



Casa abierta al tiempo
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD IZTAPALAPA
División De Ciencias Sociales Y Humanidades
Departamento De Sociología
Coordinación de Psicología Social

El cuidado de otros comienza con el cuidado de uno mismo.
Una intervención psicológica individual y grupal con cuidadores primarios en San Miguel
Teotongo, Iztapalapa, CDMX

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

Presentan:

Díaz Hernández Nataly | 2193019851
Sérés Ibáñez German Andrey | 2202017894

Mtro. José Joel Vázquez Ortega
Asesor



Dr. Hugo Leonardo Gómez Hernández
Lector

Trimestre 24 - I
Ciudad de México, Mayo 2024.

Dedicatorias

“Todo lo que soy y espero ser, se lo debo a mi madre”.

Abraham Lincoln

Quiero dedicar este trabajo a mi madre Berenice, la persona que ha estado conmigo en cada paso que he dado para llegar hasta aquí, a la mujer que me ha guiado y ha sido mi fortaleza para no rendirme. A mi madre que con cada palabra de aliento me animo a seguir en este largo camino. Le dedico este trabajo a la mujer que mas amo en este mundo, al amor de mi vida, la que siempre será mi inspiración para lograr un millón de cosas.

A mis hermanos Monserrat y Xavier, que son una pieza fundamental en el rompecabezas de mi vida. Hermana eres una ejemplo para mí, solo tú y yo sabemos lo mucho que nos ha costado llegar hasta donde estamos y no pararemos. Hermano Uis, eres el hombre de mi vida, el motor de mis días, mis esfuerzos son para ti y para tu bienestar.

A mí, por mi esfuerzo en cada apartado de este trabajo, por no rendirme cuando todo parecía imposible y agotador, por confiar en el proceso y rodearme de las personas correctas en el momento correcto.

A mis mejores amigos Carlos, Enrique y Brandon, mi gran apoyo en todo este proceso, por su confianza en mí para lograr cada uno de mis propósitos.

Nataly

Con eterno amor te dedico esto a ti que siempre has estado para mí, que me has entregado y dado tu amor de la forma más pura que te ha sido posible, que siempre tu deseo es estar a mi lado, aunque nuestro futuro se encuentre nublado y te sientas perdida, sabes que por ti me adentraría y te buscaría en esa espesa niebla tratando de encontrarte.

Este logro te lo dedico a ti, a mi única familia verdadera. Te amo siempre y siempre es hoy.

Germán.

Agradecimientos

“Un millón de gracias y toda una vida de felicidad, a la única persona del mudo que siempre estará conmigo en las buenas y en las malas, mi mamá”

Agradezco a mi madre Berenice por su amor y apoyo incondicional, por creer siempre en mí, gracias, madre por tus esfuerzo, tu gran fortaleza ha sido mi mayor ejemplo para no rendirme ante cualquier adversidad, te agradezco por motivarme y por ayudarme a ver el lado bueno de las cosas, a saber, que siempre los planes no saldrán como lo planeamos, pero si como deben ser para ti, te amo, sin ti y tu amor no hubiera sido esto posible, esto es por ti y para ti, lo logramos mami.

Montserrat te agradezco tu apoyo y cariño, tratando de ser mi mejor ejemplo, gracias por tus regaños, por tu maneras de llamarme la atención por no hacer tarea, por tus felicitaciones en cada logro, tu apoyo incondicional, te amo hemana, siempre contigo, en las buenas, las malas, las peores y en nuestros éxitos.

A Carlos, a ti te debo la vida, eres la única personas que vivió este proceso conmigo de principio a fin, el único que verdaderamente sabe por todo lo que pasamos, lo que realmente nos costó llegar hasta aquí. Gracias por no soltarme, por sostenerme cuando más te necesitaba y seguir aquí conmigo. A pesar de los enojos, peleas, llantos, risas y muchas más risas, seguimos aquí y permaneceremos así. Te amo, gracias por todo.

A Enrique, por estar al pendiente de todo mi avance en este proceso, por ese amor a distancia e incondicional, soy afortunada de tenerte en mi vida, te amo Miamush.

Brandon, sabes lo mucho y muy importante que eres tú en mi vida, me animaste y siempre creíste ciegamente en mí, sin saberlo me motivaste a esforzarme para dar todo de mí en aquel lugar innombrable y sacar a delante mis estudios, me salvaste muchas veces de la oscuridad, mi amor por ti es incondicional, gracias por ser mi amigo y confidente, te amo precioso.

A Pedro, comenzamos este camino juntos, pero por azares del destino tomamos rumbos diferentes, gracias por enseñarme otra perspectiva de la vida, por mostrarme como es andar por la vida sin preocuparse del que dirán, te recuerdo de la mejor manera y te guardo con cariño en mi corazón.

A Kevin, tú me alentaste a alcanzar mis metas y objetivos, me impulsaste a conseguir mi sueño de estar aquí, por amarme y preocuparte por mi bienestar, por no soltarme en los momentos difíciles y festejar siempre mis logros, aunque sea de lejos, guardo tu recuerdo con mucho amor, celebro tus éxitos desde aquí. De lejos también se ven bien.

A mis amigas de la universidad, a las pocas que logre hacer, gracias a ustedes los últimos días en la universidad fueron los mejores, me animaron a no quedarme estancada en recuerdos, me ayudaron a hacer mi vida más divertida. Les quiero.

A mi diada German, por su esfuerzo y dedicación en este trabajo, sin ti no hubiera sido posible la realización de este, un gusto trabajar contigo.

Finalmente, pero no menos importante al Dr. Hugo Leonardo Gómez Hernández por guiarnos por este camino, por ser el mejor asesor de tesis, aprendí mucho de usted, me llevo conmigo su sabiduría, su amor y pasión por cada trabajo y/o proyecto que realiza.

Nataly

Agradezco a mi madre que me ayudó y dio la posibilidad de continuar con mis estudios a pesar de todo. La cual me apoyó, ayudó a poder concluir con esta etapa de mi vida.

Mis abuelos que fueron los que me vieron crecer y me hicieron muy feliz durante mucho tiempo.

Mi pequeño grupo de amigos, los cuales con el tiempo se han convertido en una familia para mí y se han vuelto parte de las personas más importantes de mi vida, que siempre me hacen reír y pasar un buen rato, las personas que llevo más de 6 años conociendo y que cada vez que nos volvemos a ver los sigo conociendo y ellos a mí. Los cuales a pesar de todo se han mantenido a mi lado y tratando siempre de apoyarme y siempre tratando de integrarme a sus proyectos, así como a su vida futura, gracias.

A mis compañeras Zaira, Manzanilla e Isaura las cuales me permitieron conocerlas, enseñándome a comprender y entender muchas cosas que antes no lograba ver, así cómo me apoyaron e impulsaron, me dieron consejo y me acompañaron en esta gran etapa de mi vida.

Mi diada Nataly, la cual, a pesar de nunca habernos visto, ni conocido eligió pasar todo un año trabajando conmigo y que con el esfuerzo y dedicación de ambos hemos logrado al fin terminar con este proyecto, te deseo lo mejor de la vida en tus futuro proyectos.

Germán.

Índice.

1.	Introducción.....	13
2.	Marco Teórico.....	15
2.1.	Teoría Ecológica de los Sistemas de Urie Bronfenbrenner	16
2.2.	La Psicología Social Comunitaria.....	17
2.3.	Investigación de acción participativa.....	19
2.4.	Teoría fundamentada.....	20
2.5.	Teoría Polivagal	21
2.6.	Intervención Comunitaria Individual.....	22
2.6.1.	Primera Fase.....	22
2.6.1.1.	Cuidadores primarios y auto cuidadores.....	24
2.6.1.2.	Apoyo social	25
2.6.1.3.	Evaluación de bienestar psicosocial.....	27
2.6.1.4.	Ejercicios de control de la activación y técnicas de relajación.....	29
2.6.1.5.	Organización del tiempo	30
2.6.1.6.	Límites de la persona dependiente.....	33
2.6.1.7.	Solicitud de ayuda y apoyo.....	33
2.6.1.8.	Gestión de emociones negativas	34
2.6.2.	Segunda fase	35
2.6.2.1.	Escritura Emocional Autorreflexiva.	36
2.7.	Intervención Comunitaria Grupal	37
2.7.1.	Primera etapa	37
2.7.1.1.	Estrés.....	38
2.7.1.2.	Estrés y Ansiedad: Diferencias	40
2.7.1.3.	Ansiedad	40

2.7.1.4.	Soledad.....	42
2.7.1.5.	Duelo.....	43
2.7.1.6.	Relaciones familiares y límites	44
2.7.1.7.	Comunicación (Agresiva, Pasiva y Asertiva)	44
2.7.1.8.	Resolución de Conflictos	45
2.7.2.	Segunda etapa	46
2.7.2.1.	Autoestima	47
2.7.2.2.	Sorpresa y alegría.....	47
2.7.2.3.	Tristeza y enojo	48
2.7.2.4.	Miedo y desagrado	49
2.7.2.5.	Uso de sustancias (adicciones).....	50
2.7.2.6.	Roles y Limites familiares	50
2.7.2.7.	Comunicación Familiar.....	52
2.7.2.8.	Insomnio/Relajación	52
2.7.2.9.	Derechos de adultos mayores.....	53
2.7.3.	Tercera etapa	54
2.7.3.1.	Memoria.....	55
2.7.3.2.	Salud en el autocuidado	56
2.7.3.3.	Influencia social	57
2.7.3.4.	Gestión e identificación de emociones	58
2.7.3.5.	Patrones de conducta.....	59
2.7.3.6.	Prejuicios y estereotipos	60
2.7.3.7.	Conciencia colectiva	60
2.7.3.8.	Culpa y depresión	61
2.7.3.9.	Liderazgo/Trabajo Grupal.....	62

3.	Contexto.....	63
4.	Objetivos.....	64
4.1.	Objetivo general.....	64
4.2.	Objetivos específicos.....	64
5.	Metodología.....	64
5.1.	Justificación.....	64
5.2.	Pregunta de Investigación.....	65
5.3.	Tipo de estudio y diseño.....	65
5.4.	Muestreo.....	66
5.5.	Participantes.....	67
5.5.1.	Primera fase y Segunda fase.....	67
5.5.2.	Tercera Fase.....	68
6.	Población.....	68
6.1.	Población diada 17.....	68
6.2.	Población del grupo “Colibrí. UAM”.....	68
7.	Ubicación Temporal.....	69
7.1.	Primera Fase.....	69
7.2.	Segunda Fase.....	69
7.3.	Tercera Fase.....	69
8.	Diseño.....	70
8.1.	Primera fase.....	70
8.1.1.	Análisis de datos.....	70
8.2.	Segunda fase.....	71
8.2.1.	Análisis de datos.....	71
8.3.	Tercera fase.....	73

8.3.1.	Análisis de datos	73
9.	Instrumentos.....	73
9.1.	Descripción de los instrumentos aplicados.	74
9.2.	Primera fase	81
9.3.	Segunda fase	81
9.4.	Tercera fase	82
10.	Procedimiento	82
10.1.	Primera fase.	83
10.1.1.	Descripción del trabajo realizado en sesiones individuales.	84
10.1.2.	Técnicas de relajación implementadas.....	88
10.1.2.1.	Temperaturas.....	93
10.2.	Segunda fase.	94
10.2.1.	Descripción del trabajo realizado en sesiones individuales.	97
10.2.2.	Técnicas de relajación implementadas.....	100
10.2.2.1.	Temperaturas.....	105
10.2.3.	Descripción del trabajo realizado en los Ejercicios de Escritura Emocional Autorreflexiva.	106
10.3.	Tercera fase	117
10.3.1.	Descripción del trabajo realizado en las sesiones grupales.	120
10.3.1.1.	Primera etapa.	120
10.3.1.2.	Segunda etapa.	122
10.3.1.3.	Tercera etapa	124
11.	Resultados	127
11.1.	Cuantitativos.	127
11.1.1.	Primera fase.	127

11.1.1.1.	Sumatoria de los resultados de los instrumentos aplicados.	128
11.1.1.2.	Análisis de las preguntas seleccionadas en la aplicación pre de los instrumentos con respecto a las participantes P01 y P02.....	131
11.1.1.3.	Correlaciones.	140
11.1.2.	Segunda fase	145
11.1.2.1.	Temperaturas individuales	145
11.1.3.	Tercera fase	149
11.1.3.1.	Temperaturas grupales	149
11.1.3.2.	Whodas	152
11.2.	Cualitativos.	156
11.2.1.	Primera fase	156
11.2.1.1.	Bitácoras de la Primera Fase.....	156
11.2.1.2.	Enraizamientos encontrados en cada código	156
11.2.1.3.	Enraizamientos totales encontrados en cada código	163
11.2.2.	Nube de palabras.....	165
11.3.	Segunda fase	166
11.3.1.1.	Bitácoras de la Segunda Fase.....	166
12.	Enraizamientos encontrados en cada código.	166
12.1.1.1.1.	Nube de palabras.....	172
12.1.1.1.2.	Enraizamientos totales encontrados de cada código en las bitácoras de las participantes P01 y P02.....	174
12.1.1.1.3.	Nube de palabras del total de las sesiones de las participantes P01 y P02.	177
12.1.1.2.	Escritura Emocional Autorreflexiva	178
12.1.1.2.1.	Enraizamientos encontrados en cada código.	178
12.1.1.3.	Nube de palabras.....	184
12.1.1.4.	Enraizamientos totales encontrados en cada código	187

12.1.1.5.	Diagnóstico para la medición de riesgos y enfermedades	189
12.2.	Tercera fase	195
12.2.1.	Bitácoras Tercera Fase.	195
12.2.1.1.	Primera etapa.	195
12.2.1.2.	Enraizamientos encontrados en cada código.	195
12.2.1.3.	Nube palabras.....	196
12.2.1.4.	Segunda etapa.	197
12.2.1.5.	Enraizamientos encontrados en cada código.	197
12.2.1.6.	Nube palabras.....	199
12.2.1.7.	Tercera etapa.	200
12.2.1.8.	Enraizamientos encontrados en cada código.	200
12.2.1.9.	Nube palabras.....	202
13.	Discusión.....	203
13.1.	Primera fase	203
13.2.	Segunda fase	204
13.3.	Tercera fase	205
14.	Conclusiones	206
14.1.	Primera fase	206
14.2.	Segunda fase	209
14.3.	Tercera fase	211
14.3.1.	Primera etapa	211
14.3.2.	Segunda etapa	211
14.3.3.	Tercera etapa.	212
15.	Sugerencias	213
15.1.	Primera fase	213

15.2.	Segunda fase	214
15.3.	Tercera fase	214
16.	Bibliografías.....	215
17.	Anexos	219

1. Introducción.

El presente informe describe la Intervención Comunitaria que se realizó, destacando la importancia del cuidador primario y la importancia del rol que desempeña en la sociedad.

En la actualidad el papel de los cuidadores primarios es de vital importancia ya que desempeñan un papel fundamental en el cuidado y bienestar de las personas vulnerables, tales como, niños, adultos mayores, discapacitados y/o personas que no pueden valerse por sí mismas. En la Alcandía de Iztapalapa, específicamente en la Colonia de San Miguel Teotongo, esta labor adquiere una relevancia aun mayor debido a los diversos factores socioeconómicos y culturales que influyen en la vida diaria de sus habitantes. Es por ello por lo que se ha identificado la necesidad de implementar una intervención comunitaria en la zona, la cual estuvo dirigida a los cuidadores primarios, esto con el objetivo de brindar un apoyo, acompañamiento, una escucha activa y fomentar el autocuidado, con el propósito de que ellos pudieran emplearlo en su vida diaria logrando un cambio en su estilo de vida.

En este informe se explorarán los desafíos específicos que enfrentan los cuidadores en San Miguel de Teotongo al ser cuidadores primarios o auto cuidadores, así como también los beneficios potenciales de una intervención comunitaria centrada en sus necesidades. Sin embargo, esta dedicación a menudo conlleva un peso emocional y físico significativo que puede pasar desapercibido, a la cual, con el paso del tiempo le designan el título de sobrecarga en su día a día.

