

Pestaña 1



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD IZTAPALAPA

División de Ciencias Sociales y Humanidades

Departamento de Sociología

Coordinación de Psicología Social

“Cuidar al cuidador en pro de su bienestar: Intervención psicosocial en un contexto individual y grupal a cuidadores primarios informales en San Miguel Teotongo, Iztapalapa, CDMX”

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

Presentan:

Martínez Tamayo Karla Alexandra | 2202018140

Pérez Luna Rodrigo Joseph | 2202017438

Mtro. José Joel Vázquez Ortega
Asesor



Mtro. Jesús Omar Manjarrez Ibarra
Lector

Trimestre 25 - I
Ciudad de México, Abril de 2025.

RESUMEN

El siguiente informe de intervención comunitaria contiene tres etapas en las cuales se estuvo trabajando durante un año, dentro de las primeras dos etapas se trabajó con dos fases una individual y un agrupal, para la tercera etapa se trabajó únicamente con la fase 2 la cual hace referencia a la grupal.

Esta intervención tuvo como objetivo el acompañamiento psicosocial con Cuidadores Primarios Informales, brindando herramientas para el mejoramiento de su bienestar ya que al ser cuidadores de tiempo completo generan cierto tipo de estrés debido a la sobrecarga que este trabajo implica. La intervención dio lugar en la colonia de San Miguel Teotongo, con una población en edad de rango indistinto siendo la característica principal el ser cuidador o autocuidado con alguna enfermedad crónica.

Durante la investigación se analizaron diferentes pruebas psicométricas como Test de sobrecarga del cuidador (Zarit y Zarit), Cuestionario de Salud Autopercebida (SPHS), Cuestionario de Apoyo Social (MSPSS), Cuestionario de Ansiedad (GAD-7), Cuestionario de Soledad de 3 ítems, Cuestionario PHQ-9, Cuestionario de Apoyo Social MOS, WHODAS 2.0, Cuestionario de Atención Plena (MAAS), Escala de Afecto Positivo/ Afecto Negativo en México, Escala de Malestar Psicológico (K-10) y la implementación de la Escritura Emocional Autorreflexiva.

Los análisis se dividieron en dos tipos: cualitativos y cuantitativos y estos fueron ejecutados por los programas de JAMOVI, PAST, ATLAS . ti 9.0 y IBM SPSS Statistics.

Palabras Clave

Cuidador Primario Informal, CPI, Autocuidado, sobrecarga, estrés, ansiedad, acompañamiento psicosocial, intervención comunitaria, análisis cualitativo, análisis cuantitativo, emociones, apoyo y bienestar.

ABSTRACT

The following community intervention report contains three stages in which we worked for a year, within the first two stages we worked with two phases, one individual and one group, for the third stage we worked only with phase 2 which refers to the group.

The objective of this intervention was the psychosocial accompaniment of informal primary caregivers, providing tools for the improvement of their wellbeing, since being full-time caregivers generates a certain type of stress due to the overload that this work implies. The intervention took place in the neighborhood of San Miguel Teotongo, with a population of indistinct age range, the main characteristic being that of being a caregiver or self-caretaker with a chronic disease.

During the research, different psychometric tests were analyzed, such as the Caregiver Overload Test (Zarit and Zarit), Self-perceived Health Questionnaire (SPHS), Social Support Questionnaire (MSPSS), Anxiety Questionnaire (GAD-7), 3-item Loneliness Questionnaire, PHQ-9 Questionnaire, MOS Social Support Questionnaire, WHODAS 2.0, Mindfulness Attention Questionnaire (MAAS), Positive Affect/Negative Affect Scale in Mexico, Psychological Distress Scale (K-10) and the implementation of the Self-Reflective Emotional Writing.

The analyses were divided into two types: qualitative and quantitative, and these were carried out using JAMOVI, PAST, ATLAS . ti 9.0 and IBM SPSS Statistician programs.

Keywords

Informal Primary Caregiver, CPI, Self-care, overload, stress, anxiety, psychosocial accompaniment, community intervention, qualitative analysis, quantitative analysis, emotions, support and well-being.

DEDICATORIAS

A mi hermano y padres...

Les dedico este escrito y este logro que, sin su motivación constante no se hubiera podido, por siempre darme la mano en momentos donde sentía que me rendía. Este no es solo un logro mío, sino de nosotros cuatro, pues con ustedes he aprendido que todo tiene un valor, y que lo que vale cuesta. Gracias por estar y por demostrarme que, con compromiso, resiliencia y ganas, todo se puede. LOS AMO.

Con amor, y profundo agradecimiento, *Pérez Luna Rodrigo Joseph.*

A mi abuelita Josefina lopez Rodriguez y mi padre Jose Luis Laurrabaquio Medina

Les dedico este trabajo a quienes iniciaron este camino conmigo, a quienes confiaron en que lo lograría, y que aunque hoy no puedan leer estas palabras se que se sentirán orgullosos de celebrar este logro conmigo, con este logro honro su memoria, su amor y la promesa que aquel día les hice.

Con amor, *Martínez Tamayo Karla Alexandra*

AGRADECIMIENTOS

De Joseph Pérez:

Primeramente, quiero darle gracias a Dios por permitirme acabar esta etapa tan bella, que sin su mano precisa no estaría yo aquí, ni los que me acompañan, gracias. De igual manera, quiero agradecer a esas personas que han estado conmigo desde siempre, dejando en claro que con ellos puedo contar a pesar de todo, siendo la gente más cercana a mi vida:

A mi hermano, Tadeo Jehú Pérez Luna...

Gracias simplemente por ser esa motivación diaria en mi vida, pues desde que naciste sabría que te amaría siempre, gracias por ser la persona que siempre ha estado a mi lado, dejando de lado los errores que he cometido y que nunca me ha soltado, agradezco siempre tus palabras exactas y atinadas en los momentos que lo he necesitado, pues son las que en todo momento recuerdo y me levantan, gracias por ser quién eres, por ser la persona que más amo en la vida.

A mi madre, Anabel Luna Orozco...

Eterno agradecimiento por ser ese ejemplo de resiliencia y fuerza en mi desarrollo, por enseñarme a que se puede levantar de todo siempre y cuando uno se lo proponga, por ser ese “ave fénix” en mi vida, resurgiendo de sí, para estar bien contigo y con tu familia, agradezco siempre que, a pesar de las palabras duras que puedes dar, ayudas con las mismas de manera exacta, agradeciendo simplemente que estés después de todo.

A mi padre, Rodrigo Pérez Jiménez...

Siempre siendo ese ejemplo a seguir, por ser el hombre que eres y que espero ser en unos años, únicamente por ser una persona que, a pesar de lo cansado que pudiste estar, no le ha faltado nada a tu familia, ni emocional ni económicamente, y personalmente a mí, ese tiempo que desde niño me diste, demostrando que no hay que rendirse, que todo a su momento llega, porque día con día me enseñas que hay que seguir a pesar de como sea el momento, que este no define, simplemente respirar, seguir adelante e ir por todo, motivándose por quienes ama.

A mis abuelos, Alicia Pérez Jiménez, Fidel Luna Mota, y Amalia Orozco López...

Gracias por siempre darme ese cuidado cuando se necesitó, yendo uno por uno; gracias, Ali, por cuidarme y quererme desde que fui un bebé, por tus ocurrencias que me hacían reír y por estar con mi hermano y conmigo cuando lo necesitamos, siempre alegraste esta casa hasta que te permitieron, y aún así, sin ser tu intención después, lo hacías como si lo recordaras. Gracias, Fide, por siempre sacar esas ocurrencias, por ser tú hasta tu último día, esa esencia tuya es algo imborrable para los que estamos aún aquí. Gracias, abuelita, porque a pesar de que nuestro tiempo fue poco, lo disfruté al máximo, siempre dándome tu cariño y por tenerme paciencia cuando esperaba a mi hermano. A todos ustedes, gracias. En paz descansen, les mando un beso y un abrazo allá arriba, con la promesa de honrar sus memorias.

A mi pareja, Gissel Vilchis...

Agradecerle por ser una persona que me centró, tal vez sin intención de hacerlo, por darme ese cariño de pareja que tanto aprecio, tanto como la aprecio yo a ella, gracias, porque somos una química genuina, y que, no sé que nos depare el destino, estoy y estaré agradecido por centrarme y por motivarme a ser mejor persona, por motivarme a ser mejor como novio.

A mis verdaderos amigos, ustedes saben quiénes son...

Gracias por ser esas amistades sinceras que siempre han sido una gasolina en mi vida, porque a pesar de las distancias y/o cercanías, por la mucha o poca frecuencia que nos vemos, les agradezco que siempre nos recordamos, que siempre estamos el uno para el otro sin importar tiempo, pues me han demostrado esa verdadera amistad incondicional, estando en mis momentos más felices como en los más crueles. Les agradezco el que no me hayan juzgado por más mal que hiciera, por nunca irse. Al igual que ustedes que me han prometido no irse y apoyarme, les prometo de mismo modo que aquí tienen a un amigo que los apoyará en sus momentos feos y celebrando sus logros con fervor, gracias.

A los cuidadores primarios informales...

Les quiero dar las gracias, no solo por hacer posible este trabajo de investigación, sino por dejarnos ser parte de su vida aunque el tiempo se haya sentido tan corto, por hacer esa conexión auténtica entre facilitadores y ustedes, deseándoles una vida plena y que nos recuerden con el mismo cariño que, al menos yo, que les tengo.

Por último, pero no menos importante, quiero agradecer de manera genuina y sincera a la gente que estuvo conmigo en su momento y hoy ya no se encuentra en mi vida, pues a pesar de que se fueron, dejaron un gran aprendizaje en mí, les deseo lo mejor en sus vidas y proyectos trazados.

De Karla Martínez:

Agradezco primeramente a Dios por ser mi guía durante este camino, por ser la luz de en esos momentos de oscuridad donde solo él supo las veces que me quise rendir, por bendecirme con sabiduría y amor hacia esta carrera tan bonita.

A mi mamá Elizabeth Johana Tamayo Lopez...

Te agradezco de todas las formas posibles, por volverte mi inspiración, mis soporte, por alentarme a seguir y terminar mi carrera pues tu solo sabes las mil y un veces que quise darme de baja, por luchar día a día a pesar de lo difícil que fue perder a dos personas importantes en nuestra vida, por ser mi salvación y confiar en mí incluso en esos momentos en donde ni yo misma confiaba en mí, ninguna palabra me alcanzara para agradecerte por todo lo que has echo por mi, te amo madre.

A mis hermanas y mi hermano Yaneli Nickole Laurrabaquio Tamayo, Peyton Daniela

Laurrabaquio Tamayo e Iker Gael Laurrabaquio Tamayo...

Por ser mi fortaleza para seguir con lo que un día inicie, por ser mis compañeros de aventuras, por sacarme risas en los momentos en que más lo necesitaba y por darme el espacio necesario para cumplir con mis compromisos, les dedico este trabajo con la esperanza de que el próximo sea de ustedes. Gracias por dejarme compartir mi día a día con ustedes, por confiar en mí y por ser esas personas en las que puedo confiar.

A mis tías Leticia Tamayo Lopez y Cristina Tamayo Lopez...

Quienes desde un inicio me apoyaron con mis estudios, quienes me alentaron a estudiar una carrera y desenvolverme en el mundo profesional y que con amor y cariño me aconsejaron y me cuidaron. Por todo ese amor incondicional del cual me llenaron y me siguen llenando, gracias.

A mis tíos Juan Carlos Tamayo Lopez y Alejandro Tamayo Lopez...

A quienes con amor y gratitud, dedico este trabajo, por brindarme palabras de aliento, por conversar conmigo, por el amor y la sabiduría que compartieron conmigo en los momentos más difíciles de mi vida, gracias por su amor incondicional.

A mis tías Sonia Miriam Aguilar Mosqueda y Wendy Castillo...

A quienes celebran conmigo cada logro como si fuera de ustedes, por apoyarme y aconsejarme cada vez que me acerque a ustedes. Por cada risa y juego en el que compartimos para divertirnos y olvidar un poco todo el estrés que se me juntaba.

A mis primas Itzel Jatziry G. Morales Tamayo, Paloma Josselyn Tamayo Aguilar, Cristian Dealey Tamayo Aguilar, Jovhana Tamayo Castillo y Nahomi Tamayo Castillo...

Quienes fueron parte importante de mi vida, con quienes compartí más de una vez mis sueños y miles de aventuras, quienes me impulsaron a llegar hasta aquí con sus palabras de aliento.

A mi pareja Ernesto Espinosa Salazar...

Mi compañero, mi amigo y mi amor, te dedico este trabajo porque llegaste en el momento indicado, por ser mi apoyo incondicional, por creer en mi cuando mas lo necesitaba, por alentarme a seguir estudiando y desenvolverme como una mujer profesional, gracias por

todo el amor que me has brindado en todo momento, por apoyarme en cada locura y en cada proyecto, te amo.

A mis amigos y compañeros...

Quienes me alentaban a valorar el trabajo que realizaba, con quienes compartí muchas veces pensamientos, ideas, sueños y problemas, gracias por confiar en mí e impulsarme a seguir con mis sueños, gracias por compartir no sólo un aula sino parte de su vida conmigo y por iniciar y terminar esta aventura juntos.

A los cuidadores...

Quienes formaron parte de este proyecto, porque sin ustedes esto no hubiera sido posible gracias por el tiempo, espacio y dedicación al trabajo que empleamos, por dejarme aportar un granito de arena a sus vidas, gracias infinitas.

A quienes me apoyaron...

A todas esas personas que estuvieron conmigo a la distancia o que se encontraban cerca y no menciono por que aunque no digas sus nombres estuvieron en esta hermosa etapa, por el apoyo que brindaron y sobre todo por el cariño y amor que me brindaron.

A mis profesores...

A cada uno de ellos que dejó huella en mí, que creyeron que podría lograr ser una profesional, por todas las enseñanzas que me dejaron para abrirme camino no solo en lo profesional sino también en mi vida, gracias por el apoyo infinito y sus palabras de aliento.

TABLA DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	14
2. MARCO TEÓRICO	17
2.1. Primera etapa.....	19
2.1.1. Psicología Social Comunitaria.	19
2.1.2. Investigación Acción Participativa.	19
2.1.3. Teoría Fundamentada.	21
2.1.4. Teoría Polivagal.....	22
2.1.5. Teoría Ecológica.....	23
2.1.6. El cuidado informal, ¿qué es?	25
2.1.7. Autoestima.....	26
2.1.8. Ansiedad.	27
2.1.9. Duelo.....	28
2.1.10. Desarrollo personal.....	30
2.1.11. Nutrición.	31
2.1.12. Estrés.	32
2.1.13. Tolerancia a la frustración.....	33
2.2. Segunda etapa.....	34
2.2.1. Escritura Emocional Autorreflexiva.	34
2.2.2. Libertad de ser sin lastimar.....	35
2.2.3. Apego.....	36
2.2.4. Miedo al abandono.	38
2.2.5. Sanar la infancia.....	39
2.2.6. Límites.....	40
2.3. Tercera etapa.....	41
2.3.1. Importancia del cuidado.....	41
2.3.2. Memoria.	42
2.3.3. Comunicación asertiva.	44
2.3.4. Miedo y fobias.	45
2.3.5. Apoyo social.	46
2.3.6. Machismo.	47
2.3.7. Culpa.	48
2.3.8. Aprender a cuidar el entorno.	50
2.3.9. Aprender a valorar el saber cultural y académico.	51
2.3.10. Retroalimentación del Escudo del grupo “Protectoras con Amor”.	51
3. CONTEXTO.....	54
3.1 Lugar.....	54
4. OBJETIVOS	57
4.1. Objetivo general.	57
4.2. Objetivo específico.	57
5. METODOLOGÍA.....	58
5.1 Planteamiento del problema.	58
5.1.1. Justificación.....	58

5.1.2. Pregunta de investigación.....	61
5.2. Población de estudio.	61
5.2.1. Población.....	61
5.2.1.1 Fase 1 Individual.....	61
5.2.1.2 Fase 2 Grupal.	62
5.2.2. Muestra.	62
5.2.2.1. Etapa 1.	62
5.2.2.1.1. Fase 1 Individual.....	62
5.2.2.1.2. Fase 2 Grupal.	63
5.2.2.2 Etapa 2.	63
5.2.2.2.1. Fase 1 Individual.....	63
5.2.2.2.2. Fase 2 Grupal.	64
5.2.2.3. Etapa 3.	64
5.2.2.3.1. Fase 2 Grupal.	64
5.2.3. Muestreo.	64
5.2.4. Ubicación Temporal.....	65
5.2.5. Criterios de Inclusión.	65
5.2.6. Criterios de Exclusión.	65
5.2.7. Criterios de eliminación.....	66
5.3. Tipo de Estudio y Diseño.....	66
5.4. Instrumentos.	68
5.4.1. 1ra Etapa.....	68
5.4.1.1. Fase 1 Individual.....	68
5.4.1.2. Fase 2 Grupal.	73
5.4.2.2. Fase 2 Grupal.....	78
5.4.3. 3ra Etapa.....	79
5.4.3.1. Fase 2 Grupal.	79
5.4.4. Medidas Psicológicas.	79
5.5. Procedimiento.....	80
5.5.1. 1ra Etapa.	80
5.5.1.1. Fase 1 Individual.....	80
5.5.1.2. Fase 2 Grupal.	83
5.5.2. 2da Etapa.	85
5.5.2.1. Fase 1 Individual.....	85
5.5.3. 3ra Etapa.	93
5.5.3.1. Fase 2 Grupal.	93
6. RESULTADOS	95
6.1. 1ra Etapa.....	95
6.1.1. Análisis cualitativo.	95
6.1.1.1. Fase 1 Individual.....	95
6.1.2. Análisis cuantitativo.	98
6.1.2.1. Fase 1 Individual.....	98
6.1.2.2. Fase 2 Grupal.	100
6.1.3. Discusión.....	104

6.1.4. Conclusión de la Etapa 1	105
6.2. 2da Etapa.....	106
6.2.1. Análisis cualitativo.	107
6.2.1.1. Fase 1 Individual.....	107
6.2.1.2. Fase 2 Grupal.	126
6.2.2. Análisis cuantitativo.	132
6.2.2.1. Fase 1 Individual.	132
6.2.3. Discusión.	139
6.2.4. Conclusión de la Etapa 2.	141
6.3. 3ra Etapa.....	143
6.3.1. Análisis cualitativo.	144
6.3.1.1. Fase 2 Grupal.	144
6.3.2. Análisis cuantitativo.	150
6.3.2.1. Fase 2 Grupal.	150
6.3.3. Discusión.....	153
6.3.4. Conclusión de la Etapa 3.	154
7. CONCLUSIONES GENERALES	155
8. SUGERENCIAS.....	157
8.1. 1ra Etapa.....	157
8.1.1. Fase 1 Individual.	157
8.1.2. Fase 2 Grupal.....	157
8.2. 2da Etapa.....	157
8.2.1. Fase 1 Individual.	157
8.2.2. Fase 2 Grupal.....	158
8.3. 3ra Etapa.....	158
8.3.1 Fase 2 Grupal.....	158
9. LIMITACIONES	158
9.1. 1ra Etapa.....	158
9.1.1. Fase 1 Individual.	158
9.1.2. Fase 2 Grupal.....	159
9.2. 2da Etapa.....	159
9.2.1. Fase 1 Individual.	159
9.2.2. Fase 2 Grupal.....	159
9.3. 3ra Etapa.....	159
9.3.1 Fase 2 Grupal.....	159
10. REFERENCIAS	161
11. ANEXOS.....	172

1. INTRODUCCIÓN

En este informe se presenta el programa de Intervención Comunitaria que se llevó a cabo dentro de la colonia de San Miguel Teotongo, con personas con característica de ser un Cuidador Primario Informal (CPI) y Auto cuidadores que padecieran alguna enfermedad crónica.

Esta investigación constó de tres etapas, en donde la primera etapa se dividió en dos fases una individual en la cual primeramente se buscó personas que compartieran características de ser un cuidador primario informal o un Autocuidador con alguna enfermedad crónica y una grupal en donde se prosiguió a seguir con el trabajo de otros compañeros que ya habían trabajado con ellos, durante esta fase se trabajó la escucha activa para lo individual y en lo grupal se tocaron temas como: límites, apoyo social, autoestima duelo, entre otros más que se presentan más adelante de forma específica.

Durante esta etapa de la investigación se enfocó en la Psicología Social Comunitaria y en la teoría de Acción Participativa, pues se buscaba ver el impacto que tenía este programa dentro de la comunidad y sus alrededor, de igual manera sin dejar a un lado la importancia del impacto en lo individual.

Para lograr medir el impacto que este programa tuvo en las cuidadoras se utilizaron pruebas psicométricas las cuales se analizaron de manera cualitativa y cuantitativa según corresponda, con la ayuda de los programas JAMOVI, PAST Y SPSS.

La segunda fase de igual manera se trabajó en dos fases una individual en donde se trabajó con la escritura emocional autorreflexiva y con técnicas de relajación, de igual manera se siguió implementando la escucha activa, en esta fase se fue recolectando información con ayuda de bitácoras semanales las cuales posteriormente se analizaron con ayuda del programa ATLAS . ti 9.

La Escritura Emocional Autorreflexiva se trabajó a lo largo de 4 sesiones, en las cuales se les pedía a la cuidadoras que escribieran acerca de un suceso que les causara dolor o lo

consideran traumático. El objetivo de esta actividad es quitar un poco la sobrecarga que traían al no poder soltar este tipo de eventos, que validaron sus sentimientos y mantener su bienestar psicológico y físico, estas escrituras de igual manera se analizaron con el Software ATLAS . ti 9.

En la fase grupal se siguió trabajando con variedad de temas que les sirvieran de herramientas en su día a día, como apego, libertad de ser sin lastimar, miedo al abandono entre otros temas más. De igual manera se trabajó por medio de bitácoras grupales semanales las cuales se analizaron con el mismo programa de ATLAS . ti 9.

Durante esta etapa el enfoque se fue más hacia la teoría Polivagal pues el recuerdo de momentos traumáticos sacarán a flote sentimientos y reacciones que aparentemente se creían controladas, es por eso que esta teoría la relacionamos con la escritura emocional autorreflexiva.

En la tercera y última parte se trabajó solo con la fase grupal en donde se retroalimenta a las cuidadoras con diversos temas como machismo, aprender a cuidar el entorno, aprender a valorar el saber cultural y el saber académico entre algunos temas más. Se implementaron actividades físicas, actividades lúdicas y técnicas de relajación.

En esta etapa se vio más el enfoque a la teoría ecológica la cual se centra más en la parte del entorno, y el objetivo de esta etapa era mostrar la convivencia de una comunidad, grupo y la creación de redes de apoyo.

Dentro de esta etapa se llevó a cabo el análisis de la escala psicométrica WHODAS 2.0, el cual se ejecutó con el programa IBM SPSS Statistics tanto para el análisis cualitativo como para el cuantitativo.

Es importante mencionar que durante estas tres fases se trabajaron con diferentes instrumentos psicométricos como Test de sobrecarga del cuidador (Zarit y Zarit), Cuestionario de Salud Autopercebida (SPHS), Cuestionario de Apoyo Social (MSPSS), Cuestionario de

Ansiedad (GAD-7), Cuestionario de Soledad de 3 ítems, Cuestionario PHQ-9, Cuestionario de Apoyo Social MOS, WHODAS 2.0, Cuestionario de Atención Plena (MAAS), Escala de Afecto Positivo/ Afecto Negativo en México y Escala de Malestar Psicológico (K-10).

Cada una de las escalas mencionadas se aplicó con el fin de medir y comparar los resultados pre-post para saber si existe algún cambio en las participantes que tuviera relevancia dentro de la investigación ya sea positivos o negativos.

2. MARCO TEÓRICO

La investigación de este proyecto se llevó a cabo por medio de una Intervención Comunitaria meramente enfocado en los cuidadores primarios informales (CPI) y/o auto cuidadores de un lugar específico; siendo la Intervención Comunitaria un proceso de Investigación-Intervención. Esto, se hizo de lo individual a lo grupal, dividido en tres etapas, desarrollando lo de cada una a continuación:

1. La primer etapa se caracterizó por tener dos subetapas, donde se inició buscando y seleccionando nuestras dos muestras (CPI o auto cuidadores), teniendo a estas personas, continuamos con darles temas y conceptos en relación con la investigación, tales como el concepto de cuidador y lo que es, cómo afecta o beneficia en su autoestima, la importancia del desarrollo personal, etc, siendo temas de suma importancia, todo con la finalidad de dos cosas; de que los CPI se identifiquen como tal, pues en su mayoría se desconoce como un cuidador, ya sea por desconocimiento o por la normalización que ya le dio al cuidar a alguien más, y de que esa sobrecarga que llegan a padecer reduzca, promoviendo el bienestar físico, emocional y social. Pero para saber la sobrecarga de cada uno, se hizo uso de varios instrumentos para un mejor diagnóstico psicosocial, siendo estos como escalas psicosociales, registros tanto digitales y observacionales, técnicas de relajación, etc. Esta intervención fue un acompañamiento individual del cual se ayudó mucho con la escucha activa, ayudando a su máxima comprensión propia y la máxima expresión de los participantes, para así, contribuir de manera positiva a su bienestar.

De mismo modo, la segunda fase de esta primera etapa se desarrolló en grupo, grupo que ya estaba conformado y que por consecuencia, la fase previa la hicieron, personas que tuvieron el mismo criterio de selección (cuidadores primarios informales), buscando así que se logre más unión en el grupo, que sean un apoyo entre sí. Se hará esto por medio de temas que sean del interés general junto con actividades acorde al tema, así como lo son la reducción de

ansiedad y estrés, el auto cuidado, duelo, entre otros; usando instrumentos de evaluación y técnicas de relajación, haciendo que reduzca bastante los niveles de estrés, y que el bienestar aumente.

2. La segunda etapa, al igual que la primera, se dividió en dos fases, siguiendo la línea de individual y grupal: En la fase uno se hará uso fundamental de la escucha activa y de la Escritura Emocional Autorreflexiva, esto con el fin de que resignifiquen sus situaciones, mientras que en la fase dos, se realizará casi igual que a la etapa uno, pues se darán temas nuevos (libertad de ser, apego, poner límites, entre otros), acompañados de su respectiva actividad de retroalimentación y las técnicas de relajación. Se hará esto para que se perciban más como un grupo y se identifiquen como un cuidador primario, a su vez que distingan esos abusos que pueden existir a esta población.

3. Por último en esta etapa no habrá división, se hará de manera grupal, integrando a las y los cuidadores que anteriormente estaban juntos con los nuevos que se trabajaron de forma individual, buscando una cohesión entre los participantes y que se identifiquen con el grupo, para que entre estas personas exista un apoyo grupal, compartiendo la misma categorización. Aquí, mostraremos aún más temas y conceptos acerca del autocuidado, tales como la importancia del mismo, la comunicación asertiva, lo que es y para qué sirve un apoyo social, cuidado de la memoria, etc, para que, entre los temas anteriores y estos, hagan una nueva idealización del cuidar a alguien y cuidar de sí mismos.

Como se puede apreciar, cada etapa constó de temas variados pero afines a lo que es ser cuidador primario, haciendo que la intervención sea de una manera más eficaz, pues lo que se busca es generar ese impacto en la vida de nuestros participantes. Para mayor comprensión al tema de investigación, y a este punto en especial, a continuación se mostrarán los temas expuestos de una manera más específica para mayor entendimiento de quien lee este informe.

2.1. Primera etapa

2.1.1. Psicología Social Comunitaria.

La psicología social comunitaria, como dice Montero (2004), es la que trata de la comunidad junto con la comunidad, es decir, donde los individuos son conscientes de su contexto, y como los mismos individuos, ayudan a prevenir y solucionar problemáticas que tengan en común, y aunado a que son partícipes de este contexto, buscando que sean comunidades autogestoras.

Es importante comprender el por qué de este concepto, pues para una correcta intervención comunitaria, se debe entender lo que sucede en la comunidad y como la comunidad actúa en este contexto, pues como se dijo anteriormente, se busca la prevención de nuevas problemáticas o bien, prevenir niveles altos de estrés y sobrecarga: “La positividad de esa transformación está definida desde la situación de la comunidad, y la incorporación de aspectos externos provenientes de consideraciones de salud mental, salud comunitaria, avances de la ciencia, aspectos culturales, religiosos, políticos o económicos” (Montero, 2004).

“Los proyectos enmarcados en salud, educación, servicios básicos, nutrición o derechos humanos además de mejorar el bienestar y calidad de vida, elevarían la sensación de control sobre sus vidas” (Mori, 2009), y sabiendo un poco más esto, con ese control mencionado, por lo que se motiva a que haya una participación activa, logrando que con esto existan redes de apoyo, y así, viendo una mejora en su comunidad. También, para consolidar este término, nos daremos ayuda de la investigación Acción Participativa (IAP).

2.1.2. Investigación Acción Participativa.

Para mejor comprendimiento de este punto, es importante decir que no tiene una definición en general, pues para Ramírez et al. (2012), puede ser cuando los miembros de una comunidad intervienen a fin de sí mismos y su realidad. Igualmente, manifiesta que puede ser una metodología crítica para la investigación científica, y por último, se puede considerar como la práctica por parte de los participantes y la mejora por sus acciones.

Lo que sí podemos ver, es que hay un punto en común, la participación de la comunidad buscando intervenir en la mejora de la misma, logrando que, tanto como el investigador como el participante trabajen juntos, desde la búsqueda de la problemática específica, hasta la búsqueda de la solución de la misma.

La IAP se basa en un análisis profundo de la realidad, tanto actual como pasada, pues cuando se entiende más el pasado, es más fácil comprender el presente, ya que con este análisis se pueden hacer cuestionamientos claros por la causa del problema a tratar, con todo esto, se tendrá la calma de proponer soluciones (siempre y cuando la comunidad y el investigador sean partícipes activos en la organización y ejecución de las soluciones), finalizado todo eso, se analizará de manera crítica lo logrado y proponer nuevas metas a futuro cercano.

Se caracteriza por tener una mezcla de investigación teórica con la metodológica, donde al redactar los resultados se debe ser más meticuloso pues esta invita mucho a la reflexión de los logros que se consiguieron en un punto, evaluándose para una mejor interpretación de los resultados y de manera más sencilla para quien lo lee, siempre y cuando no se le quite la “formalidad” al informe hecho.

La finalidad de esta investigación es que “apunta a generar un conocimiento cualitativamente diferente al de la investigación clásica. Constituye una estrategia de conocimiento–transformación, que puede incluir como herramientas situacionales a las técnicas de investigación clásicas” (Ramírez et al., 2012), pues hace que haya un mayor acercamiento con la comunicación y a la reflexión por parte de la comunidad.

Como podemos observar, la IAP es a base de obtener datos cualitativos, rescatando la narrativa de los participantes, por eso se emplea también el uso de la teoría fundamentada, explicada a continuación.

2.1.3. Teoría Fundamentada.

Es considerado más bien un método, no como una teoría, siendo de carácter cualitativo, cabe rescatar que la información cualitativa es aquella que “toman como centro de su atención el conocer las vivencias y los antecedentes en su contexto natural de tal forma que pueda haber un espacio para que manifiesten sus particularidades” (Alarcón et al. 2017), y este fue propuesto por dos sociólogos: Barney G. Glaser y Anselm L. Strauss. Esta metodología se ayuda mucho de los datos recabados, que, a su vez, ayudan a reconocer con mayor facilidad los procesos sociales básicos, pues el hecho de que haya información del contexto continuamente significa que hay revisión constante hasta que la investigación llegue a su fin, por consecuencia, nos ayuda en contextos y comportamientos sociales, haciendo que el individuo le dé un significado diferente a las experiencias vividas:

“A través del método comparativo constante el investigador simultáneamente codifica y analiza datos para desarrollar conceptos. Mediante la comparación continua de incidentes específicos de los datos, el investigador refina esos conceptos, identifica sus prioridades, explora sus interrelaciones y los integra en una teoría coherente”.

Cuñat, R. (2007).

Entendiendo más a la teoría fundamentada, se ocupó esto en la investigación presente para comprender el contexto en el cual los cuidadores primarios viven, el porqué actúan de tal manera, pues esa comprensión nos dará más facilidad al categorizar los datos y la información obtenida, al igual que organizarlos correctamente para que reduzcan los mismos datos considerablemente, esa organización no será aleatoria, pues con la sintetización de datos, le dará coherencia, representando eficazmente el discurso de las y los participantes a sus problemáticas.

La intervención comunitaria es un claro espacio para poder desarrollar esta metodología, pues los datos cualitativos se lograron por medio de varios instrumentos, escalas,

escrituras y observaciones (éstas hechas en bitácoras de las sesiones llevadas), siendo la escucha activa nuestra herramienta más fuerte y utilizada (la escucha activa es cuando nos permiten conocer sus historias), permitiéndonos así la comparación de los datos, y a su vez, encontrar ideas más concretas y generalizadas a lo que es ser un cuidador primario o un autocuidador, dejando que también nos ayude la teoría polivagal.

2.1.4. Teoría Polivagal.

Esta fue propuesta en los años 90, por el dr. Stephen Porges, donde habla de la relación entre el Sistema Nervioso Autónomo, las emociones y la reacción ante situaciones específicas, en el cual, el nervio vago será el pilar de esta teoría (de ahí deriva parte de su nombre), donde para comprenderlo, según López (2025) es indispensable comprender 3 cosas:

1. La importancia del nervio vago y sus ramificaciones. “En el corazón de la Teoría Polivagal se encuentra el nervio vago, una estructura crucial en nuestro sistema nervioso. Este nervio, que se extiende desde el cráneo hasta el abdomen juega un papel fundamental en la regulación de nuestras respuestas emocionales” (López, 2025).

