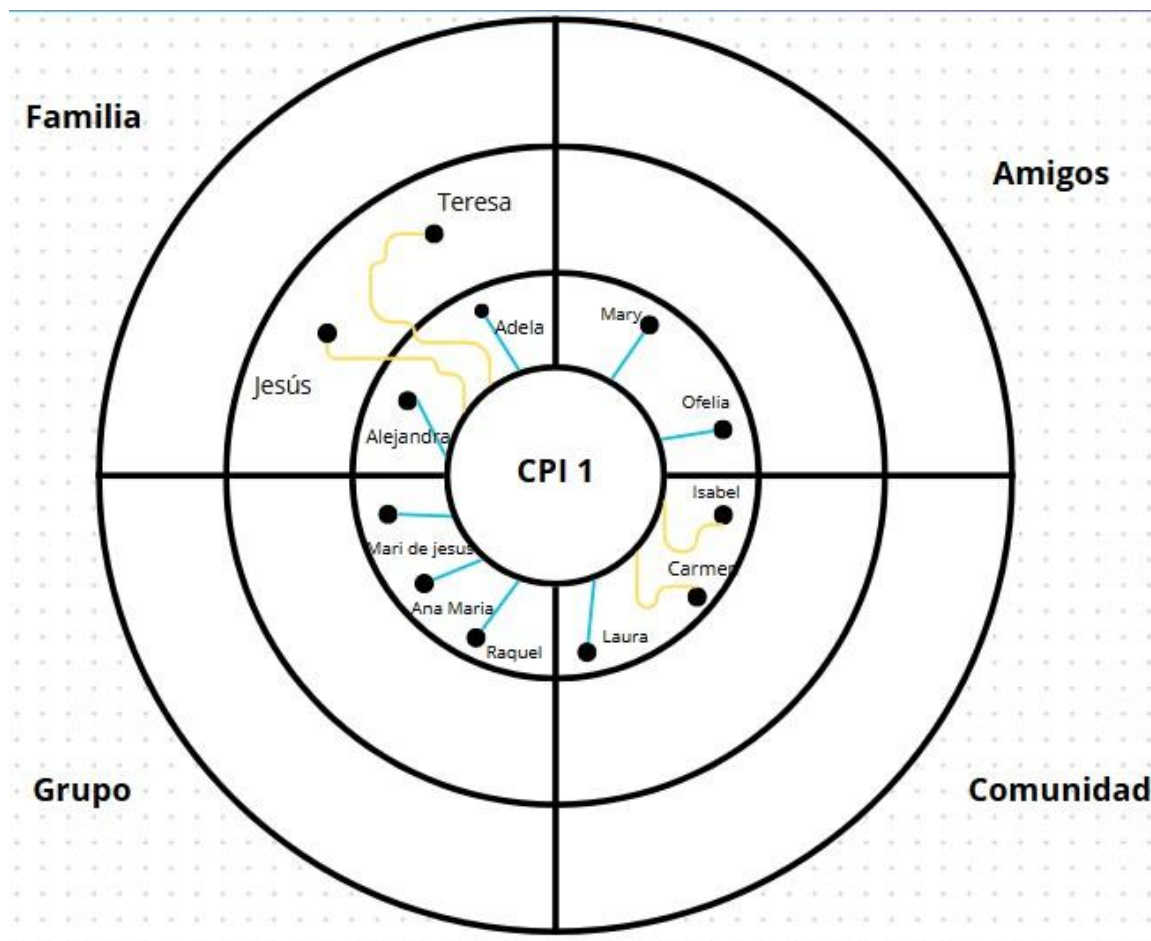
### *Post*

A comparación del redograma *Pre*, en este podemos observar que el los cuatro apartados tuvo una reducción de personas a las cuales considera cercanas, dentro del apartado de familia, en el redograma *Pre* considero a 10 personas, entre ellos su hijo e hijas, así como a sus nietos, en el *Post* considero solamente a cuatro personas que únicamente son sus hijas e hijo, de igual manera tuvo un cambio en la cercanía con ellos y con su tipo de relación, pasó de tener una relación fuerte y cercana con su hijo (Jesús) a una relación más lejana y con vínculo moderado, y con su hija ( Teresa) a una relación moderada.

Dentro del apartado de amigos mantuvo, dentro de su percepción, a dos personas como cercanas y con una relación fuerte. En el apartado de comunidad hubo una reducción

del 50% de las personas, sin embargo, con una de ellas su relación se mantuvo y es más fuerte que en el *Pre*.

Por último, en el apartado de grupo vemos que tan solo una persona se mantuvo en cercanía y tipo de relación, en comparación con el *pre* aparecieron dos personas mas y fue eliminada una con la que mantenía una relación débil.



### ***Cuidadora 3 (CPI 3)***

#### ***Pre***

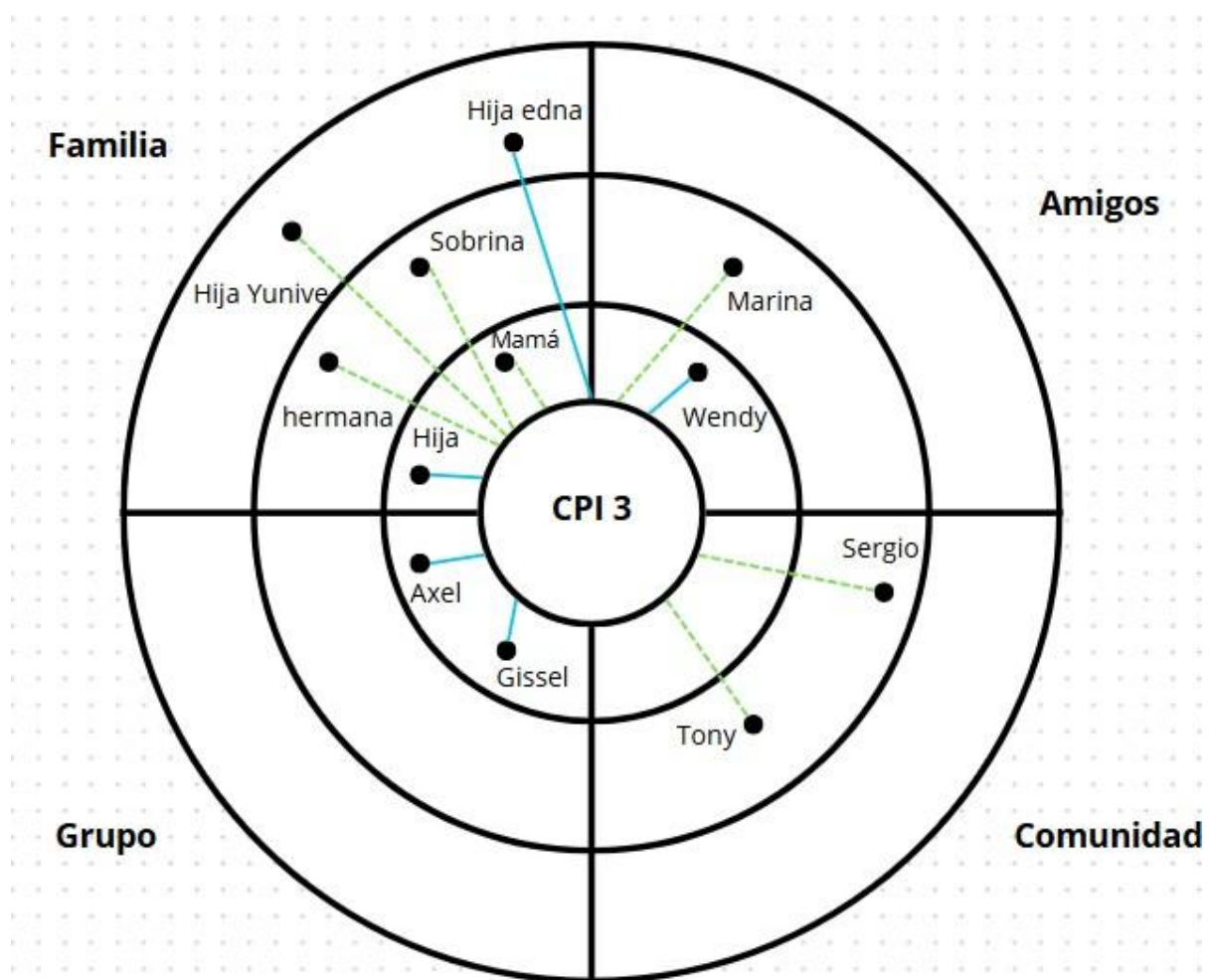
Dentro de lo observado en la **figura 17**, las redes de apoyo de la CPI 3 son más débiles y lejanas. Dentro de sus personas cercanas, en el apartado de familia, tenemos únicamente a su hija con la que mantiene un vínculo fuerte, con su hija edna también mantiene un vínculo fuerte, sin embargo, no son tan cercanas, por último, podemos observar

que dentro de su familia, las personas restantes pertenecen a una relación débil aunque sean más cercanos.