La necesidad de una intervención comunitaria que aborde el autocuidado y promueva la salud mental de los cuidadores primarios se vuelve cada vez más evidente. Es vital reconocer que el cuidado de otros comienza con el cuidado de uno mismo. Por lo tanto, se plantea la importancia de ofrecer herramientas y recursos que fomenten prácticas de autocuidado, así como la enseñanza de la escucha activa, el acompañamiento psicológico y la comprensión de los límites familiares. Esta intervención no solo busca aliviar la carga o sobrecarga de los cuidadores, sino también fortalecer su bienestar emocional y físico, permitiéndoles brindar un cuidado más efectivo y compasivo a quienes están a su cargo.

Esta Intervención Comunitaria consistió en buscar habitantes que se identificaran como cuidadores primarios o auto cuidadores que estuvieran dispuestos a participar en el programa de

“Evaluación e Intervención Psicosocial con Cuidadores Primarios”, para así poder trabajar en conjunto con nosotros y generar un cambio en su vida diaria, desde un cambio a su estilo de vida, hasta límites dentro de la familia, por ejemplo, en el desempeño de sus roles familiares.

La manera en que se realizó la intervención comunitaria fue individual y grupal. La intervención individual se llevó a cabo con integrantes nuevos a los cuales se les visitó semanalmente a su domicilio durante seis meses, estos seis meses se dividieron en dos etapas con duración de tres meses cada una; la primer etapa se basó en tener un encuentro con los participantes por medio de sesiones semanales con una duración de 50 minutos, la intervención fue desde una presentación, conocer y saber cómo el o la participante vivía el autocuidado, hasta lograr fomentar el autocuidado, todo esto con ayuda de diversos temas que van de la mano desde el autocuidado y de lo que implica ser un cuidador primario, a esta etapa la llamaremos “Primera Fase”. La segunda etapa se llevó con los mismos participantes de la primera fase, de igual manera se les dieron sesiones individuales y semanales con una duración de 50 minutos cada una en su domicilio por tres meses, esta segunda etapa se basó principalmente en trabajar algún momento doloroso de los o las participantes llevando a cabo un procedimiento terapéutico llamado Escritura Emocional Autorreflexiva, a esta etapa la llamaremos “Segunda Fase”.

La intervención grupal se llevó a cabo durante nueve meses, con integrantes que habían formado parte del programa anteriormente, estos nueve meses de igual manera se dividieron en etapas, las cuales fueron tres con una duración de 3 meses cada una. En donde todas fueron sesiones grupales con una duración de 1 hora con 15 minutos a 1 hora con 30 min en donde se trataron temas que tienen que ver con el autocuidado, como por ejemplo salud, gestión de emociones, límites, por mencionar algunos. A esta intervención grupal con tres etapas la llamaremos “Tercera Fase”.

Se debe reconocer que la intervención comunitaria no es un trabajo fácil, ya que se necesita de decisión, esfuerzo, perseverancia y fortaleza para lograr cambios, es importante aclarar que esto no es un trabajo de días o semanas, se necesita constancia y tiempo.

El objetivo principal de este acompañamiento es el hecho de fomentar que los cuidadores y auto cuidadores de San Miguel de Teotongo tengan un mejor conocimiento de lo que es el auto cuidado, además de fomentar el bienestar tanto físico, psicológico y emocional. Buscando que los

cuidadores puedan desarrollar autonomía sobre ellos mismos y aprendan a usar de forma correcta las técnicas de respiración y relajación.

Para una mejor investigación psicosocial se hace uso de una de las ramas de la Psicología, siendo la Psicología Social, de la cual se desprenden varias teorías que fueron usadas tal como lo es la “Teoría fundamentada” siendo usada para la recolección y codificación de datos obtenidos por medio de instrumentos de aplicación que ayuden a conocer mejor el perfil de cuidadores primarios que hay en San Miguel de Teotongo, relacionando el apoyo social, ejercicios de control de la activación, organización del tiempo, límites, control de sentimientos negativos, etc.

2. Marco Teórico

Evaluación e Intervención Psicosocial con Cuidadores Primarios es un programa de Investigación e Intervención Comunitaria en desarrollo en la Zona Suroriental de la CDMX, en la Sierra de Santa Catarina de la Alcaldía Iztapalapa. Tiene su origen en la experiencia de Psicología Comunitaria de la UAM-I que se lleva a cabo, intermitentemente desde 1987, y de manera continua de 2014 a la fecha, en San Miguel Teotongo. A partir del vínculo con Organizaciones Civiles, Organismos No Gubernamentales y Autoridades del Gobierno Local, se aplica la intervención de la UAM-I e incidir en la problemática psicosocial de las cuidadoras de las secciones Mercedes y Minas.

Lo que este programa propone es difundir una cultura de salud a partir de intervenciones psicosociales que tienen sus raíces en la Psicología Social Comunitaria, tiene el objetivo de fortalecer la formación del Psicólogo Social con base a las intervenciones psicosociales que este pretende brindar a través de vínculos cotidianos con una comunidad que pueda exponer sus necesidades psicosociales.

Se presentará una serie de conceptos, teorías y temas que serán principalmente de ayuda para comprender de manera fundamental El Programa de Evaluación e Intervención Psicosocial con Cuidadores Primarios, partiendo de la disciplina de la Psicología Social Comunitaria.

2.1. Teoría Ecológica de los Sistemas de Urie Bronfenbrenner

La Teoría Ecológica del Desarrollo Humano, también conocida como el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner, fue presentada por primera vez en 1979 en su obra "La ecología del desarrollo humano" (1987). Esta teoría tiene como propósito explicar cómo el contexto en el que las personas se desarrollan impacta significativamente en ellas, influenciando su forma de pensar, actuar y observar el mundo. Bronfenbrenner sostenía que los pensamientos, emociones y preferencias están determinados por varios factores sociales (Rodríguez, 2023).

El modelo destaca la interrelación entre diferentes sistemas en los que se desarrolla un individuo, donde la influencia de uno depende de su relación con los demás. Por ejemplo, una persona expuesta a una sociedad que valora la puntualidad probablemente adoptará esa conducta en diversas áreas de su vida. Si dicha persona se muda a una cultura donde la puntualidad no es tan valorada, su comportamiento puede cambiar para adaptarse a las nuevas normas sociales.

En su versión original, la teoría de Bronfenbrenner está compuesta por cuatro sistemas, a los cuales se añadió un quinto en versiones posteriores. Estos sistemas son:

- Microsistema: Este es el entorno inmediato en el que la persona tiene interacciones directas y personales, como la familia, la escuela y el vecindario. Es el nivel más cercano al individuo y donde se desarrollan las primeras relaciones y actividades significativas (Bronfenbrenner, 1987).
- Mesosistema: Comprende las interrelaciones entre dos o más microsistemas en los que la persona participa activamente. Ejemplos incluyen la relación entre el hogar y la escuela o el trabajo y la vida social de un adulto. Las interacciones en este nivel tienen un impacto mutuo en los diferentes contextos (Bronfenbrenner, 1987).
- Exosistema: Se refiere a uno o más entornos en los que la persona no está directamente involucrada, pero que afectan indirectamente su vida. Ejemplos de esto son las políticas de la empresa donde trabaja uno de los padres o los medios de comunicación (Bronfenbrenner, 1987).
- Macrosistema: Incluye las creencias, valores, costumbres y leyes de la cultura o subcultura a la que pertenece la persona. Este sistema influye en todos los demás sistemas y define las condiciones generales de la vida del individuo (Bronfenbrenner, 1987).

- Cronosistema: Introducido en versiones posteriores de la teoría, este sistema se refiere a los cambios y continuidades en el tiempo que afectan la vida de una persona. Ejemplos de cronosistema incluyen eventos históricos, cambios sociales significativos y transiciones personales importantes como el divorcio o la jubilación (Rodríguez, 2023).

Bronfenbrenner (1987) mencionaba que el desarrollo de una persona es dinámico y continuo, afectado por la interacción recíproca con su entorno, que también cambia con el tiempo. Esta teoría enfatiza la importancia de los ambientes naturales y sociales en el desarrollo humano, permitiendo una comprensión más amplia y profunda del comportamiento humano fuera de los laboratorios y en situaciones reales.

El impacto de esta teoría radica en la capacidad de estudiar cómo los diferentes contextos influyen en el desarrollo humano y cómo estos contextos están interrelacionados. El reconocimiento de la complejidad del desarrollo humano y la importancia del contexto ha influido en la forma en que se aborda el estudio de la psicología y el comportamiento humano (Bravo, Ruvalcaba y Orozco, 2018). Así, para entender la conducta de un individuo, es crucial considerar múltiples factores y sus interacciones, proporcionando un análisis integral del desarrollo humano.

2.2. La Psicología Social Comunitaria

“La Psicología Comunitaria se plantea como lo definió Escobar (1979) una Psicología para el Desarrollo, entendido este como “el proceso mediante el cual el hombre adquiere mayor control sobre su medio ambiente “. Es de ir se trata del desarrollo individual, pero (...) también es un desarrollo que va más allá del individuo, pues su objetivo último será lograr no solo un cambio psicológico en las personas, sino, además, al afectar su hábitat y con él las relaciones individuo-grupo y grupo-sociedad, generar cambios tanto cuantitativos como cualitativos que colocarán esas relaciones en un nuevo nivel.”

(Montero, M. 1984, p. 390)

La Psicología Social Comunitaria es una rama que proviene de la Psicología Social, que se centra en comprender el cómo es que los individuos interactúan dentro del contexto de las comunidades, observando la razón por la cual estas interacciones se ven influenciadas por medio de la salud mental, el bienestar y el desarrollo de las comunidades. Montero, M. (1984) afirma

“(…) si bien, se indica siempre su basamento psicosocial, así como su uso de procedimientos, técnicas, instrumentos y métodos provenientes de la Psicología Social.” (p. 387). Esta disciplina aborda cuestiones relacionadas a la comunidad, la justicia social, la participación cívica y la fomentación de los cambios positivos en las comunidades.

Dentro de los objetivos que la Psicología Comunitaria puede tener son:

- Participación comunitaria: Fomentar la participación de los miembros de la comunidad en la toma de decisiones y la resolución de problemas locales.
- Empowerment: Ayudar a las personas y comunidades a desarrollar el poder y la capacidad para abordar sus propios desafíos y mejorar su calidad de vida.
- Justicia social: Investigar y abogar por la igualdad de derechos y oportunidades para todos los miembros de la comunidad, independientemente de su origen étnico, género, orientación sexual, nivel socioeconómico, etc.
- Prevención y resolución de conflictos: Trabajar en la prevención y gestión de conflictos dentro de las comunidades, promoviendo la comunicación efectiva y la resolución pacífica de disputas.
- Cambio social: Promover cambios positivos en la comunidad a través de la implementación de programas y políticas que abordan cuestiones como la educación, la salud mental, la vivienda, la seguridad y otros aspectos relacionados con el bienestar.
- Apoyo social: El conjunto de relaciones que integran a una persona con su entorno social, o con personas con las que establecen vínculos solidarios y de comunicación para resolver necesidades específicas. Las redes pueden reducirse o extenderse proporcionalmente al bienestar material, físico o emocional de sus integrantes, y al involucramiento y la participación en el fortalecimiento de las sociedades. Están en constante movimiento y las integran personas (cualquier número a partir de dos) que comparten intereses, principios ciudadanos y que asumen principios de reciprocidad, no violencia y acción voluntaria.

El programa de evaluación e intervención psicosocial con cuidadores primarios busca hacer reflexionar y promover el cuidado de los cuidadores, se comprende que esta no es una tarea sencilla

y que es necesario un apoyo social pues los cuidadores primarios necesitan un respaldo pues es fundamental para los cuidadores primarios debido a las demandas físicas, emocionales y logísticas que conlleva su rol.

2.3. Investigación de acción participativa

Este trabajo se basa en la Investigación Acción Participativa: Opción metodológica que vincula la investigación, la educación y la transformación de la realidad, con modalidad mixta (cuantitativa y cualitativa) para la generación de conocimiento teórico y práctico. La Investigación de Acción Participativa (IAP) en la cual se implica una teoría de conocimiento (epistemología) y de la acción (metodológica).

La Investigación Acción Participativa es un enfoque de investigación social que se centra en la colaboración activa entre los investigadores y los individuos de la comunidad, tiene como objetivo abordar problemas y desafíos para promover el cambio social a través de la participación de los individuos afectados por esos problemas. La principal aportación es restablecer dos cuestiones centrales la relación sujeto cognoscente-objeto de conocimiento (cuestión epistemológica) y de análisis de intervención (cuestión metodológica).

Tomando en cuenta la IAP hablaremos acerca de los cuidadores primarios que son personas las cuales asumen la responsabilidad principal de cuidar a individuos que necesitan apoyo debido a enfermedades, discapacidades, edad avanzada u otras necesidades especiales. Los cuidadores primarios pueden ser familiares, amigos o miembros de la comunidad que brindan atención física, emocional. Su papel puede involucrar tareas como la administración de medicamentos, el apoyo emocional, la asistencia en actividades diarias, la coordinación de citas médicas, etc. Relacionándose directamente con la IAP ya que podemos encontrar la identificación de problemas y necesidades pues los cuidadores primarios a menudo enfrentan desafíos y obstáculos significativos en su papel de cuidadores. Pueden identificar problemas y necesidades específicas relacionadas con la atención que brindan a sus seres queridos. La IAP puede involucrar a estos cuidadores en la identificación de problemas y desafíos, permitiendo que sus voces sean escuchadas en el proceso de investigación.

También encontraremos la participación ya que los cuidadores primarios pueden participar activamente en la investigación de acción participativa relacionada con el cuidado de sus seres queridos. Esto implica colaborar con investigadores y otros miembros de la comunidad para definir objetivos, diseñar intervenciones y tomar decisiones sobre cómo abordar los problemas identificados.

El diseño de intervenciones centradas en las necesidades, la IAP busca desarrollar soluciones y estrategias que sean directamente relevantes y efectivas para las personas afectadas por un problema en particular. Los cuidadores primarios pueden proporcionar información valiosa sobre qué tipos de apoyo y recursos serán más útiles en su situación, lo que contribuye a diseñar intervenciones más adecuadas.

Por último, la evaluación y adaptación continúa, debido a que la IAP implica un ciclo continuo de acción y reflexión. Los cuidadores primarios pueden estar involucrados en este ciclo.

2.4. Teoría fundamentada

La teoría fundamentada de Strauss es un enfoque de investigación cualitativa utilizado en diversas disciplinas. Se basa en la idea de que la teoría debe surgir de los propios datos, en lugar de imponer teorías preexistentes a los datos. Esta metodología proporciona un marco para la construcción de teorías a partir de la interacción entre datos recopilados y el análisis realizado. A lo largo de este trabajo, exploramos los principios y el proceso de investigación asociados con la teoría fundamentada.

La teoría fundamentada, desarrollada por Barney Glaser y Anselm Strauss, se refiere a un enfoque de investigación que busca desarrollar teorías inductivas a partir del análisis de datos. A diferencia de otros enfoques, la teoría fundamentada no parte de hipótesis preconcebidas, sino que se basa en la observación y el análisis de los datos para construir teorías que expliquen fenómenos sociales. Este enfoque se caracteriza por su flexibilidad y adaptabilidad, lo que permite el descubrimiento de nuevas teorías emergentes a partir de los datos recopilados.

“La Teoría Fundamentada no es una teoría sino una metodología para descubrir teorías que dormitan en los datos”

La teoría fundamentada tuvo sus orígenes en la década de 1960, cuando Barney Glaser y Anselm Strauss comenzaron a desarrollar un enfoque de investigación que permitiera el desarrollo de teorías desde los propios datos. Su trabajo pionero en el campo de la sociología médica sentó las bases de lo que más tarde se convertiría en la teoría fundamentada. A lo largo de los años, esta metodología ha evolucionado y ha sido utilizada en diversas disciplinas, como la psicología, la educación y la antropología. El enfoque ha ganado popularidad debido a su enfoque inductivo y su capacidad para generar teorías prácticas y aplicables a partir de la investigación cualitativa.

