



Casa abierta al tiempo
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD IZTAPALAPA

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

"Evaluación e intervención psicosocial con cuidadores primarios informales: Un estudio sobre el impacto emocional, físico y social de ser un cuidador"

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

Presentan:

Hernández García Reyna Violeta | 2193060045

Morales Mendoza Ilse Lizbeth | 2202017205

Mtro. Jesús Omar Manjarrez Ibarra
Lector



Mtro. José Joel Vázquez Ortega
Asesor

1. Resumen.

Este informe de investigación nos dará una perspectiva de lo que viven día con día las y los cuidadores de la colonia San Miguel Teotongo, ubicada en la alcaldía de Iztapalapa. Se desarrolla en tres etapas, las cuales están organizadas en dos fases: la primera corresponde al trabajo individual y la segunda al trabajo en grupo. Es relevante señalar que los cuidadores principales suelen enfrentar un estrés crónico debido a la carga que implica atender a una persona dependiente. El término "sobrecarga del cuidador" hace referencia a las dificultades físicas, mentales, psicosociales y socioeconómicas que enfrentan durante el cuidado de personas enfermas, lo que repercute negativamente en su vida social y estabilidad emocional.

Por ello, este proyecto centró su atención en el acompañamiento psicosocial a los cuidadores y cuidadoras primarios de San Miguel Teotongo, con el propósito de ofrecer diversas herramientas y técnicas que les permitan manejar el estrés, ansiedad, tristeza, sobrecarga, vínculos sociales sanos, comunicación asertiva, límites, entre otros.

2. Palabras clave.

Cuidador primario (CPI).

Auto cuidador.

Intervención Comunitaria.

Método.

Análisis cualitativo.

Análisis cuantitativo.

Estudio.

Estrés.

Ansiedad.

Depresión.

Duelo.

Emociones.

Inteligencia emocional.

Sobrecarga.

Mindfulness.

Acompañamiento psicosocial.

Técnicas de relajación.

Investigación.

Grupo.

Pertenencia.

Roles.

3. Abstract.

This research report will give us an insight into the daily experiences of caregivers in the San Miguel Teotongo neighborhood, located in the Iztapalapa borough. It is developed in three stages, organized into two phases: the first corresponds to individual work and the second to group work. It is important to note that primary caregivers often face chronic stress due to the burden of caring for a dependent person. The term "caregiver overload" refers to the physical, mental, psychosocial, and socioeconomic difficulties they face while caring for ill people, which negatively impacts their social life and emotional stability.

Therefore, this project focused on psychosocial support for primary caregivers in San Miguel Teotongo, with the aim of offering various tools and techniques to help them manage stress, anxiety, sadness, overload, healthy social bonds, assertive communication, and boundaries, among others.

3.1. Keywords.

Primary caregiver (PCI), self-caregiver, Community Intervention, Method, qualitative analysis, quantitative analysis, study, stress, anxiety, depression, grief, emotions, emotional intelligence, overload, mindfulness, psychosocial support, relaxation techniques, research, group, belonging, roles.

4. Dedicatorias.

5. Agradecimientos.

Tabla de contenido.

1. Resumen.....	2
2. Palabras clave.....	3
3. Abstract.....	4
3.1. Keywords.....	4
4. Dedicatorias.....	5
5. Agradecimientos.....	6
6. Introducción.....	10
7. Marco teórico.....	17
7.1. Orígenes históricos del sistema de cuidados en México.....	17
7.1.2. Época prehispánica y colonial.....	17
7.1.3. Siglos XIX y XX: La Modernización y el Sistema de Cuidados.....	18
7.1.4. El Trabajo de Cuidado en el Siglo XXI.....	19
7.1.5. Iniciativas y Políticas Públicas Recientes.....	20
7.1.6. Enfoque demográfico del sistema de cuidados en México.....	21
7.1.7. Enfoque demográfico en el sistema de Cuidados.....	21
7.1.8. El Sistema de Cuidados en México: Un Enfoque Psicológico.....	23
7.1.9. Sistema de Cuidados desde la Psicología.....	24
7.1.10. Sistema de cuidados desde la economía San Miguel Teotongo.....	24
7.1.11. Cuidado de Adultos Mayores.....	25
7.1.12. Cuidado en Personas con Discapacidad.....	25
7.1.13. Teorías relevantes (teoría fundamentada).....	26
7.1.14. Teoría polivagal (Porges, 1992).....	27
7.1.15. Teoría de apoyo social (Cohen y Wills).....	28
7.1.16. Teoría de la identidad social (TIS) (Henri Tajfel y Jhon Turner).....	29
7.1.17. Teoría del Apego.....	29
7.1.18. Teoría del Estrés y Coping.....	30
7.1.19. Teoría de la resiliencia.....	30
7.1.20. Psicología social comunitaria.....	32
7.1.21. Cuidador primario informal.....	32
7.1.22. Apoyo social (red de apoyo).....	33
7.1.23. Inteligencia emocional (gestión e identificación de emociones).....	34
7.1.24. Escritura emocional autorreflexiva.....	34
7.1.25. Técnicas de relajación.....	35
7.1.26. Temas importantes.....	36
7.1.27. Depresión.....	37
7.1.28. Ansiedad.....	38
7.1.29. Miedo.....	38
7.1.30. Estrés.....	38
7.1.31. Soledad.....	39
7.1.32. Comunicación asertiva.....	39
7.1.33. Límites.....	41
8. Contexto.....	41
8.1. Lugar.....	41

8.1.1. Ubicación.	41
8.1.2. Historia y cultura.	41
8.1.3. Atractivos turísticos.	41
8.1.4. Significado del nombre.	42
8.1.5. Población.....	42
8.1.6. Economía y Actividades.....	42
8.1.7. División territorial de San Miguel Teotongo.....	42
9.Objetivos.....	44
9.1.General.....	44
9.2.Específicos.....	44
10.Metodología	45
10.1.Planteamiento del problema.....	45
10.1.1.Justificación.....	45
10.1.2.Pregunta de investigación.....	48
10.2.Población.....	48
10.2.1.Población de estudio.....	49
10.3.Muestra/participantes.....	49
10.3.1.Etapa uno.....	51
10.3.2.Etapa dos.....	57
10.3.3.Etapa Tres.....	59
10.4.Muestreo.....	60
10.5.Ubicación temporal.....	61
10.6.Criterios de inclusión.....	64
10.7.Criterios de exclusión.....	65
10.8.Tipo de estudio y diseño.....	65
10.9.Instrumentos.....	68
10.9.1.Primer etapa.....	70
10.9.2.Segunda Etapa.....	71
10.9.3.Tercer etapa.....	72
10.10.Procedimientos.....	73
10.10.1.Etapa 1.....	73
10.10.2.Etapa 2.....	82
10.10.3.Etapa 3.....	88
11.Resultados.....	91
11.1.Primer etapa.....	91
11.1.1.Tipo de análisis cuantitativo.....	91
11.1.2. Tipo de análisis cualitativo.....	99
11.2. Segunda etapa (Fase individual).....	101
11.2.1. Tipo de análisis cuantitativo.....	101
11.2.2 Análisis Cualitativo.....	103
11.3. Tercer etapa (Fase grupal).....	123
11.3.1. Tipo de análisis cualitativo.	123
11.3.1.1. Sesión grupal 1.	126
11.3.1.2. Sesión grupal 2.	130
11.3.1.3. Sesión grupal 3.	134
11.3.1.4. Sesión grupal 4.	137

11.3.1.5. Sesión grupal 5.....	140
11.3.1.6. Sesión grupal 6.....	143
11.3.1.7. Sesión grupal 7.....	146
11.3.1.8. Sesión grupal 8.....	150
12.Conclusiones generales.....	151
13.Sugerencias.....	151
13.1.Primer etapa y segunda etapa individual.....	151
13.1.1.Tercer etapa grupal.....	152
14.Limitaciones.....	154
15.Referencias.....	154
16.Anexo.....	157

6. Introducción.

Este proyecto de investigación se basa en la intervención comunitaria en San Miguel Teotongo y se desarrolló en tres etapas. Las primeras dos etapas se centraron en la atención individual, permitiendo conocer y entender el contexto personal y familiar de cada participante. La tercera etapa consistió en un apoyo psicosocial grupal (reuniendo a todos los participantes activos en las primeras dos etapas), con el objetivo de crear una red de apoyo social entre los participantes.

San Miguel Teotongo, ubicada en la delegación Iztapalapa de la Ciudad de México, es una comunidad que enfrenta importantes retos sociales y económicos. Uno de los aspectos más críticos es la falta de un sistema de cuidados adecuado para sus habitantes, especialmente para aquellas familias donde el contexto familiar es hacerse cargo del cuidado de personas mayores, niños, personas con discapacidades o quienes enfrentan enfermedades crónicas. La creciente demanda de estos cuidados, sumada a la escasez de recursos y a la falta de infraestructura pública apropiada, plantea una necesidad urgente de reconfigurar el modelo de atención y apoyo en la comunidad.

A través de este trabajo de intervención comunitaria, se busca explorar y fortalecer el sistema de cuidados en San Miguel Teotongo, promoviendo la creación de redes de apoyo comunitario que garanticen una atención más integral y accesible para quienes más lo necesitan, como es el caso de los cuidadores primarios informales (CPI).

Hablar de “cuidador primario” suele ser un tanto difícil debido a que es un término desconocido para la sociedad en general. En primera instancia debemos saber que a los cuidadores primarios también se les llama “cuidadores informales” por el hecho de que hasta el día de hoy no es reconocida su labor y mucho menos es remunerado económicamente. Un

cuidador primario es aquella persona que se encarga de realizar el cuidado de otra u otras personas con enfermedades crónicas, problemas de movilidad o alguna discapacidad, ellos son los encargados de suministrar alimentos, medicamentos, aseo personal, alimentación, y todas aquellas necesidades básicas que el enfermo requiera.

Esta tarea puede ser vista como algo “fácil” pero realmente no lo es, esto es bastante complicado y trae consigo repercusiones negativas para el cuidador, (a nivel físico, psicológico y social) ya que la sobrecarga del cuidado le puede generar un alto nivel de estrés. Otras afectaciones son el cansancio excesivo, preocupaciones, irritabilidad, aislamiento social, la salud física (dolores musculares, cabeza, estomacales, fatiga, etcétera), incremento o desarrollo de ansiedad y depresión. Cabe mencionar que el cuidador no percibe el desgaste que le provoca ser cuidador de alguien más o de sí mismo, considerando que se auto cuida.

La salud y el bienestar son conceptos fundamentales para la calidad de vida, debido a que estos afectan directamente a la capacidad de las personas para realizar actividades cotidianas; tener buen equilibrio en ambas ayuda a mantener relaciones saludables. La salud y el bienestar implica estar “bien” en el aspecto físico, social y emocional. En algunas organizaciones que tienen alianza con la ONU (Red española del pacto mundial) explican que una vida sana y promover el bienestar de todos a todas edades es importante para la construcción de sociedades prósperas.

Como se ha mencionado en el párrafo anterior para mantener un estilo de vida saludable y equilibrado, es importante hacer uso de prácticas que promuevan bienestar en el aspecto físico, social y emocional, si nos preocupamos por estar bien en estos tres aspectos disminuimos el riesgo de padecer enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, cardiopatías, depresión,

etcétera...). Algunas prácticas que promueven el bienestar físico es realizar ejercicio de manera regular (caminar, correr, yoga), la buena alimentación es fundamental (comer frutas y verduras, granos, etcétera). Hacer uso de técnicas de relajación (respiración profunda, meditación).

En caso del bienestar emocional, practicar la autorregulación, autoconocimiento, desarrollar habilidades para el manejo de estrés y ansiedad o realizar prácticas de mindfulness ayudará a lograr bienestar o mejorar el bienestar.

Hablando desde el aspecto social establecer relaciones sociales, participación en actividades comunitarias, desarrollo de habilidades sociales entre otros, de igual manera contribuirá a obtener aspectos positivos en nuestra vida cotidiana.

El malestar puede ser visto como un estado de incomodidad, tensión o insatisfacción que puede ser producto de las interacciones sociales, entre ellas podemos encontrar el malestar emocional referido a la experiencia de emociones negativas como: ansiedad, depresión, tristeza, ira, etcétera.

“Las manifestaciones más claras del malestar psicológico se entienden en la tonalidad afectiva del paciente, en donde suelen presentarse datos clínicos de depresión, tales como: llanto fácil, pérdida de interés, alteraciones en el patrón de sueño e irritabilidad; así como, datos de tipo ansioso: sensación de opresión torácica, sensaciones claustro o agorafóbicas palmar, inquietud, desesperación, miedo, pérdida del control, inconformidad, irritabilidad y agitación, entre otros.” (José Espindola, Morales, 2021); El malestar social derivado a las interacciones y el estrés sociales también son considerados como tal.

El estrés crónico lo podemos definir como aquella sensación de agotamiento, preocupación y agobio que afecta directamente la salud física y mental, está caracterizado por la duración ya que se define estrés crónico cuando la duración es prolongada, también por el impacto negativo en la calidad de vida, por la activación crónica del sistema nervioso simpático (respuesta inflamatoria). Es de suma importancia hacer frente a este problema, de lo contrario puede generar problemas principalmente de ansiedad, depresión, trastornos de sueño y enfermedades crónicas. “El estrés puede afectar a personas de cualquier edad, género y circunstancias personales y puede dar lugar a problemas de salud tanto física como psicológica.” (Mary K, Alvord. 2013).

Los síntomas de estrés que se reportaron incluyeron dolores musculares, insomnio y pesadillas, dolores de cabeza o mareos, irritabilidad o mal humor, náuseas, dolor de estómago e indigestión. (Fernández Bolaños, et al., 2020)

El estrés está relacionado con la relación entre un individuo y su entorno, un entorno que probablemente supere los recursos psicosociales personales (González Forteza, Andrade. 2003)

Los aspectos económicos (inestabilidad financiera), laborales (sobrecarga de trabajo, desempleo), familiares (cuidado de familiares dependientes, conflictos, discusiones), problemas de tránsito (tráfico) y emocionales (autoestima baja, sobrecarga, miedo, incertidumbre), son aspectos que generan estrés y son al mismo tiempo fuentes que generan malestar (estresores); es importante mencionar que lo que puede ser estresante para una persona, no puede serlo para otra.

Los principales problemas que se pudieron identificar a raíz de estos síntomas incluyeron las finanzas personales y familiares, la salud propia o de sus familiares y el malestar mental, entre otros. (Fernández Bolaños, Benno. 2020).

Con el fin de realizar un impacto positivo hacia las personas de la comunidad se emplearon diversas herramientas, entre ellas Mindfulness.

Mindfulness se refiere al estado mental de estar atentos a experiencias del presente, también es conocida como: atención plena, conciencia plena o conciencia pura. “parar y estar presente” (Kabat- Zinn. 2005). Hacer uso de esta herramienta produce efectos positivos su mayoría de las veces, en el aspecto emocional con la reducción de estrés y ansiedad, mejora el estado de ánimo, existe un incremento considerable de la empatía y mejora la regulación emocional; en los efectos sociales existe mejora en las relaciones interpersonales, trabajo en equipo y aumento en la comunicación efectiva. y desde el lado cognitivo mejora la atención, la concentración, incremento a la memoria, resolución de problemas, entre otros. (Ausias Cebolla, Demazo. 2014)

La escritura emocional autorreflexiva es un procedimiento terapéutico utilizado como herramienta en donde la persona escribe algún evento traumático o que le haya ocasionado algún tipo de conflicto emocional. Este trabajo nos permite como psicólogos identificar el evento y sus causas y que al mismo tiempo la persona afectada reflexione y asimile la situación.

Vale la pena mencionar que esta técnica logra conectar pensamientos, sentimientos y experiencias, además que ayuda a concientizar el problema. Algunos de los beneficios que nos aporta es, la reducción de estrés y ansiedad (según sea cada caso), ya que al momento de llevar a cabo la actividad ayuda a liberar y procesar emociones negativas. La autoconciencia también es

una ventaja de ponerlo en práctica, ya que como se ha mencionado ayuda a que te vuelvas consciente y que identifiques o entiendas tus comportamientos, sentimientos y/o pensamientos.

Esta práctica no solo permite la reflexión y la resolución de problemas personales e interpersonales, sino que también ofrece beneficios físicos significativos. Al reducir el dolor crónico y mejorar la calidad de sueño y fortalecer el sistema inmunológico, puede ser una herramienta valiosa para mejorar la salud en general.

A grandes rasgos la escritura guiada o autorreflexiva ayuda a quien lo practica a procesar y reflexionar sobre experiencias, sentimientos y pensamientos.

Un estudio realizado en el mes de junio de 2023 desarrollado por un grupo de especialistas, se dieron a la tarea de medir el impacto que genera realizar escritura “expresiva” como ellos la llaman, a un grupo de personas cuidadoras de familiar con cáncer, esta intervención tenía como objetivo “comparar los cambios en el estado de ánimo, la calidad de vida antes y después de la intervención” (Shelby Langer,.2024).

Esta intervención tiene como objetivo sensibilizar a los habitantes sobre la importancia de un sistema de cuidados, sobre el rol que ejercen los cuidadores y sobre la importancia de una salud física, psicológica y social, que no solo dependa de las instituciones públicas, sino que también involucre a la comunidad en la generación de soluciones colaborativas, donde las relaciones de solidaridad y el trabajo colectivo sean fundamentales.

También lo es construir un sistema de cuidados que no solo brinde apoyo a los beneficiarios directos del cuidado, sino que también valore y proteja a quienes lo brindan. Se

trata de reconocer la importancia del trabajo de cuidado y de establecer mecanismos que favorezcan un entorno de apoyo y bienestar para todos los involucrados.

Esta breve introducción parte de la revisión de materiales teóricos y metodológicos que permitieron desarrollar esta investigación.

7. Marco teórico.

El estudio del cuidador primario informal requiere una comprensión profunda de los enfoques teóricos que han sido desarrollados en diversas disciplinas. En este marco teórico, se explorarán las contribuciones más importantes que permiten explicar y fundamentar esta investigación, así como los temas clave que se abordaron en las sesiones individuales y grupales.

Inicialmente partiremos de hechos históricos sobre el sistema de cuidados en México desde una perspectiva histórica, demográfica, económica y psicológica.

7.1 Orígenes Históricos del Sistema de Cuidados en México.

7.1.2. Época Prehispánica y Colonial.

En la época prehispánica, los pueblos originarios tenían una organización social comunitaria que compartía responsabilidades, incluidas las tareas de cuidado. Sin embargo, los roles estaban profundamente marcados por el género y la edad. Las mujeres eran las principales encargadas de los cuidados de los niños, ancianos y personas enfermas. La comunidad en general tenía un papel activo en los cuidados, pero existía una fuerte diferenciación de roles basada en la cultura y las costumbres locales.

Con la llegada de los españoles, la organización del trabajo en la sociedad se transformó. Las mujeres continuaron siendo las encargadas de los cuidados, pero los valores patriarcales impusieron una división más estricta de roles y limitaciones a las funciones públicas de las mujeres, relegándolas principalmente al espacio privado.

¿Pero es posible que estas responsabilidades de género tradicionales aún se mantengan en la sociedad mexicana y específicamente en la comunidad de San Miguel Teotongo? A lo largo de este año de investigación y análisis podemos confirmar que sí, el contexto social aunado a la cuestión económica son factores que orillan a las mujeres a ser cuidadoras de alguna persona o de sí mismas. Todo esto es sustentado más adelante donde se muestra que más del 80% de las personas a las que se le brindó el apoyo psicosocial son mujeres.

7.1.3. Siglos XIX y XX: La Modernización y el Sistema de Cuidados.

Durante el siglo XIX y principios del siglo XX, con el proceso de modernización de México, las mujeres seguían siendo las principales cuidadoras informales, pero el Estado no había establecido políticas públicas específicas sobre el cuidado. Las reformas que se iniciaron con el gobierno de Porfirio Díaz en la Revolución Industrial no incluyeron un sistema de cuidados formales, ya que el enfoque estaba más centrado en la economía de mercado y en el trabajo industrial.

Fue hasta el siglo XX, en especial después de la Revolución Mexicana (1910-1920), que el sistema de cuidados comenzó a ser considerado en el ámbito público, aunque de manera marginal. A medida que el Estado mexicano construía un sistema de bienestar, las políticas sociales se orientaron hacia el cuidado de los niños (a través de escuelas y guarderías) y las personas enfermas, pero la mayor parte de los cuidados continuó siendo un asunto privado dentro del hogar, principalmente asumido por las mujeres.

La modernización implica cambios, pero no siempre son beneficiosos. Aunque existen apoyos económicos para los pacientes de los cuidadores primarios informales (CPI), estos no son

suficientes para generar un cambio real. La intervención psicológica es fundamental para abordar las necesidades emocionales y psicológicas de los CPI.

7.1.4. El Trabajo de Cuidado en el Siglo XXI.

En el siglo XXI, la situación del sistema de cuidados en México se ve reflejada en inequidades persistentes. A lo largo de las últimas décadas, organizaciones feministas y estudios sobre el trabajo de cuidado han mostrado que las mujeres continúan cargando la mayor parte de este trabajo, lo que afecta su participación en el mercado laboral y su acceso a derechos y recursos. Las estadísticas muestran que las mujeres realizan el 75% del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, lo que tiene implicaciones directas en su bienestar, acceso a la educación y desarrollo personal.

En 2012, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) comenzó a reconocer más explícitamente la importancia del trabajo de cuidado en México a través de estudios como la Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo. Sin embargo, el Estado mexicano no ha desarrollado un sistema formal de cuidados que garantice acceso equitativo a servicios de cuidado, lo que genera una gran desigualdad.

El trabajo de un CPI, es bastante complejo y como lo han mencionado estudios previos, esta labor trae consigo efectos negativos para todo aquel que lo practica, podemos confirmarlo con las cuatro personas a quien se les brindó la atención psicosocial, todas tenían problemas de estrés, ansiedad, aislamiento social, impacto negativo en la salud física y mental.

7.1.5. Iniciativas y Políticas Públicas Recientes.

A partir de los años 2010, el debate sobre la reconstrucción del sistema de cuidados ha tomado relevancia, impulsado por la sociedad civil, movimientos feministas y algunos partidos políticos. En 2021, el gobierno mexicano, a través del Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres), promovió la Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC), que busca visibilizar tanto las necesidades de cuidado como las condiciones de las personas cuidadoras. En este sentido, la ENASIC 2022 marcó un hito importante al ofrecer datos más claros sobre la situación del trabajo de cuidados y la necesidad de políticas públicas que reconozcan tanto la demanda como la oferta de cuidados.

La lucha por mejorar la vida de los CPI, es un desafío complejo que requiere un enfoque multidisciplinario. Al analizar la situación histórica, se puede observar que ha habido avances en la conciencia sobre las necesidades de los CPI, pero aún hay mucho trabajo por hacer, por ejemplo, crear un enfoque multidisciplinario donde se mezcle diversas disciplinas como la psicología, la sociología, la medicina, la economía y la política; esto ayudaría a encontrar soluciones efectivas por medio de:

- Investigación y análisis (como el que desarrollamos).
- La creación y desarrollo de nuevas políticas sobre el cuidado
- Capacitación y educación hacia los CPI
- Conciencia social
- Apoyo emocional y psicológico, entre otros.

Todo esto con ayuda de tecnologías y planes innovadores multidisciplinarios.

7.1.6 Enfoque demográfico del sistema de cuidados en México.

Sistema de Cuidados en México

El sistema de cuidados en México se refiere al conjunto de servicios, políticas y prácticas que buscan atender y garantizar el bienestar de las personas, particularmente en lo relacionado con la salud, la educación, el cuidado infantil y el apoyo a personas mayores o con discapacidades. Este sistema incluye tanto las redes formales (como servicios públicos y privados) como las informales (familiares y comunitarias).

7.1.7 Enfoque demográfico en el sistema de Cuidados.

Los datos sociodemográficos de México, como la edad, el género, la clase social y la ubicación geográfica, tienen un impacto directo en la accesibilidad y calidad de los servicios de cuidado.

En el contexto mexicano, el sistema de cuidados está profundamente influenciado por roles de género tradicionales, en los que las mujeres asumen la mayor carga de trabajo no remunerado relacionado con el cuidado de niños, adultos mayores y personas con discapacidades. Esto se refleja en los datos sociodemográficos que muestran que las mujeres dedican más tiempo a estas actividades en comparación con los hombres. Según datos del INEGI, el 72% de las mujeres mexicanas se encargan de las tareas domésticas y de cuidado no remunerado, frente al 26% de los hombres.

Desde un punto demográfico pudimos observar que el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) ha llevado a cabo la Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC) 2022, con el objetivo de generar información estadística sobre la demanda de cuidados en los hogares y las características de las personas que brindan estos cuidados.

- Cobertura de cuidados: Se identificó que el 77.8% de los hogares en México tienen personas que requieren cuidados, ya sea por discapacidad, dependencia, edad temprana o avanzada.
- Perfil de las personas cuidadoras: Del total de personas que brindan cuidados, el 75.1% son mujeres y el 24.9% son hombres. Además, las mujeres dedican un promedio de 38.9 horas semanales a estas actividades, mientras que los hombres dedican 30.6 horas.
- Personas mayormente atendidas

Personas con discapacidad o dependencia: El 61.5% fue atendido.

Personas de 60 años y más: El 24.1% recibió cuidados.

- Estructura Demográfica: México enfrenta un envejecimiento de su población. De acuerdo con datos del INEGI, el porcentaje de personas mayores de 60 años ha aumentado significativamente, lo que genera una mayor demanda de servicios de cuidado para personas mayores. Al mismo tiempo, la población joven sigue siendo elevada, lo que implica también una necesidad constante de cuidados en la infancia.
- Pobreza y Vulnerabilidad Social: Los grupos socioeconómicamente más vulnerables, particularmente en el sur del país, enfrentan grandes desafíos en términos de acceso a servicios de cuidado de calidad. Los datos muestran que las familias con menos recursos son las que más dependen de los cuidados informales, lo que implica riesgos relacionados con la calidad y la equidad en el acceso al cuidado.

Un nuevo sistema de cuidados es el programa de salud casa por casa, es una iniciativa del gobierno de México, encabezado por la presidenta claudia Sheinbaum, que tiene como objetivo

garantizar el derecho a la salud de adultos mayores y personas con discapacidad, por medio de atención personalizada directamente en los hogares de los beneficiarios.

La falta de recursos económicos puede ser un obstáculo significativo para acceder a servicios de salud de calidad. Los programas sociales de salud como: “salud casa por casa”, pueden ser una solución para personas con escasos recursos, pero es fundamental difundir información sobre su existencia para que llegue a quienes realmente lo necesitan.