Por otro lado, vemos que en el ámbito de amigos, comunidad y grupo mantiene relación con tan solo dos personas en cada una; en amigos mantienen una relación cercana y fuerte, así como una relación un poco más distante y débil, dentro de la comunidad observamos que mantiene una relación débil y moderadamente lejana. En el apartado de comunidad contempla como una relación fuerte y cercana a nosotros quienes llevaron el acompañamiento psicosocial.

**Figura 17.**

*Redograma Pre*



*Post*

En comparación del redograma Pre, en este podemos observar que con su hija Edna y Yunive tiene una relación distante y conflictiva, con su mamá y hermana una relación lejana y débil, y se mantiene únicamente con su hija en una relación cercana y fuerte.

Por otra parte, en el apartado de amigos, tan solo contempla a una con una relación lejana y un vínculo moderado, a comparación del Pre.

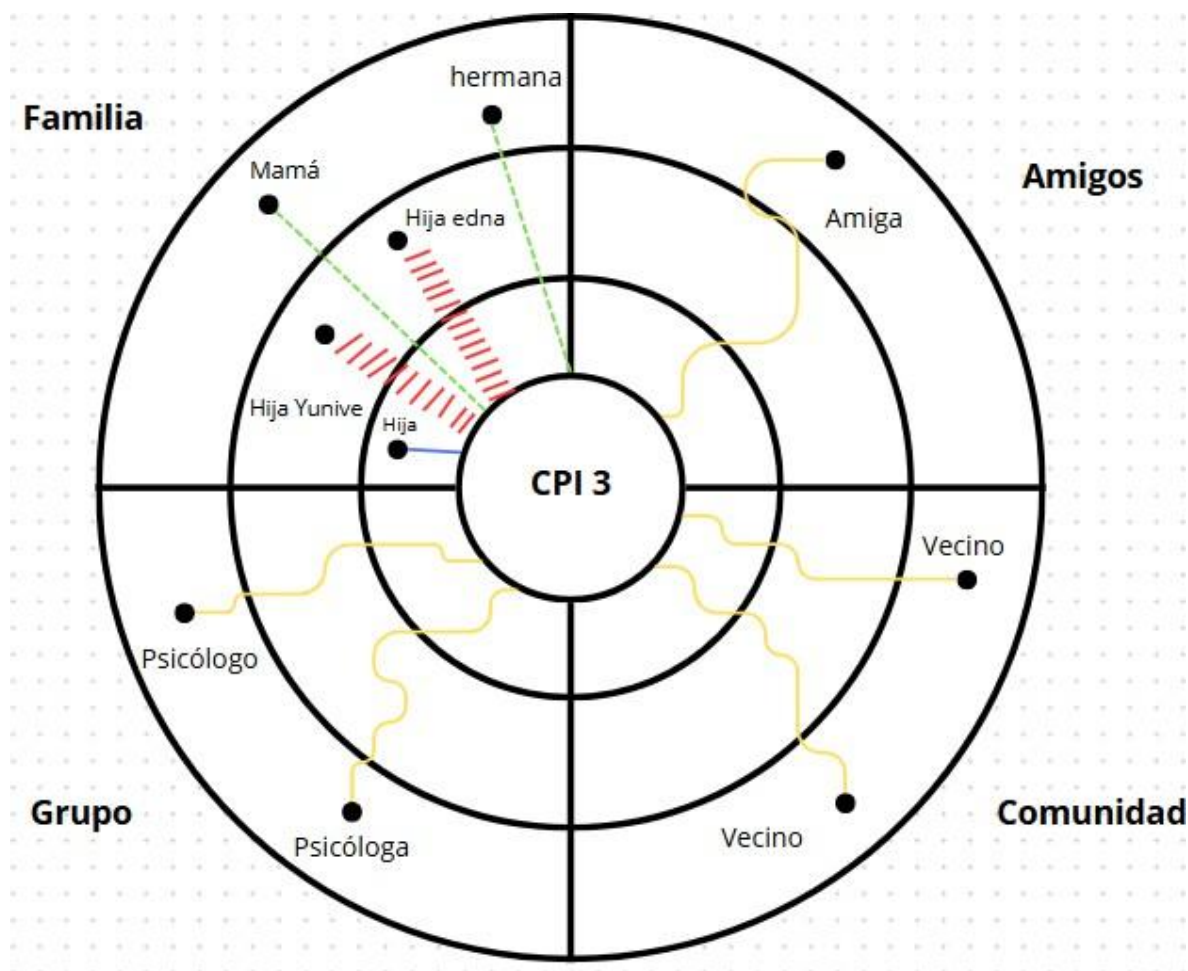
En el ámbito de la comunidad, menciona a dos vecinos con los cuales mantiene una relación distante con vínculo moderado.

En cuestión del grupo, vemos que también considero a la diada que llevó el acompañamiento psicosocial, pero en comparación del anterior redograma, ahora los sitúa más lejanos y con una relación moderada.

Podemos decir que, sus relaciones sociales tuvieron un gran cambio a lo largo de este trimestre, pasó de tener cinco relaciones fuertes a solo mantener solamente una, la cual es con su hija.

**Figura 18.**

*Redograma Post*



## 6.2.2 Resultados de los grupos (agrupados)

### 6.2.2.1 Resultados cuantitativos

Psicosociales

#### Análisis descriptivo

*Diagnóstico psicosocial sobre medidas de bienestar y malestar*

Se observó que la puntuación media de bienestar de los CPI ( $4.22 \pm 1.15$ ) se encontró significativamente por debajo de la reportada por Calleja y Manson (2020) ( $5.41 \pm 1.41$ ) ( $t=7.55$ , (50),  $p<0.001$ ,  $d= -1.06$ ).

Por otra parte, el puntaje de malestar psicológico ( $20.7 \pm 8.65$ ) fue similar a la de la población general ( $20.04 \pm 6.96$ ) ( $p=0.001$ ) (Santos, et al. 2023). El 15.21% presenta un

grado muy alto de malestar, 19.56% reportan un grado alto, 32.6% un grado moderado y el 32.6% un grado bajo de malestar psicológico.

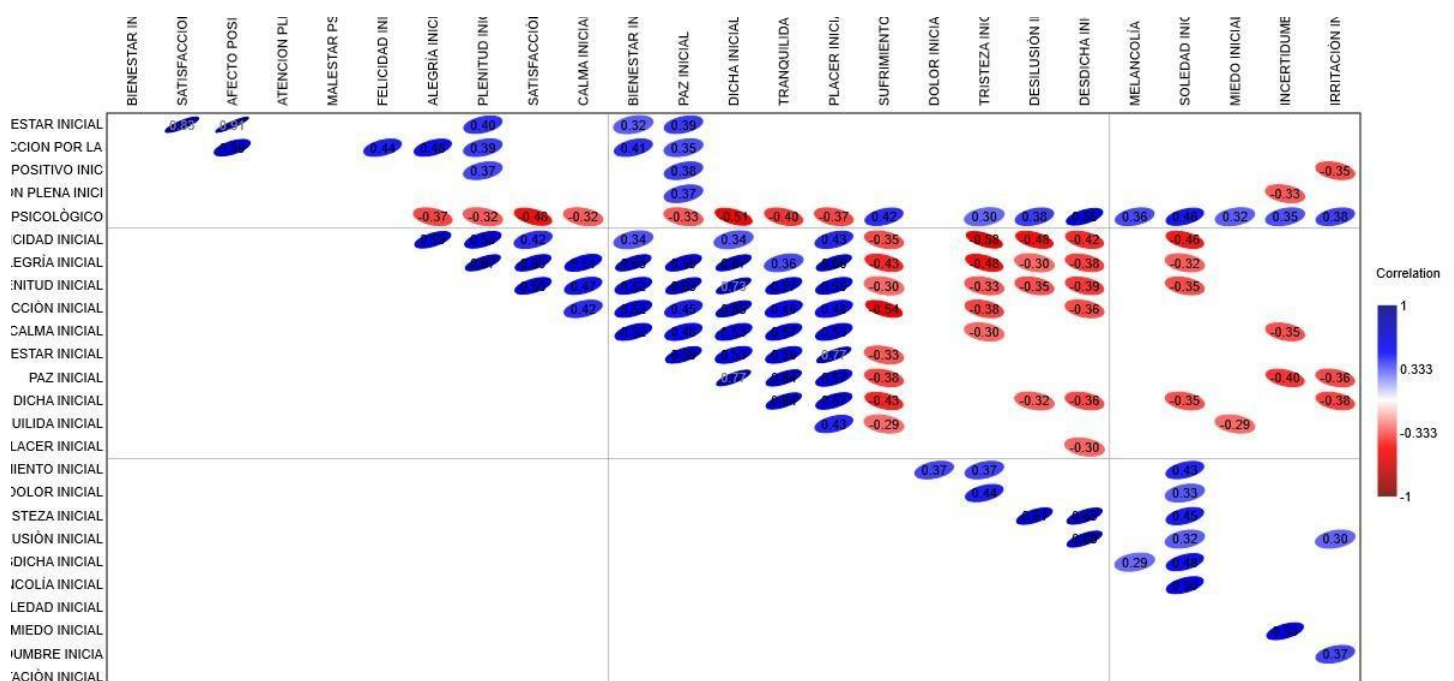
En relación con la atención plena de los participantes ( $3.55 \pm 3.93$ ) se encontró significativamente por debajo de la población reportada por López-Maya, et al. (2015) (4.18).