Podemos definir que el objetivo principal de la teoría fundamentada es generar teorías a partir de los datos recolectados en el campo de estudio, en lugar de basarse en teorías preexistentes, habiendo cuatro pasos a seguir para desarrollar de forma correcta la teoría fundamentada:

- Recolección de datos: Se utilizan diversas técnicas cualitativas, como entrevistas, observación participante, grupos focales y análisis de documentos.
- Análisis de datos: Los datos se codifican y categorizan, identificando patrones y relaciones entre los conceptos.
- Desarrollo de la teoría: Se construyen conceptos, categorías y proposiciones que explican los datos y dan forma a la teoría emergente.
- Validación de la teoría: Se comprueba la teoría con nuevos datos y se refina en base a la retroalimentación.

2.5. Teoría Polivagal

La Teoría Polivagal depende del conocimiento acumulado que describe las transiciones filogenéticas en el sistema nervioso autónomo de los vertebrados.

La Teoría Polivagal propone que las respuestas del sistema nervioso autónomo están dictadas por tipos específicos de organización neural y que varían según las estructuras nerviosas que intervengan. Esas estructuras se organizan jerárquicamente de acuerdo con un orden filogenético, y a cada una se le asocia un determinado estado fisiológico, psicológico y, obviamente, de funcionamiento autonómico; por lo tanto, ofrece un marco morfofisiológico y conceptual que hace

posible el estudio de estos elementos y su relación con los estados de salud y enfermedad. Las estrategias adaptativas que propone la teoría Polivagal son las siguientes.

- Inmovilización. Rama no mielinizada del vago. Emerge del núcleo dorsal motor e inerva de manera importante el corazón. Inhibición de actividad simpática. Su actividad prolongada es letal para los mamíferos.
- Movilización. Basada en la actividad simpato-adrenal y del eje hipotalámico pituitario adrenal. Fingirse muerto, desmayarse, síncope, depresión. Inhibición del vago no mielinizado. Su actividad prolongada se relaciona con síndromes crónicos.
- Socialización. Rama mielinizada del vago; emerge del núcleo ambiguo. Estrés, ansiedad, conductas de lucha-huida. Influye la actividad cardíaca, de tal manera que es posible transitar rápidamente entre estados de movilización y calma. Socialización, involucramiento con el ambiente, relajación.

2.6. Intervención Comunitaria Individual

2.6.1. Primera Fase

En el mundo actual, el papel de los cuidadores principales es más crucial que nunca. Con el envejecimiento de la población y el aumento de enfermedades crónicas, la demanda de cuidadores primarios ha aumentado significativamente. A pesar de esto, muchas personas aún no saben exactamente quiénes son los cuidadores primarios y no se reconocen como tal. Es esencial comprender la importancia de este papel y brindar apoyo a aquellos que lo desempeñan.

Además, es interesante observar que la noción de autocuidado aún no está completamente definida para muchas personas. A menudo se asocia con conceptos superficiales de mimos o indulgencia, lo que lleva a una falta de comprensión sobre su verdadera importancia y alcance. Es crucial comprender que el autocuidado es esencial para mantener una buena salud y bienestar, especialmente para aquellos que se dedican al cuidado de otros.

En este contexto, nos enfrentamos a un desafío significativo. Debemos encontrar formas de apoyar a los cuidadores primarios en su viaje hacia el autocuidado y el bienestar integral. Esto puede incluir la educación sobre la importancia del autocuidado, la provisión de recursos y herramientas para el cuidado personal y el bienestar, y la creación de redes de apoyo para cuidadores y sus familias.

Es importante reconocer que el papel de los cuidadores primarios es fundamental para el bienestar de la sociedad en su conjunto. Debemos asegurarnos de que estos cuidadores estén debidamente apoyados y valorados por su trabajo crucial. Al hacerlo, podemos mejorar la salud y el bienestar de las personas y las comunidades en general.

Además, es fundamental fomentar una cultura de autocuidado y bienestar en la sociedad en general. Esto implica promover prácticas saludables, como la alimentación balanceada, la actividad física regular y el descanso adecuado. También es importante brindar información sobre técnicas de relajación y meditación, que pueden ayudar a reducir el estrés y la ansiedad.

Con estas acciones, se busca mejorar la calidad de vida de quienes se dedican al cuidado de otros, y también de aquellos que buscan cuidar de sí mismos en un mundo cada vez más exigente y complejo. Al promover el autocuidado y el bienestar, se contribuye a crear una sociedad más saludable y equilibrada, donde todos puedan desarrollar su potencial y vivir plenamente.

El trabajo realizado en esta primera fase cimentó las bases de una relación fuerte entre el Psicólogo Social y las participantes; en la búsqueda de crear un vínculo fuerte de confianza con las cuidadoras se trabajaron temas de su interés que pretendían fomentar y fortalecer su autocuidado con el fin de mejorar principalmente su salud y su bienestar, tanto físico, mental y emocional, esto sin dejar atrás la identificación de fuertes redes de apoyo provenientes de la familia, vecinos o su comunidad en general, que sirvieran como su nombre lo indica, apoyo, para las cuidadoras en el proceso de fomentar y fortalecer su autocuidado con la intención de mejorar significativamente su vida diaria.

Un punto importante que se implementó fue poder lograr que las cuidadoras poco a poco fueran identificando las emociones que situaciones que tenían que ver con ellas directa o indirectamente les producían. Hay que recordar que no tener una adecuada gestión de emociones nos generará que

difícilmente identifiquemos como nos sentimos ante diferentes situaciones con las que nos enfrentamos en nuestro día a día. Es por esa razón que creímos que era de suma importancia una buena gestión de emociones.

Algo primordial que nos interesaba que las cuidadoras logaran identificar fue el rol que ellas desempeñaban en la sociedad y en su familia, debían saber diferenciar entre si eran cuidadoras o auto cuidadoras, partir de ahí y lograr generar cambios, como por ejemplo en la organización del tiempo que ellas disponían en el día, debido a que esto va de la mano de la implementación de límites, esto debido a que debían saber que ante todo y todos ellas estaban en primer lugar y debían ser su prioridad. Estos son algunos de los temas que se abordaron en esta primera fase del programa, todos con la finalidad de crear, mejorar y fortalecer el hábito del autocuidado.

2.6.1.1. Cuidadores primarios y auto cuidadores

Un cuidador primario es aquella persona que tiene a su cuidado a otra persona que padece de una enfermedad, con la cual no puede ser auto suficiente y por lo tanto necesita ayuda de alguien más. Los auto cuidadores son personas que no tienen nadie que los pueda cuidar o se haga cargo de ellos, por lo tanto, ellos solos deben aprender a cuidarse a sí mismo, siendo muchas veces una tarea complicada dependiendo del tipo de enfermedad que la persona padezca, también se puede definir como:

“aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo discapacidad, minusválida o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades”

(Flórez Lozano et 1997, en De los Reyes M., 2001).

En el Programa de evaluación e intervención con cuidadores primarios, los cuidadores y auto cuidadores son los principales sujetos de estudio con los que se trabajó en este proyecto, Debido a que estos cuidadores muchas veces dejan de hacerse cargo tanto de sus actividades diarias, dejan de hacer las cosas que les gusta e inclusive dejan de dar prioridad a su autocuidado y por lo tanto la propia salud de los cuidadores pasa a ser segundo plano o inclusive dejar de ser prioridad, dando como consecuencia que muchas veces el cuidador muera prematuramente o antes que la persona que está a su cargo, esto debido a la sobrecarga física y emocional que puede implicar cuidar a

alguien más o ser un auto cuidador, pues no se cuenta con el conocimiento necesario, ni la capacitación para poder ejercer esta responsabilidad.

El ser un cuidador primario se podría considerar como un trabajo informal, sin embargo, esta clase de trabajo mayormente no es remunerada, pues es un rol que suele ocupar una persona de la misma familia que la que está enferma, haciendo que la familia le exija al cuidador un mayor compromiso que muchas veces sea sin un límite de tiempo. Esto genera muchas consecuencias negativas debido al exceso de tiempo y el desgaste emocional y de energía que el cuidador primario puede tener, esta sobrecarga puede ser aún más difícil si el cuidador primario o auto cuidador no recibe ninguna clase de apoyo social.

“La sobrecarga del cuidador comprende un conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que sufren los cuidadores de personas enfermas, afectando sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio emocional”

(Espinoza M, 2012)

2.6.1.2. Apoyo social

El apoyo social se refiere a la ayuda emocional, instrumental o informativa que una persona recibe de su red social, que incluye amigos, familiares, compañeros de trabajo y otros individuos con los que interactúa regularmente. Este apoyo puede manifestarse de diversas formas, como el apoyo emocional, que implica expresiones de cariño, comprensión y empatía; el apoyo instrumental, que incluye ayuda tangible o recursos materiales; y el apoyo informativo, que proporciona consejos, información u orientación.

El apoyo social es importante para el bienestar y la salud mental de una persona, ya que puede ayudar a reducir el estrés, aumentar la autoestima, mejorar la resiliencia frente a desafíos y promover un sentido de pertenencia. John Barnes, al igual que cualquier otra persona, puede beneficiarse del apoyo social en su vida cotidiana, ya sea en situaciones personales o profesionales. La calidad y cantidad del apoyo social que una persona recibe pueden tener un impacto significativo en su salud y felicidad en general.

En el ámbito de los cuidadores primarios, el apoyo social es especialmente crucial debido a las demandas emocionales, físicas y temporales que enfrentan al cuidar a un ser querido que tiene una enfermedad, discapacidad o necesidades especiales. El apoyo social puede ser beneficioso de diversas maneras:

- Reducción del estrés: Los cuidadores primarios a menudo experimentan altos niveles de estrés debido a las responsabilidades y preocupaciones relacionadas con la atención. El apoyo emocional de amigos y familiares puede ayudar a reducir este estrés al proporcionar un espacio para expresar emociones, preocupaciones y frustraciones.
- Aumento de la resiliencia: El apoyo social puede fortalecer la resiliencia de los cuidadores, ayudándoles a sobrellevar mejor las situaciones difíciles ya mantener una actitud más positiva frente a los desafíos que se les presentan.
- Alivio de la carga: El apoyo instrumental, como la ayuda con las tareas diarias o el relevo en la atención, puede aliviar la carga física y temporal de los cuidadores. Esto les permite tomar un respiro y cuidar de su propio bienestar.
- Consejos y orientación: El apoyo informativo puede ser valioso al proporcionar información y recursos que ayuden a los cuidadores a tomar decisiones informadas ya acceder a servicios que sean beneficiosos para la persona a la que cuidan.
- Sentido de pertenencia: El apoyo social puede ayudar a los cuidadores a sentirse menos aislados y más conectados con su comunidad. Esto puede contrarrestar la sensación de soledad que a veces acompaña al cuidado constante.
- Mejora de la salud mental y emocional: El apoyo social puede contribuir a la salud mental y emocional de los cuidadores, reduciendo la incidencia de depresión, ansiedad y agotamiento.

Sin embargo, también podemos encontrar que, si la falta de apoyo social puede tener un impacto significativamente negativo en un cuidador primario de varias maneras, tales como un aumento de estrés, debido a las grandes responsabilidades que implica el cuidado sin un apoyo social puede terminar siendo algo bastante abrumador. Esto puede llevar al aislamiento social, ya que debido a la exigencia de tiempo un cuidador puede perder su círculo social, por lo limitado que este puede estar, generando un mayor riesgo de problemas de salud pues al no haber un apoyo social correcto el cuidador puede experimentar aumento en la ansiedad, depresión y otros

problemas de salud mental. Además, el estrés crónico relacionado con la falta de apoyo social puede contribuir a problemas de salud física, como hipertensión, problemas cardíacos y trastornos del sueño.

La falta de apoyo social puede socavar la capacidad del cuidador primario para brindar atención de calidad y mantener su propia salud y bienestar. Es importante que los cuidadores busquen activamente el apoyo social, ya sea a través de amigos, familiares, grupos de apoyo o servicios de cuidado respiro, para reducir estos efectos negativos y mejorar su capacidad para atender de manera efectiva a sus seres queridos. Es por esta razón que se vuelve necesaria e importante una evaluación de bienestar psicosocial.

2.6.1.3. Evaluación de bienestar psicosocial

Carol D. Ryff y Corey L. M. Keyes son dos destacados psicólogos que han contribuido al estudio del bienestar psicológico desde una perspectiva positiva. Según su modelo, el bienestar psicológico consiste en la presencia de seis dimensiones clave que reflejan una experiencia de vida plena y satisfactoria. Estas dimensiones son:

- Autonomía: Se refiere a la capacidad de tomar decisiones por uno mismo y vivir de acuerdo con los propios valores y metas, en lugar de estar sujeto a la presión de otras personas o circunstancias.
- Relaciones positivas con los demás: Implica mantener relaciones sociales saludables y gratificantes con amigos, familiares y otros individuos, lo que contribuye a un sentido de pertenencia y apoyo.
- Dominio del entorno: Hace referencia a la competencia y la habilidad para manejar de manera efectiva el entorno, resolver problemas y alcanzar metas, lo que aumenta la autoeficacia y la sensación de control sobre la vida.
- Crecimiento personal: Se trata del proceso continuo de desarrollo y crecimiento en áreas como la autoaceptación, la búsqueda de desafíos, el aprendizaje y la automejora.
- Propósito en la vida: Consiste en tener una dirección clara y un sentido de propósito en la vida, lo que implica tener metas y valores significativos que guíen las acciones y decisiones.

- Autoaceptación: Implica la aceptación de uno mismo, incluyendo las debilidades y limitaciones, lo que contribuye a la autoestima y la autoimagen positiva.

El modelo de bienestar psicológico propuesto por Ryff y Keyes es relevante y puede ser de gran ayuda tanto para los cuidadores primarios como para las personas que practican el autocuidado.

Cuidadores primarios.

Para los cuidadores primarios que se enfrentan a una carga significativa de cuidado de un ser querido, comprender y cultivar estas dimensiones de bienestar psicológico puede ser beneficioso de varias maneras. Por ejemplo, desarrollar la autonomía y el sentido de propósito en la vida puede ayudar a los cuidadores a mantener su identidad y perspectiva personal, incluso mientras cuidan a otros. Las relaciones positivas con los demás son esenciales para el apoyo emocional, y el crecimiento personal puede ayudarles a adaptarse a los desafíos del cuidado y encontrar significado en su rol.

Autocuidado.

Para aquellos que practican el autocuidado, el modelo de bienestar psicológico también es relevante. En el autocuidado, estas dimensiones pueden actuar como objetivos y guías para mejorar la calidad de vida. Fomentar la autonomía, establecer relaciones saludables, desarrollar el sentido de propósito en la vida y trabajar en la autoaceptación son todos componentes importantes del autocuidado.

En ambos casos, el entendimiento y la promoción del bienestar psicológico pueden ayudar a reducir el estrés, mejorar la resiliencia, fomentar una sensación de control y empoderamiento, y promover una vida más satisfactoria y significativa. A menudo, el autocuidado es esencial para que los cuidadores primarios puedan cuidar de otros de manera efectiva, ya que un cuidador que se cuida a sí mismo tiene más recursos físicos y emocionales para brindar un cuidado de calidad. En última instancia, el modelo de bienestar psicológico puede ser una guía útil para promover el bienestar en todas las áreas de la vida, incluyendo el cuidado de los demás y el autocuidado.

El bienestar psicosocial es importante y parte fundamental del Programa De Evaluación e Intervención Psicosocial Con Cuidadores Primarios ya que durante las intervenciones que se estuvieron haciendo alrededor de la duración del programa se brindaron herramientas y técnicas que ayudan principalmente a los cuidadores primarios y auto cuidadores a mantener su bienestar psicosocial gracias a la escucha activa.

