

Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD IZTAPALAPA**

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

**“Cuidando al cuidador: Estrategias y acompañamiento para promover el bienestar
psicosocial en un contexto individual y grupal en San Miguel Teotongo,
Iztapalapa, Ciudad de México”**

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

Presentan:

Andrea Serrano González | 2203048919

Tania Téllez Pérez | 2193017615

Mtro. José Joel Vázquez Ortega

Asesor



Mtro. Jesús Omar Manjarrez Ibarra

Lector

Trimestre 25-I
Ciudad de México, Abril 2025

Dedicatoria

Dedicado al amor recibido. A mis padres por el amor incondicional y sus consejos, a mis hermanos por su cariño, a mis amigos por la compañía, a la música por trasmitirme y con especial amor a esos seres que me ven desde el cielo.

Agradecimientos

Gracias a mis padres Mónica y Andrés por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar, creer en mi y en mis expectativas, gracias a mi madre por estar dispuesta a acompañarme cada noche de estudio y sus consejos, gracias a mi padre por desear y anhelar siempre lo mejor para mi vida.

A mis hermanos que me cuidaron desde que era pequeña y donde pude encontrar unos segundos padres, donde siempre hubo amor a pesar de todo, con una mención especial a mi hermano Andrés que llego para enseñarme a entender nuevas formas de querer, de expresar y de sentir, que me mostró su mundo color azul para comprender más sobre la vida, mi más grande inspiración y motivación siempre será el.

Gracias a Dios por la vida de mis padres, también porque cada día bendice mi vida con la hermosa oportunidad de estar y disfrutar al lado de las personas que sé que más me aman.

A esos seres que me ven desde el cielo en especial a mi abuelo Manuel y mi perrita Yin, a mis amigos Sam, Meli, Itza y Carlos que me acompañaron en este último paso que parecía eterno, a todos mis amigos que conocí en esta etapa y que siempre los llevare en mi corazón, para esas personas que solo estuvieron de paso por mi camino en la universidad pero que también fueron parte de este proceso.

Gracias a la música que me salvo de muchas maneras, sobre todo en una etapa crucial en mi vida, agradezco que la música de BTS haya llegado a mi, porque me enseñaron a amarme a mi misma y creer en mi, así como también el que no existen fronteras para cumplir tus sueños.

A las personas cuidadoras que me abrieron las puertas de sus casas y me dejaron un gran aprendizaje, así como nuevas experiencias.

Gracias a la vida por este nuevo triunfo, gracias a todas las personas que me apoyaron y creyeron en la realización de este logro.

Continúo citando las palabras “Tal vez cometí errores ayer, pero la de ayer soy yo. Hoy soy quien soy con todas mis fallas y errores. Mañana podría ser un poco más sabia y seguiré siendo yo. Esas fallas y errores me hacen lo que soy, haciendo más brillantes las estrellas de la constelación de mi vida. He llegado a amarme a mi misma por quien soy, por quien yo era y por quién espero llegar a convertirme”.

Con infinito amor y cariño.

~Andrea Serrano González

Dedicatoria

Dedicado con amor y esfuerzo a mi mamá Epifania por hacerme sentir segura, amada y valorada. Por tu fuerza y dedicación. Por formarme y ayudarme a ser la persona que soy en estos momentos. Esta dedicatoria es solo una pequeña parte de todo lo que mereces. Gracias por darme la dicha de crecer con alegría y amor. Te amo.

Agradecimientos

Primeramente, doy gracias a Dios por mi vida y por la vida de las personas que amo y fueron parte de este proceso. Gracias por mi salvación, por su amor y su gracia. Gracias por el conocimiento que me brindo y la capacidad de poder realizar cada uno de los retos que a lo largo de la vida iban surgiendo.

Gracias a mi mamá Epifania Pérez, por ser mi inspiración por querer terminar lo que un día comencé. Gracias por estar conmigo y sentirme libre de ser quien soy. Gracias por amarme y cuidarme. Gracias a mi papito Rolando Téllez, que desde el cielo me recuerda cada día mis metas y propósitos.

Gracias a cada uno de mis hermanos: Cinthia, Selene, Monserrath, Jonathan, Rolando, Damaris, América, Brandon y Mimi, por hacerme reír y acompañarme en mis noches de desvelo cuando la universidad me lo exigía. Gracias por ser mis maestros de vida.

Gracias a mis amigas de la universidad Yamilet García, Mary Huerta, Dulce Solís y Karla Martínez, por estar conmigo en momentos de estrés y momentos divertidos también. Gracias por escucharme cuando más necesite desahogar mis frustraciones y felicidades. Gracias por resolver mis dudas cuando en ocasiones no entendía lo que estaba haciendo. Gracias por ser parte de este proceso y brindarme de su amistad durante todo este tiempo.

Gracias a las personas que confiaron en mí, que tal vez no son mencionadas, pero si muy presentes en mi mente. Gracias a mi amiga Zabdi Hernández por estar presente cuando necesitaba despejar mi mente y a mi amigo Arrius Revilla por darme los ánimos que necesitaba cuando aún veía lejos el camino.

Gracias al grupo de cuidadoras y cuidadores, por ser para mi vida un ejemplo de resiliencia y valentía. Por brindarnos un espacio en cada uno de sus hogares, añadiendo el habernos abierto su corazón y ofrecernos su confianza y cariño. A mis profesores que fueron parte de esta formación al Mtro. Omar Manjarrez, Dr. David Rodríguez y el Mtro. Joel Vázquez, quienes estuvieron en ultimo paso dentro de la universidad.

Con ternura y gratitud, deseando un gran camino lleno de amor, aprendizajes y muchas sonrisas. Hacía mis compañeros y personas antes mencionadas,

~Tania Téllez

Índice

1. Introducción.....	7
2. Justificación.....	7
3. Marco teórico.....	8
3.1 Teoría ecológica de los sistemas.....	8
3.2 Psicología social comunitaria.....	9
3.3 Cuidadores primarios informales.....	9
3.4 Apoyo social.....	10
2.4 Investigación acción participativa.....	10
2.5 Teoría fundamentada.....	11
2.6 Teoría polivagal.....	11
2.7 Técnicas de relajación.....	12
2.8 Depresión.....	12
2.9 Estrés del cuidador.....	13
2.10 Salud-Bienestar.....	13
2.10.1 Prácticas que favorecen el bienestar.....	13
2.10.1.1 Bienestar Social.....	13
2.10.1.2 Bienestar físico.....	13
2.10.1.3 Bienestar psicológico.....	14
2.11 Malestar.....	14
2.11.1 Causas del malestar.....	14
2.11.2 Consecuencias del malestar.....	15

2.11.3 Fuentes del malestar.....	15
2.12 Regulación emocional.....	15
2.13 Atención plena.....	16
2.14 Escritura expresiva.....	16
2.15 Escucha activa.....	17
4. Objetivos.....	17
3.1 Objetivo general.....	17
3.2 Objetivos específicos.....	18
5. Contexto.....	18
4.1 Ubicación temporal.....	19
Primera etapa.....	22
5.1 Método.....	22
5.1.1 Diseño.....	22
5.1.2 Participantes.....	22
5.1.3 Instrumentos.....	22
6. Procedimiento.....	24
7. Análisis de datos.....	28
8. Resultados grupales.....	28
8.1 Medidas psicosociales.....	28
8.1.1 Descriptivas.....	28
8.1.2 Análisis correlacional.....	29
8.1.3 Efectos psicosociales de la intervención.....	30
8.2 Medidas fisiológicas.....	31

9. Resultados individuales.....	32
9.1 Descripción de los datos.....	32
10. Discusión.....	37
Segunda etapa.....	37
11.1 Método.....	37
11.1.1 Diseño.....	37
11.1.2 Participantes.....	37
11.1.3 Instrumentos.....	38
12. Procedimiento.....	39
13. Análisis de datos.....	42
14. Resultados grupales.....	42
14.1 Medidas psicosociales.....	42
14.1.1 Descriptivas.....	42
14.1.2 Análisis correlacional.....	43
14.1.3 Efectos psicosociales de la intervención.....	43
15. Resultados individuales.....	45
15.1 Reporte de casos.....	45
16. Discusión.....	51
17. Limitaciones.....	52
18. Software Atlas.ti.....	52
18.1 Metodología.....	52
18.1.1 Análisis de E.E.A.....	53
18.1.2 Análisis de bitácoras.....	56

19. Conclusiones.....	58
Tercera etapa.....	58
20.1 Método.....	58
20.1.1 Diseño.....	58
20.1.2 Participantes.....	58
20.1.3 Instrumentos.....	59
21. Procedimiento.....	59
22. Análisis de datos.....	64
23. Conclusiones de la intervención.....	74
24. Sugerencias.....	74
25. Referencias bibliográficas.....	75
26. Anexos.....	78

Introducción

Este informe presenta los resultados obtenidos tras el seguimiento de las y los cuidadores primarios informales (CPI) que participaron en el programa *Evaluación e Intervención Psicosocial con Cuidadores Primarios en San Miguel Teotongo*, Alcaldía Iztapalapa, CDMX, cuyo propósito principal fue fomentar el autocuidado, aliviar la sobrecarga y contribuir al bienestar integral de quienes asumen la tarea de cuidar. Desde los primeros encuentros con los participantes de manera individual, fue evidente la carga emocional y física que llevaban: muchos manifestaban sentirse agotados, con síntomas de ansiedad, depresión y una profunda sensación de aislamiento, producto del esfuerzo constante y, en muchos casos, poco reconocido que implica su rol.

A lo largo de las sesiones se trabajó de manera individual y grupal, donde se propició un espacio grupal con libertad para compartir experiencias, estrategias de autocuidado y herramientas prácticas que ayudan a reflexionar y reconocer lo que significa ser cuidador o cuidadora. Se observaron transformaciones relevantes a nivel cualitativo. Se notaron mejoras, por ejemplo, en el establecimiento de límites personales, en la práctica regular de ejercicios de relajación y en una comprensión más profunda del impacto del cuidado en su vida diaria.

Desde el inicio de la intervención se buscó generar una red de apoyo entre los cuidadores, con la intención de que no solo compartieran experiencias durante el programa, sino que mantuvieran ese vínculo más allá de las sesiones. Esta parte comunitaria fue clave, ya que ayudó a reforzar el sentido de pertenencia, la empatía entre las y los cuidadores y el acompañamiento mutuo, todos elementos esenciales para el bienestar emocional de quienes cuidan.

Justificación

Las enfermedades crónicas no transmisibles y las discapacidades no solo impactan a quienes las padecen, sino que también alteran significativamente la vida de aquellos que asumen el rol de cuidadores. Estos cuidadores, a menudo familiares o amigos, se convierten en los principales responsables de atender a las necesidades de las personas dependientes (PD), esto, sin recibir ninguna compensación económica. Este cambio en la dinámica familiar y social puede generar una serie de desafíos que afectan tanto la salud física como la mental de los cuidadores (León, et al., 2020).

La sobrecarga que enfrentan los cuidadores primarios informales (CPI) es una de las consecuencias más evidentes de esta situación. Al asumir múltiples responsabilidades relacionadas con el cuidado, los CPI se ven obligados a modificar su rutina diaria, lo que impacta en diversos aspectos de su vida. Este nuevo ritmo puede dificultar el mantenimiento de un empleo, ya que las exigencias del cuidado pueden interferir con sus obligaciones laborales. Además, el estrés que conlleva esta carga puede afectar sus relaciones personales y familiares, creando tensiones y limitando su vida social (Montalvo y Carmona, 2022).

El agotamiento físico y emocional es una realidad común entre los cuidadores. La constante atención a las necesidades de la PD puede llevar a un estado de fatiga que se traduce en irritabilidad, cansancio y malestar general. Con el tiempo, estos síntomas pueden evolucionar hacia problemas más serios, como la ansiedad o la depresión, lo que repercute negativamente en su calidad de vida. Esta situación se ve agravada por la falta de tiempo libre, el aislamiento social y, en muchos casos, dificultades económicas, ya que los cuidadores a menudo deben sacrificar su tiempo y recursos para cumplir con sus responsabilidades (Montalvo y Carmona, 2022).

El estudio del cuidado desde múltiples enfoques teóricos permite comprender mejor la complejidad de esta realidad. Más allá de la psicología social, la integración de diversas teorías, modelos y estrategias, como la teoría ecológica de los sistemas, la teoría polivagal, el apoyo social y las técnicas de relajación, proporciona una visión más completa sobre los factores que influyen en la experiencia del cuidador. Estas conexiones sirven como base para el desarrollo de investigaciones e intervenciones que promuevan el bienestar.

Marco teórico

Teoría ecológica de los sistemas

La teoría ecológica de los sistemas, también conocida como teoría ecológica de Bronfenbrenner explica que el desarrollo de una persona no ocurre de manera aislada, sino que está influenciado por todo lo que la rodea. Nuestra forma de ser y crecer depende de las personas con las que convivimos, los lugares en los que pasamos tiempo y las reglas o costumbres de la sociedad en la que nos desarrollamos (García y Musitu, 2002).

Según esta teoría, hay distintos niveles que afectan nuestra vida: Microsistema es el entorno más cercano, como la familia, los amigos, la escuela o el trabajo. Todo lo que sucede en estos espacios influye directamente en nosotros; Mesosistema son las conexiones entre los entornos del microsistema como la interacción entre la familia y el sistema de salud; Exosistema son situaciones que no nos afectan directamente, pero sí tienen un impacto en nuestra vida como políticas laborales o redes de apoyo comunitarias; Macrosistema se refiere a la cultura, las creencias y las normas sociales que influyen en cómo vivimos y vemos el mundo; Cronosistema son los cambios que ocurren con el tiempo, como crecer, mudarse, enfrentar una crisis familiar o incluso vivir eventos históricos que afectan nuestra forma de vida (García y Musitu, 2002).

Esta teoría nos ayuda a entender que el bienestar y desarrollo de una persona dependen no solo de su esfuerzo personal, sino también del ambiente en el que vive y de cómo se relaciona con él, aplicado en el contexto de los cuidadores primarios informales, se puede explicar de la siguiente manera:

- *Microsistema*: Las interacciones directas del cuidador con la persona dependiente y otros miembros del hogar influyen en su bienestar diario.
- *Mesosistema*: La relación entre el cuidador y entidades como centros de salud o grupos de apoyo puede facilitar o dificultar su labor.
- *Exosistema*: Factores como políticas laborales y servicios comunitarios impactan indirectamente en la disponibilidad y recursos del cuidador.
- *Macrosistema*: Las normas culturales y valores sociales determinan la percepción y el apoyo que recibe el rol del cuidador en la sociedad; *Cronosistema*: Los cambios a lo largo del tiempo, como la progresión de la enfermedad de la persona cuidada o transformaciones en la estructura familiar, afectan la dinámica del cuidado.

El bienestar de los cuidadores no depende únicamente del esfuerzo de uno, sino también del apoyo que reciben de su entorno, como la familia, la comunidad y el gobierno. Factores como la economía, la cultura y las políticas de cuidado pueden hacer que su tarea sea más fácil o difícil. Por ello, es importante que existan redes de apoyo y programas que les ayuden a llevar mejor su rol y evitar que se sientan sobrecargados, mejorando así, su calidad de vida.

Psicología social comunitaria

Todas las intervenciones de ayuda a cuidadores informales deberían incluir en su diseño la evaluación formal de seis áreas, para que sus resultados puedan ser comparados entre sí y evaluados en su eficacia para alcanzar objetivos establecidos de manera previa, con estrategias metodológicas.

Estas seis áreas giran alrededor de la persona de las y los cuidadores informales, y son; Salud mental, salud física, capacidad de organización, disposición para buscar ayuda, capacitación teórico-técnica, logística económica (Hurtado, 2021). Dichas áreas son propuestas por sobre otras, ya que engloban las necesidades prioritarias de los cuidadores y forman un marco que encuadra el contexto particular en el que se desenvuelve cada persona que se dedica a gestionar cuidados a un dependiente.

Cuidadores primarios informales

Para comprender mejor, según González y García (2009) un CPI es aquella persona que ayuda con las actividades diarias de quien lo necesita sin recibir un pago por ello. Aunque lo hace por amor o compromiso, esta tarea puede ser muy demandante y terminar afectando su bienestar. Muchos cuidadores experimentan agotamiento, ansiedad,

depresión, aislamiento social, falta de tiempo libre e incluso problemas económicos. La mayoría de los cuidados que necesitan las personas dependientes recaen en familiares o amigos cercanos, conocidos como cuidadores informales.

Su apoyo es clave para que la persona pueda seguir viviendo en su hogar y evitar o retrasar la necesidad de ingresar a una institución. Sin embargo, cuando alguien en la familia necesita atención constante, la dinámica familiar cambia. Estos cambios pueden generar estrés y conflictos, especialmente para el cuidador principal, que es quien asume la mayor parte de la responsabilidad. Actualmente existen estrategias y recursos diseñados para ayudar tanto a los cuidadores como a las personas que atienden. Estas herramientas pueden hacer que la carga del cuidado sea más llevadera y mejorar la calidad de vida de ambos (González y García, 2009).

Apoyo social

Según el Informe Mundial de la Discapacidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021), la relación entre el cuidador y la persona dependiente es, por tanto, una interdependencia compleja. La mayor parte del apoyo que reciben las personas con discapacidad proviene de sus familiares o redes sociales cercanas, lo que convierte el cuidado en una obligación casi establecida. En ocasiones, la PD puede delegar más ayuda de la que realmente necesita, lo que incrementa la carga sobre el CPI. Esta dinámica no solo afecta la salud del cuidador, sino que también puede influir en la calidad del cuidado que se brinda, ya que un cuidador agotado y estresado no puede ofrecer la atención adecuada (Ruiz et al., 2022).

Investigación acción participativa

Autores como Zapata y Rondán (2016) describen a la Investigación Acción Participativa (IAP), también conocida como Investigación Participativa (IP) o Investigación Acción (IA), como un enfoque de investigación que se basa en tres ideas principales:

1. *Investigación:* Cree en el valor del conocimiento y en la importancia de reconocer diferentes formas de obtenerlo.
2. *Participación:* Destaca la importancia de que las personas tengan el derecho de tomar decisiones sobre sus propias vidas y promueve una relación más equitativa entre quienes investigan y las personas de la comunidad.
3. *Acción:* Busca lograr un cambio positivo que beneficie a la comunidad involucrada

Además de que se menciona una diferenciación entre la investigación científica “tradicional”, donde los científicos son los encargados de todo el proceso, desde elegir el tema de estudio hasta obtener los resultados. Los temas de investigación no siempre están relacionados con los problemas específicos de una comunidad. Cuando los científicos investigan en una comunidad, generalmente recogen información a través de entrevistas,

encuestas u observaciones, pero los miembros de la comunidad no suelen participar en la elección del tema ni en el análisis de los resultados. En muchas áreas de las ciencias naturales, la comunidad ni siquiera participa en el suministro de información.

Por otro lado, la Investigación Participativa comienza con un problema o necesidad concreta de una comunidad y busca generar conocimiento o soluciones de manera conjunta, en lugar de solo recopilar información. Tanto los investigadores externos como los miembros de la comunidad trabajan juntos en cada etapa del proyecto, desde definir el problema hasta evaluar los resultados, compartiendo el aprendizaje y las conclusiones obtenidas (Zapata y Rondán, 2016).