En nuestra investigación tres de cuatro auto cuidadoras/cuidadoras con las que trabajamos solicitaron el servicio, la cuidadora 0001 está en proceso para obtener la ayuda, cuidadora 0002 cuenta con el apoyo, al igual que la cuidadora 0004. Es pertinente destacar que aunque nuestras cuidadoras tienen acceso al programa, existen deficiencias en la atención proporcionada por algunos profesionales de la salud, quienes muestran falta de empatía. Además, el programa presenta limitaciones en cuanto a la disponibilidad de medicamentos necesarios para los beneficiarios.

7.1.8 El Sistema de Cuidados en México: Un Enfoque Psicológico.

Desde una perspectiva psicológica, las políticas públicas deben ser diseñadas no solo para garantizar el acceso a servicios de cuidado, sino también para proporcionar apoyo psicológico a los cuidadores, especialmente a las mujeres, que son las principales responsables. El reconocimiento del trabajo de cuidado, su valoración social y la redistribución de responsabilidades son pasos esenciales para mejorar tanto la salud mental de las personas cuidadoras como la calidad del cuidado que reciben los individuos dependientes.

Desde la psicología, el análisis del sistema de cuidados en México revela la importancia de reconocer el impacto emocional y psicológico del trabajo de cuidado en todos los

involucrados. Las políticas públicas deben centrarse en la creación de un sistema de cuidados que no solo proporcione atención física o económica, sino que también considere el bienestar emocional de los cuidadores y las personas que requieren cuidados. La equidad de género, la resiliencia de los cuidadores y el acceso a servicios de apoyo psicológico son aspectos clave para un sistema de cuidados integral que promueva el bienestar y la salud mental en la sociedad mexicana.

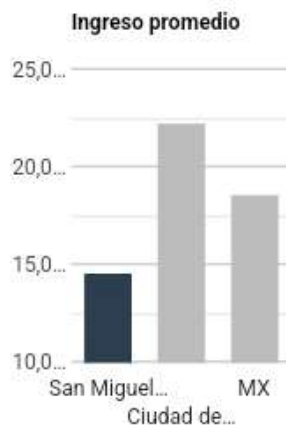
7.1.9 Sistema de Cuidados desde la Psicología.

Desde la psicología, el cuidado se refiere a las acciones que satisfacen las necesidades básicas de los individuos, incluyendo las necesidades físicas, emocionales y sociales. Es un proceso en el que el cuidador proporciona apoyo y atención para mejorar la calidad de vida de una persona que experimenta dependencia.

7.1.10 Sistema de cuidados desde la economía San Miguel Teotongo.

La importancia del estudio de la economía y el impacto en una sociedad es sumamente importante para entender el contexto económico de una familia o de una comunidad, en este caso la localidad de San Miguel Teotongo es una localidad en la que no tiene a su alcance los recursos económicos necesarios para tener una vida digna y sin complicaciones, por tal motivo tiene que buscar otros medios o lugares como es el centro de la ciudad de México para adquirir de alguna forma recursos financieros que ayuden a sobrellevar gastos cotidianos.

“La principal actividad que se desarrolla en San Miguel Teotongo es Comercio minorista, en la que operan cerca de 1,000 establecimientos, con un personal ocupado estimado en 1,000 personas.” (marketdatamexico).



7.1.11 Cuidado de Adultos Mayores.

El cuidado de las personas mayores también tiene implicaciones psicológicas significativas. El envejecimiento genera procesos de dependencia que afectan tanto la salud física como la psicológica de los individuos. En México, el envejecimiento de la población y la falta de un sistema de cuidados adecuado generan una carga emocional significativa para los familiares que cuidan a los ancianos.

Desde la psicología, el abandono emocional y el aislamiento social que enfrentan muchos adultos mayores en condiciones de dependencia pueden conducir a trastornos como la depresión, ansiedad o deterioro cognitivo. Además, los cuidadores enfrentan estrés significativo, ya que el cuidado de los mayores puede resultar emocionalmente demandante.

7.1.12 Cuidado en Personas con Discapacidad.

Las personas con discapacidad o enfermedades crónicas requieren de cuidados constantes, lo cual tiene un impacto emocional profundo tanto en los individuos como en los cuidadores. Las estrategias de afrontamiento del cuidador, como la resiliencia, la búsqueda de apoyo o la negación, son factores clave que determinan el bienestar psicológico del cuidador.

Desde la psicología social y la psicología comunitaria, el sistema de cuidados debe estar respaldado por políticas que favorezcan la integración social y el acceso a servicios profesionales para asegurar el bienestar emocional tanto de los cuidados como de las personas que reciben atención.

7.1.13 Teorías relevantes (teoría fundamentada).

La teoría fundamentada es un método de investigación cualitativa, que busca generar conceptos y teorías fundamentadas en los datos. Se enfoca en analizar patrones y categorías fundamentadas de estos. Esta teoría fue desarrollada por Barney Glaser y Anselm en la década de 1960. Uno de sus principales objetivos es desarrollar teorías que expliquen fenómenos sociales y humanos.

La teoría fundamentada (TF) es un método de investigación cualitativa que busca en los datos conceptualizaciones emergentes en patrones integrados y categorizados analizando, a través de pasos rigurosos, en un proceso de constante comparación. Este método está diseñado para generar conceptos y teorías que se fundamentan en los datos, de ahí su nombre. La TF es tanto un método para estudiar procesos como un método en proceso. El descubrimiento de la TF es la referencia de investigación cualitativa más citada. (revista colombiana de psiquiatría, 2020) Esta teoría nos ayudó a entender las experiencias de los cuidadores y percepciones, incluyendo sus desafíos, necesidades y estrategias de afrontamiento a partir de deducciones y recabación de datos. de manera general podemos enmarcar los cuatro pasos a seguir para aplicar la TF.

1. recopilación de datos (recopilar datos a través de entrevistas, grupos focales, observaciones etc.)
2. codificación y categorización (codificar y categorizar los datos para identificar patrones y temas)

3. análisis comparativo (analizar los datos de manera comparativa para identificar similitudes y diferencias)
4. desarrollo de teorías (desarrollar una teoría que expliquen los fenómenos estudiados)

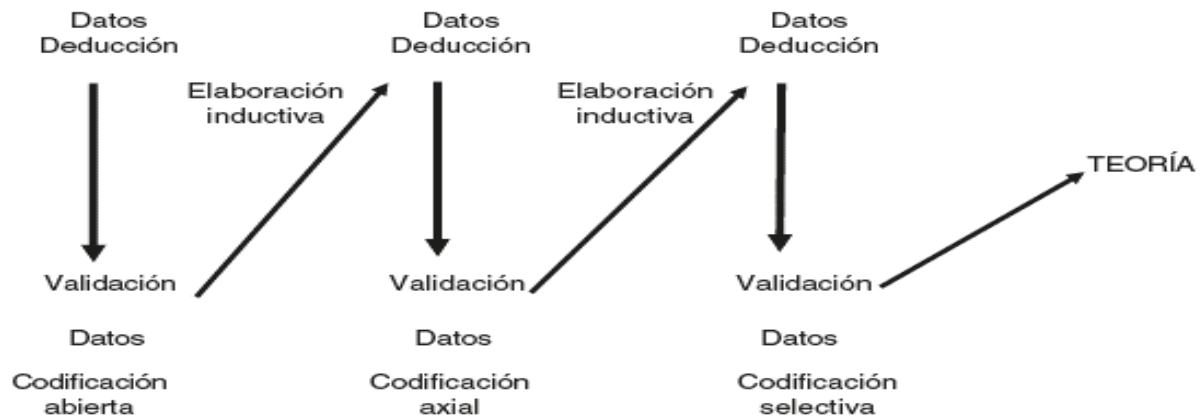


Figura 1 Recolección y análisis de datos en teoría fundamentada. Adaptado de Corbin y Strauss.

7.1.14 Teoría polivagal (Porges, 1992)

La teoría polivagal es una propuesta del neurocientífico estadounidense Stephen Porges que describe cómo funciona el sistema nervioso autónomo de los mamíferos. Esta teoría explica cómo el sistema nervioso regula las respuestas al estrés y cómo los estados fisiológicos están relacionados con los trastornos psiquiátricos.

Principios de la teoría polivagal

- El sistema nervioso autónomo tiene tres estados principales: seguridad, lucha o huida, y congelación.
- El nervio vago es una parte del sistema parasimpático que regula las respuestas al estrés.

- El sistema nervioso autónomo se activa en respuesta a situaciones de peligro, como la detección de un depredador.
- La activación de la rama parasimpática ventral del nervio vago nos permite sentirnos tranquilos y relajados.
- La activación de la rama parasimpática dorsal del nervio vago nos inmoviliza, lo que puede ser traumático en los seres humanos.

Implicaciones de la teoría polivagal

- La teoría polivagal puede ayudar a entender cómo la exposición al estrés afecta a las personas con TEPT.
- La teoría polivagal puede ayudar a entender cómo las experiencias adversas en la infancia pueden dar lugar a trastornos psicológicos.
- La teoría polivagal puede ayudar a desarrollar tratamientos para los trastornos psicológicos y de salud mental.

Esta teoría en los cuidadores nos ayuda a identificar cómo a través de los cuidados a su dependiente genera cortisol y de tener un sistema nervioso parasimpático activado pasan a un sistema nervioso simpático. Y también nos muestra cómo intervenir para poder tener una regulación emocional.

7.1.15 Teoría de apoyo social (Cohen y Wills)

Esta teoría sostiene que el apoyo social actúa como un amortiguador frente al estrés y la ansiedad. Dejando así la idea de que el estrés psicosocial puede producir efectos negativos en la

salud y el bienestar sobre aquellas personas que no poseen apoyo social. Debido a que las emociones que produce el estrés no se canalizan correctamente.

Esta teoría ayuda a explicar por qué la mayoría de las personas con las que se trabajó (CPI) en San Miguel Teotongo salieron con un nivel de estrés y ansiedad considerable, partiendo de la hipótesis de que no contaban con algún tipo de apoyo psicosocial.

7.1.16. Teoría de la identidad social (TIS) (Henri Tajfel Y Jhon Turner).

Se considera como el enfoque psicológico que estudia cómo las personas construyen su identidad (definiéndose a sí mismas) a partir de su pertenencia en los grupos sociales.

Con los diversos componentes que conforman esta teoría como: la comparación, categorización, identificación, etcétera, ayudan a tener un contexto claro sobre la vida de un CPI ya que esta teoría ofrece una perspectiva valiosa para comprender las motivaciones, las necesidades y desafíos a los que se enfrentan, y es así cómo podemos obtener una comprensión profunda de cómo los cuidadores primarios experimentan su realidad cotidiana.

A manera de resumen esta teoría es importante ya que se centra en el rol del cuidador y de cómo este rol puede afectar su bienestar y calidad de vida.

7.1.17. Teoría del Apego.

La teoría del apego de John Bowlby (1969) es fundamental en el análisis del sistema de cuidados. Según esta teoría, los primeros años de vida son cruciales para el desarrollo emocional y cognitivo de los niños. El cuidado de los padres o cuidadores primarios es vital para el

desarrollo de un vínculo seguro que permitirá a los niños enfrentar las adversidades y formar relaciones saludables a lo largo de la vida.

En el contexto mexicano, la estructura familiar tradicional ha favorecido a las madres como principales responsables del cuidado infantil, lo que genera un modelo de dependencia emocional y la transmisión de valores, normas y afectos dentro del hogar.

Aunque esta teoría nos habla de las infancias nos puede reflejar el apego que se llega a formar por parte de las cuidadoras a sus dependientes y cómo es que dejan de ser una persona con una identidad construida para convertirse en “la cuidadora de alguien”.

7.1.18 .Teoría del Estrés y Coping.

La teoría del estrés y los mecanismos de coping (enfrentamiento) desarrollada por Lazarus y Folkman (1984). Esta teoría se centra en los procesos cognitivos que aparecen ante una situación estresante, planteando que el afrontamiento que hacemos ante una situación estresante es en realidad un proceso que depende del contexto y de las variables.

Por eso es que juega un papel importante en el análisis de los cuidados. Los cuidadores principales, en su mayoría mujeres, enfrentan altos niveles de estrés debido a la carga emocional y física del trabajo de cuidado no remunerado. La falta de apoyo institucional y la sobrecarga de tareas pueden afectar su salud mental y su bienestar general.

7.1.19-Teoría de la resiliencia.

Para algunos autores la Resiliencia intenta entender cómo los niños y niñas, los sujetos adolescentes y las personas adultas son capaces de sobrevivir y superar adversidades a pesar de

vivir en condiciones de pobreza, violencia intrafamiliar, o a pesar de las consecuencias de una catástrofe natural. En el área de intervención psicosocial, la Resiliencia intenta promover procesos que involucren al individuo y su ambiente social, ayudándolo a superar riesgos y a tener una mejor calidad de vida. Las definiciones que sobre Resiliencia son:

- Aquellas que relacionan el fenómeno con el componente de adaptabilidad: “La Resiliencia se considera una historia de adaptaciones exitosas en el individuo que se ha visto expuesto a factores biológicos de riesgo; además, implica la expectativa de continuar con una baja susceptibilidad frente a futuros estresores (Werner, 2001).”
- Las que incluyen el concepto de capacidad o habilidad: “Grotberg (1995) la define como la capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformado por ellas.”
- Las que enfatizan en la conjunción de factores internos y externos: “Osborn (1993), la Resiliencia es un concepto genérico que se refiere a una amplia gama de factores de riesgo y a los resultados de competencia.”
- Las que definen Resiliencia como adaptación y también como proceso: Luthar y Cushing (1999, p. 543) definen la Resiliencia como "un proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad". Esta definición distingue tres componentes esenciales que deben estar presentes en el concepto de Resiliencia:
 1. La noción de adversidad o amenaza al desarrollo humano,
 2. La adaptación positiva de la adversidad,
 3. El proceso que considera la dinámica entre mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales.

La teoría nos permitió identificar patrones de resiliencia en los Cuidadores Primarios Informales, quienes demostraron capacidad para adaptarse y enfrentar desafíos de cualquier tipo: social, cultural, familiar o económico.

Es necesario desarrollar algunos conceptos que ayudan a entender mejor el desarrollo de estos conceptos, como primer punto, es la psicología social comunitaria.

7.1.20. Psicología social comunitaria.

“La Psicología Social Comunitaria, es una disciplina que principalmente busca comprender la relación entre la persona y su contexto. Promueve el hacer uso de la Psicología para trabajar situaciones comunitarias y suscitar el cambio social” (Yesenia D. 2020).

La psicología social comunitaria es una herramienta fundamental para realizar cualquier tipo de intervención comunitaria decidimos ocupar esta herramienta ya que nos ayudó a tener fortalecimiento de la comunidad, empoderamiento, apoyo emocional, participación, al momento de crear el grupo (tercera etapa).

7.1. 21. Cuidador primario informal.

Es aquella persona encargada de la atención diaria de una persona que no puede valerse por sí misma por alguna situación de salud; esta persona puede ser un familiar, un amigo o algún profesional de la salud.

Los cuidadores primarios informales desempeñan un papel fundamental en la atención y cuidado de seres queridos con necesidades de salud, sin embargo, como se ha visto en estudios

anteriores este rol puede generar una carga emocional y física considerable, afectando directamente el bienestar y calidad de vida.

“Las enfermedades crónicas con dependencia parcial, incluida la diabetes mellitus tipo 2, modifican el modo de vida del paciente y su familia, quienes adoptan el rol de cuidador teniendo que reorganizarse, replantearse sus expectativas y adaptar sus metas y objetivos a la situación, esto puede generar un deterioro de la calidad de vida y un síndrome de sobrecarga.” (Vega-Silva, 2023).

“La población mundial ha dado como resultado una sociedad cada vez más envejecida, con un aumento progresivo del número de personas en situación de dependencia, que requieren de la asistencia de familiares para cubrir sus necesidades básicas. El cuidado de adultos mayores implica la realización de actividades diversas, lo que se traduce en reducción del tiempo libre y cansancio, y la satisfacción de demandas y expectativas relacionadas con la vida personal, familiar, física y social, comprometiendo consecuentemente la calidad de vida del cuidador”. (Ferreira, 2023).

“Las tecnologías de asistencia mejoran el funcionamiento, la independencia, el bienestar y la calidad de vida de las personas. Al aumentar la independencia de los adultos mayores, las tecnologías de asistencia reducen la carga de trabajo que deben soportar los cuidadores informales.” (Madara, 2020).

7.1.22. Apoyo social (red de apoyo).

Tener apoyo social y contar con una buena red de apoyo es de suma importancia para toda persona, y más cuando nos enfrentamos a problemas que afectan directamente o indirectamente a nuestra vida cotidiana, es aquí donde toma sentido decir que somos seres sociales y por ello es indispensable relacionarnos entre grupos ; el apoyo social se refiere a la parte de apoyo que la red social ofrece; puede ser un apoyo moral, económico, de salud, entre

otros. Por otro lado, una red de apoyo es todo el conjunto de personas que te ofrece el apoyo social.

Dentro de esta intervención se abordó este tema porque consideramos que ellas no sabían acerca de su significado y que supieran de él ayudaría a que cambiaran su mentalidad indirectamente sobre “estoy sola”. Por otro lado, se logró crear entre todos los participantes una red que produjera un apoyo social.

7.1. 23. inteligencia emocional (gestión e identificación de emociones).

El tema de inteligencia emocional fue de nuestro interés abordarlo porque ninguna cuidadora sabía identificar las emociones propias y de los demás. Aquí es donde radica la importancia de aprender a regular, gestionar, comprender y reconocer cualquier tipo de emoción, para enfrentar todo tipo de problema de manera asertiva.

“Cualquiera puede enfadarse, eso es algo muy sencillo. Pero enfadarse con la persona adecuada, en el grado exacto, en el momento oportuno. Con el propósito justo y del modo correcto, eso, ciertamente, no resulta tan sencillo.” (Aristóteles, *Ética a Nicómaco*).

7.1.24. Escritura emocional autorreflexiva.

Esta técnica sirve para inspeccionar, pensamientos, emociones, y vivencias de cada CPI de manera profunda y personal; existen diferentes formas de realizar esta actividad; nosotras la aplicamos de manera escrita, es importante mencionar que esto ayudó a que ellas hicieran introspección de su pasado y como consecuencia de su práctica género reducción de estrés.

7.1.25. Técnicas de relajación.

Como su nombre lo indica son técnicas que ayudan a reducir la tensión física y mental.

Algunas de ellas son: la respiración diafragmática, atención plena, relajación muscular (pasiva o progresiva, activa), imaginación guiada y entrenamiento autógeno.

- La respiración diafragmática es aquella respiración lenta a la que no estamos acostumbrados, también es conocida como respiración abdominal, este tipo de respiración es profunda e implica el movimiento del diafragma provocando una contracción y expiación, provocando volumen de la cavidad torácica, cuando el estómago se expande hacia afuera permite mayor entrada de aire en los pulmones; por otro lado este tipo de respiración lenta y profunda hace que los pulmones trabajen completamente trayendo como beneficios la reducción de estrés, ansiedad, mejorar la oxigenación del cuerpo, lleva a un punto de relajación y producción de sueño, entre otros.
- La técnica de atención plena consiste en enfocar completamente la atención en la persona que habla (cuidadores). La técnica de relajación muscular progresiva es aquella que se enfoca en tensar y relajar diferentes músculos del cuerpo para liberar la tensión que haya y llegar a un punto de relajación (destensar).
- La técnica de relajación muscular activa (RMA) es aquella que combina movimientos conscientes controlados con una respiración profunda, para liberar aquella tensión muscular que se tenga y mejorar el estado en el que se encuentra. En ambas técnicas los ejercicios son desarrollados por medio de la tensión y distensión muscular.

- La técnica de imaginación guiada es en la que una persona visualiza en su mente escenarios positivos o imágenes (visualización guiada/dirigida) que el facilitador le va describiendo. Por último, el entrenamiento autógeno es aquella técnica en la que el facilitador dirige al sujeto a percibir diversas partes de su cuerpo pesadas y calientes.

Todas las técnicas empleadas traen beneficios para la salud como: la reducción de estrés y ansiedad mejora la calidad de sueño, alivio en dolor muscular (relajación muscular), aumento de relajación, mejora en la concentración, entre otros.

En el transcurso de esta intervención psicosocial se abordaron diferentes temas de manera particular (primera y segunda etapa) y grupal (tercer etapa), estos se desarrollaron porque como investigadoras nos dimos cuenta que eran temas que les ayudarían a cada CPI a tener mejora en la salud psicológica de cada uno / a. Entre esos temas se desarrollaron los siguientes.

7.1.26. Temas importantes.

7.1.27. Depresión.

La depresión (el trastorno depresivo mayor) es una enfermedad común y grave que afecta negativamente la manera de sentir, pensar y actuar. La depresión provoca sentimientos de tristeza o pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba. Puede traer diversos problemas emocionales y físicos, además puede disminuir su capacidad para funcionar en el trabajo y en el hogar.

Los síntomas de la depresión pueden variar de leves a graves y pueden incluir:

1. Sensación de tristeza o desánimo
2. Pérdida de interés o placer por actividades que antes disfrutaba, como pasar tiempo con amigos y seres queridos.
3. Cambios en el apetito: pérdida o aumento de peso no relacionados con la dieta
4. Problemas para dormir o dormir demasiado
5. Pérdida de energía o aumento de la fatiga
6. Sensación de inutilidad o culpa
7. Dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones
8. Pensamientos de muerte o suicidio.

Este tema es uno en los que más se trabajó, ya que tres de cuatro cuidadores tenían problemas de depresión, en uno de los tres casos era una cuestión severa.

7.1.28. Ansiedad.

La ansiedad es un estado emocional en el que se presentan cambios somáticos (cuando una persona expresa tener un síntoma que en realidad no tiene) y psíquicos.

Se manifiesta como: Sensaciones somáticas: mareos, taquicardia, sudoración, palpitaciones, temblor, molestias digestivas, aumento de la frecuencia y urgencia urinaria. Síntomas psíquicos (cognoscitivos, conductuales y afectivos) como: nerviosismo, deseo de huir, sensación de muerte inminente, inquietud, miedos irracionales, temor a perder la razón y el control.

Es importante destacar que la ansiedad tiende a producir distorsiones de la percepción de la realidad, del entorno y de la persona misma, lo que afecta la funcionalidad del individuo.

El tema se abordó dentro de la intervención porque las cuatro personas con las que se trabajó presentaban síntomas de ansiedad y una de ellas ya tenía diagnóstico previo.

7.1.29. Miedo.

El miedo es una de las emociones primarias en los seres humanos y muchos animales. Se trata de una respuesta instintiva que surge ante la percepción de un peligro, ya sea real o imaginario, y actúa como un mecanismo de defensa que permite anticipar y reaccionar ante posibles amenazas.

Con las cuatro cuidadoras se trabajó el tema de miedo para que aprendieran a identificar como este se manifiesta en sus vidas y cómo afecta su rol de cuidador / autocuidador.

7.1.30. Estrés.

Según la definición de la OMS, el estrés es “un estado de preocupación o tensión mental generado por una situación difícil” que se activa cuando nuestro organismo percibe que los agentes internos o externos suponen una potencial amenaza.

Cabe mencionar que nuestras cuatro cuidadoras presentaban un cuadro de estrés elevado por las actividades tan demandantes con relación al cuidado - autocuidado.

7.1.31. Soledad.

Técnicamente la soledad se le conoce como: “la sensación de estar aislado o solo. Se origina a partir de una brecha entre las relaciones que tiene y las relaciones que necesita o desea. Puede ser causada por una falta de conexiones personales y cercanas con otras personas. También puede originarse por no tener suficiente contacto social regular con otros.” (cigna,2025)

Los síntomas en cada persona son diferentes, para algunos puede ser un sentimiento de vacío, incompreensión, tristeza, desconexión, etcétera. Ninguna persona está exenta de experimentarlo, pero unas tienen mayor riesgo que otras, entre ellas se encuentran aquellas que viven solas, tienen problemas de salud, desempleadas, que carecen de compañía diaria o que su compañía no sea de calidad.

Todas nuestras cuidadoras presentaron mínimo dos de estos puntos, y ellas mismas hacían comentarios referentes a la soledad.

7.1.32. Comunicación asertiva.

Existen varios tipos de comunicación, pero la que más nos interesó fue la de comunicación asertiva, para establecer relaciones saludables.

“La comunicación asertiva es un estilo de comunicación en el que expresas tus ideas, sentimientos y necesidades de forma directa, segura, tranquila y honesta, al mismo tiempo que eres empático y respetuoso con las otras personas.” (s/f. Amayaco)

No tener buena comunicación dio pie a diversos problemas intrafamiliares en la vida de cada CPI, por ese motivo se decidió retomar este tema con la finalidad de construir relaciones saludables.

7.1.33. Límites.

“El límite es una restricción que imponemos a la acción de otra persona” (Mónica S. 2015)

Dentro de la intervención se pudo notar que cada CPI tenía problemas de límites con sus hijos, nueras e incluso con temas personales. Aunque el tema se desarrolló en diferentes ocasiones, fue muy difícil que cada una de ellas lograra establecerlos ante situaciones familiares que se les presentaban.

8. Contexto.

8.1. Lugar.

Esta investigación se desarrolló en la colonia San Miguel Teotongo es un lugar con una rica historia y cultura, ubicada en la Delegación Iztapalapa de la Ciudad de México.

8.1.1. Ubicación.

- San Miguel Teotongo se encuentra en la Sierra de Santa Catarina, un cinturón de volcanes y desarrollos humanos en el sureste de la ciudad.
- La colonia está ubicada cerca de la autopista México-Puebla y tiene acceso a estaciones de metro y Cablebús.

8.1.2. Historia y cultura.

- La colonia tiene un origen que se remonta a la década de 1970, cuando fue habitada por población de origen étnico chocholteca y colonos de origen rural de la Mixteca oaxaqueña.
- La colonia tiene una rica tradición artística, dancística y científica, relacionada con la cultura náhuatl.

El Museo Comunitario de San Miguel Teotongo alberga una colección de artefactos y obras de arte que reflejan la historia y cultura de la región (lugar donde se llevó a cabo la tercera etapa de la intervención)

8.1.3. Atractivos turísticos.

- El Museo Comunitario de San Miguel Teotongo cuenta con una gran sala de exposiciones que alberga artefactos y obras de arte.

8.1.4. Significado del nombre.

- El nombre "Teotongo" tiene diferentes significados, incluyendo "pueblo del sol" y "lugar del dios pequeño".

- El icono de la colonia representa estos significados, con un sol derivado de un escudo pectoral dorado descubierto en Zaachila.