2.6.1.4. Ejercicios de control de la activación y técnicas de relajación

Los ejercicios de control de la activación se centran en enseñar a las personas a regular su nivel de activación fisiológica. Basándose en la idea de que controlar la activación puede ayudar a gestionar el estrés y las emociones negativas. Algunos ejemplos de ejercicios de control de la activación que fueron usados en el Programa De Evaluación e Intervención Psicosocial Con Cuidadores Primarios fueron tales como:

- Control de la respiración: Aprender a respirar de manera profunda y lenta para reducir la activación fisiológica.
- Relajación progresiva: Identificar y relajar conscientemente los músculos del cuerpo para reducir la tensión y la activación.
- Biofeedback: Utilizar dispositivos para monitorear las respuestas fisiológicas, como la frecuencia cardíaca o la temperatura de la piel, y aprender a modificar estas respuestas conscientemente, esta monitorización fue hecha por medio de un punto estrés.

Por otra parte, las técnicas de relajación se utilizan para ayudar a las personas a reducir la tensión fisiológica que puede ser presentada por la sobrecarga de los cuidadores primarios y auto cuidadores por el nivel de estrés que puedan tener. Las técnicas de relajación son también una parte importante de los ejercicios de control de la activación, algunas de las técnicas de relajación usadas durante el Programa De Evaluación e Intervención Psicosocial Con Cuidadores Primarios fueron:

- Relajación muscular progresiva: Este método implica tensar y relajar deliberadamente grupos musculares para reducir la tensión.
- Respiración profunda y controlada: La respiración profunda y lenta puede inducir una sensación de calma y relajación.

- Meditación y mindfulness: Estas técnicas promueven la atención plena y la relajación al centrarse en el momento presente y dejar de lado pensamientos y preocupaciones intrusivas.
- Visualización: Imaginar situaciones o lugares pacíficos y agradables puede inducir relajación.
- Técnicas de relajación imaginación guiada: Escuchar grabaciones o seguir a un terapeuta que guía a la persona a través de un proceso de relajación.

Estas técnicas son útiles en el manejo del estrés, la ansiedad, el control de la ira y otros problemas emocionales y conductuales. Pueden enseñarse y aplicarse ya que son herramientas efectivas para ayudar a las personas a autorregular su activación fisiológica y emociones.

2.6.1.5. Organización del tiempo

La organización del tiempo desempeña un papel crucial tanto para los cuidadores primarios como para las personas que practican el autocuidado. La manera en que se organiza el tiempo es fundamental para el éxito en ambos casos.

En el caso de los cuidadores primarios, la planificación del tiempo es esencial para asegurarse de que todas las tareas relacionadas con el cuidado de su ser querido se realicen de manera efectiva. Esto incluye la gestión de citas médicas, medicamentos, terapias, comidas, higiene y otras responsabilidades. También es importante programar momentos para el autocuidado, ya que esto ayuda a prevenir el agotamiento y a mantener el bienestar del cuidador. Además, organizar el tiempo de manera que permita la participación de otros miembros de la red de apoyo es fundamental para aliviar la carga del cuidador principal. La flexibilidad en la organización del tiempo también es clave, ya que las necesidades de la persona que se cuida pueden cambiar con el tiempo.

Las personas que practican el autocuidado también deben prestar atención a cómo organizan su tiempo. Esto implica priorizar el autocuidado al asignar tiempo para hacer ejercicio, descansar adecuadamente, mantener una dieta equilibrada y participar en actividades relajantes. Establecer límites y decir no cuando sea necesario es fundamental para evitar el exceso de compromisos y el agotamiento. La organización del tiempo también es importante para incluir actividades que

reduzcan el estrés, como la meditación, la práctica del mindfulness o la desconexión digital. Además, puede ayudar a las personas a establecer metas para su autocuidado y realizar un seguimiento de su progreso.

La organización del tiempo es una herramienta esencial para garantizar que el cuidado de los demás o el autocuidado se realicen de manera efectiva, sin sacrificar la salud y el bienestar personal. La gestión del tiempo permite a las personas equilibrar sus responsabilidades y necesidades personales, reduciendo así el estrés y mejorando su calidad de vida.

Es por eso por lo que utilizamos el Cuadrante de Covey, también conocido como Matriz de Covey (*Figura 1*), la cual es una herramienta de gestión del tiempo desarrollada por Stephen R. Covey en su libro "Los 7 hábitos de la gente altamente efectiva". Es una matriz simple que divide las tareas en cuatro categorías según su urgencia e importancia.

El Cuadrante de Covey se basa en dos dimensiones principales: importancia y urgencia. La importancia se refiere al grado de relevancia o impacto que una actividad tiene en nuestros objetivos a largo plazo, mientras que la urgencia indica la necesidad de realizar una tarea inmediatamente. Cruzando estas dos dimensiones, obtenemos cuatro cuadrantes:

- Tareas Importantes y Urgentes. Estas son las actividades que demandan nuestra atención inmediata y son cruciales para nuestros objetivos. Incluyen cosas como plazos inminentes, crisis y problemas que necesitan ser resueltos de inmediato. A menudo, pasamos una cantidad significativa de tiempo en este cuadrante debido a su naturaleza urgente, pero la verdadera habilidad radica en minimizar la cantidad de tareas que caen aquí a través de una mejor planificación y anticipación.
- Tareas Importantes, pero No Urgentes. Este cuadrante es el corazón de la efectividad a largo plazo. Aquí es donde se encuentran las actividades que contribuyen directamente a nuestros objetivos, pero que no requieren acción inmediata. Invertir tiempo en este cuadrante implica la prevención de problemas futuros, la construcción de relaciones significativas y el desarrollo personal. Desafortunadamente, estas actividades a menudo son descuidadas en favor de las demandas inmediatas del cuadrante uno.

- Tareas No Importantes pero Urgentes. Este cuadrante puede ser engañoso, ya que las tareas aquí pueden parecer urgentes, pero no contribuyen significativamente a nuestros objetivos a largo plazo. Incluyen interrupciones, distracciones y demandas de otros. Es importante aprender a gestionar estas tareas de manera efectiva, ya sea delegándolas, eliminándolas o programándolas para un momento más conveniente.
- Tareas No Importantes y No Urgentes. Por último, este cuadrante alberga actividades que son simplemente una pérdida de tiempo. Son distracciones triviales que no contribuyen a nuestros objetivos ni tienen un sentido de urgencia. Pasar demasiado tiempo aquí puede resultar en una sensación de arrepentimiento y falta de logro.

Figura 1.1.

Matriz de Covey

	Urgente	No Urgente
Importante	<u>Cuadrante I</u> • Crisis • Presiones • Proyectos con fecha de vencimiento	<u>Cuadrante II</u> • Relaciones personales • Nuevas oportunidades • Planificación futuro • Actividades preventivas • Crecimiento personal • Ocio, diversión
No Importante	<u>Cuadrante III</u> • Interrupciones • Email, reuniones, llamadas • Actividades populares • Presiones familiares	<u>Cuadrante IV</u> • Detalles • Ladrones del tiempo • Algunos emails y llamadas • Actividades placenteras

Nota: “Matriz simple que divide las tareas en cuatro categorías según su urgencia e importancia.”

Fuente: La Matriz de Gestión del Tiempo

2.6.1.6. Límites de la persona dependiente

Hacer conscientes los límites es esencial tanto para los cuidadores primarios como para quienes practican el autocuidado, y esto se debe a varias razones fundamentales. En primer lugar, reconocer y comprender sus propios límites permite a estas personas establecer expectativas realistas y tomar decisiones informadas sobre cómo distribuir su tiempo y energía. Esto es crucial para evitar el agotamiento y el estrés excesivo.

Además, ser consciente de los límites es fundamental para mantener un equilibrio entre las responsabilidades de cuidado y las necesidades personales. Los cuidadores primarios y los autocuidadores necesitan cuidarse a sí mismos para poder brindar el mejor cuidado posible a los demás. Al ser conscientes de sus límites, pueden establecer límites saludables y decir no cuando sea necesario, para proteger su propio bienestar.

Reconocer los límites también puede ayudar a las personas a identificar cuándo necesitan apoyo adicional. Los cuidadores primarios pueden buscar ayuda de familiares, amigos o servicios de cuidado para darse un respiro cuando se dan cuenta de que están llegando a sus límites. Del mismo modo, quienes practican el autocuidado pueden buscar apoyo de profesionales de la salud o consejeros cuando enfrentan desafíos o situaciones estresantes.

2.6.1.7. Solicitud de ayuda y apoyo

Solicitar apoyo es una parte fundamental tanto para los cuidadores primarios como para aquellos que practican el autocuidado. La importancia de buscar apoyo se basa en varios factores cruciales. En primer lugar, el cuidado, ya sea de uno mismo o de otra persona, puede ser una carga abrumadora. Al buscar apoyo, se pueden compartir responsabilidades y tareas, lo que reduce el estrés y la fatiga que a menudo conlleva el cuidado.

Además, contar con apoyo puede mejorar significativamente la calidad del cuidado brindado. Ya sea a través de la ayuda práctica en la atención de un ser querido o mediante consejos y orientación, el apoyo puede enriquecer la experiencia y garantizar que se brinde un cuidado de alta calidad.

Como ya se señaló anteriormente el aislamiento es otro desafío común para los cuidadores, ya que a menudo se ven limitados en su participación en actividades sociales. Al solicitar apoyo, se pueden mantener conexiones con amigos, familiares y grupos de apoyo, lo que contrarresta el aislamiento y mantiene un sentido de comunidad.

El apoyo emocional también desempeña un papel clave. Compartir preocupaciones y desafíos con otros puede reducir el estrés y la ansiedad asociados con el cuidado. La sensación de que no están solos en su situación puede ser un alivio significativo.

Además, buscar apoyo puede prevenir problemas de salud mental, como la depresión y el agotamiento. El apoyo puede ser un factor protector para la salud emocional, es por esto por lo que el Programa de evaluación e intervención con cuidadores primarios busca hacer conciencia de cómo pedir apoyo, brindando algunas herramientas e información de las cuales los cuidadores primarios y los auto cuidadores se puedan apoyar.

2.6.1.8. Gestión de emociones negativas

Claro, la gestión de las emociones negativas es esencial tanto para los cuidadores primarios como para quienes practican el autocuidado. Estas personas pueden experimentar una variedad de emociones negativas debido a las demandas y tensiones asociadas con sus roles.

La ansiedad puede surgir por la preocupación constante sobre la salud y el bienestar de la persona a cargo, así como por la carga de responsabilidades. La depresión, por otro lado, puede manifestarse en forma de tristeza, desesperanza o la pérdida de interés en actividades que solían disfrutar.

La irritabilidad es común debido a la tensión y frustración que pueden surgir cuando las demandas son constantes y hay poco tiempo para el autocuidado. Además, la culpa es una emoción que puede pesar en los cuidadores, ya que a menudo sienten que no están haciendo lo suficiente o se culpan por tomar tiempo para sí mismos.

El agotamiento físico y emocional también es común, lo que puede generar una sensación de abrumación extrema. Además, el aislamiento social es otra preocupación, ya que la limitada participación en actividades sociales puede llevar a la soledad.

El resentimiento puede surgir hacia la persona a la que se cuida o hacia aquellos que no comparten las responsabilidades del cuidado. Estas emociones son naturales, pero es fundamental aprender a gestionarlas adecuadamente.

La gestión adecuada de estas emociones negativas es esencial para el bienestar emocional del cuidador y para su capacidad de brindar un cuidado de calidad. También contribuye a mantener relaciones saludables con la persona a cargo y con otros miembros de la familia y la red de apoyo.

2.6.2. Segunda fase

Esta investigación es una continuación de la investigación de “Evaluación psicosocial para cuidadores” que forma parte del programa de intervención psicosocial en la comunidad de San Miguel de Teotongo de la alcaldía Iztapalapa, en la cual se centrará en el análisis de la Escritura Emocional Autorreflexiva de las antiguas participantes que decidieron seguir participando en el programa de intervención psicosocial. Buscando como objetivo que ambas participantes logren trabajar de forma correcta la escritura emocional autorreflexiva para que de este modo puedan ver los beneficios de dicha técnica, incitando de este modo al autoconocimiento de ellas mismas.

En la búsqueda constante de estrategias terapéuticas innovadoras, la escritura emocional autorreflexiva ha emergido como una herramienta valiosa en el ámbito de la psicología. Esta técnica se centra en la expresión auténtica y profunda de pensamientos y emociones a través de la escritura, proporcionando a los individuos un espacio íntimo de autorreflexión. La escritura emocional autorreflexiva se trabaja mediante la exploración consciente de experiencias pasadas, presentes y futuras, permitiendo un análisis profundo de las emociones asociadas. Al ofrecer una plataforma para el autoexamen emocional, esta práctica tiene el potencial de desencadenar procesos terapéuticos significativos.

La escritura emocional autorreflexiva ha demostrado ser terapéuticamente valiosa en diversas poblaciones, y su aplicación en personas cuidadoras y auto cuidadoras de la tercera edad es de particular interés debido a que el proceso de envejecimiento, el autocuidado se convierte en un aspecto fundamental para mantener la calidad de vida, y el bienestar emocional adquiere una relevancia significativa en la tercera edad. Este análisis psicológico examinará cómo la escritura

emocional puede impactar positivamente en el bienestar emocional y la calidad de vida de este grupo demográfico.

2.6.2.1. Escritura Emocional Autorreflexiva.

La teoría de la escritura emocional propone que la expresión y la reflexión sobre las emociones a través de la escritura pueden tener beneficios terapéuticos y promover el procesamiento emocional. La teoría del autocuidado, por otro lado, enfatiza la importancia de cuidar de uno mismo de manera física, emocional y psicológica para mantener el bienestar. Ambas teorías proporcionan una base conceptual para explorar el uso de la escritura emocional autorreflexiva como una técnica efectiva en la evaluación e intervención psicosocial con cuidadores y autocuidadores.

La escritura nos permite plasmar y desarrollar nuestra imaginación, pero también nos da la oportunidad de expresarnos mediante las emociones o los pensamientos. Podemos conocernos mejor, o la podemos utilizar para encontrar soluciones a problemas que debemos gestionar. Esta herramienta puede formar parte de cualquier plan de tratamiento con un psicólogo y puede ser muy interesante para algunas personas.

Escribir es una potente herramienta para la expresión y el afrontamiento de las emociones. Nos permite, por un lado, conocernos mejor y, por el otro, acelerar la recuperación del malestar que nos suelen producir los síntomas de ansiedad y depresión. Escribir puede ayudarnos a desbloquear algunas emociones asociadas a nuestros pensamientos, hacer más claras nuestras metas y deseos o ayudarnos a comprender situaciones que nos producen problemas con otros. Escribir suele hacer que nos distanciamos de lo que vivimos y también que podamos otorgarle un sentido. Nos ayuda a considerar nuestras emociones de una manera más simple al sacarlas de nuestro cuerpo y nuestra mente. Esto suele ayudarnos a manejarlas de una forma más eficaz sin quedarnos demasiado enganchados en ellas.

Según diversos autores, escribir 20 minutos al día sobre lo que nos ocurre o ha ocurrido nos puede ayudar a mantener nuestra salud mental e incluso ayudar a nuestro cuerpo a mantener un funcionamiento óptimo a nivel fisiológico.

2.7. Intervención Comunitaria Grupal

2.7.1. Primera etapa

La fase inicial de la intervención comunitaria con el grupo de cuidadores ha sido fundamental para establecer una base sólida y comprender las necesidades y preocupaciones de los participantes. Durante esta fase, nos hemos centrado en la preparación y la identificación de objetivos específicos que guiarán nuestro trabajo conjunto.

Comenzamos nuestro proceso reuniéndonos con los cuidadores para conocer sus experiencias, desafíos y expectativas. A través de las distintas sesiones grupales, pudimos obtener una comprensión profunda de su realidad cotidiana, incluyendo las tensiones emocionales y los obstáculos que enfrentan en su labor.

En colaboración con los cuidadores primarios y auto cuidadores, identificamos ocho temas principales que reflejan sus necesidades y áreas de interés. Estos temas fueron elegidos con el objetivo de abordar cuestiones relacionadas con el estrés, la ansiedad, los límites en la familia y la comunicación asertiva. Reconocimos la importancia de que los participantes se sintieran validados en la selección de estos temas, lo que aumentaría su compromiso y participación en el proceso de la intervención.