La IAP y el tema de los CPI se encuentran estrechamente enlazados, ya que como se mencionó anteriormente, la IAP busca no solo conocer el problema, sino más bien busca mejorar la calidad de vida de las personas a través de la participación activa y el cambio social. También como se sabe, la IAP es un método de investigación en el cual se involucra la comunidad en todo el proceso, comenzando por la identificación del problema hasta la búsqueda de soluciones de la misma, diseñando estrategias de apoyo para poder lograr una mayor calidad de vida en los participantes.

Teoría fundamentada

La Teoría Fundamentada (TF) según Palacios (2022), es un método de investigación que permite analizar datos y desarrollar teorías a partir de ellos de manera flexible y organizada. A diferencia de otros enfoques, no parte de ideas preconcebidas, sino que deja que la información recopilada guíe el estudio.

En otras palabras, permite entender cómo las personas viven y perciben ciertas situaciones, lo que la hace muy útil en estudios cualitativos. Se ha usado mucho para investigar temas como la experiencia de la enfermedad, ayudando a describir y comprender mejor lo que las personas sienten y piensan en esos momentos.

La TF y el estudio de los CPI se encuentran relacionados, dado que el enfoque de la teoría permite comprender a profundidad las experiencias, desafíos y necesidades a partir de datos recolectados.

Teoría polivagal

La teoría polivagal presenta una reconceptualización de las relaciones recíprocas que existen entre el sistema nervioso autónomo (SNA), la regulación y expresión emocional, y el comportamiento social a través de la identificación de tres niveles evolutivos y jerárquicos al interior del SNA.

Existe un cuerpo de evidencias importante que, en adultos, ha vinculado un mayor tono vagal a una expresión más saludable de variables psicológicas como la regulación de la emocionalidad negativa y flexibilidad de la expresión emocional, y una modulación

vagal pobre a mayores niveles de ansiedad social, de defensividad y una menor activación conductual y psicopatología. (Dufey, et al., 2022)

La teoría polivagal enfatiza la sociabilidad como el proceso central para mitigar las reacciones de amenaza y apoyar la salud mental y física. De esta manera la teoría polivagal puede ayudar a los cuidadores de personas mayores a comprender cómo las emociones y comportamientos están influenciados por la sensación de seguridad o peligro, entre los elementos que pueden ayudar son:

- a) La intervención puede ayudar a sus pacientes a identificar en qué estado se encuentran y cómo volver al estado de seguridad.
- b) Se pueden utilizar técnicas de respiración, mindfulness y ejercicios de conexión social.
- c) Se puede aprender a reconocer cuándo estamos en un estado de lucha, huida o congelación.

Técnicas de relajación

La atención plena, también conocida como mindfulness, fomenta un cambio personal positivo que permita potenciar el bienestar general, con un enfoque particular en la salud mental. El objetivo es ayudar a las personas a desarrollar una fortaleza interior que las haga más resilientes, conscientes y capaces de disfrutar la vida de manera plena y positiva (Cebolla et al., 2014).

La investigación sobre mindfulness ha crecido, pero aún se desconocen los mecanismos que explican cómo mejorar el bienestar. Aunque inicialmente fue rechazado por sus raíces religiosas y la falta de evidencia científica, su estudio ahora busca diseñar programas más efectivos y accesibles (Cebolla et al., 2014).

Se trata de un proceso que busca transformar la manera en que las personas enfrentan su vida diaria, haciéndolas más conscientes, presentes y capaces de disfrutar su existencia con mayor plenitud. Se destacan diversos beneficios que impactan tanto en lo cognitivo como en lo emocional y social. Entre estos se encuentran (Cebolla et al., 2014).

- a) *Mejoras cognitivas*: Incremento en la memoria, la capacidad de atención y la destreza mental, lo que favorece un pensamiento más claro y enfocado.
- b) *Habilidades sociales*: Un desarrollo en la interacción con los demás, mejorando la empatía, la comunicación y las relaciones interpersonales.
- c) *Regulación emocional*: Mayor capacidad para manejar emociones difíciles, reducir reacciones impulsivas y desarrollar un estado de ánimo más equilibrado.
- d) *Autoestima*: Un fortalecimiento del sentido de valía personal y confianza en sí mismo.
- e) *Reducción de factores negativos*: Disminución del estrés, la ansiedad y la fatiga, lo que contribuye a un estilo de vida más relajado y saludable.

Depresión

Diversos estudios reportan que ser un cuidador primario informal tiene un impacto en la salud y en la calidad de vida. Algunos factores identificados en los cuidadores primarios y que han sido evaluados son las alteraciones en la dinámica familiar, síndrome del cuidador (síndrome de burnout), cólera, ambivalencia afectiva, aislamiento, social, duelo patológico, depresión, ansiedad, entre otros.

Algunos indicadores que son afectados principalmente en el cuidador primario informal: llanto, trastornos del sueño, pérdida del placer, alteraciones en la libido, entre otros. En este sentido, los cuidadores primarios informales descuidan su salud física y emocional, ya que se encuentran muy preocupados y, al mismo tiempo, están obligados a los cuidados que deben de proporcionar a los pacientes. La mayoría de los cuidadores primarios informales brinda sus servicios de cuidado la mayor parte del día (19.5 horas al día). Esto afecta su trabajo, interacciones con familiares y amigos cercanos, ciclo del sueño-vigilia, etcétera.

Estrés en el cuidador

Las y los cuidadores informales no suelen tener una formación en temas de atención a la salud, y usualmente no reciben una remuneración económica por sus cuidados. Quienes adquieren, ya sea por voluntad propia o a pesar suyo, la función de cuidar, cumplen con este papel sin someterse a horarios ni a capacitaciones formales. Pasan gran parte del día con la persona que cuidan y en muchas ocasiones conviven con ella. La ayuda que suministran es constante e intensa, y algunas veces dicha atención sobrepasa su capacidad física y mental. Todas las condiciones arriba señaladas, conforman un nuevo evento estresante crónico, además del producido por atestiguar el progresivo deterioro funcional de un ser querido (Trujillo y Martínez, 2019).

El estrés puede tener un impacto significativo en el sistema inmunológico. Durante una respuesta de estrés, el cuerpo libera hormonas como el cortisol y la adrenalina, que pueden afectar la capacidad del sistema inmunológico para combatir infecciones y enfermedades. El estrés prolongado o crónico puede debilitar el sistema inmunológico y aumentar el riesgo de enfermedades autoinmunes y enfermedades infecciosas. Por otro lado, el estrés agudo puede aumentar temporalmente la capacidad del sistema inmunológico para combatir las infecciones. Por lo tanto, es importante tratar de reducir el estrés y mantener un buen equilibrio emocional para ayudar a mantener un sistema inmunológico saludable (Silva y López, 2020).

Salud-Bienestar

1.1 Prácticas que favorecen el bienestar Bienestar Social

Fomentar redes de apoyo. Incluye amigos, familiares y colegas que pueden ofrecer ayuda emocional y práctica, como la participación en grupos, esto incluye el

unirse a clubes, grupos de interés o actividades comunitarias (como grupos de lectura o deportes); y fortalecer lazos afectivos, se deriva de establecer rutinas para comunicarse con amigos y familiares, como llamadas semanales o encuentros mensuales (González, 2018). Entre los beneficios se encuentra la reducción del estrés, ya que tener personas a quienes acudir en momentos difíciles puede disminuir la ansiedad; el aumento de la autoestima, al sentirse valorado y apoyado mejora la percepción de uno mismo; y el voluntariado (Pérez, 2020)

Invertir tiempo en ayudar a otros puede tener un impacto positivo tanto en la comunidad como en el individuo, esto puede incluir el buscar oportunidades locales, lo que conlleva a investigar organizaciones que necesiten voluntarios, como refugios, comedores comunitarios o programas educativos; sumando un compromiso continuo dedicando tiempo, ya sea semanal o mensualmente. Dentro de sus beneficios destaca el sentido de propósito, en la contribuir a una causa puede aumentar la satisfacción personal y el sentido de pertenencia; y el desarrollo de habilidades, ya que el voluntariado puede ofrecer oportunidades para aprender nuevas habilidades y hacer contactos.

Bienestar Físico

Ejercicio Regular. Como se sabe, la actividad física regular es esencial para mantener la salud física y mental. Algunas prácticas podrían ser el realizar rutinas de ejercicio, comenzando por incluir actividades, como caminar, correr, nadar o practicar yoga al menos 150 minutos a la semana; e incorporar el movimiento en la vida diaria, ya sea usando escaleras en lugar de ascensores, caminar o andar en bicicleta en lugar de conducir. Cabe destacar, entre sus ventajas, que al realizar ejercicio es posible mejorar el estado de ánimo, ya que el ejercicio libera endorfinas, que son hormonas que generan sensaciones de felicidad. Además de reducir síntomas de depresión y ansiedad, dado que la actividad física puede ser tan efectiva como algunos tratamientos para estos trastornos (López, 2019).

Nutrición equilibrada. Es bien sabido que una dieta saludable es fundamental para el bienestar general, con acciones como la planificación de comidas; incluyendo una variedad de alimentos frescos, como frutas, verduras, granos enteros y proteínas magras; y la hidratación adecuada como beber suficiente agua durante el día y limitar el consumo de azúcares y alimentos procesados. Sus beneficios incluyen la mejora de la salud mental. Cabe destacar que existen nutrientes como ácidos grasos omega-3 que están relacionados con una mejor función cognitiva y emocional. Otro beneficio a destacar es la prevención de enfermedades. Como es bien sabido, una buena alimentación puede ayudar a prevenir problemas de salud a largo plazo (Martínez, 2021).

Bienestar Psicológico

Práctica de Mindfulness. El mindfulness implica estar presente y consciente en el momento actual, aceptando las emociones sin juzgarlas. Esto incluye meditación diaria que consta de dedicar unos minutos al día a meditar, enfocándose en la respiración o realizando ejercicios de atención plena; y la realización de ejercicios de respiración que se relaciona con practicar técnicas de respiración consciente en momentos de estrés.

Algunos de los beneficios que ofrece esta práctica, es la reducción del estrés y ansiedad, esto en su aplicación constante; y la mejora de la concentración, aumentando la capacidad de atención y la claridad mental (Fernández, 2022).

1.2 Malestar

Es una sensación de incomodidad o insatisfacción que puede afectar tanto el cuerpo como la mente. Se puede presentar de diferentes maneras: malestar físico, presenciado en sensaciones como dolor o fatiga sin una causa médica aparente; y malestar emocional, que puede provocar sentimientos de ansiedad, tristeza o frustración que impactan el bienestar mental (Pérez y Gómez, 2020).

Causas del Malestar

El malestar puede surgir por diversas razones (McEwen y Stellar, 1993), tales como:

- *Factores Psicológicos:* Estrés continuo y problemas de salud mental, como depresión o ansiedad, que pueden perpetuar el ciclo del estrés.
- *Factores Sociales:* Sentirse solo o no tener apoyo emocional y conflictos con amigos o familiares.
- *Factores Ambientales:* Un entorno laboral poco saludable y cambios importantes en la vida, como mudanzas o pérdidas, o bien, la exposición prolongada a situaciones estresantes, como problemas laborales, conflictos familiares o condiciones de vida desfavorables.
- *Factores Físicos:* Enfermedades crónicas y falta de ejercicio o mala alimentación.
- *Factores Biológicos:* Respuestas fisiológicas al estrés, como la liberación continua de hormonas del estrés (cortisol), que pueden afectar negativamente la salud.
- *Estilos de Vida:* Hábitos poco saludables, como la falta de ejercicio, mala alimentación y consumo excesivo de alcohol, que pueden aumentar la vulnerabilidad al estrés.

Consecuencias del Malestar

Si no se aborda, el malestar puede llevar a problemas como:

- *Salud Mental:* Aumento de la ansiedad y la depresión.
- *Salud Física:* Puede contribuir a enfermedades debido al estrés.
- *Relaciones:* Afecta la calidad de las relaciones personales.
- *Productividad:* Puede disminuir el rendimiento en el trabajo o los estudios.

Fuentes de malestar

Según la OMS (2022) destaca que la salud mental es una parte integral de la salud general y está determinada por una compleja interacción de factores individuales, sociales y estructurales. Entre las principales fuentes de malestar en la salud mental se incluyen: factores socioeconómicos como la pobreza, la desigualdad y el desempleo pueden

aumentar el riesgo de desarrollar afecciones de salud mental; factores biológicos, incluyendo la genética y otros factores biológicos pueden predisponer a las personas a ciertos trastornos mentales; y factores medioambientales, tales como la exposición a entornos inseguros, violencia y desastres naturales que puedan afectar negativamente la salud mental.

Regulación emocional

El concepto de regulación emocional significa que las personas no sólo tienen emociones, también las manejan. Se posicionan ante sus emociones y las consecuencias de las mismas y actúan en consecuencia. Pueden hacerlo mientras la emoción está teniendo lugar, en cualquiera de las fases del proceso emocional, o anticipadamente, antes de que ocurra. Conviene aclarar que hablar de manejo de las emociones no significa que éste sea un proceso voluntario y planificado (Pascual y Conejero, 2019):

La primera vía, la regulación de la confrontación de los hechos, consiste en modificar lo que sentimos regulando nuestra exposición a los acontecimientos o situaciones que nos provocan emociones. Esto lo podemos hacer por medio de la acción (exponiéndose, por ejemplo, a circunstancias o situaciones agradables, evitando las situaciones desagradables, etc.) o por medio de los procesos atencionales (simplemente, atendiendo a los sucesos agradables y no atendiendo a los desagradables).

La segunda vía, la regulación del procesamiento de la información externa e interna, se basa en la modificación de las interpretaciones, los pensamientos, las imágenes, etc., activados por los sucesos emocionales. En este sentido, la meditación o mindfulness, desde unas premisas claras y sencillas, puede suponer una herramienta muy positiva para regular nuestras emociones.

Cabe mencionar algunas de las técnicas que se utilizaron a lo largo de las sesiones individuales y grupales fueron:

- Técnica: *Detente, Respira, Observa, Procede*
- Técnica: *Respiración con atención plena*
- Técnica: *Escaneo Corporal*
- Técnica: *Suelta, Paz, Acepta*

Atención plena

La atención plena, también conocida como mindfulness, fomenta un cambio personal positivo que permita potenciar el bienestar general, con un enfoque particular en la salud mental. El objetivo es ayudar a las personas a desarrollar una fortaleza interior que las haga más resilientes, conscientes y capaces de disfrutar la vida de manera plena y positiva (Cebolla et al., 2014).

La investigación sobre mindfulness ha crecido, pero aún se desconocen los

mecanismos que explican cómo mejorar el bienestar. Aunque inicialmente fue rechazado por sus raíces religiosas y la falta de evidencia científica, su estudio ahora busca diseñar programas más efectivos y accesibles (Cebolla et al., 2014).

Se trata de un proceso que busca transformar la manera en que las personas enfrentan su vida diaria, haciéndolas más conscientes, presentes y capaces de disfrutar su existencia con mayor plenitud. Se destacan diversos beneficios que impactan tanto en lo cognitivo como en lo emocional y social. Entre estos se encuentra las mejoras cognitivas, que incluyen el incremento en la memoria, la capacidad de atención y la destreza mental, lo que favorece un pensamiento más claro y enfocado; las habilidades sociales, dentro de un desarrollo en la interacción con los demás, mejorando la empatía, la comunicación y las relaciones interpersonales; la regulación emocional, que permite una mayor capacidad para manejar emociones difíciles, reducir reacciones impulsivas y desarrollar un estado de ánimo más equilibrado; el autoestima, que implica un fortalecimiento del sentido de valía personal y confianza en sí mismo; y la reducción de factores negativos, que ayudan en la disminución del estrés, la ansiedad y la fatiga, lo que contribuye a un estilo de vida más relajado y saludable (Cebolla et al., 2014).

Escritura Expresiva

La escritura expresiva, que consiste en escribir sobre eventos traumáticos durante varias sesiones breves, mejora significativamente la salud física y psicológica en comparación con escribir sobre temas neutrales. Este enfoque ha demostrado ser útil para diversas poblaciones, y se analiza su potencial como herramienta terapéutica para sobrevivientes de trauma y en contextos psiquiátricos (Baikie y Wilhelm, 2005).

En las últimas dos décadas, numerosos estudios han mostrado que escribir sobre eventos traumáticos o estresantes mejora la salud física y emocional. En el estudio pionero de Pennebaker y Beall (1986), estudiantes universitarios escribieron durante 15 minutos, en 4 días consecutivos, sobre sus experiencias más traumáticas, mientras que los controles escribieron sobre temas neutrales. Los participantes que escribieron sobre sus traumas mostraron menos problemas de salud a largo plazo, en comparación con quienes escribieron sobre temas neutrales. Los autores concluyeron que escribir sobre traumas genera una excitación fisiológica a corto plazo, pero reduce problemas de salud a largo plazo (Baikie y Wilhelm, 2005).

La escritura expresiva, según Baikie y Wilhelm (2005) puede generar angustia y emociones negativas a corto plazo, pero a largo plazo ofrece numerosos beneficios para la salud, desde salud física y emocional, beneficiando con menos visitas al médico, mejor funcionamiento inmunitario, mayor bienestar psicológico y reducir síntomas depresivos y postraumáticos; hasta social y conductual, provocando alteración del comportamiento social y lingüístico, mejoras en el desempeño académico, laboral y deportivo.

Escucha activa

La Escucha Activa va más allá de simplemente escuchar; no solo permite desahogarse, sino que impulsa a las personas a reflexionar y tomar acciones para avanzar en sus situaciones. A diferencia de una escucha pasiva, que puede ser bondadosa pero limitada, la Escucha Activa requiere atención plena, observación, y un enfoque integral que involucra oídos, ojos, mente y presencia, creando un espacio transformador para el interlocutor (Arister, 2021).

La escucha activa es una habilidad comunicativa clave que no solo facilita la interacción efectiva, sino que también ofrece importantes beneficios tanto en términos de salud física y emocional, ayudando a reducir el estrés y la ansiedad al permitir que las personas se sientan comprendidas y apoyadas emocionalmente (Carstens y Peltier, 2017), fomenta la liberación de oxitocina que ayuda al fortalecimiento de los lazos sociales, promoviendo un mayor bienestar físico y emocional (Sexton, 2010); y la en la parte social, impulsando la empatía y el entendimiento mutuo, para poder construir relaciones sólidas y fomentar la colaboración, ayuda a evitar conflictos al permitir que las personas se sientan realmente escuchadas y comprendidas, lo que genera un entorno más pacífico, favorece el diálogo constructivo y mejora la convivencia entre las personas y promueve la integración social, fortaleciendo así las comunidades (Rogers, 1980).

Objetivos

Objetivo general:

- Promover el bienestar de las y los cuidadores, en consecuencia, con sus propias necesidades, sensibilizando su compromiso y ofreciendo herramientas prácticas para facilitar la implementación preventiva a su vida diaria.

Objetivos específicos:

- Sensibilizar a las y los cuidadores, concientizando acerca de garantizar su bienestar físico, emocional y mental, promoviendo las necesidades de autocuidado.
- Identificar las necesidades y desafíos principales en la función de cuidado.
- Aportar herramientas y estrategias prácticas para incluir el autocuidado en la vida cotidiana.
- Fomentar espacios de reflexión y diálogo grupal para compartir experiencias, fortalecer redes de apoyo y promover relaciones saludables.
- Impulsar el reconocimiento personal del valor de su labor como cuidadores y el derecho a cuidarse a sí mismos.