8.1.5. Población.

- La colonia abarca un área cercana a 25 hectáreas y tiene una población de alrededor de 3,690 personas en 929 casas.

- La densidad poblacional es de aproximadamente 1,437 personas por kilómetro cuadrado.

8.1.6. Economía y Actividades.

- La principal actividad económica en la colonia es el comercio minorista, con 49 establecimientos que generan alrededor de 33 millones de pesos en ingresos anuales estimados y emplean a unas 130 personas (INEGI,2020)

- Otras actividades económicas importantes incluyen servicios públicos y privados, como la Delegación Iztapalapa, la Iglesia Católica y el Sistema de Aguas de la Ciudad de México.

8.1.7. División territorial de San Miguel Teotongo.

- Secc. Acorrolado

- Secc. Avisadera

- Secc. Capilla

- Secc. Corrales

- Secc. Guadalupe

- Secc. Iztlahuaca

- Secc. Jardines

- Secc. La Cruz

- Secc. Loma Alta

- Secc. Mercedes

- Secc. Palmitas
- Secc. Puente
- Secc. Ranchito
- Secc. Rancho Bajo
- Secc. Torres

9. Objetivos.

9.1 Objetivo General.

Brindar apoyo psicosocial a los cuidadores primarios, promoviendo el desarrollo de habilidades emocionales, cognitivas y sociales que les permitan afrontar de manera saludable el estrés y las demandas asociadas a su rol, mejorando su bienestar personal.

9.2 Objetivos específicos.

- **Sensibilizar** a las y los cuidadores sobre la importancia de su bienestar físico y emocional a través de la promoción de hábitos saludables, el manejo de las emociones y la prevención de enfermedades relacionadas con el estrés crónico u otras emociones.
- **Proveer herramientas** que ayuden a los cuidadores primarios informales a identificar y manejar los signos de estrés y agotamiento emocional relacionados con su rol, promoviendo el autocuidado.
- **Desarrollar habilidades de afrontamiento** que permitan a los cuidadores gestionar situaciones difíciles, como la incertidumbre, la fatiga y los conflictos emocionales ya sean con su dependiente o círculo cercano (familia), de manera más saludable.
- **Crear una red o grupo de apoyo** donde los cuidadores puedan compartir experiencias, expresar emociones y generar redes de apoyo mutuo, reduciendo el aislamiento social y fortaleciendo la solidaridad y la empatía.
- **Fortalecer y mantener las redes de apoyo social** de los cuidadores primarios informales, promoviendo la identificación y uso adecuado de los recursos comunitarios, familiares y profesionales, para mejorar su bienestar y reducir el aislamiento social.

10. Metodología.

Esta investigación se desarrolló bajo un enfoque metodológico mixto (Cualitativo y Cuantitativo), utilizando el método Investigación-Acción Participativa la cual integra la investigación, la formación y la transformación social.

Además, se incorporó la Teoría Polivagal —ya explicada previamente—. A continuación, se presenta la descripción de la población, técnicas de recolección de datos y procedimientos de análisis.

10.1 Planteamiento del problema.

10.1.1 Justificación.

La comunidad de San Miguel Teotongo, ubicada en la alcaldía Iztapalapa de la Ciudad de México, cuenta con una población total de 100,617 habitantes, de los cuales el 51.8% son mujeres y el 48.2% son hombres. Según datos del Censo de Población y Vivienda INEGI 2020, se identifican 28,384 mujeres de entre 15 y 49 años y 33,558 hombres de 18 años en adelante que potencialmente asumen roles de cuidado en sus hogares. (Basulto Luviano, R. (2024). Modelo de integración de equipamientos para el desarrollo integral y los cuidados para las familias de San Miguel Teotongo, Alcaldía Iztapalapa. IAAC Blog.)

En este contexto, los cuidadores primarios informales, mayoritariamente mujeres, desempeñan un papel crucial en la atención de personas con discapacidad, adultos mayores y niños con necesidades especiales. Sin embargo, a menudo realizan esta labor sin el reconocimiento y apoyo necesarios, lo que puede generar estrés crónico, aislamiento social y afectaciones en su bienestar físico y emocional.

La presente intervención comunitaria surge ante la necesidad urgente de brindar apoyo psicosocial a los cuidadores primarios informales de la comunidad de San Miguel Teotongo. Esta

población, en su mayoría integrada por familiares que asumen el cuidado de personas en situación de dependencia sin contar con formación profesional ni redes institucionales de apoyo, enfrenta altos niveles de estrés, desgaste emocional y sobrecarga física y mental.

Los cuidadores informales desempeñan un rol fundamental dentro del núcleo familiar y comunitario, sin embargo, esta labor suele desarrollarse en condiciones de vulnerabilidad, sin recursos adecuados ni acompañamiento emocional

Diversos estudios han demostrado que el estrés crónico derivado del cuidado prolongado puede generar consecuencias significativas en la salud mental, las relaciones sociales y la calidad de vida de los cuidadores, lo que a su vez repercute en la calidad del cuidado brindado a la persona dependiente. (LARA VÁSQUEZ, CLAUDIA VERÓNICA, MEDINA FERNÁNDEZ, JOSUÉ ARTURO, CORTEZ GONZÁLEZ, LUIS CARLOS, CORTES MONTELONGO, DIANA BERENICE, & CARRILLO CERVANTES, ANA LAURA. (2023). Estrés percibido y apoyo social percibido en cuidadores informales del adulto mayor. Revista Salud Uninorte, 39(2), 601-616. Epub April 09, 2024.<https://doi.org/10.14482/sun.39.02.932.489>)

En este contexto, el proyecto se plantea como una respuesta integral orientada a fortalecer el bienestar emocional de los cuidadores mediante el acompañamiento psicosocial, el desarrollo de herramientas de autorregulación emocional, y la creación de redes de apoyo comunitarias. A través de una metodología participativa y con base en teorías como la Teoría Polivagal, se busca no solo intervenir en lo individual, sino también generar transformaciones colectivas que permitan visibilizar y dignificar el rol del cuidador dentro de la comunidad.

Además, al tratarse de una comunidad ubicada en una de las zonas con mayores índices de marginación y desigualdad en la ciudad, esta intervención adquiere relevancia no solo desde una perspectiva de salud mental, sino también de justicia social y fortalecimiento comunitario.

Por esta razón, el presente proyecto de intervención comunitaria se estructura en tres etapas principales.

Primera Etapa Individual: Está diseñada para centrarse en la persona, abordando cada caso de manera particular con el objetivo de generar confianza. De esta forma, se busca dar relevancia a los cuidados que ellos realizan y que sepan que son cuidadores primarios informales, enseguida iniciar el proceso de orientación hacia la importancia del autocuidado. Además, se aplicaron instrumentos que permitieron obtener un diagnóstico preliminar de la situación psicosocial de cada cuidador.

Segunda etapa Individual: Está centrada en la gestión de emociones y la resolución de problemas. Esta fase se abordó tanto desde una perspectiva individual como social, ya que se implementó la Escritura Emocional Autorreflexiva, una herramienta que permite al cuidador explorar cómo ha vivido sus experiencias y, a partir de ello, trabajar en la reestructuración de recuerdos o situaciones dolorosas.

Tercera etapa Grupal: Finalmente, esta etapa se centró en formar un grupo con las personas cuidadoras, la cual se enfocó en lo social, permitiendo al cuidador formar un sentido de pertenencia y una red de apoyo, promoviendo una mejor cohesión grupal en la que el cuidador pueda reconocer que no está solo, y que existen otros cuidadores con experiencias similares.

En este sentido, se resalta que el problema de los cuidadores no se limita únicamente a los aspectos físicos y emocionales, sino que la intervención comunitaria aborda la situación desde un enfoque que va de lo individual a lo social. Este enfoque motiva al cuidador a reconocer la importancia de su bienestar y cuidados personales, de igual manera motiva a pensar que son una persona que tiene una vida, una salud mental, física, psicológica y social que no deben descuidar.

Finalmente, otro aspecto relevante es que se espera que esta intervención comunitaria genere un impacto significativo en la sociedad, particularmente en el Sistema Público, con el fin de que se establezcan y fortalezcan organizaciones que fomenten el bienestar psicosocial. Se sabe que existen programas que apoyan a los cuidadores primarios informales lanzados por el gobierno de la ciudad de México, pero desgraciadamente son deficientes para las y los cuidadores, me atrevo a mencionar un comentario de una cuidadora de San Miguel Teotongo “El dinero que nos dan en el programa de cuidadores no es ni tantito del apoyo que nos brindan ustedes porque ustedes nos escuchan, nos comprenden y nos ayudan a enfrentar las situaciones, con el dinero que nos dan no podemos pagar un servicio que se preocupe por nosotros” (Cuidadora Socorro), Esto nos deja ver la necesidad que hay de un programa para los cuidadores que abarque lo psicológico, lo físico, lo social, entre otras cuestiones que les ayude a reducir su carga y su estrés y fomente las redes de apoyo comunitarias.

10.1.2. Pregunta de investigación.

¿Qué aspectos influyen en la mala calidad de vida de los cuidadores primarios informales y cómo influye el acompañamiento psicosocial en la reducción del estrés y la mejora del bienestar emocional de los cuidadores primarios informales?

10.2. Población.

Cuidadores primarios informales que cuidan a familiares con dependencia (adultos mayores, personas con discapacidad o personas con enfermedades crónico-degenerativas)

10.2.1. Población de estudio.

Cuidadores primarios informales que cuidan a familiares con dependencia (adultos mayores, personas con discapacidad o personas con enfermedades crónico-degenerativas) que residen en la colonia de San Miguel Teotongo, ubicada en la alcaldía Iztapalapa, Ciudad de México.

10.3. Muestra / participantes.

El proyecto de intervención comunitaria en San Miguel Teotongo con Cuidadores Primarios Informales se dividió en tres espacios:

- Museo Comunitario de San Miguel Teotongo, donde 10 diadas realizaron la intervención en esta locación y en sus calles cercanas.
- Utopía de San Miguel Teotongo, donde 2 diadas realizaron la intervención en esta locación
- Unión de Colonos

Para conseguir a nuestra muestra/ participantes la diada 3 (Violeta Hernández e Ilse Morales) primero ubicó la zona en la que se trabajaría, que fueron las calles Manuel Capetillo, Fermín Espinoza, Armellita y Joselito Huerta. De ahí emprendimos la búsqueda de 4 participantes que quisieran estar en un programa de apoyo psicosocial enfocado en cuidadores primarios informales. Brindamos la información necesaria y procedimos a hacer el registro de los cuidadores. Durante todo este proceso nuestra técnica fue la escucha activa.

Por ese motivo, la población estaba compuesta por un total de 4 personas (ver Tabla 1. Datos personales de las participantes), las cuales tenían una edad promedio de 71 años y en su

totalidad eran del sexo femenino, en cuanto a su escolaridad 2 de ellas no tienen estudios, una de ellas solo tiene la primaria y solo una de ellas tiene secundaria. Del mismo modo, la población se dividió en dos categorías los cuales son: cuidadores primarios, es decir, aquellos que cuidan de otras personas (de un dependiente), y otra categoría es de auto cuidadores, es decir, aquellos que cuidan de sí mismos.

Tabla 1. Datos personales de las participantes

Clave	Sexo	Edad	Escolaridad	Enfermedades que padece	Categoría	Persona dependiente y diagnóstico
0001	M	73	Sin escolaridad	Hipertensión, Osteoporosis, lesión en cadera	Autocuidadora	
0002	M	86	Sin escolaridad	Hipertensión, Diabetes, Problemas de movilidad por su pie derecho Ansiedad y depresión diagnosticadas	Autocuidadora	
0003	M	47	Secundaria	insuficiencia renal crónica	Autocuidadora	
0004	M	79	Sin escolaridad	Discapacidad visual, hipertensión, osteoporosis	Cuidadora	Hijo, 53 años, parálisis cerebral severa

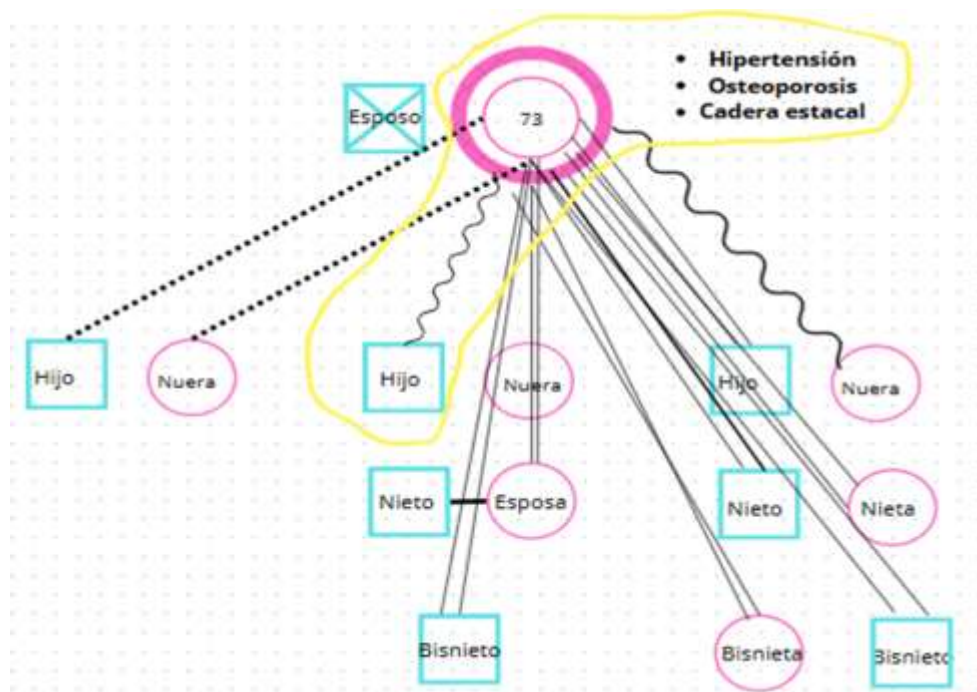
10.3.1. Etapa 1.

En la primera etapa, como se mencionó anteriormente, recorrimos algunas calles para buscar a nuestras participantes. La muestra se consolidó con 4 participantes.

CPI 0001

Es una señora de 74 años que padece hipertensión, osteoporosis y lesión en cadera. Ella se autocuida, y presenta soledad, estrés, ansiedad, porque recientemente falleció su esposo que era su única fuente de apoyo tanto económico, social y emocional. Para hacerle frente a sus problemas, la señora se ha refugiado en su familia más cercana, pero a raíz de esto ha tenido muchos conflictos familiares, ya que comenta que no es tan bien recibida en la casa de sus hijos o que simplemente lo hacen por lastima. Su único sustento económico es la pensión que brinda el gobierno y vende gelatinas en el mercado. Trata de cuidar su salud lo más que puede y para no perder movilidad sale a caminar todas las mañanas. Con ella trabajamos los temas que vienen programados, pero también le hablamos de los tipos de la comunicación, el reconocimiento de las emociones y el duelo, esta última en particular era una cosa que la señora nos platicó a lo largo de las 9 semanas y en las últimas semanas enfatizó que recordaba a su esposo, pero de una manera más tranquila y feliz.

Familiograma de la CPI 2



CPI 0002

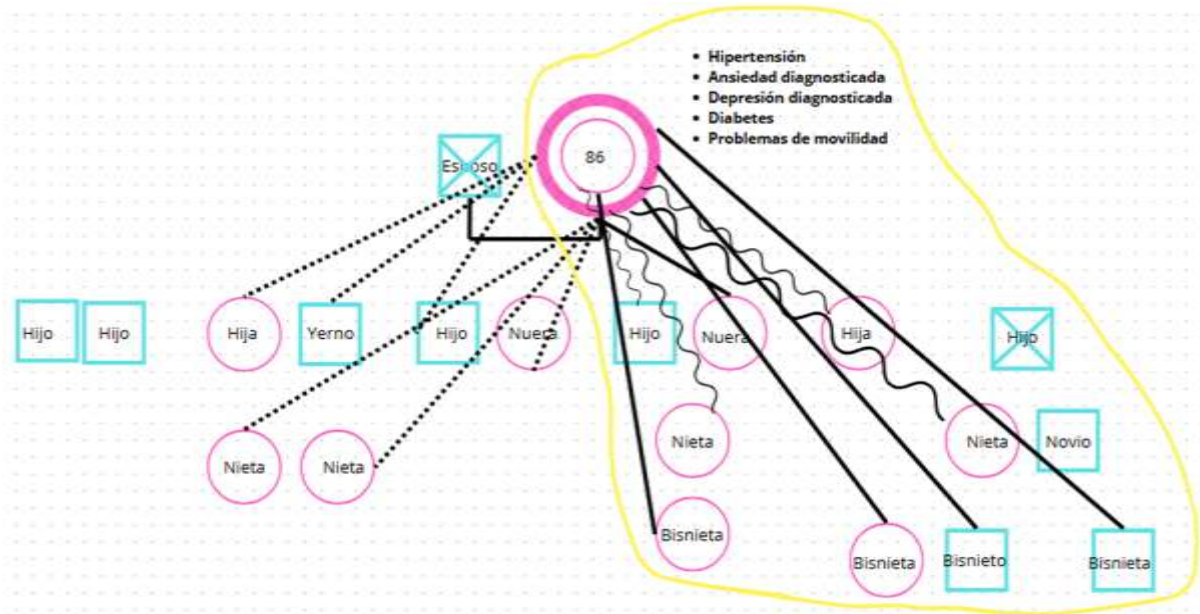
Es una mujer de 86 años, es autocuidadora y las enfermedades que padece son: Hipertensión, Ansiedad diagnosticada, Depresión diagnosticada, Diabetes, Problemas de movilidad en su pie derecho.

Manifiesta estrés y ansiedad por su vida cotidiana, su única fuente de ingresos económicos es la pensión que da el gobierno y mantiene a su hija de 50 años. Tuvo una vida muy dura y tiene guardadas todas sus vivencias; No tiene red social, con toda su familia está distanciada y constantemente se enferma.

No tiene recursos para hacerle frente a sus problemas, en la parte económica no le alcanza para atender sus enfermedades; En la parte social y familiar no cuenta con nadie, además está amenazada por una ex esposa de su hijo.

Con ella se trabajó el tema de reconocimiento de emociones, porque nos dimos cuenta de que no sabía identificar cómo se sentía; Se trabajó una actividad de abrazo terapia; Trabajamos organización del tiempo, aunque, no sirvió de mucho porque la señora no tiene actividades durante su día. Se pudo identificar que tiene mucha familia, pero con ningún miembro de esta tiene una buena relación o fuente de apoyo.

Familiograma de la CPI 2

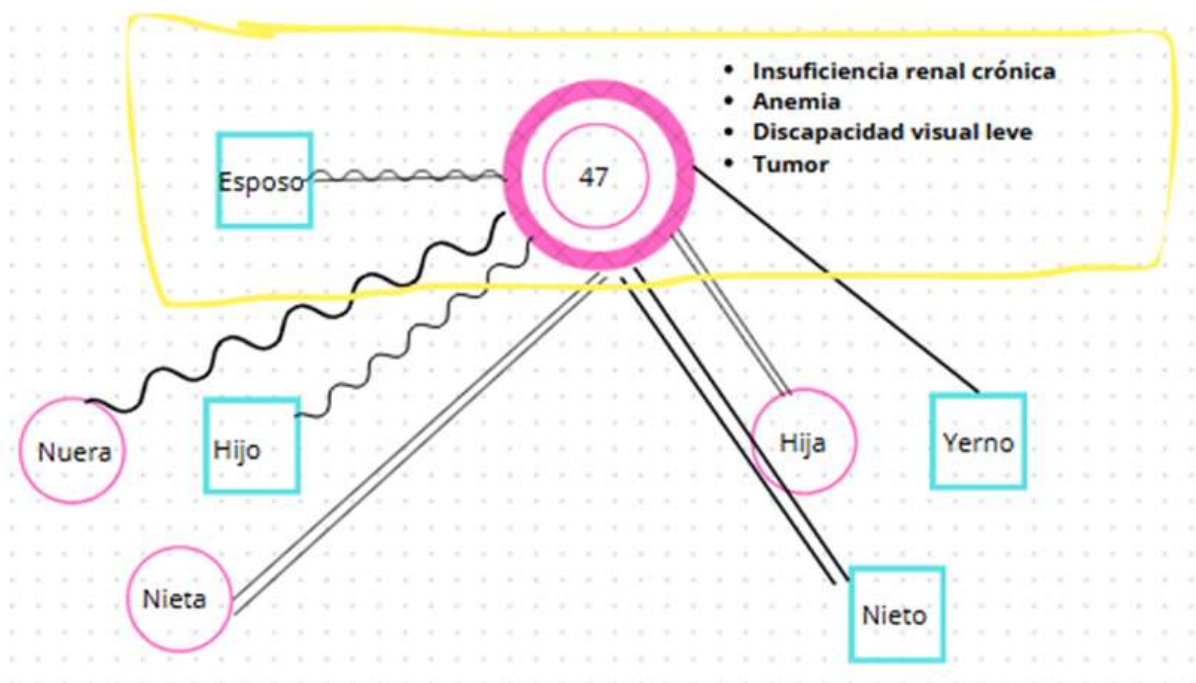


CPI 0003

Es una señora de 47 años que padece de insuficiencia renal crónica, tiene un tumor en la garganta, anemia y comienza a perder la vista. Ella manifiesta mucha tristeza y mucha soledad, anteriormente ella cuidaba de su nieta que tiene 8 años, pero en la sesión número 7 la señora nos platicó que su hijo (padre de la niña) se había llevado a su nieta y eso le alteró todas sus emociones, pero también se agravaron sus enfermedades, nos platicó que tiene un tumor entonces toda su estabilidad en un segundo cambio. Para hacerle frente a sus problemas ella se refugia en su familia que la apoyan en todo momento, no cuenta con amigos, pero también asiste a templos religiosos que le ayudan a superar la crisis.

Con ella se trabajó lo establecido en el programa y después de la sesión 7 no le dimos temas, solamente la escuchamos y eso para ella fue de mucha ayuda ya que en las escalas nos consideró como fuente de apoyo.

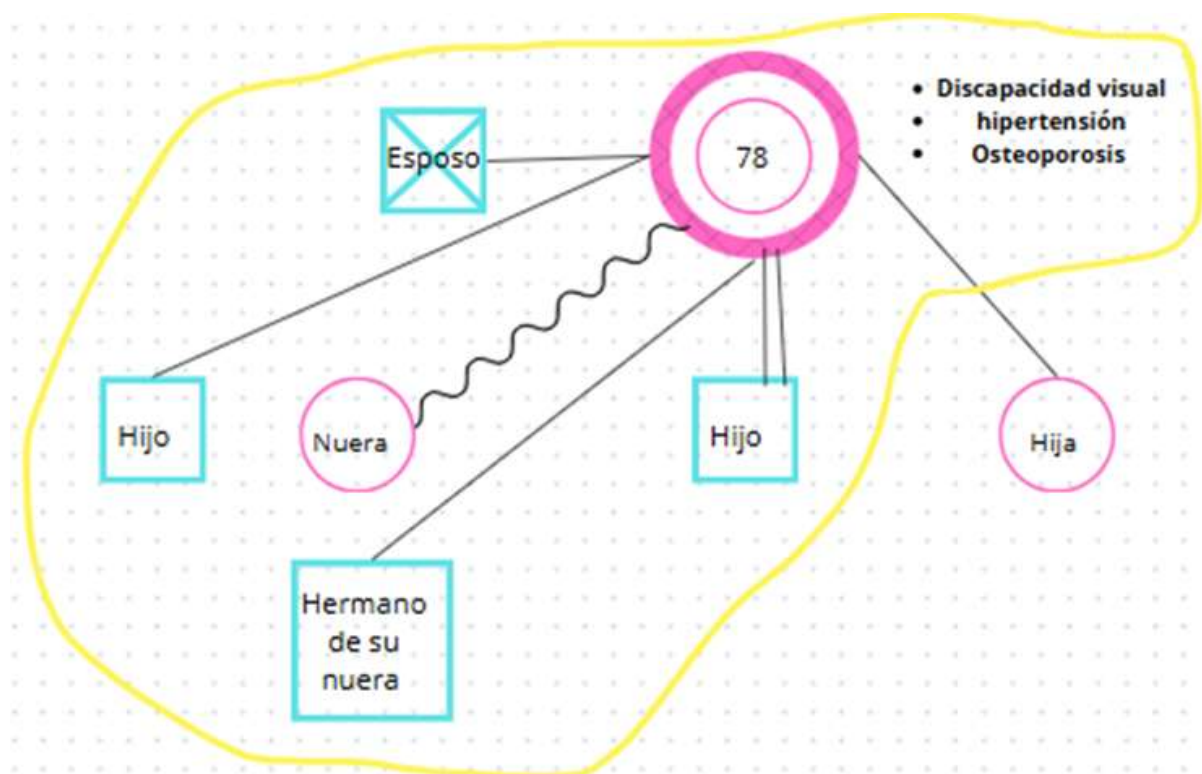
Familiograma de la CPI 3



CPI 0004

Es una señora de 79 años con discapacidad visual desde hace más de 40 años y cuida a su hijo que tiene parálisis cerebral y epilepsia, su hijo nació así y desde hace 43 años lo cuida ya que no se mueve, no habla. Ella no muestra estrés, no muestra soledad, no muestra conductas de riesgo, siempre nos menciona que con la ayuda de Dios ha salido adelante. Perdió a su esposo tiempo antes de perder la vista y se quedó sola para criar a 5/6 hijos e hijas, pero no nos dice el número exacto. La señora muchas veces no coincide sus palabras y sus pláticas. Con ella se aplicaron las escalas pre y hasta ahí pudimos trabajar con ella.

Familiograma de la CPI 4



10.3.2 Etapa 2

Durante la segunda etapa del proyecto, se llevó a cabo una intervención centrada en la elaboración de Escrituras Emocionales Autorreflexivas (EEA). Aunque inicialmente se tenía previsto contar con las mismas personas para la segunda fase individual de la intervención psicosocial nuestra muestra estuvo compuesta por tres cuidadoras primarias informales. Nuestra CPI 0003 ya no pudo seguir participando en el proyecto por cuestiones de salud y tuvimos que decirle adiós y agradecemos profundamente que nos haya recibido en su domicilio. Ella a pesar de no seguir, nos dijo que estaba muy agradecida porque en el tiempo que estuvimos con ella pudo darse cuenta de que debía cuidarse y poner límites a su familia.