Con los temas seleccionados, trabajamos en la elaboración de un plan de intervención detallado que abarcara cada uno de ellos. Este plan incluye objetivos específicos para cada tema, así como estrategias y actividades diseñadas para fomentar el aprendizaje y el crecimiento personal de las cuidadoras primarias. Nos aseguramos de que el plan fuera flexible y adaptable, permitiendo ajustes según las necesidades y el progreso del grupo.

Durante esta fase, también nos enfocamos en crear un ambiente seguro y de apoyo donde los cuidadores se sintieran cómodos compartiendo sus experiencias y emociones. Promovimos la confianza y la empatía entre los participantes, alentando el apoyo mutuo y la colaboración.

2.7.1.1. Estrés

El estrés es una respuesta natural del organismo ante situaciones desafiantes o demandas que superan nuestras capacidades de afrontamiento. En el contexto del cuidado primario, el estrés se convierte en un factor omnipresente que puede afectar significativamente la salud física y mental de los cuidadores, tanto en su rol de cuidadores como en su propio bienestar.

Explorando las causas del estrés en cuidadores podemos encontrar que las fuentes de estrés para los cuidadores primarios y auto cuidadores son diversas y complejas. Entre las más comunes encontramos:

- *Demanda física y emocional.* El cuidado de una persona dependiente implica una carga física y emocional significativa, que puede incluir tareas como la higiene personal, la administración de medicamentos, el acompañamiento a citas médicas y la atención de necesidades emocionales.
- *Falta de control.* Los cuidadores a menudo experimentan una sensación de falta de control sobre su propia vida y la de la persona que cuidan. Esto puede generar sentimientos de impotencia, frustración y resentimiento.
- *Aislamiento social.* El tiempo dedicado al cuidado puede limitar las oportunidades de interacción social, lo que puede conducir al aislamiento y la soledad.
- *Dificultades financieras.* Los costos asociados al cuidado, como la atención médica, los medicamentos y los equipos especiales, pueden generar una carga financiera significativa para los cuidadores.
- *Culpabilidad y resentimiento.* Los cuidadores pueden experimentar sentimientos de culpa por no dedicar suficiente tiempo o atención a la persona que cuidan, o por resentimiento hacia otros miembros de la familia o amigos que no brindan el mismo nivel de apoyo.
- *Falta de apoyo social y profesional.* La ausencia de redes de apoyo sólidas, tanto formales como informales, puede exacerbar el estrés y dificultar el manejo de las demandas del cuidado.

Las consecuencias del estrés en cuidadores puede ser grave puesto que el estrés crónico en cuidadores puede tener repercusiones para la salud física y mental, tales como:

- Problemas de salud física. Aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, trastornos del sueño, problemas digestivos y debilitamiento del sistema inmunológico.
- Problemas de salud mental. Ansiedad, depresión, burnout, irritabilidad, cambios de humor y dificultad para concentrarse.
- Dificultades en las relaciones. El estrés puede afectar negativamente las relaciones con la persona que se cuida, con otros familiares y amigos, y con la pareja.
- Deterioro de la calidad de vida. El estrés puede disminuir la satisfacción general con la vida y reducir la capacidad para disfrutar de actividades placenteras.

Es fundamental que los cuidadores primarios y auto cuidadores implementen estrategias efectivas para manejar el estrés y proteger su propio bienestar. Algunas estrategias recomendadas son:

- Técnicas de relajación. La práctica regular de técnicas de relajación como la respiración profunda, la meditación o el yoga puede ayudar a reducir el estrés y la ansiedad.
- Actividad física. Realizar ejercicio físico de forma regular, incluso caminatas cortas o actividades de bajo impacto, puede mejorar el estado de ánimo, reducir la tensión y promover el bienestar general.
- Grupos de apoyo. Unirse a grupos de apoyo para cuidadores puede brindar la oportunidad de compartir experiencias, obtener consejos y recibir apoyo emocional de otras personas que comprenden la situación.
- Delegar tareas. Buscar ayuda de familiares, amigos, voluntarios o servicios profesionales para compartir las tareas del cuidado puede aliviar la carga y permitir al cuidador tener tiempo para sí mismo.
- Establecer límites. Es importante establecer límites claros entre el tiempo dedicado al cuidado y el tiempo personal para evitar el agotamiento.
- Cuidar la salud física. Mantener una dieta saludable, dormir lo suficiente y realizar chequeos médicos regulares son esenciales para mantener la salud física y la capacidad para afrontar el estrés.
- Buscar ayuda profesional. Si el estrés es abrumador o interfiere con la vida diaria, es importante buscar ayuda profesional de un psicólogo o terapeuta.

2.7.1.2. Estrés y Ansiedad: Diferencias

En el contexto del cuidado primario, los términos "estrés" y "ansiedad" se utilizan con frecuencia de manera indistinta, lo que puede generar confusión y dificultar la identificación de las estrategias de afrontamiento adecuadas. Si bien ambos conceptos están relacionados con la respuesta del organismo ante situaciones desafiantes, existen diferencias importantes que es fundamental comprender para cuidadores primarios y auto cuidadores.

El estrés se define como una respuesta fisiológica, emocional y cognitiva ante demandas o desafíos que superan nuestros recursos de afrontamiento. Es una reacción natural y necesaria que nos permite adaptarnos a las presiones del entorno. El estrés agudo, a corto plazo, puede ser beneficioso al motivarnos a actuar y superar obstáculos. Sin embargo, el estrés crónico, a largo plazo, puede tener consecuencias negativas para la salud física y mental.

La ansiedad, por otro lado, se caracteriza por una sensación excesiva e inespecífica de preocupación, inquietud o aprensión. Se asocia con una anticipación negativa del futuro, incluso ante situaciones que no representan una amenaza real. La ansiedad puede manifestarse a través de síntomas físicos como palpitaciones, sudoración, temblor, náuseas y dificultad para respirar, así como síntomas psicológicos como pensamientos intrusivos, irritabilidad, dificultad para concentrarse y problemas para dormir.

La principal diferencia entre el estrés y la ansiedad radica en la intensidad y la duración de la respuesta. El estrés generalmente se presenta como una reacción puntual ante un evento específico, mientras que la ansiedad se caracteriza por una preocupación persistente y desproporcionada que no se limita a una situación particular.

2.7.1.3. Ansiedad

La ansiedad se convierte en una preocupación significativa para los cuidadores, afectando tanto su bienestar físico y mental como su capacidad para brindar un cuidado óptimo a la persona que depende de ellos. Comprender la naturaleza de la ansiedad, sus manifestaciones y las estrategias para afrontarla es fundamental para promover el bienestar integral de los cuidadores.

La ansiedad en cuidadores se caracteriza por una preocupación excesiva y persistente ante las demandas del cuidado, las responsabilidades asociadas y las posibles complicaciones que puedan surgir. Esta preocupación puede manifestarse a través de una variedad de síntomas físicos, psicológicos y emocionales, tales como:

- Síntomas físicos. Palpitaciones, sudoración, temblor, náuseas, dificultad para respirar, tensión muscular, fatiga.
- Síntomas psicológicos. Pensamientos intrusivos, preocupaciones excesivas, miedo intenso, dificultad para concentrarse, irritabilidad, inquietud, insomnio.
- Síntomas emocionales. Agobio, frustración, tristeza, culpabilidad, resentimiento, impotencia.

Diversos factores pueden aumentar el riesgo de desarrollar ansiedad en cuidadores, algunos son:

- Características personales. Personalidad ansiosa, tendencia al perfeccionismo, baja autoestima, dificultad para manejar el estrés.
- Características del cuidado. Demanda física y emocional alta, necesidad de atención constante, incertidumbre sobre el futuro, escasez de recursos.
- Falta de apoyo social. Aislamiento social, ausencia de redes de apoyo familiares o amigos, dificultad para acceder a servicios de apoyo profesional.
- Experiencias previas. Antecedentes de ansiedad o trastornos relacionados, eventos traumáticos en el pasado.

La ansiedad no solo afecta el bienestar personal de los cuidadores, sino que también puede tener consecuencias negativas en el cuidado que brindan como:

- Deterioro de la calidad del cuidado. La ansiedad puede afectar la concentración, la paciencia y la capacidad para tomar decisiones acertadas, lo que puede repercutir en la calidad del cuidado que se proporciona.
- Agotamiento. La ansiedad crónica puede conducir al agotamiento físico y emocional, del cuidador.

- Dificultades en las relaciones. La ansiedad puede generar irritabilidad, frustración y resentimiento, afectando negativamente las relaciones con la persona que se cuida, familiares y amigos.
- Problemas de salud física. La ansiedad crónica puede aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, trastornos del sueño y problemas digestivos.

Afortunadamente, existen diversas estrategias que los cuidadores pueden implementar para manejar la ansiedad y proteger su bienestar tales como:

- Técnicas de relajación. La práctica regular de técnicas como la respiración profunda, la meditación o el yoga puede ayudar a reducir la tensión muscular, la frecuencia cardíaca y la ansiedad.
- Actividad física. Realizar ejercicio físico de forma regular, incluso caminatas cortas o actividades de bajo impacto, puede mejorar el estado de ánimo, reducir el estrés y promover el bienestar general.
- Grupos de apoyo. Unirse a grupos de apoyo para cuidadores puede brindar la oportunidad de compartir experiencias, obtener consejos y recibir apoyo emocional de otras personas que comprenden la situación.
- Gestión del tiempo. Establecer horarios realistas, delegar tareas y evitar la procrastinación pueden ayudar a reducir la carga de trabajo y disminuir la ansiedad.
- Hábitos saludables. Mantener una dieta equilibrada, dormir lo suficiente, limitar el consumo de cafeína y alcohol, y practicar técnicas de higiene del sueño pueden contribuir al bienestar físico y mental.
- Buscar ayuda profesional. Si la ansiedad es severa o interfiere significativamente con la vida diaria, es fundamental buscar ayuda profesional de un psicólogo o terapeuta especializado en el manejo de la ansiedad.

2.7.1.4. Soledad

La soledad se convierte en una realidad palpable para muchos cuidadores, quienes dedican gran parte de su tiempo y energía al cuidado de otra persona, a menudo a expensas de sus propias

necesidades sociales y emocionales. Comprender las causas, consecuencias y estrategias para afrontar la soledad en cuidadores es fundamental para promover su bienestar integral.

La soledad en cuidadores se caracteriza por un sentimiento de aislamiento social, desconexión y falta de compañía significativa. Esta experiencia puede surgir por diversos factores, aislamiento social, disminución de redes de apoyo, falta de recursos. La soledad no solo afecta el estado anímico de los cuidadores, sino que también puede tener consecuencias negativas en su salud física y mental puesto que los cuidadores y auto cuidadores pueden desarrollar depresión, ansiedad, agotamiento físico o baja autoestima

2.7.1.5. Duelo

El duelo es un proceso natural y complejo que surge ante la pérdida de algo o alguien significativo. El duelo puede presentarse de diversas maneras, afectando tanto a la persona que recibe el cuidado como al cuidador mismo. Comprender las características del duelo, sus tipos y las estrategias para afrontarlo fue fundamental para brindar un apoyo integral a los cuidadores en este proceso.

El duelo es una experiencia única y personal que se caracteriza por una serie de emociones, pensamientos y comportamientos que varían en intensidad y duración de persona a persona. No existe una forma "correcta" de vivir el duelo, y el proceso puede ser lineal o cíclico, con avances y retrocesos.

Si bien el duelo es una experiencia universal, existen diferentes tipos de duelo que se clasifican según la naturaleza de la pérdida

- Duelo por muerte. Es el tipo de duelo más común y se refiere a la pérdida de un ser querido por fallecimiento.
- Duelo por ruptura. Este tipo de duelo se presenta ante la finalización de una relación sentimental, ya sea por ruptura, divorcio o separación.
- Duelo por aborto. El duelo por aborto puede ser una experiencia muy difícil y dolorosa, especialmente para las mujeres que han deseado un embarazo.

- Duelo por mascotas. La pérdida de una mascota querida puede generar un duelo profundo, similar al duelo por la muerte de un ser humano.
- Duelo por sueños o metas. El duelo también puede presentarse ante la pérdida de sueños, metas o proyectos que no se han podido realizar.

Cada persona tiene el modo de poder vivir su duelo, sin embargo, pueden existir algunas recomendaciones como permitirse sentir las emociones, hablar sobre la pérdida, cuidar la salud física, realizar actividades que brinden placer o buscar ayuda profesional.

2.7.1.6. Relaciones familiares y límites

El cuidado primario, si bien es un acto de amor y compromiso, no está exento de desafíos que pueden afectar las relaciones familiares. La dinámica familiar, los roles y responsabilidades, y la necesidad de establecer límites claros son aspectos cruciales para mantener una armonía y un equilibrio en el entorno familiar.

Los límites son fronteras que nosotros mismos ponemos para definir lo que aceptamos y lo que no en nuestras relaciones. ya que establecer límites claros es fundamental para proteger el bienestar físico y emocional del cuidador pues los límites permiten al cuidador cuidar de sí mismo, evitar el agotamiento y para poder preservar su salud mental.

La comprensión de los límites, el reconocimiento de los roles familiares y la implementación de estrategias de comunicación efectiva, los cuidadores pueden establecer una dinámica familiar sana que preserve su bienestar y fortalezca los lazos con sus seres queridos. La comunicación abierta, el respeto mutuo y la empatía son elementos fundamentales para construir una red de apoyo sólida que permita afrontar los desafíos del cuidado con mayor fortaleza y resiliencia.

2.7.1.7. Comunicación (Agresiva, Pasiva y Asertiva)

La comunicación efectiva se convierte en una herramienta indispensable para establecer relaciones sanas, expresar necesidades, resolver conflictos y brindar un cuidado de calidad. Comprender los diferentes estilos de comunicación y desarrollar habilidades asertivas son aspectos fundamentales para el bienestar del cuidador y la persona que recibe el cuidado.

Los estilos de comunicación se refieren a la forma en que expresamos nuestros pensamientos, sentimientos y necesidades. Existen tres estilos principales:

- Comunicación agresiva. Se caracteriza por la imposición de ideas, la falta de respeto hacia los demás y el uso de lenguaje hostil o manipulador. Este estilo puede generar resentimiento, conflictos y deteriorar las relaciones.
- Comunicación pasiva. Se caracteriza por la dificultad para expresar opiniones o necesidades, la tendencia a ceder ante las demandas de los demás y la falta de asertividad. Este estilo puede generar frustración, sentimientos de impotencia y una sensación de no ser escuchado.
- Comunicación asertiva. Se caracteriza por la expresión clara y directa de pensamientos, sentimientos y necesidades, respetando los derechos y opiniones de los demás. Este estilo promueve la comunicación abierta, honesta y respetuosa, y facilita la resolución de conflictos de manera constructiva.

2.7.1.8. Resolución de Conflictos

Para convertirnos en comunicadores asertivos, es importante desarrollar las siguientes habilidades:

- Autoconocimiento. Identificar nuestros valores, necesidades y límites es fundamental para expresar nuestras ideas con claridad y seguridad.
- Empatía. Comprender los sentimientos y perspectivas de los demás, incluso si no compartimos sus opiniones, es crucial para construir relaciones sanas.
- Escucha activa. Poner atención a lo que la otra persona dice, sin interrumpir, y demostrar comprensión a través de gestos y palabras son claves para una comunicación efectiva.
- Mensajes "yo". Expresar nuestras ideas y sentimientos utilizando la primera persona ("yo siento", "yo necesito") permite enfocarnos en nuestras propias experiencias sin culpar o atacar a los demás.
- Asertividad firme. Defender nuestros derechos y necesidades de manera clara, directa y respetuosa, sin ser agresivos ni pasivos, es esencial para una comunicación asertiva.

La comunicación asertiva es una habilidad fundamental para cualquier cuidador primario y auto cuidador. Al comprender los diferentes estilos de comunicación, desarrollar habilidades asertivas y ponerlas en práctica en situaciones cotidianas, los cuidadores pueden establecer relaciones sanas, expresar sus necesidades, resolver conflictos de manera constructiva y brindar un cuidado de calidad a la persona que dependen de ellos. La comunicación es un proceso bidireccional, y escuchar con atención y empatía es tan importante como expresarse con claridad y asertividad.