Contexto

San Miguel Teotongo es una colonia ubicada en la alcaldía Iztapalapa, al oriente de la Ciudad de México. Forma parte de un grupo de 47 colonias que se encuentran en la zona montañosa conocida como la Sierra de Santa Catarina (DECA Equipo Pueblo, 1996,

citado por Gissi, 2009). Su historia comenzó a principios de los años setenta, cuando empezaron a llegar las primeras familias migrantes, muchas de ellas procedentes de zonas rurales de la Mixteca oaxaqueña, en su mayoría del grupo étnico chocholteco.

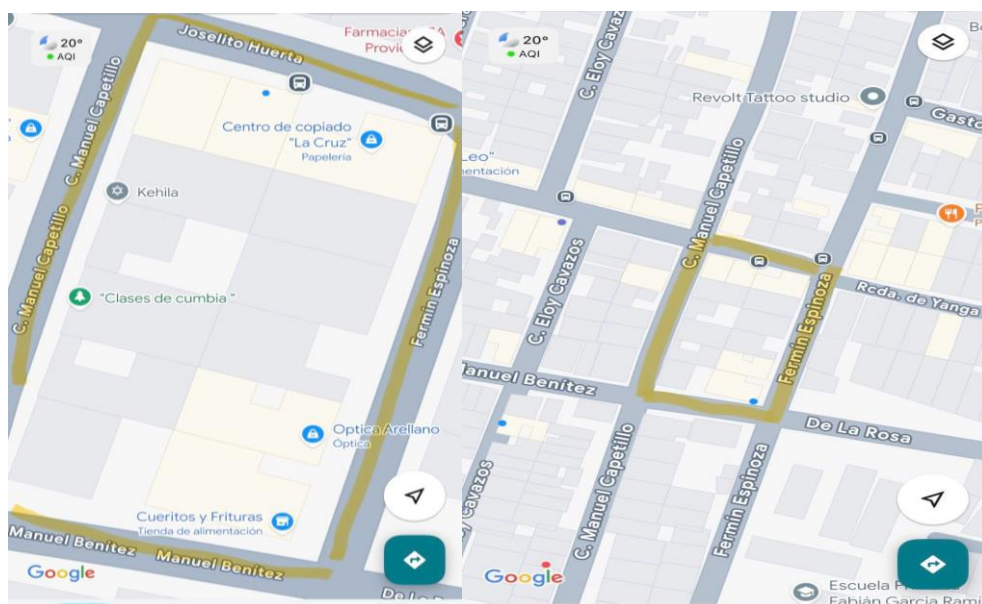
Estas personas llegaron buscando una vida más digna, con la esperanza de construir un futuro mejor. Se establecieron en terrenos irregulares y, poco a poco, con mucho esfuerzo colectivo, autogestión y organización comunitaria, empezaron a levantar sus casas en un entorno complicado, donde no había servicios básicos. A pesar de estas dificultades, lograron formar una comunidad sólida, basada en la solidaridad, el trabajo conjunto y la lucha constante por derechos esenciales como la vivienda y los servicios públicos.

Con el tiempo, San Miguel Teotongo no solo fue cambiando físicamente, sino también en términos de identidad y sentido de comunidad. Hoy es un lugar que representa la resistencia, el compromiso y la fuerza de sus habitantes, que han sabido conservar sus raíces, su cultura y el orgullo de pertenecer a una comunidad que se ha formado con esfuerzo y dignidad.

Al iniciar la intervención, el grupo fue dividido por diadas (pareja o conjunto) asignadas de manera aleatoria por los profesores, las cuales se les destinó un espacio de trabajo: 10 diadas en Museo, 3 diadas en Unión de Colonos y 2 diadas en Utopía. A las diadas que correspondían a Museo les asignó una manzana dentro de la colonia, en las que se dio la indicación de tocar casa por casa en busca de candidatos. La manzana asignada a la diada cuatro fue en calles Joselino Huerta, C. Manuel Capetillo, Manuel Benítez y Fermín Espinoza, como se muestran en la *imagen 1* y 2.

Imagen 1

Imagen a satélite de las calles asignadas.



Ubicación temporal

Primera etapa

Se realizó de manera individual, donde cada diada realizó las sesiones de intervención en los domicilios de las y los cuidadores con un total de 10 sesiones (9 individuales y una de cierre de manera grupal, a partir de 17 de julio de 2024 al 18 de septiembre de 2024. Cada miércoles se realizaron visitas a 4 cuidadores, en un horario de 9:00 am a 01:00 pm), cada sesión con una duración de 50 minutos, incluyendo la estructura de la siguiente tabla:

Tabla 1.

Estructura de la primera y segunda etapa, sesión individual

Tiempo estimado	Actividad
6 minutos	Saludos.
1 minuto	1ra toma de temperatura (central y periférica).
30 minutos	Presentación de tema y retroalimentación.
1 minuto	2da toma de temperatura (periférica).
5 minutos	Técnica de relajación.
1 minuto	3ra toma de temperatura (periférica).
6 minutos	Despedida.

Nuestra última sesión corresponde a la fecha del 18 de septiembre de 2024, la cual correspondió al primer encuentro grupal de las y los cuidadores. Alusivo a la festividad navideña, en el Foro *La Carpa*, ubicado en San Miguel Teotongo, Iztapalapa, 09630 Ciudad de México, CDMX, en un horario de 10:00 am a 12:00 pm aproximadamente, siguiendo la estructura de la *tabla 2*.

Tabla 2.

Estructura del primer y segundo encuentro grupal

Tiempo estimado	Actividad
5 minutos	Bienvenida y presentación.
1 minuto	1ra toma de temperatura (central y periférica).
15 minutos	Actividad de integración

10 minutos	Actividad física.
20 minutos	Presentación del tema.
1 minuto	2da toma de temperatura (periférica).
5 minutos	Técnica de relajación.
1 minuto	3ra toma de temperatura (periférica).
10 minutos	Presentación de testimonios.
7 minutos	Presentación del video de devolución sobre el programa.
5 minutos	Despedida.
-----	Convivencia.

Segunda etapa

Constó de 9 sesiones (8 individuales y 1 grupal), de la fecha del 23 de octubre al 18 de diciembre. Las sesiones grupales nuevamente se realizaron en los domicilios de 4 de las y los participantes, en un horario de 9:00 am a 01: 00 pm, con una duración de 50 minutos cada sesión individual, siguiendo la estructura como se muestra en la *tabla 1*.

Anteriormente se había realizado una visita previa, antes del reingreso a las sesiones para confirmar el reintegro de las y los participantes.

La última sesión, que como antes se mencionó, fue grupal, se llevó a cabo nuevamente en el Foro *La Carpa*, en el mismo horario (10:00 am a 12:00 pm) y siguiendo la estructura de la *tabla 2*.

Tercera etapa

Esta última etapa se realizó de manera grupal dentro de las fechas del 19 de febrero de 2025 al 30 de abril de 2025, en el Museo Comunitario de San Miguel Teotongo, ubicado en Capilla, Armillita S/N, entre calle Américas y Curro Rivera, Avisadero, San Miguel Teotongo, Iztapalapa, 09630 Ciudad de México, CDMX, en un horario de 10:00 am a 11:30 pm. Las sesiones tenían una duración de aproximadamente 90 a 120 minutos, en los cuales se respetaba la siguiente estructura:

Tabla 3.

Estructura de la tercera etapa, sesión grupal

Tiempo estimado	Actividad
5 minutos	Bienvenida.
20 minutos	Activación física.
25 minutos	Presentación de tema.
25 minutos	Actividad de retroalimentación.
5 minutos	Técnica de relajación.
5 minuto	Cierre.
—	Breve convivencia entre las y los cuidadores.

La última sesión de la tercera etapa se llevó a cabo el 30 de abril en un horario de 10:00 am a 12:00 pm, siguiendo la estructura que se muestra en la *tabla 4*. Se llevó a cabo en el Centro de Bienestar Social *Unión de Colonos de San Miguel Teotongo*, ubicado en Av. Unión de Colonos 35, San Miguel Teotongo, Iztapalapa, 09630 Ciudad de México, CDMX. Esta sesión en particular tuvo un carácter especial, ya que se realizó de manera conjunta con los otros dos grupos (Unión de Colonos y Utopía), con los que también se estuvo trabajando en las mismas fechas en espacios distintos en colaboración con las demás diadas que no trabajaron en Museo, generando un espacio de encuentro, integración y cierre compartido del proceso vivido.

Tabla 4.

Estructura de la tercera etapa, sesión grupal.

Tiempo estimado	Actividad
20 minutos	Palabras de bienvenida.
20 minutos	Activación e integración.
20 minutos	Tema: La importancia del reconocimiento y autoconocimiento.
25 minutos	Testimonios de las y los cuidadores participantes en el programa.
15 minutos	Video de devolución sobre el programa.
10 minutos	Técnica de relajación.

10 minutos	Cierre de actividades del programa.
-----	Convivencia.

Primera etapa

Método

Diseño

Se realizó una investigación cuasi-experimental con datos (pre-post) tanto de variables psicosociales como fisiológicas para visualizar si hubo cambios significativos o no.

Participantes

Se utilizó una muestra no probabilística por conveniencia compuesta por cuidadores primarios informales (CPI) que atienden a las necesidades de alguna(as) personas dependientes por enfermedades crónicas, discapacidades y/o adultos mayores, residentes de la colonia San Miguel Teotongo, perteneciente a la alcaldía Iztapalapa, Ciudad de México.

Iniciaron 51 cuidadores primarios informales (43 mujeres equivalente a 84.31% y 8 hombres que equivale a un 15.69%) de manera voluntaria; con una edad media = 57 años; un rango de edad de: 18 a 86 años; número de hijos de mediana = 2.5; con al menos 1 año de ser cuidador; con nivel de estudio: básico 52.94%, medio superior 21.57%, superior 5.88% y sin estudio 19.61% y finalmente estado civil: casado(a) 47.06%, soltero(a) 17.65%, viudo(a) 13.73%, separado(a) 11.76% y en unión libre 9.80%.

Instrumentos

- *Cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos.*

Serie de preguntas para conocer el sexo del cuidador, edad del cuidador, sexo del paciente, edad del paciente, estado civil, padecimientos crónicos del cuidador, etc.

- *Escala Zarit y Zarit*

Instrumento validado en México por el Instituto Nacional de Geriátría el cual evalúa el nivel de sobrecarga en los cuidadores primarios, está compuesto por 22 preguntas con 5 ítems en escala de Likert (0 nunca, 1 rara vez, 2 algunas veces, 3 bastantes veces, 4 casi siempre) El nivel de sobrecarga va de acuerdo con las siguientes puntuaciones establecidos en la versión del Instituto Nacional de Geriátría (n.d.): Sin sobrecarga ≥ 46 puntos; Sobrecarga ligera de 47 a 55;

Sobrecarga intensa ≤ 56 . Cuenta con adecuadas propiedades psicométricas con alfa de Cronbach de 0.84, y $R^2 = 50\%$.

La consistencia interna de la escala global mostró un índice adecuado ($\alpha = 0.89$). Se identificó una estructura de tres factores: impacto del cuidado, relaciones interpersonales y expectativas de autoeficacia, así como un indicador cognitivo, los cuales tuvieron valores α de .86 a .60, que explican 55.7% de la varianza. En términos generales, la consistencia puede considerarse adecuada (Montero, et al., 2019).

- *Escala de Bienestar Subjetivo (EBS-8)*

Consta de 8 ítems, divididos en dos dimensiones; *Satisfacción por la vida* y *Afecto positivo*. Consistencia interna $\alpha = .970$, para la subescala de Satisfacción con la vida, $\alpha = .948$ y para la subescala de Afecto positivo, $\alpha = .964$. Los índices de confiabilidad compuesta u ordinal son, respectivamente, $\omega = .958$, .931 y .928 (Calleja y Mason, 2020).

- *Escala de Salud Auto Percibida (SPHS)*

Consta de 12 ítems divididos en tres dimensiones; *Salud psicológica*, *Salud Física* y *Estilo de vida saludable*. Consistencia $\alpha = 0,933$ $\omega = 0,925$, *Salud psicológica* $\alpha = 0,951$ $\omega = 0,952$, *Salud física* $\alpha = 0,907$ $\omega = 0,908$ y *Estilo de vida saludable* $\alpha = 0,926$ $\omega = 0,927$ (Tinajero, et al. 2023).

- *Escala de Apoyo Social (MSPSS)*

Consta de 12 ítems divididos en tres dimensiones; Apoyo persona especial, Apoyo familiar y Apoyo amigos. Índice de confiabilidad. El índice de consistencia interna de la escala total es de $\alpha = 0,908$, considerado un coeficiente de confiabilidad alto. De manera independiente los tres factores: otros significativos ($\alpha = 0,942$), familia ($\alpha = 0,907$) y amigos ($\alpha = 0,936$) alcanzan índices altos (Santos, et al. 2021).

- *Escala de Ansiedad (GAD-7)*

Consta de 7 ítems, aplicada a raíz de la pandemia de COVID-19. Índice de confiabilidad. La escala de ansiedad generalizada, tanto en su versión completa de siete ítems (GAD-7), es un instrumento de tamizaje confiable y ampliamente validada, el GAD-7 con un $\alpha = 0.93$ y un omega de $\omega = 0.84$ (Gaitán, et al. 2021).

- *Cuestionario sobre la salud del paciente*

Consta de 9 ítems en contexto de "las últimas dos semanas". La consistencia 0,900 ($p = 0,001$). El análisis del instrumento arrojó un modelo de un

solo factor con 9 reactivos que explican el 54,8 % de la varianza y un valor alfa $\alpha = 0,896$ (Galindo, et al. 2023).

Procedimiento

La intervención se estimó para un total de 10 sesiones, llevando bitácoras semanales por sesión, esta se comenzó a partir del 17 de julio de 2024, se realizó de manera presencial en los domicilios de los participantes o en su defecto un lugar cercano dentro de la colonia. También se utilizaron como recurso extra, la vía telefónica y por mensajería en el tiempo intermedio entre cada sesión, para la resolución de dudas, recordatorios o simplemente en situaciones donde se requería el diálogo.

Las sesiones con duración de 50 minutos cada una, donde se practicaba la escucha activa como uno de los principales recursos, un tema abordado por sesión: autocuidado, organización de tiempo, establecer límites, pedir ayuda (véase la tabla 1) y finalizando con un ejercicio de respiración. Durante cada sesión se realizaron 3 tomas de temperatura periférica y cómo inicial 1 central, que se registraron durante las 10 sesiones.

Tabla 5.

Descripción de las actividades y temas abordados durante las sesiones individuales.

Sesión	Objetivo de la sesión	Descripción del contenido
1. Presentación. ¿Cómo se vive el cuidador de las personas dependientes en la colonia?	Dar a conocer el programa de intervención y sus objetivos.	Presentación del programa de manera general (objetivos) y establecer horarios (día y hora de las sesiones, duración de las sesiones).
2. Evaluación de bienestar psicosocial.	Aplicar escalas de medición pre-intervención.	Se aplicaron las siguientes escalas psicométricas: • La carga del cuidador (Zarit & Zarit). • Bienestar Subjetivo (EBS-8). • Salud Autopercebida (SPHS). • Apoyo Social Percibido (MSPSS). • Ansiedad (GAD-7). • Soledad de 3 ítems. • Salud del paciente (PHQ-9).

3. Evaluación de bienestar psicosocial.	Aplicar escalas de medición pre-intervención.	Se aplicaron las siguientes escalas psicométricas: • La carga del cuidador (Zarit & Zarit). • Bienestar Subjetivo (EBS-8). • Salud Autopercebida (SPHS). • Apoyo Social Percibido (MSPSS). • Ansiedad (GAD-7). • Soledad de 3 ítems. • Salud del paciente (PHQ-9).
4. El papel del cuidador y su importancia. ¿Cómo repercute en el cuidado en la vida?	Conocer la situación personal de los participantes.	Dar a conocer al CPI la importancia del cuidado personal y las consecuencias que conlleva el no atender a sus necesidades, también realizamos ejercicios de respiración diafragmática, obtención de la TR pre y post. Técnica: Respiración Diafragmática (respiración lenta a un ritmo de 6 a 10 ciclos respiratorios por minuto, dando indicaciones de que las respiraciones como su nombre lo dice, se debe realizar utilizando el diafragma).

5. Ejercicios de control de activación.	Que el participante aprenda y sea capaz de aplicar ejercicios de respiración.	Nuevamente realizamos respiración diafragmática, acompañada con ejercicios de activación dependiendo las capacidades del cuidador (pasiva o progresiva). Técnica: Relajación muscular (ejercicio de tensión y distensión muscular). Técnica: Respiración con atención plena (Concentración en la respiración, seguimiento auditivo por medio de un narrador).
6. Organización de tiempo.	Que el participante aprenda y sea capaz de organizar su tiempo, además que el participante comience/reanude actividades que desea practicar.	Comenzamos explicando el tema sobre la organización del tiempo, posteriormente realizamos junto con el cuidador una actividad alusiva al tema visto donde se preguntó al CPI actividades que le gustaría prácticas o reanudar actividades que antes de ser CPI realizaba con facilidad, además de saber priorizar actividades, finalizamos con un ejercicio de activación dependiendo las condiciones del cuidador (pasiva o progresiva).

7. Límites a la persona dependiente.	Que el participante establezca límites a la persona dependiente, además de fomentar la autonomía de esta.	Se explicó el tema de la importancia de establecer límites con su persona dependiente, se realizó una actividad alusiva al tema en donde se denunciaban situaciones reales y el CPI pensaba en respuestas que podría dar ante dicha situación hipotética y se finalizó con la técnica de imaginación guiada. Técnica: Visualización o imaginación guiada (relajación de cuerpo y mente para la reducción del estrés y la ansiedad).
8. Solicitud de ayuda y apoyo.	Que el participante distinga la importancia de pedir ayuda, además de promover redes de apoyo	Se expuso el tema asignado y se realizó una actividad alusiva al tema, se finalizó con entrenamiento autógeno. Técnica: Entrenamiento Autógeno (descripción a la percepción de olores, temperaturas, sonidos y colores en diversas partes del cuerpo).
9. Evaluación de bienestar psicosocial (post).	Contrastar los resultados (pre y post) obtenidos después de la intervención aplicada	Nuevamente se aplicaron las siguientes escalas psicométricas: • La carga del cuidador (Zarit & Zarit). • Bienestar Subjetivo (EBS-8). • Salud Autopercibida (SPHS). • Apoyo Social Percibido (MSPSS). • Ansiedad (GAD-7). • Soledad de 3 ítems. • Salud del paciente (PHQ-9). Esto para contrastar los resultados pre con los posts.

10. Encuentro grupal.	Que los participantes compartan con otros cuidadores experiencias sobre el cuidador	Se citaron a todos los CPI para una sesión grupal, en la que se compartieron experiencias y los cambios/mejoras que personalmente habían percibido los CPI. Además de que los CPI pudieran interactuar entre ellos. Se realizaron ejercicios de activación y dinámicas de integración.
-----------------------	---	--

Análisis de datos

Se extrajo medidas de tendencia central y de dispersión con el Software *Jamovi*© (jamovi 2.6.13, 2024). Se calcularon los coeficientes de correlación de las medidas psicosociales de malestar y bienestar

Se examinó el efecto de la intervención psicosocial mediante *Pruebas t* para distribuciones normales y *W de Wilcoxon* para distribuciones no normales. Se generó un correlograma con el coeficiente Spearman con el Software *Past* (4.17, 2024). Se consideró la significancia $\alpha \pm 0.05$.