CPI 0001

Es una señora de 74 años que padece hipertensión, osteoporosis y lesión en cadera. Ella se autocuida, y presenta soledad, estrés, ansiedad, porque recientemente falleció su esposo que era su única fuente de apoyo tanto económico, social y emocional. Para hacerle frente a sus problemas, la señora se ha refugiado en su familia más cercana, pero a raíz de esto ha tenido muchos conflictos familiares, ya que comenta que no es tan bien recibida en la casa de sus hijos o que simplemente lo hacen por lastima. Su único sustento económico es la pensión que brinda el gobierno y vende gelatinas en el mercado. Trata de cuidar su salud lo más que puede y para no perder movilidad sale a caminar todas las mañanas. Con ella trabajamos los temas que vienen programados, pero también le hablamos de los tipos de la comunicación, el reconocimiento de las emociones y el duelo, esta última en particular era una cosa que la señora nos platicó a lo largo de las 9 semanas y en las últimas semanas enfatizó que recordaba a su esposo, pero de una manera más tranquila y feliz.

CPI 0002

Es una mujer de 86 años, es autocuidadora y las enfermedades que padece son: Hipertensión, Ansiedad diagnosticada, Depresión diagnosticada, Diabetes, Problemas de movilidad en su pie derecho.

Manifiesta estrés y ansiedad por su vida cotidiana, su única fuente de ingresos económicos es la pensión que da el gobierno y mantiene a su hija de 50 años. Tuvo una vida muy dura y tiene guardadas todas sus vivencias; No tiene red social, con toda su familia está distanciada y constantemente se enferma.

No tiene recursos para hacerle frente a sus problemas, en la parte económica no le alcanza para atender sus enfermedades; En la parte social y familiar no cuenta con nadie, además está amenazada por una ex esposa de su hijo.

Con ella se trabajó el tema de reconocimiento de emociones, porque nos dimos cuenta de que no sabía identificar cómo se sentía; Se trabajó una actividad de abrazo terapia; Trabajamos organización del tiempo, aunque, no sirvió de mucho porque la señora no tiene actividades durante su día. Se pudo identificar que tiene mucha familia, pero con ningún miembro de esta tiene una buena relación o fuente de apoyo.

CPI 0004

Es una señora de 79 años con discapacidad visual desde hace más de 40 años y cuida a su hijo que tiene parálisis cerebral y epilepsia, su hijo nació así y desde hace 43 años lo cuida ya que no se mueve, no habla. Ella no muestra estrés, no muestra soledad, no muestra conductas de

riesgo, siempre nos menciona que con la ayuda de Dios ha salido adelante. Perdió a su esposo tiempo antes de perder la vista y se quedó sola para criar a 5/6 hijos e hijas, pero no nos dice el número exacto. La señora muchas veces no coincide sus palabras y sus pláticas. Con ella se aplicaron las escalas pre y hasta ahí pudimos trabajar con ella.

10.3.3 Etapa 3

En la tercera fase, se creó un grupo completamente nuevo, compuesto por nuestras cuidadoras y también por las y los cuidadores que forman parte de las diádas asociadas al museo. El grupo estuvo formado por un total de 14 en promedio participantes donde 3 de ellos eran hombres y las demás mujeres, con un promedio de edad de 63 años, donde hubo 2 personas con licenciatura, 6 personas con preparatoria, 2 con secundaria, 3 con primaria y el resto sin escolaridad.

Durante la fase final, se evidenció una considerable reducción en el número de participantes, causada principalmente por los tiempos de receso, por la falta de disponibilidad horaria de algunas personas y por problemas de salud o movilidad.

De nuestras participantes solo asistieron la autocuidadora 0001 y la autocuidadora 0002. La cuidadora 0004 no pudo asistir a las reuniones grupales debido a la condición de su hijo, semanas anteriores nos había dicho que quería ir a la reunión y estábamos viendo la manera de poder llevarla, pero el médico le dijo que su hijo ya estaba muy delicado y que no podía moverlo de su cama porque se podía fracturar, así que decidió que no asistir a las sesiones grupales.

10.4 Muestreo

En la presente investigación se utilizó un muestreo no probabilístico por criterio con una muestra finita, lo que significa que se seleccionaron participantes que compartieran una característica común. Para este proyecto la muestra está compuesta de cuidadores primarios informales; personas que cuiden a una persona con problemas de movilidad, enfermedades crónico-degenerativas o alguna discapacidad. Así como también a personas que se autocuiden y que tengan una enfermedad crónico-degenerativa, alguna discapacidad o problemas de movilidad.

10.5 Ubicación temporal

La muestra se tomó de la parte alta de la comunidad de San Miguel Teotongo, la referencia temporal concreta para las etapa 1 estuvieron entre las siguientes calles:

- Calle Manuel Capetillo, San Miguel Teotongo, Iztapalapa, CDMX.
- Calle Fermín Espinoza, San Miguel Teotongo, Iztapalapa, CDMX.
- Calle Armellita, San Miguel Teotongo, Iztapalapa, CDMX.
- Calle Joselito Huerta, San Miguel Teotongo, Iztapalapa, CDMX.
- Felipe Carrillo Puerta, San Miguel Teotongo, Iztapalapa, CDMX.





Intervalo temporal específico correspondiente a la etapa 2, tomando en cuenta que perdimos una cuidadora, pero pudimos localizar a otra autocuidadora, se sitúa en las siguientes calles

- Calle Manuel Capetillo, San Miguel Teotongo, Iztapalapa, CDMX.
- Calle Fermín Espinoza, San Miguel Teotongo, Iztapalapa, CDMX.
- Calle Joselito Huerta, San Miguel Teotongo, Iztapalapa, CDMX.
- Felipe Carrillo Puerta, San Miguel Teotongo, Iztapalapa, CDMX.
- Calle Manuel Capetillo, San Miguel Teotongo, Iztapalapa, CDMX.



Para la tercera etapa el marco temporal se encontró situado en el Museo Comunitario de San Miguel Teotongo, entre las calles

- Calle Americas
- Calle Curro Rivera
- Calle Armillita



10.6. Criterios de inclusión.

Este criterio contempla a las personas que desempeñen el rol de cuidador primario; Así como también contempla autocuidadores y que vivan en alguna de las secciones de la colonia San Miguel Teotongo ya mencionadas con anterioridad.

10.7. Criterios de exclusión.

Por lo tanto, se excluyó a las personas que no residen en la Colonia San Miguel Teotongo. Asimismo, se consideró como criterio de exclusión a quienes no cumplieran con el perfil de cuidador o autocuidador.

10.8. Tipo de estudio y diseño.

El proyecto de intervención comunitaria en San Miguel Teotongo con Cuidadores Primarios Informales se dividió en tres espacios:

- Museo Comunitario de San Miguel Teotongo, donde 10 diadas realizaron la intervención en esta locación y en sus calles cercanas.
- Utopía de San Miguel Teotongo, donde 2 diadas realizaron la intervención en esta locación
- Unión de Colonos

Con el fin de llevar a cabo una investigación y análisis efectivos sobre las intervenciones psicosociales en las personas participantes, se empleó un diseño exploratorio secuencial (DEXPLOS). Este enfoque metodológico contempla una primera etapa de recopilación y análisis de datos cualitativos, seguida por una segunda fase en la que se recolectan y examinan datos cuantitativos (Sampieri et al., 2006, p. 564).

Para el análisis cualitativo se implementó la teoría **polivagal**, propuesta por Stephen Porges, ofrece un enfoque innovador para comprender la relación entre el sistema nervioso autónomo y la conducta social, emocional y fisiológica. Esta teoría postula que el nervio vago tiene múltiples ramas con funciones diferenciadas, lo que permite responder de manera flexible a

señales de seguridad o amenaza en el entorno. Según Porges, existen tres niveles jerárquicos en la respuesta autonómica: la respuesta de inmovilización (mediada por el nervio vago dorsal), la respuesta de lucha/huida (mediada por el sistema simpático), y la respuesta de conexión social (regulada por el nervio vago ventral). Esta última es fundamental para el desarrollo de vínculos afectivos y el sentido de seguridad interpersonal. (Porges, S. W. (2011)).

La metodología se desarrolló principalmente mediante el trabajo constante durante las visitas a los domicilios de las cuidadoras y autocuidadoras, utilizando entrevistas tanto estructuradas como semiestructuradas. Los datos registrados en las bitácoras serán clave para crear una serie de conexiones que faciliten una comprensión más amplia de cómo la persona percibe su realidad, de las amenazas que se presentan en su entorno y como pasa por los niveles jerárquicos de la teoría de Porges.

Además, para complementar el análisis cualitativo estuvo apoyado por la Escritura Emocional Autorreflexiva (EEA) la cual estaba enfocada en conocer los sucesos más dolorosos por los que habían tenido que pasar a lo largo de su vida.

Por otra parte, para el análisis cuantitativo que se ocupó en las primeras dos fases está apoyado de los siguientes instrumentos:

- El **Test de Sobrecarga del Cuidador (Zarit y Zarit)** -Utilizado en la primera etapa individual- (Pre- Post)
- La **Escala MOST** (Medical Outcomes Study Scale) -Utilizado en la primera etapa individual- (Pre- Post)

- Escala de bienestar subjetivo (EBS-8) Calleja y Mason (2020). -Utilizado en la segunda etapa individual- (Pre- Post)
- En cuanto a la Escala de Afecto Positivo / Afecto Negativo (PANAS) - Utilizado en la segunda etapa individual- (Pre- Post)
- Se usó un diagrama de redes llamado renograma -Utilizado en la segunda etapa- (Pre- Post)
- Se trabajó con la Escala de Malestar Psicológico (K-10) - Utilizado en la segunda etapa individual- (Pre- Post)
- Se trabajó con la escala de atención plena (MAAS) - Utilizada en la segunda etapa individual- (Pre- Post)
- Escala PHQ-4 -Utilizado en la tercera etapa- (Pre)

10.9. Instrumentos.

Los instrumentos que se utilizaron a lo largo del proyecto de intervención fueron los siguientes:

- El **Test de Sobrecarga del Cuidador (Zarit y Zarit)** es una escala utilizada para evaluar el nivel de sobrecarga o estrés que experimentan los cuidadores familiares, especialmente aquellos que asumen la responsabilidad del cuidado de personas con enfermedades crónicas o discapacidades. La escala fue desarrollada por **Zarit, Reever y Bach-Peterson** en 1980 y ha sido ampliamente utilizada en estudios y en la práctica clínica para medir el impacto del rol del cuidador en el bienestar emocional, físico y social de la persona que cuida. La escala contiene 22 ítems. Es una escala de tipo **Likert**, donde los cuidadores deben responder a cada ítem en una escala de 0 a 4, que varía desde "Nunca" hasta "Siempre". H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980).
- La **Escala MOST** (Medical Outcomes Study Scale) es una herramienta utilizada para evaluar diversos aspectos de la calidad de vida y el bienestar de los pacientes en estudios médicos y psicosociales. El propósito es evaluar los efectos de las condiciones de salud y las intervenciones médicas sobre la calidad de vida de los pacientes. El número de ítems varía según la versión de la escala, pero comúnmente consta de **36 ítems** que abarcan diferentes áreas relacionadas con la calidad de vida.
- Escala de bienestar subjetivo (EBS-8) Calleja y Mason (2020). Es una escala de ocho reactivos que mide satisfacción con la vida y afecto positivo; la dimensión emocional está conformada por afectos positivos con seis posibles respuestas en una escala asimétrica tipo Likert que se clasifican en totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo; cuenta con la confiabilidad alfa de Cronbach de 0.80. Tiene una media de 35.12 hay una

desviación estándar 12.57, por otra parte, en nuestras aplicaciones se obtuvo una media mayor a la del autor (47.43) y una desviación estándar de (27.46)

- En cuanto a la Escala de Afecto Positivo / Afecto Negativo (PANAS) de Watson, y colaboradores en 1988; la escala mide el bienestar subjetivo que se refiere a la experiencia emocional del afecto positivo (felicidad, alegría y plenitud) y el afecto negativo (tristeza, miedo y enojo) que tiene la persona. La escala cuenta con 20 ítems, diez de ellos para el afecto positivo y los otros diez restantes para evaluar afecto negativo; en cuanto a las opciones de respuesta están clasificadas en cinco opciones de respuesta de tipo Likert (nunca a siempre) y tiene la confiabilidad alfa de Cronbach de 0.92; validada en México por (Velasco Matus et al., 2022).
- Se usó un diagrama de redes llamado redograma a fin de que el participante identifique a las personas con las que tenga contacto, con aquellas que se sienta querido, cuidado, estimado y valorado; que pertenece a una red de comunicación y obligaciones mutuas (Coob, 1976).
- Se trabajó con la Escala de Malestar Psicológico (K-10) de Kessler y colaboradores en 2002; esta escala mide los niveles de ansiedad (nerviosismo y agitación) depresión (fatiga y afecto negativo). El instrumento consta de 10 ítems con cinco posibles respuestas de tipo Likert y se dividen de nunca a siempre (1-5), la puntuación mínima es de 10 puntos y la máxima es de 50; cuenta con la confiabilidad alfa de Cronbach de 0.90 y fue validada en México por (Vargas Terrez et al., 2011). Donde se encontró una media dada por los autores de 20.04 y una desviación estándar de 6.96, en contraparte nuestros datos fueron mayores con una media de 20.71 y una desviación estándar de 8.64.

- Se trabajó con la escala de atención plena (MAAS) desarrollada por Kirkw.brown, et.al 2003) Validada en población Mexicana por (Lopez, Maya, et.al.,2015) No encontramos la media y la desviación estándar de la escala mencionada, pero nuestra media fue de 58.95 y la desviación estándar de 15.09.

10.9.1. Primera etapa.

En la primera etapa del proyecto de intervención comunitaria a las cuidadoras 0001, 0002, 0003, 0004 se les aplicó el siguiente instrumento (pre- post):

Se utilizó un test de sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit), cuyo instrumento ayudó en un inicio a saber cómo se sentía cada cuidador respecto al tema del cuidado, cabe mencionar que dentro de este test no hay preguntas buenas o malas. Cada pregunta puede ser respondida de cinco maneras posibles la escala va del cero al cuatro, donde el 0 significa “nunca”, el 1 “rara vez”, el 2 “algunas veces”, el 3 “bastantes veces” y el 4 “casi siempre”.

También se hizo uso del cuestionario de apoyo social MOS, donde inicialmente se preguntó el número de amigos con los que cuenta el cuidador. Posterior a eso las preguntas estaban relacionadas con el apoyo social, manejando una escala de 1 a 5, donde 1 es “nunca”, 2 es “pocas veces”, 3 es “algunas veces”, 4 es “muchas veces” y 5 es “siempre”. Después de haber concluido esta parte se realizó la evaluación de la salud emocional y social donde las escalas que se utilizan son sobre el bienestar subjetivo (EBS-8), salud auto percibida (SPHS), apoyo social (MSPSS), ansiedad (GAD-7) soledad y salud del paciente (PHQ-9). Todas estas herramientas fueron aplicadas y después fueron agregadas a una base de datos donde se pusieron etiquetas de “ansiedad del cuidador inicial”, “soledad del cuidador inicial”, salud de cuidado inicial”, etcétera. Esta parte es la que la nombramos pre, que fue toda esta recopilación de información inicial del cuidador o auto cuidador.

Como post volvimos a aplicar el mismo test, cuestionario y todas las escalas de evaluación de salud emocional y social, se hizo registro de nuevo en la base de datos para ver qué tanto fue el impacto que generó el acompañamiento psicosocial a lo largo de estas diez semanas.

10.9.2. Segunda Etapa.

Para nuestra segunda etapa se utilizaron los siguientes instrumentos, los cuales se les aplicaron a las cuidadoras 0001, 0002, 0003

Escala de bienestar subjetivo (EBS-8) Calleja y Mason (2020).

Es una escala de ocho reactivos que mide satisfacción con la vida y afecto positivo; la dimensión emocional está conformada por afectos positivos con seis posibles respuestas en una escala asimétrica tipo Likert que se clasifican en totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo; cuenta con la confiabilidad alfa de Cronbach de 0.80. Tiene una media de 35.12 y una desviación estándar 12.57, por otra parte en nuestras aplicaciones se obtuvo una media mayor a la del autor (47.43) y una desviación estándar de (27.46)

En cuanto a la Escala de Afecto Positivo / Afecto Negativo (PANAS) de Watson, y colaboradores en 1988; la escala mide el bienestar subjetivo que se refiere a la experiencia emocional del afecto positivo (felicidad, alegría y plenitud) y el afecto negativo (tristeza, miedo y enojo) que tiene la persona.

La escala cuenta con 20 ítems, diez de ellos para el afecto positivo y los otros diez restantes para evaluar afecto negativo; en cuanto a las opciones de respuesta están clasificadas en cinco opciones de respuesta de tipo Likert (nunca a siempre) y tiene la confiabilidad alfa de Cronbach de 0.92; validada en México por (Velasco Matus et al., 2022).

Se usó un diagrama de redes llamado redograma a fin de que el participante identifique a las personas con las que tenga contacto, con aquellas que se sienta querido, cuidado, estimado y valorado; que pertenece a una red de comunicación y obligaciones mutuas (Coob, 1976). Se trabajó con la Escala de Malestar Psicológico (K-10) de Kessler y colaboradores en 2002; esta escala mide los niveles de ansiedad (nerviosismo y agitación) depresión (fatiga y afecto negativo). El instrumento consta de 10 ítems con cinco posibles respuestas de tipo Likert y se dividen de nunca a siempre (1-5), la puntuación mínima es de 10 puntos y la máxima es de 50; cuenta con la confiabilidad alfa de Cronbach de 0.90 y fue validada en México por (Vargas Terrez et al., 2011). Donde se encontró una media dada por los autores de 20.04 y una desviación estándar de 6.96, en contraparte nuestros datos fueron mayores con una media de 20.71 y una desviación estándar de 8.64.

Se trabajó con la escala de atención plena (MAAS) desarrollada por Kirkw.brown, et.al 2003) Validada en población mexicana por (López, Maya, et.al.,2015) No encontramos la media y la desviación estándar de la escala mencionada, pero nuestra media fue de 58.95 y la desviación estándar de 15.09.

10.9.3. Tercer Etapa.

En la tercera etapa no empleamos escalas, ya que el enfoque se centra en un análisis cualitativo basado en las interacciones sociales generadas durante las sesiones y en los procesos psicosociales que se activaron dentro del grupo conformado por los cuidadores y cuidadoras informales primarios.

10.10. Procedimientos.

10.10.1. Etapa 1.

La primera etapa de la intervención psicosocial en la colonia de San Miguel Teotongo se llevó a cabo el día 10 Julio del 2024 donde se nos dio un breve recorrido por la colonia y al mismo tiempo se nos explicó la historia y el origen del lugar.

El 17 de Julio fuimos nuevamente a la Colonia, ahí nos dividieron en diadas, en total fuimos 15 días y se nos dividió en grupos:

De la diada 1 a la 10 estuvimos trabajando en el Museo Comunitario de San Miguel Teotongo y en sus alrededores

- Diada 1
- Diada 2
- Diada 3
- Diada 4
- Diada 5
- Diada 6
- Diada 7
- Diada 8
- Diada 9
- Diada 10

De la diada 11 a la 13 estuvieron trabajando en el “Local de la unión de colonos”

- Diada 11

- Diada 12
- Diada 13

Finalmente, la diada 14 y 15 estuvieron trabajado en la Utopía de San Miguel Teotongo

- Diada 14
- Diada 15

Después de eso se hizo un cronograma para impartir varias actividades a las y los cuidadores de San Miguel Teotongo que se presenta a continuación.

Sesión/ semana	Objetivo de la sesión	Descripción del contenido
1 Búsqueda de participantes	Encontrar personas que estuvieran interesadas en formar parte del programa	• Ubicar la zona en la que se trabajaría • Emprender la búsqueda • se brinda la información y se hace el registro de los cuidadores • Escucha activa

2 Aplicación de instrumentos (escalas/contexto familiar en el que se encuentra)	Conocer aspectos psicosociales	● Aplicación de instrumentos ● Se les pregunta a los cuidadores acerca de su vida y el contexto familiar, social y económico. ● Toma de temperatura central y periférica ● Técnica de respiración diafragmática ● Toma de temperatura central y periférica ● Escucha activa
3 Aplicación de instrumentos (escalas /contexto familiar en el que se encuentra)	Conocer aspectos psicosociales	● Escala ● Toma de temperatura central y periférica ● Se les pregunta a los cuidadores acerca de su vida y el contexto familiar, social y económico. ● Técnica de respiración diafragmática ● Toma de temperatura central y periférica ● Escucha activa

4 contexto familiar	Saber la situación familiar en la que se encuentran, así como también el social y psicológico. (conocer a cada participante)	● Se entabló una conversación donde se dejó expresarse libremente a los cuidadores ● Toma de temperatura central y periférica ● Técnica de respiración diafragmática ● Toma de temperatura central y periférica ● Atención plena ● Escucha activa
5 Estrategias para afrontar situaciones difíciles	Que el cuidador sea capaz de tomar decisiones óptimas ante situaciones difíciles.	● Se dio el tema de situaciones difíciles y posibles estrategias de enfrentamiento ● Toma de temperatura central y periférica ● Técnica de relajación muscular pasiva ● Escucha activa ● Toma de temperatura central y periférica

6 Importancia de organizar el tiempo	Saber la importancia de organizar el tiempo y saber hacerlo	● Se desarrolló el tema de la importancia de organizar el tiempo y estrategias para lograrlo. ● Toma de temperatura central y periférica ● Técnica de relajación muscular activa ● Escucha activa ● Toma de temperatura central y periférica
7 Nivel y tipo de duelo	Ubicar qué nivel de duelo tienen	● Se explicaron los tipos de duelo ● Toma de temperatura central y periférica ● Técnica de imaginación guiada ● Toma de temperatura central y periférica ● Escucha activa

8 Duelo y Miedo/ identificación de emociones	Que los cuidadores conozcan el tipo de duelo que llevan y los tipos de miedos que existen y que identifiquen sus emociones.	● Se habló acerca del duelo y el miedo ● Toma de temperatura central y periférica ● Técnica de imaginación guiada ● Escucha activa ● Toma de temperatura central y periférica
9 Aplicación de escalas post/ reflexión sobre el cuidado propio	Conocer el impacto que ha generado el acompañamiento	● Escalas post ● Toma de temperatura central y periférica ● se habló sobre el cuidado personal. ● Técnica de entrenamiento autógeno ● Toma de temperatura central y periférica ● Escucha activa

10 Retroalimentación grupal	Conocer a todos los cuidadores y que ellos nos conozcan a nosotros y al programa	● Presentación del proyecto y profesores ● Presentación de los alumnos ● Actividad de integración ● Se presentaron las actividades que se desarrollaron en estas 10 semanas ● Agradecimientos ● Se compartieron experiencias de los cuidadores. ● Toma de temperatura central y periférica ● Actividad de relajación ● Toma de temperatura central y periférica ● Convivio. ● Escucha activa
------------------------------------	---	--

En la primera etapa asistimos a los domicilios de cada cuidadora para poder aplicar los instrumentos correspondientes ya mencionados con anterioridad, así como también los temas correspondientes a cada sesión. Llegábamos en un horario de 8:00 am a 2:00 pm. Las sesiones con la cuidadora 0001 ocurrían en su domicilio de las 10:00 am a las 10:50 am, las sesiones con

la cuidadora 0002 ocurrían de 9:00 am a 9:50 am en su respectivo domicilio, las sesiones con la cuidadora 0003 ocurrían en su domicilio de 11:00 am a 11:50 am, por ultimo pero no menos importante las sesiones con la cuidadora 0004 ocurrían en su domicilio de 12:00 pm a 1:00 pm.

Desde la primera sesión las cuidadoras nos abrieron las puertas de su casa para poder realizar las sesiones con ellas. En un principio se mostraban curiosas por saber de que íbamos a hablar, a medida de que fue pasando el tiempo comenzaron a platicarnos su vida, lo que les dolía, lo que viven diariamente, fueron abriéndose como un libro.

Los temas que les comenzamos a dar lo fueron aplicando a su vida cotidiana y poco a poco nos platicaban cómo establecen límites, como reconocían sus emociones, cómo organizaban su tiempo y como comenzaron a darse este autocuidado.

Durante las sesiones se implementaron varias técnicas:

- La escucha activa, esta técnica de comunicación que implicó prestar atención consciente y focalizada a cada una de las cuidadoras, con el objetivo de entender la situación por la cual cada una estaba pasando. Por otra parte, se utilizaron diferentes técnicas de relajación (con el objetivo de reducir el nivel de estrés en el que se encontraban) como: respiración diafragmática, atención plena, relajación muscular (pasiva o progresiva, activa), imaginación guiada y entrenamiento autógeno.

Las técnicas que utilizamos para la relajación en esta primera etapa fueron las siguientes:

- La respiración diafragmática es aquella respiración lenta a la que no estamos acostumbrados, también es conocida como respiración abdominal, este tipo de respiración es profunda e implica el movimiento del diafragma provocando una contracción y expiación, provocando volumen de la cavidad torácica, cuando el

estómago se expande hacia afuera permite mayor entrada de aire en los pulmones; por otro lado este tipo de respiración lenta y profunda hace que los pulmones trabajen completamente trayendo como beneficios la reducción de estrés, ansiedad, mejorar la oxigenación del cuerpo, lleva a un punto de relajación y producción de sueño, entre otros.

- La técnica de atención plena consiste en enfocar completamente la atención en la persona que habla (cuidadores). La técnica de relajación muscular progresiva es aquella que se enfoca en tensar y relajar diferentes músculos del cuerpo para liberar la tensión que haya y llegar a un punto de relajación (destensar).
- La técnica de relajación muscular activa (RMA) es aquella que combina movimientos conscientes controlados con una respiración profunda, para liberar aquella tensión muscular que se tenga y mejorar el estado en el que se encuentra. En ambas técnicas los ejercicios son desarrollados por medio de la tensión y distensión muscular.
- La técnica de imaginación guiada es en la que una persona visualiza en su mente escenarios positivos o imágenes (visualización guiada/dirigida) que el facilitador le va describiendo. Por último, el entrenamiento autógeno es aquella técnica en la que el facilitador dirige al sujeto a percibir diversas partes de su cuerpo pesadas y calientes.

Todas las técnicas empleadas traen beneficios para la salud como: la reducción de estrés y ansiedad mejora la calidad de sueño, alivio en dolor muscular (relajación muscular), aumento de relajación, mejora en la concentración, entre otros.