Con respecto al puntaje del afecto positivo ( $3.50 \pm 0.905$ ) y negativo ( $2.71 \pm 0.696$ ) se mostró similar a la reportada por Wolfgang (2021), afecto positivo ( $3.80 \pm 0.76$ ), afecto negativo ( $2.56 \pm 0.76$ ).

### Análisis correlacional

**Figura 19.**

*Correlograma de medidas psicosociales de Salud y bienestar en los CPI- Pre*

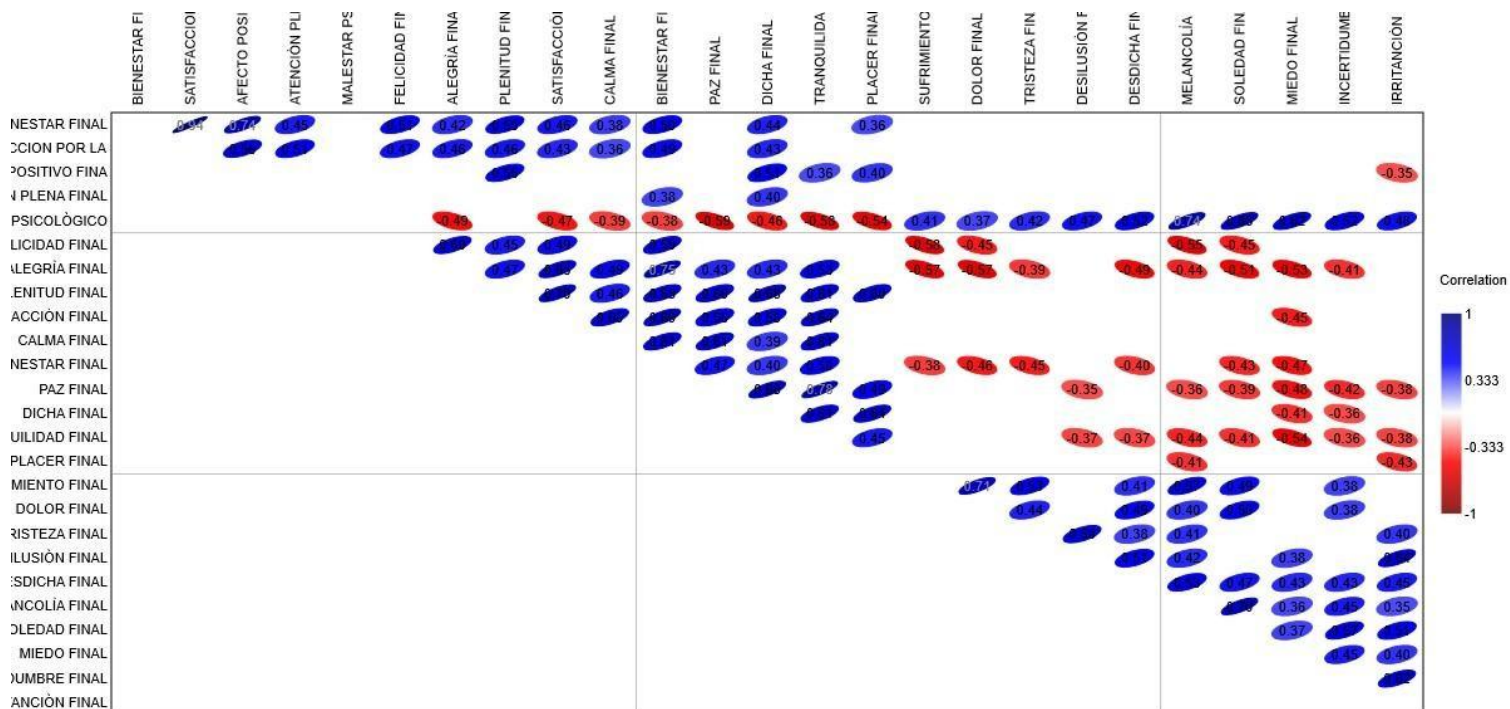


Se puede observar que lo más sobresaliente en el correlograma de medidas psicosociales de Salud y Bienestar de los CPI - Pre es el puntaje de bienestar y su asociación directa a las emociones positivas como la satisfacción (0.85), afecto (0.91), plenitud (0.40), y paz (0.39). Por su parte, el malestar psicológico está asociado negativamente con la alegría

(-0.37), plenitud (-0.32), satisfacción (-0.48), dicha (-0.51), etcétera (a mayor malestar psicológico, menos emociones positivas y viceversa). Por último, la atención plena está relacionada positivamente con la paz (0.37) y negativamente con la incertidumbre (0.31), a mayor atención plena se tiene menos incertidumbre.

**Figura 20.**

*Correlograma de medidas psicosociales de Salud y bienestar en los CPI- Post*



Podemos notar que lo más sobresaliente en el correlograma de medidas psicosociales de Salud y Bienestar de los CPI - Post es el puntaje de bienestar y su asociación directa a las emociones positivas como la satisfacción (0.94), afecto (0.74) y plenitud (0.55). Por su parte, el malestar psicológico está asociado negativamente con la alegría (-0.49), paz (-0.59), tranquilidad (-0.58) y placer (-0.54), mientras que se relaciona positivamente con la melancolía (0.74), la soledad (0.68) y el miedo (0.62). Por último, la atención plena está relacionada positivamente al bienestar (0.38) y la dicha (0.40).

### Efecto del acompañamiento psicosocial sobre malestar y bienestar del CPI (Pre-Post)

El análisis reveló que se obtuvo un aumento significativo en la variable Atención plena, plenitud y calma. También encontramos una disminución significativa en las variables de malestar como lo son el malestar psicológico y la desilusión.

**Tabla 23.**

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

| Variable                    | Pre           | Post          | P-VALUE       |
|-----------------------------|---------------|---------------|---------------|
| <b>Bienestar</b>            | 33.59 (9.23)  | 35.03 (8.17)  | 0.41          |
| - Satisfacción por la vida  | 16.31 (5.56)  | 16.37 (4.49)  | 0.37          |
| - Afecto positivo           | 17.28 (5.25)  | 18.68 (5.45)  | 0.056         |
| <b>Atención plena</b>       | 59.25 (15.09) | 63.29 (13.36) | <b>0.009</b>  |
| <b>Malestar psicológico</b> | 21.93 (8.64)  | 19.83 (8.21)  | <b>0.0017</b> |
| <b>Felicidad</b>            | 3.58 (1.00)   | 3.61 (1.05)   | 0.71          |
| <b>Alegría</b>              | 3.56 (1.09)   | 3.62 (0.87)   | 0.58          |
| <b>Plenitud</b>             | 3.12 (1.13)   | 3.53 (1.01)   | <b>0.002</b>  |
| <b>Satisfacción</b>         | 3.62 (1.08)   | 3.5 (1.07)    | 0.46          |
| <b>Calma</b>                | 3.09 (1.03)   | 3.62 (1.09)   | <b>0.004</b>  |
| <b>Bienestar</b>            | 3.34 (1.29)   | 3.71 (0.92)   | 0.070         |

|                      |             |             |             |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>Paz</b>           | 3.37 (1.37) | 3.5 (1.29)  | 0.57        |
| <b>Dicha</b>         | 3.43 (9.23) | 3.40 (1.10) | 1           |
| <b>Tranquilidad</b>  | 3.59 (1.18) | 3.68 (0.96) | 0.68        |
| <b>Placer</b>        | 3.03 (1.32) | 3.18 (1.11) | 0.43        |
| <b>Sufrimiento</b>   | 2.81 (1.16) | 2.78 (0.97) | 0.89        |
| <b>Dolor</b>         | 3.35 (1.21) | 3.12 (1.26) | 0.16        |
| <b>Tristeza</b>      | 3.09 (1.14) | 3 (0.98)    | 0.49        |
| <b>Desilusión</b>    | 2.93 (1.34) | 2.62 (1.28) | <b>0.02</b> |
| <b>Desdicha</b>      | 2.06 (1.24) | 2.12 (1.09) | 0.63        |
| <b>Melancolía</b>    | 3.09 (1.06) | 2.75 (1.27) | 0.13        |
| <b>Soledad</b>       | 2.37 (1.36) | 2.21 (1.38) | 0.51        |
| <b>Miedo</b>         | 2.75 (1.22) | 2.43 (1.21) | 0.24        |
| <b>Incertidumbre</b> | 3.03 (1.31) | 2.62 (1.03) | 0.10        |
| <b>Irritación</b>    | 2.93 (1.20) | 2.78 (1.23) | 0.44        |

### **6.2.3 Fase grupal**

#### **6.2.3.1 Resultados cualitativos**

Se analizaron, mediante el programa Atlas ti. 9, las bitácoras del grupo “Protectoras con amor” de la primera y segunda etapa.