2. Saber que hay tres sistemas de respuesta autonómica (nervio dorsal, sistema simpático, nervio vago). La teoría dice que cada uno va a reaccionar de manera diferente ante las varias situaciones que se pueden presentar, al igual que cada uno tiene su función en su momento. El nervio dorsal va a ser aquel que nos inmoviliza en momentos donde detectemos gran amenaza o gran estrés. El Sistema Simpático es lo contrario, pues nos activará, pero para enfrentarnos a tal situación o escapar de la misma, presentándose más en situaciones donde se experimente ansiedad, enojo o miedo, en pocas palabras es aquel que nos da respuesta inmediata. Mientras que, el nervio vago es el que nos permite sentir esa calma y seguridad en momentos más amables, cuando estamos con una persona que inspira esa confianza y seguridad, o bien, cuando nos regulamos después de una situación de estrés.

3. Conocer las interacciones en momentos emocionales y estresantes. Se propone que la interacción de los nervios dorsal y vago, junto con el sistema simpático es compleja, pues “arroja luz sobre algunas condiciones emocionales comunes que afectan a muchas personas, como la ansiedad, la depresión y el estrés postraumático” (López, 2025).

Es importante comentar esto para saber que los cuidadores primarios y los autocuidadores están sometidos constantemente a situaciones donde pasamos de un extremo de bienestar a un extremo de mucho estrés, llegando incluso a momentos traumáticos, aunado a sus historias de vida que, pueden incluir estas variables, “lo que sugiere que las personas con depresión pueden tener dificultades para activar su sistema de enganche social. Del mismo modo, en los trastornos de ansiedad” (Candelas, 2024).

Con lo dicho anteriormente, es relevante saber esto en cuanto a nuestros participantes, pues como se dijo, varios viven en constante estrés, lo que es igual a un nervio vago poco activo. La intención al ocupar esto es ayudar a activar al nervio vago y desactivar un poco el sistema simpático, y la forma que se hará para saber con exactitud si hay un cambio significativo en su regulación, es mediante tomas de temperatura antes de empezar las sesiones de intervención, antes y después de ejercicios de respiración y relajación, pues la temperatura periférica será la encargada de indicarnos el nivel de estrés de los participantes. Finalmente, cabe mencionar que, a la par, nos ayudará la teoría ecológica.

2.1.5. Teoría Ecológica.

Esta teoría nace en 1977, con el fin de entender cómo es que el individuo y los entornos en los que se ve envuelto influyen en cómo se comporta, y como estos, va cambiando de manera continua. Para su mejor planteamiento, se plantea que hay estructuras, y con ellas, estructuras dentro de las mismas, según Gutiérrez y Lima (2024), se refiere al microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema:

1. Mesosistema dentro del Microsistema: el microsistema es aquel entorno inmediato con el cual tenemos relación inmediata, y se presencia el hecho de que hay roles determinados, tal es el caso de la familia y el hogar, pues es la primera interacción con la que nacemos (padre, madre, hijo, hermano). mientras que el mesosistema (sistema de microsistemas) son aquellos entornos donde nos ayudan a desarrollarnos en cierto momento, ejemplo claro se ve en una escuela, donde el rol está presente (maestro/a y alumno/a) o bien, en grupo de amistades. Estos ejemplos son clave para comprender un microsistema, pues en pocas palabras, es aquel que nos ayuda a un renacimiento y desarrollo personal.

2. Macrosistema dentro del Exosistema: El exosistema es aquel donde el individuo tiene una participación poco directa, pero que sí influye en su desarrollo y en el de su entorno inmediato, claro ejemplo se ve en instituciones económicas o de salud. Mientras que el Macrosistema habla más de niveles, estos niveles involucran la cultura y creencias que el individuo pueda tomar, así como las normas y los valores. Son estos que dan el significado a los entornos y contextos que vive cada uno y en sus redes sociales.

Como podemos ver, todos estos sistemas tiene gran importancia e influencia en el comportamiento en el crecimiento del individuo, pues si cambia el entorno cambia el individuo, si cambia el individuo cambia el entorno, eso es lo valioso de esta teoría, pues cuando se habla de Teoría Ecológica, se habla de bidireccionalidad, comprendiendo que se necesita de ambas partes para que uno funcione de la manera adecuada, siendo esta, parte fundamental de este trabajo de investigación, pues cuando hablamos acerca del cuidadores primarios y auto cuidadores, es imprescindible saber como están esas redes de apoyo, pues si hay una red fortalecida puede haber menos sobrecarga de la habitual, pero si no es el caso, se analizará el contexto suyo para entender por qué hace tal cosa dentro del cuidado.

2.1.6. El cuidado informal, ¿qué es?

Un cuidador primario informal (CPI), es aquel que tiene esa atención de alguien que lo necesita, llámese por enfermedad crónica, por edad (niñez o adultez mayor), accidente o discapacidad, “Cuidar de otros en cualquier etapa de la vida implica una interacción humana de carácter interpersonal, intencional y único que sucede en un contexto sociocultural. Su objetivo es garantizar la sobrevivencia social y física de las personas en condición de dependencia” (Ramos & Jarrillo, 2014), al igual de alguien que cuida de sí, siendo el autocuidado “es la capacidad de las personas de promover la salud, prevenir enfermedades y hacerles frente con o sin el apoyo de profesionales de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud” (Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones, s. f.), en su mayoría, este tipo de personas no deciden hacerlo de principio como iniciativa, más bien se presenta la situación y la enfrenta directamente. Las habilidades que desarrollan se caracterizan por la empatía y la responsabilidad, se notan más cuando es auto cuidado, pues se nota compromiso y fortaleza para enfrentar estas situaciones.

Con esto, la gente desarrolla múltiples habilidades y conocimientos para poder resolver los varios problemas que se presenten a lo largo del proceso, pero por desgracia, muy poca gente tiene estos conocimientos, y a consecuencia, trae la sobrecarga, reflejándose en lo psicológico, en lo social y en la salud. Para el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (s. f.) se refleja de la siguiente manera:

Físicos: Dolor de cabeza, Sensación de malestar, Falta de apetito, Sudoraciones, Vértigo, Dolores intestinales.

Psicológicos: Agotamiento emocional, Alteraciones en el estado de ánimo, Desesperación, Frustración, Ansiedad, Depresión, Trastornos de sueño, Estrés crónico.

Sociales: Conflictos en relaciones familiares, Dificultades en el trabajo y en situación económica, Disminución del tiempo libre.

Dicho esto, apreciamos que el ser cuidador representa sus dificultades, entre las que se destacan los malestares (al grado de desarrollar enfermedades crónicas), al igual que el descuido del tiempo propio, dejando de lado actividades que son del agrado de los CPI o auto cuidadores, pues esto es consecuencia de una mala organización y una mala priorización de actividades o personas, generando que esto sea una bomba de tiempo donde se generarían estas situaciones de desgaste físico y emocional, dejando ampliamente descubierto el autoestima, explicado en este siguiente punto.

2.1.7. Autoestima.

Para comprender el concepto, es relevante diferenciarlo de otros que, pueden parecer, tal es el caso del autoconcepto y autoimagen, donde respectivamente significa que “ término que se refiere a la forma en que las personas piensan, se evalúan o perciben de sí mismas, así que la autoimagen y la autoestima son elementos del autoconcepto” (Vasconcelos, 2015), mientras que, Vasconcelos (2015) lo describe como lo que piensa de sí misma.

El autoestima habla más de la evaluación positiva o negativa, enfocado en el ámbito cognitivo (lo que pienso de mí), emocional (como me siento conmigo) y conductual (actúo bien o mal para mi o los demás). Se va desarrollando desde que somos pequeños, desde la interacción, siendo la familia esa primera instancia, seguido de las amistades o relaciones que se formen a lo largo de la vida, para de ahí “crear” nuestro valor, “mediante la cual las personas se consideran importantes una para las otras” (Pereira, 2007).

Cuando hablamos de esto es imposible dejar de lado el hecho de que tiene que ver también con las emociones, pues depende como se encuentre cada individuo, es como va a percibirse a sí mismo o percibir las situaciones que vive, siendo esto un sesgo importante, pues para lograr un bienestar óptimo, sugiere Vasconcelos (2015) que necesitamos de autoeficacia y autorrespeto, pues con la confianza para aprender y tomar una acertada decisión, así como del derecho de tener felicidad, dar y recibir afecto, construimos un autoestima más sólido.

Siendo este un tema de suma importancia al momento de hablar de cuidadores primarios o auto cuidadores, pues al no ser reconocido cuando se realiza esta labor, se olvida de la valía del individuo, en cambio, si se da ese reconocimiento hará que sus niveles de estrés y sobrecarga disminuyan recordando lo que es cada participante, y disminuyendo estos puntos dan pie a que también reduzca nuestro siguiente punto, el ansiedad.

2.1.8. Ansiedad.

El ansiedad es respuesta ante una amenaza, sea física o psicológica, suele representarse en más energía para que este peligro no suceda, es un mecanismo de defensa y de índole adaptativa, siempre y cuando tenga cierto control, pues cuando se está por un periodo largo., todo se queda en una percepción constante de peligro, afirmando Vasconcelos (2015) que no se puede sentir angustiada si no se dice a sí misma que va a pasar algo terrible, pues esto se desprende de escenarios creados, y en donde la mayoría de ocasiones, no suelen pasar como lo imaginamos.

Existen muchos riesgos de padecer ansiedad a largo plazo, llegando a trastornos clínicos, tanto como psicológicos o físicos, sumamente relacionados con la amplia dificultad de manejar emociones y de socializar, constantes sentimientos de ira y frustración, o inclusive de abusos psicológicos constantes por parte de la familia o pareja, esto siendo el primer síntoma de la depresión, pues la ansiedad acumulada, se convierte en depresión, y aunque pueda parecer lo mismo, pues ambos son sentimientos que se relacionan con el sufrimiento y dolor, y además, esto puede traer consigo hábitos negativos que afecten nuestra salud.

Cuando se sienten estos síntomas, hay múltiples soluciones, la más factible es ir con ayuda psicológica profesional, además de recomendaciones como hacer ejercicio junto a una dieta balanceada y dejar los vicios (sustancias nocivas y alcohol), saber en que momentos saberse expresar de una manera asertiva junto una red de apoyo adecuada, hasta incluso escribir lo suscitado en el día, pues se dice que el hablarlo y escribirlo existe una mejoría considerable del 50%.

Ahora bien, el ansiedad se puede bajar considerablemente. pero existen varios problemas alrededor de la búsqueda de bajar niveles de ansiedad y más siendo un cuidador primario, pues en esa creación de escenarios hay uno en especial y muy recurrente para los CPI, y este viene siendo la pérdida de la salud o del familiar, hasta la muerte.

2.1.9. Duelo.

El duelo se caracteriza por la pérdida de algo, bien sea una persona, un objeto de valor, una mascota, o perder “la vida que tenía”, aunque este término, la mayoría lo relaciona con la muerte. Se reacciona de una manera emocional ante el sufrimiento, afectando tanto física, emocional y psicológicamente, no tiene un tiempo específico en el que pase este proceso, depende de la situación vivida y cómo se lleva el duelo, “El duelo no es una enfermedad, es un proceso natural que tiene un inicio y un final; involucra crecimiento personal, desafío, maduración, pero en muchas personas sus repercusiones negativas pueden afectar su salud y bienestar” (Grau et al., 2013).

Para esto, como se comenta, no tiene un tiempo determinado para sanarlo, pero algo que lo caracterizan es que tiene etapas y tipos, para Meza et al. (2008), tiene tres etapas y cuatro tipos respectivamente:

1. Primera etapa. Se percibe más que nada por el rechazo, debido al shock del momento, suele haber más sensibilidad de lo habitual; aquí se presentan alteraciones nerviosas, tales como una taquicardia y náuseas, y alteraciones neuronales, donde esa negación hace que se distorsione la realidad, tal como “hacerse fuerte” o que “nada pasó”, la gravedad de esto radica en una represión emocional, y si se prolonga mucho, llega un bloqueo, por lo que se recomienda expresarlo en el momento, desahogarse y liberar lo más posible.

2. Etapa central. Es cuando hay más conciencia del hecho, lo que causa que sea la etapa más duradera, y se caracteriza por haber un estado depresivo. Si bien, puede sonar alarmante, no lo es, pues es síntoma que se está dejando al duelo ser y estar, pues al ser una etapa más

asimilada, existen los recuerdos recurrentes, y el poder expresarlo hace que lo libere, siendo esto necesario para sanar y encontrar bienestar.

3. Etapa final. Es la etapa donde se clarifica la situación después de todo, pues se presentan nuevos objetivos y nuevas relaciones, los recuerdos antes mencionados se mantienen, pero ya no con tristeza, se recuerda de buena manera, pues este sentimiento disminuye y la tranquilidad aumenta. Los tipos de duelo, según Meza et al. (2008) son:

a) Duelo patológico. Es un duelo inconcluso, el cual es más complicado, provocando en el individuo conductas autodestructivas o bien, se mantiene en la primer etapa por constante negación, si este se prolonga más de lo normal es cuando se conoce como patológico.

b) Duelo anticipado. Este se caracteriza por hacerse a la idea de la pérdida mucho antes de que suceda, notando un estado de ánimo bajo antes de, pero esto puede ayudar, pues hace que la adaptación sea más sencilla cuando pase. La ventaja de esto es que ayuda a que antes que pase nos da la oportunidad de poder expresarlo.

c) Duelo negado. Es cuando la persona se niega a expresarse, donde se niega a la nueva realidad.

d) Duelo crónico. Es un duelo sumamente prolongado, puede llegar a permanecer toda la vida. Aquí no hay cierre o en su defecto, hay un cierre que no es correcto.

Justamente, esto último dicho es vital entenderlo cuando se trata de cuidadores primarios o auto cuidadores, pues al tener un dependiente, se vive con la incertidumbre de qué sucederá, generando el ansiedad antes mencionada, con miedo de que al dependiente se le agrave su padecimiento y fallezca, pues es algo que puede pasar, o bien, en sus historias de vida ya han tenido procesos de duelo, ya sean conclusos o inconclusos. Cuando se interviene de manera eficiente, se intenta prevenir un aislamiento social y mejorar la calidad de vida del cuidador o auto cuidador, lo que la persona experimentará en consecuencia es bienestar, dando a la par, desarrollo personal.

2.1.10. Desarrollo personal.

El desarrollo personal “se entiende como el afán de superación que motiva a avanzar hacia delante, o aquello que la persona puede hacer más allá de su desarrollo natural en función de la edad ” (Arias et al., 2008), y este, enfoca varios aspectos, pues para que haya un buen desarrollo personal se necesita tener hábitos saludables, comportamientos positivos, autoestima, creencias alentadoras y metas a futuro, pues esto ayuda a que aumenten los niveles de bienestar, y aunque suena fácil, esto mismo, si se hace a la inversa, representa una barrera importante al buscar un cambio en nuestras vidas.

Buscar el desarrollo implica alcanzar un nivel de bienestar más alto y disminuyendo los niveles de sobrecarga, sería muy sencillo decir que sería fácil llegar a un nivel óptimo y alto, pero cuando la meta es alcanzarlo de un momento a otro, pero no es así, es hacerlo de poco en poco, festejar esos logros por más pequeños que puedan parecer, pero con ese aliento constante, motiva a seguir haciéndolo, dar “paso por paso” ayuda a que se mantenga ese cambio.

Cuando se es cuidador primario o auto cuidador, se deja de lado hábitos saludables o cosas que nos hacen feliz por la dedicación diaria de tiempo completo que se da al dependiente, bien como dejar de comer bien o dormir menos de lo habitual por ese pendiente, y puede parecer difícil retomarlo, pero “De hecho, muchos psicólogos se refieren a un estilo de vida, más que a un proceso de intervención puntual” (Delgado, 2023), es decir que de manera paulatina se puede lograr un equilibrio entre dar tiempo al dependiente y dar tiempo a sí mismos.

No está de más decir que para el cuidador es complejo darse un espacio y lograr un bienestar más alto, se puede hacer, como se dijo en el inicio, depende de varios factores, tales como los hábitos de dormir bien, hacer alguna actividad física y/o de la preferencia de cada uno, también entra el hábito de la alimentación, una correcta nutrición.

2.1.11. Nutrición.

Cuando no hay una alimentación correcta, el cuerpo no absorbe nutrientes esenciales para vivir, esto puede provocar enfermedades crónicas, tales como la diabetes, hipertensión, obesidad, o cualquier enfermedad cardiovascular, lo que genera interés en los participantes, pues así como se dedican a cuidar, ellos se descuidan y en esa situación, pierden fuerza y salud, “En relación con el nexo existente entre la alimentación, el mantenimiento de la salud y el desarrollo de enfermedades crónicas, se ha acumulado una considerable evidencia científica en los últimos años” (Calañas-Continente, 2005).

De misma manera, Calañas-Continente (2005) sugiere que se debería hacer un consumo correcto en calorías, para que el metabolismo sea adecuado y hacer nuestras actividades diarias, consumiendo a la par los correctos nutrientes, haciendo el uso correcto del plato del buen comer y la jarra del buen beber, en el cual nos plantea comer de manera balanceada, para así desintoxicar al cuerpo.

Esta información para el cuidador primario es de gran utilidad y a su vez, de poco conocimiento, pues al no consumir alimentos nutritivos en vitaminas, minerales, proteínas, entre las tantas enfermedades que se derivan, surge el estrés, pues en esta situación, si se mezcla con pocas horas de sueño y síntomas de ansiedad, el estrés se dispara de forma abrupta.

2.1.12. Estrés.

Este es una respuesta ante un estímulo donde puede ser bueno o malo, pues este nos ayuda a enfrentar una situación o a estar alerta de una física, psicológica o emocional, esto depende de que tan controlado esté, si no lo está, puede haber afecciones en la salud.

Para López et al. (2014) se compone de dos componentes, el factor estresante, donde esté altera el equilibrio del individuo, dependiendo la situación, pues si es constante se agravará, pero si es nueva, altera de gran manera, este siendo el segundo componente pues al haber algo inesperado hace que se reaccione rápidamente y facilitando la búsqueda de recursos

para la resolución de tal situación, esto específicamente no tiene que ser malo, pues se pueden ver situaciones estresantes en algún deporte (una situación no planificada).

De igual manera, para López et al. (2014), el estrés se categoriza, en estrés transitorio, este es cuando se siente una amenaza inmediata, reaccionando la mente primero y en seguida el cuerpo. Seguimos con el estrés crónico, siendo el más descrito en este apartado, pues puede presentarse en situaciones ligeras pero constantes o una única, pero igualmente constante. Este tiene más consecuencias, pues puede notarse pesimismo, así como problemas de sueño, descuidos personales (higiene y alimentación como ejemplo), e incluso poco deseo sexual.

Entre las consecuencias ya mencionadas está una de gran importancia, siendo esta la debilitación del sistema inmunológico, pues este nos permite estar sanos, siendo el encargado de defendernos de las posibles enfermedades, el estrés es el causante de que se debilite y se desarrollen múltiples enfermedades.

Ahora bien, este se puede prevenir o reducir, para esto se pueden hacer varias cosas, terapias de música, de aroma, e incluso aferrarse a una creencia, siendo la común la fé en Dios, siempre y cuando esté acompañada de actos que promuevan el bienestar. Si bien es trabajo constante y existe el riesgo de recaer, debe existir una tolerancia a la frustración, sin ella, costará más trabajo lograr un cambio en la salud, más en los CPI.

2.1.13. Tolerancia a la frustración.

A lo largo de la vida se viven momentos donde se debe afrontar situaciones complicadas que puede generar estrés o algún otro tipo de molestia e incomodidades en donde la tolerancia a la frustración se ve reflejada en la actitud y capacidad de tener una cierta resistencia al enfrentar este tipo de problemas, es decir, el cómo se puede manejar cada una de las situaciones, buscando diferentes soluciones a los problemas que nos causan conflicto o inclusive aceptar que existen situaciones que no dependen de nosotros mismos sino del ambiente del cual estemos rodeados.

La frustración es una respuesta emocional que sale a flote cuando alguna necesidad o deseo que se adquiriera no se logra satisfacer. Existen dos formas generales de reacción ante la frustración las cuales pueden presentarse en forma de ataque o agresión debido al nivel de enojo que se experimenta el desahogo se dirige a una conducta de agresividad, por otro lado también puede presentarse de manera de huida y retirada pues al no conseguir lo que se necesita o desea se tiende a huir y dejar la situación que causa tal frustración.

El no equilibrar la tolerancia a la frustración trae consigo diferentes consecuencias como la ansiedad, impaciencia y conductas nerviosas. Otra manera que afecta el no saber manejar la frustración es en nuestras relaciones sociales pues la forma en que se reacciona ante situaciones complicadas con los demás es con agresividad (DGDH-Facultad de Psicología, 2022). Sin embargo el buen manejo ante las frustraciones ayuda a poder enfrentar desafíos o fracasos repetidos sin experimentar una frustración significativa dando paso así a una forma de afrontamiento saludable. Existen diferentes estrategias para tener un buen manejo de la tolerancia a la frustración cómo no buscar la perfección, utilizar la escritura como forma de desahogo y promover la autoestima reconocer y afrontar errores, utilizar la escritura como forma de desahogo.

El buen manejo ante la tolerancia a la frustración genera una herramienta importante a las CPI pues al estar en constantes situaciones de conflictivas, de estrés o complicadas por cualquier motivo les ayudará a buscar diferentes soluciones o incluso les facilitará la aceptación ante situaciones que no pueden controlar.

2.2. Segunda etapa

2.2.1. Escritura Emocional Autorreflexiva.

La escritura emocional autorreflexiva llevaba siendo estudiada hace apenas unos 20 años en donde se han demostrado efectos positivos pues el escribir sobre algún evento traumático o doloroso tiene efectos tanto en la salud física como en la psicológica.

La primera investigación se realizó en un grupo de estudiantes universitarios en donde a este lo dividieron en dos subgrupos, el primer grupo debían escribir por 4 días seguidos acerca de sus sentimientos y el segundo grupo era controlado y solo debía escribir acerca de su habitación o cosas de su entorno. El grupo que escribió acerca de sus sentimientos, de un momento traumático o doloroso tuvieron avances significativos pues redujeron sus visitas al centro de salud. (Pennebaker y Bell, 1986 como se citó en Baikie et. al 2018). Los autores concluyeron

“Escribir sobre experiencias traumáticas anteriores se asoció con aumentos a corto plazo en la excitación fisiológicas y disminuciones a largo plazo en los problemas de salud”

Pennebaker y Bell 1986 como se citó en Baikie et. al 2018.

Con lo anterior los estudios posteriores implican que la escritura emocional expresiva debe llevarse a cabo de 4 a 5 sesiones, en donde escribirán acerca de un evento traumático o doloroso para los participantes que en este caso son CPI, en un tipo estimado de 15 a 20 minutos por sesión.

Esta escritura tiene efectos positivos a corto y largo plazo en la sintomatología de salud como: la reducción de visitas al médico, mejor funcionamiento en el sistema inmunológico, reducción de síntomas de depresión, mejores niveles de presión arterial y mayor bienestar psicológico, de igual manera se notan grandes beneficios en el entorno social y conductual como: mejor memoria, mayor rendimiento, comportamiento social y lingüístico

En el caso de las CPI, la escritura emocional autorreflexiva ayudó a liberarse de eventos traumáticos de su infancia e incluso de momentos en la etapa de la adultez como infidelidades, violencia, pérdida de un ser querido, entre algunos otros. El utilizar esta técnica de escritura ayudó a mejorar sintomatología como el estrés, la frustración y a la aceptación de sucesos que

se encontraban fuera de su control y mejorar el autoestima de ellas mismas para aceptar su forma de ser.

2.2.2. Libertad de ser sin lastimar.

La libertad es un derecho que todos tenemos desde que nacemos hasta que morimos, la libertad se basa en realizar actividades que se quieren realizar sin ser obligados, esta nos permite elegir el rumbo de la vida que queremos pues todos somos libres de amar, querer, expresar, hacer y deshacer ciertas circunstancias de las cuales tenemos control, aunque esto también implica aceptar y responsabilizarse de cada una de las consecuencias que contraiga cada decisión o acto.

La libertad conlleva ciertas condiciones para que esta sea ejercida de manera adecuada las cuales son las siguientes: autenticidad, información, respeto, empatía y tolerancia. Estas condiciones ayudan a desarrollar una conciencia de lo que hacemos y así respetar a los que nos rodean. La libertad involucra los valores con los cuales crecemos pero de igual manera implica posturas, ideologías, opiniones, preferencias e identidades.

La libertad de ser es un tema que debe profundizar pero que en cierto modo tiene una complejidad pues todo depende de cómo comprendamos la libertad ya que anteriormente se mencionó que la libertad es un derecho fundamental pero que involucra mucho la manera en como percibimos las cosas de una forma auténtica, pues no todos vemos a esta de una sola forma. El objetivo de este tema es tratar de conocer el equilibrio entre lo que pensamos o hacemos con lo que los demás piensan y hacen.

Los puntos claves para lograr esta libertad se basa en los siguientes aspectos, la empatía ya que debemos tener la capacidad de ponernos en el lugar del otro comprendiendo desde sus sentimientos hasta sus necesidades, el respeto tratar a los que nos rodean con dignidad así como a nosotros nos gustaría ser tratados, la comunicación afectiva para poder expresar nuestras

emociones de manera clara y adecuada y la autorreflexión la cual ayudará a analizar nuestras acciones o palabras y las posibles consecuencias que éstas traigan.

Esta es otra herramienta que a los CPI ayudará a colocar ciertos límites con su espacio y tiempo pues el tener el equilibrio de la libertad evitará tener una mayor sobrecarga e inclusive ayudará a evitar algún tipo de apego negativo, pues tendrá mayor uso de lo desea y necesita.

2.2.3. Apego.

Durante el trabajo que realizan los CPI el involucramiento de emociones es inevitable, pues al pasar tanto tiempo como sus dependientes es casi imposible que se vaya generando cierto tipo de apego entre ambos. Para Bowlby (1986), el comportamiento de apego es todo aquel que permite al sujeto conseguir o mantener proximidad con otra persona diferenciada y generalmente considerada más fuerte y/o sabia, propio del ser humano, que motiva la búsqueda de proximidad. Es decir, es un vínculo emocional profundo que existe entre las personas, objetos o situaciones que experimentan, estas pueden generar seguridad y comodidad, que en este caso sería brindarle estas características tanto a los dependientes como a los CPI, este apego no solo puede ser beneficioso para ambas parte sino también puede llegar a ser perjudicial y así convertirse en algo doloroso.

Conforme a las experiencias que vamos teniendo a lo largo de nuestra vida, el apego que reflejamos hacia otras personas, objetos y/o actividades es diferente al resto de las demás personas. Existen diversos tipos de apego las cuales van clasificadas de acuerdo a la intensidad, como se presenta a continuación:

- **Apego seguro**

Este tipo de apego es aquel en donde el individuo se siente en confianza, para quienes tienen este tipo de apego no genera ninguna sintomatología emocional negativa pues las personas se sienten libres de poder realizar actividades lejos de las personas que los

rodean, de los objetos de los cuales tienen un gran aprecio o de situaciones pues a pesar de tener un apego no es visto como un factor de primera necesidad.

Citando a Mikulincer, Shaver y Pereg (2003), ellos reportan que en el estilo seguro existe baja ansiedad y evitación, seguridad en el apego, comodidad con la cercanía y con la interdependencia, y confianza en la búsqueda de apoyo y otros medios constructivos de afrontamiento al estrés

- Apego ansioso ambivalente

Este tipo de apego las personas que lo tienen viven en una preocupación constante de aprobación de las personas que los rodean, pues padecen de inseguridad y viven con la necesidad de ser validados en los diferentes grupos sociales a los cuales pertenecen. Buscan una constante atención por parte de los demás provocando así que vivan con una dependencia por parte de sus círculos más cercanos.

Con lo anterior podemos traer a Kerr et al. (2003), ya que señalan que sujetos pertenecientes al estilo ambivalente reportan los niveles más altos de afecto negativo; malestar, enojo, repugnancia, culpa, miedo y nerviosismo y menores niveles de calma y serenidad.

- Apego ansioso evitativo

Para Mikulincer (2003), en el estilo evitativo no hay seguridad en el apego, se produce una autosuficiencia compulsiva y existe preferencia por una distancia emocional de los otros. Es decir, que las personas con las que tenemos este tipo de apego buscarán la manera de demostrar sus emociones y sentimientos pero sin la necesidad de estar cerca de lo demás, sino teniendo siempre una barrera o distancia.

Las personas con este tipo de apego suelen sentir que las relaciones cercanas no son de importancia, suelen también tener poca accesibilidad al momento de socializar

pues en cierto modo se sentirán incómodos y al tener algún tipo de lazo con alguna otra persona la mayor prioridad será su independencia emocional.

- **Apego desorganizado**

En este tipo de tipo las personas suelen ser impredecibles, pues pueden mostrar tipos de comportamientos contrarios, por una parte pueden demostrar querer estar cerca de la otra persona dan afecto y de la nada poder querer estar lejos de la otra persona sintiendo incomodidad o miedo. Por lo regular quienes llegan a tener este tipo de apego suelen haber tenido algún tipo de trauma o abuso, es por esto que las relaciones personales que tienen suelen ser desorganizadas emocionalmente.

2.2.4. Miedo al abandono.

Este término está ligado al punto anterior, pues el miedo al abandono proviene de la misma infancia, dependiendo el evento que se haya vivido, y por lo regular suele ser traumático, se relaciona bien sea por divorcio, por descuido de padre o madre o ambos, o por la muerte de uno de ellos, al igual, se relaciona con la dependencia emocional, conflictuando en sus relaciones futuras, ya sea con amistades o con la pareja, generando consigo el ansiedad constante de ser abandonado.

Para Mendez (2018), el abandono emocional es el más destacado, haciendo que el individuo tenga sentimientos de soledad. Como se dijo al inicio, vienen desde la infancia, por acciones claves, tales como dejar que no se puedan expresar de manera correcta, mano dura muy severa o, el que suele verse con más frecuencia, el tratar por igual, esto como consecuencia trae que al crecer repitan esos patrones, e incluso, entrando en relaciones sociales nada sanas.

Citando a Sabater (2023), hay puntos esenciales para superar esto, siendo el punto más importante reconocer que existe ese miedo y saber el motivo, para que el siguiente paso sea mejorar el autoestima, pues con esto ayudará que nuestro autoconcepto vaya cambiando, a su

vez, mejorará igual la autosuficiencia. Esto junto, hará que tengamos o mejoremos el autocuidado, y a su vez, como se mencionó iniciando, esos traumas de la infancia irán sanando.

2.2.5. Sanar la infancia.

“Los traumas tempranos y repetidos en el contexto de las relaciones de apego impactan de una manera dramática en el desarrollo de los niños/as, generando una diversidad de manifestaciones psicopatológicas complejas, que se incluyen en la última versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) como un diagnóstico nuevo denominado Trastorno por Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C)”

Cervera et al. (2020).

Es interesante empezar con esta cita, pues en la infancia es donde más cosas prevalecen hasta en edades adultas, siendo difícil desapegarse de estos acontecimientos, pues se necesita reconocer estos problemas para tener un inicio satisfactorio

En este momento, se necesita reconocer, tener una autocompasión considerable para empezar (a lo largo del proceso este aumentará) y darle un nuevo significado a lo ocurrido: El reconocimiento sirve para no minimizar estas situaciones, pues al ser el primer paso suele ser más fácil trabajarlo.

Tener esa autocompasión, esta “significa estar abierto y conmovido por el propio sufrimiento, experimentar sentimientos de cuidado y bondad hacia uno mismo y adoptar una actitud comprensiva y sin prejuicios hacia las insuficiencias y fracasos personales o frente a la adversidad” (Mendez et al., 2021), siempre teniendo esa amabilidad consigo para reconocerlo y expresarlo, comprendiendo el dolor propio, validarse sirve para retomar o crear confianza.

Por último, se mencionó la resignificación, pues desde lo cognitivo dará un giro valioso, pues eso ayuda a no lastimarnos cruelmente, comprendiendo y cambiando la narrativa antes hecha. Esta reflexión hace que el desarrollo personal sea favorable, pues no habrá negación, y

al ser amablemente reconocido ayudará que muchos aspectos mejoren, tales como el autoestima y, si se sienta que es agredido, saber poner límites.

2.2.6. Límites.

Los límites son fáciles de comprender, pero realmente ¿sabemos poner límites en la vida? Para dar inicio al tema, existen tipos de límites, hay los sexuales, espirituales y los psicológicos (o emocionales). Describiendo un poco cada uno de ellos, citando a Vasconcelos (2015), los sexuales son aquellos que involucran agresión y heridas físicas, provocando que existan problemas como la depresión o bajo autoestima al no delimitarse de forma adecuada. Cabe rescatar que estos, no precisamente se ven en violaciones, sino que, desde el acoso hasta la consumación de la misma.