Resultados

Resultados grupales

1. Medidas psicosociales (pre-post intervención)

1.1 Descriptivas

Con respecto a nuestros resultados obtenidos de los datos psicosociales realizaremos una comparación con los resultados obtenidos por los autores originales de las escalas.

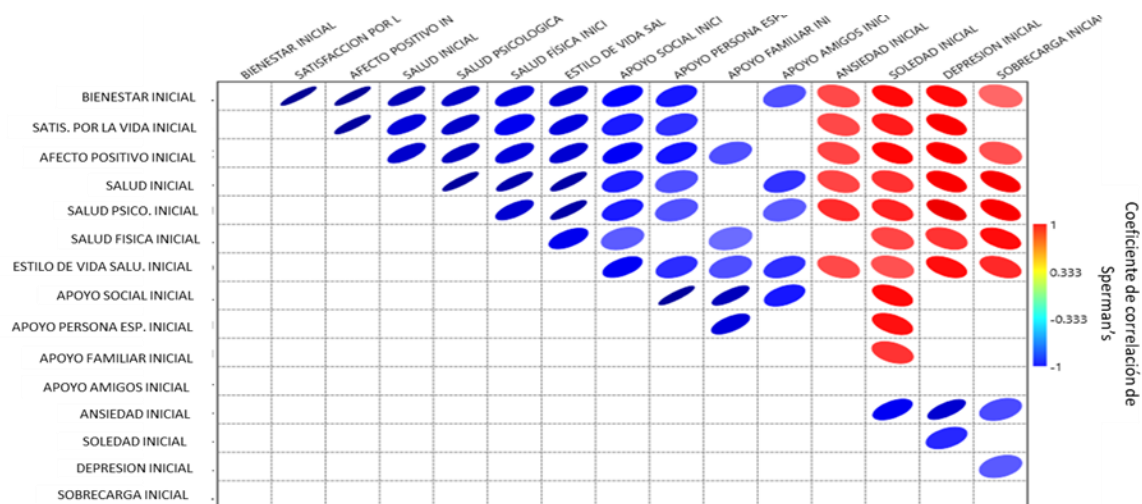
Se observó que la que la puntuación media del bienestar de los CPI (3.74 ± 1.58) es significativamente menor a la reportada por Calleja y Manson (2020) (5.41 ± 1.41) ($t = -7.55$, (50), $p < 0.001$, $d = -1.06$). Por otra parte, la salud Autopercebida de los CPI (3.34 ± 1.48) se encontró levemente debajo de la reportada por Tinajero (3.98 ± 1.07) ($t = -3.06$, (35), $p = 0.004$, $d = -0.429$).

Los cuidadores primarios presentaron una sintomatología pre al aplicar las escalas; Ansiedad (44.89 %) de las personas presentan ansiedad leve, Soledad (42.85 %) de las personas presentaron soledad leve, Depresión (65.30%) de las personas presentaron algún nivel de depresión sea este leve, moderado, de riesgo, Sobrecarga (34 %) de las personas presentó algún nivel de sobrecarga sea este leve o moderado.

1.2 Análisis correlacional

Figura 1.

Coeficiente de correlación de Spearman's en datos psicosociales.



Conforme a la *figura 1*, la sobrecarga se asocia a qué a mayor ansiedad, soledad y depresión más sobrecarga hay e inversamente con la escala de salud y bienestar.

Así mismo observamos que a mayor apoyo social las personas se sienten menos solas. Por último, podemos observar que a mayor bienestar las escalas negativas bajan en casi todos los puntos. Dado los niveles de asociación (0.333) y (-0.333) el nivel de clasificación de asociación es leve.

1.3 Efecto psicosocial de la intervención

Tabla 6.

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

Medida	Pre	Post	Estadístico	P	Tamaño del efecto
Bienestar	31.8 (9.74)	34.8 (11.04)	T = 2.65 (35)	0.012*	0.442

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

Depresión	8.67 (6.08)	6.42 (5.76)	T = -2.25 (35)	0.031*	-0.375
Sobrecarga	33.0 (17.0)	27.5 (17.3)	W = 180	0.044*	-0.397

Con base a la *tabla 6*, se puede visualizar un cambio significativo con respecto al pre-post y tamaño del efecto de las escalas; se observó un aumento en el puntaje de bienestar y una disminución en el de soledad, depresión y sobrecarga del cuidador.

1. Medidas fisiológicas

Tabla 7.

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

Sesión	Pre	Post	Estadístico	p	TE
1.	32.4 (2.35)	32.9 (2.05)	W = 169.0	0.065	0.4632
2.	32.6 (2.32)	33.0 (1.95)	W = 309	0.239	0.2440
3.	32.7 (1.87)	32.8 (1.93)	W = 318	0.739	0.0672
4.	32.4 (1.75)	32.9 (1.87)	W = 373	0.102	0.3280
5.	32.3 (1.74)	32.6 (1.90)	T = 2.3051 (30)	0.028	0.4140

6.	32.5 (1.73)	32.8 (1.83)	T = 2.378 (36)	0.023*	0.3909
7.	32.7 (1.83)	32.9 (1.94)	T = 1.0169 (34)	0.316	0.17189
8.	33.1 (1.98)	33.2 (2.13)	W = 274	0.399	0.178
9.	33.1 (1.65)	33.2 (1.57)	T = 0.7598 (18)	0.457	0.1743

En la respectiva *tabla 7*, podemos visualizar que solo hubo un cambio significativo con respecto a la sesión 6, donde hubo mayor índice de relajación.

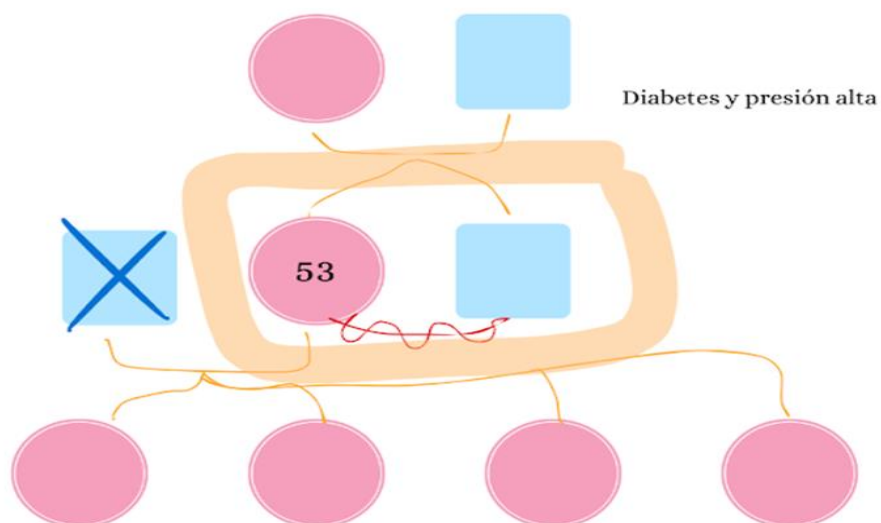
Resultados individuales

CPI 1

Leticia Hernández, mujer de 53 años, con escolaridad: secundaria inconclusa, cuidadora desde hace 3 años de su hermano de 52 años, el cual padece de obesidad y discapacidad en su pierna y amputación de 4 dedos. La participante padece de diabetes y presión alta, procurando el autocuidado con la alimentación y las horas del sueño.

La participante sostiene los gastos del hogar realizando trabajos domésticos, su persona dependiente ayuda en los gastos del hogar con la venta de dulces. Existe tensión entre la relación del CPI y la PD, ya que hay actitudes y criterios distintos que provocan discrepancias en el hogar. Al cabo de las sesiones se mostró una reducción del estrés y sobrecarga, llevo a cabo actividades recreativas, así como más atenciones a su salud.

Familiograma

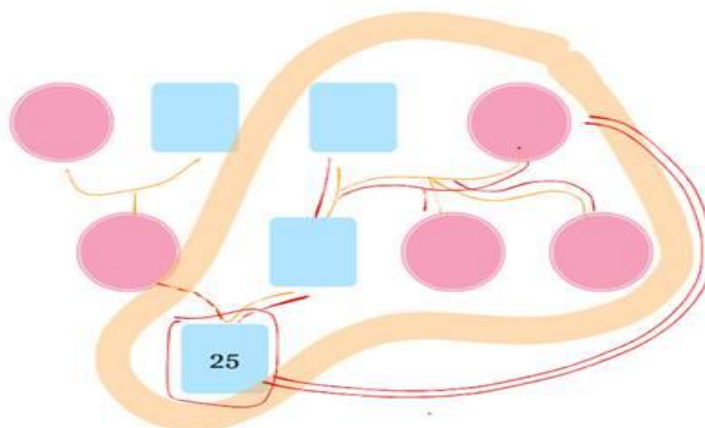


CPI 2

Gustavo Emiliano, joven de 25 años, con escolaridad: universidad sin concluir, cuidador desde hace 1 año de su abuela de 75 años, la cual padece de parálisis cerebral, además de inmovilidad en el brazo y pierna derecha, comparte el cuidado con más miembros de la familia.

El participante no padece ninguna enfermedad o discapacidad, aunque le gusta practicar deportes y tener una buena alimentación. Al principio le costaba un poco contar más sobre él pero conforme fueron pasando las sesiones pudimos notar cambios a nivel emocional, nos mencionó que sentía más confianza.

Familiograma

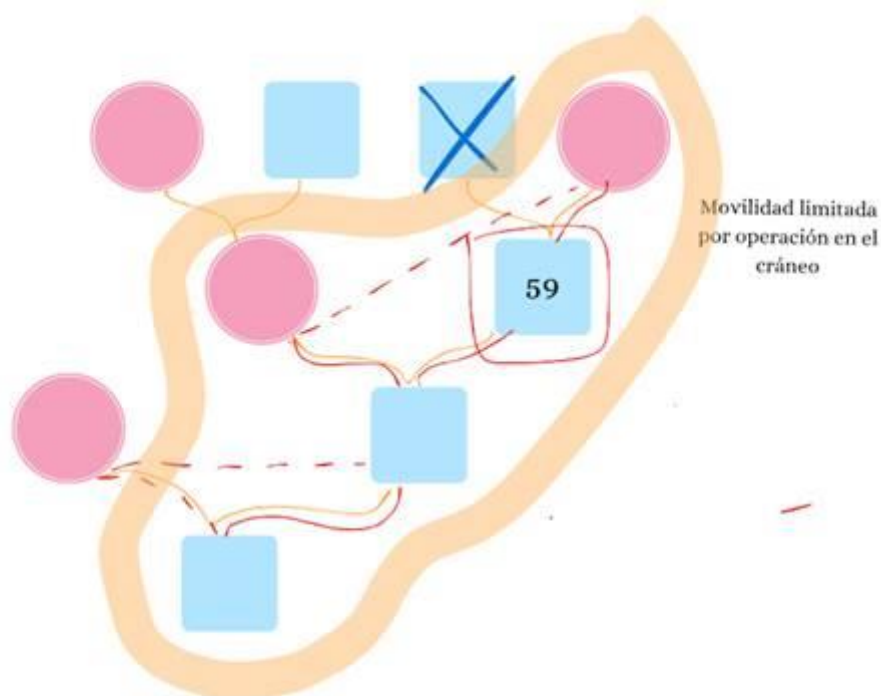


CPI 3

Antonio Lima, hombre de 59 años, cuidador desde hace 11 años de su madre, mujer de 94 años con hipertensión, problemas auditivos y movilidad limitada a causa de su edad. El cuidador no padece de alguna enfermedad en particular, sin embargo, tuvo una cirugía delicada en su cráneo dada una bala recibida, lo que limita el alto esfuerzo y algunas actividades que requieran de mucho movimiento.

La relación con su persona dependiente es buena, según lo platicado durante las sesiones, el participante ve el cuidado como parte de una responsabilidad intransferible, dado que la PD es su madre. Como principales fuentes de ingreso son las pensiones atribuidas a su madre y trabajos independientes que realiza el participante dentro y fuera del hogar. Durante el acompañamiento el cuidador mostró una mejoría en cuanto al estrés y sobrecarga.

Familiograma



CPI 4

María Elena Meza, mujer de 63 años, con escolaridad: secundaria, cuidadora hace 26 años de su hijo, un joven con Síndrome de Down. La cuidadora padece de presión alta, tras dicho padecimiento la cuidadora lleva una buena dieta, cuidando sus horas de sueño y comidas.

La relación y convivencia con la persona dependiente es satisfactoria a comparación de hace unos años atrás, cuando la persona dependiente requiere de mayores cuidados de todo tipo. El sustento económico es atribuido a el cónyuge de la CPI considerando así a la cuidadora como ama de casa de tiempo completo, no reciben apoyo del gobierno de ningún tipo.

Familiograma

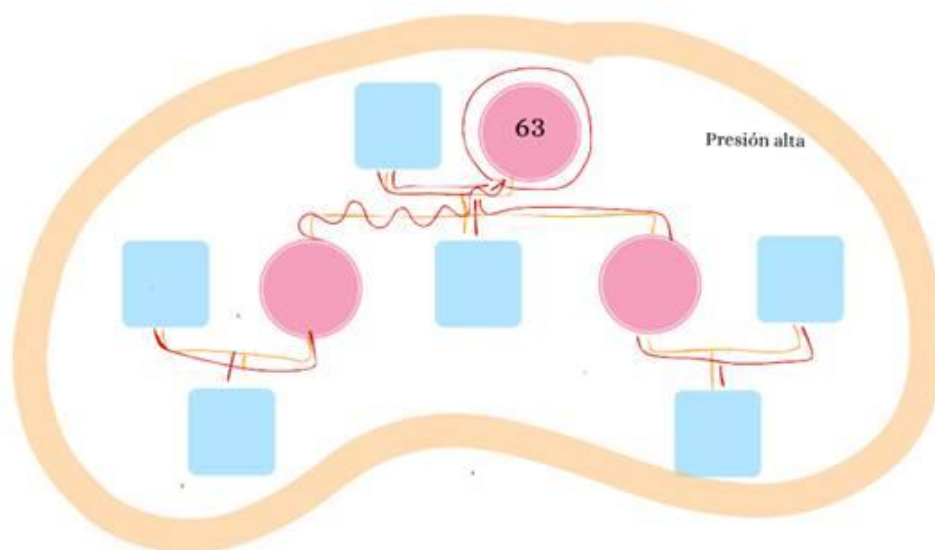


Tabla 8.*Cambio Clínico Observable (CCO)*

	CPI		
	Pre	Post	CCO
Bienestar	40	37	-0.075
• <i>Satisfacción</i>	20	18	-0.100
• <i>Afecto positivo</i>	20	19	-0.050
Salud	59	47	-0.203*
• <i>Psicológica</i>	17	11	-0.352*
• <i>Física</i>	23	24	0.043
• <i>Vida saludable</i>	19	12	-0.368*
Apoyo social	50	43	-0.140
• <i>Persona especial</i>	23	16	-0.304*
• <i>Familia</i>	18	18	0.000
• <i>Amigos</i>	9	9	0.000
Ansiedad	17	8	-0.529*
Soledad	4	4	0.000

Depresión	12	6	-0.500*
Sobrecarga	12	6	-0.500*

Como se muestra en la *tabla 8* los asteriscos (*) y negritas indican cambios significativos, lo cual destaca la relevancia de las mejoras observadas, sobre todo en salud psicológica, vida saludable, ansiedad, depresión y sobrecarga.

Discusión

Después de una comparación entre los datos recolectados antes de la intervención (pre) y después de la intervención (post), al contrastarlo se pudo observar lo siguiente, esto atribuyéndose a factores externos y ajenos al programa:

Ansiedad: Baja de 17 a 8, con un cambio significativo de -0.529*, lo que indica una importante disminución en la ansiedad.

Depresión: Disminuye de 12 a 6, con un cambio notable de -0.500*, lo que refleja una mejora significativa en síntomas depresivos.

Sobrecarga: Disminuye también de 12 a 6, con un cambio de -0.500*, indicando una reducción significativa en la sensación de sobrecarga.

El presente informe con sus respectivos análisis nos plantea el porqué es importante intervenir, dados los casos grupales como individuales podemos observar algunos cambios significativos con respecto al análisis pre-post de cada una de las escalas.

Las actividades de las sesiones como lo fueron las estrategias de escucha activa o ejercicios de relajación, llegan a tener un impacto tanto a nivel psicosocial como fisiológico. Sin embargo, se perciben ciertos factores externos que pueden llegar afectar a los cuidadores, es importante aprender a regular las emociones y el estrés.

Segunda etapa

Método

Diseño

Se realizó una investigación cuasi-experimental con datos (pre-post) tanto psicosociales y psicofisiológicos para visualizar si hay cambios significativos o no.

Participantes

Se utilizó una muestra no probabilística por conveniencia compuesta por cuidadores primarios informales (CPI) que atienden a las necesidades de alguna(as)

personas dependientes por enfermedades crónicas, discapacidades y/o adultos mayores, residentes de la colonia San Miguel Teotongo, perteneciente a la delegación Iztapalapa, Ciudad de México. Se comenzó la intervención iniciaron 49 participantes, estos siendo cuidadores primarios informales, de los cuales 32 participantes lograron finalizar la segunda etapa del programa (27 mujeres equivalente a 84.38% y 7 hombres que equivale a un 15.63%) de manera voluntaria; con una edad media = 57 años; un rango de edad de: 18 a 86 años; número de hijos de mediana = 2.83; con al menos 1 año de ser cuidador; con nivel de estudio: básico 50%, medio superior 34.38%, superior 3.13% y sin estudio 12.50% y finalmente estado civil: casado(a) 44%, soltero(a) 22%, viudo(a) 9%, separado(a) 6% y en unión libre 19%.

Instrumentos empleados

Para la valoración psicosocial se emplearon los siguientes instrumentos:

- *Escala de Bienestar Subjetivo (EBS-8):*

Diseñada para medir la satisfacción con la vida y el afecto positivo, consta de 8 preguntas con 6 opciones de respuesta (En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, Ligeramente de acuerdo, De acuerdo, Muy de acuerdo, Totalmente de acuerdo). Presenta alta confiabilidad, con un coeficiente de Cronbach superior a 0.80 (Calleja y Mason, 2020).

- *Escala de Atención Plena (MAAS):*

Evalúa el impacto de la atención plena en el bienestar emocional, la reducción del estrés y la calidad de vida. Está compuesta por 15 reactivos con 6 opciones de respuesta (Casi siempre, Frecuentemente, Con cierta frecuencia, No frecuentemente, Con poca frecuencia, Casi nunca). Su confiabilidad es alta, con un alfa de Cronbach de 0.89, y fue validada en México en 2015 (Brown y Ryan, 2003).

- *Escala de Afecto Positivo/Afecto Negativo (APAN-M):*

Es un instrumento de autorreporte que evalúa 10 efectos positivos y 10 negativos, reactivos con 5 opciones de respuesta (Nunca, Casi nunca, A veces, Frecuentemente, Siempre). Su confiabilidad es de 0.87 para afecto positivo y 0.85 para afecto negativo, y fue validada en México en 2021 (Velasco et al., 2021).