Para el análisis se utilizaron los siguientes códigos:

**Tabla 24.**

*Libro de códigos Bitácoras*

| <b>Dimensión</b>                           | <b>Códigos</b>   | <b>Descripción</b>                                                                                                       |
|--------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Conducta y<br/>cognición<br/>social</b> | 001_Asertividad  | Se refiere a la comunicación directa y en pro de los derechos de la persona, sin afectar los intereses de los demás.     |
|                                            | 002_Prosocial    | Se refiere a las acciones encaminadas a integrarse a la comunidad de manera activa y en busca del desarrollo contextual. |
|                                            | 003_Empatía      | Se refiere a entender de la mejor manera posible las situaciones por las que está pasando alguien más,                   |
|                                            | 004_PSPos        | Se refiere a la percepción favorable del entorno y de la importancia de este.                                            |
|                                            | 005_Atribuciones | Se refiere a las atribuciones desde el punto de vista de la persona.                                                     |
|                                            | 006_PSNeg        | Se refiere a la percepción desfavorable del entorno, puede percibirse amenazador, limitante e incluso peligroso.         |
|                                            | 007_Hostilidad   | Se refiere a los sentimientos de agresividad velada que se observan en conductas o acciones sobre otros.                 |

|                                                       |                   |                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Expresión emocional</b>                            | 008_LengAfec      | Se refiere al lenguaje cálido y empático al comunicar información propia y de otros.                                                                                              |
|                                                       | 009_GesEmo        | Gestión emocional. Se refiere a una adecuada gestión de las emociones, es decir, identificación, procesamiento y expresión de las emociones.                                      |
|                                                       | 010_ExpInc        | Expresión Incongruente. Se refiere a una deficiente gestión emocional, que va desde la baja identificación, procesamiento inconsciente y/o expresión inadecuada de las emociones. |
| <b>Conductas de riesgo y protección para la salud</b> | 011_Patogénicas   | Se refiere a conductas que generan malestar físico y emocional. Por ejemplo, uso de sustancias, autolesiones, negligencia, violencia, sedentarismo, etc.                          |
|                                                       | 012_Salutogénicas | Se refiere a conductas que promueven un bienestar físico y emocional. Por ejemplo, actividad física, alimentación adecuada, búsqueda de apoyo profesional, etc.                   |
|                                                       | 013_RelFamPos     | Relaciones Familiares Positivas. Se refiere a el establecimiento de relaciones familiares fuertes, flexibles, sanas, de cuidado y desarrollo.                                     |

|                                 |                |                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ambiente<br/>psicosocial</b> | 014_RedApo     | Redes de apoyo. Se refiere a la existencia de redes de apoyo fuera de la familia, pueden ser vecinales, sociales o institucionales.                                                      |
|                                 | 015_ConProgApo | Conocimiento de Programas de Apoyo. Se refiere al conocimiento y participación en programas sociales (no necesariamente de cuidadores)                                                   |
|                                 | 016_RelFamNeg  | Relaciones Familiares Negativas. Se refiere al deterioro en las relaciones familiares donde existe la violencia, el maltrato, la negligencia, el subdesarrollo, etc.                     |
|                                 | 017_GenSocD    | Generadores Sociales de Deterioro. Se refiere a las condiciones del contexto comunitario que propician el deterioro. Por ejemplo, violencia, pobreza, servicios urbanos, educación, etc. |

### **Análisis bitácoras “Protectoras con amor”**

Los datos analizados pertenecen a las bitácoras de la primera y segunda etapa, fase grupal.

**Tabla 25.**

*Enraizamiento bitácoras “Protectoras con amor”*

| <b>Variable (Código)</b>      | <b>Enraizamiento</b> | <b>Densidad</b> |
|-------------------------------|----------------------|-----------------|
| Asertividad (001_Asertividad) | 3                    | 2               |

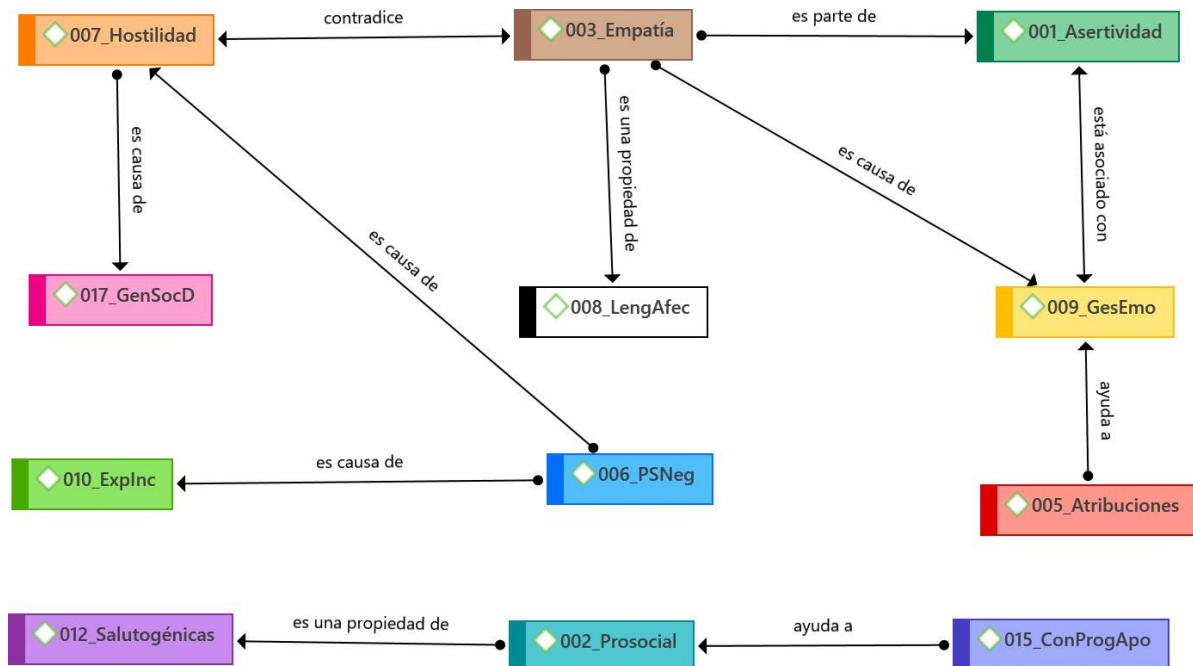
|                                                    |   |   |
|----------------------------------------------------|---|---|
| Prosocial (002_Prosocial)                          | 8 | 2 |
| Empatía (003_Empatía)                              | 5 | 4 |
| Percepción positiva (004_PSPos)                    | 0 | 0 |
| Atribuciones (005_Atribuciones)                    | 2 | 1 |
| Percepción negativa (006_PSNeg)                    | 2 | 2 |
| Hostilidad (007_Hostilidad)                        | 5 | 3 |
| Lenguaje afectivo (008_LengAfec)                   | 4 | 1 |
| Gestión emocional (009_GesEmo)                     | 1 | 3 |
| Expresión incongruente (010_ExpInc)                | 2 | 1 |
| Patogénicas (011_Patogénicas)                      | 0 | 1 |
| Salutogénicas (012_Salutogénicas)                  | 4 | 1 |
| Relaciones familiares positivas<br>(013_RelFamPos) | 0 | 0 |
| Redes de apoyo (014_RedApo)                        | 0 | 0 |



realizar las diferentes actividades propuestas, y al compartir sus experiencias en relación con el tema daba paso a la reflexión y aprendizaje.

**Figura 22.**

*Red Bitácoras grupales Protectoras con amor*



### *Análisis red*

Dentro de la figura 22 se observa la relación de la empatía con asertividad y lenguaje afectivo, así como una contradicción con la hostilidad, esto porque se percibe que, entre las cuidadoras existe empatía por lo que a cada una una vive en su situación como cuidadora y se muestran como una red de apoyo entre ellas: “Ayalit se mostró muy empática con la señora Martha, cuando comenzó a llorar, ella se acercó y le extendió el brazo como apoyo”.

Como CPI han aprendido a ser asertivos en comunicar lo que quieren: “ Clara mencionó una discusión entre su hijo y su esposo el cual fue un malentendido, pero después de hablar y escuchar el uno al otro se resolvió”; sin embargo, aún hay momentos en los que se cae en el conflicto por no estar de acuerdo en opiniones y pensamiento diferente, esto se

suele dar más entre dos participantes ya que son familiares y tienen muchos problemas familiares.

También se puede notar un lenguaje muy hostil por parte de una cuidadora, no ha podido resolver los conflictos que trae desde la niñez, entonces esto provoca discusiones en el grupo con su hermana, lo cual genera tensión a las demás participantes; también la hostilidad se vincula con los generadores sociales de deterioro, ya que se evidencian problemas como la pobreza y violencia sexual y que a su vez hace que tenga una percepción negativa de su entorno generando desconfianza de quien los rodea.

Se observan pocos grupos de ayuda externos al que asisten Protectoras con amor, sin embargo, podemos apreciar que Prosocial y Salutogénicas se relacionan entre sí, llevándose de la mano porque las actividades con las que se integran en el grupo en este caso, las hace sentir bien, logrando así que:

*“Se vio una gran disposición del grupo tanto en aprender algo nuevo, en la participación y en las actividades hechas. Se alargó un poco esta sesión debido a la misma participación, y en donde se pudo ver ese entusiasmo...siendo esto algo enriquecedor para ellas y para nosotros, más por esa unión ya establecida en el grupo”.*

#### 6.2.4 Discusión

Los resultados obtenidos a través de la intervención psicosocial en la colonia de San Miguel Teotongo muestra efectos mixtos, tanto como mejoras como empeoramientos en los indicadores emocionales y psicológicos evaluados.