Años anteriores ya se ha investigado este tema, pero toda investigación puede arrojar datos estadísticos diferentes y esto depende de aspecto sociales, culturales y económicos en los que la región de estudio se encuentre. Actualmente no sabemos qué efecto provocará este acompañamiento psicosocial en los domicilios, por tal motivo se está brindando la intervención para poder después documentarlo, poniendo desde un inicio como propósito principal conocer los efectos e impactos que genera todo lo anterior a personas que son cuidadores primarios.

10.10.2. Etapa 2.

En la segunda etapa de la intervención psicosocial no aplicamos temas específicos, puesto que dejamos que las cuidadoras y autocuidadoras nos platicaran la situaciones por las que estuvieran pasando. En esta segunda etapa se aplicaron instrumentos cuantitativos ya antes mencionados, pero también utilizamos la Escritura Emocional Autorreflexiva (EEA) como instrumento cualitativo. Para ello se realizó el siguiente cronograma.

Cronograma de intervención comunitaria, segunda etapa individual. Diada 3

<i>Fecha</i>	<i>Actividad programada</i>
<i>23 de octubre</i>	reencuentro y aplicación de escalas
<i>30 de octubre</i>	Aplicación de escalas

<i>6 de noviembre</i>	Escritura Emocional Autorreflexiva (A)
<i>13 de noviembre</i>	Escritura Emocional Autorreflexiva (B)
<i>20 de noviembre</i>	Escritura Emocional Autorreflexiva (C)
<i>27 de noviembre</i>	Escritura Emocional Autorreflexiva (D)
<i>4 de diciembre</i>	Aplicación de escalas
<i>11 de diciembre</i>	Aplicación de escalas
<i>18 de diciembre</i>	Reunión grupal de cierre

En primer momento se aplicaron escalas que miden el bienestar (pre).

Se utilizó el método de escritura tradicional que está dividido en A, B, C Y D.

En el ejercicio “A” se les pidió que escribieran algún hecho de su vida y de cualquier etapa (niñez, adultez, vejez), que no importaba si fuera reciente o antiguo, pero que lo considerara como una vivencia dolorosa. Una sugerencia principal era que escribiera utilizando la primera persona como: yo, mí, a mí, etcétera.

En este ejercicio como en todos se les hizo el comentario que lo hicieran con la confianza y seguridad de que todo era confidencial, que no se preocuparan por la ortografía, la sintaxis o la gramática y que si no recordaban algo que no se sintieran presionadas que se sintieran en la libertad de detenerse a pensar y cuando se sintieran listas comenzaran.

En el ejercicio “B” el escrito fue plasmado en tercera persona utilizando: él, ella, etcétera.

En el ejercicio “C” se pidió que fuera redactado en primera persona del singular utilizando el: yo, mí, a mí, etcétera. En este ejercicio se les presentó una lista de palabras donde tenían que tomar las que mejor le acomodaran a su escrito.

*La siguiente tabla muestra las palabras utilizadas como sugerencia.

PALABRAS POSITIVAS	PALABRAS NEGATIVAS	PALABRAS DE CONEXION
AMOR	ODIO	DESCUBRÍ QUE...
AFECTO	FRACASO	
FELICIDAD	FEALDAD	AL FIN COMPRENDÍ QUE...
BIENESTAR	INTRANQUILIDAD	
PAZ	INSOPORTABLE	DESPUÉS DE TIEMPO... ESTOY
ARMONIOSO	DESTRUCTIVO	BUSCANDO... ESTOY CERCA DE ...
BONITO	DESHONESTO	SOSPECHO QUE... PRESIENTO
SERENO VIGOROSO	TERRORÍFICO	QUE...
AMABLE	INTOLERABLE	POR FIN ENCONTRÉ QUE...
SATISFACTORIO	DAÑINO	
DISFRUTAR	SUFRIMIENTO	LA RAZÓN DE... AHORA SE...
	QUEBRANTO	EL SENTIDO ES...

Por último, se aplicó el ejercicio “D” de igual manera utilizando la primera persona del singular (yo, mí, a mí, etc.), pero en este ejercicio además de la lista de palabras se proporcionaron frases que le ayudaron a plantear alguna solución a la experiencia. La siguiente tabla muestra las palabras sugeridas para este último ejercicio.

PALABRAS POSITIVAS	PALABRAS NEGATIVAS	PALABRAS DE CONEXION
<i>SATISFACCIÓN</i>	<i>TRISTEZA</i>	<i>ANALICÉ Y COMPRENDÍ QUE...</i>
<i>TRANQUILIDAD</i>	<i>DOLOR</i>	
<i>SINCERIDAD</i>	<i>ENOJO</i>	<i>HE APRENDIDO QUE... BUSCO LA</i>
<i>ALEGRÍA</i>	<i>PREOCUPACIÓN</i>	<i>SOLUCIÓN... AHORA SE QUE DEBO...</i>
<i>GUSTO</i>	<i>CORAJE</i>	<i>ENCONTRÉ LA SOLUCIÓN QUE...</i>
<i>PROVECHO</i>	<i>TEMOR</i>	
<i>AMOR</i>	<i>FRUSTRACIÓN</i>	<i>NO SIEMPRE SE QUE... ACEPTO</i>
<i>AGRADABLE</i>	<i>DESAGRADABLE</i>	<i>QUE...</i>
<i>SUPERACIÓN</i>	<i>ODIO</i>	<i>LO QUE OCURRIÓ ME HA...</i>
<i>ALIVIO</i>	<i>MIEDO</i>	
<i>FELICIDAD</i>	<i>DESESPERACIÓN</i>	<i>AHORA ESPERO QUE... AHORA</i>
<i>CONTENTO</i>	<i>DECEPCIÓN</i>	<i>NUNCA ME...</i>
		<i>VEO LO QUE OCURRIÓ COMO...</i>
		<i>AHORA ME SIENTO...</i>

Es importante mencionar que en un inicio se siguió este protocolo, pero le fuimos haciendo modificaciones dependiendo el caso de cada cuidadora puesto que las cuatro personas no saben o no pueden leer ni escribir, entonces lo que hicimos fue grabar y transcribirlo en un documento de Word.

También conforme nos percatamos que las indicaciones que se les daban eran un tanto complejas para ellas se decidió dejar esto a un lado y dejar que ellas se expresaran libremente sin interrumpir en algún momento.

Al término de cada ejercicio se realizaron ejercicios de respiración.

10.10.3. Etapa 3.

Para la tercera etapa ahora grupal se decidió que las sesiones se llevarán a cabo en el Museo Comunitario de San Miguel Teotongo ya que era un lugar céntrico para la mayoría de las participantes.

En el Museo nos prestaron un salón para poder impartir los temas en un horario de 10:00 am a 11:30 am.

Para ello hicimos un cronograma de actividades con diferentes temas para reforzar el autocuidado hacia ellas y ellos.

Cronograma de intervención comunitaria, tercera etapa grupal

<i>Fecha</i>	<i>Tema</i>	<i>Técnica</i>
19 de febrero 2025	Integración grupal	No aplica
26 de febrero 2025	Reconocimiento de emociones	Atención plena
5 de marzo 2025	La ira desde el ciclo del estrés y la regulación emocional	Atención plena
12 de marzo 2025	Comunicación asertiva	Meditación guiada
19 de marzo 2025	Duelo y apoyo social	Psicodrama, abrazoterapia, musicoterapia
26 de marzo 2025	Redes de apoyo	Musicoterapia
2 de abril 2025	Relaciones sanas y cómo establecerlas	Meditación guiada
9 de abril 2025	Autocuidado	Aromaterapia, e imaginería guiada
16 de abril 2025	Escucha activa	Imaginería guiada
30 de abril	Cierre del proyecto de intervención comunitaria	Imaginería guiada con aromaterapia

Durante esta etapa, se llevaron a cabo 10 sesiones en total. Tal como se detalla en la tabla anterior, los temas abordados fueron propuestos por los y las cuidadoras y autocuidadoras. Las sesiones tenían un rango de tiempo de 1 hora a Hora y media y estaban distribuidas de la siguiente manera.

1. Bienvenida (15 min. aproximadamente)
2. Activación física/ lúdica (10 min. aproximadamente)
3. Tema central (De 20 min a 30 min . aproximadamente)
4. Retroalimentación con actividad (De 10 a 15 min. aproximadamente)
5. Actividad de relajación (8 min. aproximadamente)
6. Cierre (5 min. aproximadamente)

Para la sesión del 16 de abril del año en curso asistimos a los domicilios de las participantes debido a que el museo cerró esta semana por motivos de semana santa.

El cronograma de actividades se eligió así debido a que las y los participantes nos dijeron los temas que querían tocar durante las sesiones.

Para algunas de las sesiones el compañero Ricardo Serrato nos prestaba su proyector, computadora, bocina, pantalla, para poder tener una mejor calidad de sesiones y poder proyectarles a las y las participantes imágenes, videos, láminas, letras, etc.

11. Resultados.

11.1. Primera etapa (Fase individual).

11.1.1. Tipo de análisis cuantitativo.

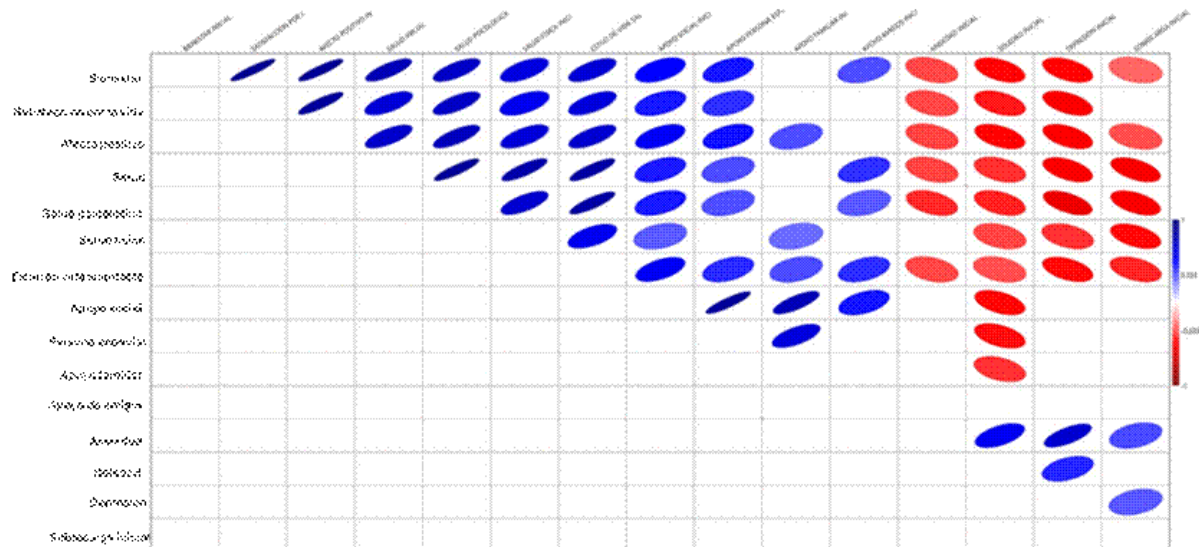
Correlograma

En el siguiente análisis de correlaciones entre las variables psicosociales y la percepción de salud, representado en el Correlograma (Figura 1), destaca las asociaciones que resultaron ser significativas ($p < .05$). También se puede observar las variables que influyen tanto negativamente como positivamente en la sobrecarga del cuidador primario independiente.

La variable “sobrecarga del cuidador” está asociada con, “bienestar”, “afecto positivo”, “salud”, “salud psicológica”, “salud física”, “estilo de vida saludable” Para comenzar se revisó que la variable “Sobrecarga del cuidador” se asocia significativamente con la variable de salud, a mayor sobrecarga tiene mayor inferencia a la disminución de la salud.

Algo importante a destacar es que afecta de manera directa la sobrecarga del cuidador a su salud personal.

Figura 1. Correlograma con coeficientes de Spearman.



Fuente: Øyvind Hammer, David A. T. Harper, y Paul D. Ryan. (2017) PAST: Psychoeducational Assessment System [Software].

Efecto Psicosocial de la intervención de los 3 lugares de trabajo (Museo, Unión de colonos, Utopía)

Se observó que la intervención psicosocial no logró una normalización en todas las variables, y en ciertas áreas no se detectaron cambios significativos. En la variable “Sobrecarga del cuidador” hubo una diferencia con valor $p = 0.043$ con un tamaño del efecto significativamente leve del -0.447 .

Por otra parte, en la variable “Soledad” obtuvimos un cambio con valor $p = 0.019$ y un cambio significativamente leve con un tamaño del efecto de -0.669 .

Para la variable de “ansiedad” por una centésima no hubo un cambio en el pre y el post, así que podremos concluir que debemos seguir trabajando en esa variable para notar el cambio significativo.

Tabla 1

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

Medida	Pre	Post	Estadístico	p	Tamaño del efecto
Bienestar	31.8 (9.74)	34.8 (11.04)	T = 2.65 (35.0)	0.012	0.442
- Satisfacción por la vida	16.3 (5.17)	17.3 (5.54)	T = 1.62 (35.0)	0.115	0.270
- Afecto positivo	16.3 (5.10)	17.5 (5.67)	T = 1.90 (35.0)	0.066	0.316
Salud	42.5 (15.8)	44.2 (14.2)	T = 0.911 (35.0)	0.369	0.152
- Salud psicológica	14.6 (5.77)	14.8 (5.66)	T = 0.305 (35.0)	0.762	0.0508
- Salud física	15.1 (6.41)	15.1 (6.61)	W = 174	0.726	-0.0794
- Estilo de vida saludable	14.0 (5.76)	14.9 (5.19)	T = 0.935 (35.0)	0.356	0.156
Apoyo social	41.7 (12.2)	42.1 (12.3)	W = 290	0.416	0.169

- <i>Persona especial</i>	18.6 (6.29)	19.0 (6.61)	W = 157	0.329	0.241
- <i>Apoyo familiar</i>	14.1 (5.16)	14.5 (5.89)	W = 162	0.481	0.170
- <i>Apoyo de amigos</i>	8.94 (4.55)	8.33 (4.46)	W = 92.0	0.097	-0.387
Ansiedad	9.47 (5.50)	7.61 (4.79)	T = -2.02 (35.0)	0.051	-0.336
Soledad	5.53 (2.02)	4.78 (2.03)	W = 25.0	0.008	-0.708
Depresión	8.67 (6.08)	6.42 (5.76)	T = -2.25 (35.0)	0.031	-0.375
Sobrecarga del cuidador	33.0 (17.0)	27.5 (17.3)	W = 180	0.044	-0.397

Medidas Fisiológicas.

El análisis de los cambios fisiológicos nos muestra que solo en la sesión 5 y 6 donde se dio la técnica de relajación muscular (Pasiva o Progresiva según sea el caso) hubo un cambio significativo con un tamaño del efecto leve de 0.41 en la sesión 5 y 0.39 en la sesión 6. Esto nos deja ver que las señoras y señores se relajaron y relajaron sus músculos ya que pasan por mucha tensión y en su gran mayoría la sobrecarga que tienen la enfrentan ellas/ ellos solos.

Tabla 1. *Medidas fisiológicas de los CPI durante 9 sesiones*

	Pre	Post	Estadístico	p	TE
Sesión 1	32.4 (2.35)	32.9 (2.05)	W = 169.0	0.065	0.4632
Sesión 2	32.6 (2.32)	33.0 (1.95)	W = 308.5	0.239	0.2440
Sesión 3	23.7 (1.87)	32.8(1.93)	W = 317.5	0.739	0.0672
Sesión 4	32.4 (1.75)	32.9(1.87)	W = 372.5	0.102	0.3280
Sesión 5	32.3 (1.74)	32.6(1.90)	T = 2.305 (30)	0.028	0.4140
Sesión 6	32.5 (1.73)	32.8(1.83)	T = 2.378 (36)	0.023	0.3909
Sesión 7	32.7 (1.83)	32.9(1.94)	T = 1.017 (34)	0.316	0.1719
Sesión 8	33.1 (1.98)	33.2(2.13)	W = 274.0	0.399	0.1785
Sesión 9	33.1 (1.65)	33.2(1.57)	T = 0.760 (18)	0.457	0.1743

Resultados de las CPI de la diada 3.

Tabla 1 resultados de la intervención psicosocial individual

	CPI 1			CPI2			CPI 3		
	Pre	Post	CCO	Pre	Post	CCO	Pre	Post	CCO
Bienestar	9	9	0	33	35	0.06	24	33	0.37
<i>-Satisfacción por la vida</i>	5	5	0	14	21	0.5	20	20	0
<i>-Afecto positivo</i>	4	4	0	19	20	0.05	24	24	0
Salud	19	15	-0.21	39	55	0.41	26	20	-0.23
<i>-Psicológica</i>	4	4	0	12	15	0.25	22	23	0.045
<i>-Física</i>	6	5	-0.16	14	14	0	19	19	0
<i>-Estilo de vida saludable</i>	9	6	-0.33	13	14	0.07	19	19	0
Apoyo social	12	12	0	40	40	0	50	60	0.2
<i>-Apoyo de una persona especial</i>	5	5	0	22	22	0	22	22	0
<i>-Apoyo familiar</i>	4	4	0	15	20	0.33	20	26	0.3
<i>-Apoyo de amigos</i>	3	3	0	3	3	0	3	12	3
Ansiedad	17	17	0	8	8	0	6	6	0
Soledad	9	9	0	7	3	0.57	4	3	0.25
Depresión	19	18	0.05	14	14	0	4	5	-0.25
Sobrecarga del cuidador	12	10	0.16	12	12	0	25	6	0.76

CPI 0001

Es una mujer de 75 años que vive con hipertensión, osteoporosis y una condición en la cadera. Es autónoma en su autocuidado, aunque enfrenta sentimientos de soledad, estrés y ansiedad tras el reciente fallecimiento de su esposo, quien representaba su principal fuente de

apoyo económico, social y emocional. Para sobrellevar su situación, ha buscado apoyo en sus familiares más cercanos. Sin embargo, esto ha generado diversos conflictos, ya que expresa no sentirse completamente bienvenida en la casa de sus hijos, percibiendo que su presencia es más por lástima que por afecto genuino. Su única fuente de ingresos es la pensión que recibe del gobierno y la venta de gelatinas en el mercado. A pesar de sus limitaciones, procura mantener su salud y realiza caminatas diarias para conservar su movilidad. Durante el acompañamiento, se abordaron los temas programados, así como aspectos relacionados con los tipos de comunicación, el reconocimiento emocional y el proceso de duelo. Este último fue un tema recurrente durante las nueve semanas, y hacia el final del proceso, la señora compartió que recordaba a su esposo con más serenidad y con sentimientos de paz y alegría.

CPI 0002

Se trata de una mujer de 86 años que se cuida por sí misma. Presenta múltiples condiciones de salud: hipertensión, ansiedad y depresión diagnosticadas, diabetes, y dificultades de movilidad en el pie derecho. Su día a día está marcado por el estrés y la ansiedad, en gran parte por su situación económica y familiar. Su único ingreso proviene de la pensión gubernamental, con la cual además mantiene a su hija de 50 años.

Ha tenido una vida difícil y guarda muchas vivencias dolorosas. Actualmente no cuenta con una red de apoyo social o familiar, ya que se encuentra distanciada de todos sus familiares y con frecuencia se enferma. No dispone de los recursos necesarios para enfrentar sus problemas: en lo económico, no puede costear la atención adecuada para sus enfermedades; y en lo social y

familiar, no tiene a nadie cercano. A esto se suma una amenaza por parte de la ex esposa de su hijo, lo que aumenta su vulnerabilidad.

Durante el acompañamiento, se abordó principalmente el reconocimiento de emociones, ya que inicialmente no sabía identificar cómo se sentía. Se realizó una actividad de abrazoterapia y también se trabajó la organización del tiempo; sin embargo, esta última tuvo poco impacto debido a la falta de actividades en su rutina diaria. Se pudo observar que, aunque tiene una familia extensa, no mantiene una buena relación con ninguno de sus miembros ni cuenta con apoyo por parte de ellos.

CPI 0003

La participante es una mujer de 47 años que enfrenta una situación de salud muy delicada, ya que padece insuficiencia renal crónica, un tumor en la garganta, anemia y pérdida progresiva de la visión. A lo largo del acompañamiento, ha manifestado sentimientos intensos de tristeza y soledad. En sesiones previas compartió que cuidaba a su nieta de 8 años, quien representaba un fuerte vínculo afectivo. Sin embargo, en la séptima sesión relató que su hijo decidió llevarse a la nieta, lo que desestabilizó por completo su estado emocional y físico, agravando sus enfermedades.

Ante estas dificultades, encuentra apoyo principalmente en su familia cercana, que la acompaña de forma constante. No cuenta con amistades, pero asiste a templos religiosos donde recibe consuelo y fortaleza para sobrellevar su situación.

Inicialmente, se trabajaron los contenidos establecidos en el programa, pero después de la sesión 7 se priorizó brindarle un espacio de escucha, lo cual tuvo un impacto positivo en su

bienestar. Ella misma expresó que este acompañamiento fue valioso, identificándonos como una fuente importante de apoyo emocional.

CPI 0004

Desde hace más de 40 años, esta mujer de 78 años ha vivido con una discapacidad visual, enfrentando la vida con determinación mientras cuida a su hijo con parálisis cerebral y epilepsia. Él depende completamente de ella, ya que no puede hablar ni moverse, y ella ha sido su única cuidadora desde que nació, hace 43 años.

A lo largo del acompañamiento, la señora no mostró señales de estrés, soledad ni comportamientos de riesgo. Al contrario, mantiene una actitud serena y asegura que su fe en Dios ha sido clave para sobrellevar cada dificultad. Compartió que perdió a su esposo antes de perder la vista y que, desde entonces, asumió sola la responsabilidad de criar a sus hijos, aunque no especifica con claridad si fueron cinco o seis.

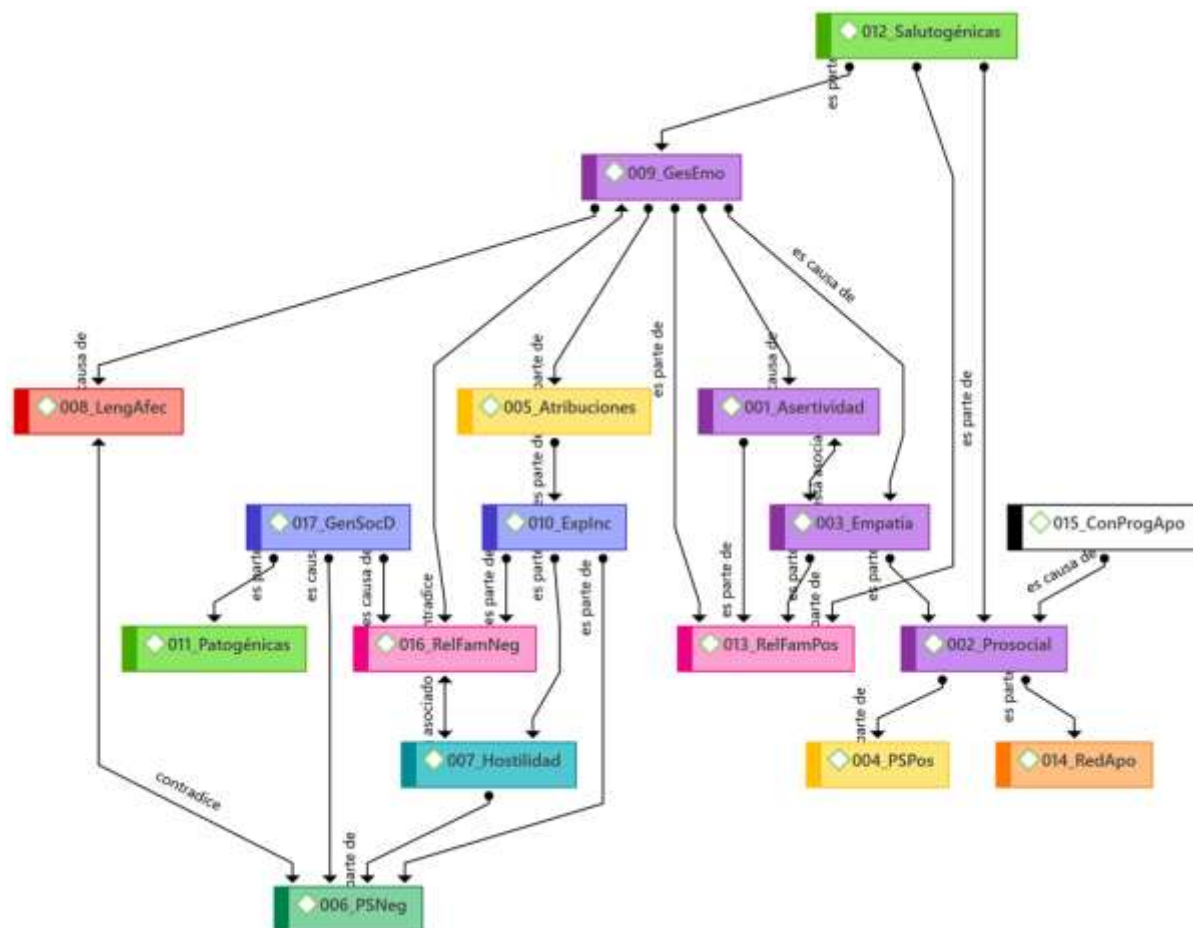
Durante las sesiones se aplicaron las escalas preestablecidas; sin embargo, no fue posible continuar con más intervenciones debido a que, en varias ocasiones, sus relatos eran confusos o contradictorios, lo cual dificulta el seguimiento del proceso.

11.1.2. Tipo de análisis cualitativo.

En la evaluación cualitativa (Figura 1) se puede observar en el modelo de categorías una red que entrelaza 17 códigos, donde se encuentran elementos que se pudieron observar durante la intervención pre-post del primer trimestre.

En la categoría de gestión emocional se pudo entrelazar: Asertividad, empatía, prosocial. Y puede ser parte para una buena relación familiar y un apoyo social. Por otra parte, tener un mal manejo emocional puede llevar a relaciones familiares negativas, conductas patológicas, hostilidad y nulas relaciones sociales o apoyo social.