Los límites espirituales radican más en las creencias, donde deben ser respetados de tal manera que no haya algún juicio, ejemplos de esto pueden existir cuando alguien no cree en lo que ese alguien cree, la religión siendo más específico como caso concreto. Por otro lado, los psicológicos son cruciales, ya que son el pilar del Límite, estos nos dan el equilibrio emocional necesario, pero cuando se ven rebasados, puede haber consecuencias ya antes mencionadas como el estrés, ansiedad y depresión. Ahora bien, la educación que se haya tenido desde infante es la reveladora siendo más grande, pues “brindarán estructura y guía a los niños y adolescentes” Vasconcelos (2015).

Para poner límites sanos, es indispensable saber que con ellos, nos ayudará a tener relaciones igual de sanas, al igual que conocer los límites de los demás, para así ayudarnos en un futuro a no lastimar ni ser lastimados de tal manera, sin importar quien sea (familia, amigos, pareja), de mismo modo que, nos permitirá elevar niveles en bienestar. Estos, se logran desde una correcta comunicación, una comunicación asertiva servirá para decir lo que sí y lo que no se acepta, al igual que escuchar de manera asertiva, llegando a común acuerdo.

Analizando las relaciones que tenemos a lo largo de la vida, es de gran utilidad, pues al reconocer conductas desagradables se sabe por cual línea partir para una mejoría en el ánimo propio.

2.3. Tercera etapa

2.3.1. Importancia del cuidado.

A lo largo de la vida de las personas la salud suele ser una prioridad, pero para los que se convierte en un CPI este tema suele pasar a un segundo plano debido a que su pensamiento y acciones se ve reflejada únicamente en el dependiente, pero la importancia del cuidado de un cuidador es igual de importante que la del dependiente pues las actividades que suelen realizar causa un gran desgaste tanto emocional como físico.

El autocuidado de un cuidador es tan importante pues el mantener un bienestar físico y mental ayudará a desarrollarse no solo como cuidador sino como persona, algunas actividades que puede ir desarrollando para tener un mejor autocuidado es dedicar ciertos tiempos para realizar actividades físicas y mentales pues estas le ayudarán a sentirse mejor consigo mismo, con una mayor energía y mayor concentración, reconocer los sentimientos, organización del tiempo, delegar actividades, aceptar la ayuda necesaria de su red de apoyo, aceptación de los errores pero sobre todo que hay cosas que no están bajo su control, mantener una red de apoyo y hábitos saludables como una buena alimentación y un descanso de por lo menos 8 horas.

Existen ciertos puntos de alerta a los cuales deben prestar atención pues el cuidador puede llegar a perder su anatomía repercutiendo no solo en su aspectos emocional sino físico también. Algunos de estos síntomas son: la tristeza, irritabilidad, fatiga física y emocional, abandono del cuidado personal, sentimientos negativos, aislamiento y soledad. Estos puntos deben ser tomados en cuenta para poder buscar ayuda antes de que empeore, aunque la mejor opción siempre será la prevención es por esto que promover el autocuidado será la mejor herramienta no solo para tener una mejor salud física sino también para la salud psicológica y

un ejemplo muy claro es el tener una mejor memoria pues al mantener ciertos cuidados podemos ejercitar esta parte.

2.3.2. Memoria.

“A grandes rasgos, llamamos memoria a la capacidad que tenemos los seres vivos de adquirir, almacenar y recordar información” (Mourão & Costa, 2015), bajo ese punto se logra interpretar como ese poder de recordar y guardar cosas múltiples, llámense acciones o palabras, las cuales se guardan a través de la repetición, dando esa memoria a largo plazo.

Citando a Mourão y Costa (2015), habla de tres etapas para que la información quede en la memoria, siendo estas la adquisición, la consolidación y la evocación: La adquisición es aquel momento en que la información llega y se procesa hasta el cerebro. La consolidación (o retención) es cuando la información se almacena, “Para que una memoria a corto plazo se convierta en una memoria a largo plazo, debe fortalecerse para el almacenamiento a largo plazo, un proceso llamado consolidación de memoria. Se piensa que la consolidación tiene lugar por varios procesos.” (Greshko, 2019). La evocación implica cuando de manera consciente o inconsciente se realizan las operaciones aprendidas durante los anteriores procesos.

Se propone, de igual manera, que hay varios tipos de memoria, la memoria sensorial, de trabajo, y la memoria de largo plazo. La memoria sensorial es la que está por los sentidos, tales como el gusto, olfato, vista, etc, teniendo una duración corta. Esta es la más utilizada, funcionando por medio de “choques eléctricos”, pues al ser de una duración corta lo que hace es disparar información al momento, registrándose únicamente si el estímulo es duradero.

“Existe un tipo de memoria que, aunque parezca mentira, no sirve únicamente para almacenar información. Sirve, sobre todo, para contextualizar al individuo y gestionar la información que va pasando por el cerebro. Esto es lo que llamamos memoria de trabajo”.

Esta memoria funciona de manera aún más corta, esto debido a que se activa solo al momento que se tiene que ocupar, esto logrando verse al momento de llamar a un número y al hablar, pues tiempo después puede que se olvide el número, al igual que la conversación, pues para que esta funcione se tiene que “almacenar” las últimas palabras por dar un sentido, ahora bien, así como se puede olvidar esta información, existe la posibilidad de que no se olvide, dependiendo más que nada de la “conveniencia” que tengamos de la misma, haciéndolo duradero o inconsciente.

Por último, tenemos a la memoria a largo plazo, y esta se caracteriza por prevalecer llámese desde días o hasta años, dependerá de la estimulación que tenga durante esos días o años, rescatando de igual manera que se divide de dos maneras: Memoria declarativa y no declarativa. La primera, se caracteriza con “los recuerdos accesibles” pues siendo recordados tan fácil como decir una palabra clave, asociándose con las experiencias pasadas, tales como las primeras veces en hacer algo, también almacenando conocimientos específicos, tal como conducir. Mientras que la otra es un poco más difícil de recordar, activándose con acciones clave que lo evoquen. Esto puede entenderse para darle sentido a la comunicación asertiva, pues al recordar cómo hemos solucionado un problema será una manera para hacerlo nuevamente.

2.3.3. Comunicación asertiva.

Durante nuestra vida enfrentamos diferentes complicaciones con nuestro entorno, pero siempre se busca una forma de solucionarse aunque en ocasiones no se hace de la mejor manera pues la forma en que nos comunicamos en ocasiones suele ser de manera negativa y agresiva, dañando así a los demás dejando a un lado la idea de que la mejor manera de solucionar las cosas es de manera respetuosa con esto podemos abrir paso a hablar sobre la comunicación asertiva.

Este tipo de comunicación se basa en poder expresar ideas y sentimientos de una manera respetuosa, clara, directa y honesta sin agredir ni invalidar los sentimientos de los demás. Es importante mencionar que este tipo de comunicación es fundamental en los diferentes ámbitos de nuestra vida ya que ayudará a que la resolución de conflictos y toma de decisiones sea de una manera respetuosa y beneficiosa para ambas partes.

Si bien es cierto, la forma en que nos comunicamos con los demás no es igual o no se presenta de la misma forma en todos, así que cuando nos comunicamos de forma asertiva podemos hacerlo desde cuatro formas diferentes, como se muestra a continuación:

- Directa

Cuando se lleva a cabo la comunicación asertiva directa, suele ser de una manera clara y sin rodeos, esta suele utilizarse cuando algún conflicto o toma de decisión necesita ser tomada con rapidez y eficacia.

- Empática

En cuanto a la comunicación asertiva empática como su nombre lo dice se necesita ser empática, respetuosa y sobre todo implica comprender las necesidades de los demás sin perder o dejar a un lado nuestras propias necesidades.

- Asertiva

En esta implica poder defender los derechos que se tienen, expresarse de una forma clara y firme, poniendo primeramente tus sentimientos y pensamientos. Esta comunicación suele ser muy útil cuando se desea poner algún límite y proteger intereses o necesidades de tu persona.

- Pasiva

Este tipo de comunicación se basa en expresar sentimientos, ideas y pensamientos de una manera sumisa o tímida, evitando entrar en conflicto con la otra persona. La comunicación pasiva podría verse como inofensiva pero a largo tiempo si no se habla

posiblemente se guardará cierto resentimiento y se lograra llegar a la falta de respeto por parte de los demás.

La implementación de la comunicación asertiva se tiene que ver como una herramienta para comunicarnos con los demás pues está siempre buscará llegar al acuerdo que mejor convenga para ambas partes, el validar sentimientos e ideas siempre llevará a tener un mejor comunicacion y respeto por los demás, esto nos lleva al siguiente tema miedos y fobias, pues cuando comunicamos de una manera honesta y claro lo que nos da miedo, los demás podrán saberlo e inclusive ayudarán a enfrentar este tipo de situaciones.

2.3.4. Miedo y fobias.

“El miedo es una emoción básica, intensa y breve, ante una amenaza percibida. En cambio, la fobia se caracteriza por formar parte de los trastornos de ansiedad específicos, donde no hay presencia de peligro real” (Aguilar, L, 2021)

Haciendo esta cita es crucial para comprender el tema en cuestión, pues la mayoría suele entender estos términos por igual, pero se diferencian entre sí, desde su significado y su representación: para Aguilar (2021), el miedo es la emoción principal y la desencadenante a la fobia, ambas relacionadas para la supervivencia del individuo. El miedo se desarrolla de manera rápida, y se presenta en esos momentos con sudoración, estrés y ansiedad, siendo estos los que ayuden a que, si es constante la exposición, despierta consigo el sentimiento de huida, en pocas palabras, miedo es igual a huir.

Por contraparte, tenemos a las fobias, las cuales se les llama como “miedos irracionales”, siendo estas en ocasiones una limitante en la vida diaria, pues este hecho es el diferenciador de estos, pues los miedos se pueden sobrellevar para realizar la vida cotidiana, mientras que las fobias hacen que nos “detengamos” a hacer algo, ya que estar expuesto a este estímulo provocaría esa ansiedad mucho más fuerte de lo común, trayendo con él la evitación (fobia igual a evitar).

Entendiendo esto, hay maneras de superarlo, y aunque no es fácil, se puede lograr de distintas maneras, teniendo, aparte de ayuda profesional, un buen círculo que nos promueva seguridad antes, durante y después de todo.

2.3.5. *Apoyo social.*

Existen muchos tipos de apoyo, tales como el apoyo económico, el cual es proveer dinero a quien lo necesite por alguna situación, apoyo instrumental, tratándose de dar ayuda en algún bien o servicio si este se le imposibilita a quien lo pide, apoyo emocional, siendo cuando se da alivio a la persona para que su estado de ánimo mejore, el apoyo informacional, donde se brinda apoyo acerca del contexto que se presente y esté precavido, y el apoyo social, el cual será el punto más enfocado aquí.

El apoyo social puede verse referido a todos los recursos que el individuo tiene para un mejor bienestar, viéndose mejores relaciones con amistades, pareja o familia, o bien, dentro del mismo contexto, siendo las antes mencionadas las más importantes; cabe mencionar que, bajo la interacción en el entorno es como también nacen los tipos de apoyo que se comentaron al comienzo.

Con el apoyo social, nacen las redes de apoyo, siendo estas “los vínculos sociales directos o indirectos que tienen las personas, donde se dan o solicitan cosas recíprocamente” (Suárez, s. f.), siendo estas vistas en grupos (tales como grupos de trabajo, de terapia, etc). Aquí se define por la cantidad de vínculos estrechos que puedan haber, o bien de vínculos por formarse, la distribución geográfica que pueda haber entre los miembros de la red (entre más cerca, mejor), y la facilidad con la que se puedan comunicar (tal como contactos telefónicos o cercanías de domicilio), y, si se ven estos aspectos juntos, se logrará que la red de apoyo sea más homogénea.

Una de las intencionalidades de esta investigación es hacer que personas que se dedican al cuidado informal primario se sientan en confianza compartiendo un espacio y un contexto

similar, justamente para que tengan el apoyo mutuo entre estos participantes, ya sea de índole económica, instrumental o informativa, pues como se dijo, muchos comparten las mismas situaciones, tales como el cuidado, o en vivencias, siendo una de estas, el machismo.

2.3.6. Machismo.

El machismo suele ser un tema un poco complicado de tocar, pues este es una forma de hipermasculinidad que se usa para describir una actitud de superioridad por parte de los hombres hacia la mujer.

Castañeda (2002) define al machismo como conjunto de creencias, actitudes y conductas descansan sobre dos ideas básicas: la polarización de lo masculino y lo femenino y la superioridad de lo masculino en las áreas consideradas importantes por los hombres (Como se citó en Uresti, et al 2017).

Dentro del machismo existen diferentes componentes que influyen a que esta práctica siga de generación a generación, uno de los componentes es la parte cultural pues la mayoría de las actitudes y comportamientos están relacionados con las tradiciones y valores culturales que son enseñados en el entorno en el que se interactúa pues en algunos estados el machismo es una práctica más explícita que en otros. La educación y sobre todo el contexto en el que se crece son otros componentes importantes en esta problemática pues estos factores influyen a que el comportamiento entre los hombres se vea influenciado por las creencias negativas del entorno, estas suelen abrir paso a la violencia por parte del hombre hacia la mujer provocando la desigualdad entre ambos.

Lamentablemente el machismo no puede ser erradicado ya que a pesar de que en alguno lados no se ve tan explícito se ha llegado a normalizar, por decirlo de alguna manera, pues la violencia ejercida a causa de este suele ser muy sutil, un ejemplo claro de ello son el uso de frases como "Tenias que ser mujer", "La que no enseña no vende", "Este trabajo es de hombres" y "Calladita te ves más bonita", entre muchas más, y aunque no se se crea tras este machismo no solo se ve afectada la salud psicológica y física de las

mujeres, sino también los hombres pues sus sentimientos se ven invalidados ante esta práctica.

Erradicar este problema no es una tarea fácil es un trabajo que depende de todos los diferentes círculos en los cuales se interactúa, un ejemplo es el programa "Seamos distintos" por parte del Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) el cual busca crear conciencia entre los hombres, sobre los efectos negativos que genera el machismo. Comenzar con pequeñas acciones hacen grandes cambios, como otra acción para lograr cambiar es buscar ayuda pues el ser víctima o victimario podría causar culpa al llevar a cabo esta práctica y sino se trabaja en esta culpa podría causar mayores problemas.

2.3.7. Culpa.

La culpa se puede definir como una emoción que causa efectos negativos y dolorosos que va surgiendo a partir de la conciencia o de alguna sensación que cause la idea de que se están rompiendo las normas éticas, sociales y/o personales sobre todo cuando se ha causado un daño a terceras personas.

El sentido de culpa es generado por acciones que consideramos que no concuerda con lo moralmente establecido en la sociedad pues se cree la se ha infligido la ley o los principios de los cuales se basan nuestra personalidad, este sentimiento puede generar sensación de ser malas personas por causar algún daño y malestar continuo. La culpa no solo es generada por romper alguna norma jurídica, sino también podrían ser causadas por romper alguna ley religiosa, cultural, familiar o de algún grupo al que se pertenezca.

Esta emoción puede manifestar diferentes trastornos como la depresión o pensamientos obsesivos, sentimientos de tristeza, vergüenza, mala conciencia y remordimientos causando un mezcla de emociones que provocan pensamientos de ser malas personas. Pero como las demás emociones no es malo sentir culpa, pues esta ayudará al proceso de autorregulación y aprendizaje pues al realizar una acción que nos cause culpa de haber echo algo malo, mas

adelante no se volverá a cometer la misma acción, de aprendizaje que se obtuvo de una mala experiencia ayudará a no cometer el mismo error.

La culpa puede ocasionar diferentes reacciones como el sentimiento de culpa normal el cual permite que las personas se adapten a su entorno y la culpa patológica la cual se encuentra fuera del control e impide el desarrollo normal de la vida cotidiana o inclusive este tipo de culpa puede verse reflejado en la ausencia de sentirla pues se puede llevar a cabo conductas transgresora sin sentir necesariamente culpa.

Existen diferentes estrategias para llevar a cabo el afrontamiento del manejo de la culpa cómo, evitar la culpa, superar la culpa presente, solicitud del perdón, conductas de reparación y tener un afrontamiento positivo, entre algunas más. El buscar contrarrestar este sentimiento ayudará a analizar las situaciones y aprender de ellas y así llevar a cabo un cuidado del entorno del cual nos encontramos.

2.3.8. Aprender a cuidar el entorno.

El entorno, podemos definirlo como el espacio en el que interactuamos y nos desenvolvemos, ya sea desde el medio ambiente, alguna empresa, lo social, lo cultural, entre algunos otros. Generalmente cuando se habla de aprender a cuidar el entorno, las ideas que se recuperan de esto es solo cuidar el ambiente natural pero como ya mencionó anteriormente esto no solo se trata de ser amables con la tierra sino que va más allá pues las relaciones sociales entran en este aspecto.

Cuidar de los recursos naturales, como lo son los árboles, el agua, la biodiversidad, las selvas y todo lo que compone la tierra es una forma de cuidar el entorno, de respetar a los demás e inclusive una forma de respetarnos. El cuidar del entorno social se basa en la comunicación asertiva que se tiene con las personas que nos rodean, ya sean vecinos, amigos, compañeros e inclusive esas personas que no conocemos, dentro de este entorno también se ve involucrada la educación pues el respeto por todo y todos se va aprendiendo desde que estamos

pequeños al realizar acciones como no tirar basura, cuidar los árboles, los espacios públicos e inclusive el tener una buena convivencia con los compañeros de la escuela.

Existen diferentes prácticas que se pueden llevar a cabo para cuidar y proteger nuestro entorno cada una de estas formas se adecuan a los diferentes entornos en los que nos desarrollamos por ejemplo en:

- Entorno natural: cuidar el planeta tierra, cuidar, valorar y defender los recursos naturales, conocer todas las formas de vida que existen en la naturaleza, cuidar los espacios públicos como los parques, calles, campos, entre otros, manejar y controlar los recursos que desechamos.
- Entorno social: ser amables, empáticos, darse la oportunidad de conocerse entre vecinos, tener una comunicación asertiva, buscar el bienestar propio y social de los grupos a los que se pertenece.

Cuidar y proteger el entorno al que se pertenece es aprender a respetar y amar lo que nos rodea, no solo a las personas sino a cada uno de los elementos que conforman la tierra, desde los animales, los árboles, la tierra, el aire hasta la misma cultura y creencias con las que se crece y se desenvuelve, esto forma parte de valorar cada aspecto que nos rodea.

2.3.9. Aprender a valorar el saber cultural y académico.

Saber social se puede entender como un conjunto de prácticas, destrezas, procedimientos, valores, símbolos, ritos y sentidos que una sociedad juzga válidos para sobrevivir, convivir y proyectarse (Toro A. 1991).

Dentro de la sociedad el hombre se ha encargado de crear una cultura, una tradición y una serie de creencias que es difundida e inculcada de generación en generación en los diferentes espacios y/o estados. El saber es una riqueza se encuentra entre los conocimientos de los seres humanos, con el cual nos vamos formando y desarrollando dentro de la sociedad, para comprender esta parte es importante mencionar que existen dos saberes diferentes como:

- El saber cultural: este tipo de saber se aprende con la práctica, se transmite de generaciones a generaciones y se puede observar desde el estilo de crianza hasta las tradiciones de realizar ciertos ritos como lo es el día de muertos
- El saber académico: es aquel que se basa en el método científico, es clasificado en diferentes disciplinas y se aprende a través de libros, revistas, textos, etc.

Cada uno de estos saberes son importantes para la formación y desarrollo de la convivencia del entorno en el que se interactúa, pues estos ayudan a que cada uno de los individuos evolucione para así poder comprender la importancia de una convivencia social.

2.3.10. Retroalimentación del Escudo del grupo “Protectoras con Amor”.

Durante la intervención pasada las CPI trabajaron en una propuesta de escudo que las representa como grupo el cual fue diseñado tomando en cuenta distintos elementos, de igual manera escogieron un nombre para su grupo y un lema que las representaban cada uno de los elementos que presenta el escudo conlleva un significado específico que hace sentido de pertenencia al grupo los cuales son descritos a continuación:

- Nombre: Protectoras con amor
- Lema: Con la mano en el corazón, ayudo
- Animal: Delfín

Como animal eligieron el delfín pues este representa la tendencia de vivir en grupos grandes, son reconocidos como símbolos de inteligencia, nobleza, valores puros, amistad, buena suerte, armonía, sabiduría, alegría y son considerados mensajeros del amor

- Planta: Orquídea y Jacaranda

En el caso de las plantas escogieron dos, una de ellas es la orquídea, esta simboliza amor y prosperidad debido a que crecen con facilidad y florecen a pesar de enfrentar diversos obstáculos y condiciones climáticas. Como segunda planta escogieron la

Jacaranda la cual está asociada al renacimiento y a hace referencia a lo especial que es la primavera y simboliza la resistencia.

- Objeto: Corazón

El objeto que se eligió fue un corazón que simboliza la felicidad, la plenitud y el amor.

- Metal: Oro

El oro es considerado un metal precioso y este representa pureza, heroísmo, triunfo y santidad.

- Color: Morado y Azul

En los colores se eligieron dos los cuales son el morado y el azul teniendo cada uno un significado como el morado simboliza la independencia y dignidad, está asociado con el lujo, poder, creatividad, sabiduría y magia, en el caso del color azul, este simboliza la inteligencia, confianza, seguridad, serenidad, comunicación, eficiencia, lógica, reflexión, calma y es considerado beneficioso para mente y cuerpo.

cada uno de estos elementos fue escogido entre todas las CPI y con cada significado que se le dio a cada símbolo se representan pues comentan que para ellas llegar al grupo fue un triunfo y cada una de las sesiones las ayudó a promover su bienestar. Tocar este tema fue de suma importancia ya que con las nuevas CPI se buscaba que de igual manera que las demás se sintieran parte del grupo y así pudieran tomar como representación del escudo, el nombre y lema.

Ilustración 1: Escudo del grupo Protectoras con amor.

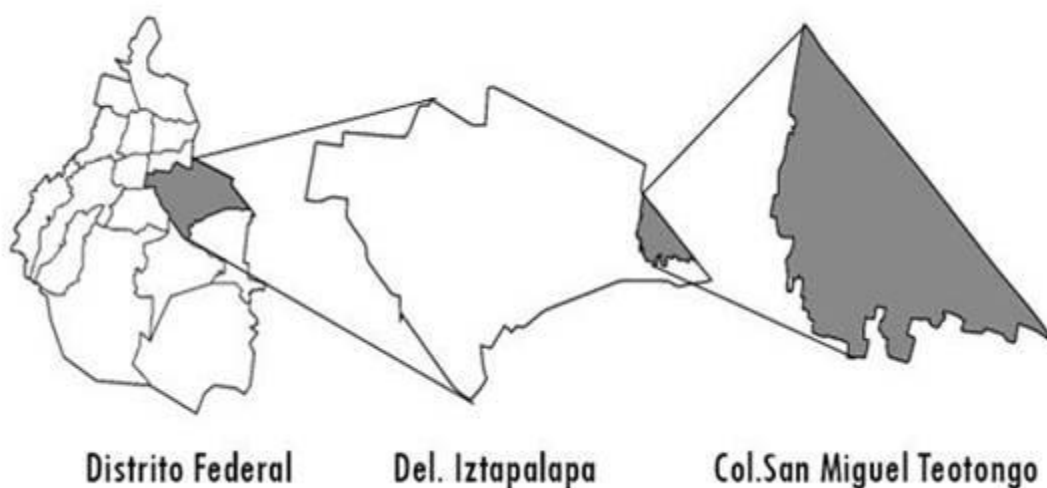


3. CONTEXTO

3.1 Lugar

La presente investigación, tuvo origen en la alcaldía Iztapalapa, zona suroeste de la Ciudad de México, en la Sierra de Santa Catarina para especificar un poco más, y para ser aún más exactos, se realizó dentro de la colonia San Miguel Teotongo (*Ilustración 1I*), teniendo como punto de reunión la Utopía Teotongo.

Ilustración 2: Ubicación de San Miguel Teotongo.



Fuente: Elaborado por, (Espinoza & Castilla, 2017, p.11) con base en INEGI, Inventario Nacional de Vivienda, 2015.

San Miguel Teotongo cuenta con 18 secciones: Rancho Bajo, Avisadero, Corrales, Guadalupe Loma Alta, La Cruz, Palmas, Palmitas, Acorralado, Jardines, Capilla, Ranchito, CCI, Mercado, La Loma, Mercedes, Las Torres, Mina de Piedra y Puente, encontrándonos en la sección de Las Torres, donde se encuentra la Utopía Teotongo.

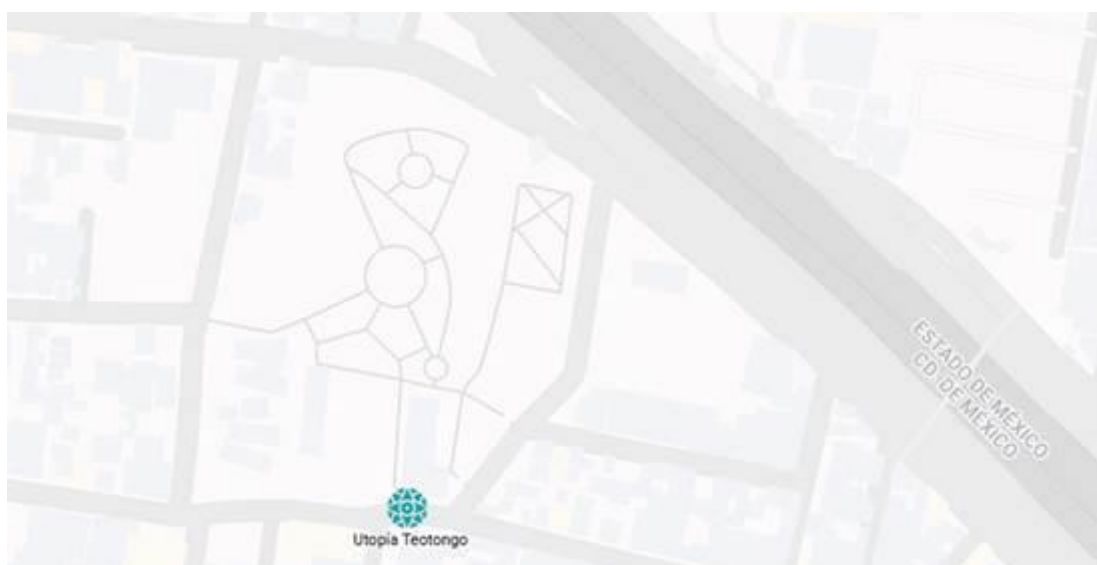
Es de vital importancia comprender un poco antes, el cómo surge esta colonia y el por qué nos interesó como ubicación para la investigación, y es que esta, nace por los años de 1970, gracias a la llegada de los chocholtecos (gente que venía de Teotongo, región mixteca), siendo la primera vez que tuvieron población, viéndose en la necesidad de llegar a la CDMX por poder tener un terreno donde vivir por el uso forzado de sus tierras (de aquí, el nombre de la colonia).

Con esto dicho, podemos decir que la colonia es relativamente joven con aproximadamente 55 años, pero siempre ha tenido problemas diversos: cuando se tuvo la oportunidad de llegar aquí por vez primera, se pudo hablar con gente que ayudó a que San Miguel Teotongo no fuera “un lugar más”, haciendo que tuvieran servicios básicos como agua y luz, igual que no fuera un punto para dejar basura y que la gente de altos mandos no se

apropien del lugar despojandolos de ese espacio donde ya vivía gente, y a pesar de que los problemas de servicios existen aún, se comentan que ya es el lugar de muchos.

Por otro lado, tenemos que hablar de las instalaciones donde se hicieron las diversas actividades en la fase 2 en las tres etapas, la Utopía Teotongo, estando ubicada en Doctor Fernando Villegas MZ112 LTSN, San Miguel Teotongo, Iztapalapa, 09630 Ciudad de México, CDMX (*Ilustración 2*). Recordando que las utopías, son espacios recreativos para gente de todas las edades, teniendo como actividades natación, boxeo, jumping, etc.

Ilustración 3. Ubicación de Utopía Teotongo



Fuente: Utopias iztapalapa - Google my Maps. (s. f.).

Se hacían uso de las instalaciones de la Utopía en distintos horarios, pues en las dos primeras etapas se llegaba allá a las 8:00 am, partiendo a las 9:00 am a nuestras sesiones individuales, regresando a las 10:00 am, estando hasta las 12:00 pm haciendo las sesiones grupales, para que, de 12:00 pm a 1:00 pm se hiciera la segunda sesión individual. En el caso particular, se nos aplazó una hora más debido a las actividades de nuestra participante, por lo

que de 12:00 pm-01:00 pm se tomó el tiempo de hacer retroalimentación, para que de 01:00 pm a 02:00 pm se hiciera esta sesión. Por otro lado, en la etapa tres se realizaron actividades de 9:00 am a 12:00 pm, pues al juntar a todos los participantes nos reunimos en un salón a dar estas sesiones, aunque también con anticipación preguntamos a nuestras participantes si deseaban tener un tiempo para una pequeña sesión individual por si querían hablar de algo específico.

Hablando un poco acerca de la etapa uno, la Utopía Teotongo, aparte de ser nuestro punto de reunión, igual era nuestro punto de partida en un inicio, con el fin de encontrar participantes que quisieran estar, para esto, se nos dio una referencia, siendo la calle Popocatepetl, donde se había dado la instrucción de buscar una calle adelante y una hacia la derecha:

- Lázaro Cárdenas.
- Nevado de Toluca.

Pero debido a que no se hallaron participantes aquí, se nos permitió extender un poco más, donde se pudieron encontrar a nuestras participantes, recorriendo hacia las calles:

- Popocatepetl (pasando el límite antes señalado).
- Tlalpujahua.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general.

- Vincular la formación profesional del Psicólogo Social de la UAM-I con proyectos de política social y colaboración con el mejoramiento de la calidad de vida de los cuidadores y personas dependientes de San Miguel Teotongo a través de intervenciones psicosociales de salud.

4.2. Objetivo específico.

- Formar al psicólogo social para la práctica correcta en una intervención psicosocial.

- Desarrollar una intervención psicosocial aplicando diferentes herramientas.
- Reconocer al cuidador primario informal o auto cuidador, así como su labor, ayudando que se vean como tal.
- Conocer los riesgos que conlleva una sobrecarga durante el cuidado de un dependiente.
- Ayudar a que el cuidador primario informal reconozca sus malestares físicos y emocionales con el acompañamiento brindado.
- Al reconocer estos malestares, ayudar a que identifiquen los momentos para darse un descanso y/o delegar tareas.
- Promover las técnicas de relajación e invitar a practicarlas para bajar el estrés que sientan en un momento específico.
- Promover hábitos saludables a los participantes que se tengan, integrándolos a un grupo que comparten esta labor.

5. METODOLOGÍA

La metodología planeada para este proyecto de “*Evaluación e Intervención Psicosocial con cuidadores primarios*” fue la Investigación Acción Participativa (IAP), debido a que, como se explicó en el apartado correspondiente, responde a la necesidad nuestra de investigar y transformar en conjunto de ellos, teniendo a su vez, el respaldo de las teorías Ecológica, Polivagal y Fundamentada, que de mismo modo, se explicaron en los apartados 2.1.2, 2.1.3, 2.1.4 y 2.1.5, para así tener una investigación desarrollada a profundidad .

5.1 Planteamiento del problema.

5.1.1. Justificación.

La investigación presente quiere ayudar a promover estrategias de autocuidado en estas personas. La mayor parte de este trabajo, fueron mujeres cuidadoras, cumpliendo con un rol impuesto socialmente desde el cuidado del hogar, por lo que conlleva un gran esfuerzo, y en la mayoría de ocasiones, conlleva una sobrecarga importante al cuidar a alguien más,

descuidando su propia persona, tanto física, emocional y psicológica, aspectos sumamente importantes pues se juega hasta con la salud propia del cuidador, provocando a la larga, enfermedades crónicas. Cabe resaltar que el cuidado está desde que se es bebé, hasta la vejez, pero los cuidados en ocasiones dependen de la condición, recordando que, aparte de las enfermedades, se encuentran las discapacidades.

“Existen cuidadoras y cuidadores no remunerados en todas las sociedades, incluidas las que tienen un amplio estado de bienestar o en las que el mercado tiene diversos aspectos socializados o monetiza los del cuidado. Las formas no remuneradas de la prestación de cuidados pueden ser apoyadas algunas veces por prestaciones o subsidios de protección social, por ejemplo, en forma de una transferencia de “dinero en efectivo a cambio de cuidados” encaminada a compensar la pérdida de ingresos o a reconocer la contribución de las cuidadoras y cuidadores no remunerados”.

Addati et al. (2019).

Con esta cita, se quiere dar a entender que el ser un cuidador primario es de manera demandante, pues el costo de ser uno, es en tiempo y en dinero, ocasionalmente se les recompensa con un poco, pero recalando la palabra ocasionalmente. Por consecuencia, tenemos el desgaste, sobrecarga, a costo de lo antes mencionado, debido a que dependiendo el motivo del cuidado, puede ser que sean solo unas horas al día, o, como en la mayoría de veces, dedicarle atención todo el tiempo.

Por las consecuencias antes mencionadas nos es relevante hablar acerca del cuidado propio sin que tampoco descuiden a sus dependientes, buscando generar un bienestar completo, es por esto que se ha dividido en tres etapas, donde en:

- Etapa 1.
 - Fase 1 Individual: Se trabajó de manera privada con los participantes obtenidos, darles una concreta atención enfocándonos en él/ella, buscando generar la

confianza pertinente para poder hablar acerca de su sobrecarga y bien, comentar la importancia y las estrategias acerca del cuidado propio, basándonos en instrumentos que nos ayudaron a tener un breve diagnóstico.