Dentro de los resultados grupales encontramos que las técnicas de atención plena favorecieron a la variable de plenitud, y esa asociada con la dicha, podemos decir que se generó un estado de bienestar y equilibrio dentro de la vida de los cuidadores primarios informales al comenzar a practicar estas técnicas de atención, se puede comparar con lo reportado por Moreno-Coutiño (2024). Este efecto positivo sugiere que la práctica de la atención plena no solo permite una mayor conexión con el momento presente, sino que también contribuye a reducir el estrés y la sobrecarga emocional que enfrentan día a día con su situación. De igual manera podemos contrastar la investigación con lo descrito por Baïke (2018) en cuanto a la escritura emocional autorreflexiva, para decir que esto influyó en el afecto negativo así como en el afecto positivo para no generar un cambio significativo, el impacto inmediato que tiene la EEA es aumentar un estado de ánimo negativo, síntomas físicos y una disminución del estado de ánimo positivo, se puede observar que dentro de la intervención, tanto el afecto negativo como el positivo se mantuvieron casi iguales en los resultados pre-post.

Por otro lado, en los resultados individuales, los CCO más prominentes reflejan tanto la efectividad de la intervención en algunas áreas (como Plenitud, Sufrimiento y Melancolía) como los retos y limitaciones de la misma en otras (como Bienestar, Satisfacción por la vida y Felicidad). Estos resultados sugieren que la intervención logró reducir ciertos malestares emocionales, pero también es evidente que algunos participantes experimentaron reacciones adversas o no respondieron de manera tan positiva a la misma.

Un aspecto clave que explica estos resultados es el componente de la intervención relacionado con el mindfulness y las técnicas de relajación que son herramientas fundamentales en el manejo del estrés, la ansiedad y el bienestar general. Estas prácticas ayudaron a los cuidadores a estar más presentes en el momento, a manejar mejor las emociones y a reducir la reactividad ante el estrés.

### **6.2.5 Conclusiones**

Los resultados obtenidos a través de la intervención psicosocial en la colonia San Miguel Teotongo muestran efectos mixtos, teniendo tanto mejoras como decadencias en los indicadores emocionales y psicológicos evaluados. Es importante destacar que estos resultados reflejan la complejidad de las intervenciones psicosociales, en las cuales los efectos positivos en algunas áreas pueden verse contrarrestados por desafíos persistentes en otras, teniendo también en cuenta los diversos problemas personales que los cuidadores no comentaron en la primer parte de la intervención y que finalmente realizaron en la etapa actual, acción que probablemente se repita en la parte final de la intervención.

La intervención psicosocial ha demostrado ser beneficiosa para reducir el sufrimiento emocional y mejorar la plenitud en algunos cuidadores primarios informales a través de técnicas de mindfulness y apoyándose de la escritura emocional autorreflexiva (EEA), la cual en algunos casos puede haber generado una mayor conciencia emocional, también podría haber aumentado temporalmente los niveles de afecto negativo. De acuerdo con Baike (2018), la EEA tiene un impacto inmediato de aumento en el malestar emocional, lo que puede explicar la falta de cambios sustanciales en las emociones positivas y la presencia de reacciones emocionales adversas a corto plazo. Esto nos permite comprender una de las limitaciones inherentes a las intervenciones de autorreflexión emocional, ya que pueden generar malestar antes de propiciar una mejora más duradera.

El hecho de que algunos participantes experimentaron reacciones adversas o no pudieron responder positivamente a la intervención también subraya los retos de abordar el bienestar de los cuidadores primarios informales. El contexto familiar y personal de cada individuo juega un papel crucial en la efectividad de la intervención, siendo que algunos participantes podían estar más enfocados en los conflictos familiares y la sobrecarga de cuidado que en los beneficios inmediatos de la intervención psicosocial.

La escritura emocional tuvo efecto en una de las CPI, en la otra no se pudo observar el efecto, ya que por petición de la CPI se interrumpió el ejercicio, la situación que compartió sobrepasaba su poder de control.

Los efectos observables son que percibe su situación como una experiencia de aprendizaje y prevención, se dio cuenta que con las decisiones que tomó protege a sus hijas y las ayudó a estar prevenidas de cualquier insinuación sexual por parte de su tío.

El hablar en tercera persona facilitó la expresión de emociones, así como visualizarse desde otra perspectiva y poder hacer recomendaciones o dar consejos así misma.

El reprimir todas las emociones generadas por la situación traumática le generaba malestar y el poder expresarlo a través de la escritura fue beneficioso. La ausencia de emociones positivas dentro de la escritura está vinculada al peso emocional del evento traumático que generó malestar, de modo que es más difícil acceder a estas emociones placenteras en contextos traumáticos.

Por otro lado, en las bitácoras recolectadas en cada sesión podemos observar que el problema principal de las CPI es no contar con redes de apoyo estables, así como también no encontrar apoyo dentro de la familia más cercana, de lo contrario es con quienes se generan discusiones y problemas que hace que las CPI se encuentran estresadas por lapsos de tiempo muy largos. Dentro de la nube de palabras (figura 11) se observa que la palabra “esposo” es la que más se menciona dentro del discurso de las CPI con una connotación negativa.

Las experiencias adversas generan actitudes de defensa como protección, esto es un aspecto a resaltar ya que esto genera estrés crónico en ellas y que es importante intervenir.

El análisis de caso resalta la complejidad del impacto de las relaciones familiares negativas en el bienestar emocional y social de las personas. Sin embargo, también pone en evidencia el potencial de las redes de apoyo, las relaciones positivas y la gestión emocional como elementos clave para fomentar el bienestar. El equilibrio entre conductas patogénicas y salutogénicas refleja un proceso de cambio, donde la intervenciones desempeñó un papel importante en el reforzar y desarrollo de habilidades emocionales y la construcción de redes de apoyo sólidas.

Por último, dentro del grupo se puede observar que existe una cohesión que ayuda a verse como un grupo de apoyo en el cual aprenden juntas, así como en el que se sienten libres de expresar lo que quieren, al igual que darse un tiempo para ellas mismas sin alguna interrupción de su dependiente. Sin embargo, el tener familiares dentro del grupo se dificulta por las discusiones que surgen entre ellos.

### 6.3 Tercera etapa

#### 6.3.1 Fase grupal

##### 6.3.1.1 Análisis cuantitativo

#### Efecto de la intervención sobre la salud y discapacidad de las CPI

En esta última etapa se analizó el instrumento *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0* (WHODAS) de los grupos de Utopía, Unión de colonos y Museo:

Tomando en cuenta que a mayor puntaje mayor es la dificultad o discapacidad en las personas, se encontró que hubo cambios, sin embargo no fueron significativos. En la **tabla 26**. Se observa que de la primera aplicación (Pre1 = 48.67) a la cuarta aplicación (Post2 = 41.70) hubo una disminución de discapacidad en los cuidadores primarios informales.

Por otro lado, encontramos que en la quinta aplicación (Post3) hubo un aumento en el puntaje de la media, es decir, un aumento en la discapacidad de los CPI, sin embargo es importante tomar en cuenta que el Pre1 al Post 2 el instrumento fue aplicado dentro de grupo de utopía y unión de colonos, con personas cuyo acompañamiento psicosocial lleva más tiempo; y en la última aplicación (Post3) del instrumento se llevó a cabo en los tres grupos, en el cual el tercer grupo (Museo) llevan un acompañamiento psicosocial de menor tiempo. De modo que podemos concluir que a mayor tiempo de intervención se verán reflejados mayores cambios en las personas.

**Tabla 26.**

Efecto de la intervención sobre la condición de salud y discapacidad

| Medición Pre/Post | N  | Media |
|-------------------|----|-------|
| Post2             | 10 | 41.70 |
| Post1             | 10 | 43.10 |

|               |    |              |
|---------------|----|--------------|
| Pre2          | 11 | 44.36        |
| <b>Pre1</b>   | 12 | <b>48.67</b> |
| Post3         | 28 | 51.07        |
| Significancia |    | <b>0.488</b> |

*Nota: >0.05 cambios significativos*

### Descriptivos por pregunta

De los 36 reactivos del WHODAS, se eligieron los cinco más significativos:

En la tabla 27 podemos observar que el 58.1% no tiene dificultad alguna en la convivencia con personas cercanas, el 18.6% tiene dificultades leves, el 18.6% presenta dificultades moderadas y el 4.7 una dificultad severa. Es decir que, la mayoría mantiene relaciones sanas y su comunicación es más adecuada.