2.7.2. Segunda etapa

La segunda fase la intervención comunitaria marcó un momento de consolidación y profundización en el trabajo con el grupo de cuidadores. Después de haber establecido una base sólida en la fase inicial en la que todos nos conocimos, pudimos avanzar hacia temas más profundos y específicos que reflejaban las necesidades y preocupaciones emergentes del grupo.

Con la confianza y la comunicación fortalecidas dentro del grupo, pudimos avanzar hacia un nivel más profundo de interacción y participación. Los cuidadores se sentían más seguros para compartir sus emociones, experiencias y preocupaciones, lo que creó un sentido de comunidad más sólido y unido.

En colaboración con los cuidadores, identificamos nueve temas adicionales que abordaron aspectos específicos relacionados con las emociones, los límites familiares, los roles y los derechos del adulto mayor. Estos temas fueron seleccionados cuidadosamente para continuar abordando las áreas de mayor relevancia e interés para el grupo, asegurando así la pertinencia y la utilidad de nuestra intervención.

Dado el enfoque en las emociones, esta fase nos brindó la oportunidad de profundizar en el autoconocimiento y la gestión emocional de los cuidadores primarios. A través de actividades y discusiones reflexivas, exploramos cómo las emociones impactan en su bienestar y en su desempeño como cuidadores, y desarrollamos estrategias prácticas para manejar el estrés y cultivar la resiliencia emocional.

Continuamos trabajando en la comprensión y el establecimiento de límites saludables en el contexto familiar, reconociendo la importancia de equilibrar las responsabilidades de cuidado con el autocuidado y la autonomía. Los temas relacionados con los roles familiares y los derechos del adulto mayor también fueron abordados de manera integral, promoviendo una mayor conciencia y sensibilidad hacia estas cuestiones.

2.7.2.1. Autoestima

La autoestima juega un papel crucial en el bienestar del cuidador. Una autoestima sana permite afrontar los desafíos del cuidado con mayor fortaleza, resiliencia y optimismo. Por el contrario, una autoestima baja puede generar sentimientos de incompetencia, desvalorización y agotamiento emocional.

La autoestima se puede definir como la valoración que tenemos de nosotros mismos, nuestros pensamientos, sentimientos y capacidades. Se forma a partir de nuestras experiencias, relaciones y creencias sobre nosotros mismos.

Al comprender la importancia de la autoestima, identificar los desafíos que la afectan y poner en práctica estrategias para fortalecerla, los cuidadores pueden desarrollar una mayor confianza en sí mismos, afrontar los desafíos del cuidado con mayor fortaleza y construir una vida más plena y satisfactoria.

2.7.2.2. Sorpresa y alegría

La felicidad y la sorpresa son dos emociones que nos brindan una gran sensación de bienestar y alegría en nuestras vidas. La felicidad es un estado emocional en el que experimentamos una sensación de plenitud y satisfacción, mientras que la sorpresa es una emoción momentánea que sentimos cuando nos encontramos con algo inesperado o inusual.

La felicidad es algo que todos buscamos en nuestras vidas. Nos hace sentir contentos, optimistas y agradecidos por lo que tenemos. Cuando experimentamos felicidad, nos sentimos en armonía con el mundo que nos rodea y valoramos las pequeñas cosas que nos hacen felices. Puede ser el abrazo de un ser querido, un logro personal, o simplemente disfrutar de un momento de

tranquilidad. La felicidad nos impulsa a seguir adelante, a enfrentar los desafíos con una actitud positiva y a disfrutar plenamente de la vida.

Por otro lado, la sorpresa es una emoción que nos saca de nuestra zona de confort y nos hace sentir vivos. Nos sorprendemos cuando algo inesperado sucede y nuestro cerebro se activa para procesar esa información nueva. La sorpresa puede ser positiva, cuando nos lleva a descubrir algo maravilloso que nos llena de asombro y admiración, o puede ser negativa, cuando nos enfrentamos a algo que nos incomoda o nos desagrada. En cualquier caso, la sorpresa nos despierta y nos hace ver las cosas desde una perspectiva diferente.

Tanto la felicidad como la sorpresa son emociones que nos ayudan a conectarnos con nuestro entorno y a vivir de manera más plena y consciente. Nos recuerdan la belleza de la vida, la importancia de apreciar cada momento y la magia de lo inesperado. Por tanto, es fundamental cultivar estas emociones en nuestro día a día, buscando aquello que nos hace felices y abriendo nuestra mente a las sorpresas que la vida nos tiene preparadas.

2.7.2.3. Tristeza y enojo

La tristeza y el enojo son dos emociones universales que todos experimentamos en algún momento de nuestras vidas. Aunque estas emociones pueden ser difíciles de manejar, es importante recordar que son completamente normales y parte de la experiencia humana. La tristeza puede surgir de la pérdida de un ser querido, la decepción o la soledad, mientras que el enojo puede ser provocado por sentimientos de injusticia, frustración o falta de control.

Es fundamental permitirnos sentir estas emociones y no reprimirlas, ya que hacerlo puede llevar a problemas de salud mental a largo plazo. En lugar de eso, es importante identificar la causa de nuestra tristeza o enojo y abordarla de manera saludable. Esto puede implicar buscar apoyo de amigos y seres queridos, practicar la autocompasión, o incluso buscar la ayuda de un profesional de la salud mental.

Aunque la tristeza y el enojo pueden ser emociones abrumadoras, es importante recordar que no son permanentes. Con el tiempo y el apoyo adecuado, podemos aprender a manejar estas

emociones de manera saludable y seguir adelante. También es importante recordar que está bien pedir ayuda cuando la necesitamos y que no estamos solos en nuestras luchas emocionales.

En última instancia, la tristeza y el enojo son parte de la experiencia humana y nos ayudan a crecer y aprender sobre nosotros mismos. Aprender a manejar estas emociones de manera saludable es una parte importante de cuidar nuestra salud mental y bienestar emocional. Por lo tanto, es fundamental practicar la autocompasión, la paciencia y la búsqueda de ayuda cuando sea necesario para superar estos desafíos emocionales.

2.7.2.4. Miedo y desagrado

El miedo y el desagrado son dos emociones básicas que juegan un papel importante en nuestra supervivencia. Si bien a menudo se consideran emociones negativas, en realidad sirven a propósitos adaptativos importantes.

El miedo es una respuesta a una amenaza percibida. Nos ayuda a evitar situaciones peligrosas y a protegernos de daños. Cuando sentimos miedo, nuestros cuerpos liberan hormonas que nos preparan para luchar o huir. Esto incluye un aumento de la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la sudoración. También podemos experimentar cambios en nuestra respiración y nuestra tensión muscular.

El miedo puede ser útil en muchas situaciones. Por ejemplo, puede evitar que crucemos la calle sin mirar ambos lados o que nos acerquemos a un animal salvaje. Sin embargo, el miedo también puede ser debilitante. Si estamos constantemente sintiendo miedo, puede dificultarnos vivir nuestras vidas al máximo.

El desagrado es una respuesta a algo que encontramos asqueroso y repugnante. Nos ayuda a evitar sustancias y situaciones que podrían enfermarnos o dañarnos. Cuando sentimos asco, podemos experimentar náuseas, vómitos o diarrea. También podemos hacer muecas o alejarnos de la fuente del asco.

El desagrado también puede ser útil en muchas situaciones. Por ejemplo, puede evitar que comamos alimentos en mal estado o que toquemos algo que esté sucio. Sin embargo, el asco

también puede ser irracional. A veces podemos sentir asco por cosas que no son realmente peligrosas. Esto puede conducir a fobias y otros trastornos de ansiedad.

Tanto el miedo como el desagrado son emociones complejas que están influenciadas por una variedad de factores, incluidos nuestros genes, nuestras experiencias y nuestra cultura. Si está luchando con el miedo o el asco, es importante buscar ayuda profesional. Un terapeuta puede ayudarlo a comprender sus emociones y desarrollar mecanismos de afrontamiento saludables.

2.7.2.5. Uso de sustancias (adicciones)

El uso de sustancias y las adicciones representan un desafío significativo que afecta tanto a la persona que recibe el cuidado como al cuidador. Comprender las características del uso problemático de sustancias, las adicciones y sus consecuencias, así como las estrategias para abordarlas de manera integral, es fundamental para brindar un cuidado de calidad y promover el bienestar general.

El uso problemático de sustancias se refiere al consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco, drogas ilícitas, medicamentos con receta o de venta libre) de manera ocasional o habitual, ocasionando consecuencias negativas en la salud, las relaciones familiares, el trabajo o el rendimiento académico. Las adicciones, por otro lado, son un trastorno crónico y complejo del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de sustancias a pesar de las consecuencias negativas.

2.7.2.6. Roles y Limites familiares

Se tiene claro que la familia es un sistema que tiene suma importancia en nuestra vida, es el primer grupo de pertenencia del cual formamos parte, es por eso por lo que es muy importante tener un orden dentro de este sistema para que pueda funcionar adecuadamente. Es por ello por lo que existen los roles, así como también existen en la sociedad dentro de cualquier grupo de pertenencia, la familia no está exenta de ellos.

Los roles pueden ser asignados por alguna figura de autoridad dentro de un sistema o bien, también suelen ser asumidos naturalmente por los miembros de este. Es importante saber que los

roles tienen un papel fundamental en la sociedad, ya que con la ayuda de estos se logra mantener un orden que ayuda en el funcionamiento adecuado de la sociedad o cualquier grupo.

Dentro de la familia existen diferentes roles que se asignan o se asumen conforme a las necesidades o beneficio de esta. Algunos que podemos mencionar son los siguientes:

- Esposo. Es el proveedor del hogar, encargado de cubrir las necesidades en su mayoría económicas de la familia.
- Padre. Es el encargado de fungir como autoridad ante los hijos.
- Esposa. Se encarga de mantener en orden el hogar, cubre las necesidades, en su mayoría afectivas, de la familia.
- Madre. Es la encargada de dar cariño a los miembros de la familia, principalmente a los hijos.
- Hijo. Su rol por desempeñar es el de la obediencia, cumplir con las peticiones de los padres en cuanto educación y comportamiento respetuoso.
- Hermano. Es el encargado de brindar amor y apoyo, principalmente con quien comparte el mismo rol.

Actualmente es bien sabido que los roles pueden cambiar o mejorar, siempre y cuando sea para mejorar y beneficiar a la familia.

Los roles familiares deben ser respetados una vez hayan sido asignados, ya que si no funcionan debidamente pueden generar problemas dentro de la familia, pueden llegar a generar un distanciamiento por falta de comunicación, afectar las emociones de los miembros, conflictos constantes que pueden llegar a generar violencia, hasta una separación total de la familia, por eso es importante la implementación de límites en los roles familiares junto con límites en las relaciones familiares. Hay ocasiones en que un integrante de la familia no está de acuerdo con el trabajo que otros han hecho al momento de desempeñar su rol y quisiera demostrar que él puede hacerlo mejor por “el bien de la familia”, pero es importante saber que este acto puede afectar notablemente el sistema familiar. Por eso la comunicación juega un papel importante en la asignación de roles, pero si la comunicación falla, deben ponerse límites.

Existen diferentes tipos de límites en la familia:

- Límites claros. Están presentes, pero en ocasiones se pueden negociar ya sea por situaciones que lo ameritan.
- Límites rígidos. Son innegociables pase lo que pase.
- Límites difusos. Indefinidos en cuanto a relación del lugar que ocupamos y que es lo que podemos hacer.
- Límites emocionales. Utilizados como barreras que cuidan nuestra estabilidad emocional.
- Límites físicos. Protegen nuestra integridad y espacio personal.
- Límites intelectuales. Que nuestras ideas respeten las ideas de los demás y viceversa.
- Límites de tiempo. Saber utilizar nuestro tiempo.
- Límites materiales. Establecer con quien querer compartir nuestros bienes.

Hay que tener claro que los límites son fundamentales para el auto respeto y el autocuidado de cada miembro de la familia, ya que de esta manera se ponen en primer lugar las necesidades de cada uno, también, los límites nos permiten crear relaciones familiares más sanas, creando seguridad física y emocional en cada individuo que forma parte de ella con la finalidad de que cada miembro sepa lo que es bueno o no para sí mismo. Fijar límites familiares nos ayudan a saber decir si o no, sin dañar nuestra integridad.

2.7.2.7. Comunicación Familiar

La comunicación familiar juega un papel fundamental para mantener un ambiente armonioso, brindar un cuidado de calidad y fortalecer los lazos entre los miembros de la familia. Sin embargo, las dinámicas familiares, los roles y responsabilidades, y las emociones involucradas en el cuidado pueden generar desafíos en la comunicación. Existen diversas estrategias que pueden ayudar a mejorar la comunicación familiar en el cuidado primario, como establecer un tiempo dedicado a la comunicación, practicar la escucha activa, expresar necesidades y sentimientos de manera clara y directa, validar las emociones de los demás, negociar y buscar soluciones, etc.

2.7.2.8. Insomnio/Relajación

La falta de sueño puede tener consecuencias negativas en la salud física y mental, la calidad del cuidado y el bienestar general. Comprender las causas del insomnio, identificar los síntomas y

desarrollar estrategias para abordarlo de manera efectiva es fundamental para mejorar la calidad de vida de todos los involucrados.

El insomnio se manifiesta de distintas maneras como dificultad para conciliar el sueño, despertarse frecuentemente durante la noche, sueño no reparador o de mala calidad, despertarse demasiado temprano, cansancio diurno, fatiga, cambios en el estado de ánimo, etc.

El insomnio puede tener diversas causas, incluyendo:

- Factores psicológicos. Estrés, ansiedad, depresión, preocupaciones, pensamientos intrusivos.
- Factores médicos. Dolor crónico, enfermedades respiratorias, problemas digestivos, trastornos hormonales.
- Medicamentos. Efectos secundarios de algunos medicamentos.
- Hábitos de sueño inadecuados. Horarios de sueño irregulares, siestas diurnas prolongadas, uso de dispositivos electrónicos antes de acostarse, ambiente inadecuado para dormir (ruido, luz, temperatura).
- Consumo de cafeína, alcohol o tabaco. Estas sustancias pueden interferir con el sueño.

2.7.2.9. Derechos de adultos mayores

En México, los derechos de las personas adultas mayores están establecidos en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Esta ley defiende a las personas adultas mayores como aquellas que tienen 60 años o más. Los derechos más importantes de las personas adultas mayores en México son:

- Derecho a una vida con calidad, sin violencia y sin discriminación. Las personas adultas mayores tienen derecho a vivir en un entorno seguro y libre de cualquier tipo de violencia, incluyendo la violencia física, psicológica, sexual y económica. También tienen derecho a no ser discriminadas por razón de su edad.
- Derecho a un trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial. Las personas adultas mayores tienen derecho a ser tratadas con dignidad y respeto en cualquier

procedimiento judicial. Esto incluye el derecho a ser informadas sobre sus derechos, a tener acceso a un abogado y a ser escuchadas en un tribunal.

- *Derecho a la salud, alimentación y familia.* Las personas adultas mayores tienen derecho a recibir atención médica de calidad, así como a tener acceso a una alimentación adecuada. También tienen derecho a mantener sus relaciones familiares y a vivir en un entorno que les permita disfrutar de su familia.
- *Derecho a la educación.* Las personas adultas mayores tienen derecho a acceder a la educación y a la cultura. Esto incluye el derecho a participar en programas educativos, a tomar cursos y talleres, y a acceder a bibliotecas y museos.
- *Derecho a un trabajo digno y bien remunerado.* Las personas adultas mayores que lo deseen tienen derecho a trabajar en un entorno seguro y digno, y a recibir una remuneración justa por su trabajo.