- Fase 2 Grupal: Se trabajó de manera conjunta con un grupo de cuidadores ya estructurado, en el cual hay apoyo, haciendo que la unión sea percibida.
- Etapa 2.
 - Fase 1 Individual: Se realizó apoyo para un mejor manejo en las emociones, a su vez, ayudando a que tuvieran una resolución de problemas más clara y amplia. Aquí, nos ayudamos por medio de la Escritura Emocional Autorreflexiva (EEA), donde los participantes reflexionarán estos puntos comentados, a través de un momento doloroso en sus vidas.
 - Fase 2 Grupal: El trabajo principal fue hacer que reconocieran estos problemas ya mencionados, que los relacionen en base a su dependiente y cuidados, haciendo que vean nuevas formas de poder cuidarse ellos, es decir, mejor organización del tiempo y delegación de tarea.
- Etapa 3.
 - Fase 2 Grupal: Fue la única que se trabajó en esta etapa, pues se reunió a los participantes de las etapas 1 y 2 de la Fase 1 Individual junto a las participantes de la Fase 2 Grupal, a ser un solo grupo de apoyo, pues el punto en común es ser cuidador primario o auto cuidador, buscando una unión más sólida ahora entre personas que ya habían participado y las que apenas se unen.

Por lo dicho, con esta investigación se busca reforzar la idea de la Psicología Social Comunitaria de guiarse de lo individual a lo social, haciendo que se reconozcan como primera instancia para después reconocer los efectos de la sobrecarga, y así conozcan más acerca de su

propio cuidado, partiendo a su vez, a la idea de “estar bien uno para cuidar a otro”, como antes mencionado, a través de estrategias que lo promuevan con nuestra intervención.

El papel del cuidador es sumamente importante, reflejándose en que la mayoría lo hace o hizo, y es por eso que este trabajo cobra importancia, porque se busca que se difunda este rol tan relevante, haciendo que tenga un valor mayor al de que lo es, viendo los efectos positivos y negativos. Con esto se busca también, que en la sociedad haya un impacto en sectores públicos, puesto a que se cree que, con recursos suficientes se puede ayudar más a esta población por medio de acompañamientos que promuevan un bienestar íntegro, para que la calidad de vida de estos, se vea favorecida.

5.1.2. Pregunta de investigación.

¿Qué factores psicosociales influyen en los cuidadores primarios para que su calidad de vida se vea afectada, no solo físicamente sino también psicológicamente?

¿Qué impacto tiene una intervención psicosocial en la calidad de vida con los cuidadores primarios informales?

5.2. Población de estudio.

5.2.1. Población.

5.2.1.1 Fase 1 Individual.

Como se ha mencionado con anticipación, las etapas 1 y 2 se dividieron en dos fases, donde constaba de ir al domicilio de nuestras participantes, tarea realizada por nosotros (Karla y Joseph, Diada 14), aquí en estas mismas, se trabajaron con dos personas (mujeres en caso particular), promediando 66 años entre las dos, y en donde ambas pudieron tener estudios hasta el 4to año de primaria (*ver Tabla 1. Datos de participantes*).

Las categorías trabajadas fueron Cuidador (si tenía a su cargo una persona dependiente), o Auto Cuidador (si cuida de sí), quedando de esta manera:

Tabla 1. Datos de participantes.

CPI	Edad	Sexo	Estudios	Enfermedades que padezcan.	Categoría	Dependiente y padecimiento
R1	64	F	Primaria (4to.)	Vértigo e Hipertensión	Cuidador	Nuera (accidente y tumor en pierna)
F9	68	F	Primaria (4to.)	Hipertensión y Depresión	Auto Cuidador	Ella (depresión)

5.2.1.2 Fase 2 Grupal.

Alo de estas etapas, se tuvieron un total de 12 alrededor de las mismas, promediando entre todas nuestras participantes una edad de 61 años, siendo todas estas participantes mujeres, donde de igual manera, no acabaron sus estudios de primaria, aquí, todas pertenecían a la categoría Cuidador, a excepción de una que entró en la última etapa.

De manera desglosada, todas estas etapas, las sesiones grupales las realizamos en la Utopía Teotongo, en donde al principio, se tenía un número importante de participantes, teniendo un total de 8 en la primera etapa. Por otro lado, disminuyó la cantidad de participantes, reduciéndose a 5, mientras que en la tercera etapa, ya con las participantes de la Fase 1 y 2, se mantuvieron en 5 personas.

5.2.2. Muestra.

5.2.2.1. Etapa 1.

5.2.2.1.1. Fase 1 Individual.

Como se vio en la Tabla 1, nuestros participantes fueron 2 personas, en R1 y F9, personas que estuvieron interesadas en la intervención después de buscarlas y explicarles a grandes rasgos de que trataba, uniéndose de manera formal como parte de nuestra Muestra, diferenciándose

únicamente por la categoría, donde eran Cuidador y Auto Cuidador respectivamente, siendo nuestras personas pertenecientes al sexo femenino.

Nuestra primer participante, catalogada por fines de anonimidad como *R1*, tiene una edad de 64 años, encontrándose casada y trabajando en una recaudería propia, ella, es Cuidador, pues su nuera (Marilú) es la que depende de ella, esto debido a que padeció un accidente en la pierna, quedando sin caminar por un buen tiempo, pero en lo que se recuperaba le hallaron un tumor en la misma pierna, siendo intervenida quirúrgicamente con éxito pero aún con molestias para caminar de manera plena, situación que a la fecha, aqueja a ambas. Del mismo modo, nuestra participante *R1* sufre de vértigo e hipertensión, este primero, disparándose más a causa de no dormir adecuadamente y por dolores de cabeza fuertes.

De misma manera, tenemos a la participante *F9*, nombrada así por los mismos fines, siendo una persona de 68 años de edad, la cual ocupa su día dando pláticas en la iglesia y visitando enfermos, pero dedicándose como oficio a la costura, ella pertenece a la categoría Auto Cuidador, pues padece depresión desde hace 18 años, llegando a comentar que ya no la padece pero se sigue ayudando, pues al momento de platicarle esta intervención accedió sin problema.

5.2.2.1.2. Fase 2 Grupal.

El grupo en esta primera etapa estuvo conformado por 8 personas, en el cual, las edades estaban de 45 años a los 68 años, siendo todas estas personas cuidadoras de alguien, ya sea por edad o incluso por una de las múltiples enfermedades, resaltando el cuidado de madres con un padecimiento.

5.2.2.2 Etapa 2.

5.2.2.2.1. Fase 1 Individual.

En esta etapa, se hizo uso de la herramienta *Escritura Emocional Autorreflexiva (EEA)*, hecho con ambas participantes, concluyéndose de manera satisfactoria por ambas.

Nuestra primer participante, catalogada por fines de anonimidad como *R1*, tiene una edad de 64 años, encontrándose casada y trabajando en una recaudería propia, ella, es Cuidador, pues su nuera (Marilú) es la que depende de ella, esto debido a que padeció un accidente en la pierna, quedando sin caminar por un buen tiempo, pero en lo que se recuperaba le hallaron un tumor en la misma pierna, siendo intervenida quirúrgicamente con éxito pero aún con molestias para caminar de manera plena, situación que a la fecha, aqueja a ambas. Del mismo modo, nuestra participante *R1* sufre de vértigo e hipertensión, este primero, disparándose más a causa de no dormir adecuadamente y por dolores de cabeza fuertes.

De misma manera, tenemos a la participante *F9*, nombrada así por los mismos fines, siendo una persona de 68 años de edad, la cual ocupa su día dando pláticas en la iglesia y visitando enfermos, pero dedicándose como oficio a la costura, ella pertenece a la categoría Auto Cuidador, pues padece depresión desde hace 18 años, llegando a comentar que ya no la padece pero se sigue ayudando, pues al momento de platicarle esta intervención accedió sin problema.

5.2.2.2.2. Fase 2 Grupal.

Para esta etapa el número de participantes en grupo bajó de 8 a 5 personas, esto debido a que ya no acudían al grupo, rondando de misma manera, en edades de 45 años a 68 años, siendo todas cuidadoras de algún dependiente suyo, ya sea madres o esposos.

5.2.2.3. Etapa 3.

5.2.2.3.1. Fase 2 Grupal.

En esta etapa, ya de forma grupal junto a las de las etapas 1 y 2, nos permitió tener un grupo de 5 personas, disminuyendo la cantidad de las personas en grupo pero compensando con estas participantes, siendo todas mujeres, siendo la menor una mujer de 46 años y la mayor una de 68 años, siendo 4 personas cuidadoras y una persona auto cuidadora.

5.2.3. Muestreo.

En la *Etapas 1, Fase 1 Individual*, el muestreo para nuestra población, se hizo por medio de un criterio específico, el cual tenía que ser una persona que tenga algún dependiente a su cargo (bien siendo niños o adultos mayores, por discapacidad o enfermedad), o bien, que se hagan cargos de sí mismos, al mismo tiempo, el otro criterio era que estas personas vivieran específicamente en la colonia San Miguel Teotongo, cercano a la Utopía Teotongo.

Para la *Etapas 2, Fase 1 Individual*, se siguió manejando de la misma manera, teniendo para nuestra población a las personas halladas al inicio de la etapa 1, para así, seguir con las actividades planeadas de esta etapa.

Por último, para las *Etapas 1, 2 y 3, Fase 2 Grupal*, estos mismos criterios se aplicaron por otros compañeros anteriores al año de investigación que pertenecemos, por lo cual, la población en la fase 2 ya estaba conformada por un grupo específico de personas cuidadoras.

5.2.4. Ubicación Temporal.

Para poder realizar de una manera más satisfactoria la *Etapas 1, Fase 1 Individual*, se buscó gente que estuviera cerca de nuestro punto de reunión, por lo cual, la ubicación específica para realizar nuestras actividades fueron:

- Calle Popocatepetl MZ 131 LT 18, San Miguel Teotongo, Iztapalapa, C.P. 09630, CDMX.
- CDA Tlalpujahuá MZ1 LT 35, San Miguel Teotongo, Iztapalapa, C.P. 09620, CDMX.

Por otro lado, la ubicación específica de la *Fase 2 Grupal* de las tres etapas fue:

- Dr. Fernando Villegas MZ 112 LTSN, San Miguel Teotongo, Iztapalapa, C.P. 09630, CDMX.

5.2.5. Criterios de Inclusión.

En estos criterios están quienes cumplan dos cosas importantes, que pertenezcan a la categoría de Cuidador o Auto Cuidador, y que su lugar de vivienda sea la colonia San Miguel Teotongo.

5.2.6. Criterios de Exclusión.

Asimismo, las personas que no pertenecieran a la categoría Cuidador o Auto Cuidador, siendo el caso que sucediera esto, era descartado.

5.2.7. Criterios de eliminación.

Para este punto, los criterios de eliminación fueron las personas que no hayan cumplido, o mejor dicho, terminado con este proyecto. Estos se aplicaban por dos razones, bien podía ser por las problemáticas de los cuidadores al cuadrar un horario para asistir constantemente, o por la falta de compromiso al no asistir sin previo aviso o por una situación.

5.3. Tipo de Estudio y Diseño.

Para este trabajo de investigación e intervención se ocupó la ayuda de un diseño exploratorio secuencial, ya que este nos permite que:

“el proceso de investigación combina la recolección, codificación uniforme, categorización y análisis descriptivo e interpretativo de datos cualitativos contenido manifiesto, con datos cuantitativos, obtenidos sobre la base de los primeros, a través de la construcción ad hoc de una escala categorial de medición de las unidades de análisis narrativas históricas”.

Ortega y Heras (2021).

En cuanto al análisis de los datos cualitativos, nos apoyamos de gran manera en la Teoría Fundamentada, pues este nos permite, como se explicaba en su apartado, no solo conocer las experiencias que se tuvieron, sino a entender el comportamiento que toman y además, saber que hacen para ese contexto sea diferente al vivido, pero, ¿cómo se hizo concretamente?

Pues bien, al momento de hacer las sesiones individuales conocimos el contexto en el que se desenvuelven, esto por medio de las charlas que se tuvieron con cada participante, por medio de entrevistas semiestructuradas del mismo modo, viéndose todo reflejado en sus

respectivas bitácoras redactadas (*ver apartado de ANEXOS*), esto en las etapas 1 y 2 (en la etapa 2 se vio más con la EEA).

Las antes mencionadas nos ayudarán para obtener los datos cualitativos y sacar las redes de semejanzas que nos permitirá entender sus realidades. Estas redes las obtendremos con ayuda del programa *Atlas.ti*, pues es el idóneo para identificar los pensamientos, comportamientos y demás de las personas, al igual que codificar los mismos, teniendo como resultado esa red de semejanza que se mencionó. en pocas palabras, ver esa coherencia entre palabras y acciones.

Por otro lado, para los datos cuantitativos se ocuparon instrumentos psicosociales para conocer estos índices de sobrecarga, estrés y demás, usando un total de 5, a su vez, siendo analizados en los programas *JAMOV*, *PAST* y *SPSS*, representando así, de manera estadística la situación de los participantes individuales y grupal, al igual que como cambia en una investigación exploratoria (Pre-Post). Estos instrumentos que se mencionan fueron:

a) Test de sobrecarga del cuidador (Zarit y Zarit), usados en las etapas 1 y 2 de la Fase 1 Individual.

b) Cuestionario de Bienestar Subjetivo EBS-8, igualmente utilizados en las etapas 1 y 2 de la Fase 1 Individual.

c) Cuestionario de Salud Auto percibida SPHS, necesario en las etapas 1 y 2 de la Fase 1 Individual.

d) Cuestionario de Apoyo Social MSPSS, usado en las etapas 1 y 2 de la Fase 1 Individual.

e) Cuestionario de Ansiedad GAD-7, de igual manera útiles para las etapas 1 y 2 de la Fase 1 Individual.

f) Cuestionario de Soledad de 3 Ítems, para las etapas 1 y 2 de la Fase 1 Individual.

g) Cuestionario PHQ-9, mismamente requeridos en las etapas 1 y 2 de la Fase 1 Individual.

h) Cuestionario de apoyo social MOS, empleado en las etapas 1 y 2 de la Fase 1 Individual.

i) Cuestionario WHODAS, manejado en las tres etapas de la Fase 2 Grupal.

5.3.1. 1ra., 2da. y 3ra. etapa.

Para explicarlo de mejor manera, se explicará brevemente esto de la siguiente manera:

La *Fase 1 Individual* de las etapas 1 y 2 se hizo obteniendo participantes que cumplieran los criterios antes mencionados, y de manera seguida, poder conocer su situación para hacer de mejor manera la investigación exploratoria, favoreciendo así a una investigación mixta.

La *Fase 2 Grupal* de las tres etapas se llevó a cabo con un grupo previamente formado, donde se realizaron mismos instrumentos para la investigación exploratoria, teniendo así también una investigación mixta con los cuestionarios WHODAS

5.4. Instrumentos.

5.4.1. 1ra Etapa.

5.4.1.1. Fase 1 Individual.

Para esta etapa, a las participantes *R1* y *F9* se les aplicaron varios instrumentos para conocer más de cerca de ellas (aspectos sociodemográficos) y de su bienestar integral percibido, teniendo un acercamiento a un diagnóstico. Estos tuvieron como finalidad poder hacer un antes y un después en ese mismo bienestar, dejándonos saber los cuidados que se dan a quien cuidan o que se dan. En esta, se aplicaron 8 instrumentos:

a) *Test de sobrecarga del cuidador (Zarit y Zarit)*: Este se utilizó para tener un acercamiento más pronto al bienestar percibido siendo una persona cuidadora, evaluando así “principalmente la percepción subjetiva de sobrecarga, es decir, la respuesta afectiva que experimenta la persona cuidadora al enfrentarse a situaciones estresantes causadas por la

situación de cuidado y la frecuencia con que la experimenta” (Fundación Pasqual Maragall, 2021).

El cuestionario se divide en tres factores, pues con este se analiza el impacto de cuidar, la relación interpersonal y la relación de autoeficacia, al final, el puntaje servirá para ver los niveles de sobrecarga que presente cada participante. Consta de 22 preguntas de escala Likert, con 5 posibles respuestas:

- 0: Nunca.
- 1: Rara la vez.
- 2: Algunas veces.
- 3: Bastantes veces,
- 4: Casi siempre.

b) *Cuestionario de Bienestar Subjetivo EBS-8*: Esta escala nos es útil para conocer como el individuo percibe su bienestar integral, partiendo desde dos puntos clave: la satisfacción por la vida y el afecto positivo:

“Debido a la naturaleza subjetiva del constructo, las personas pueden ponderar las circunstancias objetivas de manera diferente, según sus metas, sus valores e incluso su cultura. El BS se distingue, por tanto, de los indicadores materiales de bienestar o calidad de vida”.

Calleja y Mason (2020).

En su versión larga, encontramos una evaluación con 20 reactivos, y en la versión corta encontramos 8, usando esta última. Por lo mismo, este instrumento nos sirvió para conocer esa percepción y tener un diagnóstico útil para intervenir de manera eficaz, contando en esas preguntas 6 posibles respuestas, estas en escala Likert:

- 1: En desacuerdo.
- 2: Ni de acuerdo ni en desacuerdo.

- 3: Ligeramente de acuerdo.
- 4: De acuerdo.
- 5: Muy de acuerdo.
- 6: Totalmente de acuerdo.

c) *Cuestionario de Salud Auto percibida SPHS*: Este trata de la salud percibida en varios aspectos, tales como la salud física y psicológica, así como el estilo de vida saludable, es decir, una

“evaluación subjetiva del estado de salud individual, incorporando diferentes tipos de información relacionada con la autopercepción de la movilidad, aspectos físicos del movimiento y el equilibrio, el bienestar psicológico y la valoración del propio comportamiento como saludable”.

Tinajero et al. (2023).

El instrumento en cuestión, consta de 12 preguntas con escala Likert, teniendo en sus posibles respuestas un total de 6, al igual que el anterior, cada posibilidad significa:

- 1: En desacuerdo.
- 2: Ligeramente de acuerdo.
- 3: De acuerdo.
- 4: Mayormente de acuerdo.
- 5: Totalmente de acuerdo.
- 6: Absolutamente de acuerdo.

d) *Cuestionario de Apoyo Social MSPSS*: Este instrumento pertenece a los de apoyo social, diferenciándose porque este habla de “persona especial”, para así alcanzar niveles altos de bienestar integral, o bien, “se comprende como la ayuda disponible percibida o recibida por parte de amigos, familia u otros significativos que genera bienestar mental en la persona” (Nicho et al., 2023).

Este se divide en tres niveles, en el familiar, la amistad, y otros, viendo si estos cuentan con redes de apoyo y, si no es el caso, ver si no hay problemas crónicos (ansiedad y depresión). El instrumento cuenta con una escala Likert de 5 respuestas probables, teniendo en su contenido 12 reactivos, aunque en sus inicios contaba con 24, se redujo a esta cantidad para aumentar la confiabilidad del mismo.

- 1: Nunca.
- 2: Rara vez.
- 3: Algunas veces.
- 4: Casi siempre.
- 5: Siempre.

e) Cuestionario de Ansiedad GAD-7: Como dice su nombre, sirve para analizar los niveles generales de ansiedad en el individuo, “que corresponde a una escala de autorreporte breve de 7 ítems basada en los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - cuarta edición” (Gallardo, 2024), teniendo diagnóstico al sumar los reactivos.

Al igual que todas, esta es una escala Likert donde tenemos 4 posibilidades:

- 0: Nunca.
- 1: Varios días.
- 2: Más de la mitad de los días.
- 3: Casi todos los días.

“Las puntuaciones totales pueden variar de 0 a 21. Según los autores originales del instrumento las puntuaciones obtenidas pueden clasificarse en cuatro niveles de gravedad: mínimo (0-4), leve (5-9), moderado (10-14) y severo (14-20)”.

Gallardo (2024).

f) Cuestionario de Soledad de 3 Ítems:

“Los resultados obtenidos por Hughes et al. (2004) sugieren que la Escala TIL es una medida adecuada para los sentimientos de soledad. Se ha encontrado que la Escala TIL es un instrumento útil para utilizar en estudios a gran escala y encuestas telemáticas debido a su brevedad”

Pedroso et al. (2021).

Esta escala es de gran ayuda para detectar más que nada que tanto sentimiento de soledad se percibe por parte del individuo, ya que, si existe este sentimiento, estamos ante un riesgo para el participante, siendo una escala de resolución breve, con 3 preguntas específicas. Como en todas las anteriores, analizamos este con una escala Likert, contando con tres respuestas probables:

- 1: Casi nunca.
- 2: A veces.
- 3: A menudo.

g) Cuestionario PHQ-9: Trata de 9 preguntas, es en una escala Likert, este instrumento sirve para medir la depresión y niveles de ansiedad, ayudando hasta en terapias clínicas. Este ayuda debido a que, al ser pocas preguntas, se rescatara información concreta del cuidador, pues estos síntomas son causa de la sobrecarga que pudiesen tener. Al ser escala Likert, tenemos cada pregunta con cuatro posibles respuestas, guiadas del 0 al 3, donde esto significa:

- 0: Nada en absoluto.
- 1: Varios días.
- 2: Más de la mitad de los días.
- 3: Todos los días.

h) Cuestionario de apoyo social MOS: Como su nombre sugiere, es para analizar el apoyo social percibido por los cuidadores o auto cuidadores,

“El Cuestionario de Apoyo Social MOS es un cuestionario autoadministrado de 20 ítems. El primero indaga sobre el tamaño de la red de apoyo disponible y el resto se estructura en 4 subescalas que exploran 5 dimensiones funcionales del apoyo social: apoyo emocional / informacional (ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19), apoyo instrumental (ítems 2, 5, 12 y 15), interacción social positiva (ítems 7, 11, 14 y 18) y apoyo afectivo (ítems 6, 10 y 20)”

Martín et al. (2019).

Como todos los cuestionarios realizados, se ocuparon escalas Likert, teniendo 5 respuestas posibles:

- 1: Nunca.
- 2: Pocas veces.
- 3: Algunas veces.
- 4: Muchas veces.
- 5: Siempre.

5.4.1.2. Fase 2 Grupal.

En esta Fase 2 Grupal de la Etapa 1, los participantes fueron quienes estaban en grupo, usando el instrumento WHODAS, haciendo un antes y un después. El mismo, sirve para ver seis dominios en particular, estos para saber el funcionamiento de cada participante en ciertas actividades, los dominios son lo *Cognitivo*, la *Movilidad*, el *Cuidado personal*, las *Relaciones* y la *Participación* en sociedad, todo esto, con 36 preguntas, y es útil debido a “su sólido respaldo teórico, sus buenas propiedades psicométricas, sus numerosas aplicaciones en diferentes grupos y contextos y su facilidad de uso” (OMS, 2010).

Su resolución consta de 5 a 20 minutos, y como en las demás escalas, se ocupa una de Likert, al igual de contar con unas preguntas de SI/NO; las posibles respuestas pueden ser cinco:

- 1: Ninguna.
- 2: Leve.
- 3: Moderada.
- 4: Severa.
- 5: Extrema/No puede hacerlo.

5.4.2. 2da Etapa

5.4.2.1. Fase 1 Individual.

Para la etapa presente, se ocuparon los mismos 8 instrumentos de la Etapa 1, Fase 1 Individual, esto con el fin de saber si cambió algo en el periodo intertrimestral, analizando además, el cambio que hubo de la primera vez que se emplearon estos instrumentos con este retorno, recordando un poco, estos fueron:

- a) Test de sobrecarga del cuidador (Zarit y Zarit).
- b) Cuestionario de Bienestar Subjetivo EBS-8.
- c) Cuestionario de Salud Auto percibida SPHS.
- d) Cuestionario de Apoyo Social MSPSS.
- e) Cuestionario de Ansiedad GAD-7.
- f) Cuestionario de Soledad de 3 Ítems.
- g) Cuestionario PHQ-9.
- h) Cuestionario de apoyo social MOS.

Cabe decir que, aparte de estos, se hizo uso de cuatro instrumentos nuevos para seguir analizando el bienestar integral de las participantes, además que empleamos de igual manera la Escritura Emocional Autorreflexiva (EEA). Para empezar a desglosar estos, empezaremos con la EEA, pues esta fue la que se usó mayormente en la etapa.

Como se mencionó en su apartado correspondiente, sirve para poder dar voz a sus expresiones y pensamientos acorde a situaciones de alto estrés (en este caso, pedimos que escribiera acerca de la experiencia más dolorosa de su vida).

La EEA se dividió en cuatro ejercicios, donde en primer instancia se les pidió que escribieran este acontecimiento en 1ra persona, en el ejercicio 2 se les dio la instrucción de que escribieran la misma situación pero ahora en 3ra persona, mientras que en los ejercicios 3 y 4, la orden fue escribirlo en 1ra persona con ayuda de un listado de palabras y un listado de frases respectivamente, con la finalidad de poder expresarlo y de resignificar tal suceso.

Los 7 nuevos instrumentos utilizados en esta etapa se explicarán a continuación:

a) *Cuestionario de Atención Plena MAAS*: Por sus siglas, Mindful Attention Awareness Scale, habla de la atención que puede prestar el participante a sus múltiples actividades, contiene un total de 15 cuestionamientos, y aquí se está “midiendo la frecuencia del estado de Mindfulness en la vida cotidiana, con o sin entrenamiento de esta capacidad” (Muñoz, 2019). Las posibles respuestas son del 1 al 5, siendo estas:

- 1: Casi siempre.
- 2: Frecuentemente.
- 3: Con cierta frecuencia.
- 4: Con poca frecuencia.
- 5: Casi nunca.

b) *Escala de Afecto Positivo / Afecto Negativo en México*:

“El componente afectivo del BS se entiende como evaluaciones afectivas de las emociones que las personas experimentan a lo largo de su vida diaria. Estas emociones incluyen la tristeza, el miedo, la ira, la alegría, la felicidad, entre otras (Watson et al., 1988), y se han distinguido conceptualmente en dos categorías: Afecto positivo (emociones positivas) y Afecto negativo (emociones negativas)”.

Como podemos apreciar, entendemos que este cuestionario es específicamente en las emociones positivas y negativas, conformado de tal manera, donde el instrumento consta de 20 reactivos, donde se pide que nos digan la frecuencia que han sentido tal emoción en el último mes.

Está realizado por medio de 10 emociones positivas y 10 negativas donde se van intercalando una positiva con una negativa, y se responde en escala Likert, teniendo 5 respuestas posibles:

- 1: Nunca.
- 2: Casi nunca.
- 3: A veces.
- 4: Frecuentemente.
- 5: Siempre.

c) Escala de malestar psicológico K-10: El presente instrumento sirve para prevenir al participante de una condición clínica de estrés, ansiedad o depresión, pues según el resultado es el nivel de malestar psicológico.

Esta herramienta “consta de 10 preguntas específicas sobre malestar psicológico que se refieren a los síntomas de ansiedad y de depresión que puede tener una persona durante las cuatro semanas previas a la aplicación” (Vargas et al., s. f.), para tratar a tiempo situaciones de riesgo. Al ser de escala Likert se tienen 5 posibilidades,

- 1: Nunca.
- 2: Ocasionalmente.
- 3: Algunos días.
- 4: Varios días.
- 5: Siempre.

y la suma de los puntajes será el resultado y la gravedad, pues según Vargas et al. (s. f.) los rangos del instrumento presentan cuatro niveles: bajo (10–15), moderado (16–21), alto (22–29), y muy alto (30–50).

d) Evaluación del estrés: El presente trata, a diferencia de los mencionados, acerca de saber las situaciones que les causó estrés o preocupación prolongada al participante durante el último año, donde aquí se manejaron respuestas cerradas (sí/ no), donde al constar de 27 situaciones, se marcaba con una “X” si se había vivido tal momento de estrés.

e) Evaluación de apoyo social: Este comparte similitud con el anterior, pues a diferencia de la mayoría, consta de situaciones donde se prevé un apoyo hacia el participante, dichas situaciones hablan de cuando se necesita ser escuchado.

Lo que sí diferencia uno del otro es que este cuenta con una escala Likert, teniendo en cada pregunta (6), 4 posibilidades diferentes en cada una:

- a) Ninguna/ Raramente.
- b) Una/ Una vez al mes
- c) Dos o tres/ Varias veces al mes.
- d) Cuatro o más/ Una vez a la semana o más/ Seis o más.

f) Redograma: Es una herramienta para analizar sus relaciones interpersonales (familia, amigos, comunidad, grupo), donde hay un círculo en medio (representando al participante), y en su alrededor hay tres círculos más, teniendo esto 4 totales, se divide en cuatro el mismo, y la instrucción es mencionar a las personas más cercanas para ellas dependiendo el sector que pertenezca a la altura que desee (siendo más pegado al centro, más interacción hay, si está alejado del centro, menos interacción hay), y dependiendo la relación que tenga con tal persona, se dibujará una línea que conecte el centro con tal persona, pero cada línea tendrá un código.

- a) Fuerte: Línea recta.
- b) Débil: Línea punteada.

c) Conflictiva: Línea en diagonales.

d) Moderada: Línea curvada.

Esto ayuda, según Carranza (2015), a explicar como las ataduras pueden ser utilizadas para explicar el comportamiento social de las personas que constituyen la red.

g) *Diagnóstico para la medición de riesgos y enfermedades*: Este es más sencillo de explicar, pues sus preguntas son cerradas (sí/ no), teniendo un total de 81 preguntas, donde nos interesa conocer aspectos claves en la vida de las participantes, dejándonos ver las áreas de trabajo más arduo dependiendo de las más evaluadas. Estos aspectos son:

- 1. Condición física.
- 2. Historia familiar.
- 3. Autocuidado y cuidado médico.
- 4. Hábitos alimenticios.
- 5. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
- 6. Accidentes.
- 7. Valores de la vida, esfera espiritual e intelectual.
- 8. Estrés y apoyo social.
- 9. Medio ambiente.
- 10. Sexualidad.

5.4.2.2. Fase 2 Grupal.

En la Etapa 2, aplicamos nuevamente el instrumento WHODAS, teniendo más claro ese pre y post que interesa. Aquí, no se aplicaron instrumentos nuevos.

5.4.3. 3ra Etapa.

5.4.3.1. Fase 2 Grupal.

En esta última etapa, no se implementó algún nuevo instrumento, lo que se realizó nuevamente fue el WHODAS con las participantes de grupo y con las nuevas integrantes.

5.4.4. Medidas Psicológicas.

Además de los cuestionarios aplicados, se optó de igual manera por hacer diferentes técnicas, tales como la toma de temperatura y las diferentes técnicas de relajación para dar una mejor intervención, explicadas a continuación:

a) *Toma de temperatura*: En términos correctos, la evaluación psicofisiológica consta de medir la temperatura corporal de cada participante, donde nos deja ver de manera no visible el nivel de estrés que pudiese tener cada uno por las múltiples situaciones estresantes que pueda vivir al ser cuidador.

Al saber esto, se explica que la temperatura es un indicador, pues entre menos temperatura sea, más son los niveles de estrés, caso contrario donde, si hay más temperatura, hay más relajación en su cuerpo. Esto lo hicimos por medio de termómetros.

b) *Técnicas de relajación*: Su finalidad por obviedad es buscar relajación en los participantes, esto por medio de técnicas de respiración. A su vez, estas se dividen para una mejor práctica de la misma, haciendo un “entrenamiento” para técnicas más avanzadas, empezando por lo básico:

El control de la respiración, donde se aprendió de forma diafragmática en vez de hacerlo con el pecho, donde tenían que inflarlo un poco, permitiendo una mejor entrada de aire a los pulmones. Teniendo esta parte mejor realizada, se pasaron a las *Técnicas de imaginación guiada*, donde al momento de respirar de manera profunda y con los ojos cerrados, se dan instrucciones a fin de que guíen esos pensamientos con las palabras dadas y de que sientan control en los mismos. Ahora bien, teniendo mejor dominio de ambas técnicas, pasamos con la *Muscular progresiva*, pues al tener el control de la respiración y el control de los pensamientos, consecuentemente se puede lograr que esos pensamientos vayan dirigidos a que relajen el cuerpo, sintiendo un alivio que lo destense, reconociendo tal malestar físico para enfocarlos y por fin identificar donde sintió más tensión corporal.

5.5. Procedimiento.

5.5.1. 1ra Etapa.

La intervención psicosocial se realizó del 24 de julio al 18 de septiembre de 2024 de manera presencial en los domicilios de los participantes distribuyendo el trabajo en 9 sesiones. Durante estas sesiones se tocaron distintos temas los cuales se muestran en la Tabla 1. Una vez a la semana se contactó al participante en su domicilio, que fue el espacio que se brindó por el cuidador con una duración de 60 minutos cada sesión. Durante estas sesiones se dialogó y se llevó a cabo la escucha activa con algún tema de interés por parte de los facilitadores y del cuidador. Al término de cada una de las sesiones se aplicó alguna técnica de relajación y se realizó el registro de las temperaturas pre y post.

5.5.1.1. Fase 1 Individual.

Para la Fase 1 Individual de la Etapa 1 nosotros como facilitadores (Diada 14 para mejor referencia), se nos asignó el lugar Utopía Teotongo, donde para buscar nuestra población, en las calles antes mencionadas, esto para obtener participantes idóneos para este proyecto.