**Tabla 27.**

*En los últimos 30 días ¿cuánta dificultad ha tenido para llevarse bien con personas cercanas?*

|                 | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------|------------|------------|
| <b>Ninguna</b>  | 25         | 58.1       |
| <b>Leve</b>     | 8          | 18.6       |
| <b>Moderada</b> | 8          | 18.6       |
| <b>Severa</b>   | 2          | 4.7        |

*Total*

43

100

De los CPI, el 7% presenta una dificultad severa para recordar cosas importantes, el 39.5% tiene una dificultad leve, el 20.9% manifiesta dificultad moderada y por último, el 30.2% no presenta dificultad alguna para recordar las cosas que tiene que realizar. La mayoría de las CPI presentan esta dificultad de memoria, esto podría derivarse de la falta de autocuidado y falta de atención al presente y a lo que se realiza en el momento, diversas cosas como el estrés influyen en esto.

**Tabla 28.**

***En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para recordar las cosas importantes que tiene que hacer?***

|                 | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|-----------------|-------------------|-------------------|
| <b>Ninguna</b>  | 13                | 30.2              |
| <b>Leve</b>     | 17                | 39.5              |
| <b>Moderada</b> | 9                 | 20.9              |
| <b>Severa</b>   | 3                 | 7.0               |
| Datos perdidos  | 1                 | 2.3               |
| <b>Total</b>    | 43                | 100               |

El 4.7% de las CPI han presentado dificultades severas para poder terminar tareas domésticas, el 16.3% presenta una dificultad moderada, el 41.9% manifiesta una dificultad

leve, podemos decir que, no requiere tanto apoyo para sus actividades diarias, y el 37.2% no tiene ninguna dificultad para realizar sus tareas domésticas, es decir, es más funcional.

**Tabla 29.**

***Debido a su condición de salud, en los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para terminar las tareas domésticas tan rápido como era necesario?***

|                 | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|-----------------|-------------------|-------------------|
| <b>Ninguna</b>  | 16                | 37.2              |
| <b>Leve</b>     | 18                | 41.9              |
| <b>Moderada</b> | 7                 | 16.3              |
| <b>Severa</b>   | 2                 | 4.7               |
| <b>Total</b>    | 43                | 100               |

Más de la mitad no tiene dificultad (53.6%): La mayoría no enfrenta obstáculos para realizar actividades de relajación.

Dificultad leve y moderada (42.9% combinado): 28.6% (8 personas) reporta dificultad leve. 14.3% (4 personas) menciona dificultad moderada. Dificultad severa (7.1%): Solo 2 personas tienen problemas significativos. Ningún caso extremo (0%): Nadie eligió la opción "Extrema".

**Tabla 30.**

***¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar por sí mismo(a) cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?***

|                 | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------|------------|------------|
| <b>Ninguna</b>  | 15         | 53.6       |
| <b>Leve</b>     | 8          | 28.6       |
| <b>Moderada</b> | 4          | 14.3       |
| <b>Severa</b>   | 2          | 7.1        |
| Total           | 28         | 100        |

15 de cada 27 personas encuestadas no reportan ninguna dificultad para realizar participar en actividades de su comunidad. Esto es positivo, pues indica que más de la mitad de los participantes puede realizar estas actividades importantes para el bienestar sin problemas.

Algunos experimentan dificultades leves (25.9%). 7 personas sienten que tienen una dificultad leve, es decir, pueden participar en actividades de su comunidad, pero con un pequeño esfuerzo adicional. Esto podría deberse a factores como estrés cotidiano, falta de tiempo o distracciones.

Un grupo más pequeño enfrenta desafíos significativos (18.5%). 4 personas (14.8%) reportan una dificultad moderada, lo que sugiere que les cuesta relacionarse y necesitan apoyo o cambios en su rutina.

1 persona (3.7%) indica una dificultad extrema, lo que podría reflejar un problema más serio, como ansiedad, depresión u otros obstáculos que le impiden disfrutar de actividades de ocio.

**Tabla 31.**

*¿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?*

|                       | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|------------|
| <b>Ninguna</b>        | 15         | 53.6       |
| <b>Leve</b>           | 7          | 25.0       |
| <b>Moderada</b>       | 4          | 14.3       |
| <b>Severa</b>         | 0          | 0.0        |
| <b>Extrema</b>        | 1          | 3.6        |
| <b>Datos perdidos</b> | 1          | 3.6        |
| Total                 | 28         | 100        |

### **Análisis descriptivo del cuestionario sentido de comunidad**

El cuestionario se aplicó únicamente el Pre a cuatro de las personas del grupo “protectoras con amor” (utopía), debido a poca y variada asistencia de las cuidadoras, de esta aplicación podemos decir que el 100% tienen un sentido de comunidad medio.

**Tabla 32.**

*Puntaje sentido de comunidad*

| <b>CPI</b> | <b>Puntaje</b> |
|------------|----------------|
|------------|----------------|

|           |    |
|-----------|----|
| <b>01</b> | 42 |
| <b>02</b> | 40 |
| <b>03</b> | 41 |
| <b>04</b> | 41 |

### **6.3.2 Discusión**

Los CPI, dentro de su rol como cuidador, desempeñan un trabajo fundamental e importante para el bienestar de su persona dependiente, dejando el suyo de lado, enfrentando distintos desafíos emocionales, sociales, económicos y físicos que impactan en su bienestar y calidad de vida.

Durante esta etapa se observa que hubo un mejoramiento en la salud de los y las cuidadoras primarias informales, se mostró una disminución de discapacidad en ellos, es decir que, son más funcionales al momento de realizar sus actividades diarias y enfrentando sus problemas de mejor manera, por medio del desarrollo de habilidades sobre el autocuidado y manejo de emociones y conflictos.

Por otro lado, el sentido de comunidad que reportaron las cuidadoras genera un mayor bienestar emocional, físico y social, mediante la reducción de estrés, ansiedad y principalmente el sentimiento de soledad; favorece relaciones más íntimas y sanas, basadas en la confianza y respeto, así como en el apoyo mutuo. Por último, cabe mencionar que, también se genera una participación activa, al sentirse parte de la comunidad o grupo, facilita la participación, confianza e involucramiento en diversas actividades, recuperando así el interés hacia la participación en actividades que disfrute. El sentido de comunidad fortalece a las personas y genera un bienestar integral.

Lo obtenido se genera a partir de la implementación de la intervención centrada en el grupo como red de apoyo y la enseñanza de técnicas e importancia del autocuidado. Se observó que la participación en grupos de apoyo facilitó una mejor gestión emocional y de estrés. El sentido de pertenencia que se proporciona al grupo generó un espacio en el que se proporcionó apoyo emocional e informacional, así como un espacio práctico que ayudó a un aprendizaje y colaboración mutua.

### **6.3.3 Conclusiones**

En esta etapa podemos concluir que el acompañamiento psicosocial que se les brindó las cuidadoras primarias informes fue beneficioso, generó mayor bienestar en su salud (física, emocional y social); a partir de los resultados podemos decir que la intervención a largo plazo es más funcional ya que permite que las participantes desarrollen mucho mejor sus habilidades para poder enfrentar los desafíos, fortaleciendo su autonomía.

De igual manera se visibiliza que el trabajar temas como la memoria es importante ya que un porcentaje significativo presenta problemas para recordar cosas importantes, practicar ejercicios como la gimnasia cerebral o juegos que requieran recordar cosas, son útiles para mejorar las conexiones neuronales y habilidades cognitivas, algunos de los beneficios de la gimnasia cerebral es mejorar la concentración y atenciona, fortalece la memoria mejorando la capacidad para recordar información, estas actividades reducen la distracción, también reducen los niveles de estrés y ansiedad (reducción de la tensión).

Por último, las participantes lograron adquirir aprendizajes, no solamente de los temas expuestos, sino también de las experiencias compartidas, fortalecieron su sentido de pertenencia en el grupo, así como reconocer su capacidad para poder cambiar su estilo de vida y mejorar su bienestar. El grupo funcionó como una red de apoyo, un lugar libre para expresar diversas situaciones y en el que las CPI se divirtieron con las distintas actividades.



## **7. Conclusiones generales**

Los cuidadores primarios informales asumen muchas responsabilidades y su función es fundamental para su persona dependiente y familia, sin embargo, a lo largo de este trabajo vemos que no es reconocido por la propia familia, ni mucho menos por la sociedad en general, todo lo contrario, son olvidados o puestos en segundo plano hasta por ellos mismos, procuran más el bienestar de su persona dependiente que el propio, generando así un deterioro en su salud, es por eso que es de suma importancia proporcionar intervenciones como esta para ayudar a que la personas desarrollen nuevas habilidades para enfrentar los diversos desafíos de la vida cotidiana.

Las participantes lograron reconocerse como cuidadoras y darle lugar a su propio bienestar afirmando que cuidarse a sí mismo es el primer paso para cuidar a alguien más, ya que si no existe un autocuidado hay un alto riesgo de presentar alguna enfermedad durante y en el transcurso por el que se brinda trabajo como cuidador informal.

La importancia del reconocimiento familiar es un eje fundamental, ya que las participantes a la hora de abordar temas como límites y distribución de tareas, al ponerlos en práctica les brindo satisfacción y alivio al tener una ayuda equitativa entre los familiares, así como el apoyo emocional y económico.