- *Escala de Malestar Psicológico (K-10):*

Mide el nivel de malestar psicológico, en particular síntomas de ansiedad y depresión. Consta de 10 reactivos con 5 opciones de respuesta (Nunca, Ocasionalmente, Algunos días, Varios días, Siempre). Su alfa de Cronbach es de 0.86, y fue validada en México en 2020 (Kessler et al., 2002).

Procedimiento

La intervención constó de un total de 9 sesiones (8 individuales y 1 grupal), llevando bitácoras semanales por sesión, esta se comenzó a partir del 23 de octubre de 2024, se realizó de manera presencial en los domicilios de los participantes o en su defecto un lugar cercano dentro de la colonia. También se utilizaron como recurso extra, la vía telefónica y por mensajería en el tiempo intermedio entre cada sesión, para la resolución de dudas, recordatorios o simplemente en situaciones donde se requería el diálogo. Las sesiones con duración de 50 minutos cada una, donde se practicaba la escucha activa como uno de los principales recursos, además de ejercicios de escritura emocional autorreflexiva (EEA), acompañado de un tema abordado por sesión, según el interés o condición del participante y finalizando con alguna técnica de atención plena. Durante cada sesión se realizaron 3 tomas de temperatura periférica y cómo inicial 1 central.

Tabla 9.

Descripción de las actividades y temas abordados durante las sesiones individuales

Sesión	Objetivo de la sesión	Descripción del contenido
1. Presentación, reencuentro, salud y convivencia.	Dar a conocer el programa de intervención y sus objetivos.	Presentación del programa de manera general (objetivos) y establecer horarios (día y hora de las sesiones, duración de las sesiones).
2. Evaluación psicofisiológica.	Aplicar escalas de medición pre-intervención.	Se aplicaron las siguientes escalas psicométricas: ● Bienestar Subjetivo (EBS-8). ● Escala de Atención Plena (MAAS). ● Escala de Afecto Positivo/Afecto Negativo en México. ● Escala de Malestar Psicológico (K-10).

3. Evaluación psicofisiológica.	Aplicar escalas de medición pre-intervención.	Se aplicaron las siguientes escalas psicométricas: ● Bienestar Subjetivo (EBS-8). ● Escala de Atención Plena (MAAS). ● Escala de Afecto Positivo/Afecto Negativo en México. ● Escala de Malestar Psicológico (K-10).
4. Escritura Emocional Autorreflexiva (EEA, Ejercicio A, primera persona).	Que el participante sea capaz de expresar alguna situación traumática por medio de la escritura en primera persona.	Se le pidió al participante pensar y escribir algún hecho de su propia vida (reciente o antiguo), que se considere el más doloroso de sus recuerdos. Escribiendo utilizando la primera persona del singular (yo, mí, a mí etcétera) de manera continua. Técnica: Detente, Respira, Observa, Procede (Concentración en la respiración, seguimiento auditivo por medio de un narrador).
5. Escritura Emocional Autorreflexiva (EEA, Ejercicio B, tercera persona).	Que el participante sea capaz de expresar alguna situación traumática por medio de la escritura en tercera persona.	Se le pidió al participante pensar y escribir algún hecho de su propia vida (reciente o antiguo), que se considere el más doloroso de sus recuerdos. A comparación del ejercicio A, en este se evita escribir en primera persona del singular, en esta ocasión se pidió al participante que se escribiera utilizando la persona (el, ella, etc.), de manera continua. Técnica: Respiración con atención plena (Concentración en la respiración, seguimiento auditivo por medio de un narrador).

6. Escritura Emocional Autorreflexiva (EEA, Ejercicio C, frases de conexión).	Que el participante sea capaz de expresar alguna situación traumática por medio de la escritura utilizando frases de conexión.	Se le pidió al participante pensar y escribir algún hecho de su propia vida (reciente o antiguo), que se considere el más doloroso de sus recuerdos. Escribiendo utilizando la primera persona del singular (yo, mí, a mí etcétera) de manera continua. Pero en esta ocasión se le presentó al participante una lista de palabras que tenía que ir introduciendo en su escrito. Técnica: Escaneo Corporal (Concentración en la respiración, seguimiento auditivo por medio de un narrador).
7. Escritura Emocional Autorreflexiva (EEA, Ejercicio D, solución).	Que el participante sea capaz de expresar alguna situación traumática por medio de la escritura utilizando frases de conexión donde se plantee una solución a dicha experiencia.	Se le pidió al participante pensar y escribir algún hecho de su propia vida (reciente o antiguo), que se considere el más doloroso de sus recuerdos. Escribiendo utilizando la primera persona del singular (yo, mí, a mí etcétera) de manera continua. Como en el ejercicio anterior se mostró al participante una lista de palabras que tenía que introducir en su escrito, pero, en esta ocasión se trataba de palabras y frases de ayuda para poder plantear alguna solución a la experiencia. Técnica: Suelta, Paz, Acepta (Relajación de cuerpo y mente para la reducción del estrés y la ansiedad).
8. Evaluación psicofisiológica.	Aplicar escalas de medición post-intervención para poder contrastar los datos.	Nuevamente se aplicaron las siguientes escalas psicométricas: ● Bienestar Subjetivo (EBS-8). ● Escala de Atención Plena (MAAS). ● Escala de Afecto Positivo/Afecto Negativo en México. ● Escala de Malestar Psicológico (K-10).

9. Encuentro grupal.	Contrastar los resultados (pre y post) obtenidos después de la intervención aplicada	Se citaron a todos los CPI para una sesión grupal, en la que se compartieron experiencias y los cambios/mejoras que personalmente habían percibido los CPI. Además de que los CPI pudieran interactuar entre ellos. Se realizaron ejercicios de activación y dinámicas de integración. Esto para contrastar los resultados pre con los posts.
----------------------	--	---

Análisis de datos

Se extrajo medidas de tendencia central y de dispersión con el Software *jamovi*© (jamovi 2.6.13, 2024). Se calcularon los coeficientes de correlación de las medidas psicosociales de malestar y bienestar. Se examinó el efecto de la intervención psicosocial mediante *Pruebas t* para distribuciones normales y *W de Wilcoxon* para distribuciones no normales. Se generó un correlograma con el coeficiente Spearman con el Software *Past* (4.17, 2024). Se consideró la significancia $\alpha \pm 0.05$.

Resultados

Resultados grupales

Medidas psicosociales (pre-post intervención)

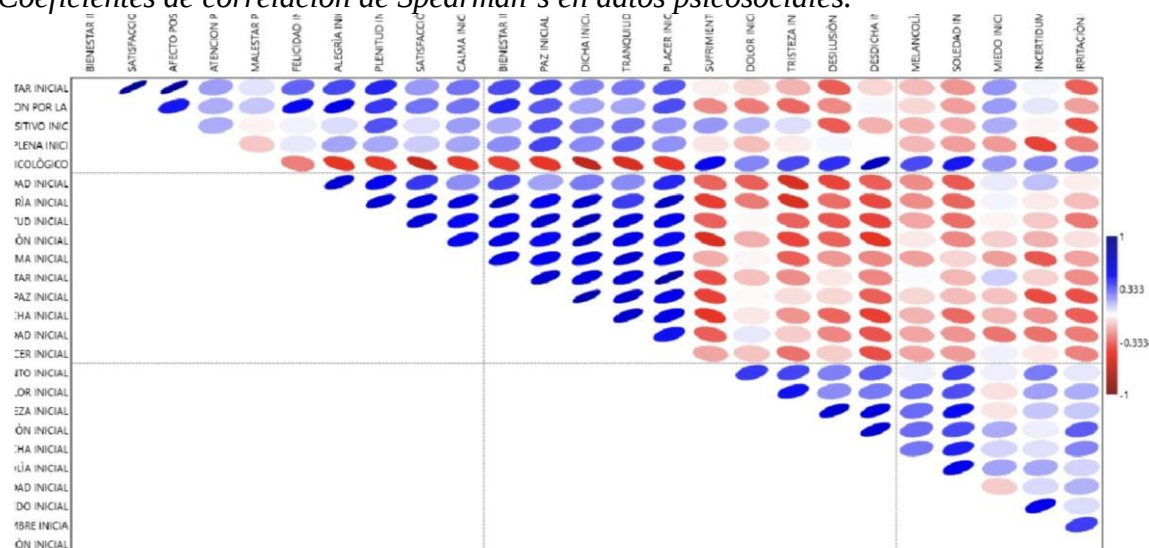
Descriptivas

Los resultados de las escalas aplicadas a los cuidadores primarios mostraron diferentes niveles de malestar psicológico previo a la intervención. Un 15.21% de los participantes presentó un alto grado de malestar, reflejando una afectación severa. El 19.56% mostró un grado moderado, mientras que el 34.78% representó el grupo más numeroso con un nivel moderado de malestar psicológico, indicando una afectación significativa pero no crítica. Finalmente, el 32.60% presentó un nivel leve de malestar, con síntomas menores pero presentes. Estos datos resaltan la importancia de implementar estrategias de apoyo que aborden las diversas necesidades emocionales de esta población.

Análisis correlacional

Figura 2.

Coefficientes de correlación de Spearman's en datos psicosociales.



En el correlograma, se puede apreciar una correlación negativa significativa entre los niveles de felicidad y tristeza, lo que indica que a medida que disminuye la felicidad, la tristeza tiende a incrementarse. Esta relación representa el vínculo más destacado dentro de los indicadores emocionales negativos. Por otro lado, en el eje de las emociones positivas, destaca una correlación positiva entre paz y dicha, por lo que si el paciente siente más paz, también será más feliz. Estas correlaciones demuestran que las emociones tienden a estar bien agrupadas entre los distintos ejes afectivos.

Efectos psicosociales de la intervención

Tabla 10.

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

Variable	Pre	Post	Estadístico	p-value	Tamaño del efecto
Bienestar subjetivo	33.6 (9.78)	35 (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 Positivo</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
Afecto Positivo/Afecto Negativo					
<i>Felicidad</i>	3.58 (1.03)	3.61 (1.05)	W= 37.0	0.745	0.121
<i>Alegría</i>	3.56 (1.045)	3.63 (0.871)	W= 32.5	0.627	0.182
<i>Plenitud</i>	3.13 (1.04)	3.53 (1.02)	W= 160	0.003*	0.684
<i>Satisfacción</i>	3.63 (1.04)	3.50 (1.08)	W= 62.0	0.478	-0.190
<i>Calma</i>	3.09 (0.928)	3.63 (1.100)	W= 162	0.005*	0.705
<i>Bienestar</i>	3.34 (1.260)	3.72 (0.924)	W= 151	0.073	0.438
<i>Paz</i>	3.38 (1.29)	3.50 (1.30)	W= 78.5	0.595	0.154
<i>Dicha</i>	3.44 (1.22)	3.41 (1.10)	W= 33.0	1.000	0.00
<i>Tranquilidad</i>	3.54 (1.214)	3.69 (0.965)	W= 105	0.696	0.100
<i>Placer</i>	3.03 (1.26)	3.19 (1.12)	W= 103	0.447	0.199
<i>Sufrimiento</i>	2.81 (1.061)	2.78 (0.975)	W= 82.5	0.909	-0.0351
<i>Dolor</i>	3.35 (1.02)	3.13 (1.28)	W= 43	0.176	-0.368
<i>Tristeza</i>	3.09 (1.058)	3.00 (0.984)	W= 49	0.518	-0.183
<i>Desilusión</i>	2.94 (1.22)	2.63 (1.29)	W= 19.5	0.028*	-0.629
<i>Desdicha</i>	2.06 (1.22)	2.13 (1.10)	W= 106	0.653	0.116
<i>Melancolía</i>	3.09 (0.963)	2.75 (1.270)	W= 59	0.142	-0.379
<i>Soledad</i>	2.38 (1.43)	2.22 (1.39)	W= 49	0.532	-0.183
<i>Miedo</i>	2.75 (1.16)	2.44 (1.22)	W= 59.5	0.256	-0.304

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

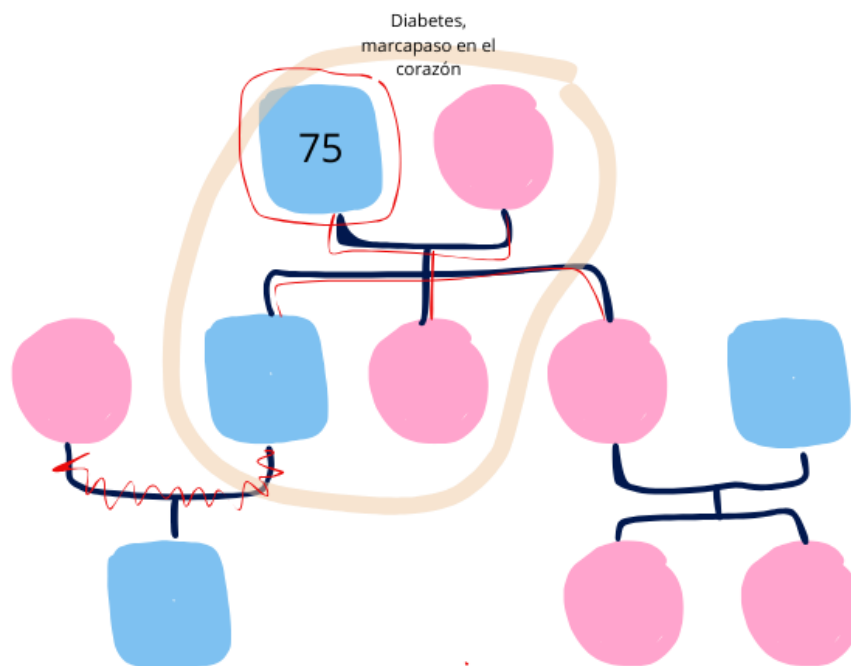
Según los datos presentados en la *tabla 1*, se observaron cambios significativos entre las mediciones pre y post intervención. Se registró un aumento notable en las variables de Atención Plena, Plenitud y Calma, mientras que hubo una disminución en las variables de Malestar Psicológico y Desilusión. Estos resultados reflejan una mejora general en el bienestar emocional de los participantes.

Reporte de casos

CPI 1: Señor Ra. (Participante integrado en la segunda etapa del programa)

- Sexo: Masculino
- Edad: 75 años
- Años de cuidador: 9 años
- Padecimientos/ Manifestaciones: Diabetes, marcapasos en el corazón
- Acciones/ Recursos: Su hija y su esposa son las personas con las que más convive, entre todos delegan tareas para el cuidado de su hijo, aunque llega a tener pequeñas diferencias con su hija algunas veces. Como red de apoyo solo considera a estas personas.
- Presentación de caso: El señor Ra. es el cuidador de su hijo de 53 años el cual está discapacitado debido a un accidente, lo cual le ha afectado el cómo llevaban su estilo de vida antes y después del accidente, pero se ha ido acoplado a la situación y trata de ver siempre por el bienestar de su hijo, comentó que su hijo y él no salen ni socializan mucho porque no quiere dar explicaciones o que las personas juzguen, él es el que pasa más tiempo con su hijo sin embargo su esposa y su hija también le ayudan un poco con el cuidado, pero con los otros familiares comenta que al menos él prefiere tomar su distancia porque siente que no les interesa la salud de su hijo y ni siquiera lo van a visitar, siente que es su deber y responsabilidad cuidar de su hijo hasta que la vida se lo permita y le da incertidumbre pensar en que pasara cuando él ya no este, pero trata de pensar en el presente y dejar todo para su hijo, comenta que no le pesa cuidar de su hijo y aunque al principio fue difícil hoy en día no le sobrecarga
- Con el señor Ra. se trabajaron todas las sesiones, en donde se hizo énfasis en los temas relacionados al apoyo social, poner límites con respecto a darse tiempo para él o con cosas que le molestan expresarlas, organizar mejor su tiempo y su propio autocuidado.

Familiograma



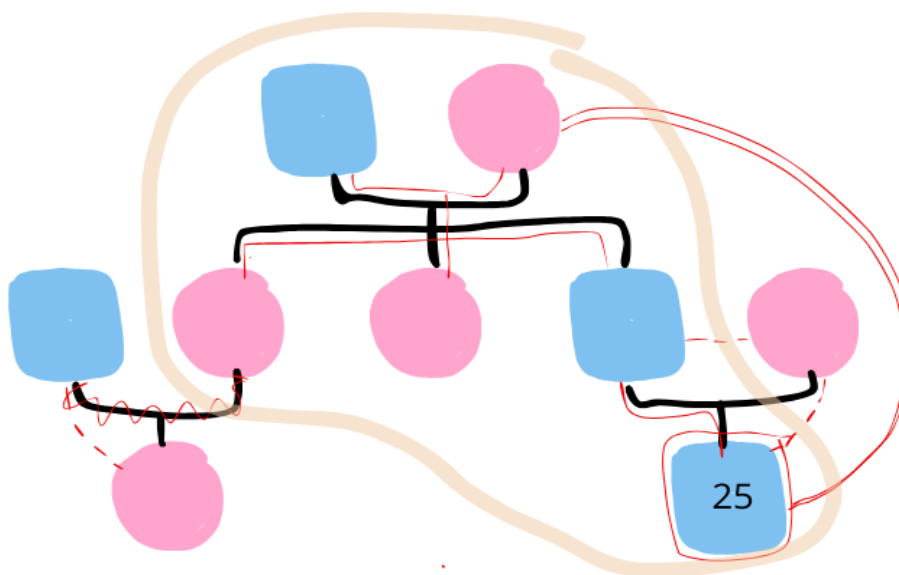
CPI 2: Joven E. (Participante desde la primera etapa del programa)

- Sexo: Masculino.
- Edad: 25 años.
- Años de cuidador: 2 años.
- Padecimientos/ Manifestaciones: No tiene algún padecimiento pero en esta segunda etapa del programa presentó manifestaciones de ansiedad y depresión.
- Acciones/ Recursos: Vive con sus abuelos, papá y sus tías, entre todos delegan tareas para el cuidado de su abuela, en general la convivencia es buena ya que todos tienen un rol asignado. Como red de apoyo está su familia, amigos cercanos y algunos vecinos.
- Presentación de caso: El joven E. es el cuidador de su abuela de 75 años la cual tiene parálisis cerebral, inmovilidad en un brazo y una pierna, comenta que antes de ese

diagnóstico su abuela era muy sana pero lamentablemente tuvieron que cambiar su rutina para poder darle cuidados a su abuela, trata de ayudarlo en lo más que pueda aunque las tareas de cuidado se delegan entre toda la familia, no tiene muy buena relación con algunos familiares porque siente que no ven por su abuela, comenta que si bien cuida a su abuela él solo hace como un 15% ha que por el trabajo a veces se le complica, no siente que le sobrecargue el tema del cuidado.

- Con el joven E. se trabajó en las sesiones diversos temas, en donde se hizo énfasis en los hábitos saludables, poner límites con respecto a expresar las cosas que le molestan, organizar mejor su tiempo, así como temas de interés que él nos comentó los cuales fueron depresión y ansiedad.