No está de más mencionar que no fue una búsqueda sencilla, pues de inicio, buscamos en un horario de 9:00 am a 12:00 pm aproximadamente, partiendo del lugar antes dicho, donde en el primer día no se tuvo suerte de encontrar participantes. La semana siguiente encontramos a la participante F9, aceptando las sesiones y proponiéndose en un horario de 9:00 am a 10:00 am, mientras que a la participante R1 se obtuvo por medio de una bola de nieve, es decir, nos contactaron con ella, y al ver que cumplía con los criterios acordamos un horario de 12:00pm a 1:00 pm, empezando sesiones con ella en la 3er semana. Después de esto, empezamos a hacer nuestras sesiones acorde a un cronograma ya estructurado (*ver Tabla 2. Cronograma Etapa 1 Fase 1 Individual*):

Tabla 2. Cronograma Etapa 1 Fase 1 Individual.

Sesión	Objetivo
S1. Primer contacto.	Presentación sobre el proyecto con los posibles participantes.
S2. Aplicación de escalas psicométricas.	Aplicar la evaluación psicosocial pre-intervención.
S3. Continuación de aplicación de escalas psicométricas.	Aplicar la evaluación psicosocial pre-intervención.
S4. El papel del cuidador y sus repercusiones.	Conocer la situación personal de los participantes.
S5. Ejercicios de control de la activación.	Aprender y practicar los ejercicios de respiración.
S6. Organización del tiempo.	Realizar un plan con sus actividades e incluyendo otras que haya dejado de hacer.
S7. Límites hacia la persona dependiente.	Fomentar la autonomía de las personas dependientes y señalar límites con respecto a las tareas del cuidador.
S8. Pedir ayuda y apoyo.	Promover redes de apoyo y la importancia de pedir ayuda.
S9. Aplicación de escalas psicométricas.	Aplicar la evaluación psicosocial post-intervención.
S10. Encuentro grupal.	Familiarizar a las participantes con el grupo.

Con esto mostrado, damos idea de lo que se quiso llevar a cabo, usando este cronograma como una guía a las sesiones, donde al término de cada sesión, íbamos a nuestro punto de reunión para empezar la sesión grupal y/o dar retroalimentación de las mismas.

Además, los instrumentos psicométricos antes dichos se llevaron a cabo durante dos sesiones con la participante F9, con R1 se pudo en una sesión, no sin antes pedirles ese consentimiento de realizarlos y usarlos para esta investigación. Las sesiones hechas por cada participante quedaron de la manera siguiente (*ver Tabla 2.1. Sesiones por participante*).

Tabla 2.1. Sesiones por participante.

S1.	No se encontraron participantes.
S2.	Se hizo el primer contacto con ambas participantes, acordando un horario.
S3.	Ambas participantes tuvieron su sesión acorde a lo planeado.
S4.	Ambas participantes tuvieron su sesión acorde a lo planeado.
S5.	● F9 tuvo su sesión acorde a lo planeado. ● R1 no tuvo sesión.
S6.	Ambas participantes tuvieron su sesión acorde a lo planeado.
S7.	Ambas participantes tuvieron su sesión acorde a lo planeado.
S8.	Ambas participantes tuvieron su sesión acorde a lo planeado.
S9.	Ambas participantes tuvieron su sesión acorde a lo planeado.

Además de las sesiones, al final de cada una, se hacía una toma de temperatura de cada participante, esto como paso siguiente a una pequeña técnica de relajación (empezando con las de control), con el fin de identificar los niveles de relajación que habían alcanzado a lo largo de la intervención.

5.5.1.2. Fase 2 Grupal.

En lo que concierne a la Fase 2 Grupal de la Etapa 1, el lugar donde se llevaron a cabo nuestras actividades fueron en la ya mencionada Utopía Teotongo, trabajando con un grupo que previamente a nosotros ya había estado en una intervención.

Para esta parte, se empezaron actividades el día 24 de julio de 2024 a las 10:00 am, teniendo un total de 6 participantes. Para dar inicio a esta sesión, empezamos con la presentación de cada facilitador, pues al ser nosotros nuevos, también se hacía oportuno un buen primer acercamiento, de manera continua, se empezó con la explicación de lo que sería el programa presente (al menos en esta etapa), trabajando temas de su interés, para lo que fue útil esta sesión, pues con un *árbol de problemas* nos simplificó que temas querían, expresando los que más les llamase la atención, todo de manera democrática donde se votaba entre los temas que nos dieron, con cual se empezaría, cual le seguiría y así consecutivamente. Al igual que en la Fase 1 Individual de la Etapa 1, tuvimos como guía un cronograma de temas planeados (ver *Tabla 3. Cronograma Etapa 1 Fase 2 Grupal*).

Tabla 3. Cronograma Etapa 1 Fase 2 Grupal.

Sesión	Tema a tratar
--------	---------------

S1.	Autodiagnóstico “Árbol de problemas”.
S2.	Autoestima.
S3.	Ansiedad.
S4.	Duelo.
S5.	Desarrollo personal.
S6.	Nutrición.
S7.	Estrés
S8.	Tolerancia a la frustración.
S9.	Cierre 1er etapa.

Estas sesiones costaban de una duración de 1:30 horas a 2 horas aproximadamente, dando inicio a las 10:00 am hasta las 11:30 am o 12:00 pm, dividida aproximadamente de la siguiente manera:

- Bienvenida: 5 minutos aproximadamente.
- 1er toma de temperatura: Menos de 5 minutos.
- Actividad física: 5-10 minutos aproximadamente.
- Tema a tratar: 20-25 minutos aproximadamente.
- Actividad de retroalimentación: 10-15 minutos aproximadamente.
- 2da toma de temperatura: Menos de 5 minutos.

- Técnica de relajación: 5-10 minutos aproximadamente.
- 3er toma de temperatura: Menos de 5 minutos.
- Cierre: 5-10 minutos aproximadamente.
- *Extras: 15 minutos aproximadamente (esto dependiendo si había, tales como la aplicación de WHODAS en esta etapa).

5.5.2. 2da Etapa.

5.5.2.1. Fase 1 Individual.

La intervención psicosocial se realizó del 23 de octubre al 18 de diciembre de 2024 de manera presencial en los domicilios de los participantes distribuyendo el trabajo en 9 sesiones. En cada una de estas sesiones se trabajó de manera diversa tocando diferentes temas y llevando a cabo diferentes ejercicios (ver Tabla 4. Cronograma Etapa 2 Fase 1 Individual). Una vez a la semana se contactó al participante en su domicilio, 11 que fue el espacio que se brindó por el cuidador con una duración de 60 minutos cada sesión. Durante las primeras visitas se aplicaron las escalas psicométricas para posteriormente llevar a cabo la escucha activa con algún tema de interés por parte de los facilitadores y del cuidador. En 4 de estas sesiones se trabajó con la Escritura Emocional, pidiendo al cuidador que relatara un recuerdo muy doloroso para él. Al término de cada una de las sesiones se aplicó alguna técnica de relajación y se realizó el registro de las temperaturas pre y post, así como al final de la etapa de la intervención se llevó a cabo el post de las escalas psicométricas.

Tabla 4. Cronograma Etapa 2 Fase 1 Individual.

Sesión	Objetivo
S1. Reencuentro.	Reencuentro con los CPI y presentación del contenido.

S2. Aplicación de Escalas Psicofisiológicas Pre.	Aplicar la Evaluación Psicosocial PreIntervención.
S3. EEA Primera persona (ejercicio A).	Que el CPI escriba acerca de un hecho de su propia vida (reciente o antiguo) que considere doloroso en 1º persona.
S4. EEA Tercera Persona (ejercicio B).	Que el CPI escriba acerca de un hecho de su propia vida (reciente o antiguo) que considere doloroso en 3º persona.
S5. EEA Palabras de conexión (ejercicio C).	Que el CPI escriba acerca de un hecho de su propia vida (reciente o antiguo) que considere doloroso en 1º persona y con ayuda de una lista de palabras.
S6. EEA Solución (ejercicio D).	Que el CPI escriba acerca de un hecho de su propia vida (reciente o antiguo) que considere doloroso en 1º persona, con ayuda de una lista de palabras y frases planteando una solución al mismo.
S7. EEA Síntesis.	Realizar un recuento de las EEA y conocer que tipo emociones tuvo con los ejercicios que se trabajaron.
S8. Aplicación de Escalas Psicofisiológicas Post.	Aplicar la Evaluación Psicosocial PostIntervención.
S9. Encuentro Grupal Devolución.	Realizar un recuento de lo trabajado en las sesiones pasadas.

En esta etapa resalta bastante que se aplicó esta nueva herramienta con la finalidad de identificar estas emociones predominantes de inicio, y a la par, ver como estas se desarrollan y cambian junto con el discurso que nos den las participantes.

Para llevar acabo de una manera correcta esta etapa y aprovechar esta herramienta al máximo, se le pidió el consentimiento a cada participante, garantizando que cualquier información será de manera anónima y que no importaba la ortografía que le dieran. Ya teniendo esta autorización, se procedió a explicar en que consisten los ejercicios de EEA, comentando algunos de los múltiples beneficios que se encuentran, al igual que estos los dividiremos en 4 ejercicios (uno cada semana) con diferentes instrucciones:

- *Ejercicio A:* Se le solicitó que escribiera el momento más doloroso por el que han pasado en su vida, ya sea uno muy fresco o muy antiguo, esto escrito en primera persona (ejemplo: a mi me pasó...), constando esta actividad en 20 minutos.
- *Ejercicio B:* Se le pidió que, de nueva manera, escribiera acerca de ese momento doloroso, igual con una duración de 20 minutos. A diferencia del ejercicio anterior, este se debería escribir en tercera persona (ejemplo: a él/ ella le pasó...).
- *Ejercicio C:* Se solicitó al participante que escribiera una ocasión más acerca del mismo momento doloroso, esto durante los mismos 20 minutos, redactándose en primera persona, y, a diferencia de los ejercicios previos, en esta vez proporcionamos una lista de palabras (ver *Tabla 4.1. Ejercicio C, Lista de palabras*), donde invitamos a que usen la mayor cantidad de palabras que conecten con su texto.

Tabla 4.1. Ejercicio C, Lista de palabras.

Positivas	Negativas	De conexión
Amor	Odio	Descubrí que...
Afecto	Fracaso	Al fin comprendí que...

Felicidad	Fealdad	Después de tiempo...
Bienestar	Intranquilidad	Estoy buscando...
Paz	Insoportable	Estoy cerca de...
Armonioso	Destruyivo	Sospecho que...
Bonito	Deshonesto	Presiento que...
Sereno	Terrorífico	Por fin encontré que...
Victorioso	Intolerante	La razón de...
Amable	Dañino	Ahora sé...
Satisfactorio	Sufrimiento	El sentido es...
Disfrutar	Quebranto	Ahora está más claro.

- *Ejercicio D:* Se dio la indicación que, por última vez, escriba el momento doloroso del cual ha sido la atención central de esto, escribiéndose en primera persona durante 20 minutos. Al igual que en el ejercicio anterior, les dimos una lista (ver Tabla 4.2. Ejercicio D, Lista de palabras y frases), pero en vez de únicamente palabras, sumando algunas frases, se les comentó que escribieran las palabras y/o frases que mejor conecten con su redacción.

Tabla 4.2. Ejercicio D, Lista de palabras y frases.

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

Para la Fase 1 Individual de esta etapa, se respetó el horario de la participante F9, cambiando únicamente con la participante R1, que, anteriormente las sesiones eran de 12:00 pm a 1:00 pm, siendo el nuevo horario de 1:00 pm a 2:00 pm, esto debido a unas actividades que realizaría en este lapso de tiempo. Ahora bien, la participación de cada una se distribuyó de la siguiente manera (*ver Tabla 4.3. Sesiones por participante*):

Tabla 4.3. Sesiones por participante.

S1.	No se encontraron en sus domicilios.
S2.	Ambas participantes tuvieron su sesión acorde a lo planeado.
S3.	● R1 tuvo su sesión acorde a lo planeado. ● F9 no tuvo sesión.
S4.	Ambas participantes tuvieron su sesión acorde a lo planeado.
S5.	Ambas participantes tuvieron su sesión acorde a lo planeado.
S6.	Ambas participantes tuvieron su sesión acorde a lo planeado.
S7.	Ambas participantes tuvieron su sesión acorde a lo planeado.
S8.	Ambas participantes tuvieron su sesión acorde a lo planeado.
S9.	Ambas participantes tuvieron su sesión acorde a lo planeado.

5.5.2.2. Fase 2 Grupal.

Para esta parte de la etapa, con anticipación se mandó un mensaje vía WhatsApp para retomar las sesiones con normalidad, a pesar de esto, el inconveniente fue que, a pesar de nosotros llegar, las cuidadoras del grupo no asistieron esta primer semana, llegando en un segundo aviso para el miércoles entrante. Se llegó abriendo con un lluvia de ideas para organizar los temas que se verían durante la etapa 2 (ver *Tabla 5. Cronograma Etapa 2 Fase 2 Grupal*):

Tabla 5. Cronograma Etapa 2 Fase 2 Grupal.

Sesión	Tema a tratar
S1.	Autodiagnóstico “Lluvia de ideas”.
S2.	Libertad de ser.
S3.	Duelo.
S4.	Apego.
S5.	Miedo al abandono.
S6.	Sanar la infancia.
S7.	Límites.
S8.	Cierre 2da Etapa.

Estas sesiones costaban de una duración de 1:30 horas a 2 horas aproximadamente, dando inicio a las 10:00 am hasta las 11:30 am o 12:00 pm, dividida aproximadamente de la siguiente manera:

- Bienvenida: 5 minutos aproximadamente.
- 1er toma de temperatura: Menos de 5 minutos.
- Actividad física: 5-10 minutos aproximadamente.
- Tema a tratar: 20-25 minutos aproximadamente.
- Actividad de retroalimentación: 10-15 minutos aproximadamente.
- 2da toma de temperatura: Menos de 5 minutos.
- Técnica de relajación: 5-10 minutos aproximadamente.
- 3er toma de temperatura: Menos de 5 minutos.
- Cierre: 5-10 minutos aproximadamente.
- *Extras: 15 minutos aproximadamente.

En esta etapa, bajó el número de asistentes a comparación de la Etapa 1, pero a pesar de ello, se prestó mucho para una homogeneidad notoria, e incluso una apertura a que dialoguen y participen más a la hora de exponer los temas de su interés.

5.5.3. 3ra Etapa.

5.5.3.1. Fase 2 Grupal.

En esta última parte grupal, nos encontramos con la diada 14 y las nuevas integrantes de cada una para reunirnos en la Utopía Teotongo, donde en conjunto desarrollamos las múltiples actividades planeadas para esta tercer etapa (ver *Tabla 6. Cronograma Etapa 3 Fase 2 Grupal*), teniendo un horario de 10:00 am a 11:30 am o 12:00 pm aproximadamente, dependiendo la sesión y la participación del grupo.

Tabla 6. Cronograma Etapa 3 Fase 2 Grupal

Sesión	Tema a tratar
S1.	Importancia del cuidado.
S2.	Memoria.
S3.	Comunicación asertiva.
S4.	Miedo y fobias.
S5.	Apoyo social.
S6.	Machismo.
S7.	Culpa.
S8.	Aprender a cuidar el entorno.
S9.	Aprender a valorar el saber cultural y académico.
S10.	Retroalimentación “Escudo”.
S11.	Cierre 3er Etapa.

El grupo donde estuvimos, tiene como nombre, “Protectoras con Amor”, nombre puesto desde antes de nuestra llegada, y teniendo como característica principal la participación activa de las integrantes. También, se les comentó que sería la última etapa que nos veríamos. En total, tuvimos 10 sesiones de tema central más el cierre, además, se hizo WHODAS en la sesión 8, como un “Post general”, donde la distribución de cada una fue la misma que en las etapas 1 y 2:

- Bienvenida: 5 minutos aproximadamente.
- 1er toma de temperatura: Menos de 5 minutos.

- Actividad física: 5-10 minutos aproximadamente.
- Tema a tratar: 20-25 minutos aproximadamente.
- Actividad de retroalimentación: 10-15 minutos aproximadamente.
- 2da toma de temperatura: Menos de 5 minutos.
- Técnica de relajación: 5-10 minutos aproximadamente.
- 3er toma de temperatura: Menos de 5 minutos.
- Cierre: 5-10 minutos aproximadamente.
- *Extras: 15 minutos aproximadamente (como en la sesión 8 por los WHODAS o los demás instrumentos).

Gracias a las actividades planeadas, se vio como las nuevas integrantes se lograron involucrar al grupo, fomentando más esa participación antes mencionada, e incluso, en la sesión 10, “Retroalimentación Escudo”, se notó el interés de conocer la formación que las participantes de grupo le dieron al mismo, sintiéndose identificadas.

6. RESULTADOS

6.1. 1ra Etapa.

Para esto, después de haber obtenido la recolección de datos necesaria de ambas fases, donde nos ayudamos de las bitácoras realizadas a lo largo de cada sesión que se tenía de forma individual o grupal, pues con esto, garantizamos una reducción de datos específicos para organizarlos en tablas, figuras, etc, y así, obtener conclusiones parciales más completas y relevantes.

Con esto dicho, recordamos que este proyecto de “Evaluación e Intervención Comunitaria con Cuidadores Primarios”, hicimos uso de datos cualitativos y cuantitativos, donde para los datos cualitativos nos ayudamos conociendo la situación de cada participante, analizando esto, sabríamos cómo trabajar de mejor manera. Cabe decir que en esta etapa, en la Fase 2 Grupal, datos cualitativos no hubieron, por lo cual nos enfocaremos solo en los cuantitativos.

Con respecto a los datos cuantitativos, se llevó a cabo su análisis con ayuda de las **herramientas software Jamovi y Past**, pues esta nos ayudó a hacer los datos estadísticos pre-post y a graficar algunos datos obtenidos. Cabe mencionar que, en esta parte trabajamos en conjunto con las catorce diadas restantes, pero a su vez, también se realizaron los estadísticos pertinentes para nuestras participantes. En los siguientes apartados, explicaremos de manera detallada cada uno.

6.1.1. Análisis cualitativo.

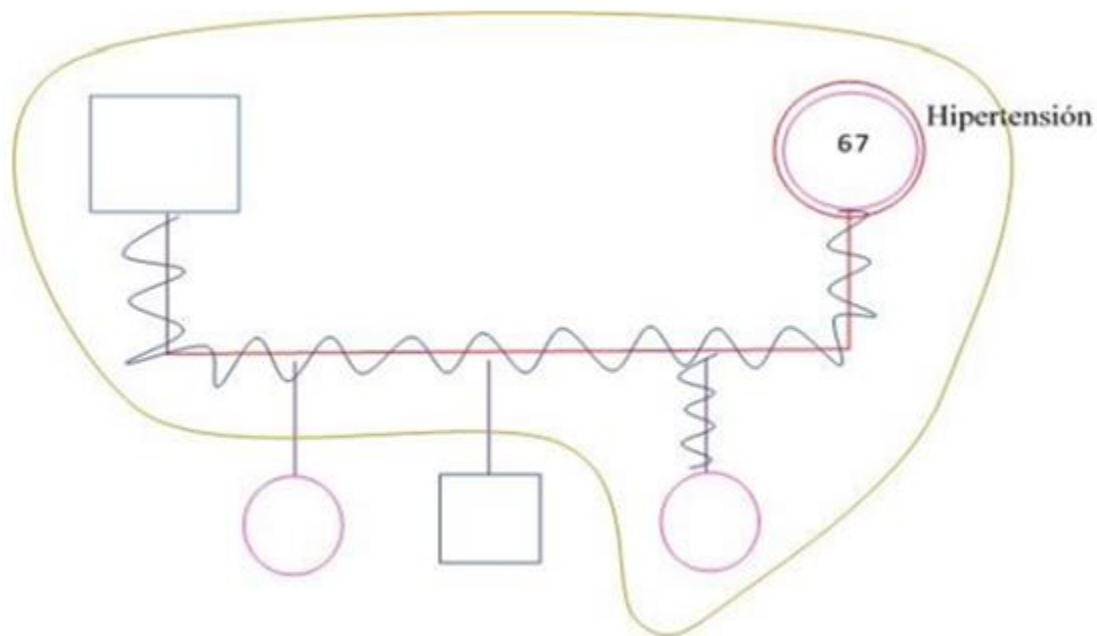
6.1.1.1. Fase 1 Individual.

Análisis de caso, participante F9.

F9, mujer de 67 años de edad, lleva a cabo el autocuidado desde hace 18 años debido a que tiene un diagnóstico de depresión. Su fuente de estrés son los problemas que tiene con los familiares con los cuales vive y sus diferentes actividades que emplea en su día a día. El

problema de su depresión es consecuencia de la muerte de su hermano. Cuenta con diferentes ingresos económicos y la oportunidad de convivir en diferentes grupos sociales como el religioso y algún grupo de la tercera edad. La cuidadora F9 menciona que ha acudido a diferentes talleres psicológicos en diversos hospitales, en donde explica que se sienta a escuchar de lo que trata cada uno de los talleres a los que asiste, en donde aprende diversos temas pero no sabe como ponerlos en práctica. Se cuida con base de nutrientes que consume y una alimentación un poco balanceada. Para conocer su situación familiar, ver *Ilustración 4. Familiograma de F9.*

Ilustración 4. Familiograma de F9.

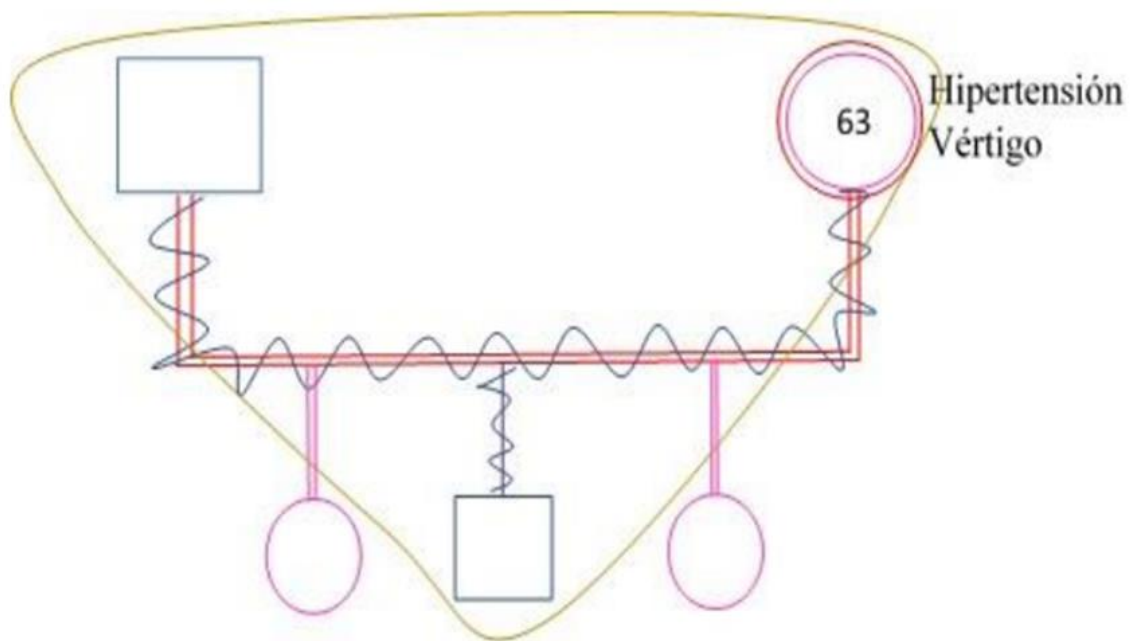


Fuente: Imagen elaborada en el programa Microsoft Paint

Análisis de caso, participante R1.

R1, mujer de 63 años de edad, lleva 4 años siendo cuidadora de su nuera debido a que a esta última le diagnosticaron un tumor en su rodilla y tuvo que ser operada. Su fuente de estrés se debe a que tiene una relación conflictiva con su hijo y con su dependiente que en este caso es su nuera. Los recursos con los que cuenta la CPI son un ingreso económico estable, apoyo de parte de sus hijas y cuenta con un trabajo que le agrada. La cuidadora R1 menciona que no es la primera vez que toma algún tipo apoyo psicológico, ya lo había buscado antes pero la forma de trabajar no le gustó, cuando comenzó con el cuidado de su dependiente estuvo disponible para lo que se le ofreciera, haciendo a un lado sus actividades diarias. Para conocer su situación familiar, ver *Ilustración 4.1. Familiograma de R1*.

Ilustración 4.1. Familiograma de R1.



Fuente: Imagen elaborada en el programa Microsoft Paint

6.1.2. Análisis cuantitativo.

6.1.2.1. Fase 1 Individual.

Índice de Cambio Clínico Observable (CCO), Etapa 1.

Con la *cuidadora F9* tuvo cambios significativos en las variables de salud Física, Apoyo Social, Apoyo con la persona especial y Apoyo con la familia disminuyendo en estas variables debido a que en diversas ocasiones tuvo problemas (discusiones) con las personas que viven con ella que en este caso es con su esposo e hija, aunque también cabe resaltar que tuvo una disminución significativa en Soledad y sobrecarga del cuidador debido a aprendió a dividir sus tiempos y comenzó a realizar nuevas actividades.

Con la *cuidadora R1* los cambios significativos que se obtuvieron fue en un aumento en afecto positivo y persona especial debido a que la cuidadora nos comenta que su red de apoyo son sus hijas, con las cuales ha tenido una mejor relación a causa de que se da sus tiempos para ella misma. Tuvo una disminución en Amigos debido a que nos plantea que solo puede confiar en una persona y recibe apoyo de la misma en ocasiones, otras variables que tuvieron disminución significativa son ansiedad, soledad, depresión y sobrecarga carga del cuidador (ver Tabla 8. Índice CCO de las participantes, Etapa 1).

Tabla 8. Índice CCO de las participantes, Etapa 1.

Variable	F9			R1		
	Pre	Post	CCO	Pre	Post	CCO
Bienestar	42	36	-0.14	27	31	0.14
• <i>Satisfacción</i>	20	17	-0.15	14	15	0.07

• <i>Afecto pos.</i>	22	19	-0.13	13	16	0.23*
Salud	59	52	-0.11	62	53	-0.14
• <i>Psico.</i>	20	18	-0.1	19	16	-0.15
• <i>Física</i>	19	14	-0.26*	23	20	-0.13
• <i>Vida salud.</i>	20	20	0	20	17	-0.15
Apoyo social	34	19	-0.44*	50	50	0
• <i>Persona esp.</i>	15	5	-0.66*	20	24	0.2*
• <i>Familia</i>	12	8	-0.33*	17	17	0
• <i>Amigos</i>	7	6	-0.14	13	9	-0.3*
Ansiedad	0	1	0	11	3	-0.72*
Soledad	4	3	-0.25*	7	4	-0.42*
Depresión	1	2	1	3	2	-0.33*
Sobrecarga	48	16	-0.66*	9	5	-0.44*

Nota: *se refiere a los cambios más significativos que hubo en las participantes.

6.1.2.2. Fase 2 Grupal.

Medidas psicosociales de malestar.

Al inicio del programa, el 43% de los participantes reportaron sintomatología ansiosa. Mientras, el 41% de la muestra percibió sentimientos de soledad. Además el 62.7% de los CPI reportaron niveles de leve a severo de sintomatología depresiva. El 23.5% presentaron sintomatología leve, 19.6% contó con sintomatología moderada, 13.7% indicó sintomatología severa y el 5.8% reportó sintomatología depresiva grave. Por su parte el 15.6% de los cpi manifestó sobrecarga de cuidador leve y otro 15.6% de la muestra reportó niveles elevados de sobrecarga de cuidador.

Medidas psicosociales de bienestar.

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

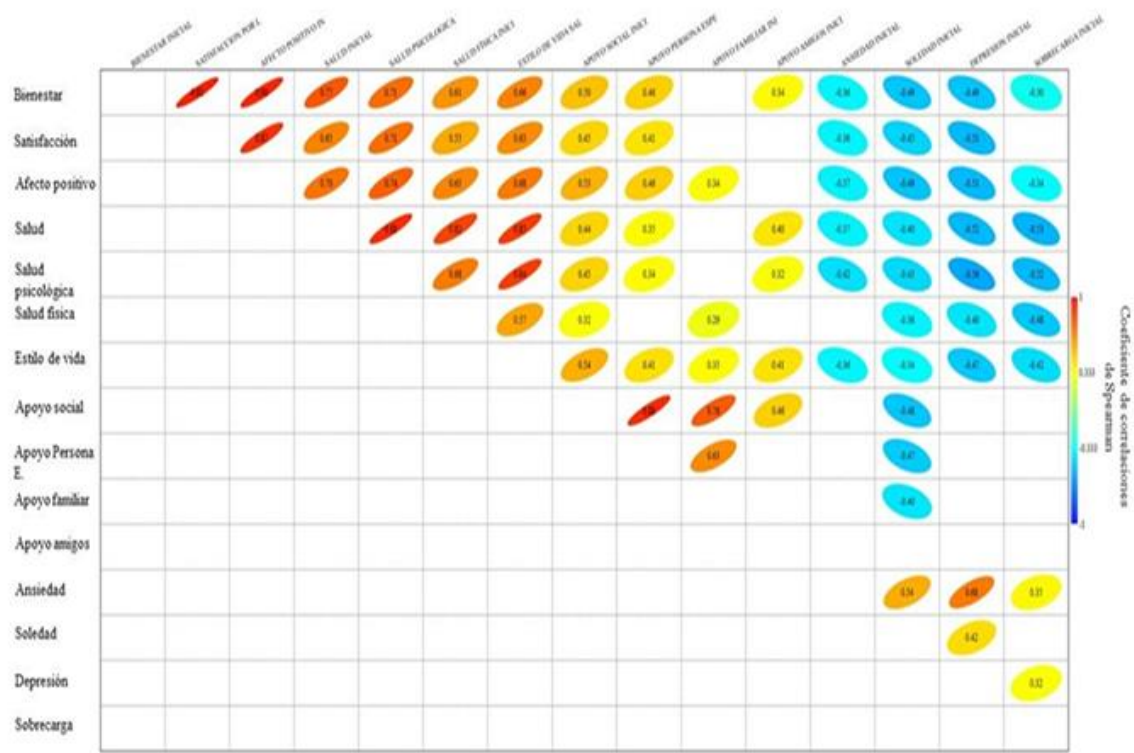
Por otra parte, la **salud autopercebida** de los CPI (3.34 ± 1.48) se encontró levemente por debajo de la reportada por Tinajero, et al. (2023) (3.98 ± 1.07) ($t = -3.06$, (50), $p = 0.004$, $d = -0.429$). En particular el puntaje de **salud física autopercebida** de los participantes (3.66 ± 1.72) fue similar a la de la población general (3.49 ± 1.32) ($t = 0.712$, (50), $p = 0.480$, $d = 0.997$) (Tinajero, et al. 2023). En relación al estilo de vida saludable, se observó que la puntuación media de los CPI (3.74 ± 1.58) significativamente menor a la reportada por Calleja y Manson (2020) (5.41 ± 1.41) ($t = -7.55$, (50), $p < 0.001$, $d = -1.06$).

Análisis correlacional, Etapa 1.

El puntaje de sobrecarga del cuidador se asoció con mayor ansiedad y depresión, e inversamente con las variables de bienestar. El puntaje de la variable de depresión se asoció mayormente con la soledad y ansiedad, e inversamente se relacionan mayormente con apoyo social, afecto positivo y bienestar.

El afecto positivo tuvo una asociación fuerte con la satisfacción por la vida. La variable de estilo de vida tuvo una asociación considerable con salud, salud psicológica y afecto positivo (ver *Ilustración 5. Análisis correlacional, Etapa 1*).

Ilustración 5. Análisis correlacional, Etapa 1.



Fuente: Imagen sacada del Software Past.

Efecto del acompañamiento psicosocial sobre malestar y bienestar del CPI, Etapa 1.

En el análisis grupal se observó un aumento significativo en el puntaje de bienestar subjetivo y una reducción en los puntajes de Soledad, depresión y sobrecarga del cuidador con tamaños del efecto mediano en bienestar subjetivo y pequeño en soledad, depresión y sobrecarga del cuidador (ver *Tabla 9. Efecto del acompañamiento psicosocial sobre malestar y bienestar del CPI, Etapa 1*).

Tabla 9. Efecto del acompañamiento psicosocial sobre malestar y bienestar del CPI, Etapa 1.

Variables	Pre	Post	Estadístico	P	TE
Bienestar subjetivo	31.8 (9.74)	34.8 (11.04)	T= 2.65 (35)	0.012	0.442
• Satisfacción por la vida	16.3 (5.17)	17 (5.54)	T= 1.62 (35)	0.115	0.270
• Afecto positivo	16.3 (5.10)	17.5 (5.67)	T= 1.90 (35)	0.066	0.316
Salud auto percibida	42.5 (15.8)	44.2 (14.2)	T= 0.911 (35)	0.369	0.152
• Salud psicológica	14.6 (5.77)	14.8 (5.66)	T= 0.305 (35)	0.762	0.0508
• 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)	0.356	0.156
Apoyo social	41.7 (12.2)	42.1 (12.3)	W= 290	0.416	0.169
• Apoyo persona especial	18.6 (6.29)	19 (6.61)	W= 157	0.329	0.241
• Apoyo familiar	14.1 (5.16)	14.5 (5.89)	W= 162	0.481	0.170
• Apoyo amigos	8.94 (4.55)	8.33 (4.46)	W= 92	0.097	-0.387

Ansiedad	7.61 (4.79)	9.47 (5.50)	T= -2.02 (35)	0.051	-0.336
Soledad	5.53 (2.02)	4.78 (2.03)	W= 25	0.008	-0.708
Depresión	8.67 (6.08)	6.42 (5.76)	T= -2.25 (35)	0.031	-0.375
Sobrecarga	33 (17)	27.5 (17.3)	W= 180	0.044	-0.453

Psicofísicas, Etapa 1.