Figura 1. Modelo de categorías. Resultado de análisis de bitácoras



11.2. Segunda etapa (Fase individual).

11.2.1. Tipo de análisis cuantitativo.

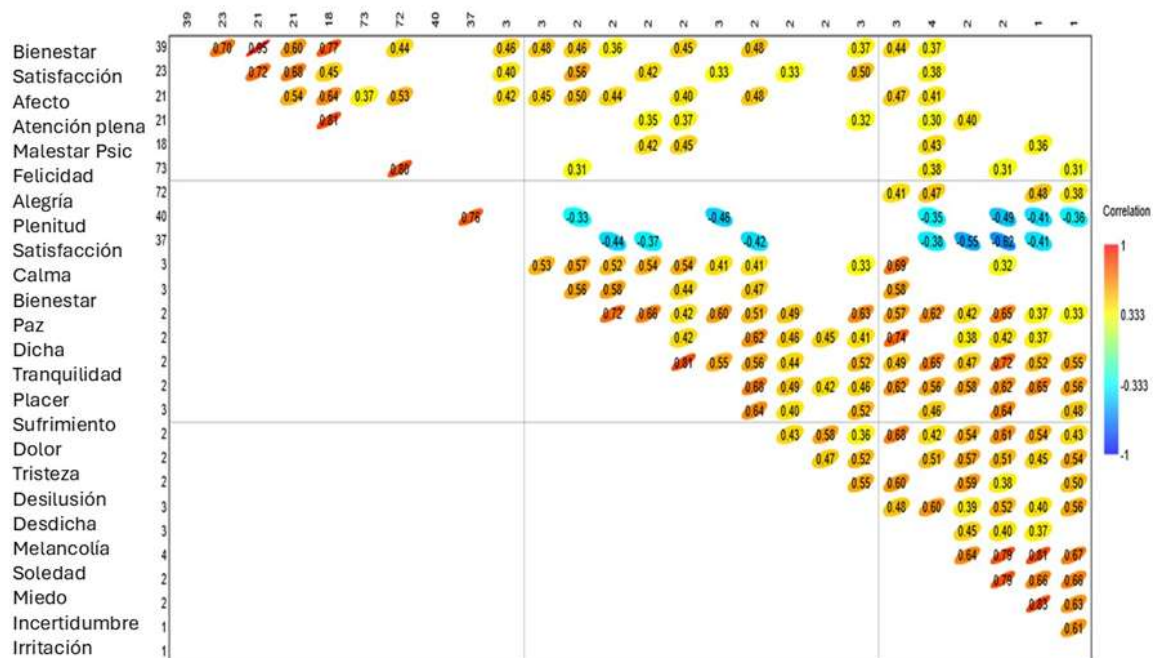
Análisis correlacional.

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

La variable bienestar se asocia con alegría, a mayor alegría mayor bienestar.

Podemos observar que la variable incertidumbre no se asocia con el bienestar.

La variable calma se asocia con bienestar, a mayor calma mayor bienestar



Efectos de la intervención.

Se observó que la intervención psicosocial no logró una normalización en las variables y en ciertas variables no se detectaron cambios significativos.

En la variable de atención plena tenemos una diferencia con un valor p de 0.009 y un tamaño del efecto de 0.554. Por otra parte, en la variable de satisfacción hubo una diferencia con un valor p de 0.018 y un tamaño del efecto de -0.214. En la variable de Alegría no hubo un cambio ya que tenemos un valor p de 0.627 y un tamaño del efecto de 0.182

MEDIDA	PRE	POST	ESTADÍSTICO	P	TAMAÑO DEL EFECTO	
Bienestar	38.8	(20.1)	40.1(18.5)	W = 286	0.50	0.151
Satisfacción	19.0	(6.87)	17.9 (7.81)	W = 149	0.018	-0.214
Afecto positivo		20.9 (14.1)	22.1 (12.7)	W = 267	0.145	0.315
Atención plena		59.3 (14.8)	63.3 (13.4)	W = 338	0.009	0.554
Malestar psicológico		21.9 (8.51)	19.8 (8.21)	W = 53.0	0.002	-0.698
Felicidad	3.58	(1.03)	3.61 (1.05)	W = 37.0	0.745	0.121
Alegría	3.56	(1.045)	3.63 (0.871)	W = 32.5	0.627	0.182
Plenitud	3.13	(1.04)	3.53 (1.02)	W = 160	0.003	0.684
Satisfacción	3.63	(1.04)	3.50 (1.08)	W = 62.0	0.478	-0.190
Calma	3.09	(0.928)	3.63 (1.100)	W = 162	0.005	0.705
Bienestar	3.34	(1.260)	3.72 (0.924)	W = 151	0.073	0.438
Paz	3.38	(1.29)	3.50 (1.30)	W = 78.5	0.595	0.154
Dicha	3.44	(1.22)	3.41 (1.10)	W = 33.0	1.000	0.00
Tranquilidad	3.59	(1.214)	3.69 (0.965)	W = 105	0.696	0.100
Placer	3.03	(1.26)	3.19 (1.12)	W = 103	0.447	0.199
Sufrimiento	2.81	(1.061)	2.78 (0.975)	W = 82.5	0.909	-0.0351
Dolor	3.35	(1.02)	3.13 (1.28)	W = 43.0	0.176	-0.368
Tristeza	3.09	(1.058)	3.00 (0.984)	W = 49.0	0.518	-0.183
Desilusión	2.94	(1.22)	2.63 (1.29)	W = 19.5	0.028	-0.629
Desdicha	2.06	(1.22)	2.13 (1.10)	W = 106	0.653	0.116
Melancolía	3.09	(0.963)	2.75 (1.270)	W = 59.0	0.142	-0.379
Soledad	2.38	(1.43)	2.22 (1.39)	W = 49.0	0.532	-0.183
Miedo	2.75	(1.16)	2.44 (1.22)	W = 59.5	0.256	-0.304
Incertidumbre	3.03	(1.28)	2.63 (1.04)	W = 56.0	0.112	-0.411
Irritación	2.94	(1.22)	2.78 (1.24)	W = 47.0	0.465	-0.217

11.2.2 Análisis Cualitativo.

1. Análisis de las bitácoras de la diada 3

En las siguientes figuras (Figura 1,2) se muestra la red que se creó para el análisis de las bitácoras de 3 CPI. Se utilizaron 017 códigos. También se encuentran las citas de las bitácoras ubicadas debajo de su codificación correspondiente.

Figura 1.

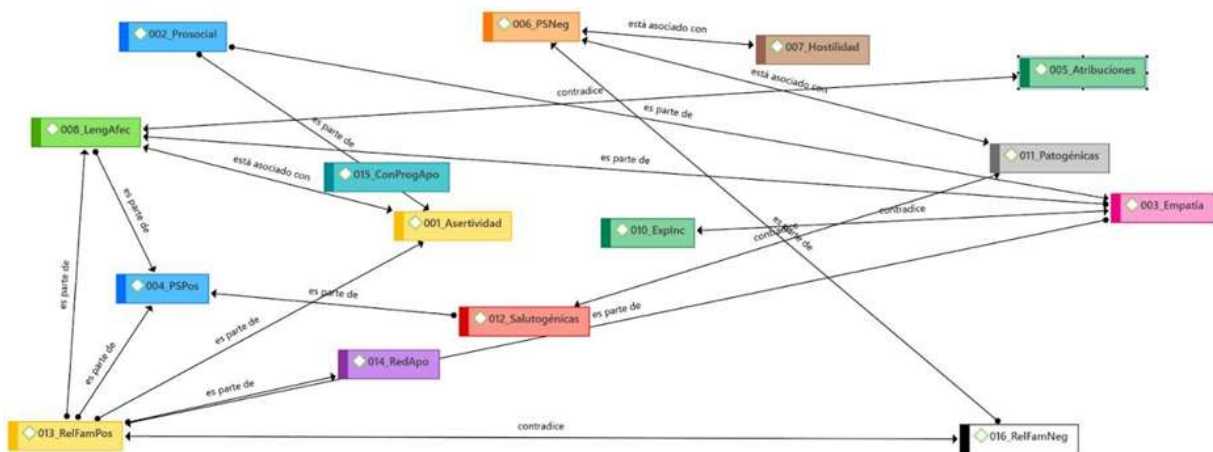
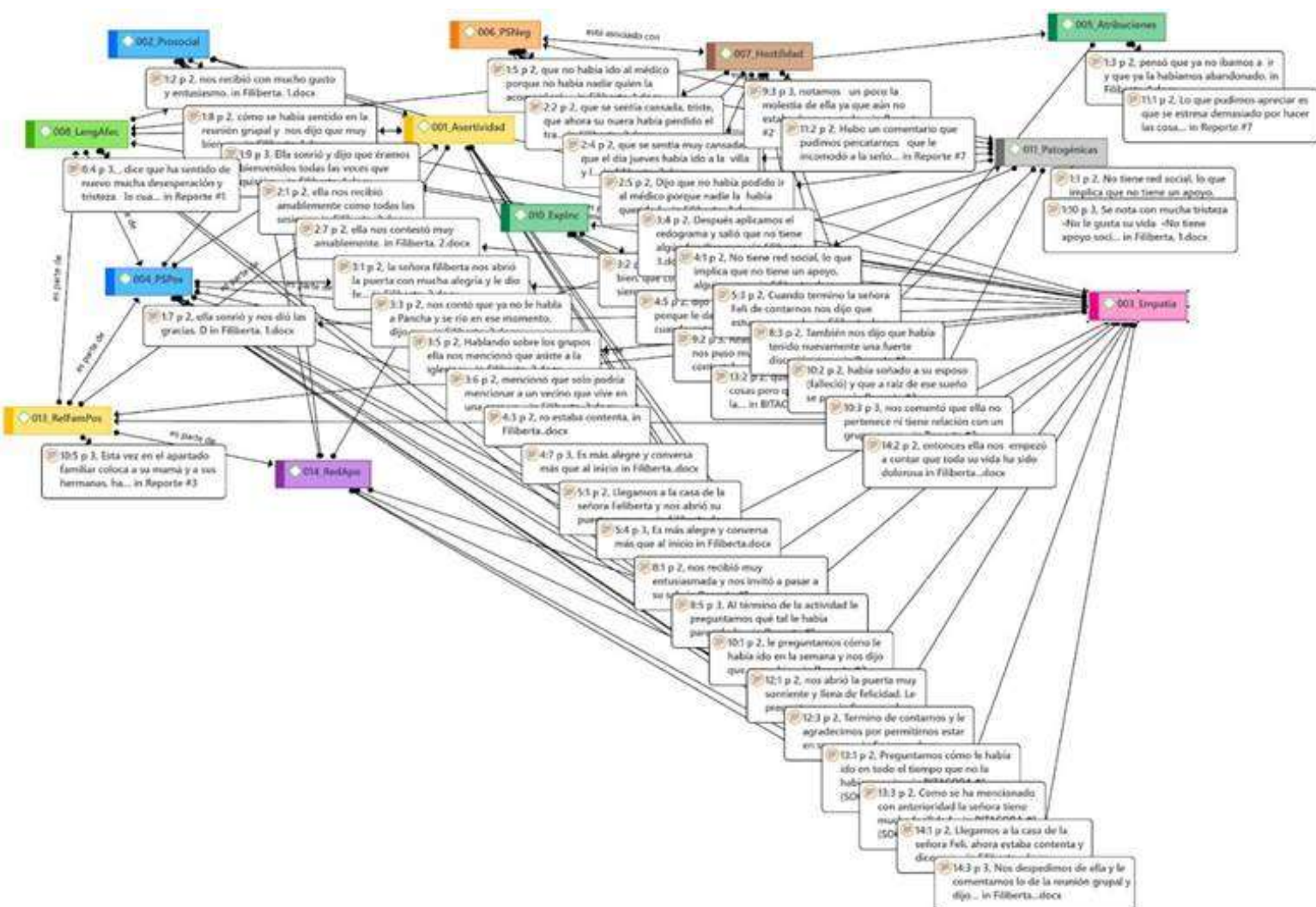


Figura 2.



1.1 Nube de palabras

La siguiente imagen muestra la nube de palabras que se analizó de las CPI, donde podemos encontrar que sus palabras más utilizadas fueron: Ella, Descripción, Social, Salud, Mal, Cosas, Familia, Duelo, Afectivo, Conducta, etc. (Véase en la nube 1.)

Nube 1.



.Tabla de análisis cualitativo.

Dentro del análisis de las bitácoras de 3 CPI utilizamos 16 códigos que nos proporcionaron información destacable; En el código 016_ RelFamNeg obtuvimos 14 enraizamientos lo que nos lleva a concluir que uno de los principales problemas que enfrentan nuestras 3 CPI son problemas familiares; En el código 009_GesEmo obtuvimos 16 enraizamientos, las 3 cuidadoras han aprendido a identificar sus emociones y a expresarlas; En el código 002_Prosocial obtuvimos 22 enraizamientos, las CPI sesión con sesión se mostraron interesadas en ser parte de un grupo. (Véase en la tabla 1).

Tabla 1.

<i>Código</i>	Enraizamientos	DENSIDAD
<i>001_Asertividad</i>	7	3
<i>002_Prosocial</i>	22	2
<i>003_Empatía</i>	13	4
<i>004_PsPos</i>	13	3
<i>005_Atribuciones</i>	3	1

<i>006_PsNeg</i>	12	3
<i>007_Hostilidad</i>	9	1
<i>008_LengAfec</i>	4	5
<i>009_GesEmo</i>	16	0
<i>010_Explnc</i>	4	1
<i>011_Patogénicas</i>	9	2
<i>012_Salutogénicas</i>	5	2
<i>013_RelFamPos</i>	1	6
<i>014_RedApo</i>	7	1
<i>015_CpnProApo</i>	1	0
<i>016_RelFamNeg</i>	14	2

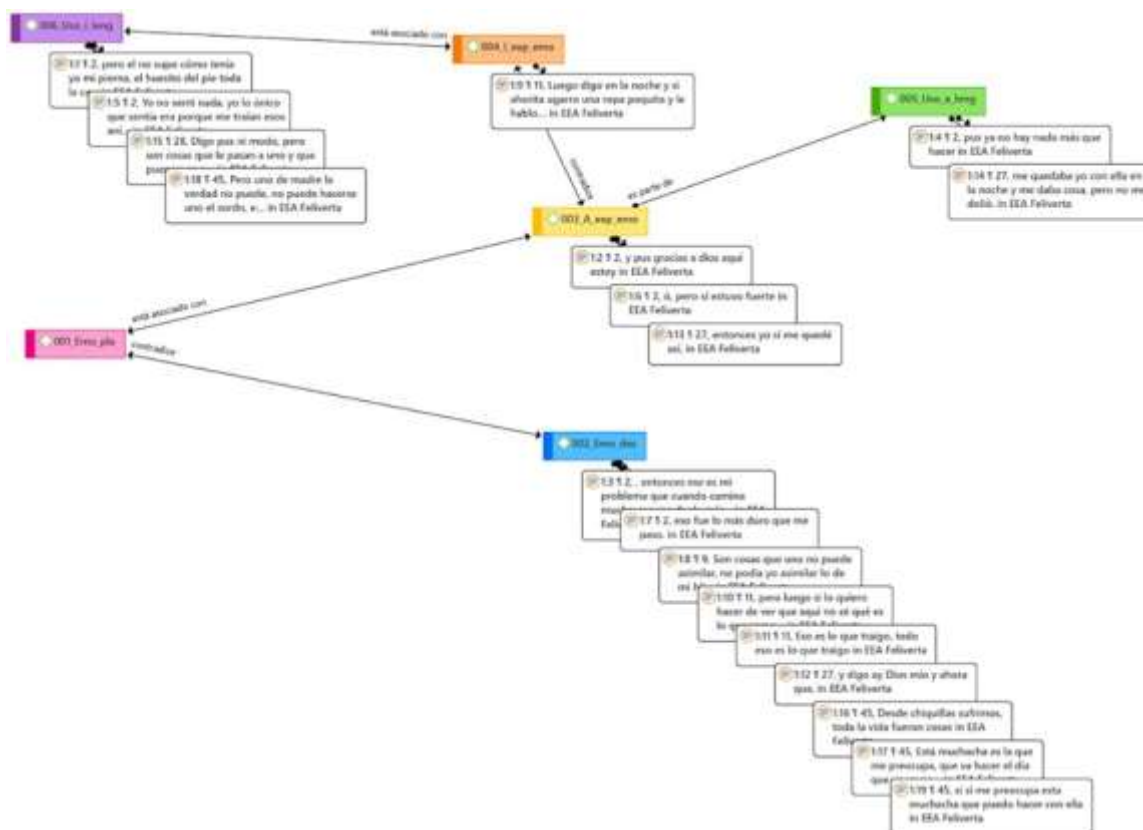
2.CPI 0002

Es una mujer de 87 años de edad, se autocuida. Padece hipertensión, hipotiroidismo, ansiedad y depresión diagnosticada.

En el caso de nuestra autocuidadora pudimos hacer sus 4 ejercicios de escritura emocional autorreflexiva, pero no escribió ella, sino que, nos platicaba sus historias y nosotras nos dimos a la tarea de transcribir, ya que no sabe leer ni escribir.

En sus cuatro escrituras lo que mayormente se puede observar es que tiene emociones desagradables de las vivencias que ella nos platicó. No hay emociones placenteras o que disfrute dentro de los mismos escritos. En su mayoría de veces sus emociones son congruentes y puede comunicarnos su sentir. (Véase en la Red 2.)

Red 2.



2.1. Tabla de análisis cualitativo.

Dentro de la tabla de análisis utilizamos 6 códigos para el análisis de las escrituras emocionales; en el código 001_Emo_pia no se encontró ningún enraizamiento ya que no menciona ninguna emoción placentera para ella en sus 4 escrituras; En el código 002_Emo_des tuvimos 9 enraizamientos ya que a lo largo de sus historias las emociones desagradables eran presentes concurrentemente. (Véase en la tabla 2.1)

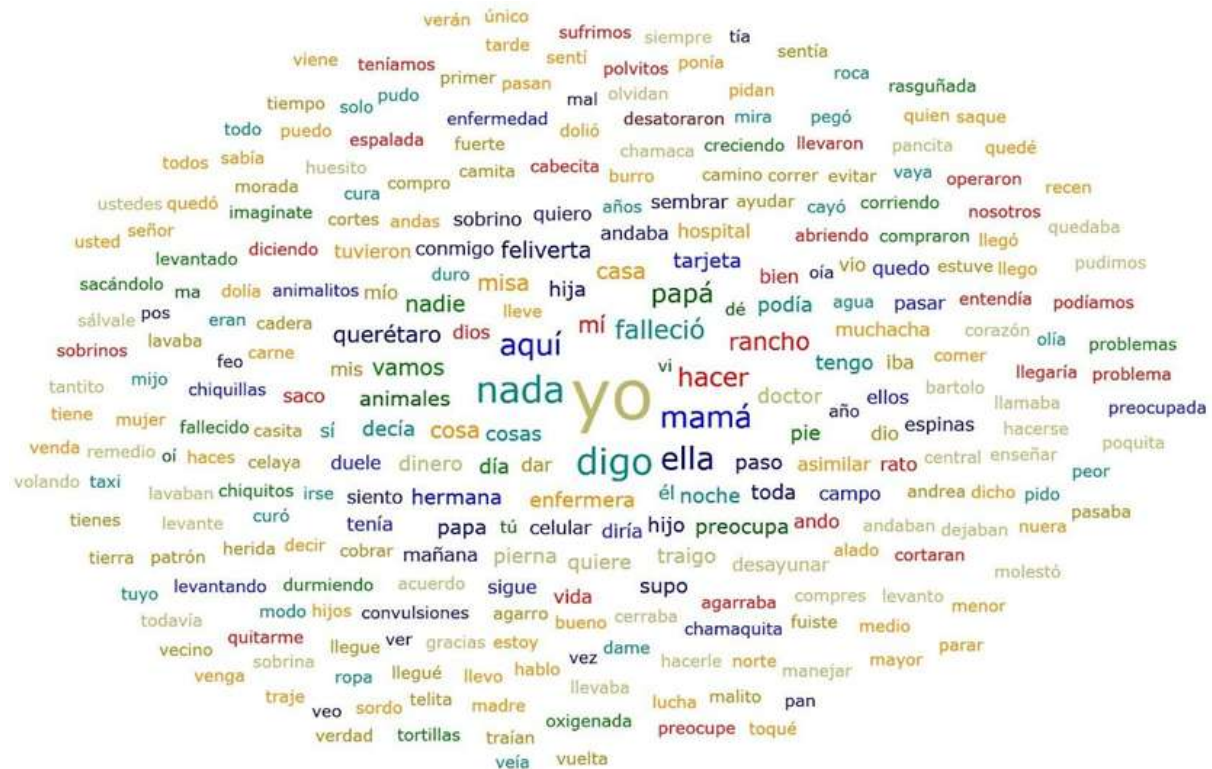
Tabla 2.1

<i>Códigos</i>	Enraizamiento	Densidad
<i>001_Emo_pla</i>	0	2
<i>002_Emo_des</i>	9	1
<i>003_A_exp_emo</i>	3	3
<i>004_I_exp_emo</i>	1	2
<i>005_Uso_a_leng</i>	2	1
<i>006_Uso_i_leng</i>	4	1

2.2. Nube de palabras de la CPI.

En la nube de palabras podemos observar que la palabra “Yo” es la principal y de ahí se derivan palabras como “rancho”, “duele”, “fallecido”, “mamá”, “papá”, “animales”, etc. (Véase en la nube 2.2)

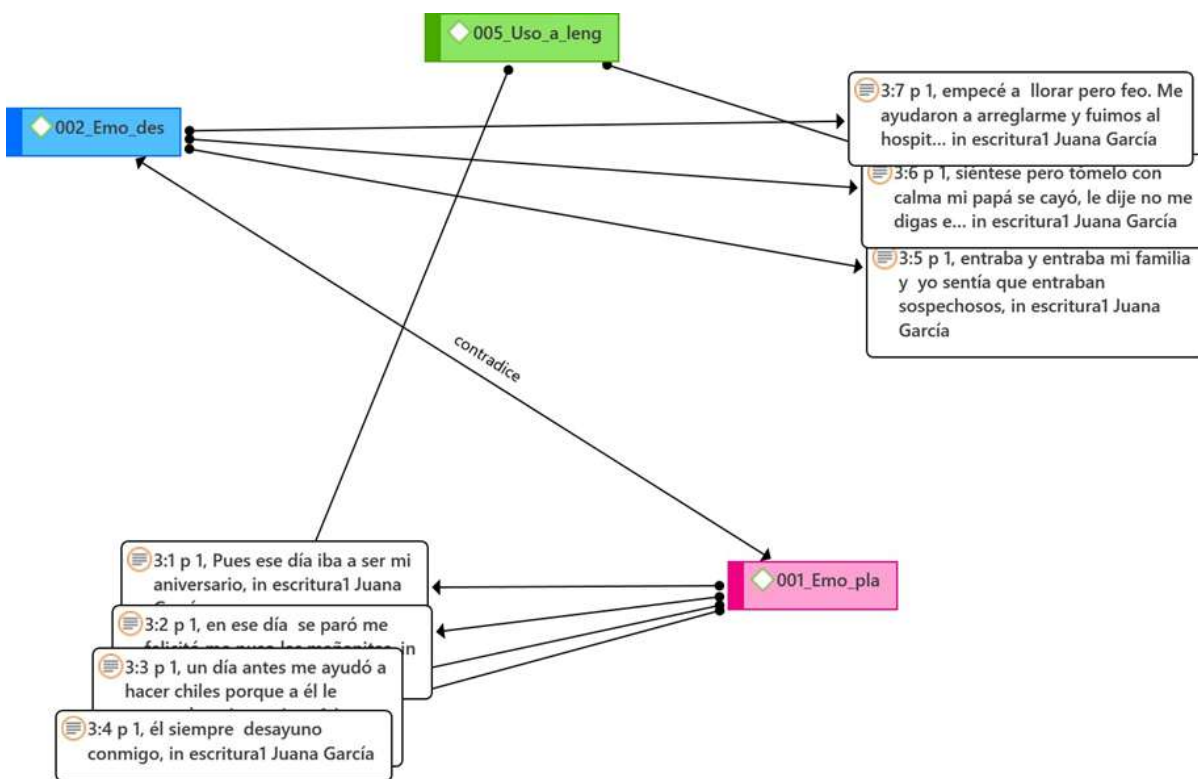
Nube de palabras 2.2



CPI 0001

Nuestra CPI 0001 es una mujer de 76 años de edad que se autocuida. Con ella solo pudimos realizar 1 escritura emocional debido a que nos canceló varias sesiones por cuestiones de cuidado a su familia. Cabe mencionar que no sabe escribir, nosotras transcribimos la vivencia que nos contó. Dentro de su red pudimos encontrar que los códigos 005_Uso a leng, 002_Eno_des, 001_Emo_pla son los que contiene en su EEA. (Véase en la red 3.)

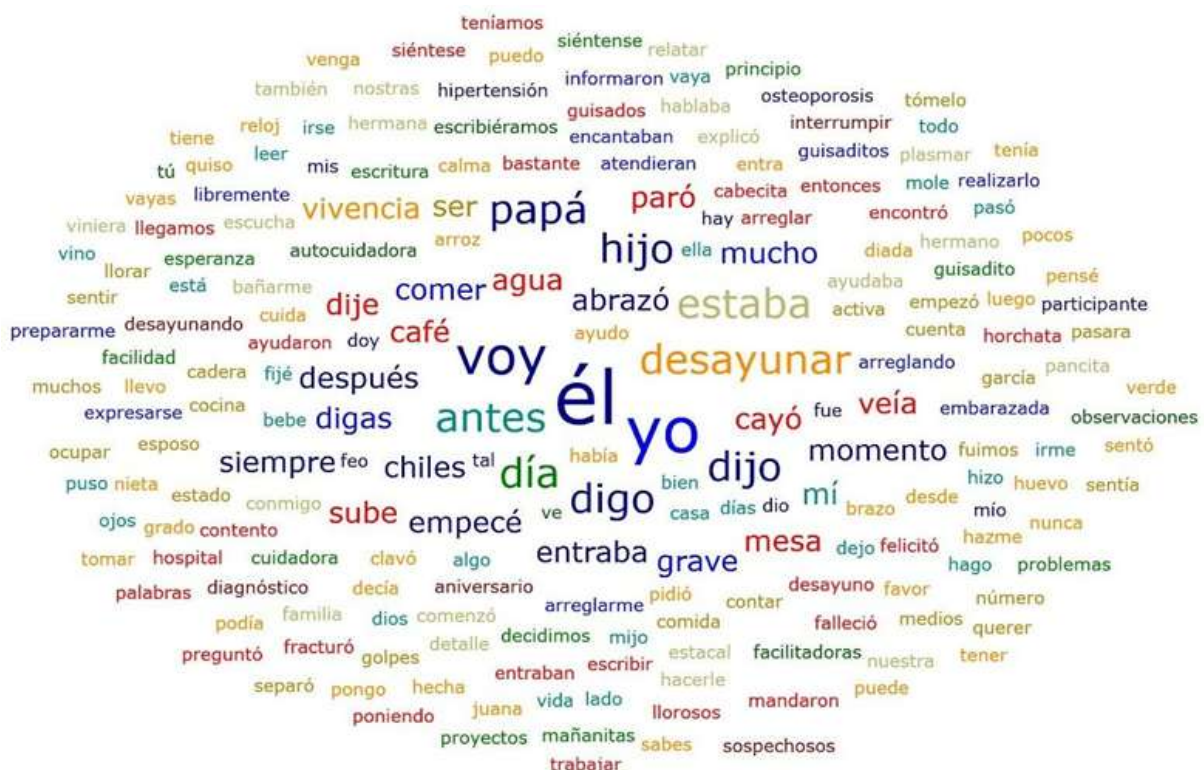
Red 3.