Familiograma

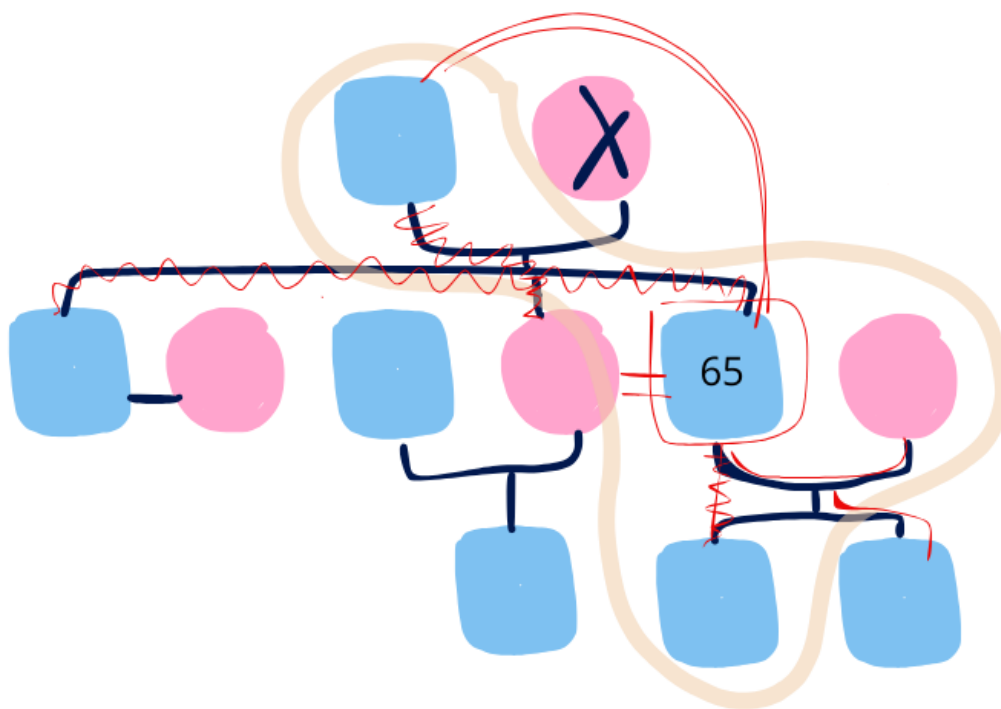


CPI 3: Señor R. (Participante integrado en la segunda etapa del programa)

- Sexo: Masculino.
- Edad: 65 años
- Años de cuidador: 9 años
- Padecimientos/ Manifestaciones: Sin enfermedades
- Acciones/ Recursos: Las personas con las que más convive son su esposa, su hermana y su hijo. Entre su hermana y él son los que se hacen más cargo del cuidado de su padre, aunque llega a tener pequeñas diferencias tanto con su hijo como su hermana algunas veces. Como red de apoyo considera a su familia, algunos amigos y compañeros del grupo *Alcohólicos Anónimos (AA)* al cual asiste.

- Presentación de caso: El señor R. es el cuidador de su padre de 91 años el cual tiene úlceras en el estómago entre otros padecimientos por la edad, un tema complicado es que su padre a veces no se deja ayudar y es muy terco eso lleva a que se genere cierta tensión, comentó que su padre ha tenido roces tanto con él como con su hermana, si bien se reparten el cuidado ahora él es el que está más a cargo de su papá, se siente muy apoyado por su esposa y su hijo aunque algunas veces tenga diferencias con este, siente que es su deber y responsabilidad cuidar de su padre para regresarle de alguna manera todo lo que le ha dado y le da incertidumbre lo que pueda pasar porque su papá ya esta grande, si siente una sobrecarga por el cuidado pero lo sobrelleva.
- Con el señor R. se trabajó en las sesiones temas relacionados con poner límites con respecto a darse tiempo para él y de igual manera poner límites con ciertas exigencias de su padre, comunicación asertiva, organizar mejor su tiempo y regulación emocional.

Familiograma



CPI 4: Señora M. E. (Participante desde la primera etapa del programa)

- Sexo: Femenino.
- Edad: 63 años.
- Años de cuidador: 26 años
- Padecimientos/Manifestaciones: Presión alta, en esta segunda etapa del programa presentó más problemas de visión
- Acciones/ Recursos: Sus hijas y sus nietos son las personas con las que más convive, hay una buena relación, aunque llega a tener pequeñas diferencias con su hija algunas veces. Como red de apoyo está su familia, considera que no tiene amigos y ella es la que se encarga de todo el cuidado de su hijo.

- Presentación de caso: La señora M. E. es la cuidadora de su hijo de 26 años el cual tiene síndrome de Down, lo cual le ha afectado el cómo llevaban su estilo de vida, pero se ha ido acoplando a la situación y trata de ver siempre por el bienestar de su hijo, comenta que antes era mucho más difícil pero al estar más grande su hijo ya hace cosas para valerse por sí mismo, sin embargo, en esta segunda etapa del programa falleció su esposo lo cual le afectó mucho ya que era un gran sostén para ella, de igual manera eso le afectó el hogar y el cómo llevan la situación, su hijo ha tenido crisis y se siente muy mal al igual que ella, trata de apoyarse en su familia y buscar consuelo, comentó que ha tratado de hacer diferentes cosas así como salir y distraerse haciendo actividades recreativas, dada la situación ahora se preocupa más por el futuro de su hijo y que pasara cuando ella no este, pero trata de estar bien por su hijo, así como ser un apoyo para él.
- Con la señora M. E. se trabajó en las sesiones temas relacionados al duelo, la depresión/ansiedad, el apoyo social y el crear redes de apoyo, así como el autocuidado y hábitos saludables.

Familiograma

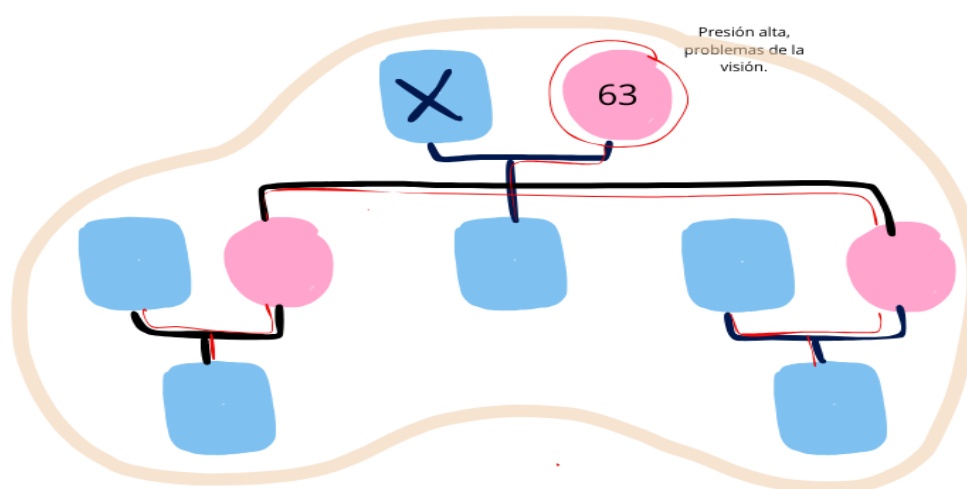


Tabla 11.

Cambio Clínico Observable (CCO)

	CPI 1 Raúl Hernán			CPI 2 Gustavo Emiliano			CPI 4 María Elena		
	Pre	Post	CCO	Pre	Post	CCO	Pre	Post	CCO
Bienestar Subjetivo	41	44	0.073	34	37	0.088	38	31	-0.184
<i>Satisfacción por la vida</i>	20	22	0.100	17	17	0.000	19	15	-0.211*

<i>Afecto Positivo</i>	21	22	0.048	17	20	0.176	19	16	-0.158
Atención Plena	71	72	0.014	64	56	-0.125	54	63	0.167
Malestar Psicológico	23	16	-0.304*	22	20	-0.091	16	16	0.000

**Afecto Positivo/Afecto
Negativo**

<i>Felicidad</i>	5	5	0.000	4	5	0.250	3	3	0.000
<i>Alergia</i>	4	5	0.250	4	4	0.000	3	3	0.000
<i>Plenitud</i>	4	5	0.250	3	4	0.333	2	3	0.500
<i>Satisfacción</i>	3	4	0.333	3	3	0.000	3	1	-0.667*
<i>Calma</i>	4	5	0.250	3	4	0.333	3	5	0.667
<i>Bienestar</i>	4	5	0.250	4	4	0.000	5	4	-0.200*
<i>Paz</i>	5	5	0.000	3	3	0.000	3	5	0.667
<i>Dicha</i>	4	4	0.000	3	3	0.000	3	3	0.000
<i>Tranquilidad</i>	4	5	0.250	4	4	0.000	5	4	-0.200*
<i>Placer</i>	5	5	0.000	3	3	0.000	3	3	0.000
<i>Sufrimiento</i>	4	3	-0.250*	2	3	0.500	3	3	0.000
<i>Dolor</i>	3	1	-0.667*	2	4	1.000	3	3	0.000
<i>Tristeza</i>	2	3	0.500	2	3	0.500	4	3	-0.250*
<i>Desilusión</i>	2	2	0.000	3	3	0.000	3	1	-0.667*
<i>Desdicha</i>	1	1	0.000	1	2	1.000	3	2	-0.333*
<i>Melancolía</i>	3	1	-0.667*	2	2	0.000	3	3	0.000
<i>Soledad</i>	1	1	0.000	1	1	0.000	2	2	0.000
<i>Miedo</i>	4	2	-0.500*	3	4	0.333	3	3	0.000

<i>Incertidumbre</i>	4	1	-0.750*	3	3	0.000	3	3	0.000
<i>Irritación</i>	3	1	-0.667*	3	3	0.000	2	3	0.500

Con base en los resultados reflejados en la tabla anterior, se evidenció en el primer participante una notable mejoría en diversos aspectos relacionados con su bienestar emocional y psicológico. Entre estos aspectos destacan una reducción significativa del *malestar psicológico*, el *sufrimiento*, el *dolor*, la *melancolía*, el *miedo*, la *incertidumbre* y la *irritabilidad*. Estos cambios positivos representan un avance importante, ya que están directamente relacionados con una mejor calidad de vida, especialmente en contextos donde el participante desempeña un rol de cuidador.

Por otro lado, en el caso del cuidador número dos, los resultados mostraron una estabilidad en los datos obtenidos, sin evidenciar cambios significativos en términos de mejorías o aumentos de malestar. Sin embargo, la ausencia de mejoras también podría sugerir que la intervención, en este caso específico, no tuvo el impacto esperado o que las estrategias utilizadas no lograron abordar las necesidades particulares de este cuidador.

Por último, en el caso de la cuidadora número tres, se observó un aumento en su malestar relacionado con la *satisfacción con la vida*, el *bienestar*, la *tranquilidad* y la sensación de *plenitud*. Este cambio podría deberse al impacto emocional del fallecimiento reciente de su cónyuge, un evento que afectó de manera significativa su equilibrio emocional. Sin embargo, también se registró una disminución en emociones negativas como la *tristeza*, la *desilusión* y la *desdicha*. Esto podría indicar que, aunque está atravesando un momento difícil, comienza a mostrar señales de adaptación inicial al duelo.

Discusión

Los resultados de la intervención psicosocial realizada evidenciaron efectos positivos, tanto a nivel grupal como individual, destacando mejoras significativas en el bienestar emocional de los participantes.

En el análisis grupal, se observaron cambios relevantes entre las mediciones previas y posteriores a la intervención. Hubo un incremento en las variables de Atención Plena, Plenitud y Calma, acompañado por una disminución en el Malestar Psicológico y la Desilusión. Estos resultados reflejan un progreso general en el estado emocional de los participantes, mostrando que las estrategias implementadas favorecieron el fortalecimiento de emociones positivas y la reducción de factores de malestar.

En el ámbito individual, los resultados variaron según el caso. En los casos del primer y cuarto participante se mostró una mejora notable, en el primer participante en aspectos relacionados con su bienestar emocional y psicológico, como una marcada reducción en el malestar psicológico, el sufrimiento, la melancolía, el miedo, la

incertidumbre y la irritabilidad. Estas transformaciones representan un avance significativo hacia una mejor calidad de vida, especialmente en el contexto de su rol como cuidador. En el caso de la tercera participante, se evidenció un incremento en el malestar relacionado con la satisfacción vital, el bienestar, la calma y la sensación de plenitud. Este aumento parece estar vinculado al impacto emocional causado por el fallecimiento reciente de su cónyuge. Sin embargo, también se registró una disminución en emociones negativas como tristeza, desilusión y desdicha, lo cual indica que, a pesar de atravesar un momento emocionalmente difícil, comienza a mostrar signos de adaptación inicial al duelo.

Limitaciones

Estos resultados destacan la importancia de personalizar las intervenciones psicosociales para abordar las necesidades específicas de cada individuo, promoviendo mejoras sostenibles tanto en el ámbito grupal como en el individual, con el objetivo de fomentar un bienestar emocional.

Software Atlas. ti

En esta segunda etapa, utilizamos el software Atlas.ti para el análisis de las bitácoras, así como el de los ejercicios de escritura emocional autorreflexiva.

Se realizó un reporte sobre el análisis de cada uno de los casos de los CPI de la comunidad de San Miguel Teotongo, mediante códigos y redes se valorará el enraizamiento y densidad de cada uno de estos, mediante los ejercicios que realizaron los participantes.

Metodología

A lo largo de las sesiones se les pidió a cada uno de los CPI que realizarán los ejercicios de E. E. A en el que tendrán 20 minutos máximo para realizarlos, uno por sesión, los cuales se dividen en;

Ejercicio A. El cual consistía que el participante escriba sobre algún hecho de su propia vida (reciente o antiguo), que se considere el más doloroso de sus recuerdos, escriba utilizando la primera persona del singular (yo, mi, a mí, etc.), de manera continua.

Ejercicio B. Consiste en que el participante escriba sobre algún hecho de su propia vida (reciente o antiguo), que se considere el más doloroso de sus recuerdos, evitando utilizar la primera persona del singular en esta ocasión que escriba sus recuerdos utilizando la tercera persona (él, ella, etc.), de manera continua.

Ejercicio C. Se le pide al participante que escriba sobre algún hecho de su propia vida (reciente o antiguo), que se considere el más doloroso de sus recuerdos. Escriba

utilizando la primera persona del singular (yo, mí, a mí, etc.), de manera continua. En esta ocasión le presentamos una lista de palabras y se le da la indicación de intentar utilizar el mayor número de las que le acomoden a su propio escrito.

Ejercicio D. Por último, se le pide que escriba sobre algún hecho de su propia vida (reciente o antiguo), que se considere el más doloroso de sus recuerdos. Escriba utilizando la primera persona del singular (yo, mí, a mí, etc.), de manera continua. En esta ocasión presentamos una lista de palabras y frases que le ayuden a plantear alguna solución a la experiencia, utilice las que más se le acomoden a su estilo.

Análisis E. E. A

Al realizar el análisis encontramos diversos problemas con base a los ejercicios realizados por cada CPI, en rasgos generales en todos se presentan emociones negativas, hay una diferencia entre el Ejercicio A y el Ejercicio D ya que al inicio la mayoría suelen ser escritos muy cortos sin mucha expresión sobre su estado emocional.

De igual manera en los ejercicios posteriores se nota más desenvolvimiento, así como una mejor relación entre el sentimiento y la expresión, así como una mejor identificación de emociones.

Algunos participantes tuvieron cierta dificultad en los últimos ejercicios al tener que relacionar las palabras otorgadas y agregarlas a su escrito a diferencia de cuando lo hicieron de manera libre, hubo cambios significativos en cada uno de los escritos comparándolos entre sí a partir del primer y último ejercicio.

Figura 3.

Red de E. E. A

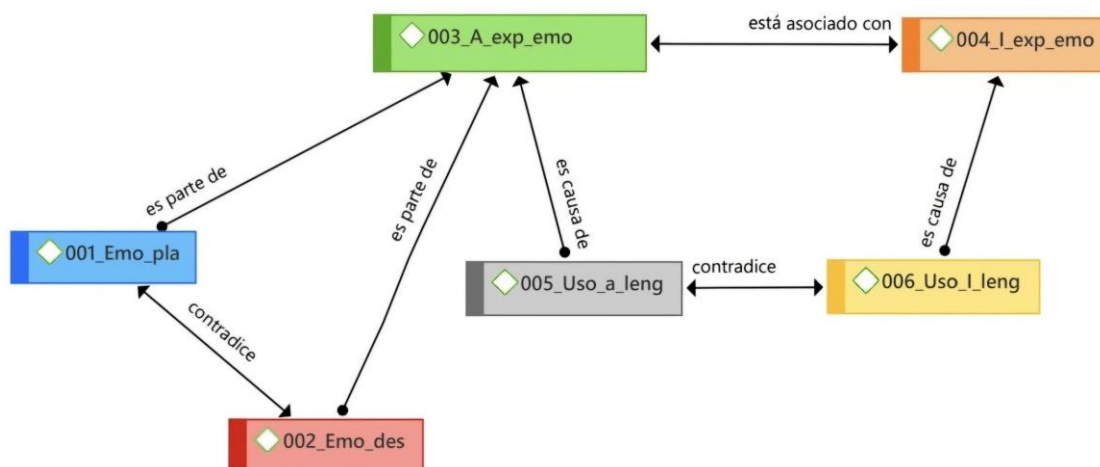


Imagen exportada del software Atlas.ti

Como se muestra en la figura 1 se realizó un enraizamiento a partir de la generación de códigos que se muestran posteriormente en la tabla 1 donde se muestra la relación entre cada uno de estos con respecto a las emociones negativas y positivas presentadas en los ejercicios de E. E. A.

Empezando por las emociones placenteras las cuales son lo contrario a las emociones desagradables, se asocia lo positivo como una buena expresión emocional causado un uso bueno del lenguaje para comunicar las emociones, asociados con la inadecuada expresión emocional causando un inadecuado uso del lenguaje y el reprimir emociones.

Tabla 12. Enraizamiento de E. E. A

Código	Descripción	Enraizamiento	Densidad
001_Emo_pla	Se refiere a las emociones placenteras descritas en el texto, aquellas que la persona considera le benefician y/o disfruta.	17	2
002_Emo_des	Se refiere a las emociones desagradables que reporta la personas, es decir aquellas que no quisiera sentir o que le provocan malestar	39	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.	24	4
004_I_exp_emo	Se refiere a la expresión emocional inadecuada referida por la persona, es decir, aquellas expresiones con poca habilidad para ser congruente entre	14	2

	la emoción y la expresión.		
005_Uso_a_leng	Se refiere al uso lo más adecuado posible para expresar sus emociones, es decir, que pueda comunicar de manera comprensible su sentir en el texto.	21	2
006_Uso_I_leng	Se refiere al uso inadecuado del lenguaje en la expresión de sus emociones.	16	2

Finalmente se visualiza una mayor presencia de emociones desagradables que sin embargo las personas si son capaces de identificar y expresar de mejor manera con un buen uso del lenguaje donde se entienda la idea que la persona quiere comunicar, a su vez se puede notar también una presencia importante de emociones placenteras que pueden mejorar el bienestar de los participantes.

Figura 4.

Nube de palabras.