En el análisis grupal de las temperaturas pre y post respecto a las técnicas de relajación se observó un aumento significativo de relajación en los CPI durante las sesiones 5 y 6 que durante estas sesiones se aplicó la respiración diafragmática y la relajación muscular. En la sesión 1 las cuidadoras tenían un nivel leve de relajación, a pesar de que no se les aplicó ninguna técnica de relajación, aunque cabe resaltar que la hora de visita en sus domicilios fue por la mañana antes de que varias de ellas comenzarán sus actividades (*ver 9.1. Efecto de las técnicas de relajación en temperatura periférica del CPI, Etapa 1*).

Tabla 9.1. Efecto de las técnicas de relajación en temperatura periférica del CPI, Etapa 1.

Nº de sesión	Pre	Post	Estadístico	P	TE
S1.	32.4 (2.35)	32.9 (2.05)	W= 169.0	0.065	0.4632
S2.	32.6 (2.32)	33 (1.95)	W= 308.5	0.239	0.2440

S3.	32.7 (1.85)	32.8 (1.93)	W= 317.5	0.739	0.0672
S4.	32.4 (1.75)	32.9 (1.87)	W= 372.5	0.102	0.3280
S5.	32.3 (1.74)	32.6 (1.90)	T= 2.305 (30)	0.028	0.4140
S6.	32.5 (1.73)	32.8 (1.83)	T= 2.378 (36)	0.023	0.3909
S7.	32.9 (1.83)	32.9 (1.94)	T= 1.017 (34)	0.316	0.1719
S8.	33.1 (1.98)	33.2 (2.13)	W= 274.0	0.399	0.1785
S9.	32.5 (1.65)	32.6 (1.06)	T= 0.760 (18)	0.457	0.1743

Nota: Los datos en negritas son las sesiones significativas en el aumento de relajación.

6.1.3. Discusión.

El interés de esta intervención fue ver los efectos generados por el acompañamiento de los CPI en lo que constó de 9 sesiones, cada sesión de 50 a 60 minutos, buscando así, evaluar aspectos importantes como lo fueron el bienestar, salud, apoyo social, ansiedad, soledad depresión y sobrecarga auto percibida, también, buscando reducir el estrés y la sobrecarga, dando lugar a un mejor bienestar físico y psicológico, y a su vez, ver las consecuencias que podrían tener a través de técnicas de relajación por medio de la temperatura periférica Pre y Post.

Como primer aspecto, los resultados arrojaron que, el bienestar subjetivo aumentó de manera significativa, reduciendo niveles de soledad, depresión y sobrecarga, confirmando que

promover el autocuidado y las técnicas de relajación y respiración disminuye de forma parcial, los niveles de estrés, dicho por Ramírez, Medina, et al.

También, y como segundo aspecto de interés, podemos observar que las técnicas de relajación y respiración tuvieron gran relevancia, pues estando relacionado al estrés, tuvo una significativa disminución de este, en los CPI, hablando específicamente de las sesiones 5 y 6, esto viéndolo por las temperaturas tomadas, pues incluso, guiándonos de Rodríguez y Hernández (2020) nos comenta que la temperatura periférica en la nariz es un indicador de regulación, donde más frío, significa más estresado, mientras que más calientes, más relajados.

Por esto visto, podemos ver que las intervenciones psicosociales y el acompañamiento son sumamente útiles para tener un bienestar subjetivo mejor, siempre y cuando el seguimiento siga progresivamente, sea así un cambio significativo no solo a corto plazo, sino a largo plazo. Si bien, no se puede decir que esto es efectivo para todos los participantes, si podemos decir que, el seguimiento de estas técnicas y acompañamiento pueden resultar una herramienta para disminuir el estrés y la sobrecarga, en el caso de los CPI.

6.1.4. Conclusión de la Etapa 1.

El trabajo como cuidadores primarios informales es poco conocido, este es visto con naturalidad ante la sociedad, tanto que el autocuidado queda echo a un lado por parte de quien tiene un dependiente bajo su cuidado. Las cuidadoras y autocuidadoras que decidieron unirse a este proyecto de intervención comprendieron y aceptaron ser cuidadoras cuando se dieron cuenta que este tipo de trabajo trajo consigo problemáticas que les ha sido difícil enfrentar.

El ser cuidador o autocuidarse requiere una serie de esfuerzos que en ocasiones suelen ser desgastantes para la salud, no solo física sino mentalmente pues al enfrentarse ante situaciones adversas donde su priorización se vuelve el dependiente se deja aun lado el cuidado personal, lo cual conlleva a generar trastornos como la depresión, el insomnio, la falta de apetito y la ansiedad. Existe una sobrecarga por cubrir no solo las necesidades del dependiente sino

también las tareas domésticas y algunas otras actividades que estén en su día a día, dejando a un lado el amor y respeto por ellas mismas.

En esta etapa las cuidadoras mostraron tener problemas al relacionarse con su entorno, pues al tener que realizar distintas tareas sin un apoyo ellas se mantenían de cierto modo aisladas provocando tener una falta de comunicación importante con sus círculos más cercanos, generando problemáticas y provocando así la soledad.

Se pudo observar como una intervención enfocada a la escucha activa y utilizando técnicas de relajación redujo estos trastornos bajando los niveles de estrés y promoviendo una mejor relación más asertiva con sus círculos cercanos, pues el hablar y ser escuchadas ayudó a validar sus sentimientos y sobre todo a sentirse ellas mismas valoradas generando así un aumento en su bienestar y en sus redes de apoyo.

En lo que concierne a la fase grupal el aprender nuevas técnicas de relajación, aprender nuevas temas como la implementación de límites, comunicación asertiva, apoyo social y entre alguno otros temas que se mencionaron ayudaron que su bienestar subiera de manera significativa, pues encontraron herramientas que las ayudaron a relacionarse de una mejor manera con sus redes de apoyo.

El trabajo que se realiza grupalmente se enfocó en seguir creando redes de apoyo, dando espacio a compartir vivencias, ideas y dudas sobre los temas expuestos durante las semanas de trabajo promoviendo así la confianza entre las cuidadoras y fortalecer aún más esa red de apoyo que existe entre las cuidadoras.

6.2. 2da Etapa.

En esta etapa, a diferencia de la anterior, contamos con todos los datos necesarios, teniendo en cuenta la población de las 15 diadas totales y del grupo “Protectoras con Amor”.

Para el análisis cualitativo, nos ayudamos del **programa Atlas.ti** para la codificación correcta de los datos de nuestras cuidadoras y del grupo trabajado, útil para las entrevistas,

notas, etc. Este programa nos fue de gran utilidad para darle una mayor razón de ser a las teorías planteadas en un principio, conociendo cómo cambiaron los discurso a lo largo de estas dos etapas , centrando la atención en conocer la decodificación, la categorización, hacer redes y la teorización (enfocándonos en las bitácoras).

En lo que concierne a los datos cuantitativos, al igual que la etapa anterior, nos ayudamos de los **programas Jamovi y Past**, esto en cuanto a los instrumentos aplicados durante el pre y el post, explicados mejor, en este apartado próximo.

6.2.1. Análisis cualitativo.

6.2.1.1. Fase 1 Individual.

Se hicieron 4 ejercicios de Escritura Emocional Autorreflexiva, donde se busca que les sea fácil poder narrar uno o varios momentos dolorosos, haciendo que las mismas narrativas cambien entre “lo que fui y quien fui” y él “lo que soy y quien soy”, viendo diferentes perspectivas y, como su nombre lo dice, reflexione el hecho, los pensamientos y sentimientos, así buscando que haya mejor comprensión del mismo, en resumen, buscar y acompañar una resignificación al acontecimiento.

Análisis de los enraizamientos, Ejercicio A.

Con ayuda del programa Atlas Ti se hizo una codificación de los ejercicios A, B, C y D de Escritura Emocional Autorreflexiva, esta misma se hizo con una serie de códigos ya establecidos para esta parte (*ver apartado de ANEXOS*), obteniendo 6 códigos totales (*ver Tabla 10. Enraizamientos del ejercicio A de F9 y R1*).

Tabla 10. Enraizamientos del ejercicio A de F9 y R1.

Código	Descripción	Enraizamientos
---------------	--------------------	-----------------------

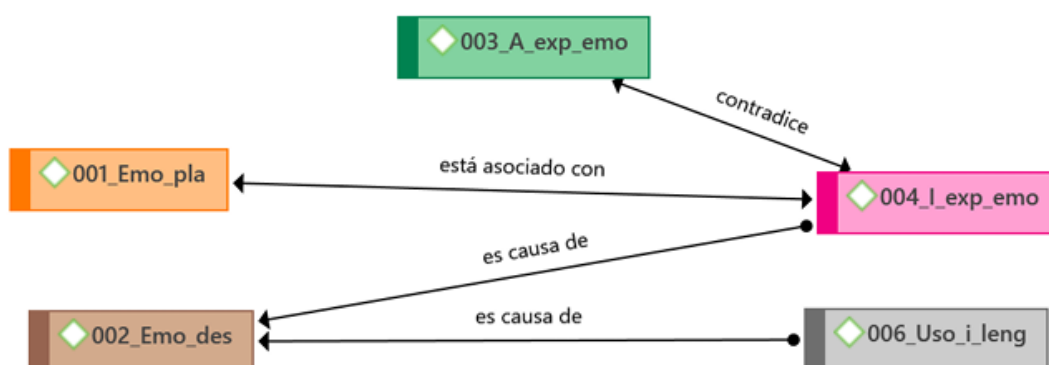
001_Emo_pla	Se refiere a las emociones placenteras descritas en el texto, aquellas que la persona considera le beneficia y/o disfruta.	1
002_Emo_des	Se refiere a las emociones desagradables que reporta la persona, es decir aquellas que no quisiera sentir o que le provocan malestar.	2
003_A_exp_emo	Se refiere a la expresión emocional adecuada, cuando las personas reportan que dan cabida congruente a la emoción que experimentan.	1
004_I_exp_emo	Se refiere a la expresión emocional inadecuada referida por la persona, es decir, aquellas expresiones poca habilidad para ser congruente entre la emoción y la expresión.	4
005_Uso_a_leng	Se refiere al uso adecuado posible para expresar sus emociones, es decir, que pueda comunicar de manera comprensible su sentir en el texto.	0
006_Uso_i_leng	Se refiere al uso inadecuado del lenguaje en la expresión de sus emociones.	1
Total de enraizamientos:		9

Fuente: Información obtenida del *Software Atlas Ti*.

Se puede apreciar que, se tuvieron en este ejercicio A, 9 enraizamientos totales, cabe mencionar que, estos enraizamientos es gracias a la suma de las veces que se repitió cada código, permitiendo que se obtenga información relevante. Esto, a su vez, nos dice que el

Esta nos permite ver de manera un poco más clara y organizada estos códigos, en los cuales nos ayuda para comparar, o en su defecto, contrastarlos, así teniendo un significativo análisis (ver Esquema 1. Red de códigos del ejercicio A de F9 y R1).

Esquema 1. Red de códigos del ejercicio A de F9 y R1.



Fuente: Imagen sacada del *Software Atlas Ti*.

A partir del Esquema 1, se puede observar las categorías más significativas en cuanto a la expresión, lenguaje y emoción junto a sus asociaciones. Logramos notar que la expresión emocional inadecuada contradice a la expresión emocional adecuada, llegando al punto de caer en ciertas incoherencias, pero esto es gracias a que lo generan las emociones placenteras: “sé que lo quiero porque es el padre de mis hijos” CPI.

Por otro lado, la expresión emocional inadecuada es motivada por las emociones desagradables, provocando que haya un uso del lenguaje inadecuado, reforzado por el mismo relato que escribió, pues incluso habla de acciones violentas:

“cuando yo le pregunté si era cierto él lo negó lo juro por su mamá, pero al final de cuentas terminó por aceptarlo. Yo me acuerdo que le di un par de cachetadas solamente así pude desahogar un poco el coraje e impotencia que sentía.” CPI.

Análisis de los enraizamientos, Ejercicio B.

En la *Tabla 10.1. Enraizamientos del ejercicio B de F9 y R1* se puede apreciar que, se tuvieron en este ejercicio B, 3 enraizamientos totales. Esto nos dice que los códigos con más enraizamientos fueron el “001_Emo_pla” (Emoción placentera), “003_A_exp_emo” (Expresión emocional adecuada) y “005_Uso_a_leng” (Uso adecuado del lenguaje) con 1 cada uno, resaltando que la expresión al momento de escribirlo fue mejor, a comparación del ejercicio B de EEA.

Tabla 10.1. Enraizamientos del ejercicio B de F9 y R1.

Código	Descripción	Enraizamientos
001_Emo_pla	Se refiere a las emociones placenteras descritas en el texto, aquellas que la persona considera le beneficia y/o disfruta.	1
002_Emo_des	Se refiere a las emociones desagradables que reporta la persona, es decir aquellas que no quisiera sentir o que le provocan malestar.	0
003_A_exp_emo	Se refiere a la expresión emocional adecuada, cuando las personas reportan que dan cabida congruente a la emoción que experimentan.	1
004_I_exp_emo	Se refiere a la expresión emocional inadecuada referida por la persona, es decir, aquellas expresiones poca habilidad para ser congruente entre la emoción y la expresión.	0
005_Uso_a_leng	Se refiere al uso adecuado posible para expresar sus emociones, es decir, que pueda comunicar de manera comprensible su sentir en el texto.	1

006_Uso_i_leng	Se refiere al uso inadecuado del lenguaje en la expresión de sus emociones.	0
----------------	---	---

Total de enraizamientos: 3

Fuente: Información obtenida del *Software Atlas Ti*.

Nube de palabras, Ejercicio B.

Aquí vemos las palabras que más destacaron al momento de la EEA, ejercicio B, resaltando pronombres, emociones, adjetivos y verbos en su mayoría, igual que se hizo con la *Ilustración 6.1*.

Ilustración 6.1. Nube de palabras del ejercicio B de F9 y R1.



Fuente: Imagen sacada del *Software Atlas Ti*.

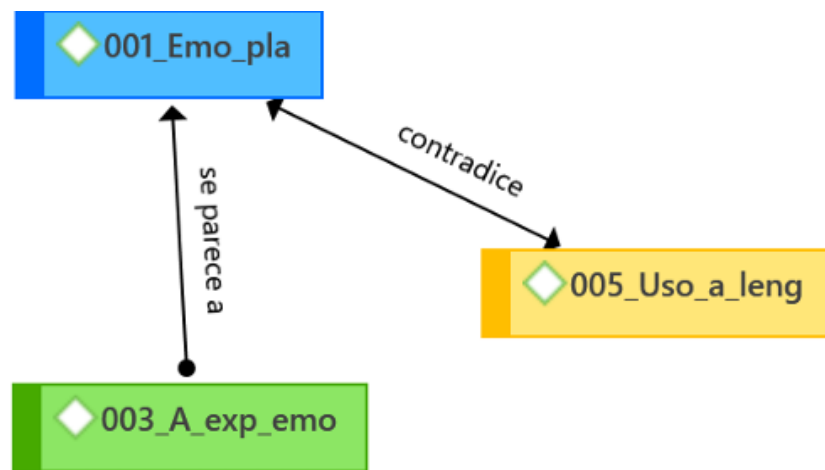
Con ayuda de la *Ilustración 5.1*, observamos que predominó en color naranja, el pronombre “ella”, ya que en este ejercicio que expresaran la situación en tercera persona, y la

manera más fácil para ambas cuidadoras llamarse así, incluso se ve en color azul el nombre “Erika”, esto fue a que una cuidadora para referirse a sí misma, ocupó este nombre.

Redes de códigos, ejercicio B.

En la Red siguiente (ver Esquema 1.1. Red de códigos del ejercicio B de F9 y R1), podemos ver de mejor manera lo dicho antes, les fue más fácil e incluso notando mejor redacción, además, de ese uso adecuado del lenguaje y placer en emociones.

Esquema 1.1. Red de códigos del ejercicio B de F9 y R1.



Fuente: Imagen sacada del *Software Atlas Ti*.

A partir del Esquema 1.1, se puede observar las categorías en cuanto a la expresión, lenguaje y emoción, así como también cómo se asocian. Aquí, podemos notar que la emoción placentera está ligada a un uso de lenguaje adecuado y de la correcta expresión emocional, pues se notó más tranquila para contar este suceso de otra manera y ligándose bien, percatandonos de que fue más fácil hablarlo en tercera persona: “una de las señoras habla a Erika por teléfono a su casa para reclamarle porque las había dejado ella le contestó que porque la combi no tenía en donde estacionarse” CPI.

Análisis de los enraizamientos, Ejercicio C.

En la *Tabla 10.2. Enraizamientos del ejercicio C de F9 y R1*, se puede apreciar que, se tuvieron en este ejercicio C, 7 enraizamientos totales. Esto, a su vez, nos dice que el código con más enraizamientos fue el “005_Uso_a_leng” (Uso adecuado del lenguaje) con 5, resaltando que la expresión al momento de escribirlo fue claro con lo que quisieron contar, notándose más tranquilas y en confianza para decirlo de manera coherentemente).

Tabla 10.2. Enraizamientos del ejercicio C de F9 y R1.

Código	Descripción	Enraizamientos
001_Emo_pla	Se refiere a las emociones placenteras descritas en el texto, aquellas que la persona considera le beneficia y/o disfruta.	2
002_Emo_des	Se refiere a las emociones desagradables que reporta la persona, es decir aquellas que no quisiera sentir o que le provocan malestar.	1
003_A_exp_emo	Se refiere a la expresión emocional adecuada, cuando las personas reportan que dan cabida congruente a la emoción que experimentan.	1
004_I_exp_emo	Se refiere a la expresión emocional inadecuada referida por la persona, es decir, aquellas expresiones poca habilidad para ser congruente entre la emoción y la expresión.	0
005_Uso_a_leng	Se refiere al uso adecuado posible para expresar sus emociones, es decir, que pueda comunicar de manera comprensible su sentir en el texto.	3
006_Uso_i_leng	Se refiere al uso inadecuado del lenguaje en la expresión de sus emociones.	0

Fuente: Información obtenida del *Software Atlas Ti*.

Nube de palabras, Ejercicio C.

Aquí vemos las palabras que más destacaron al momento de la EEA, ejercicio C, resaltando pronombres, emociones, adjetivos y verbos en su mayoría, como en las Ilustraciones 6 y 6.1. Cabe mencionar que en este se les ofreció un listado de palabras para apoyarse en su escritura (descrita en su apartado correspondiente).

Ilustración 6.2. Nube de palabras del ejercicio C de F9 y R1.



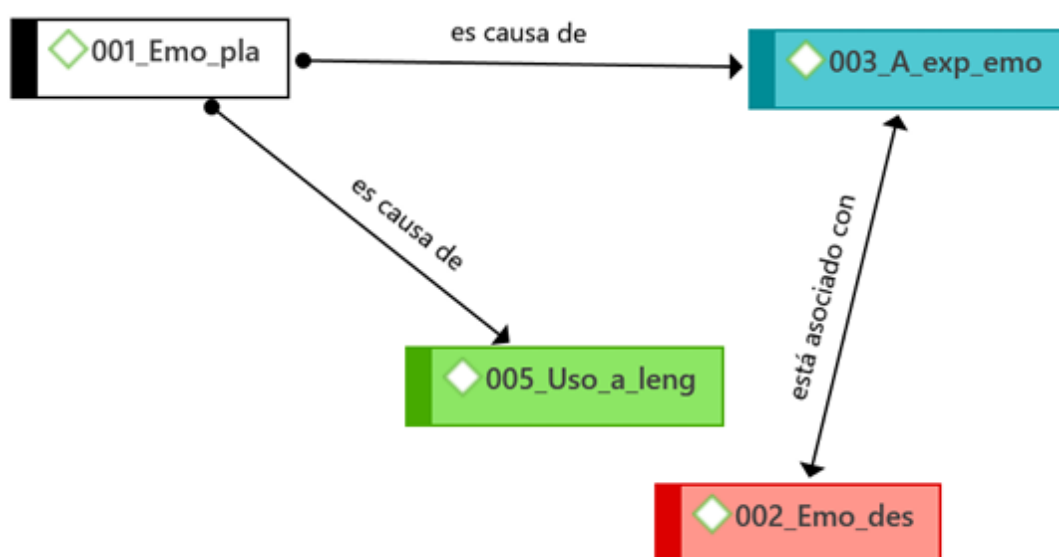
Fuente: Imagen sacada del *Software Atlas Ti*.

Con ayuda de la *Ilustración 6.2. Nube de palabras del ejercicio C de F9 y R1*, observamos que predominó en color azul, el pronombre “yo”, pues con mejor entendimiento

en los ejercicios, se observó mayor libertad y confianza en su escritura, reflejando de mejor manera la situación y como la ven al día de hoy, al igual que el pronombre esposo, fue disminuyendo a comparación de la Ilustración 5.

Redes de códigos, ejercicio C.

Esquema 1.2. Red de códigos del ejercicio C de F9 y R1.



Fuente: Imagen sacada del *Software Atlas Ti*.

A partir del Esquema 1.2. Red de códigos del ejercicio C de F9 y R1, se puede observar las categorías de emoción placentera y desagradable, expresión emocional adecuada y uso del lenguaje adecuado, al igual que como estas están asociadas. Viendo esta red, vemos que la emoción desagradable está muy relacionada con la expresión emocional adecuada, pues la emoción la ocupó como motivador para salir adelante de esa situación, también, apreciamos que a la emoción placentera se llegó gracias a que el uso del lenguaje fue adecuado y que la expresión emocional fue igual correcta, notándose gracias a las escrituras anteriores en comparación de esta: “gracias a ese engaño descubrí que yo podía salir adelante. cuando puse

mi negocio encontré personas que me dieron afecto y descubrí que la vida no se termina por un engaño” CPI.

Análisis de los enraizamientos, Ejercicio D.

En la *Tabla 10.3. Enraizamientos del ejercicio D de F9 y R1*, se puede apreciar que, se tuvieron en este ejercicio D, 7 enraizamientos totales. Esto nos dice que los códigos con más enraizamientos fueron el “001_Emo_pla” (Emoción placentera), “003_A_exp_emo” (Expresión emocional adecuada) y “005_Uso_a_leng” (Uso adecuado del lenguaje) con 2 cada uno, resaltando así que, la escritura a estas alturas fue más fluida y mucho más fácil que al inicio, lo que dio tiempo que de un ejercicio a otro hubiera mejor análisis en sus discursos, contribuyendo mejor entendimiento a su situación.

Tabla 10.3. Enraizamientos del ejercicio D de F9 y R1.

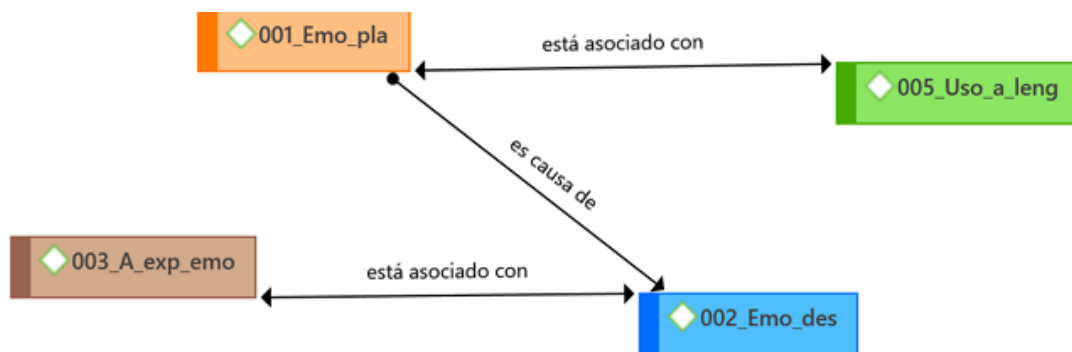
Código	Descripción	Enraizamientos
001_Emo_pla	Se refiere a las emociones placenteras descritas en el texto, aquellas que la persona considera le beneficia y/o disfruta.	2
002_Emo_des	Se refiere a las emociones desagradables que reporta la persona, es decir aquellas que no quisiera sentir o que le provocan malestar.	1
003_A_exp_emo	Se refiere a la expresión emocional adecuada, cuando las personas reportan que dan cabida congruente a la emoción que experimentan.	2
004_I_exp_emo	Se refiere a la expresión emocional inadecuada referida por la persona, es decir, aquellas expresiones poca habilidad para ser congruente entre la emoción y la expresión.	0

Fuente: Imagen sacada del *Software Atlas Ti*.

Con ayuda de la *Ilustración 6.3. Nube de palabras del ejercicio D de F9 y R1*, observamos que predominó en color azul, el pronombre “mi”, pues se notó que hubo mejor redacción y mejor expresión a su situación, se notó que hubo mejoramiento en sus emociones, pues al hablarlo, a comparación de la primera vez a este ejercicio, se apreció que lo hablan con menos dolor que le que percibían anteriormente..

Redes de códigos, ejercicio D.

Esquema 1.3. Red de códigos del ejercicio D de F9 y R1.



Fuente: Imagen sacada del *Software Atlas Ti*.

A partir del *Esquema 1.3. Red de códigos del ejercicio D de F9 y R1*, se puede observar las categorías de emoción placentera y desagradable, expresión emocional adecuada y uso del lenguaje adecuado, al igual que como estas están asociadas. Se aprecia aquí que, al igual que en el ejercicio C, el eje de esto fue la emoción placentera, pues al ver la red se observa que la emoción placentera llegó gracias a la emoción desagradable, llevando que, con el tiempo, la expresión emocional adecuada mejore, y así, ayudando a que el uso del lenguaje fuera el

adecuado, haciendo la comparación con el primer ejercicio se hace esta observación, llegando a que hubo una mejoría:

“ahora aprendí que la vida es bonita aun sin tener el amor de una pareja sé que tengo el amor de mis hijos de mis nietos de mi hermano que, aunque está lejos de mi cuando siento la necesidad de hablar con él le llamo y sé que me escucha” CPI.

Análisis de los enraizamientos, ambas participantes.

También, con la ayuda del mismo programa, se hizo una codificación de las bitácoras de las cuidadoras que ofrecemos la intervención (ver *Tabla 10.4. Enraizamientos de ambas participantes*), las participantes R1 y F9, esta codificación se hizo con una serie de códigos ya establecidos para esta parte, obteniendo 17 códigos totales (ver *apartado de ANEXOS*).

Tabla 10.4. Enraizamientos de ambas participantes

Códigos	Descripción	Enraizamientos
001_Asertividad	Se refiere a la comunicación directa y en pro de los derechos de la persona, sin afectar los intereses del otro.	1
002_Prosocial	Se refiere a las acciones encaminadas a integrarse a la comunidad de manera activa y en busca del desarrollo contextual.	3
003_Empatía	Se refiere a entender de la mejor manera posible las situaciones por las que está pasando alguien más.	3
004_PSPos	Se refiere a la percepción favorable del entorno y de la importancia de este.	4

005_Atribuciones	Se refiere a las atribuciones desde el punto de vista de la persona.	6
006_PSNeg	Se refiere a la percepción desfavorable del entorno, puede percibirse amenazador, limitante e incluso peligroso.	7
007_Hostilidad	Se refiere a los sentimientos de agresividad velada que se observan en conductas o acciones sobre otros.	4
008_LengAfec	Se refiere al lenguaje cálido y empático al comunicar información propia y de otros.	2
009_GesEmo	Gestión emocional. Se refiere a una adecuada gestión de las emociones, es decir, identificación, procesamiento y expresión de las emociones.	4
010_ExpInc	Expresión Incongruente. Se refiere a una deficiente gestión emocional, que va desde la baja identificación, procesamiento inconsciente y/o expresión inadecuada de las emociones.	11
011_Patogénicas	Se refiere a las conductas que generan malestar físico y emocional. Por ejemplo, uso de sustancias, autolesiones, negligencia, violencia, sedentarismo, etc.	9
012_Salutogénicas	Se refiere a conductas que promueven un bienestar físico y emocional. Por ejemplo, actividad física, alimentación adecuada, búsqueda de apoyo profesional, etc.	10
013_RelFamPos	Relaciones Familiares Positivas. Se refiere al establecimiento de relaciones familiares fuertes, flexibles, sanas, de cuidado y desarrollo.	2

014_RedApo	Redes de apoyo. Se refiere a la existencia de redes de apoyo fuera de la familia, pueden ser vecinales, sociales o institucionales.	3
015_ConProApo	Conocimiento de Programas de Apoyo. Se refiere al conocimiento y participación en programas sociales (no necesariamente de cuidadores).	0
016_RelFamNeg	Relaciones FAMILIARES Negativas. Se refiere al deterioro en las relaciones familiares donde existe la violencia, el maltrato, la negligencia, el subdesarrollo, etc.	9
017_GenSocD	Generadores Sociales de Deterioro. Se refiere a las condiciones del contexto comunitario que proporcionan el deterioro. Por ejemplo, violencia, pobreza, servicios urbanos, educación, etc.	1
Total de enraizamientos:		79

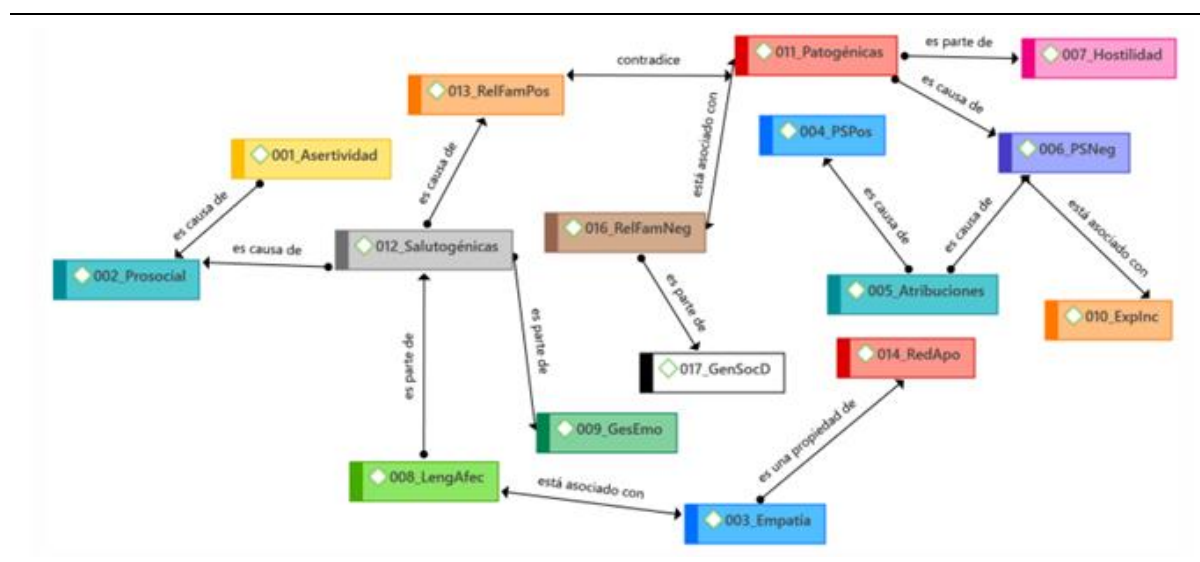
Fuente: Información obtenida del *Software Atlas Ti*.

En esta tabla notamos que, se tuvieron en el transcurso de las sesiones que se realizaron cada miércoles, un total de 79 enraizamientos, recordando que los enraizamientos salen gracias a la suma de las veces que se repitió cada código, ayudándonos a ver una información a destacar. Esto, a su vez, nos dice que el código con más enraizamientos fue el “010_ExpInc” (Explicación incongruente) con 11 repeticiones, dándonos cuenta que al momento de expresar emociones en momentos específicos no fue adecuada, pues hablar de ciertas cosas, se notó eso.

También es interesante decir que el código que siguió a este en repeticiones fue “012_Salutogénicas” con 10 repeticiones, esto puede notarse como una contradicción por el código anterior, pero a su vez, apreciamos que tienen actividades que les ayuda a sobrellevar

Esta nos permite ver de manera un poco más clara y organizada los códigos obtenidos, en los cuales nos ayuda para comparar, o en su defecto, contrastarlos, así teniendo un significativo análisis, y en este caso, confirmando lo dicho al final de la Tabla 10.4.

Esquema 1.4. Red de códigos de ambas cuidadoras.



Fuente: Imagen sacada del *Software Atlas Ti*.

A partir del Esquema 1.4, se puede observar las categorías más significativas junto con sus asociaciones. Dentro de las categorías positivas se encuentran la asertividad, que está vinculada con salutogénicas, gestión emocional y prosocial, dando como resultado un mejoramiento en el bienestar en sus vidas:

“Comentó que ya lleva una mejor relación con su hermana, a la cual le habla por teléfono y se preguntan cómo está y empiezan a establecer una conversación. El domingo pasado realizó una comida a la cual su esposo la ayudó y que no discuten, sino que se la pasaron bien, a lo cual nos menciona que la comunicación con su esposo es mejor ella ha aprendido aceptar sus errores y a soltar y eso la hace muy feliz. Con respecto a la comida menciona que a su hija no le gusto esto no le pareció, pero no le

tomó mucha importancia, ya que fue su cumpleaños sus hermanos le llevaron un pastel y le gustó mucho poder convivir con sus hermanos y su demás familia.” CPI.