3.1. Nube de palabras CPI 0001.

En la nube de palabras de la autocuidadora la palabra que más repite es “él”, debido a que actualmente está pasando por un proceso de duelo causado por una pérdida familiar (esposo), es muy repetitiva con el tema, siempre menciona sus vivencias con él, cómo se siente ahora que ya no está, entre otros aspectos; es interesante cómo este suceso lo lleva hablando de, otras palabras que se repiten son: yo, voy, desayunar, grave, antes, papá, etc. (Véase en la nube 3.1)

Nube 3.1



3.2. Tabla de análisis cualitativo.

Dentro de la tabla de análisis cualitativo de la escritura emocional autorreflexiva pudimos ver qué en mayores enraizamientos el código 005_ Uso_a_leng con 8 enraizamientos. (Véase en la tabla 3.2)

Tabla 3.2

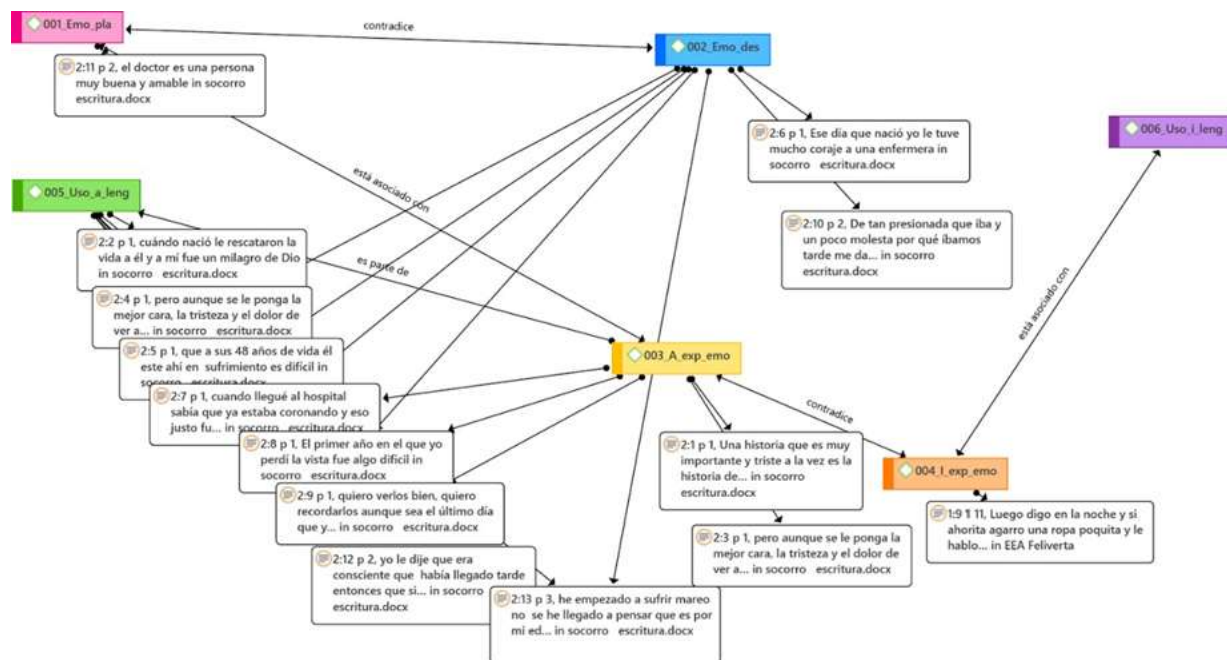
<i>Códigos</i>	Enraizamiento	Densidad
<i>001_Emo_pla</i>	1	2
<i>002_Emo_des</i>	7	1
<i>003_A_exp_emo</i>	5	3
<i>004_I_exp_emo</i>	0	2
<i>005_Uso_a_leng</i>	8	1
<i>006_Uso_i_leng</i>	0	1

CPI 0003

La CPI 0003 es una cuidadora de 79 años con discapacidad visual y cuida a su hijo de 53 años de edad que tiene parálisis cerebral.

Dentro de su red pudimos encontrar que solamente el código 006_Uso_i_leng no tiene frases, la señora es una persona que sabe regular sus emociones, que es asertiva y empática. (Véase en la red 4.)

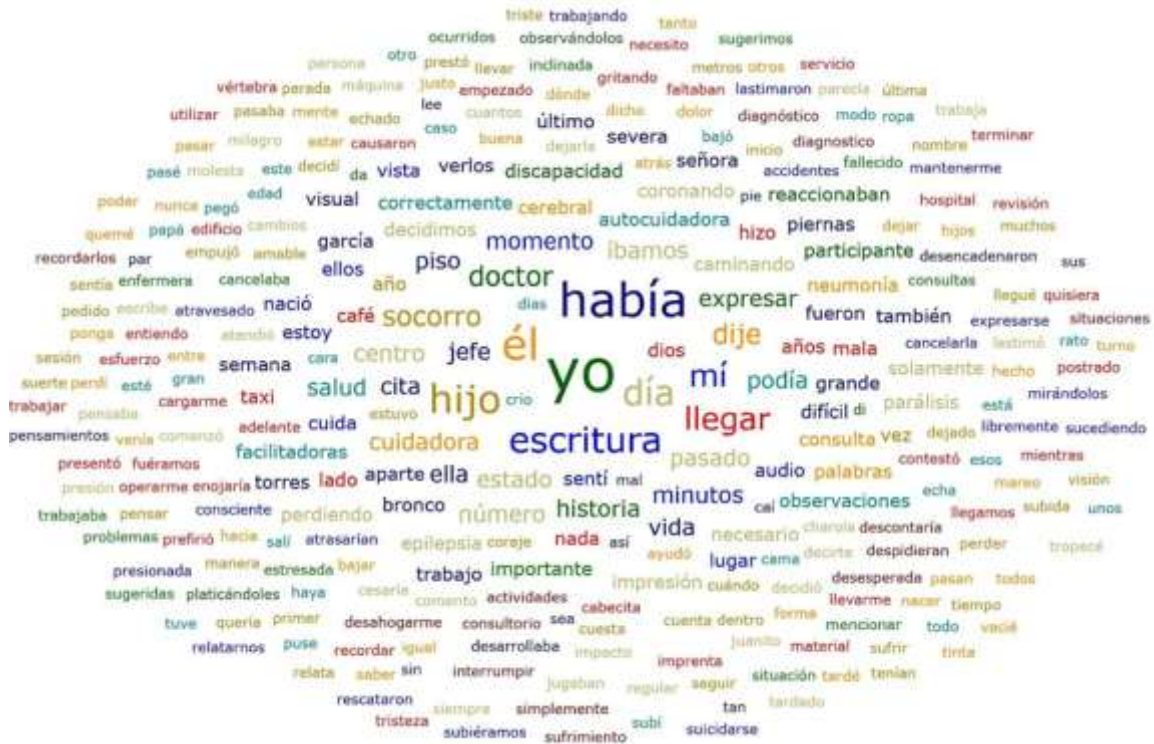
Red 4.



Dentro de la nube de palabras pudimos encontrar que la palabra que más aparece es “yo” y las demás palabras son: él, hijo, expresar, mí, cuidadora, historia, autocuidadora, discapacidad, Socorro, etc.

(Véase en la nube 4.1)

Nube de palabras 4.1



4.2. Tabla de análisis cualitativo.

En la tabla de análisis de la CPI 3 pudimos observar que el mayor número de enraizamientos es en el código 001_Emo_pla con 4, en sus escrituras emocionales pudimos encontrar que sí tiene emociones placenteras y que sus historias ya las ha procesado y ha podido enfrentarlas.

<i>Códigos</i>	<i>Enraizamiento</i>	<i>Densidad</i>
<i>001_Emo_pla</i>	4	2
<i>002_Emo_des</i>	3	1
<i>003_A_exp_emo</i>	0	3
<i>004_I_exp_emo</i>	0	2
<i>005_Uso_a_leng</i>	2	1
<i>006_Uso_i_leng</i>	0	1

CPI 0003 Autocuidadora

Diagnóstico: Hipertensión, hipotiroidismos e insuficiencia renal

Edad: 45 años

En el caso de esta cuidadora tuvimos inconvenientes en este segundo bloque para que tomara las sesiones, cabe mencionar que de las 8 sesiones y el cierre grupal solo tomó dos sesiones en donde se aplicaron escalas de bienestar pre, y acudió a el cierre grupal.

Como se ha mencionado con anterioridad hubo dificultad para que ella tomara las sesiones debido a que tenía consultas constantes con el médico, ya que lamentablemente su enfermedad está bastante avanzada cuya situación ha dado pie a desarrollar problemas de visión y posiblemente la operen en estos meses, también el problema de hipotiroidismo ha empeorado y de igual manera es probable que la operen.

Cabe mencionar que, aunque no tomara las sesiones nos dimos la oportunidad de marcarle para saber cómo estaba de salud, como se sentía, que le habían dicho los doctores, etcétera, o también pasábamos a su domicilio para saludarla.

La última vez que tuvimos contacto con ella nos dijo que las próximas semanas ahora si tendría un poco más de tiempo para tomar las sesiones, lo que significa que aún sigue dentro del programa y lo más importante es que a pesar de no haber tenido sesiones en este bloque aún tiene interés de seguir formando parte del proyecto.

Conclusión.

El uso de la escritura emocional autorreflexiva ha sido una valiosa herramienta para la intervención que se está llevando a cabo, ya que ayudó a que cada CPI expresara sus vivencias que no se atrevían a contar a nadie y que indirectamente estas vivencias les provocan daños negativos.

A través de este análisis de datos se ha podido comprobar que la aplicación de ejercicios puede reducir el nivel de estrés y ansiedad cuya situación fue expresada por la CPI 3, cuando en un ejercicio menciona que le había hecho bien expresarse porque era una vivencia que nadie la sabía y que había sentido un “descanso”, por haberse desahogado.

Aunque nuestras cuidadoras no practicaron la escritura como tal (por no poder leer y escribir) consideramos que en cada sesión logramos que nos contaran experiencias desagradables y que auto reflexionaran; lo que finalmente tiene como objetivo esta herramienta.

Por otro lado, logramos observar que la escritura guiada no a cualquier cuidador se le facilita ya que en algunos casos no es nada fácil seguir instrucciones como: “ahora exprese su vivencia en segunda persona” o que “exprese su vivencia utilizando estas palabras” ya que muchos CPI no tienen escolaridad y por tal motivo no es fácil para ellos entender la indicación. Otra cuestión es que a veces este tipo de instrucciones son limitantes para que ellos se expresen libremente porque al momento de que les damos la instrucción y no comprenden cómo deben hacerlo provoca pensamientos intrusivos como “no lo estoy haciendo bien”, “no puedo hacerlo” o “no quiero hacerlo porque no sé cómo hacerlo”, por ello es que nosotras dimos una sola

vez la indicación y como nos percatamos que entraban

En un estado de tensión por no entenderlo, decidimos decirles que ellas expresaran su vivencia a su modo, como ellas en ese momento lo sentían y de este modo se sintieron más cómodas y al momento de contarlo fue muy fluido porque esto les generó confianza.

Finalmente llevar a cabo ejercicios de liberación (escritura guiada) nos sirvió como herramienta útil para mejorar la vida de cada cuidador haciendo más fuerte nuestro objetivo principal.

Para esta segunda etapa concluimos las siguientes cuestiones para las autocuidadoras y la cuidadora participante:

- CPI 0001 Autocuidadora

Diagnóstico: Lesión en cadera, osteoporosis

En la autocuidadora 0001 hemos visto un avance, cuando iniciamos con ella tenía recientemente una pérdida de su esposo y estaba en el momento del duelo, poco a poco ella solita ha podido autorregularse e identificar sus emociones, también ha aprendido a poner límites de una manera asertiva y a disfrutar de su calma y su propia compañía. En las primeras sesiones lloraba mucho, pero a medida que le hemos dado el acompañamiento psicosocial podemos observar que las situaciones que antes le dolían bastante ahora ya las maneja como un recuerdo positivo. Ella misma nos ha contado que va notando cambios en su vida cotidiana y se ha aventurado a hacer cosas que había dejado de hacer por miedo a la soledad, se le ves más positiva y prosocial, antes se aislaba mucho, pero ahora le han parecido buenas las reuniones grupales y está interesada en asistir.

- CPI 0002 Autocuidadora

Diagnóstico: Hipertensión, Hipotiroidismo, Depresión y ansiedad diagnosticada

Edad 87 años.

La autocuidadora 0002 al inicio del programa se notaba decaída y con poca confianza para contar sus cosas, a lo largo de las semanas hemos notado con ella un cambio significativo, cuando nos recibe en su domicilio se nota alegre, contenta, prosocial. En las últimas semanas hasta ha bromeado con cosas que no cuenta y eso es algo nuevo porque al inicio tenía un poco de miedo y de desconfianza hacia nosotras. Ella quiere seguir en el programa y quiere asistir al grupo que formaremos con las y los CPI. Sabemos que es complicado que cambie su estilo de vida, pero hemos visto que ha cambiado su actitud para bien hacia las personas y las reuniones grupales.

- CPI 0004 Autocuidadora y cuidadora

Ella tiene discapacidad visual, cuida a su hijo de 53 años con parálisis cerebral.

Diagnóstico: discapacidad visual, hipertensión.

La cuidadora a lo largo de esta segunda etapa siempre se mostró muy feliz y plena, sabemos que lo que ella ha pasado ha sido muy difícil, pero tiene la capacidad de autorregularse y de afrontar las situaciones. Ella se ha mantenido estable a lo largo del programa, sus escalas no salen bajas o negativas. Este trimestre pudo abrirse más y tenernos más confianza para contarnos cosas que nadie le había contado. Siempre nos demuestra lo contenta y feliz que está de que por lo menos un día se le dé el acompañamiento.



11.3. Tercer etapa (Fase grupal).

11.3.1. Tipo de análisis cualitativo.

A continuación, presentaremos las bitácoras obtenidas a lo largo de nuestras sesiones grupales y se les dará una breve narración de los procesos que logramos identificar en las sesiones.

11.3.1.1. Sesión grupal 1.

Grupo museo.

TERCERA ETAPA DEL AÑO TERMINAL

BITÁCORA GRUPAL 1 (19 de febrero del 2025).

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

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

"BITÁCORA DE CAMPO"		
(Relato lo más detallado sobre las condiciones generales y particulares de la interacción entre los participantes, los facilitadores y facilitadores y participantes. Es importante señalar que lo que se describe es la interacción del propio grupo).		
	INDICADORES	DESARROLLO
		Comenzamos la sesión con ejercicios de activación, haciéndolo de dos maneras: una de pie y la otra de manera sentada, tomando en cuenta a

"BITÁCORA DE CAMPO"		
<i>(Relato lo más detallado sobre las condiciones generales y particulares de la interacción entre los participantes, los facilitadores y facilitadores y participantes. Es importante señalar que lo que se describe es la interacción del propio grupo).</i>		
	INDICADORES	DESARROLLO
		Comenzamos la sesión con ejercicios de activación, haciéndolo de dos maneras: una de pie y la otra de manera sentada, tomando en cuenta a

Grupo museo.

(ASPECTOS CONDUCTUALES) "Son los elementos observables de las respuestas de los participantes ante la interacción con las temáticas, los facilitadores y otros participantes".	• Participación • Empatía	aquellas cuidadoras que ya no pueden realizar los ejercicios de manera de pie, puesto que tenían alguna dificultad, los notamos muy participativos durante la activación y mencionaron sentirse bien.
		La siguiente actividad consistía en el juego de la papa caliente en donde quien se quedará con la "papa" tenía que sacar un papelito el cual tenía una pregunta o una frase que se tenía que completar, las notamos un poco tímidas al inicio del juego, pero conforme iban pasando mas cuidadores y facilitadores, fueron abriéndose más y hablando más de sus experiencias y lo que esperaban de esta nueva fase grupal. Algunas cuidadoras comenzaron a llorar mientras contaban sus experiencias y expectativas y percibimos que todo fueron muy empáticos y sensibles en estas situaciones. Por último, pasamos a la parte final de la sesión la cual consistía en el árbol de problemas y tenían que escribir temas que les gustaría abordar en las siguientes sesiones y tratando de que pensarán en las consecuencias que desencadenaban, varios cuidadores nos comentaban las razones del porque querían dichos temas y se generaron intercambios de puntos de vista sobre un mismo tema entre algunas cuidadoras buscando llegar a una reflexión.

(ASPECTOS EMOCIONALES) "Son las expresiones emocionales del grupo de participantes, se observa la disposición, el clima grupal y la proactividad o apatía del propio grupo".	- Satisfacción - Acompañamiento	Durante la sesión, pudimos percatar que con respecto a que fuera la primera sesión grupal, las y los cuidadores presentes, mostraron en parte cierta satisfacción y gratitud en base a los momentos de generar cierta conexión no solo con los facilitadores, si no también, con sus mismos compañeros cuidadores, ya que se noto que no estuvo presente la falta de comprensión por parte del resto, si no al contrario. Se tiene consciente, que se creo un espacio seguro, donde en base al árbol de problemas y el ejercicio de integración, se pudieron expresar sin miedo, y sin el temor de ser juzgados, también notando que reconocen el esfuerzo que hacen cada día como parte de CPI.
--	--	---

Grupo museo.

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

Grupo museo.



Para esta primera sesión las participantes estuvieron muy ansiosas porque comenzamos, la participación de todas y todos se vio reflejada en sus discursos, las emociones de alegría que narraban y se inició la cohesión grupal a la hora de presentarse y agradecer por formar parte del grupo que se estaba iniciando en ese momento. Algunas participantes compartieron experiencias de su vida diaria que les causan una sensación de malestar y entre las mismas participantes se dieron acompañamiento o palabras de apoyo. Hubo agradecimientos e interés por seguir siendo parte del proyecto, mencionaron que estaban alegres y contentas por encontrar vecinos que a lo mejor no se hablaban, pero que ahora sabían que podían ser una fuente de apoyo para ellos.

11.3.1.2. Sesión grupal 2.

Grupo museo.

TERCERA ETAPA DEL AÑO TERMINAL
BITÁCORA GRUPAL 2 (26 de febrero del 2025).

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

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

"BITÁCORA DE CAMPO"

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

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

Grupo museo.

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

Grupo museo.

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

Grupo museo.

(ASPECTOS COGNITIVOS) "Son las creencias del grupo, las reflexiones y las visiones (nuevas y viejas) del propio grupo".	-Comprensión de sus emociones y pensamientos -Cambios en la perspectiva	Reafirmación de la comprensión de las emociones debido a las sesiones individuales <u>los</u> <u>cuales</u> <u>abordo</u> cada cuidador, igualmente se pudo <u>comprender una</u> <u>mejor manera</u> <u>el como</u> se siente cada uno de ellos y <u>como</u> expresarlo de mejor manera.
(CONDICIONES GRUPALES) "Se refiere a que tanto el grupo ha ido retomando, preguntando y buscando una manera igual o diferente de entender el cuidado y el autocuidado".	-Participación	Al principio no hubo tanta participación por parte los cuidadores sin embargo <u>con forme</u> iba transcurriendo la sesión comenzaron a involucrarse más en las actividades, aunque ciertas personas todavía se contenían en poder expresarse tanto por el tema como en la actividad.

Grupo museo.



En la sesión grupal número dos nos dimos cuenta de que había un cambio en el discurso de las y los participantes, cuando estábamos en las etapas 1 y 2 era muy complicado para algunas participantes reconocer qué emociones están sintiendo, incluso reconocer que tenían emociones y que eran válidas para ciertas situaciones. En la segunda sesión grupal se les organizó el tema de las emociones y muchas de las participaciones eran sobre cómo fueron reconociendo cuando

estaban enojadas, cuando estaban tristes, cuando estaban ansiosas, cuando tenían estrés y también hacían mención de que era lo que hacían para poder tener ese manejo de sus emociones.

En esta segunda sesión quisieron compartir experiencias más personales, lo que significa que en el grupo ya existía desde esta sesión la confianza, respeto y empatía para escuchar y ser escuchados.

En esta segunda sesión ocurrió algo que no esperábamos, una cuidadora puso letreros sobre nuestro trabajo de intervención y que teníamos un grupo de apoyo psicosocial en el Museo, el día de la sesión llegaron aproximadamente 25 personas externas al proyecto buscando el apoyo psicosocial, no se rechazó a los participantes y nos dividimos para atender ambos grupos, después de eso canalizamos a todos los participantes externos que no llevaron un seguimiento con nosotros para que se les diera la atención especializada que estaban requiriendo.

11.3.1.3. Sesión grupal 3.

Grupo museo.

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

FENÓMENOS COLECTIVOS

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

"BITÁCORA DE CAMPO"

Grupo museo.

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

	INDICADORES	DESARROLLO
RESUMEN DE LA SESIÓN	-Participación -Escucha activa	La sesión comenzó alrededor de las 10:20 am donde los compañeros Jareni y Sergio abrieron la sesión dándoles la bienvenida a los participantes y retroalimentando la sesión anterior. Después continuaron con la activación física que se vio acompañada de gimnasia cerebral. El compañero Daniel dirigió la actividad donde inicialmente hizo una ronda de sonidos para después las participantes y los participantes imitaran ese mismo sonido. Enseguida enumeraron a los participantes y les indicaron que estuvieran muy atentos pues eligieron números aleatorios para que solamente ellos realizarán la imitación de sonidos esto para fomentar su atención. Terminando la actividad les dio la palabra a Sergio y Jareni para que comenzaran con el tema. Parana iniciaron mostraron una escalera y les dieron tarjetas a las y los participantes donde tenían en color verde, amarillo y rojo y les explicaron que el rojo era muy estresado, el amarillo moderadamente estresado, el verde nada estresado, y les preguntaron como se habían sentido en su semana, dos señoras indicaron que estaban en rojo; y mitad y mitad de amarillas y verdes. Les explicaron que el estrés es como una escalera, que puede subir y bajar dependiendo de las situaciones a las que se enfrentan y procedieron a darles una hoja con el dibujo de una escalera para que las señoras en esa escalera pusieran en donde se encontraban y qué situación estaban <u>pasado</u>.

Grupo museo.

		Terminado el tema, procedieron a dar la técnica de relajación y un cierre a la sesión.
(ASPECTOS CONDUCTUALES) "Son los elementos observables de las respuestas de los participantes ante la interacción con las temáticas, los facilitadores y otros participantes".	-Atención -Empatía -Incertidumbre	Durante la sesión las y los participantes se mostraron atentos a la explicación del tema y tuvieron empatía con algunos comentarios de las mismas cuidadoras/ cuidadores. Aunque también se mostraron con dudas sobre las explicaciones de las instrucciones de algunas actividades.

Grupo museo.

(ASPECTOS EMOCIONALES) "Son las expresiones emocionales del grupo de participantes, se observa la disposición, el clima grupal y la proactividad o apatía del propio grupo".	- Alegría - Calma - Tranquilidad	Durante la actividad física se pudo ver que se rieron bastante porque no estaban concentradas y se equivocaron, pero eso les causó un rato de mucha felicidad. Durante la explicación del tema no mostraron emociones al grupo En la técnica de relajación se les pudo ver en calma y tranquilos, ya que se relajaron suficiente al punto de que una cuidadora se quedó un poco dormida
(ASPECTOS COGNITIVOS) "Son las creencias del grupo, las reflexiones y las visiones (nuevas y viejas) del propio grupo".	-Comprensión del estrés que viven diariamente y que comparten por el hecho de ser cuidadoras/ cuidadores	Entendieron que el estrés es algo que se presenta en su día a día pero que pueden regularlo y lo más importante que pueden pedir ayuda para poder tener un mejor estado de bienestar.

Grupo museo.

(CONDICIONES GRUPALES) "Se refiere a que tanto el grupo ha ido retomando, preguntando y buscando una manera igual o diferente de entender el cuidado y el autocuidado".	- participación - Empatía	Participaron algunas cuidadoras hablando sobre las actividades de su día a día que les generan estrés y las y los demás escucharon con atención y fueron empáticas para entender las situaciones que pasan.
--	--	--



En la tercera sesión asistieron aproximadamente 9 participantes, el tema fue acerca del estrés que perciben a lo largo de sus días, hubo mucha confusión en esta sesión, pero siguieron participando para poder ir despejando sus dudas. Lo que pudimos notar es que no hubo grupo en esta sesión, pues todas las actividades fueron individuales, pero al final quisieron compartir varias cuidadoras lo que había escrito de acuerdo a su actividad.

La actividad de relajación que en este caso se dio imaginación guiada las hizo entrar en un estado de calma que logro que una señora se quedara dormida por un pequeño momento, esto nos refleja que se sienten seguras y tranquilas dentro del grupo y con las personas que comparten el grupo.

11.3.1.4. Sesión grupal 4.

Grupo museo.

TERCERA ETAPA DEL AÑO TERMINAL

BITÁCORA GRUPAL 4 (12 de Marzo del 2025).

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

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

"BITÁCORA DE CAMPO"

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

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

Grupo museo.

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

Grupo museo.

(ASPECTOS CONDUCTUALES) "Son los elementos observables de las respuestas de los participantes ante la interacción con las temáticas, los facilitadores y otros participantes".	-Participación -Empatía -Debates	Durante la sesión se mostró una conducta más abierta en querer saber más de las sesiones, al igual que sobre el tema en particular ya que es algo que lo viven día a día para interactuar con los demás se logró concientizar sobre la manera de comunicarse sin agredir o insultar a los demás, al igual que retomar el establecimiento de límites, ser claros ante la búsqueda de una solución a un problema, aunque hubo cierta renuencia a hablar en un principio después se abrió el diálogo conforme a un debate sobre cómo aplicaban la comunicación asertiva en su vida cotidiana y se plantearon dudas que iban surgiendo. Tanto la técnica de relajación como la de musicoterapia alegró a los cuidadores primarios logrando mantenerlos relajados y enfocados durante toda la sesión.
(ASPECTOS EMOCIONALES) "Son las expresiones emocionales del grupo de participantes, se observa la disposición, el clima grupal y la proactividad o apatía del propio grupo".	- Participación -Respeto -Empatía colectiva -Disposición abierta	Se pudo observar que los aspectos emocionales del grupo fueron profundamente significativos durante la sesión. Los participantes mostraron una disposición abierta para expresar sus emociones, lo que permitió una conexión genuina entre ellos. A través de temas como el estrés, el enojo y las cargas dobles, se evidenció una empatía colectiva, donde cada uno se sintió acompañado al compartir experiencias personales, como lo hizo Raquel, que mencionó las tensiones tanto en su hogar como en el trabajo. El sistema grupal parecía estar bien establecido, con una dinámica en la que cada intervención generaba un impacto en el otro, lo cual fortaleció la apertura emocional. Las contribuciones de Julio, Amelia y Olivia sobre temas como las familias, los límites y las relaciones interpersonales reflejaron una actitud proactiva y un deseo de mejorar la comunicación y el manejo emocional, lo cual aumentó la participación y la interacción.