Imagen exportado del software Atlas.ti

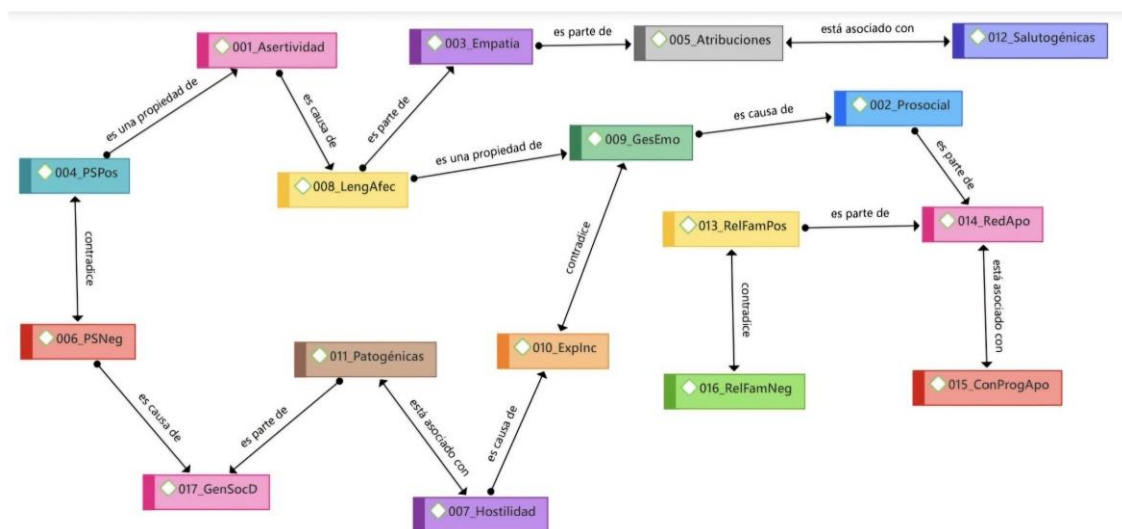
En la nube de palabras de EEA las palabras con mayor frecuencia resultan accidente, dolor, coraje, miedo, depresión, problemas, hija, bebe, padre, reflejando como en las escrituras de las 4 CPI resaltaron aspectos dolorosos respecto a cuestiones familiares, igualmente se ve en continuación de frecuencia las palabras bienestar, vida, tranquilidad, salud, las cuales serían el contraste entre las emociones que pudieron sentir los CPI al realizar las E. E. A.

Análisis de bitácoras

Igualmente se realizó un análisis más detallado sobre el progreso en las sesiones se tuvo que analizar las bitácoras, en las sesiones se pudo ver un cambio tanto en su manera de actuar como de pensar, esto debido a la constancia de las cuidadoras al estar tanto analizando la información aplicando los ejercicios así como diversas situaciones que ocurrieron durante las semanas.

Figura 5.

Red de bitácoras



Mediante los códigos asignados de realizo como se muestra en la Figura 3. Para posteriormente visualizar el enraizamiento qué se muestra en la Tabla 2. La red se crea a apartar de los aspectos psicológicos negativos y los aspectos psicológicos positivos, la reacción de estos con la gestión emocional, el uso del lenguaje, la asertividad o la empatía como aspectos positivos, así bien la hostilidad, la inadecuada expresión emocional y conductas patogénicas como negativo.

Tabla 13.*Enraizamiento de bitácoras*

Código	Enraizamiento	Densidad
001_Asertividad	5	2
002_Prosocial	4	2
003_Empatía	10	2
004_PsPo	1	2
005_Atribuciones	9	2
006_PsNeg	6	2
007_Hostilidad	3	2
008_LengAfect	4	3
009_GesEmo	14	3
010_ExpeLnc	12	2
011_Patogenicas	4	2
012_Salutogenicas	4	1
013_RelFamPos	5	2
014_RedApo	4	2
015_ConPogApro	0	1
016_RelFamNeg	5	1
017_GenSocD	0	2

Con base al enraizamiento, se puede visualizar una mayor presencia de gestión emocional, así como mayor pero que a su vez también hay casos de una inadecuada expresión emocional por los sentimientos negativos.

Figura 6.*Nube de palabras*



Imagen exportada del software Atlas ti.

La nube de palabras que corresponde a las sesiones de esta segunda etapa, en los que detonaron tanto sentimientos como *culpa*, *mal*, *enojo*; por el contrario, también se detectaron que sobresalieron como *bien*, *gusto*, *actitud* o *controlar*.

Conclusiones

Al realizar la Escritura Emocional Autorreflexiva se pueden notar cambios significativos entre el primer y último ejercicio si bien al inicio existieron complicaciones para poder expresarse, por parte de los participantes, al igual que mostrar sus sentimientos y emociones, se pudo notar un avance, ya que con cada ejercicio se apreciaba mayor estructura en sus narrativas, además del reconocimiento de sentimientos y emociones, esto, identificados por sus nombres. Estos ejercicios fueron de utilidad para afrontar sus situaciones de mejor manera y clasificar por nombre las emociones que están experimentando o que experimentaron en algún momento.

Tercera etapa

Método

Diseño

Se realizó una investigación cuasi-experimental con datos (pre-post) tanto psicosociales y psicofisiológicos para visualizar si hay cambios significativos o no.

Participantes

Se utilizó una muestra no probabilística por conveniencia compuesta por cuidadores primarios informales (CPI) que atienden a las necesidades de alguna(s) personas dependientes por enfermedades crónicas, discapacidades y/o adultos mayores, residentes de la colonia San Miguel Teotongo, perteneciente a la delegación Iztapalapa, Ciudad de México. Se comenzó la intervención iniciaron 44 participantes, considerando los tres espacios en lo que se trabajó la intervención, estos siendo cuidadores primarios informales, de los cuales 17 participantes lograron finalizar la tercera etapa del programa (14 mujeres equivalente a 83.35% y 3 hombres que equivale a un 17.63%) de manera voluntaria; con una edad media = 57 años; y promedio de 60.41; un rango de edad de: 38 a 82 años; número de hijos de mediana = 2.94; con al menos 1 año de ser cuidador; con nivel de estudio: básico 0%, medio superior 35.29%, superior 11.76% y sin estudio 11.76% y finalmente estado civil: casado(a) 29.41%, soltero(a) 29.41%, viudo(a) 17.75%, divorciado(a) 11.76% y separado(a) 11.76%.

Instrumentos

Para la valoración psicosocial se emplearon los siguientes instrumentos:

- *World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0):*

Instrumento validado por la Organización Mundial de la Salud OMS (2010), diseñada para evaluar resultados considerando 36 preguntas para evaluar en relación al estado de salud global de los pacientes en seis áreas de salud, independientemente de la enfermedad. Estas incluyen; Cognición -comprensión y comunicación: 6 preguntas, Movilidad – movimiento y locomoción: 5 preguntas, Autocuidado – higiene personal, vestirse, comer y afrontar la soledad: 4 preguntas, Interacción social – interactuar con otras personas: 5 preguntas, Actividades de la vida – tareas domésticas, ocio, trabajo y estudios: 8 preguntas, Participación social – actividades comunitarias, participación en la sociedad: 8 preguntas. A cada respuesta se le asigna su puntuación predefinida; Ninguna, Baja, Moderada, Fuerte, Extremo/no puede hacerlo.

- *Escala de apoyo social de MOSS (Medical Outcomes Study Social Support Survey):*

Este instrumento está validado por Revilla y Esparza (2005), consta de 19 ítems, los cuales permiten ver el apoyo que reciben percibido por los individuos, viendo el apoyo que reciben de una persona especial, el apoyo familiar y el apoyo de amigos, el instrumento está compuesto por 5 ítems tipo Likert: Nunca 1, Rara vez 2, Algunas Veces 3, Casi Siempre 4 y Siempre 5.

Procedimiento

Entre el 19 de febrero al 30 de abril de 2025 se llevaron a cabo 11 sesiones, realizadas cada miércoles en el Museo Comunitario de San Miguel Teotongo de manera grupal. Cada sesión con duración de 90 minutos aproximadamente. Como detalle complementario, se hizo uso de recursos como la vía telefónica y por mensajería en el tiempo intermedio entre cada sesión, para la resolución de dudas, recordatorios o simplemente en situaciones donde se requería el diálogo. Durante las sesiones, se aplicaron escalas para evaluar apoyo emocional y social que permitió el análisis estadístico que posteriormente ayudan a evaluar el efecto de la intervención. Además, se impartieron contenidos informativos sobre el cuidado y sus limitaciones, fomentando el diálogo y la participación, además de una aproximación entre los cuidadores, quienes formaban parte del grupo.

Tabla 14.

Descripción de las actividades y temas abordados durante las sesiones individuales.

Sesión	Objetivo de la sesión	Descripción del contenido
1. Integración grupal.	Que las y los participantes puedan interactuar entre sí, compartiendo vivencias y experiencias, reconociendo similitudes y diferencias.	El facilitador lanza el objeto hacia uno de los participantes y le pide que diga su nombre y saque una tarjeta del recipiente al azar. Cada participante debe leer en voz alta la pregunta o frase que le tocó y completarla de acuerdo con su experiencia personal. Al terminar su participación esa persona debe sujetar de nuevo el objeto y lo lanza a otro compañero, quien también comparte su respuesta. Se repite hasta que todos hayan participado.

2. Reconocimiento de emociones.	Que cada participante aprenda a reconocer las emociones que perciben y pueda así compartir al grupo situaciones o experiencias donde se hayan identificado emociones.	Las facilitadoras expondrán el tema previsto, posteriormente se dividirá el grupo en pequeños subgrupos en los cuales cada participante compartirá alguna situación o experiencia que les haya generado alguna emoción dentro de su subgrupo .
3. La ira desde el ciclo del estrés y regulación emocional.	Que los participantes identifiquen sus emociones, comprendan el proceso de la ira y adquieran estrategias para gestionarla de manera efectiva a través de técnicas de regulación emocional.	Primero se le dará a cada uno de los y las participantes tres tarjetas de diferente color (amarillo, verde, rojo) y se les preguntará que si tuvieran que ponerle un color a su nivel de estrés del día de hoy cuál sería. Después, mediante la escalera autonómica se busca que los cuidadores reconozcan lo que sucede en sus cuerpos al tener un estímulo estresante y que conozcan las consecuencias de un mal manejo de las emociones, así como también busquen alternativas para manejar sus situaciones diarias.

4. Comunicación asertiva	Concientizar sobre la manera de comunicarse sin agredir o insultar a los demás, al igual que retomar el establecimiento de límites, ser claros ante la búsqueda de una solución a un problema, fomentando su seguridad, autonomía, confianza y criterio propio,	Se hablará del tema ante las dificultades del comunicar sus puntos de vista ante sus familias y/o personas y como podemos hablarlo de una manera más empática defendiendo sus puntos, haciendo igualmente que los CPI comenten de sus situaciones e incitarlos a una autorreflexión del como lo hablarían.
5. Duelo y apoyo social.	Que el participante comprenda en qué consiste el duelo e identifique los tipos de duelo, así como sus etapas.	Se realizó una actividad en la que se escenificaron el duelo anticipado y sus diferentes etapas a través de tres historias: la muerte de un familiar, el diagnóstico de una enfermedad y el duelo anticipado. Primero, se verificó que los participantes comprendieran bien las etapas del duelo. Luego, se les asignaron números del 1 al 5 para formar cinco equipos, y a cada equipo se le otorgó una etapa del duelo enfocada en el contexto de adquirir una enfermedad. A todos se les leyó un fragmento de historia para proporcionar un contexto común, y se les dio un tiempo de 10 a 15 minutos para preparar su escenificación. Finalmente, presentaron sus escenas frente al grupo y se concluyó con una reflexión grupal.

6. Relaciones sanas y cómo establecerlas.	Que los y las participantes reconozcan las acciones que pueden tomar para tener mejores relaciones afectivas y familiares mediante herramientas psicosociales.	Se explicó a los participantes los diferentes tipos de redes de apoyo, destacando su importancia en momentos difíciles. Posteriormente, se les leyó una historia real relacionada con el tema para generar empatía y reflexión. Finalmente, se reprodujo un video que reforzó la relevancia de contar con una red de apoyo en situaciones complejas.
7. Relaciones sanas y cómo establecerlas.	Que los y las participantes reconozcan las acciones que pueden tomar para tener mejores relaciones afectivas y familiares mediante herramientas psicosociales.	Las y los facilitadores apoyaron en la actividad llamada <i>El camino de las relaciones sanas</i> . Se colocó un camino a lo largo de las mesas, en el que se distribuyeron diferentes pisadas con palabras y acciones dentro de ellas. La tarea de los participantes fue, primeramente, dialogar entre todos y luego colocar en el camino las acciones y actitudes que los llevarían a tener relaciones más sanas, y fuera del camino aquellas que afectarán el hecho de construir una relación sana.
8. El autocuidado.	Que las y los participantes identifiquen y comprendan los diferentes tipos de cuidado, y así, poderlos aplicar a su vida diaria.	A cada participante se le entregó una cartilla de bingo con distintas acciones de autocuidado en cada casilla. Se explicó que dichas acciones podrían haber sido realizadas recientemente por ellos. Luego, se fueron leyendo las acciones una por una, y quienes las hubieran hecho marcaban la casilla correspondiente. El primer participante en completar una fila, columna o diagonal debía gritar ¡BINGO! para indicar que había ganado.

9. Aplicación del instrumento Whodas.	Conocer el estado actual de las y los participantes y poder así, definir conclusiones de los datos obtenidos.	La sesión se enfocó a ir a los domicilios de las y los participantes a aplicar el instrumento <i>Whodas 2.0</i> , para poder realizar los análisis correspondientes.
10. Aprendizaje colectivo.	Que las y los participantes reconozcan y compartan los aprendizajes obtenidos durante la intervención dentro del grupo.	Se reparten tiras de papel entre los participantes para que escriban una experiencia o aprendizaje de las sesiones anteriores. Luego, se comparten en voz alta mientras se unen las tiras para formar una cadena. Al finalizar, se muestra la cadena completa y se reflexiona sobre la importancia de cada eslabón, destacando cómo cada aportación fortalece al grupo y su proceso de aprendizaje.

11. La importancia del reconocimiento y autoconocimiento.	Que las y los participantes conozcan y reconozcan la importancia de ser cuidador, así como la valoración de sus derechos y necesidades.	Se citaron a todos las y los participantes para una sesión grupal, en la que se compartieron experiencias y los cambios/mejoras que personalmente habían percibido los CPI. Además de que cada participante pudiera interactuar entre ellos. Se realizaron ejercicios de activación y dinámicas de integración grupal.
---	---	--

Análisis de datos

Para realizar el análisis estadístico utilizamos el software SPSS para vaciar los datos que adquirimos a través del WHODAS que está diseñado para evaluar resultados considerando 36 preguntas para evaluar en relación con el estado de salud global de los pacientes en seis áreas de salud, independientemente de la enfermedad.

De acuerdo con los datos recopilados en la locación de nuestro grupo (Museo Comunitario SMT) solo se aplicó un post del WHODAS al grupo de cuidadores, por esa razón solo se reportan cada una de las preguntas del ya mencionado, así como los resultados de éstas. Esto con el fin de no entorpecer resultados anteriores del pre y post a lo largo del año de intervención comunitaria.

Tabla 15.
Estadísticos descriptivos del instrumento Whodas 2.0

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación	Varianza
¿Cuál es su estado civil actual?	19	1	5	3.11	1.370	1.877
¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su principal situación laboral?	9	2	6	3.56	1.667	2.778
En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para concentrarse en hacer algo	37	1	4	1.84	.866	.751

durante 10 minutos?						
En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para recordar las cosas importantes que tiene que hacer?	42	1	4	2.05	.909	.827
En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha habido para analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?	42	1	4	1.98	1.000	.999
Aprender una nueva tarea, por ejemplo, ¿aprender cómo llegar a un nuevo lugar?	37	1	3	1.57	.555	.308
¿Entender en general lo que dice la gente?	43	1	3	1.91	.840	.705
¿Comenzar y mantener una conversación?	43	1	4	1.60	.885	.783
¿Estar de pie por largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?	37	1	4	1.51	.901	.812
¿Pararse luego de estar sentado?	43	1	4	1.70	.803	.645
¿Moverse dentro de su hogar?	43	1	4	1.40	.760	.578
¿Salir de su hogar?	43	1	4	1.44	.765	.586
¿Caminar una larga distancia como un kilómetro [o equivalente]?	37	1	5	1.68	1.082	1.170
En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido	37	1	3	1.14	.419	.176

para lavarse todo el cuerpo (bañarse)?						
En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para vestirse?	37	1	2	1.08	.277	0.077
En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para comer?	41	1	2	1.10	.300	.090
En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para quedarse solo(a) durante unos días?	43	1	4	1.28	.734	.539
En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para relacionarse con personas que no conoce?	27	1	4	2.00	1.144	1.308
En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para mantener una amistad?	37	1	4	1.73	.990	.980
En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para llevarse bien con personas cercanas?	43	1	4	1.70	.939	.883
En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para hacer nuevos amigos?	43	1	4	1.86	1.037	1.075
En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar actividades sexuales?	38	1	5	2.11	1.371	1.881
Debido a su condición de salud,	37	1	3	1.30	.520	.270

en los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para ocuparse de sus responsabilidades domésticas?						
Debido a su condición de salud, en los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar bien sus tareas domésticas importantes?	43	1	3	1.37	.618	.382
Debido a su condición de salud, en los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para terminar todo el trabajo doméstico que necesitaba realizar?	43	1	4	1.67	.865	.749
Debido a su condición de salud, en los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para terminar las tareas domésticas tan rápido como era necesario?	43	1	4	1.88	.851	.724
En los últimos 30 días, durante ¿Cuántos días disminuyó o dejó de hacer sus tareas domésticas debido a su condición de salud?	12	1	3	1.42	.669	.447
Debido a su condición de salud, en los últimos 30	31	1	3	1.32	.599	.359

días ¿Cuánta dificultad ha tenido para llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares diarias?						
Debido a su condición de salud, en los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar bien las tareas más importantes de su trabajo o la escuela?	35	1	3	1.34	.539	.291
Debido a su condición de salud, en los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para terminar todo el trabajo que necesitaba realizar?	38	1	4	1.68	.775	.600
Debido a su condición de salud ¿Cuánta dificultad ha tenido para terminar su trabajo tan rápido como era necesario?	30	1	4	2.03	.809	.654
¿Ha tenido que reducir su nivel de trabajo debido a su condición?	6	1	2	1.33	.516	.267
¿Ha ganado menos dinero debido a su condición de salud?	5	1	1	1.00	.000	.000
En los últimos 30 días ¿Cuántos días faltó a su trabajo (medio día o más horas) debido a su condición de salud?	12	0	4	1.33	1.073	1.152

En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para participar en actividades de su comunidad (por ejemplo, festividades, actividades religiosas o de otro tipo) de la misma forma que cualquier otra persona?	36	1	3	1.44	.695	.483
En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en el mundo que lo rodea?	42	1	4	1.64	.791	.625
En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad debido a las actitudes de y acciones de otras personas?	42	1	3	1.55	.705	.498
¿Cuánto tiempo dedicó usted a su condición de salud o a sus consecuencias?	42	1	4	2.07	.973	.946
¿Cuánto ha sido afectado emocionalmente por su condición de salud?	32	1	4	1.72	.813	.660
¿Qué impacto económico ha tenido para usted o para su familia su condición de salud?	41	1	4	1.51	.746	.556

¿Cuánta dificultad ha tenido su familia debido a sus problemas de salud?	42	1	3	1.50	.672	.451
¿Cuánta dificultad ha tenido al realizar por sí mismo cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?	36	1	12	2.22	2.058	4.235
En general, en los últimos 30 días ¿Durante cuántos días ha tenido esas dificultades?	31	0	30	4.19	6.901	47.628
En los últimos 30 días ¿Cuántos días no pudo realizar ninguna de sus actividades habituales o su trabajo debido a su condición de salud?	33	0	11	2.00	3.240	10.500
En los últimos 30 días, sin contar los días en los que no pudo realizar actividades habituales ¿Cuántos días tuvo que recortar o reducir sus actividades habituales o su trabajo por una condición de salud?	31	0	15	2.61	4.096	16.778
N válido (por lista)	0					

La *tabla 15* nos es útil para reportar cada una de las preguntas, así como el número de los cuidadores a los cuales se les aplicó este instrumento. Con una media que prevalece entre el 1 y el 2, aplicando algunas excepciones, con un índice de cambios en la desviación estándar en los últimos ítems al no tener la misma escala que las preguntas anteriores (H1, H2, H3).