Destacando igualmente, que el lenguaje afectivo y la empatía van de la mano gracias a las redes de apoyo.

Por otro lado, patogénicas se encontró relacionada completamente con hostilidad, esto debido a que las relaciones familiares negativas son el mayor foco de atención, haciendo que la percepción del entorno se vea desfavorable:

“Algo que es importante resaltar es que el hijo no estaba en casa, pero cuando llegó la sra ya no dijo ni contó nada más e incluso se secó las lágrimas, no quisimos indagar más al respecto y dimos paso a la escritura, en la cual no hubo mayor dificultad”. CPI.

Patogénicas y relaciones familiares positivas están en contraste, debido a que, si bien, han mejorado algunas relaciones, otras se han mantenido de manera negativa, y por consecuencia, desfavoreciendo las redes de apoyo, siendo los hijos y la pareja estas redes.

6.2.1.2. Fase 2 Grupal.

Como se dijo en un inicio, en cada sesión, sea individual o grupal, al final de cada una se realizaron bitácoras, y en el grupo “Protectoras con Amor” no fue la excepción, y al igual que en la Fase 1 Individual, nos dimos apoyo con el mismo software (*Atlas Ti*), donde como primer paso, se hizo una codificación de las mismas del grupo, esta codificación se hizo con una serie de códigos ya establecidos (*ver apartado de ANEXOS*), mismos que se ocuparon para el análisis de las cuidadoras, obteniendo 17 códigos totales (*ver Tabla 11. Enraizamientos de Protectoras con Amor*).

Tabla 11. Enraizamientos de Protectoras con Amor.

Códigos	Descripción	Enraizamientos
---------	-------------	----------------

001_Asertividad	Se refiere a la comunicación directa y en pro de los derechos de la persona, sin afectar los intereses del otro.	3
002_Prosocial	Se refiere a las acciones encaminadas a integrarse a la comunidad de manera activa y en busca del desarrollo contextual.	8
003_Empatía	Se refiere a entender de la mejor manera posible las situaciones por las que está pasando alguien más.	5
004_PSPos	Se refiere a la percepción favorable del entorno y de la importancia de este.	0
005_Atribuciones	Se refiere a las atribuciones desde el punto de vista de la persona.	2
006_PSNeg	Se refiere a la percepción desfavorable del entorno, puede percibirse amenazador, limitante e incluso peligroso.	2
007_Hostilidad	Se refiere a los sentimientos de agresividad velada que se observan en conductas o acciones sobre otros.	5
008_LengAfec	Se refiere al lenguaje cálido y empático al comunicar información propia y de otros.	4
009_GesEmo	Gestión emocional. Se refiere a una adecuada gestión de las emociones, es decir, identificación, procesamiento y expresión de las emociones.	1

010_ExpInc	Expresión Incongruente. Se refiere a una deficiente gestión emocional, que va desde la baja identificación, procesamiento inconsciente y/o expresión inadecuada de las emociones.	2
011_Patogénicas	Se refiere a las conductas que generan malestar físico y emocional. Por ejemplo, uso de sustancias, autolesiones, negligencia, violencia, sedentarismo, etc.	0
012_Salutogénicas	Se refiere a conductas que promueven un bienestar físico y emocional. Por ejemplo, actividad física, alimentación adecuada, búsqueda de apoyo profesional, etc.	4
013_RelFamPos	Relaciones Familiares Positivas. Se refiere al establecimiento de relaciones familiares fuertes, flexibles, sanas, de cuidado y desarrollo.	0
014_RedApo	Redes de apoyo. Se refiere a la existencia de redes de apoyo fuera de la familia, pueden ser vecinales, sociales o institucionales.	0
015_ConProApo	Conocimiento de Programas de Apoyo. Se refiere al conocimiento y participación en programas sociales (no necesariamente de cuidadores).	1
016_RelFamNeg	Relaciones FAmiliares Negativas. Se refiere al deterioro en las relaciones familiares donde existe la violencia, el maltrato, la negligencia, el subdesarrollo, etc.	0
017_GenSocD	Generadores Sociales de Deterioro. Se refiere a las condiciones del contexto comunitario que proporcionan el deterioro. Por ejemplo, violencia, pobreza, servicios urbanos, educación, etc.	1

Fuente: Información obtenida del *Software Atlas Ti*.

Observamos que en esta tabla, se consiguieron en el transcurso de las sesiones grupales, un total de 38 enraizamientos, gracias a la repetición de cada código, a su vez, observando información relevante. Esto, nos dice que el código con más enraizamientos fue el “002_Prosocial” con 8 repeticiones, presenciando así que hay buena participación de las integrantes, al igual que una buena cohesión entre ellas.

Se resalta igual que, los códigos con más repeticiones aparte del ya mencionado, fueron “003_Empatía” y “007_Hostilidad” con 5 repeticiones, importantes mencionarlos porque la hostilidad se vio en momentos específicos cuando había un punto de vista diferente, esto porque al ser hermanas dos integrantes, difirieron en unos puntos de vista acerca del cuidado:

“No se logró finalizar la cohesión que el grupo presentaba al iniciar la sesión, una de las integrantes tuvo que retirarse antes y justo después del tema, las hermanas Ayalit y Elena comenzaron una discusión que se fue acrecentando. El maestro Joel intentó intervenir, pero trataron de que tomara partido por alguna de las dos”.

Pero viendo igual que la empatía estaba presente en el grupo, esto gracias a esa misma cohesión se nota, resaltando un momento: “Ayalit se mostró muy empática con la señora Martha, cuando comenzó a llorar ella se acercó para estar con ella y le extendió el brazo. Elena también expresó con lágrimas su situación, nuevamente nos comentó sobre la pérdida de su familia”.

Nube de palabras de Protectoras con Amor.

Ilustración 7. Nube de palabras de Protectoras con Amor.

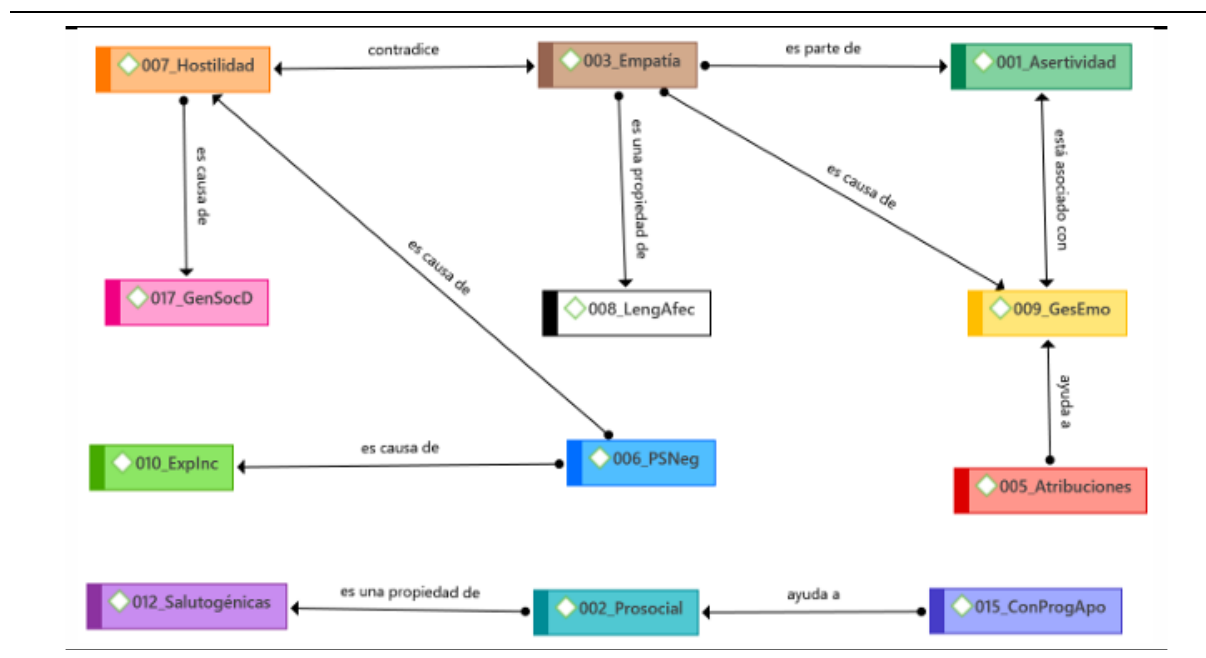


Fuente: Imagen sacada del *Software Atlas Ti*.

En la *Ilustración 7. Nube de palabras de Protectoras con Amor*, observamos que predominó en color rojo y azul, los pronombres “Ayalit” y “Elena”, esto debido a que fueron las participantes que más asistieron a las sesiones y a que fueron protagonistas en puntos específicos; ambas personas fueron muy activas en su participación, coincidiendo en unos puntos y otros no, en los que si, se compartían risas en todo el grupo, pero en algunos de los que no estaban de acuerdo, hubo en ocasiones, problemas entre ellas.

Redes de códigos de Protectoras con Amor.

Esquema 2. Red de códigos de Protectoras con Amor.



Fuente: Imagen sacada del *Software Atlas Ti*.

Dentro del Esquema 2, se observa la relación de la empatía con asertividad y lenguaje afectivo, así como una contradicción con la hostilidad, esto porque se percibe que, entre las cuidadoras existe empatía por lo que a cada una una vive en su situación como cuidadora y se muestran como una red de apoyo entre ellas: “Ayalit se mostró muy empática con la señora Martha, cuando comenzó a llorar, ella se acercó y le extendió el brazo como apoyo”. Como CPI han aprendido a ser asertivos en comunicar lo que quieren: “Clara mencionó una discusión entre su hijo y su esposo el cual fue un malentendido, pero después de hablar y escuchar el uno al otro se resolvió”; sin embargo, aún hay momentos en los que se cae en el conflicto por no estar de acuerdo en opiniones y pensamiento diferente, esto se suele dar más entre dos participantes ya que son familiares y tienen muchos problemas familiares. También se puede notar un lenguaje muy hostil por parte de una cuidadora, no ha podido resolver los conflictos que trae desde la niñez, entonces esto provoca discusiones en el grupo con su hermana, lo cual genera tensión a las demás participantes; también la hostilidad se vincula con los generadores

sociales de deterioro, ya que se evidencian problemas como la pobreza y violencia sexual y que a su vez hace que tenga una percepción negativa de su entorno generando desconfianza de quien los rodea.

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

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

6.2.2. Análisis cuantitativo.

6.2.2.1. Fase 1 Individual.

Índice de Cambio Observable (CCO), Etapa 2.

Con cuidadora F9 tuvo cambios significativos en las variables de Satisfacción por la vida y afecto positivo, estas tuvieron un aumento a causa de que la cuidadora nos mencionaba que comenzó a realizar actividades que le gustaban como salir a caminar en las mañanas, coser y tener una mejor relación con su hermana y su esposo.

En variables como alegría, satisfacción, calma, bienestar, paz, dicha, tranquilidad, placer tuvo una disminución debido a que las escrituras expresivas le trajeron recuerdos no gratos como cuando su esposo le quiso pegar y ella salió corriendo de su casa y cuando sufrió depresión. En las variables de Irritabilidad y desdicha hubo una disminución de estas variables, pues menciona la cuidadora que a la hora de conversar con su esposo cuando él se molesta ya no busca pelear sino le da su espacio para que se calme y hablen tiempo más tarde ya que se encuentren tranquilos.

En las variables de Melancolía, soledad y miedo hubo un aumento debido a que con la escritura expresiva mencionó que en los momentos que pasó se sentía sola porque ya no se encontraba su madre y extrañaba a su hermano que falleció.

Con la cuidadora R1, hubo un aumento en las variables de alegría, plenitud, satisfacción, calma, y bienestar, la cuidadora menciona que se sintió un poco más liberada con los ejercicios de escritura expresiva pues expresó todos los sentimientos que había guardado.

En la variable de afecto positivo hubo disminución y en las variables de Malestar psicológico, paz, dolor, desdicha, melancolía, soledad, miedo, incertidumbre e irritabilidad hubo un aumento, esto a causa de que en las escrituras expresivas recordó momentos que le dolieron mucho, como la infidelidad de su marido, una situación de acoso hacia su nieta la muerte de sus padres y vivió una situación de robo y desconfianza durante esta etapa (ver Tabla 12. Índice CCO de las participantes, Etapa 2).

Tabla 12. Índice CCO de las participantes, Etapa 2.

Variable	F9			R1		
	Pre	Post	CCO	Pre	Post	CCO
Bienestar	38	39	0.02*	31	30	-0.03
• <i>Satisfacción por la vida</i>	20	21	0.05	15	18	0.2
• <i>Afecto pos.</i>	18	18	0	16	12	-0.25*
Atención plena	70	72	0.02*	80	82	0.02

Malestar psicológico	12	10	-0.16	19	12	-0.3*
Felicidad	1	4	3	3	3	0
Alegría	5	4	-0.2*	3	5	.066*
Plenitud	3	3	0	3	4	0.33*
Satisfacción	5	4	-0.2*	3	5	0.66*
Calma	5	4	-0.2*	4	5	0.25*
Bienestar	5	3	-0.4*	3	5	0.66*
Paz	5	4	-0.2*	5	3	-0.4*
Dicha	5	4	-0.2*	4	4	0
Tranquilidad	5	4	-0.2*	4	4	0
Placer	5	4	-0.2*	1	1	0
Sufrimiento	2	3	0.5*	3	3	0
Dolor	3	3	0	3	1	-0.66*
Tristeza	2	3	0.5*	4	4	0

Desilución	3	3	0	3	3	0
Desdicha	1	3	2*	4	1	-0.75*
Melancolía	4	1	-0.75*	3	4	0.33*
Soledad	2	1	-0.5*	3	1	-0.66*
Miedo	3	1	-0.66*	4	1	-0.75*
Incertidumbre	2	3	0.5*	4	2	-0.5*
Irritabilidad	2	4	1*	2	3	0.5*

Nota: *se refiere a los cambios más significativos que hubo en las participantes.

6.2.2.2 Fase 2 Grupal.

Medidas psicosociales de malestar.

Al inicio del programa, todos los participantes reportaron sintomatología de malestar psicológico. El 32.6% de los CPI reportaron niveles bajos de malestar psicológico, el 23.9% indicó sintomatología moderada, el 28.2% presentó grados altos y el 15.21% reportó sintomatología muy alta.

Medidas psicosociales de bienestar.

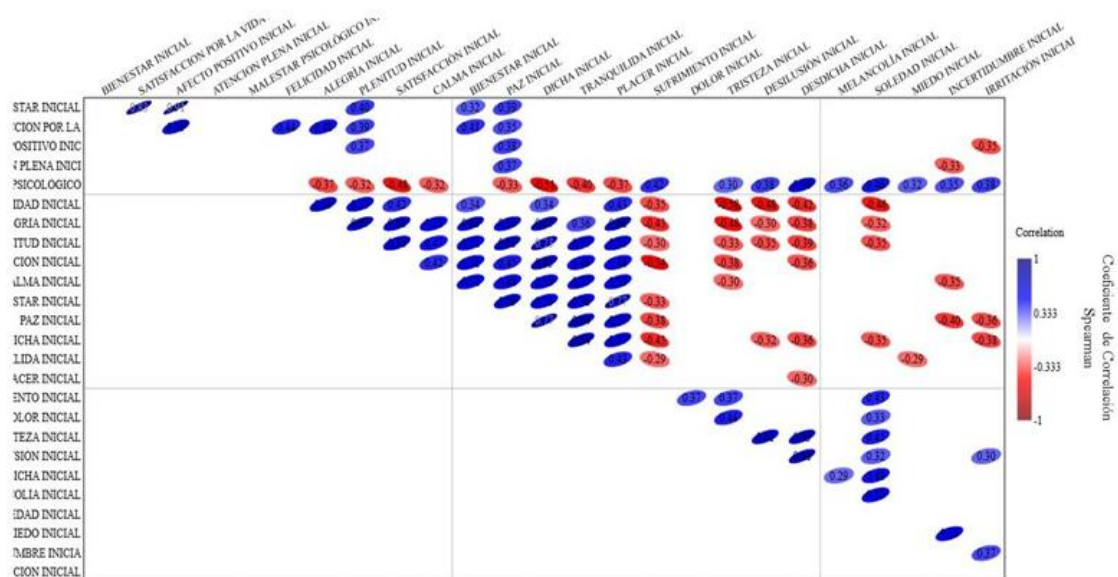
Se observó que la puntuación media del bienestar de los CPI (4.20 ± 1.20) significativamente menor a la reportada por Calleja y Manson (2020) (5.41 ± 1.41) ($t=7.55$, (50), $p < 0.001$, $d= 1.06$).

Análisis correlacional, Etapa 2.

El puntaje de Malestar Psicológico se asoció mayormente con desdicha, sufrimiento, soledad y desilusión e inversamente se asoció principalmente con dicha, satisfacción, tranquilidad, alegría y placer. El puntaje de la variable de Sufrimiento se asoció especialmente con Malestar psicológico, soledad, dolor y tristeza, contrariamente se asoció mayormente con alegría, satisfacción, dicha y paz. Y en el puntaje de la variable tristeza la asociación más fundamental que tuvo fue con malestar psicológico, desilusión, desdicha y soledad, opuestamente, se relacionó con felicidad, alegría y satisfacción.

En la variable de Bienestar se asoció con Placer, paz, tranquilidad, felicidad y alegría e inversamente con Sufrimiento. Con respecto a la variable plenitud se relacionó con dicha, tranquilidad, calma, satisfacción y bienestar, contrariamente se asoció con sufrimiento, tristeza, desilusión desdicha y soledad (ver Ilustración 8. Análisis correlacional, Etapa 2).

Ilustración 8. Análisis correlacional, Etapa 2.



Fuente: Imagen sacada del *Software Past*.

Efecto del acompañamiento psicosocial sobre malestar y bienestar del CPI, Etapa 2.

En el análisis grupal se observó un aumento significativo en el puntaje de Atención Plena, plenitud y calma. De igual manera se percibió una reducción en los puntajes de malestar psicológico y desilusión del cuidador con tamaños del efecto mediano en Atención plena, plenitud y calma, con respecto a las variables de malestar y desilusión el tamaño del efecto es pequeño (ver Tabla 13. *Efecto del acompañamiento psicosocial sobre malestar y bienestar del CPI, Etapa 2*).

Tabla 13. Efecto del acompañamiento psicosocial sobre malestar y bienestar del CPI, Etapa 2.

Variables	Pre	Post	Estadístico	P	TE
Bienestar	33.6 (9.78)	35.0 (8.18)	W= 290	0.421	0.167
• <i>Satisfacción por la vida</i>	16.3 (5.69)	17.4 (4.49)	W= 226	0.385	0.193
• <i>Afecto pos.</i>	17.3 (5.66)	18.7 (5.46)	W= 268	0.058	0.418
Atención plena	59.3 (14.8)	63.3 (13.4)	T= 2.65 (30)	0.013	0.476
Malestar psicológico	21.9 (8.51)	19.8 (8.21)	T= -3.58 (30)	0.001	-0.643
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)	3.59 (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	0.176	-0.368
Tristeza	3.09 (1.058)	3.00 (0.984)	W= 49	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	0.142	-0.379

Soledad	2.38 (1.43)	2.22 (1.39)	W= 49	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	0.112	-0.411
Irritabilidad	2.94 (1.22)	2.78 (1.24)	W= 47	0.465	-0.217

6.2.3. *Discusión.*

Durante esta etapa de la intervención se buscó ver los efectos que se generaban con el acompañamiento de los CPI que constó de 9 sesiones, cada una de ellas de 30 a 60 minutos, trabajando con diferentes actividades de la escritura expresiva, buscando evaluar aspectos dolorosos en los que hayan sido partícipes y cómo estos sucesos afectan en su vida diaria. A su vez observar como la atención plena ayuda a las CPI a centrarse en el aquí y ahora.

Como primer aspecto, en los resultados arrojados por la investigación, se pudo observar que la escucha activa ayudó a reducir los niveles de tristeza, desdicha, y melancolía pues como lo mencionan López & Rodríguez (2021) y Mejía Guachichullca, et al. (2024) está fortalece las relaciones interpersonales, debido a que se genera una conexión emocional con la otra persona.

En el caso de la escritura expresiva se pudo notar que, en algunos de los CPI, el escribir sobre algún suceso doloroso o traumático ayudó a que sus niveles de alegría, plenitud, satisfacción y calma subieran pues como menciona Pennebaker y Beall (1986) el llevar a cabo esta actividad encontraron mayores beneficios en sus pensamientos y sentimientos a corto plazo. De igual manera la escritura expresiva ayuda a reducir las visitas al médico, tener un

mayor rendimiento y la forma de interacción, causando así que el aumento en el bienestar fuera significativo en las cuidadoras primarias, confirmando así lo dicho por Baikie Karen A. & Whilhelm Kay (2018).

En los resultados, también se puede percibir que en algunos casos el bienestar y otras variables positivas no existió un cambio significativo y que, en algunas variables como el malestar psicológico, desilusión, melancolía, soledad y otras variables negativas subieron debido a que los CPI recordaron momentos dolorosos con los cuales no han trabajado sino simplemente han dejado pasar y/o pasaron por momento inesperados como el robo, problemas familiares, pérdidas, entre algunos otros sucesos.

No todos los participantes lograron llegar al término de la intervención a causa de diferentes situaciones como el compromiso, problemas familiares y/o de trabajo, administración de su tiempo, entre otras situaciones, esto provocó que los análisis se redujeron y los resultados fueran más dispersos.

En el análisis cualitativo presentado, en cuanto a la Escritura Emocional Autorreflexiva se vio un cambio en el discurso de ambas participantes, en el caso de R1 se logró una reflexión positiva en su momento más doloroso, pues en un inicio se vio una expresión emocional inadecuada, mismo caso que F9, hasta llegar a poderlo expresar de una mejor manera, visto desde sus escrituras y desde la observación a ellas, aparte de esa buena expresión se notó que cambiaron de verlo como una limitante, lo manejaron como motivación para salir adelante por su cuenta, esto obtenido al momento.

En sus bitácoras semanales podemos confirmar esto dicho, pues en un principio se apreció que aparte de una expresión inadecuada de sus emociones, el manejo de las mismas no siempre fue así, pero se ayudaban de las sesiones dadas y de actividades que hacían en sus días, haciendo que se sientan mejor con las situaciones que viven, siendo esto, su mayor apoyo.

Con respecto al grupo, a pesar de aquel conflicto entre las participantes, se ha visto unión al momento de interactuar y convivir entre sí, esto siendo ayuda para que sean prosociales, integrándose más al grupo o bien, uniéndose más entre sí.

6.2.4. Conclusión de la Etapa 2.

En esta segunda etapa en la fase individual las cuidadoras trabajaron en la escritura emocional autorreflexiva la cual le ayudó a soltar situaciones que les causaban dolor y angustia a pesar de que estas situaciones ya había ocurrido hace un tiempo, la escritura emocional autorreflexiva la vieron como una herramienta para lograr validar sus sentimientos, autoconocerse y buscar su bienestar. Reconocieron aspectos en los que requieren trabajar pues estas les generan estrés e impiden tener una grata salud psicológica y física.

Las cuidadoras mencionan seguir con esta práctica ya que lo ven como un desestresor que les ayuda a tomar en cuenta si en ciertas situaciones tienen o no el control y como es que pueden manejarlos, ya que comentan que en ciertas ocasiones no tienen con quien platicar y esta escritura la ven como algo terapéutico que le ayudará más adelante a afrontar situaciones complicadas.

Durante las sesiones donde tuvieron que escribir se percataron que las situaciones que mencionan aparentemente eran situaciones que ya habían superado y que ya nos les generaba algún tipo de ruido, pero al realizar este ejercicio notaron que realmente lo que sucedió es que habían invalidado ese sentimiento y simplemente lo dejaron pasar sin trabajar en él.

En la fase grupal se pudo percibir que la cercanía que tenían entre los integrantes era mayor aunque en ocasiones no se encontraban de acuerdo con las ideas que se compartían en las sesiones, pero de igual manera se percataron que aún les hace falta trabajar en este tipo de situaciones, pues mencionan que no por ser o asistir al grupo todas deben pensar o tener las mismas ideas.

En ambas fases se les recordó la importancia que tienen las técnicas de relajación y las respiraciones, siendo estas unas herramientas para poder ayudar a bajar sus niveles de estrés e inclusive a tener una comunicación asertiva con sus circulas cercanos.

6.3. 3ra Etapa.

En esta tercera etapa se trabajó únicamente con la fase 2 Grupal, fusionando así a las cuidadoras de la fase 1 con las de la fase 2, durante esta etapa se recopiló y analizó la información obtenida por el grupo de “Productoras con amor”, cabe mencionar que esta etapa tuvo un número reducido de participantes.

Los análisis presentados consistieron en la aplicación del instrumento WHODAS 2.0 de 36 reactivos, el cual permitió medir la salud y la discapacidad que presentaban las cuidadoras, teniendo en cuenta que entre más alto sea el puntaje más discapacidad tienen las personas y al contrario entre más bajo sea el puntaje mayor salud tendrá la personas que realice este instrumento.

Se trabajó con dos tipos de análisis uno cualitativo en donde el objetivo consistió describir los resultados más relevantes de algunas variables del mismo instrumento y otro cuantitativo el cual tuvo como objetivo comparar un Pre-Post teniendo así una mejor cotejación de los datos obtenidos. Los análisis fueron ejecutados por el programa *software IBM SPSS Statistics*.

Cabe resaltar que en esta etapa el análisis cualitativo se llevó a cabo con la fusión de los tre grupos, el grupo “Colibrí” el cual trabajó en el local de la Unión de Colonos, el grupo “Museo” el cual llevó su trabajo dentro del museo de San Miguel Teotongo y el grupo de “Protectoras con amor” el cual trabajo dentro de la Utopía de San Miguel Teotongo.

Para el análisis cuantitativo se fusionaron los resultados de la etapa 1 y 2 de los grupos de “Colibrí” de la Unión de Colonos y el grupo “Protectoras con amor” de la Utopía de San Miguel Teotongo.

6.3.1. Análisis cualitativo.

6.3.1.1. Fase 2 Grupal.

En esta tercera etapa se analizó el instrumento WHODAS 2.0 ejecutándose por medio del programa IBM SPSS Statistics en el cual se analizó cada uno de los reactivos que conformaron el instrumento. Los cuales se describirán a continuación de manera más específica.

Durante esta intervención de los 43 cuidadores participaron en esta tercera etapa (por parte de los tres grupos) el 31.6% de los participantes se encuentran en un estado civil actualmente Separados, mientras tanto el 26.3% de las personas se encuentra casados y el otro 26.3% de los participantes se encuentra en un estado civil.

Tabla 14. Tabla de Frecuencias Reactivo 1

¿Cuál es tu estado civil actual?						
			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca ha estado casado (a)	2	4.7	10.5	10.5	
	Actualmente casado (a)	5	11.6	26.3	36.8	
	Separado	6	14.0	31.6	68.4	
	Divorciado (a)	1	2.3	5.3	73.7	
	Viudo (a)	5	11.6	26.3	100.0	
	Total	19	44.2	100.0		
Perdidos	999	24	55.8			
Total		43	100.0			

Para este reactivo el 43.2% de los participantes no presenta dificultad para concentrarse en hacer algo durante en un lapso de diez minutos, mientras que el 32.4% de los participantes presentan una leve dificultad para realizar alguna tarea en algún lapso de diez minutos sin perder la concentración en esta misma, sin embargo solo el 2.7% de los cuidadores presentaron severos problemas de concentración para realizar una actividad.

Tabla 14.1 Tabla de Frecuencias Reactivo 3

En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para concentrarse en hacer algo durante diez minutos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	16	37.2	43.2	43.2
	Leve	12	27.9	32.4	75.7
	Moderada	8	18.6	21.6	97.3
	Severa	1	2.3	2.7	100.0
	Total	37	86.0	100.0	
Perdido s	999	6	14.0		
Total		43	100.0		

En este reactivo se puede observar que el 51.4% de los cuidadores tienen leves problemas para poder aprender a realizar nuevas tareas, mientras que el 45.9 % de ellos dicen no tener ningún problema con aprender a realizar nuevas tareas pues estas no se les dificulta y solo un 2.7% de la población que participe presentaron problemas moderados con el aprendizaje de nuevas tareas.

Tabla 14.2. Tabla de Frecuencias Reactivo 6

¿Aprender una tarea nueva, por ejemplo, aprender cómo llegar a un nuevo lugar?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	17	39.5	45.9	45.9
	Leve	19	44.2	51.4	97.3
	Moderada	1	2.3	2.7	100.0
	Total	37	86.0	100.0	
Perdidos	999	6	14.0		
Total		43	100.0		

El comenzar y mantener una conversación en ocasiones suele ser un problema, pero para el 61.9% de los cuidadores que participaron mencionan no tener ninguna dificultad para sostener una conversación o comenzar, para el 21.4% del total de participantes tuvieron un nivel leve de dificultad para iniciar una conversación, sin embargo para el 4.8% de los participantes presentaron severas complicaciones para iniciar y sostener una conversación con las personas que los rodean.

Tabla 14.3 Tabla de Frecuencias Reactivo 8

¿Comenzar y mantener una conversación?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	26	60.5	61.9	61.9
	Leve	9	20.9	21.4	83.3

	Moderada	5	11.6	11.9	95.2
	Severa	2	4.7	4.8	100.0
	Total	42	97.7	100.0	
Perdidos	999	1	2.3		
	Total	43	100.0		

En este reactivo se evaluó la capacidad que tiene los cuidadores para poder mantenerse de pie por largos periodos tomando como lapso un intervalo de tiempo de 30 minutos lo cual arrojó resultados como que el 70.3% de los cuidadores no presentan ninguna dificultad para poder estar parados por un largo tiempo, el 13.5 % de los participantes mostraron que tienen una leve dificultad para poder mantenerse de pie, sin embargo el 5.4% mostró severas complicaciones para sostenerse de pie por largos periodos.

Tabla 14.4 Tabla de Frecuencias Reactivo 9

¿Estar de pie por largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	26	60.5	70.3	70.3
	Leve	5	11.6	13.5	83.8
	Moderada	4	9.3	10.8	94.6
	Severa	2	4.7	5.4	100.0
	Total	37	86.0	100.0	
Perdidos	999	6	14.0		
	Total	43	100.0		

Para el 74.4% de los cuidadores no presentan ninguna dificultad para moverse dentro de su hogar, mientras que el 14.0% presentan una leve dificultad de movimiento dentro de su hogar mientras que el 9.3% de los cuidadores muestran una moderada dificultad de movimiento y el 2.3% de los participantes muestra una severa complicación de movilidad.

Tabla 14.5 Tabla de Frecuencias Reactivo 11

		¿Moverse dentro de su hogar?			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	32	74.4	74.4	74.4
	Leve	6	14.0	14.0	88.4
	Moderada	4	9.3	9.3	97.7
	Severa	1	2.3	2.3	100.0
	Total	43	100	100.0	

Para 64.9% de los cuidadores no presentan ninguna dificultad para caminar grandes distancias, para el 13.5% presenta una dificultad leve para la poder caminar largas distancias al igual que otro 13.5% de los cuidadores presenta una dificultad moderada para caminar una larga distancias, sin embargo el 5.4% de los participantes mostraron una severa dificultad para caminar grandes distancias.

Tabla 14.6 Tabla de Frecuencias Reactivo 13

		¿Caminar una larga distancia como un kilómetro (o equivalente)?			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	24	55.8	64.9	64.9

	Leve	5	11.6	13.5	78.4
	Moderada	5	11.6	13.5	91.9
	Severa	2	4.7	5.4	97.3
	Extrema/No puede hacerlo	1	2.3	2.7	100.0
	Total	37	86.0	100.0	
Perdidos	999	6	14.0		
Total		43	100.0		

En este reactivo se muestra qué tanta dificultad tuvieron los participantes para poder estar sin alguna compañía en donde el 83.7% de los cuidadores mostraron no tener ninguna dificultad de pasar algunos días a solas, el 9.3% tuvo un leve problema al permanecer solo y el 4.7% tuvo severos problemas para poder quedarse solos.

Tabla 14.7 Tabla de Frecuencias Reactivo 17

En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para quedarse solo (a) durante unos días?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	36	83.7	83.7	83.7
	Leve	4	9.3	9.3	93.0
	Moderada	1	2.3	2.3	95.3
	Severa	2	4.7	4.7	100.0
	Total	43	100	100.0	

Durante este reactivo se evaluó la dificultad que tenían las personas de relacionarse con personas que no conocían a lo cual el 44.4% de los participantes refirieron no tener ninguna dificultad para conocer y relacionarse con nuevas personas, el 29.6% mencionó que tenían una leve dificultad para relacionarse con personas que no fueran de su círculo y el 18.5 % admitió tener severas complicaciones para relacionarse con personas desconocidas.