Por otro lado, el cuidado informal, cuando es sostenido con redes de apoyo, formación de espacios de apoyo emocional, informacional e instrumental, como lo fue en un primer momento la dida que trabajo con ellas de manera individual y posteriormente el grupo, se transforma en un rol con una menor carga, estas redes de apoyo favorecen al desarrollo de habilidades personales que favorecen su salud y bienestar. Así como también se generó, dentro de estos grupos, la posibilidad de compartir experiencias para orientar a quien lo

necesitara, abriendo la posibilidad de convertirse en un espacio de reconocimiento, aprendizaje, formación y autocuidado.

La implementación de diversas técnicas como las de relajación, atención plena y la escritura emocional autorreflexiva permitieron que las participantes pudieran identificar emociones agradables y desagradables y nombrar aquellas que mantuvieron por mucho tiempo reprimidas; pensamientos, sentimientos, así como aprender a manejar el estrés de una manera más adecuada. Estas herramientas promovieron un espacio donde ellas pudieran gestionar de mejor manera sus emociones, reconocer las sensaciones de su cuerpo (conciencia corporal) y poder resignificar situaciones dolorosas, así como su papel como cuidador, favoreciendo sus dinámicas familiares y sociales.

## 8. Sugerencias

- Mejorar la capacitación a los facilitadores para una mejor intervención.
- Fomentar la participación grupal pregonando la información con vecinos de la colonia.
- Mayor atención a los primeros auxilios psicológicos.
- Mayores materiales didácticos para los facilitadores
- Fomentar la cooperación mutua de todos los profesores a cargo de la intervención, al igual que su planeación y objetivos.
- Mejora de las instalaciones, procurar que el ambiente esté limpio.
- Mejora de los horarios para que las sesiones no se alarguen y pueda haber un breve tiempo de convivencia entre los cuidadores al finalizar las sesiones.

## 9. Limitaciones

- Las participantes del grupo “protectoras con amor” disminuyeron al menos en un 50%.
- Falta de constancia de las participantes del grupo, esto dificultó tanto la aplicación de instrumentos, así como el que todas recibieran información de los distintos temas. A partir de esto se vio limitado los resultados de la tercera etapa, ya que no se pudo realizar un pre-post para un mejor análisis.
- La CPI 2 abandonó el programa al final de la primera etapa y encontrar a otra participante retrasó 2 de las sesiones de la etapa 2 (individual).
- La CPI 1 no asistió a la mayoría de las sesiones grupales, lo cual limitó el sentido de pertenencia al grupo.
- Espacio con ruidos fuertes, esto limitó algunas veces el funcionamiento de las técnicas de atención plena y relajación.

## Referencias

Alonso, F. Menéndez, M. González, L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. Pp. 118-123.

[https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol\\_2/ParaSaberDe\\_vol19\\_n2\\_3.pdf](https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol_2/ParaSaberDe_vol19_n2_3.pdf)

Arenas, R. Garcia, Y. Mejia, Y. Ugalde, Y. (2024). ¿Cómo cuidarme mientras cuido?. Instituto nacional de las mujeres INMUJERES.

Ávila, J (2014). El estrés un problema de salud del mundo actual. Revista Con-ciencia. Pp. 115-124. [http://www.scielo.org.bo/pdf/rcfb/v2n1/v2n1\\_a13.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rcfb/v2n1/v2n1_a13.pdf)

Avila, A. Sosa, E. Pacheco, J. Escobedo, M. Bautista, V. Gonzalez, V. Blanco, E. Negrete, M. Deyta, A. Gutierrez, L. (2022). Guia de instrumentos de evaluación de la capacidad funcional. Instituto nacional de geriatría. Pp. 50 y 53.

[http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod\\_resource/content/136/Archivos/C\\_Atencion Integrada/Unidad 4/Guia InstrumentosEvaluacion 2022.pdf](http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/136/Archivos/C_Atencion_Integrada/Unidad_4/Guia_InstrumentosEvaluacion_2022.pdf)

Balcazar, F. E., (2003). Investigación acción participativa (iap): Aspectos conceptuales y dificultades de implementación. Fundamentos en Humanidades, IV(7-8), 59-77.

Baile, K. Wilhelm, K. Emotional and physical health benefits of expressive writing. (2018). <https://www.cambridge.org/core/journals/advances-in-psychiatric-treatment/article/emotional-and-physical-health-benefits-of-expressive-writing/ED2976A61F5DE56B46F07A1CE9EA9F9F>

Basulto, R. (2024). Modelo de integración de equipamientos para el desarrollo integral y los cuidados para las familias de San Miguel Teotongo, Alcaldía Iztapalapa. [https://blog.iaac.net/modelo-de-integracion-de-equipamientos-para-el-desarrollo-integral-y-los-cuidados-para-las-familias-de-san-miguel-teotongo-alcaldia-iztapalapa/?utm\\_source=chatgpt.com](https://blog.iaac.net/modelo-de-integracion-de-equipamientos-para-el-desarrollo-integral-y-los-cuidados-para-las-familias-de-san-miguel-teotongo-alcaldia-iztapalapa/?utm_source=chatgpt.com)

Candelas, I. (2024). APLICACIÓN DE LA TEORÍA POLIVAGAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. NeuronDiverso.

<https://www.neurondiverso.org/aplicacion-de-la-teoria-polivagal-en-la-practica-clinica/>

Carlton, J. Powell, P. (2020). Medición de la calidad de vida de los cuidadores en la distrofia muscular de Duchenne: una revisión sistemática de la fiabilidad y validez de los instrumentos de autoinforme utilizando COSMIN, 2-3.

<https://doi.org/10.1186/s12955-022-01964-4>

Calañas-Continente, A. (2005). Alimentación saludable basada en la evidencia. Endocrinología y Nutrición.

<https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-alimentacion-saludable-basada-evidencia-13088200>

Calleja, N. Mason, T. (2020). Escala de Bienestar subjetivo (EBS-20 y EBS-8): Construcción y Validación.

<https://www.aidep.org/sites/default/files/2020-04/RIDEP55-Art14.pdf>

Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA). (2023). ¿Qué es el autocuidado? <https://www.gob.mx/conasama/articulos/que-es-el-autocuidado>

Comision nacional para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres (CONAVIM). (2016). ¿Sabes qué es el #Machismo?

<https://www.gob.mx/conavim/articulos/sabes-que-es-el-machismo?idiom=es>

Cruz, C. Torres, A. Rodriguez, D. Carranza, M. Vazquez, J. Manjarres, J. (2024). Intervención psicosocial a distancia para el manejo de estrés y sobrecarga en cuidadores informales.

Cruz roja colombiana (2012). Cartilla básica del programa PACO.

Curay, A. Céspedes, D. (2024). Tolerancia a la frustración y su relación con la impulsividad en adolescentes.

<https://tesla.puertomaderoeditorial.com.ar/index.php/tesla/article/view/254>

Davis, M. McKay, E. Eshelman, E. (2002). Técnicas de autocontrol emocional. Pp. 115, 257

Dávalos, E. G. M., García, S., Gómez, A. T., Castillo, L., Suárez, S. S., & Silva, B. M. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47316103007>

Dominguez, J. Expósito, V. Torres, E. (2024). Epidemiología de la ansiedad y su contexto en atención primaria.

<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-practica-24-pdf-S260507302400004X>

Echeburúa, E. Corral, P. Amor, P. (2001). Estrategias de afrontamiento ante los sentimientos de culpa. Vol. 27, N° 116.

Flores-Torres MH, Tran A, Familiar I, López-Ridaura R, Ortiz-Panozo E. (2022). Escala de Estrés Percibido, un instrumento para explorar estrés psicológico en mujeres mexicanas. Salud Publica Mex.

<https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v64n1/0036-3634-spm-64-01-49.pdf>

Gaitán-Rossi, P. Perez-Hernandez, V. Vilar-Compte, M. Teruel-Belismelis, G. Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/12257/12117>

Garrido-Rojas (2006). Apego, emoción y regulación emocional. implicaciones para la salud.

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-05342006000300004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342006000300004)

Giménez, R. C. (2007). Aplicación de la teoría fundamentada (grounded theory) al estudio del proceso de creación de empresas. DECISIONES GLOBALES, 1. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2499458.pdf>

Gonzalez, N. Torres, M. Ruiz, M. Gonzalez, E. Bienestar y malestar emocional sobre el rendimiento académico en escolares. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/81358>

Herrera-Covarrubias, D. Coria-Avila, A. Muñoz-Zavaleta, D., Graillet-Mora O. Aranda-Abreu G. Rojas-Durán F. Hernández, M<sup>1</sup>, Ismail, N. (2023). Impacto del estrés psicosocial en la salud. Centro de investigaciones cerebrales. Universidad Veracruzana, México. Volumen 14. <https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2017/17/Herrera/HTML.html#>

Herrera, B. Galindo, B. Bobadilla, R. Penedo, F. Lerma, A. (2021). Propiedades psicométricas del Cuestionario MOS de Apoyo Social en una muestra de pacientes con enfermedades cardiovasculares en población mexicana. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2691>

Instituto nacional de las personas adultas mayores (INAPAM), (2022). Autocuidado y bienestar para personas cuidadoras. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/autocuidado-y-bienestar-para-personas-cuidadoras?idiom=es>

Instituto nacional de las personas adultas mayores (INAPAM), (2020). La importancia del autocuidado en cuidadoras y cuidadores de personas mayores dependientes. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/importancia-del-autocuidado-de-quien-cuida-a-personas-adultas-mayores-dependientes?idiom=es>

Instituto nacional de salud (2018). Enfermedades crónicas. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-41572018000500005](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572018000500005)

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2022). Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC) 2022. México. INEGI.