A continuación, se presenta el análisis individual del cuestionario con mayor índice de respuesta de acuerdo con la escala que viene establecida en el WHODAS, se seleccionó una pregunta por cada categoría

Tabla 16.

Comprensión y comunicación

En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha habido para analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	13	30.2	31.0	31.0
	Leve	17	39.5	40.5	71.4
	Moderada	9	20.9	21.4	92.9
	Severa	3	7.0	7.1	100.0
	Total	42	97.7	100.0	
Perdidos	999	1	2.3		
Total		43	100.0		

En esta pregunta en particular hubo un número considerable de cuidadores que se les dificulta el analizar y resolver problemas de manera moderada, con un porcentaje acumulado de 92.9 % a comparación de otras preguntas de esta categoría, también es importante recalcar que tres personas lo consideran severo.

Tabla 17.

Movilidad

¿Pararse luego de estar sentado?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	21	48.8	48.8	48.8
	Leve	15	34.9	34.9	83.7
	Moderada	6	14.0	14.0	97.7
	Severa	1	2.3	2.3	100.0
	Total	43	100.0	100.0	

Las respuestas que más prevalecieron fueron a partir de esta pregunta, donde se demuestra la dificultad que tienen las personas para pararse después de estar sentado, llegando a un porcentaje acumulado de 97.7 % y una persona para la que es algo severo.

Tabla 18.

Cuidado personal

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	100.0	100.0	

Se presenta una mayor dificultad a curación de las otras preguntas el que el cuidador (a) pueda quedarse solo, ya que llega a presentar dificultades, no se observa gran población con este problema, pero las pocas personas son a considerar.

Tabla 19.

Relaciones con otras personas

En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para hacer nuevos amigos?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	22	51.2	51.1	51.2
	Leve	9	20.9	20.9	72.1
	Moderada	8	18.6	18.6	90.7
	Severa	4	9.3	9.3	100.0
	Total	43	100.0	100.0	

Desde el inicio de la intervención, el socializar no era un concepto con el que estuvieran familiarizados muchos de las y los cuidadores. En esta tabla refleja que todavía llega a ser

una de las cosas más a trabajar, si bien no es mucho con respecto al total de la población, es un tema que se debe tratar más, se relaciona lo leve y moderada alcanzando un porcentaje acumulado de 90.7 % a la cual se le dificulta hacer nuevos amigos.

Tabla 20.

Actividades de la vida diaria

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

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	16	37.2	37.2	37.2
	Leve	18	41.9	41.9	79.1
	Moderada	7	16.3	16.3	95.3
	Severa	2	4.7	4.7	100.0
	Total	43	100.0	100.0	

Si bien no abarca toda nuestra población, si se puede visualizar que las condiciones de salud si afectan el desempeño de algunas personas, considerándolo desde leve hasta severo con un porcentaje acumulado de 95.3 %.

Tabla 21.

Participación en la sociedad

¿Cuánto tiempo dedicó usted a su condición de salud o a sus consecuencias?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	15	34.9	35.7	35.7
	Leve	12	27.9	28.6	64.3
	Moderada	12	27.9	28.6	92.9
	Severa	3	7.0	7.1	100.0
	Total	42	97.7	100.0	
Perdidos	999	1	2.3		
Total		43	100.0		

Se refleja el cómo la salud juega un papel importante en cómo nos podemos relacionar, algunas veces los problemas de salud obstaculizando el poder integrarse a actividades de recreación, por eso es importante dedicar tiempo para mejorar la calidad de vida, vemos una igualdad entre leve y moderado con un porcentaje acumulado de 92.9 %

Conclusiones de la intervención

Durante el desarrollo del programa de intervención en cuidadores, se pudieron observar avances significativos, ya que, desde el comienzo del proceso, muchas o la gran mayoría de los participantes manifestaron altos niveles de agotamiento, acompañados de síntomas como el estrés, ansiedad, depresión y una fuerte sensación de soledad, todos ellos derivados de las exigencias emocionales, físicas y mentales que conlleva el rol del cuidador. Estas condiciones no solo afectan su bienestar emocional, sino también limitaban su desarrollo integral, que, a consecuencia de esto, fomentaban hábitos poco saludables.

A lo largo de las sesiones individuales y grupales, con el acompañamiento psicosocial ofrecido, los cuidadores comenzaron a adquirir mayor conciencia sobre el impacto que tiene su labor en la vida cotidiana, así como la importancia que se tiene y el valor que cada persona debe recibir, añadiendo los derechos de cada cuidador como ser humano. Poco a poco, se promovió en ellos la reflexión sobre sus propios límites, el manejo del tiempo y la necesidad de priorizar el autocuidado, incluyendo el uso constante de herramientas prácticas como ejercicios de relajación.

Aunque los análisis grupales no reflejaron cambios estadísticamente significativos, el trabajo cercano con algunas cuidadoras mostró transformaciones valiosas como una actitud más reflexiva respecto a sus necesidades, una mejor comprensión del desgaste emocional que enfrentan y una disposición más clara para poner en práctica límites personales. Cabe añadir que, uno de los logros más importantes fue el fortalecimiento del sentido de comunidad entre los participantes, ya que desde el inicio se buscó construir una red de apoyo entre cuidadores que pudiera mantenerse más allá del programa. Desde el primer acercamiento a las y los cuidadores, uno de los objetivos principales fue la creación de una red de apoyo entre los cuidadores, y que no bastará con formarse, sino que permaneciera como grupo. En conjunto, estos resultados destacan la importancia de brindar acompañamiento emocional y herramientas concretas, reconociendo que el cuidado también debe incluir al propio cuidador.

Sugerencias

Si bien es un proyecto con mucho potencial, como se pudieron apreciar en los resultados obtenidos y reflejados en el presente trabajo, sin embargo existen detalles que se pueden detallar y mejorar, para una mayor funcionamiento, tales como trabajar en una mejor logística para organizar y delegar responsabilidades, una mejor capacitación a los estudiantes para el momento de ir a campo, así como espacios mejor establecidos previamente, de igual manera, la búsqueda de estrategias para la mejor inclusión dentro de los grupos.

Referencias

1. Ariste, E. (2021). Escucha activa: Aprender a escuchar y responder con eficacia y empatía. *Cien diálogos*. Ediciones Díaz de Santos.
2. Baikie, K., Wilhelm, K. (2005). Beneficios para la salud emocional y física de la escritura expresiva. *Avances en el tratamiento psiquiátrico*, 11(5), 338-346.
3. Brown, K., Ryan, R. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848. (Alfa de Cronbach para MAAS: **0.89**).
4. Buenfil, B., Hijuelos, N., Pineda, J., Salgado, H., Pérez, E. (2016) Depresión en cuidadores primarios informales de pacientes con limitación en la actividad. *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud*. Vol. 5, Núm. 10.
5. Calleja, N., Mason, T. (2020). Escala de Bienestar Subjetivo (EBS-20 y EBS-8): Construcción y validación. *Rev. Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(55), 185-201.
6. Carstens, T., Peltier, W. (2017). Effective listening. *Pearson*, 23.
7. Cebolla, A., García, J., Demarzo, M. (2014). Mindfulness y ciencia, de la tradición a la modernidad. Madrid, España. Alianza Editorial, S.A.
8. Dufey, M., Fernandez, A., Muñoz, J. (2022) Sintonizando con otro: la teoría polivagal y el proceso de psicoterapia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, vol.60 no.2. Scielo. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272022000200185>
9. Eidman, L., Rodríguez, M., Seif, G. (2022). Propiedades psicométricas de la Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) en estudiantes universitarios argentinos. *Ciencias Psicológicas*, 16(1), e-2560. <https://doi.org/10.22235/cp.v16i1.2560>
10. Fernández, R. (2022). Mindfulness: una herramienta para el bienestar emocional. *Revista de Psicología Positiva*. 15(4), 200-210. <https://www.psicologiapositiva.com>
11. Gaitán-Rossi, P, Pérez-Hernández, V, Vilar-Compte, M, Teruel-Belismelis, G (2021) Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México. *Salud pública de México*. 63 (4) <https://doi.org/10.21149/12257>
12. García, J., Musitu, G. (2002). El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la psicología comunitaria. *Anales de Psicología*, 18(1), 37-43. Recuperado de https://www.um.es/analesps/v18/v18_1/03-18_1.pdf
13. Gissi, N. (2009). *Redes sociales y construcción de la colonia en la Ciudad de México: El caso del enclave étnico chocholteco en San Miguel Teotongo, Iztapalapa*. Cuicuilco, Revista de Ciencias Antropológicas, 16(46), 37-60. Recuperado de <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/cuicuilco/article/view/4392>

14. González, C. (2018). La importancia del apoyo social en la salud mental. *Psicología y Salud. Revista de Psicología*, 30(2), 45-60.
<https://www.revistapsicologia.com>
15. González, A., García, S. (2009). El cuidado informal de los pacientes con enfermedades crónicas: Impacto sobre la calidad de vida de los cuidadores. *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 269-278.
<https://doi.org/10.1590/S1699-695X2009000200004>
16. González, A. López, F. (2022). Sobrecarga y calidad de vida en cuidadores de enfermos crónicos con base en el nivel de independencia. *Ciencia ergo sum*, 29(3).
17. Herrera-Navarrete. B, Galindo-Vázquez. O, Bobadilla-Alcaraz. R, Penedo. F, Lerma. A (2021) Propiedades psicométricas del Cuestionario MOS de Apoyo Social en una muestra de pacientes con enfermedades cardiovasculares en población mexicana. *Psicología y salud*. Vol.31, Núm.2.
18. Hurtado, J. (2021). Impacto psicosocial e intervenciones de apoyo para cuidadores informales de personas dependientes en México. Universidad Iberoamericana, Ciudad de México. *Psicología Iberoamericana*, vol. 29, núm. 1.
19. Jamovi (2.6.13). (2024). [Software estadístico]. Obtenido de:
<https://www.jamovi.org>
20. K. A., Gutiérrez, T. (2020). Dependencia percibida y síntomas depresivos en cuidadores primarios informales de personas con enfermedades no transmisibles. *CienciaUAT*, 15(1), 87.
21. Kessler, R., Andrews, G., Colpe, L., Hiripi, E., Mroczek, D., Normand, S., Walters, E., Zaslavsky, A. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976. (Alfa de Cronbach para K-10: **0.86**).
22. León R., Mártir, E., Torres, Y., Sánchez, López, J. (2019). Beneficios del ejercicio físico en la salud mental. *Revista de Psicología del Deporte*. 28(3), 115-122.
<https://www.psicologiadeldeporte.com>
23. McEwen, B., Stellar, E. (1993). Chronic stress: A review of its effects on health and disease. *Psychosomatic Medicine*, 55(1), 3-15.
<https://doi.org/10.1097/00006842-199301000-00002>
24. Martínez, A. (2021). Nutrición y salud mental: una relación crucial. *Nutrición y Salud*. 10(2), 78-85. <https://www.nutricionysalud.com>
25. Montalvo, A., Carmona, Y. (2022). Apoyo social y carga del cuidador del paciente con cáncer: revisión sistemática. *Rev. cienc. ciudad*, 19(1), 120.
26. Oblitas. L, Becoña. E. (2000). *Psicología de la Salud*. Plaza y Valdez.
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Medición de la salud y la discapacidad: Manual para el WHODAS 2.0*. Organización Mundial de la Salud.
27. Organización Mundial de la Salud. (n.d.). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
28. Organización Mundial de la Salud. (2022). Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos.
<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>

29. Palacio, R. O. (2022). La teoría fundamentada: origen, supuestos y perspectivas actuales. *Intersticios Sociales*, (22), 47-67. Recuperado de <https://www.scielo.org.mx/pdf/ins/n22/2007-4964-ins-22-47.pdf>
30. Pascual, A., Conejero, S. (2019). Regulación emocional y afrontamiento: Aproximación conceptual y estrategias. *Revista Mexicana de Psicología*, 36(1), 74-83. <https://www.redalyc.org/journal/2430/243058940007/>
31. Past (4.17). (2024). [Software estadístico]. Obtenido de: [Past 4 - the Past of the Future - Natural History Museum \(uio.no\)](https://www.past4.org/)
32. Pérez, M. (2020). Voluntariado: un camino hacia el bienestar personal. *Revista de Psicología Comunitaria*. 12(1), 23-34. <https://www.psicologiacomunitaria.com>
33. Pérez, J. A., Gómez, M. L. (2020). El malestar psicológico: definiciones, causas y consecuencias. *Revista de Psicología y Salud*, 15(2), 123-135. <https://doi.org/10.1234/rps.v15i2.5678>
34. Revilla, L., & Esparza, J. (2005). Propiedades psicométricas de una versión breve de la Escala de Apoyo Social Funcional de Duke-UNC en una muestra española. *Medicina Clínica*, 124(15), 571–577.
35. Robles, R., Páez, F., Velasco, R., Martell, D. (2021). Desarrollo y validación de la Escala de Afecto Positivo y Negativo en México (APAN-M). *Revista Mexicana de Psicología*, 38(3), 198-210. (Alfa de Cronbach para APAN-M: **0.87**).
36. Rogers, C. (1980). El proceso de convertirse en persona. Ediciones Herder.
37. Ruiz, A., Vargas, M., Rodríguez, C., Ruelas, M., Calleja, N, Mason, T. (2020) Escala de Bienestar Subjetivo (EBS-20 y EBS-8): *Construcción y Validación*. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – Psicológica*. RIDEP · N°55 · Vol.2 · 185-201.
38. Ruiz M., Vargas, M., Rodríguez, C., Ruelas González, M. G., & Calleja, N, Mason. T (2020) Escala de Bienestar Subjetivo (EBS-20 y EBS-8): *Construcción y Validación*. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – Psicológica*. RIDEP · N°55 · Vol.2 · 185-201.
39. Santos, M, Ortega, P, Toledano, F (2021) Validez y confiabilidad de la Escala de Apoyo Social Percibido (MSPSS), *Psicooncología* 2021; 18(2): pág. 333-345.
40. Sexton, S. (2010). The hidden power of listening. *Berrett-Koehler Publishers*, 167.
41. Silva, F. López, R. (2020). Efecto del Estrés en la Función Inmune en Pacientes con Enfermedades Autoinmunes: Una Revisión de Estudios Latinoamericanos. *Revista Científica de Salud y Desarrollo Humano*. Vol. 2. No. 1. pág. 46 - 59 <https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v1i1.9>
42. Tinajero, L, Mora, J, Doddoli, A, Cruz, B, Calleja, N, Toledano, F (2023) Design, Development, and Validation of the Self-Perceived Health Scale (SPHS), *Healthcare*.
43. Trujillo, K., Martínez, A. (2019). Programa para disminuir el índice de sobrecarga en cuidadores informales del adulto mayor. *INTEGRA2: Revista Electrónica De Educación Especial Y Familia*, 1(10), 135-147.
44. Velasco, P., Rivera S., Domínguez A., Méndez F., Díaz R. (2021). Escala de Afecto Positivo/Afecto Negativo en México (APAN-M): *Evidencias de Validez y Confiabilidad*. *Acta De Investigación Psicológica*, 11(1), 95-113. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2021.1.377>

45. Zapata, F., Rondán, V. (2016). La investigación acción participativa: Guía conceptual y metodológica del Instituto de Montaña. *Lima: Instituto de Montaña*. Recuperado de <https://mountain.pe/recursos/attachments/article/168/Investigacion-Accion-Participativa-IAP-Zapata-y-Rondan.pdf>
46. Zúñiga HE, García JE. El envejecimiento demográfico en México. Principales tendencias y características. Consejo de Población del Estado de México. Horizontes 2008; pag. 93-100.

Anexos

Bitácoras individuales, primera etapa
[Bitácoras trimestre 10 - Google Drive](#)

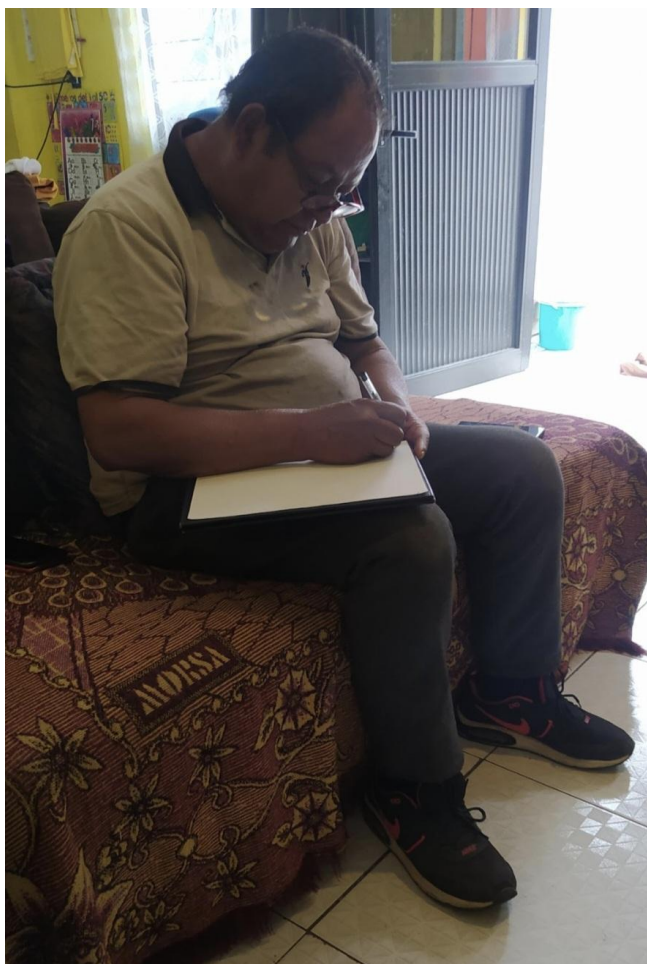
Bitácoras individuales, segunda etapa
[Bitácoras trimestre 11 - Google Drive](#)

Bitácoras grupales, tercera etapa
[BITÁCORAS GRUPALES - Google Drive](#)

Instrumentos aplicados
[Instrumentos de intervención - Google Drive](#)

Etapa individual (Diada 4) visitas a domicilio





Encuentros grupales

Etapa grupal Grupo Museo