Tabla 14.8 Tabla de Frecuencias Reactivo 18

En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para relacionarse con personas que no conoce?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	12	27.9	44.4	44.4
	Leve	8	16.6	29.6	74.1
	Moderada	2	4.7	7.4	81.5
	Severa	5	11.6	18.5	100.0
	Total	27	62.8	100.0	
Perdidos	999	16	37.2		
Total		43	100.0		

6.3.2. Análisis cuantitativo.

6.3.2.1. Fase 2 Grupal.

Durante esta etapa se llevó a cabo el análisis de las tres etapas del instrumento del WHODAS 2.0 siendo que los primero 2 análisis se centró en la fusión de los grupos Colibrí de la Unión de Colonos y el grupo Protectoras con amor de la Utopía de Sn Miguel Teotongo. Se le aplicaron tres veces este instrumento en las etapas correspondientes para observar si hubo algún cambio obtenido a lo largo del año en que se trabajó con ellas.

El instrumento del WHODAS 2.0 está enfocado en dar a conocer el estado de salud físico y psicosocial de quienes lo contestan, que en este caso va enfocado a las cuidadoras primarias y así se pueda conocer cómo es que se encuentran antes y después de la intervención psicosocial. A continuación se presentan los datos ya procesados con el uso del programa estadístico IBM SPSS Statistic.

En la siguiente tabla se muestran los resultados obtenidos de la primera etapa en la que se llevó a cabo la aplicación del instrumento con su pre-post, de igual manera se puede observar los resultados de la segunda etapa los cuales se aplicaron nuevamente dos veces con la finalidad de tener un pre y un post (*ver Tabla 15. Sumatoria de reactivos pre*). En esta tabla se puede examinar que hubo una disminución de 6.97 en el puntaje al comparar el pre 1 con el post 2, lo que nos da a entender que hubo una disminución en la dificultad que las cuidadoras tenían al realizar alguna actividad.

Tabla 15. Sumatoria de los reactivos pre

	Medición Pre/Post	N	Subconjunto para alfa=.05
			1
HSD Tukey	Post 2	10	41.70
	Post 2	10	43.10
	Pre 2	11	44.36
	Pre 1	12	48.67
	Sig		.653

Análisis de Prueba ANOVA de los resultado grupales del WHODAS

La prueba de ANOVA se realizó con el objetivo de realizar la comparación del grupo de Colibrí el cual trabajó en la Unión de Colonos, el grupo de Protectoras con amor el cual llevó a cabo su trabajo en la Utopía de San Miguel Teotongo y el grupo Museo que se encontró trabajando en el museo de San Miguel Teotongo.

Tabla 16. Resultados de la Prueba de ANOVA WHODAS Aplicación Grupal

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F
Entre Grupos	305.555	3	101.852	.664
Dentro de Grupos	7783.767	39	191.749	
Total	7783.767	42		

Fuente: Software IBM SPSS Statistics

En este análisis podemos observar la suma de cuadrados en donde la variable de “Entre grupos” muestra un resultado de 305.555 y en la variable “Dentro de los grupos muestra un resultado de 7783.767, lo cual se puede interpretar que no hubo ningún cambio significativo (ver *Tabla 16. Resultados de la prueba de ANOVA WHODAS Aplicación Grupal*).

6.3.3. *Discusión.*

Esta etapa se basó en una sola fase la cual fue grupal, distribuida en 10 sesiones de 60 hasta 120 minutos dependiendo la participación y la asistencia que se tuviera con las cuidadoras. Se buscó evaluar la capacidad de las cuidadoras de relacionarse con personas que no estaban incluidas en su círculo social cercano, de igual manera se buscó analizar la capacidad de realizar diferentes actividades como caminar, aprender cosas nuevas, concentrarse en alguna situación o actividad, mantener e iniciar una conversación entre algunos otros aspectos.

Durante esta etapa se analizó en la parte cualitativa las respuestas dadas por las y los cuidadores de los tres grupos (Grupo Colibri, Grupo Museo y Grupo Protectoras con Amor) en donde a grandes rasgos se pudo observar que la discapacidad de realizar ciertas actividades en la mayoría de los participantes se logró reducir la discapacidad de efectuar ciertas actividades..

En el análisis cuantitativo constó de analizar el instrumento WHODAS 2.0 en el cual se encontró al comparar el pre de la primera etapa, fase Grupal con el post de la segunda etapa de la fase Grupal notando un ligero cambio en la dificultad que tienen los y las cuidadoras a la hora de realizar sus diferentes actividades, ya sean en casa o fuera de ella.

De igual manera se analizó la comparación de los tres grupos trabajados en la Colonia San Miguel Teotongo, el grupo Colibrí de la Unión de Colonos, el grupo Museo del Museo de San Miguel Teotongo y el grupo Protectoras con amor de la Utopía San Miguel Teotongo en donde no se encontró un cambio significativo, esto no quiere decir que no haya habido algún cambio sino que el tamaño de este fue muy pequeño o existió alguna inconsistencia que provocará que este cambio no fuera perceptible.

6.3.4. Conclusión de la Etapa 3.

En esta etapa se trabajó únicamente con la fase 2 Grupal, ya que se fusionaron con las fase 1 individual buscando así una cercanía entre las cuidadoras del año pasado y las nuevas integrantes de grupo, buscando así que las nuevas integrantes creen un espacio donde se sientan seguras y sea visto con una red de apoyo.

A manera de recordatorio es importante mencionar que el número de participantes disminuyó conforme a las sesiones, aunque en todas las semanas se buscaba un acercamiento con cuidadoras que no tenían constante asistencia no se logró que esto cambiará debido a que algunas expusieron problemáticas con los tiempos.

En conclusión de esta tercera etapa se puede decir que el trabajo realizado por cada uno de los facilitadores que trabajo de manera grupal con los cuidadores si ayudo a disminuir la sobrecarga de los cuidadores y que aunque en ocasiones como estás el cambio es muy pequeño y no se perciba no quiere decir que la intervención que se realizó en los grupos no ayudó, sino simplemente se necesita de seguir trabajando con los participantes.

La fusión que se dio entre las cuidadoras individuales y las que ya pertenecían al grupo ayudaron a crear una lazo afectivo entre las participantes pues esto se pudo observar dentro de las sesiones ya que en un inicio la timidez solo les permitía saludar y dudar en participar per conforme se fueron dando las sesiones ese lazo afectivo creció pus entre la cuidadoras ya se podia notar una conversacion mas afectiva entre ellas.

7. CONCLUSIONES GENERALES

Concluyendo esta investigación se reconoce que el papel de un cuidador primario informal es un trabajo infravalorado por la sociedad, pues no se le presta la importancia necesaria a cada una de las actividades que lleva a cabo una persona que tiene bajo su cuidado a un dependiente.

Si bien es cierto ser cuidador es un trabajo de tiempo completo y el cual se va ejerciendo en diferentes etapas de la vida, pues cuando nacemos cada uno de nosotros necesita y somos dependientes de alguien, que en este caso sería de nuestros padres, en cada una de estas etapas en la cuales nos desarrollamos llegamos ejercer ambos papeles desde ser un dependiente hasta convertirnos de un cuidador dependiendo las circunstancias que se nos presenten, ya que aunque no se tenga un dependiente se ejerce el autocuidado el cual comparte ciertas características con un cuidado primario.

Durante el trayecto de la investigación se pudo observar que existen diferentes factores externos de los cuales se ve influenciado el cuidador a dejar a un lado su propia salud para dedicarse a su dependiente, pero sin embargo con esta intervención se reflexiono y se reconsidero la importancia del bienestar en un cuidador para su misma persona y para poder seguir siendo parte de la vida de su dependiente con ciertos límites.

Llevar a cabo esta investigación fue muy enriquecedora pues se obtuvieron aportaciones importantes sobre temas de la vida cotidiana, que a pesar de ser situaciones que se enfrentan seguido en ocasiones no se les presta la atención o se dificulta resolver de una manera asertiva.

Los objetivos planteados de esta investigación se lograron cumplir, pues la calidad de vida de los cuidadores mejoró de una manera considerable obteniendo un cambio en la forma en que se relacionaban con sus círculos cercanos y creando nuevas redes de apoyo con las cuales se sintieran seguras y en confianza. De igual manera se logró que las participantes aceptaran y reconocen el papel que desarrollan en su vida cotidiana el cual es el de ser un

cuidador primario informal, encontrando durante estas etapas herramientas que les funcionaran a llevar una vida con hábitos saludables no solo para sus dependientes sino para ellas mismas.

Las cuidadoras lograron identificar situaciones que les generaban sobrecarga, estrés, depresión, trastornos del sueño y algunos otros problemas con los cuales trabajaron en las diferentes etapas de la intervención, de igual manera lograron encontrar herramientas que les sirviera no solo a mejorar su bienestar psicológico sino también físico.

Este programa se llevó a cabo en tres etapas diferentes con dos fases, siendo que la fase individual consistió en trabajar con las nuevas participantes y prepararlas para que en la tercera etapa se unieran a la fase grupal y así crearán su nueva red de apoyo con las demás cuidadoras, las cuales ya habían trabajado anteriormente de forma individual. En la fase grupal se tuvo como objetivo seguir dando herramientas que les ayudarán a seguir trabajando en su persona y en la forma en que se relacionaban con sus entornos.

Por último rescatamos la importancia de la salud física y psicológica que deben tener cada uno de las personas, no solo por ser cuidadoras o dependientes, la salud en toda la extensión de la palabra merece ser reconocida y valorada por cada uno de nosotros. Comprender y reconocer las emociones y sentimientos son parte evolucionar como personas, de regular,autoconocernos y autoreflexionar de las acciones que realizamos para nosotros mismos y los demás.

8. SUGERENCIAS

8.1. 1ra Etapa.

8.1.1. Fase 1 Individual.

- Tener mayor divulgación del programa de intervención social, para tener un mayor número de posibles participantes
- Llevar a cabo un cronograma más específico de los posibles temas a tratar con los cuidadores individuales
- Crear escenarios donde se haga uso de los primeros auxilios psicológicos con los compañeros y recibir una orientación más específica de cómo ponerlos en práctica.
- Estructurar actividades más lúdicas para tocar temas que resultan difíciles de hablar para los cuidadores

8.1.2. Fase 2 Grupal.

- Divulgar con tiempo el inicio del programa de intervención con el grupo y así asista el mayor número de cuidadoras posibles
- Mejorar el servicio de cafetería y adecuarlo conforme a la temporada proponiendo diferentes bebidas para las temporadas de calor.
- Estructurar un mejor programa de los temas presentados para evitar ser repetitivos

8.2. 2da Etapa.

8.2.1. Fase 1 Individual.

- Plantear desde un inicio que tipo de escalas se aplican y si estas tendrán que aplicarse al inicio y final de las etapas
- Ejemplificar la escritura emocional autorreflexiva en el aula para evitar errores con los cuidadores
- Recibir recomendaciones en la terminación de las sesiones para evitar que estas se prolonguen más tiempo de lo planeado.

8.2.2. Fase 2 Grupal.

- Apoyarse más de actividades lúdicas durante las sesiones
- Crear más recursos didácticos para las actividades
- Buscar la manera de contar con equipo audiovisual para apoyar con videos al tema presentado

8.3. 3ra Etapa.

8.3.1 Fase 2 Grupal.

- Divulgar con anticipación el regreso a las actividades del programa, los horarios y el lugar donde se llevarán a cabo.
- Adaptar las actividades dependiendo del número de participantes que asistan.
- Tener una mejor organización durante las sesiones para evitar que estas duren más tiempo de lo esperado.
- Citar a los participantes 10 o 15 minutos antes de la hora para que lleguen en ese lapso y así evitar que las actividades se retrasen y se prolonguen.

9. LIMITACIONES

9.1. 1ra Etapa.

9.1.1. Fase 1 Individual.

- Al comienzo de esta fase se volvió complicado encontrar participantes, pues no querían recibir la ayuda.
- Algunos posibles participantes se comprometieron a iniciar el programa pero a la siguiente semana ya no nos abrieron.
- Hubo un pequeño retraso con los temas debido a que aún no se encontraban participantes seguros para la intervención.
- La participante R1 no tuvo la sesión número 5 debido a un problema personal.

9.1.2. Fase 2 Grupal.

- Al inicio del programa no se contaba con un lugar fijo para llevar a cabo las sesiones grupales
- Al no tener un lugar fijo, algunas cuidadoras no asistieron la primera semana ya que no nos encontraban
- En algunas sesiones no asistían todas las cuidadoras que iniciaron

9.2. 2da Etapa.

9.2.1. Fase 1 Individual.

- Las cuidadoras no tuvieron la primera sesión debido a que no se encontraban en sus domicilios a pesar de que se les avisó del inicio de la segunda etapa.
- Existieron algunos retrasos con el programa debido a que en las sesiones la participante F9
- La participante F9 no tuvo la sesión 3 debido a alguna situación personal.

9.2.2. Fase 2 Grupal.

- No se tuvo la primera sesión debido a que las cuidadoras no asistieron, aunque se les avisó del inicio de las actividades.
- La asistencia de las cuidadoras disminuyó, ya que en ocasiones solo llegaban 3 participantes y su asistencia no era constante
- Las actividades planteadas en la organización de la sesión se vieron afectadas debido a la poca asistencia de las cuidadoras.

9.3. 3ra Etapa.

9.3.1 Fase 2 Grupal.

- La asistencia era incierta durante todas las sesiones, pues en ocasiones llegaban 5 participantes y en otras solo llegaba 1.
- Las actividades tienen que adaptarse al número de asistentes que llegaban.

- La cuidadora R1 ya no asistió a esta tercera etapa debido a que su dependiente fue operada de nuevo y su esposo también tuvo que ser operado de emergencia.

10. REFERENCIAS

- Alarcón, A., Munuera, L. & Montes, A. (2017). La Teoría Fundamentada en el Marco de la Investigación Educativa. Saber, Ciencia Y Libertad. Vol. 12, No.1 enero-junio 2017 Págs. 236-245. <https://doi.org/10.18041/2382-3240/saber.2017v12n1.1475>
- Cuñat, R. (2007). Aplicación de la teoría fundamentada (grounded theory) al estudio del proceso creación de empresas. DECISIONES GLOBALES, 1. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2499458.pdf>
- Candelas, I. (2024). APLICACIÓN DE LA TEORÍA POLIVAGAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. NeuronDiverso. <https://www.neurondiverso.org/aplicacion-de-la-teoria-polivagal-en-la-practica-clinica/>
- López, I. (2025). Teoría polivagal de Porges: el poder de la respuesta vagal en tus emociones. Clínica, D. I. L. F. P. <https://iratxelopezpsicologia.com/teoria-polivagal-porges/>
- Vasconcelos, B. (2015). Manejo de emociones en la mujer: Lecturas Rápidas Para El Bienestar Emocional De Las Mujeres. Cap. 6, Págs. 86-95.
- Vasconcelos, B. (2015). Manejo de emociones en la mujer: Lecturas Rápidas Para El Bienestar Emocional De Las Mujeres. Cap. 6, Págs. 101-108.
- Vasconcelos, B. (2015). Manejo de emociones en la mujer: Lecturas Rápidas Para El Bienestar Emocional De Las Mujeres. Cap. 8, Págs. 170-176.
- Pereira, M. (2007). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44770311>
- Grau, J., García, C., & Vargas, E. (2013). “Perder, sufrir y seguir”: el proceso de duelo. unidapsa Editores.
- Meza, E., García, S., Torres, A., Castillo, L., Sauri, S., & Martínez, B. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47316103007>

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

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

Calañas-Continente, A. (2005). Alimentación saludable basada en la evidencia. Endocrinología y Nutrición. <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-alimentacion-saludable-basada-evidencia-13088200>

García, A., & Valdez, E. (2024). Análisis de intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento y control de la presión arterial en el contexto latinoamericano. RESPYN Revista de Salud Pública y Nutrición, 23(4), 28-38. <https://doi.org/10.29105/respyn23.4-821>

Montero, M. (2004). Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina. <https://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Introducci%C3%B3n%20a%20la%20psicolog%C3%ADa%20comunitaria.%20Desarrollo,%20conceptos%20y%20procesos..pdf>

Mori, M. (2009). RESPONSABILIDAD SOCIAL. UNA MIRADA DESDE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA. Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68611924010>

Ramírez, R., Valdez, L., & Ferrer, J. (2012). RELEVANCIA ACTUAL DE LA INVESTIGACIÓN - ACCIÓN PARTICIPATIVA. Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=732280192003>

Gutiérrez, C., & Lima, A. (2024). Juventud y suicidio en la región fronteriza norte de México: un estudio de caso desde la Teoría Ecológica de Bronfenbrenner. <https://www.redalyc.org/journal/6721/672177297009/>

Ramos, B., & Jarrillo, E. (2014). El cuidado informal de personas con enfermedad renal crónica. Una mirada desde la salud colectiva y la teoría de las representaciones sociales. Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=141131696009>

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

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, (s. f.). Autocuidado y bienestar para personas cuidadoras. gob.mx. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/autocuidado-y-bienestar-para-personas-cuidadoras?idiom=es>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, (s. f.). La importancia del autocuidado en cuidadoras y cuidadores de perso. . . . gob.mx. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/importancia-del-autocuidado-de-quien-cuida-a-personas-adultas-mayores-dependientes?idiom=es>

Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, V., Rivero, R., García, L., & Oblitas, L. (2008). ANSIEDAD, DEPRESIÓN y SALUD. Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13421260>

López, Y., Díaz, Y., Cintra, Y., & Limonta, R (2014). Estrés, el “gran depredador”. Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757261019>

López, Y., Díaz, Y., Cintra, Y., & Laugart, A. (2014). Manejo tradicional del estrés. Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757253019>

Mendez, I. (2018). Miedo al abandono: causas, síntomas, tratamiento. *PsicoPortal*. <https://psicoportal.com/fobias/miedo-al-abandono/>

Sabater, V. (2023). Cómo superé el miedo al abandono. La Mente Es Maravillosa. <https://lamenteesmaravillosa.com/como-supere-el-miedo-al-abandono/>

Cervera, I., López, C., Alcántara, M., & Castro, M., (2020). CONSECUENCIAS DEL MALTRATO CRÓNICO INTRAFAMILIAR EN LA INFANCIA: TRAUMA DEL

DESARROLLO. Papeles del Psicólogo - Psychologist Papers, 41(2).
<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2934>

Mendez, M., Klos, M., & Lemos, V. (2021). BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LOS ADOLESCENTES: UN MODELO EXPLICATIVO BASADO EN LA COMPASIÓN y AUTOCOMPASIÓN. <https://www.redalyc.org/journal/3691/369170422044/>

Suárez, M. (s. f.). IDENTIFICACIÓN y UTILIDAD DE LAS HERRAMIENTAS PARA EVALUAR EL APOYO SOCIAL AL PACIENTE Y AL CUIDADOR INFORMAL. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582011000100010#:~:text=Puede%20definirse%20como%20la%20prestaci%C3%B3n,por%20la%20ayuda%20que%20ofrecen

Mourão, C., & Costa, N. (2015). Memória. Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1884257301>

Greshko, M. (2019, 13 marzo). Memoria humana: como creamos, recordamos y olvidamos los recuerdos. National Geographic. <https://www.nationalgeographicla.com/ciencia/2019/03/memoria-humana-como-creamos-recordamos-y-olvidamos-los-recuerdos>

Aguilar, L. (2021). Diferencias entre miedo y fobia. La Mente Es Maravillosa. <https://lamenteesmaravillosa.com/diferencias-entre-miedo-y-fobia/>

Espinoza, A., & Castilla, L. (2017). Cultura política en San Miguel Teotongo [Tesis Licenciatura, Universidad Autónoma de la Ciudad de México]. https://www.repositorioinstitucionaluacm.mx/jspui/bitstream/123456789/317/3/ARACELI%20ESPINOZA_CPAU%20LETICIA%20CASTILLA_CPAU_unlocked.pdf

Utopias iztapalapa - Google my Maps. (s. f.). Google My Maps. <https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1mMk4-ZjksX7scr-8Ad6f2dVmuVeesUuk&femb=1&ll=19.355627288811124%2C-98.99316273652353&z=18>

Utopias Iztapalapa CDMX | Bienvenidos a las Utopias en Iztapalapa, Ciudad de Mexico. (s. f.). <https://utopias.mx/>

Addati, L., Cattaneo, U., & Valarino, V. (2019). CAPÍTULO 1. El trabajo de cuidados y los trabajadores y trabajadoras del cuidado: qué son y porqué importan. En *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente* (1.a ed.). Oficina Internacional del Trabajo. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_737394.pdf

Ortega, D., & Heras, D. (2021). Diseño Exploratorio Secuencial (DEXPLOS), procedimiento e instrumento para el análisis de narrativas históricas escolares desde la perspectiva de género. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado Continuación de la Antigua Revista de Escuelas Normales*, 96(35.1). <https://doi.org/10.47553/rifop.v96i35.1.87493>

Stanhope, J. (2016). Patient Health Questionnaire-4. *Occupational Medicine*, 66(9), 760-761. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqw165>

Fundación Pasqual Maragall, (2021). Test de Zarit: Una herramienta para medir la sobrecarga del quienes cuidan. <https://blog.fpmaragall.org/test-de-zarit>

Martín, M., Cerquera, A., Fernández, M., Higuaita, J., Galván, G., Guerrero, M., & Riquelme, A. (2019). Estructura factorial del Cuestionario de Apoyo Social MOS en ancianos colombianos con dolor crónico. *Terapia Psicológica*, 37(3), 211-224. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082019000300211>

Tinajero, L., Mora, J., Bravo, A., Cruz, B., Calleja, N., & Toledano, F. (2023). Design, Development, and Validation of the Self-Perceived Health Scale (SPHS). *Healthcare*, 11(14), 2007. <https://doi.org/10.3390/healthcare11142007>

Calleja, N., & Mason, T. (2020). Escala de Bienestar subjetivo (EBS-20 y EBS-8): construcción y validación. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - E Avaliação Psicológica*, 55(2). <https://doi.org/10.21865/ridep55.2.14>

Carranza, M. (2015). Bienestar y apoyo social. Universidad de Sinaloa. [Diapositivas]. SlideShare. <https://es.slideshare.net/slideshow/bienestar-y-apoyo-social/48589087>

Nicho, T., Melendrez, D., Palacios, M., Arias, M., & Olivas, L. (2023). Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS): propiedades psicométricas en universitarios peruanos. *Propósitos y Representaciones*, 11(3). <https://doi.org/10.20511/pyr2023.v11n3.1874>

Muñoz, F. (2019). Validación de la escala “Mindfulness Attention Awareness Scale-Adolescents (MAAS-A), versión española” de Calvete, Sampedro, y Orue (2014), en el adolescentes pertenecientes a la ciudad de Chillán. Tesis para título de Psicólogo, Universidad del Bio-Bio, Escuela de Psicología. Red de Bibliotecas - Chile. <http://repobib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/2907/1/Mu%C3%B1oz%20Cartes%2C%20Felipe%20Antonio.pdf>

Gallardo, A. (2024). Validez y confiabilidad de la escala de trastorno de ansiedad generalizada 7 (GAD 7) en pacientes de 12 a 17 años que acuden a la UMAE Hospital Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS. Tesis de posgrado, UNAM. UNAM-Dirección General de Bibliotecas. <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000852106/3/0852106.pdf>

Pedroso, M., Márquez, M., Fernandes, J., Gallego, L., Jiménez, L., Nuevo, R., & Losada, A. (2021). Validation of the Spanish version of the Three-Item Loneliness Scale (Validación de la versión española de la Escala de Soledad de Tres Ítems). *Studies In Psychology Estudios de Psicología*, 43(2), 311-331. <https://doi.org/10.1080/02109395.2021.1989889>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2010). MEDICIÓN DE LA SALUD Y LA DISCAPACIDAD. Manual para el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS. Whodas 2.0. Servicio Nacional de Rehabilitación.

Velasco, P., Rivera, S., Domínguez, A., Méndez, F., & Díaz, R. (2019). Escala de Afecto Positivo/Afecto Negativo en México (APAN-M): Evidencias de Validez y Confiabilidad. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional Autónoma de México. <https://repositorio.unam.mx/contenidos/escala-de-afecto-positivoafecto-negativo-en-mexico-apan-m-evidencias-de-validez-y-confiabilidad-4117372>

Vargas, B., Villamil, V., Rodríguez, C., Pérez, J., & Cortés, J. (s. f.). Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. Propiedades psicométricas. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000400005

7 Aprendizajes convivencia. (s. f.). calameo.com. <https://www.calameo.com/read/005820669f1df621cda46>

Admin, & Admin. (2022a, septiembre 1). Si transgredes las normas, la culpa impide que lo repitas. Gaceta UNAM. <https://www.gaceta.unam.mx/si-transgredes-las-normas-la-culpa-impide-que-lo-repitas/>

Admin, & Admin. (2022b, septiembre 1). Trabajemos en la tolerancia a la frustración. Gaceta UNAM. <https://www.gaceta.unam.mx/trabajemos-en-la-tolerancia-a-la-frustracion/#:~:text=Significa%20ser%20capaces%20de%20afrontar,tal%2C%20puede%20trabajarse%20y%20desarrollarse.>

Atrévete a saber. (2011, 16 septiembre). Redes 42: La receta para el estrés - neurociencia [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=tnAYhBeWAjc>

Baikie, K. A., & Wilhelm, K. (2005a). Emotional and physical health benefits of expressive writing. *Advances In Psychiatric Treatment*, 11(5), 338-346. <https://doi.org/10.1192/apt.11.5.338>

Baikie, K. A., & Wilhelm, K. (2005b). Emotional and physical health benefits of expressive writing. *Advances In Psychiatric Treatment*, 11(5), 338-346. <https://doi.org/10.1192/apt.11.5.338>

Bienestar - Bienestar Integral UDD. (2021, 22 septiembre). Bienestar Integral UDD. <https://bienestarintegral.udd.cl/que-es-bienestar-integral/>

buzonuv@uv.mx. (s. f.). Conceptos – Observatorio de Calidad de Vida y Salud Social (OCVS). <https://www.uv.mx/ocvs/que-es-el-bienestar/componentes-bienestar-subjetivo/>

Calleja, N., Mason, T. A., & Pérez, O. G. (2022). Escala de Bienestar Subjetivo, versión corta (EBS-8): Revalidación, invarianza de medición y teoría de respuesta al ítem. *Acta Colombiana de Psicología*, 25(1), 203-217. <https://doi.org/10.14718/acp.2022.25.1.13>

De la Rubia, J. M., & Basurto, S. R. (2016). Machismo, victimización y perpetración en mujeres y hombres mexicanos. <https://www.redalyc.org/journal/316/31646035003/html/>

Digital, M. (2023, 19 noviembre). ¡Amigo, date cuenta! Pasos para dejar prácticas machistas y construir vínculos sanos. Grupo Milenio. <https://www.milenio.com/politica/pasos-para-dejar-de-ser-machista>

Eidman, L., De Behrends, M. R., & Seif, G. (2022). Propiedades psicométricas de la Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) en estudiantes universitarios argentinos. *Ciencias Psicológicas*. <https://doi.org/10.22235/cp.v16i1.2560>

El sistema de salud mexicano. (s. f.). Universidad Anáhuac México. <https://www.anahuac.mx/mexico/noticias/El-sistema-de-salud-mexicano>

Equipo editorial, Etecé. (2025, 11 marzo). Entorno - Qué es, tipos, factores y diferencia con contexto. Concepto. <https://concepto.de/entorno/>

Estrés. (s. f.). <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/stress>

Guachichullca, C. E. M., Del Pilar Segovia Bermeo, A., Chuncho, S. D. E., & Del Rocío Figueroa Solano, S. (2024a). Escucha Activa como Estrategia Didáctica para el Desarrollo de Habilidades Sociales en Estudiantes del Bachillerato. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(6), 6476-6494. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i6.9178

Guzman, C. (2024, 19 agosto). La importancia del cuidado del cuidador. *La Nueva Serenidad*. <https://lanuevaserenidad.com/blog/cuidado-del-cuidador/>

Influencia de la localización del tumor en la sobrecarga del cuidador principal en pacientes hospitalizados con cáncer avanzado. (s. f.). <https://www.medicinapaliativa.es/Influencia-de-la-localizacion-del-tumor-en-la-sobrecarga-del-cuidador-principal-en-pacientes-hospitalizados-con-cancer-avanzado588>

José, C. R. H., & Rosa, O. M., MA. (s. f.). Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000100007&lng=es&tlng=es.

La situación de los cuidados a largo plazo en América Latina y el Caribe. (2023). <https://doi.org/10.37774/9789275326879>

León-Hernández, R. C., Mártir-Hernández, E. B., Torres-Compeán, Y. G., Sánchez-Garcés, K. A., & Gutiérrez-Gómez, T. (2020). Dependencia percibida y síntomas depresivos en cuidadores primarios informales de personas con enfermedades no transmisibles. *CienciaUAT*, 86-98. <https://doi.org/10.29059/cienciauat.v15i1.1386>

Maldonado, K. C. U., Ramirez, L. A. O., Sagarduy, J. L. Y., & Muñoz, M. C. E. (2017a). Percepción del machismo, rasgos de expresividad y estrategias de afrontamiento al estrés en hombres adultos del noreste de México. *Acta Universitaria*, 27(4), 59-68. <https://doi.org/10.15174/au.2017.1273>

Maldonado, K. C. U., Ramirez, L. A. O., Sagarduy, J. L. Y., & Muñoz, M. C. E. (2017b). Percepción del machismo, rasgos de expresividad y estrategias de afrontamiento al estrés en hombres adultos del noreste de México. *Acta Universitaria*, 27(4), 59-68. <https://doi.org/10.15174/au.2017.1273>

Méndez, L., Giraldo, O., Aguirre-Acevedo, D., & Lopera, F. (2010). Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo alzheimer por mutación e280a en presenilina 1. *Redalyc.org*. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179314915007>

Montalvo-Prieto, A. A., Sierra-Leguía, L., & Carmona-González, Y. (2022). Apoyo social y carga del cuidador del paciente con cáncer: revisión sistemática. *Revista Ciencia y Cuidado*, 19(1), 119-134. <https://doi.org/10.22463/17949831.3104>

Pardo, X. M., Cárdenas, S. J., Cruz, A. V., Venega, J. M., & Magaña, I. M. (2014). Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. *Psicooncología*, 11(1). https://doi.org/10.5209/rev_psic.2014.v11.n1.44918

Ramos, J. C. R., Bedoya, W. J. H., & Hernández, C. A. R. (2024). Sobrecarga del Cuidador Informal en paciente con Enfermedades Crónicas, en un Prestador Primario de Salud, Montería - Córdoba, 2023. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(3), 2929-2945. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i3.11509

Riveros, L. C., Núñez, J. J. C., Millán, E. M. A., Mejía, R. C., Corona, J. A. A., Miranda, L. M. G., Gutiérrez, R. E., Gutiérrez, C. G., Ortiz, M. O., Revilla, J. S., & Cornejo, R. E. Z. (2022). La actividad física para la salud y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. En Ediciones Comunicación Científica eBooks. <https://doi.org/10.52501/cc.085>

TEDx Talks. (2017, 20 diciembre). Bienestar y malestar ¿Es igual a salud y enfermedad? | Carlos Barclay | TEDxBariolche [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=akz2qoJnK3A>

Torres, B. (2023, 17 noviembre). Machismo: afecta tanto a mujeres como a hombres - UNAM Global. UNAM Global - de la Comunidad Para la Comunidad.

https://unamglobal.unam.mx/global_revista/machismo-afecta-tanto-a-mujeres-como-a-hombres/

Torres, R. H. (2025, 3 abril). La teoría del apego: qué es, postulados, aplicaciones y trastornos.

<https://neuronup.com/neurociencia/neuropsicologia/la-teoria-del-apego-que-es-postulados-aplicaciones-y-trastornos/>

Ullauri, M. V. R. (2017). Editorial. Revista Médica del Hospital José Carrasco Arteaga, 9(2), 114-115. <https://doi.org/10.14410/2017.9.2.ed.18>

Vicente-Ramírez, L. E., Medina-Reyna, V., Medina, D. A. R., Aguilar, M. C., Ortega, J. J. V., & Ibarra, J. o. M. (2022). Acompañamiento psicosocial en cuidadores primarios informales: Mindfulness, calidad de vida y apoyo social a distancia. Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social, 8(1). <https://doi.org/10.22402/j.rdi.pycs.unam.e.8.01.2022.385>

Vista de Dependencia percibida y síntomas depresivos en cuidadores primarios informales de personas con enfermedades no transmisibles. (s. f.).

<https://revistaciencia.uat.edu.mx/index.php/CienciaUAT/article/view/1386/749>

11. ANEXOS

Durante el trayecto de la intervención comunitaria en cada etapa se hizo uso de bitácoras, en las cuales se iba reportando específicamente cada uno de los procesos por el cual iban atravesando las cuidadoras.

En este anexo se encuentran las bitácoras de la primera y segunda etapa de ambas cuidadoras. A continuación se presenta el siguiente link donde estas se encontraran las distintas bitácoras con la información y fotografías de las cuidadoras.

- <https://docs.google.com/document/d/1PN9tE300OUFIMfP9VADYqjROOyhR5TwiBC9rNCqMyvU/edit?usp=sharing>

De la misma manera se anexan las bitácoras grupales las cuales contienen cada uno de las sesiones de manera específica y con fotografías que se fueron tomando a lo largo de las sesiones trabajadas.

- https://docs.google.com/document/d/1JzzglOXJz_vigoz8R-yyjOVM6c2T1yhR-XysLxGMME/edit?usp=sharing