2.7.3. Tercera etapa

La tercera y última fase de nuestra intervención comunitaria grupal marcó el punto culminante de nuestro trabajo con el grupo de cuidadores y auto cuidadores. Durante este período, el grupo se unificó aún más, consolidando su identidad colectiva y fortaleciendo su compromiso mutuo de aprender y apoyarse unos a otros. Bajo el nombre de "Colibríes", este grupo demostró una capacidad única para volar juntos hacia el crecimiento y la transformación personal.

Como parte de nuestro enfoque centrado en las necesidades y los intereses del grupo, nos dedicamos a explorar nueve temas específicos que reflejaban las preocupaciones y aspiraciones compartidas de los cuidadores. Estos temas abarcaron una amplia gama de áreas, desde la gestión emocional hasta el auto cuidado, pasando por la influencia social y la memoria. Al permitir que el grupo guiara la selección de estos temas, aseguramos su relevancia y sentido de pertenencia para cada miembro de "Colibríes".

A medida que avanzábamos en la fase final de nuestra intervención, nos centramos en que los cuidadores se convirtieran en agentes activos de su propio bienestar y desarrollo. Promovimos un sentido de autoeficacia y autonomía, animándolos a reconocer y utilizar sus propias fortalezas y recursos internos para enfrentar los desafíos de la vida cotidiana.

Colibrís se convirtió en más que un simple grupo de intervención; se convirtió en una red de apoyo donde los cuidadores primarios y auto cuidadores se sentían seguros y respaldados. Fomentamos el intercambio de experiencias y consejos entre los miembros del grupo, promoviendo así un ambiente de solidaridad y empatía que fortaleció aún más los lazos entre ellos.

Durante esta fase final, tomamos el tiempo para celebrar los logros individuales y colectivos de "Colibrís". Reconocimos el crecimiento personal y el desarrollo de habilidades que cada miembro había experimentado a lo largo de nuestra intervención, y alentamos la reflexión sobre el viaje compartido que habíamos emprendido juntos.

2.7.3.1. Memoria

La memoria es un proceso cognitivo complejo que permite a los humanos codificar, almacenar y recuperar información. Es fundamental para el aprendizaje, la toma de decisiones y la identidad personal.

Existen diferentes tipos de memoria, cada uno con su propia función y características:

- Memoria a corto plazo (MCP). Almacena información durante un breve período de tiempo, generalmente unos segundos o minutos. Es la memoria que usamos para recordar lo que acabamos de leer, escuchar o ver.
- Memoria a largo plazo (MLP). Almacena información durante un período de tiempo más prolongado, incluso durante toda la vida. Es la memoria que usamos para recordar eventos pasados, conocimientos generales y habilidades.
- Memoria explícita. Es la memoria de la que somos conscientes y que podemos recordar voluntariamente. Incluye la memoria episódica (recuerdos de eventos específicos) y la memoria semántica (hechos y conocimientos generales).
- Memoria implícita. Es la memoria de la que no somos conscientes y que no podemos recordar voluntariamente. Incluye la memoria procedimental (habilidades como andar en bicicleta o tocar un instrumento) y la memoria de sensibilización (respuestas emocionales a ciertos estímulos).

¿Cómo funciona la memoria?

El proceso de la memoria implica tres pasos principales:

- Codificación. La información se convierte en una forma que el cerebro puede almacenar.
- Almacenamiento. La información codificada se guarda en el cerebro.
- Recuperación. La información almacenada se recupera del cerebro cuando la necesitamos

2.7.3.2. Salud en el autocuidado

A menudo se pasa por alto el cuidado de uno mismo, especialmente por parte de los cuidadores principales que se dedican a cuidar de los demás. En medio del cuidado de dependientes, los cuidadores primarios deben recordar que priorizar el autocuidado es crucial para su propio bienestar.

Cuando los cuidadores primarios priorizan el autocuidado, pueden obtener numerosos beneficios físicos que, en última instancia, contribuyen a su salud y bienestar general. Hacer ejercicio con regularidad, como caminar a paso ligero o yoga, no sólo aumenta los niveles de energía, sino que también ayuda a reducir los niveles de estrés. Los estudios científicos han demostrado que la actividad física libera endorfinas, conocidas como hormonas del "bienestar", lo que mejora el estado de ánimo y reduce la sensación de ansiedad. Además, consumir una dieta equilibrada rica en frutas, verduras, proteínas magras y cereales integrales puede mejorar la función inmune y promover mejores resultados de salud.

Una nutrición adecuada proporciona los nutrientes y vitaminas necesarios para apoyar el sistema inmunológico del cuerpo, reduciendo el riesgo de enfermedades e infecciones. Además, garantizar un sueño suficiente es esencial para los cuidadores primarios, ya que no sólo mejora la función cognitiva, sino que también contribuye al bienestar emocional. La falta de sueño puede afectar la capacidad de tomar decisiones y aumentar la sensación de irritabilidad y agotamiento, lo que enfatiza la importancia de un descanso de calidad para que los cuidadores cumplan eficazmente con sus responsabilidades.

Además de los beneficios físicos, priorizar el autocuidado puede tener importantes ventajas para la salud mental de los cuidadores primarios. Participar en pasatiempos y actividades de ocio no relacionadas con las responsabilidades de cuidado es crucial para prevenir el agotamiento y

aumentar la felicidad general. Al dedicar tiempo a actividades que disfrutan, los cuidadores pueden aliviar el estrés y mejorar su calidad de vida. Buscar terapia o asesoramiento es otra práctica valiosa de autocuidado que puede brindar apoyo emocional y equipar a los cuidadores con estrategias de afrontamiento para afrontar los desafíos que enfrentan.

Los servicios profesionales de salud mental ofrecen un espacio seguro para que los cuidadores expresen sus sentimientos, procesen emociones y aprendan técnicas de comunicación efectivas. Además, practicar técnicas de atención plena y meditación puede reducir significativamente los niveles de ansiedad y mejorar la claridad mental. Los ejercicios de atención plena alientan a los cuidadores a permanecer presentes en el momento, fomentando una sensación de calma y reduciendo los sentimientos de abrumador y angustia.

El impacto social de que los cuidadores primarios prioricen el autocuidado se extiende más allá de los beneficios de salud individuales y contribuye al bienestar de la comunidad en su conjunto. Cuando los cuidadores se cuidan a sí mismos, están mejor equipados para brindar atención de alta calidad a sus dependientes.

Un mejor bienestar de los cuidadores se traduce en una mayor paciencia, empatía y atención en las responsabilidades de cuidado, lo que resulta en una mejor calidad general de la atención. Además, priorizar el autocuidado puede reducir los costos de atención médica asociados con las enfermedades relacionadas con el estrés entre los cuidadores. Los estudios han demostrado que el estrés del cuidador puede manifestarse en diversas condiciones de salud física y mental, lo que lleva a una mayor utilización y costos de la atención médica. Al promover iniciativas de autocuidado para los cuidadores, la sociedad puede reducir la carga sobre los sistemas de salud y asignar recursos de manera más eficiente. Además, una mayor concientización y promoción de iniciativas de autocuidado de los cuidadores son esenciales para reconocer el invaluable papel que desempeñan los cuidadores en la sociedad.

Al resaltar la importancia del autocuidado de los cuidadores, las comunidades pueden fomentar una cultura de apoyo, comprensión y aprecio por quienes se dedican a cuidar a los demás.

2.7.3.3. Influencia social

La influencia social es un concepto que se refiere a la manera en que las personas son afectadas por las actitudes, comportamientos y opiniones de quienes las rodean. En el caso de los cuidadores primarios, esta influencia social juega un papel crucial en la forma en que cuidan a sus enfermos.

La influencia social en este sentido se manifiesta de diversas formas. Por un lado, los cuidadores primarios pueden verse influenciados por las expectativas y normas sociales en cuanto a la forma en que ellos cuidan a sus enfermos. Por ejemplo, pueden sentir la presión de criar a sus hijos de cierta manera o seguir ciertas tradiciones familiares o culturales.

Además, la influencia social puede manifestarse en la manera en que los cuidadores primarios buscan apoyo y orientación en su rol de crianza. Pueden recurrir a familiares, amigos, profesionales de la salud o grupos de apoyo para obtener consejos y compartir experiencias.

La influencia social y la labor de los cuidadores primarios están estrechamente relacionadas, ya que las creencias, valores y comportamientos de los adultos que rodean a los niños influyen en su crianza y desarrollo. Es importante que los cuidadores tomen conciencia de esta influencia y busquen apoyo y recursos para criar a sus hijos de la mejor manera posible.

2.7.3.4. Gestión e identificación de emociones

La gestión de identificación de emociones es un proceso crucial en el ámbito de la inteligencia emocional y la psicología. Consiste en la capacidad de reconocer, comprender y controlar las emociones propias y de los demás, así como en la habilidad de utilizar esa información para interactuar de manera efectiva en diferentes situaciones.

Identificar las emociones es fundamental para el autoconocimiento y el desarrollo personal. Al ser conscientes de nuestras propias emociones, podemos comprender mejor nuestros pensamientos, comportamientos y reacciones, lo que nos permite gestionar de manera más efectiva nuestras emociones y decisiones. Del mismo modo, ser capaces de identificar las emociones de los demás nos permite empatizar, mejorar nuestras relaciones interpersonales y comunicarnos de manera más efectiva.

La gestión de identificación de emociones es esencial para el liderazgo, la resolución de conflictos y la toma de decisiones. Los líderes que son capaces de identificar y gestionar sus

propias emociones, así como las de sus colaboradores, son más efectivos en la motivación y el compromiso de su equipo. Además, la capacidad de identificar las emociones en situaciones de conflicto permite resolver problemas de manera más constructiva y llegar a soluciones más satisfactorias para todas las partes.

por lo que la gestión de identificación de emociones es una habilidad crucial en el ámbito personal y profesional. Nos permite ser conscientes de nuestras propias emociones, comprender las emociones de los demás, mejorar nuestras relaciones interpersonales y tomar decisiones más acertadas. Es una herramienta poderosa que nos ayuda a ser más empáticos, compasivos y efectivos en todas las áreas de nuestra vida.

2.7.3.5. Patrones de conducta

Patrones de conducta son las formas en que las personas actúan o se comportan en situaciones específicas. Estos patrones pueden ser influenciados por diferentes factores, como la cultura, la educación, el entorno social y las experiencias personales. Es importante reconocer que los patrones de conducta pueden variar de una persona a otra y de una sociedad a otra.

En la sociedad actual, los patrones de conducta están siendo constantemente influenciados por medios de comunicación, redes sociales y otras formas de tecnología. Esto puede llevar a la adopción de comportamientos negativos o poco saludables, ya que se tiende a imitar lo que se ve en línea o en la televisión. Es fundamental para las personas ser conscientes de cómo estas influencias externas pueden afectar su forma de comportarse y actuar de manera responsable.

Además, los patrones de conducta también pueden ser moldeados por las normas y valores de una sociedad en particular. Por ejemplo, en algunas culturas puede ser común mostrar respeto a los ancianos, mientras que en otras puede no ser tan importante. Es necesario respetar y comprender las diferencias culturales para evitar malentendidos o conflictos debido a diferencias en los patrones de conducta.

En el ámbito personal, es importante reflexionar sobre nuestros propios patrones de conducta y cómo pueden impactar en nuestras relaciones con los demás. Ser conscientes de nuestros

comportamientos nos permitirá identificar áreas en las que podemos mejorar y crecer como individuos.

Los patrones de conducta son una parte integral de cómo nos relacionamos con el mundo que nos rodea. Es fundamental estar conscientes de cómo estos patrones pueden ser influenciados y trabajar activamente en adoptar comportamientos positivos y respetuosos.

2.7.3.6. Prejuicios y estereotipos

Los prejuicios y estereotipos son dos conceptos que están estrechamente relacionados y que afectan a la forma en que percibimos a las personas que nos rodean. Los prejuicios son creencias negativas o positivas que tenemos sobre un grupo de personas sin tener pruebas concretas que las respalden. Por otro lado, los estereotipos son ideas preconcebidas sobre un grupo de personas que se basan en características generales y simplificadas.

Estos prejuicios y estereotipos pueden influir en nuestras interacciones sociales, nuestras decisiones y nuestras percepciones sobre los demás. Pueden llevarnos a discriminar a ciertas personas o grupos, a tener expectativas poco realistas sobre ellos o a tratarlos de manera injusta.

Los prejuicios y estereotipos tienen su origen en la falta de conocimiento, la educación deficiente o la falta de exposición a diferentes culturas y realidades. A menudo, tendemos a generalizar y etiquetar a las personas en función de su raza, género, religión u origen étnico, lo que puede conducir a una visión distorsionada y limitada de la diversidad humana.

La educación es fundamental para educarnos a nosotros mismos y a los demás, fomentar la empatía y la comprensión hacia los demás, y promover la diversidad y la inclusión en todos los ámbitos de la vida. Debemos cuestionar nuestras propias creencias y prejuicios, estar abiertos a aprender de las experiencias de los demás y rechazar cualquier forma de discriminación o exclusión.

2.7.3.7. Conciencia colectiva

La conciencia colectiva es un concepto que fue introducido por el sociólogo francés Emile Durkheim en su obra clásica "La división del trabajo social". Se refiere a un conjunto de creencias,

valores, normas y actitudes compartidas por los miembros de una sociedad que les permite funcionar de manera colectiva y cohesionada. Es la suma de las ideas y creencias que son comunes a un grupo de personas y que influyen en su comportamiento social.

La conciencia colectiva es lo que nos une como sociedad y nos permite tener un sentido de identidad y pertenencia a un determinado grupo. Es como una especie de "mente social" que guía nuestras acciones y decisiones, ya que nos indica qué está bien y qué está mal dentro de nuestro entorno social. A través de la conciencia colectiva, las personas comparten una serie de valores fundamentales que son clave para la cohesión y el orden social.

Este concepto es crucial para entender cómo funcionan las sociedades y cómo se mantienen unidas a pesar de las diferencias individuales. La conciencia colectiva es lo que nos hace actuar de cierta manera ante determinadas situaciones sociales, ya que seguimos las normas y expectativas que están internalizadas en nuestra mente social.

2.7.3.8. Culpa y depresión

La culpa y la depresión son dos emociones complejas que pueden estar interconectadas de diversas maneras. La culpa es una emoción que experimentamos cuando sentimos que hemos hecho algo malo o hemos fallado de alguna manera. Puede llevarnos a sentirnos avergonzados, arrepentidos o incluso indignos de amor y felicidad. Por otro lado, la depresión es un trastorno del estado de ánimo que puede manifestarse como sentimientos de tristeza, desesperanza, falta de interés en las actividades cotidianas y baja autoestima.

La culpa y la depresión pueden estar interrelacionadas en el sentido de que la culpa puede ser un factor desencadenante o contribuyente a la depresión. Por ejemplo, si una persona se siente constantemente culpable por sus acciones pasadas o por no cumplir con las expectativas de los demás, esto puede llevar a sentimientos de desesperanza, autoestima baja y finalmente a la depresión. Del mismo modo, la depresión puede hacer que una persona se sienta culpable por no ser capaz de superar sus sentimientos de tristeza o por no poder funcionar normalmente en su vida diaria.

La clave para diferenciar entre la culpa y la depresión radica en la intensidad y persistencia de los sentimientos. Mientras que la culpa es una emoción normal que todos experimentamos en cierta medida, la depresión es un trastorno clínico que requiere atención profesional. Si los sentimientos de culpa son abrumadores, persistentes y afectan significativamente la calidad de vida de una persona, es importante buscar ayuda de un terapeuta o psicólogo.

La culpa y la depresión son dos emociones complejas que pueden estar interrelacionadas en ciertos casos. Es importante reconocer la diferencia entre ambas emociones y buscar ayuda profesional si los sentimientos son abrumadores o persistentes.

2.7.3.9. Liderazgo/Trabajo Grupal

El liderazgo y el trabajo en grupo son dos conceptos que están estrechamente relacionados y que juegan un papel crucial en el éxito de cualquier proyecto o empresa. El liderazgo se refiere a la capacidad de una persona para guiar, inspirar y motivar a un grupo de individuos hacia el logro de un objetivo común. Por otro lado, el trabajo en grupo implica la colaboración y coordinación de esfuerzos de varias personas para alcanzar metas y objetivos compartidos.