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

Islas, N. Ramos, B. Aguilar, G. García, L. (2006). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC.

[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-7585200600040006](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-7585200600040006)

Leal, A. (2006). El estrés: Cómo nos afecta.

<https://www.redalyc.org/pdf/4762/476259067015.pdf>

López, I. (2025). Teoría polivagal de Porges: el poder de la respuesta vagal en tus emociones.

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. <https://revistas.usb.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/990/729>

Martínez, S. Manchón, J. Quiles, M. (2022). Actividad física y ajuste psicológico en estudiantes universitarios. *Revista de psicología de la salud*. Vol 10 Núm 1. Pp. 157-166 <https://revistas.innovacionumh.es/index.php/psicologiasalud/article/view/1401/1707>

Miró, E, Cano, M; Buela, G. (2005) Sueño y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*, núm. 14, 2005, pp. 11-27 Universidad Nacional de Colombia Bogotá, Colombia. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401401>

Montero, M. (2004). Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina.

<https://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Introducci%C3%B3n%20a%20la%20psicolog%C3%ADa%20comunitaria.pdf>

[20a%20la%20psicolog%C3%ADa%20comunitaria.%20Desarrollo,%20conceptos%20y%20procesos..pdf](#)

Montero Pardo X., Jurado Cárdenas S., Valencia Cruz A., Méndez Venega J. y Mora Magaña I. (2014). Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. *Psicooncología*, 11(1), 71-85. [https://doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2014.v11.n1.44918](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44918)

Montoya, L. A., De Arias, L. M. P., & Montoya, C. L. V. (2008). El desarrollo personal en el proceso de crecimiento individual. Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84920454022>

Moreno-Coutiño, A. (2024). Atención plena compasiva para la salud. México Organización Mundial de la salud (OMS). <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

Naranjo Pereira, M. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33(2), 171-190.

Naranjo Pereira, M. (2007). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, vol. 7, núm. 3. <https://www.redalyc.org/pdf/447/44770311.pdf>

National Institute of Mental Health. Depresión. Pp. 2-3. <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/health/publications/depression/depression.pdf>

Organización Panamericana de la salud (OPS) (s.f). Enfermedades no transmisibles. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>

Organización Mundial de la salud (OMS). <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

Organización Mundial de la salud (OMS). (2023). Trastornos de ansiedad. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

Organización Mundial de la Salud (OMS).(2015). Medición de la salud y la discapacidad. Manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS (WHODAS).

[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/170500/9874573309\\_spa.pdf;jsessionid=EC99047D4AC7B33095E14A510C8FE8BE?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/170500/9874573309_spa.pdf;jsessionid=EC99047D4AC7B33095E14A510C8FE8BE?sequence=1)

Pennebaker, J. (1993). Putting stress into words: Health, linguistic, and therapeutic implications, Behaviour Research and Therapy. Volume 31, Issue 6.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0005796793901054?via%3Dihub#previ-ew-section-abstract>

Palma-Ayllon, E. Escarabajal-Arrieta, M (2021). Effects of loneliness on the health of the elderly.

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2021000100022](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000100022)

Rodriguez, D. Martinez-Cuervo, N. Vazquez-Ortega, J. Manjarrez-Ibarra, J. Rios-Quintero, Y. (2023). La temperatura nasal: Marcado autonómico de relajación y asociación con el apoyo social, estudios exploratorios en adultos mayores. Revista Psicología de la salud.

<https://revistas.innovacionumh.es/index.php/psicologiasalud/article/view/1804/1897>

Ruiz de chavez, D. Alcala, E. Almeida, C. (2020). Caracterización y sobrecarga del cuidador de adultos mayores que acuden a los Servicios de Salud de Zacatecas.

Saucedo, M. (2016). Comunicación asertiva.

Santos-Vega, M. Ortega-Andeane, P. Toledano-Toledano, F. (2021). Validez y confiabilidad de la Escala de Apoyo Social Percibido (MSPSS). Psicooncología.

<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/77756>

Santos, X. Ortega, P. Galindo, O. 2023. Propiedades psicométricas de la Escala de Malestar Psicológico (K-10) en cuidadores primarios de pacientes con cáncer.

<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/download/2788/4647/12705>

Sanchez, R. Lopez, D. Brito-Aranda, L. Gracia, B. Thompson, M. Pavon, E. Beltran, L. Duran, R. Melgarejo, E. Castillo-Cruz, T. Anguiano, T. Orozco-Valencia, A. (2024).

Factores asociados a la sobrecarga del cuidador en cuidadores primarios de personas adultas mayores con diabetes tipo 2. Pp 4.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11067533/>

Suárez, J. D. (2023). Los 10 principios del Desarrollo Personal. Rincón de la Psicología. <https://rinconpsicologia.com/principios-del-desarrollo-personal/>

Soria, F. Tarraga, M. Madrona, F. Romero, M. Tarraga, P. (2021). Use of alternative or relaxation techniques in the treatment of chronic pain. Pp 1039- 1311.

<https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v6n10/2529-850X-jonnpr-6-10-1308.pdf>

Soto, A., Tavera M. L., Sandoval M. et al. (2022). Estrés postraumático causado por sismos. <http://www.librosoa.unam.mx/bitstream/handle/123456789/3389/Estres%20postraumatico%20Bases%20teoricas%20DIGITAL%2020ene22.pdf?sequence=1&id=1>

Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA). 2022). La importancia del apego durante los primeros años de vida y la obligación de velar por su cumplimiento en México.

<https://www.gob.mx/sipinna/articulos/la-importancia-del-apego-durante-los-primeros-anos-de-vida-y-la-obligacion-de-velar-por-su-cumplimiento-en-mexico?idiom=es>

Tinajero- Chavez, L. Mora-Ramo, J. Bravo- Doodle, A. Cruz, B. Calleja, N. Toledano-Todelano, F. (2023). Diseño, desarrollo y validación de la escala de salud autopercebida (SPHS). <https://www.mdpi.com/2227-9032/11/14/2007>

Torres-Avendaño B, Agudelo-Cifuentes MC, Pulgarin-Torres M, Berbesi-Fernández DY (2018). Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario. Medellín, 2017. Univ. Salud.;20(3):261-269. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182003.130>

Tortella-Feliu, M. (2014). Anxiety disorders in DSM-5.

Zapata, F. Rondán, N. (2016). Guia conceptual y metodológica del instituto de montaña: Revisión y aportes: Jorge Recharte, Anaïs Zimmer, Doris Chávez y Gabriela López. <https://mountain.pe/recursos/attachments/article/168/Investigacion-Accion-Participativa-IAP-Zapata-y-Rondan.pdf>

Vargas, E. García, C.Grau, J. (2013). Perder, sufrir y seguir: el proceso de duelo.

Wolfgang, P. River, S. Dominguez, A. Mendez, F. Diaz, R. (2021). Positive Affect/Negative Affect Scale for Mexicans ((APAN-M): Evidences of Validity and Reliability. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-48322021000100095&script=sci\\_abstract](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-48322021000100095&script=sci_abstract)

## **Anexos**

Bitácoras individuales CPI1

[https://drive.google.com/drive/folders/1PuO5YWkGDY58DkvYFuQfVoXBID5muYp-?  
usp=drive\\_link](https://drive.google.com/drive/folders/1PuO5YWkGDY58DkvYFuQfVoXBID5muYp-?usp=drive_link)

Bitácoras individuales CPI2

[https://drive.google.com/drive/folders/1qbf5RUyGjbONBJaLPooNUcdBQQLX40fZ?u  
sp=sharing](https://drive.google.com/drive/folders/1qbf5RUyGjbONBJaLPooNUcdBQQLX40fZ?usp=sharing)

Bitácoras individuales CPI3

[https://drive.google.com/drive/folders/1gYcr3ffv2MbgLF8P7JXuI-NYuKlpTMKw?usp=shari  
ng](https://drive.google.com/drive/folders/1gYcr3ffv2MbgLF8P7JXuI-NYuKlpTMKw?usp=sharing)

Escritura emocional Autorreflexiva

[https://drive.google.com/drive/folders/1lthWjZe1gCR4jhPWpk8Tfh5ZGp49EIfM?usp=shari  
ng](https://drive.google.com/drive/folders/1lthWjZe1gCR4jhPWpk8Tfh5ZGp49EIfM?usp=sharing)

Bitácoras Grupo “protectoras con amor”

[https://docs.google.com/document/d/1JzzglOXJz\\_vigoz8R-yyjOVM6c2T1yhR-XysLxGMM  
E/edit?usp=sharing](https://docs.google.com/document/d/1JzzglOXJz_vigoz8R-yyjOVM6c2T1yhR-XysLxGMM/edit?usp=sharing)