Grupo museo.

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



En esta cuarta sesión las personas estuvieron desarrollando la escucha activa puesto que el tema fue la comunicación asertiva y varias personas quisieron comentar nuevamente lo que han pasado con sus dependientes o simplemente con su familia y la manera en la que lo resuelven. todos fueron muy empáticos a la hora de escuchar los comentarios. Una cuidadora hizo el comentario de que le gustaría los temas pero más dinámicos, porque a veces los términos que se utilizaban no se lograban comprender, esto claro que lo tomamos en cuenta para la siguiente sesión. En este momento no teníamos un grupo sólido, sabemos que las señoras asistían pero se llega a la conclusión que es porque conocen a los facilitadores, pero no ha habido dinámicas para el fortalecimiento del grupo, aun así las personas que asisten a las sesiones son participativas constantemente.

11.3.1.5. Sesión grupal 5.

TERCERA ETAPA DEL AÑO TERMINAL BITÁCORA GRUPAL 5.

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

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

"BITÁCORA DE CAMPO"

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

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

-Participación -Acompañamiento -Interés	La sesión empezó aproximadamente a las 10:15am ya que esperábamos a las y los cuidadores, empezó con una actividad de activación física con una pelota y música, tenían que aplaudir al ritmo de la facilitadora. Posteriormente pasaron a la explicación del tema, esta semana fue el duelo, se habló de diferentes tipos y sus etapas, acompañado de una actuación/interpretación/actuación por parte de las y los facilitadores. Después hubo una actividad en la que se formaron equipos y se les contó una historia en la que una persona pasaba por un duelo, la tarea era actuar la etapa de duelo que les tocó respectivamente, pasando por negación, ira, depresión, negociación hasta llegar a la aceptación. Finalmente se hizo una actividad de abrazoterapia en donde al azar los cuidadores recibieron un abrazo de parte de otro cuidador, después se aplicó el MOBS.
(ASPECTOS CONDUCTUALES) "Son los elementos observables de las respuestas de los participantes ante la interacción con las temáticas, los facilitadores y otros participantes".	-Respeto -Amistad -Proactivos Durante toda la sesión hubo una muy buena interacción entre todos, se mantuvo un ambiente de respeto y acompañamiento. El tema de duelo suele ser un poco más sensible para algunos cuidadores y en la explicación había mucha atención en las diferentes etapas, ya que al momento de participar, primero en la actuación, no se sentía abrumador o algo así, ya que se lo tomaron de una manera amigable, esto en parte de que se sienten seguros y que saben que pueden expresarse libremente, inclusive se reían y se aplaudían cada que un equipo pasaba. De igual manera en las participaciones después de la actividad esperaban por turnos, en plan levantaban la mano para respetar y que todos y todas pudieran hablar. La actividad de la abrazoterapia fue muy bien recibida ya que les gustó dar y recibir abrazos, no hubo una negación y tampoco alguien que se haya sentido forzada o forzado a hacerlo.

(ASPECTOS EMOCIONALES) "Son las expresiones emocionales del grupo de participantes, se observa la disposición, el clima grupal y la proactividad o apatía del propio grupo".	-Alegria -Melancolía -Tristeza -Nostalgia -Euforia -Seguridad	En cada sesión siempre se ha sentido mucha unión por parte del grupo, esta no es la excepción, el tema de duelo es muy sensible y evidentemente hubo cuidadores que le "pegó" más ya que están atravesando una etapa de duelo, cuando participaban eran muy expresivos ya que se sentía la nostalgia, tristeza, alegría, melancolía, en la actividad de actuar hubieron muchas risas, se sentía el apoyo, en la de abrazos se sintió muy íntimo y pacífico, al final entre todos y todas cantamos una canción y hubo una cuidadora que se desbordó y los facilitadores enseguida la ayudaron y no solo eso también las cuidadoras, ese final fue muy liberador para la mayoría.
--	--	---

(ASPECTOS COGNITIVOS) "Son las creencias del grupo, las reflexiones y las visiones (nuevas y viejas) del propio grupo".	-Participación -Entusiasmo	Hubieron muy buenas participaciones, identificando no solo que el duelo es cuando una persona ya no está, sino que se trata de una pérdida y que es un proceso por el cual cada quien lo lleva a su tiempo, a su ritmo y que hacen lo que pueden con las herramientas que están a su alcance, además de que no están solos, ni solas.
---	-------------------------------	---

(CONDICIONES GRUPALES) "Se refiere a que tanto el grupo ha ido retomando, preguntando y buscando una manera igual o diferente de entender el cuidado y el autocuidado".	-Interés	Siempre hay interés y se llevan mucho aprendizaje los cuidadores, pero no solo eso, también como psicólogos sociales aprendemos mucho; normalmente lo que más preguntan es cómo aplicarlo o identificarlo en su vida.
---	----------	---

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



Este fue uno de los temas más delicados que se abordó dentro de esta tercera etapa, porque todos los cuidadores tenían cosas en común, “un proceso de duelo” cuya situación hizo que entre el grupo hubiera empatía y el auto reconocimiento de emociones y sentimientos. Como se menciona en las bitácoras, con el fin de lograr un mejor entendimiento del tema, se realizaron caracterizaciones de psicodrama con temas relacionados a: la muerte de un familiar, la pérdida de la salud y separación de un matrimonio, y aunque todas eran situaciones diferentes, cada historia se dirige al mismo punto “un proceso de duelo” “etapas del duelo” y “aprender a enfrentar el proceso de duelo”.

Esta sesión fue exitosa, se logró que cada CPI se identificara con al menos una caracterización y mejor aún, todas las personas compartieron una experiencia de acuerdo al tema.

Como actividad de cierre se colocó una canción de fondo (“vive”, de Napoleón), para que se cantara en grupo, tomados de las manos y bailando se comenzó la actividad, a la mitad de la canción hubieron personas que sus ojos empezaron a llenarse de lágrimas, pero una persona en especial comenzó a llorar y aquí fue cuando nos dimos cuenta que se había logrado cohesión en el grupo, así como la formación de una red de apoyo social, porque personas cercanas a esta CPI, comenzaron a abrazarla, a mostrar empatía y solidaridad con sus emociones que se desbordaba en el momento.

Al final de la sesión como interventoras podemos decir que esta sesión fue un total éxito.

11.3.1.6. Sesión grupal 6.

Grupo museo.

TERCERA ETAPA DEL AÑO TERMINAL

BITÁCORA GRUPAL 6 (26 de Marzo del 2025).

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

FECHA: 26 de Marzo de 2025	No de participantes: 15	Tema de Sesión: Redes de apoyo	Facilitadores de la Carta Grupal: - Valentino Estrada Melissa Haidee - Morales Mendoza Ilse Lizbeth - Cruz Vidal Carlos Gerardo - Solis de la Cruz Dulce Maria - Morán Estrada Daniel Salomón - Reyna Violeta Hernandez Garcia
LUGAR: Museo, San Miguel Teotongo.	Duración de Sesión: 1 hora y 50 minutos	No de Bitácora Grupal: No 6	

"BITÁCORA DE CAMPO"

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

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

Grupo museo.

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

		porqué de la actividad que se realizó y se les agradeció por su asistencia nuevamente.
(ASPECTOS CONDUCTUALES) "Son los elementos observables de las respuestas de los participantes ante la interacción con las temáticas, los facilitadores y otros participantes".	- Atención - Participación - Comprensión - Relajación - Diversión	En el transcurso de la sesión, se les notó atentos a la información que se les compartía. En partes como, la actividad física, se encontraron participativos y contentos. En cuanto al tema, los cuidadores se encontraban interesados y participaron con diferentes ejemplos que se les iban proporcionando, por otra parte los dos videos que se les mostraron ayudaron a una mejor comprensión y comentando entre ellos como son, alguna vivencia e identificaron a sus redes de apoyo. Además, se mostraron interesados y colaboradores a la elaboración del escudo que los representarán como grupo, a pesar de las diversas ideas muchos se encontraban platicando sobre qué objetos formarían parte.
Grupo museo.		
(ASPECTOS EMOCIONALES) "Son las expresiones emocionales del grupo de participantes, se observa la disposición, el clima grupal y la proactividad o apatía del propio grupo".	- Satisfacción - Comprensión - Armonía - Gusto - Unidad	A lo largo de la sesión, en un inicio, durante la actividad física, los participantes estaban emocionados y contentos, pero también un poco preocupados porque les resultaba difícil la actividad de gimnasia cerebral. Al pasar al tema de las redes de apoyo, las cuidadoras expresaron su opinión y relacionaron los videos presentados con aspectos de su vida cotidiana. En estas participaciones, se observó cierta vulnerabilidad y sensibilidad, aunque no se reflejaba tanto. Sin embargo, se notó que la mayoría estaba preocupada, y algunos parecían un poco ausentes o tristes. Por último, en la parte de la sesión donde se realizó el escudo, se notó un cambio significativo en el grupo. La actividad fomentó una sensación de compañerabilidad y unidad, y se pudo observar cómo el ambiente de las cuidadoras cambió a uno más positivo, lleno de felicidad y alegría.
(ASPECTOS COGNITIVOS) "Son las creencias del grupo, las reflexiones y las visiones (nuevas y viejas) del propio grupo".	- Identificar sus redes de apoyo - Cambiar su perspectiva con respecto a sus relaciones sociales.	Al explorar el tema de las redes de apoyo, las cuidadoras comenzaron a ver reflejadas sus propias experiencias y vivencias, lo que les permitió entender la importancia del apoyo de personas cercanas. Reconocieron que las redes de apoyo no se limitan solo a amigos y familiares, sino que son más extensas y diversas. Al compartir sus opiniones, muchos dieron ejemplos concretos de su vida cotidiana, lo que reforzó su comprensión del tema. Dado que este tema ya se había abordado anteriormente en sesiones individuales, las cuidadoras pudieron reforzar sus conocimientos y darse cuenta de que ellas mismas pueden ser parte de una red de apoyo para otras personas.
Grupo museo.		
(CONDICIONES GRUPALES) "Se refiere a que tanto el grupo ha ido retomando, preguntando y buscando una	- Participación - Compañerismo	Al iniciar la sesión, los cuidadores se encontraban animados y participativos en la actividad física, donde incluso externaron dudas referente a los ejercicios. En cuanto al tema, se encontraban un poco más

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

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



La sexta sesión se centró en el tema de “Redes de apoyo”, se presentaron diversas situaciones positivas entre ellas la siguientes:

- Interés y participación: los participantes mostraron interés y participación en la sesión, especialmente en la actividad física y en la creación del escudo grupal.
- Comprensión del tema: comprendieron el tema de las redes de apoyo y pudieron relacionarlo con sus experiencias personales.
- Desarrollo de habilidades grupales: La actividad del escudo grupal fomenta la colaboración y la unidad entre ellos.
- Aspectos emocionales: Los participantes expresaron vulnerabilidad y sensibilidad al compartir sus experiencias, pero también mostraron felicidad y alegría en la actividad del escudo.

Las redes de apoyo son importantes para el ser humano, ya que como se ha mencionado, estas nos hacen fuerte para enfrentar adversidades de la vida. En la sesión destacó la importancia de las redes para los cuidadores quienes pueden sentirse aislados y sobrecargados.

Por otro lado, la actividad del escudo grupal ayudó a crear un sentido de comunidad y pertenencia entre los participantes, también ayudó a crear empoderamiento y a que reconocieran sus propias redes de apoyo, así como entender que pueden ser parte de una red para otros.

11.3.1.7. Sesión grupal 7.

TERCERA ETAPA DEL AÑO TERMINAL
BITÁCORA GRUPAL

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

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

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

	INDICADORES	DESARROLLO
	-Participación -Acompañamiento -Interés	La sesión empezó aproximadamente a las 10:20 a.m., dándoles la cordial bienvenida a esta nueva sesión. Primeramente, realizamos los ejercicios de activación física, en el cual solo una cuidadora realizó los ejercicios sentada debido a su condición física, en general la actividad fue recibida de manera favorable. Después se dio continuidad a la formación del escudo grupal, para ello se les recordó a los cuidadores los elementos que habían escogido en la sesión pasada, así que se les preguntó a manera de votación por cada uno de estos elementos para que se presentara un consenso, de manera que los cuidadores pudieran escoger cada uno de los elementos favorablemente, las facilitadoras le comentaron a los cuidadores que desarrollarían un escudo en base a lo acordado con el fin de construir colaborativamente el escudo que los representara. Posteriormente se abordó la explicación del tema de la sesión, los participantes entendieron los aspectos que explicaron mis compañeros. Luego se dio paso a la actividad, consistió en proporcionarles a los participantes unos moldes de pies que contenían comportamientos que favorecen o desfavorecen una relación, el objetivo fue que los participantes identificaran aquellos comportamientos que contribuyen a una relación sana, a modo que representarían un camino hacia ese tipo de relación. Una vez que los cuidadores se encontraban participando, mis compañeros continuaron como facilitadores, solamente la señora Amelia tenía dudas acerca de que es la autonomía, para ello mis compañeros resolvieron su duda de manera clara y amable. Después mis compañeros dieron una retroalimentación de lo que habían seleccionado como comportamientos para establecer una relación sana. En ese momento se presentaron algunas dudas por parte de la señora Raquel acerca de que es la autonomía, asertividad y el consenso, para ello mis compañeros aclararon sus dudas. De igual manera una cuidadora comentó una situación en la que se presentan condiciones desfavorables para una relación, asimismo el señor Julio comentó su situación para aclarar las dudas que tenía, la señora Raquel compartió

		su reflexión acerca de la situación que había comentado la cuidadora y sobre como ella respondería a este tipo de situaciones, la señora Amelia también compartió su situación y por último el señor Juan expuso su opinión acerca de los elementos que debe haber en una relación. Luego se realizó la técnica de relajación. Por último, se realizó una técnica que consistía en tomarnos de la mano par formar una red en forma de caracol.
(ASPECTOS CONDUCTUALES) "Son los elementos observables de las respuestas de los participantes ante la interacción con las temáticas, los facilitadores y otros participantes".	-Respeto -Proactivos	Durante la sesión los cuidadores mantuvieron respeto hacia el tema que se estaba brindando con sus respectivas actividades, así como hacia los facilitadores y las opiniones de los demás participantes. Se sintieron con la confianza de expresar sus dudas y opiniones.

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

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

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

(CONDICIONES GRUPALES) "Se refiere a que tanto el grupo ha ido retomando, preguntando y buscando una manera igual o diferente de entender el cuidado y el autocuidado".	- Motivación	Ante este tema los cuidadores reflexionaron y consideraron a partir de sus experiencias personales para ejemplificar el tema, lo cual nos hace pensar que existió un aprendizaje.
---	--------------	---

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



En esta sesión se abordó el tema de "Relaciones sanas y cómo establecerlas". Los cuidadores mostraron interés y participación en la sesión, especialmente en la actividad de creación del escudo grupal y en la discusión sobre relaciones sanas.

Una parte significativa de esta sesión es que comprendieron el tema y pudieron relacionarlo con sus experiencias personales. Si bien en sesiones individuales se habían abordado temas como la autonomía, el asertividad y el consenso, esta sesión ayudó a fortalecer conocimientos previos de la etapa 1 y 2.

En las dos sesiones anteriores se había percibido cohesión en el grupo y lo pudimos comprobar a la hora en que cada participante mostraba empatía y respeto hacia las opiniones y experiencias de los demás.

La sesión destacó la importancia de establecer relaciones sanas para el bienestar emocional y mental de los cuidadores primarios; es importante mencionar que reflexionaron sobre sus experiencias personales y aprendieron sobre cómo establecer relaciones sanas, todo esto con ayuda del ambiente favorable por parte de los participantes lo cual genera un ambiente de comodidad, confianza y seguridad.

11.3.1.8. Sesión grupal 8.

TERCERA ETAPA DEL AÑO TERMINAL BITÁCORA GRUPAL 8.			
EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL CON CUIDADORES PRIMARIOS ÁREA DE PROCESOS PSICOSOCIALES DE LOS FENÓMENOS COLECTIVOS			
FECHA: 09 de Abril de 2025	No de participantes: 8	Tema de Sesión: Autocuidado	Facilitadores de la Carta Grupal: - Aceves Benito Brayan Ricardo - Huerta Robles Maria Guadalupe - García Castillo Joana Yamilet - Rojas Hernández Denis Lisset - Serrano Gómez Estephani - Velasco González Itzel
LUGAR: Museo, San Miguel Teotongo.	Duración de Sesión: Una hora y media	No de Bitácora Grupal: No.8	

"BITÁCORA DE CAMPO"		
(Relato lo más detallado sobre las condiciones generales y particulares de la interacción entre los participantes, los facilitadores y facilitadores y participantes. Es importante señalar que lo que se describe es la interacción del propio grupo).		
	INDICADORES	DESARROLLO
	-Participación	La sesión empezó aproximadamente a las 10:25am ya que esperábamos a las y los cuidadores. La facilitadora Denis se encargó

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

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

Grupo museo

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

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

Grupo museo.

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

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



Como se ha mencionado en apartados anteriores el autocuidado es fundamental para cada CPI, ya que su labor es agotadora en el aspecto físico y emocional, por eso en esta última sesión se decidió retomar el tema del autocuidado.

La participación del grupo fue bastante activa, ya que participaron en repetidas ocasiones y las actividades se realizaron de manera conjunta.

En este punto de la intervención podemos decir que se creó el sentido de pertenencia a un grupo, grupo que en un inicio se cuestionaba si verdaderamente funcionaria, ya que por parte de nuestras cuidadoras y muchas otras tenían la idea de que este tipo de sesiones no serían nada cómodas porque:-- “no me gusta contarle mis cosas a nadie”, --“tengo miedo a que me juzguen”--

, etcétera. Afortunadamente poco a poco entre compañeros de grupo se fue desarrollando confianza y comodidad, lo que generó que se estableciera una red de apoyo sana.

12. Conclusiones generales.

El proyecto de intervención comunitaria en San Miguel Teotongo con Cuidadores Primarios Informales (CPI) logró su objetivo de brindar apoyo psicosocial a esta población vulnerable, promoviendo el desarrollo de habilidades emocionales, cognitivas y sociales para afrontar el estrés y las demandas asociadas a su rol. A lo largo de estos tres trimestres en los que se trabajaron podemos concluir que ninguno de los cuidadores/autocuidado tenían en cuenta el desgaste que genera este trabajo.

El proyecto de intervención comunitaria en San Miguel Teotongo demostró la importancia del apoyo psicosocial para los CPI y la efectividad de las intervenciones comunitarias para promover su bienestar. Es fundamental que se continúen desarrollando programas y políticas que apoyen a esta población vulnerable. Si bien es cierto que este tema es olvidado o desconocido para la población en general

El autocuidado es esencial para los CPI, ya que puede ayudar a prevenir el agotamiento, mejorar la calidad de vida y fortalecer la resiliencia. Es importante que los CPI prioricen su propio cuidado y busquen apoyo cuando lo necesiten. Los profesionales de la salud y los servicios de apoyo pueden desempeñar un papel importante en ayudar a los CPI a acceder a recursos y servicios que promuevan el autocuidado.

13. Sugerencias.

13.1. Primera Etapa y segunda etapa individual.

- Aplicar las escalas que de verdad están enfocadas a la población, analizar después de la primera sesión y con base a los respectivos análisis aplicar los temas correspondientes para cada cuidador primario informal
- Mejor capacitación a los facilitadores para poder llevar a cabo el proyecto de intervención de una manera más completa.

13.1.2. Tercera etapa grupal.

- Tener una mejor organización para que todas las diadas trabajen por igual
- Implementar una forma de trabajo que sea dinámica, teoría, dinámica.
- Formar el grupo desde lo cognitivo no desde lo teórico

14. Limitaciones.

En este trabajo de intervención así como se tuvieron cuestiones positivas también existieron otras que fueron factores limitantes que afectaron el proceso del mismo, entre ellas se encuentran las siguientes:

- Falta de espacios públicos para dar sesiones grupales de manera óptima
- En el ámbito de salud, la falta de medicamentos en centros de salud, provocaba estrés para los CPI, debido a que en su mayoría los medicamentos necesarios para asegurar su bienestar no eran costeados.
- En las sesiones individuales el tiempo de una hora, no era suficiente para que los CPI expresaran lo que en su momento querían liberar.
- La constancia de cada cuidador variaba; en algunos casos dejaban de tomar las sesiones por dos o tres semanas, lo que generaba que no hubiera un avance significativo.
- Algunos instrumentos aplicados no eran los que realmente se necesitaban para realizar un análisis pertinente, ya que eran enfocados hacia personas cuidadoras, pero no para personas auto cuidadoras que en nuestro caso (diada 3) las 4 eran auto cuidadoras.
- Fechas festivas como navidad, año nuevo, o día de muertos generó que algunos cuidadores suspendieran su sesión por compromisos referentes a la fecha (cuestiones familiares).
- Cuando se tenían las sesiones individuales el grupo era bastante numeroso, pero a la hora de hacer las sesiones grupales, la cantidad de participantes se redujo, por cuestiones personales de cada CPI, entre ellas destaca más el tema del tiempo.

- En las sesiones grupales por parte de nuestro equipo de interventores, no había proactividad lo cual ocasionó disputas entre compañeros por quien realizaría actividades.

15. Referencias.

- EL PROGRAMA MEDICO EN TU CASA SE CONVIERTE EN POLÍTICA PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL: (s/f). Gob.mx. Recuperado el 19 de abril de 2025, de <http://aldf.gob.mx/comsoc-programa-medico-tu-casa-convierte-politica-publica-distrito-federal--23007.html>
- García-Vesga, M. C., & La Ossa Elsy, D. (s. f.). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2013000100003
- Mitjana, L. R. (2019, marzo 22). La teoría del estrés de Richard S. Lazarus. pymOrganization. <https://psicologiaymente.com/psicologia/teoria-estres-lazarus>
- ¿Qué es la depresión? (s. f.-b). <https://www.psychiatry.org/patients-families/la-salud-mental/depresion/que-es-la-depresion>
- ¿Qué es la depresión? (s/f). Psychiatry.org. Recuperado el 20 de abril de 2025, de <https://www.psychiatry.org/patients-families/la-salud-mental/depresion/que-es-la-depresion> de Salud, S. (s/f).
- ¿Qué es la ansiedad? gob.mx. Recuperado el 21 de abril de 2025, de <https://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-ansiedad>
- Herrera, P. (2022a, marzo 8). *El miedo, una alarma mental para proteger la integridad*. UNAM Global - De la comunidad para la comunidad; UNAM Global.

https://unamglobal.unam.mx/global_revista/el-miedo-una-alarma-mental-para-proteger-la-integridad/

- *¿Qué es el estrés? Tipos, causas y síntomas.* (2025, marzo 31). Unobravo.com; Unobravo. <https://www.unobravo.com/es/blog/estres-de-problema-a-recurso>
- (S/f). Edu.ar. Recuperado el 5 de mayo de 2025, de <https://iuymca.edu.ar/wp-content/uploads/2022/01/La-Inteligencia-Emocional-Daniel-Goleman-1.pdf>
- *La soledad y su salud.* (s/f). Cigna.com. Recuperado el 5 de mayo de 2025, de <https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/la-soledad-y-su-salud-acn2156>
- *Qué es la Comunicación Asertiva.* (s/f). Amayaco.com. Recuperado el 5 de mayo de 2025, de <https://amayaco.com/comunicacion-asertiva/que-es-la-comunicacion-asertiva>
- Delgado-Castillo, Y. (2020, julio 19). *Psicología Social Comunitaria ¿Qué es y para qué sirve?* LinkedIn.com. <https://es.linkedin.com/pulse/psicolog%C3%ADa-social-comunitaria-qu%C3%A9-es-y-para-sirve-yesenia>
- Moran, M. (2024, 30 enero). *Salud - Desarrollo sostenible.* Desarrollo Sostenible. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- *Cómo mejorar la salud mental.* (2020). Mental Health and Behavior. <https://medlineplus.gov/spanish/howtoimprovementalhealth.html>
- Bolaños Ceballos, F., & De Keijzer, B. (2020). *Determinación social del malestar psicológico y el estrés en hombres que ejercen violencia familiar en la Ciudad de México [Social determinants of psychological distress and stress in men who perpetrate family violence in Mexico City].* Salud colectiva, 16, e2249. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2249>

- González-Forteza, C., & Andrade Palos, P. (2003). Estresores cotidianos, malestar depresivo e ideación suicida en adolescentes mexicanos [Daily stress, depressive mood and suicidal ideation in Mexican adolescents]. *Acta psiquiatrica y psicologica de America latina*, 40(2), 156–163.
- Hernández, J. G. E., Morales-Carmona, F., Díaz, E., Pimentel, D., Meza, P., Henales, C., Carreño, J., & Ibarra, A. C. (2021). Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada. *Perinatologia y reproduccion humana*, 20(4), 112–122.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372006000200008
- Shelby langer,Pdh (2024). Escritura expresiva para cuidadores de personas con cáncer. Good clinical netork <https://ichgcp.net/es/clinical-trials-registry/NCT05859880>
- Hervás, G., Cebolla, A., & Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clinica y salud*, 27(3), 115–124. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.09.002>
- David alvear Morón, Arguis, Ausiad,Cifre,. (2014)Mindfulness y ciencia: de la tradición a la modernidad. Madrid 2014 : Alianza editorial 19-36.

16. Anexos.

A continuación, se presentarán enlaces donde se podrán ver todos los anexos de las tres etapas de la diada 3 por las cuales paso la intervención psicosocial con cuidadores primarios informales

Etapas 1

[Trimestre 1 - Google Drive](#)

Etapas 2

[Trimestre 2 - Google Drive](#)

Etapas 3, grupo Museo

[GRUPO MUSEO - Google Drive](#)