En el contexto del liderazgo, un buen líder no solo es aquel que tiene habilidades para tomar decisiones y comunicarse efectivamente, sino también aquel que sabe cómo trabajar en equipo. Un líder efectivo es capaz de delegar tareas, fomentar la participación de todos los miembros del grupo, y crear un ambiente de confianza y respeto mutuo. De esta forma, el líder no sólo guía al equipo hacia el éxito, sino que también promueve el crecimiento personal y profesional de cada miembro.

Por otro lado, en el trabajo en grupo, el liderazgo juega un papel fundamental en la organización y coordinación de las actividades. Un buen líder en un equipo es aquel que sabe escuchar a los demás, es empático, y sabe reconocer y aprovechar las fortalezas de cada individuo. De esta forma, se fomenta la colaboración y se maximiza el potencial de todo el grupo.

El liderazgo y el trabajo en grupo son dos conceptos que se complementan y se potencian mutuamente. Un buen líder sabe cómo trabajar en equipo, y un buen equipo se beneficia de un líder efectivo. En cualquier contexto, ya sea en el ámbito empresarial, académico o deportivo, la

combinación de liderazgo y trabajo en grupo es clave para alcanzar el éxito y lograr resultados sobresalientes.

3. Contexto

San Miguel Teotongo, una comunidad arraigada en las faldas de la Sierra de Santa Catarina, en la delegación Iztapalapa de la Ciudad de México, emerge como un crisol de vida y actividad. Con sus calles pavimentadas y un sistema de drenaje y alcantarillado en funcionamiento, este barrio acoge a una población vibrante de más de 200 mil habitantes.

En medio de este medio urbano, las instituciones florecen. Escuelas, tanto públicas como privadas, mercados, iglesias que se yerguen en la esquina de cada calle, parques con áreas verdes, y centros de salud que cuidan del bienestar de la comunidad. Entre estas instituciones, destaca la presencia de la Asociación Civil conocida como Unión de Colonos de San Miguel Teotongo, cuya labor incansable durante más de cuatro décadas ha estado dedicada a mejorar la calidad de vida en la colonia.

Esta asociación, con su sede en la avenida Unión de Colonos 35, ha sido un faro de esperanza y progreso para la comunidad. Su trabajo ha sido fundamental para garantizar que San Miguel Teotongo tenga acceso a todos los servicios básicos necesarios para su desarrollo.

Durante el desarrollo de este proyecto, hemos colaborado estrechamente con la Unión de Colonos. Sus instalaciones, generosamente cedidas para nuestras reuniones grupales, se han convertido en el epicentro de nuestra labor. Desde allí, hemos coordinado nuestras acciones, antes y después de visitar los hogares de los cuidadores de la comunidad.

Nos hemos enfocado en la sección Torres de la colonia, donde se encuentra la sede de la Unión de Colonos, como punto de partida y referencia para nuestro trabajo. Cada miércoles, durante cada una de las tres fases la Unión de Colonos ha sido de gran ayuda para nosotros, y en una calle llamada 18 de marzo fue donde hemos estado trabajando con las auto cuidadoras haciendo una intervención comunitaria individual.

Estos recorridos nos han permitido sumergirnos en la vida cotidiana de la comunidad, comprendiendo de cerca sus necesidades y desafíos.

4. Objetivos

4.1. Objetivo general.

Establecer la formación profesional del Psicólogo Social de la UAM-I en la vida cotidiana de los participantes; vincular la investigación acción con proyectos de política social y; colaborar con el mejoramiento de la calidad de vida de los cuidadores y personas dependientes de San Miguel Teotongo a través de intervenciones psicosociales de salud.

4.2. Objetivos específicos.

- Ayudar a los habitantes de San Miguel Teotongo a identificarse como Cuidadores o Auto cuidadores.
- Establecer una relación Psicólogo Social-Cuidador que genere confianza y promueva el autocuidado, con la finalidad de generar cambios significativos en el cuidador.
- Lograr que los participantes del programa utilicen en su vida diaria los temas aprendidos en las sesiones.
- Crear una red de apoyo para las y los cuidadores que los anime a mejorar su calidad de vida y su manera de percibir el significado de ser un cuidador.
- Que los cuidadores identifiquen las cargas físicas y emocionales que les genera su vida como cuidador, para que así, decidan generar cambios que mejoren su manera de vivir.

5. Metodología

5.1. Justificación

Todos los seres humanos requieren de un cuidador en algún momento de sus vidas, ya sea durante la infancia, adolescencia, adultez o vejez, debido a diversas razones como la incapacidad para valerse por sí mismos o la presencia de enfermedades. Según el INEGI, en México se estiman 58.3 millones de personas susceptibles de recibir cuidados en los hogares, y el 64.5% de estas personas recibe cuidados de un miembro de su hogar o de otro hogar (3 de octubre de 2023). En la mayoría de los casos, los cuidadores primarios y los autocuidadores carecen de conocimientos adecuados sobre cómo cuidar a otros, especialmente si el dependiente tiene alguna enfermedad o

afección, así como sobre cómo cuidarse a sí mismos, enfrentándose así a una situación desconocida.

Es indispensable la creación de redes de apoyo para cuidadores primarios y autocuidadores, proporcionándoles herramientas y técnicas de relajación, aprendizaje de conductas saludables y estrategias de autocuidado. Los cuidadores primarios a menudo se descuidan a sí mismos para brindar la atención necesaria a sus dependientes, lo que puede afectar su estado de ánimo, socialización y salud física, mental y emocional. Además, la labor de los cuidadores no es remunerada ni reconocida en muchos casos, lo que subraya la necesidad de ofrecerles recursos que promuevan su bienestar y mejoren su calidad de vida. Un enfoque en el autocuidado les permite estar en mejores condiciones para cuidar de otros.

5.2. Pregunta de Investigación.

¿Qué factores deben considerarse para implementar una intervención comunitaria efectiva que favorezca el bienestar y el autocuidado de los cuidadores primarios en la comunidad de San Miguel Teotongo, Iztapalapa?

5.3. Tipo de estudio y diseño

En el contexto de esta investigación, se implementó una metodología de investigación de acción participativa que se basó en principios fundamentales de la teoría fundamentada de Glaser y Strauss. Esta estrategia de investigación permitió una exploración en profundidad de los fenómenos experimentados por los cuidadores primarios y auto cuidadores, al tiempo que fomenta su participación en el proceso de investigación.

Los cuidadores primarios y los auto cuidadores fueron los sujetos de estudio de esta investigación. Los cuidadores primarios, quienes brindan atención a personas con necesidades especiales, y los auto cuidadores, quienes practican el autocuidado, enfrentan desafíos significativos en su vida diaria. Para comprender sus experiencias y necesidades, se aplicó una metodología que combina enfoques cualitativos y cuantitativos.

La investigación de acción participativa es una metodología que busca la colaboración entre investigadores y participantes para comprender y abordar los problemas específicos dentro de un contexto social o comunitario. Los principios de la teoría fundamentada de Glaser y Strauss se

aplicaron para guiar la recopilación y análisis de datos cualitativos en este estudio. Esto permitió explorar en profundidad las perspectivas y desafíos de los cuidadores primarios y auto cuidadores a través de entrevistas, grupos de enfoque y observaciones participativas.

Para obtener una comprensión más completa de las experiencias de los participantes, se incorporó la Teoría Polivagal de Stephen Porges. La Teoría Polivagal se centra en las respuestas autonómicas del sistema nervioso a las experiencias sociales y emocionales. Esta teoría proporcionó un marco sólido para el análisis de datos cuantitativos recopilados a través de cuestionarios y mediciones fisiológicas, lo que complementa la riqueza de los datos cualitativos.

El enfoque metodológico mixto empleado en este estudio permitió una comprensión profunda y completa de las experiencias de los cuidadores primarios y auto cuidadores. Esta combinación de enfoques cualitativos y cuantitativos enriqueció la calidad de los resultados y brindó una base sólida para la formulación de teorías y la toma de decisiones informadas en el ámbito del cuidado y el autocuidado.

Fue utilizado el programa de *Atlas.ti*, ya que los participantes desempeñaron un papel activo en el proceso de investigación, lo que aseguró que sus voces fueran escuchadas y tenidas en cuenta en el análisis y la interpretación de los hallazgos, para la posterior codificación de datos ayudando a la parte cualitativa de la investigación.

Mientras que por la parte de cuantitativa de la investigación se utilizaron 4 instrumentos los cuales están enfocados en la sobrecarga, estilo de vida, salud y nivel de apoyo que obtiene el cuidador primario o auto cuidador, estos instrumentos fueron pruebas de sobrecarga del cuidador de Zarit, el cuestionario de salud SF-36, el cuestionario PHQ-4 y el cuestionario de apoyo social de MOS. Estos instrumentos serán analizados e interpretados con la ayuda del programa *SPSS*.

5.4. Muestreo

Para llevar a cabo esta investigación, se empleó un método de muestreo por criterio. La población de estudio se centró en los cuidadores primarios y auto cuidadores ubicados en una región específica, concretamente en la Ciudad de México, en la alcaldía Iztapalapa, en la colonia San Miguel de Teotongo.

El muestreo por criterio se seleccionó como la estrategia de selección de participantes, ya que permitió enfocarse en un grupo específico de interés: los cuidadores primarios y auto cuidadores en una ubicación geográfica particular. Esta selección intencional se basó en ciertos criterios, como la ubicación geográfica y el rol de cuidador, con el fin de obtener una muestra representativa de esta población particular.

Al dirigirnos a esta comunidad de cuidadores en una ubicación específica, pudimos abordar de manera más efectiva los desafíos y experiencias únicos que enfrentan en su entorno particular. Este enfoque de muestreo nos permitió obtener información valiosa y perspicaz sobre las necesidades y preocupaciones de los cuidadores primarios y auto cuidadores en la colonia San Miguel de Teotongo, lo que enriqueció nuestra comprensión de sus experiencias y perspectivas.

5.5. Participantes

5.5.1. Primera fase y Segunda fase.

La muestra que utilizamos para la investigación fue de dos personas, las cuales se interesaron por el Programa de Evaluación e Intervención Psicosocial con Cuidadores Primarios y decidieron formar parte del proyecto, ambas participantes son de sexo femenino.

La primera participante, será denominada durante la investigación como Participante P01, ella cuenta con una edad de 71 años, sus padecimientos son Hipertensión y Tiroides. Su estado civil es viudo, ella se denomina auto cuidadora y efectivamente, ella desempeña ese rol, sin embargo, por momentos hace el rol inconscientemente de cuidadora primaria de uno de sus hijos, el cual cuenta con problemas de alcoholismo. Con esta participante se trabajó los miércoles, en la primera fase se trabajó en la Unión de Colonos en un horario 9:00 am a 9:50 am y en la segunda fase logramos trabajar con ella en su domicilio en un horario de 8:30 am a 9:20 am.

La segunda participante, será denominada durante la investigación como Participante P02, ella cuenta con una edad de 68 años, mientras que sus padecimientos son Diabetes, Problemas de la Presión, Angina de Pecho y Dolores de columna. Su estado civil es casada, ella se denomina como auto cuidadora, sin embargo conforme fueron avanzando las sesiones se determinó que ella cuidadora de toda su familia, la cual consta de su Esposo, hijos, y nietos, que a palabras de ella, “son como mis hijos, los crie desde pequeños porque ellos decidieron quedarse a vivir conmigo”,

con el paso del tiempo ella fue consciente de que ella era realmente una cuidadora primaria de su familia, ya que siempre tenía que hacerse cargo, de su esposo, hijos y nietos. Sobre sale mucho el rol de madre que desempeña con su nieta, sin darse cuenta o aceptarlo, ella ya desempeñaba ese rol debido a que sus dos papas la dejaron en casa de ella, y esto causo que la participante se hiciera cargo de ella desde que es un bebé, hoy en día su nieta es una adolescente que estudia en la universidad, pero le genera bastante problemas que a su vez le generan mucho estrés. Con esta participante en ambas fases se trabajó los miércoles en un horario de 12:00 pm a 12:50 pm.

5.5.2. Tercera Fase.

En la tercera fase de esta intervención, nos encontramos con la parte grupal del trabajo. Los participantes de esta fase fueron los mismos, hubo un promedio de 10 participantes que asistían regularmente a las sesiones, Todas las sesiones se realizaron los miércoles en un horario de 10:00 am y 11:15/11:30 am aproximadamente. Los participantes tenían un promedio de 45 años de edad. Todos ellos habían pertenecido al programa anteriormente, pero con otra generación de Psicólogos Sociales.

6. Población

Se buscó la inclusión tanto de hombres como mujeres que actúan como cuidadores principales, es decir, aquellos que proporcionan atención a personas con enfermedades crónicas, discapacidades o adultos mayores. También se buscó la participación de aquellos que practican el autocuidado, sin importar su edad.

6.1. Población diada 17

En el contexto de la comunidad de San Miguel de Teotongo, se tomó una muestra de dos mujeres de entre 65 y 75 años que actúan como auto cuidadoras y, al mismo tiempo, desempeñan roles de cuidadoras primarias sin plena conciencia de ello. Este análisis se centra en dos participantes representativas de este grupo demográfico y destaca la importancia de reconocer y apoyar sus contribuciones al cuidado comunitario y su propio bienestar.

6.2. Población del grupo “Colibrí. UAM”

Además de la participación individual de cuidadores y auto cuidadores en la comunidad de San Miguel de Teotongo, se llevó a cabo un programa de sesiones grupales. En estas sesiones, se reunían 13 personas en promedio. La edad de los participantes variaba entre los 45 y los 75 años.

En estas sesiones grupales, tanto hombres como mujeres estaban representados, aunque predominaba la presencia de mujeres. Todos los participantes desempeñan roles duales como cuidadores primarios y auto cuidadores. Estas sesiones ofrecieron un espacio vital para compartir experiencias, brindar apoyo mutuo y recibir orientación sobre estrategias de cuidado y manejo del estrés.

La diversidad de experiencias y perspectivas en estas sesiones grupales subraya la complejidad del papel del cuidador y destaca la importancia de abordar las necesidades de este grupo demográfico de manera integral. La participación en sesiones grupales proporciona un sentido de comunidad y solidaridad, así como recursos prácticos y emocionales para los cuidadores en su jornada de cuidado.

7. Ubicación Temporal

7.1. Primera Fase.

Esta primera fase fue la búsqueda de los participantes. Inicio el 16 de agosto de 2023 iniciando así el Programa de Evaluación e Intervención Psicosocial con Cuidadores Primarios, en la Colonia San Miguel de Teotongo de la alcaldía Iztapalapa, CDMX. Esta fue llevada a cabo en dos lugares, con la participante P01 se llevaron a cabo las sesiones individuales en la Unión de colonos ubicada en Av. Unión de Colonos 35, San Miguel Teotongo, Iztapalapa, 09630 Ciudad de México, CDMX, con la participante P02 se llevaron a cabo las sesiones en su domicilio, ubicado en la calle 18 de marzo. Concluyó el 18 de octubre del 2023.

7.2. Segunda Fase.

La segunda fase también tiene que ver con la intervención individual, esta comenzó el 15 de noviembre del 2023, ambas sesiones individuales se llevaron a cabo de la calle 18 de marzo, en el domicilio de cada una de las participantes. Concluyó el 31 de enero del 2024.

7.3. Tercera Fase.

La tercera fase constó de tres etapas. La primera etapa inició el 16 de agosto del 2023 y concluyó el 18 de octubre del mismo año, la segunda etapa inició el 15 de noviembre del 2023 y concluyó el 7 de febrero del 2024 y finalmente, la tercer y última etapa inicio el 6 de marzo del 2024 y finalizó el 22 de mayo del 2024. Las tres etapas se llevaron a cabo en la Unión de Colonos ubicada en Av. Unión de Colonos 35, San Miguel Teotongo, Iztapalapa, 09630 Ciudad de México, CDMX.

8. Diseño

8.1. Primera fase

8.1.1. Análisis de datos

El proceso de análisis de datos en esta investigación se llevó a cabo de manera exhaustiva y se basó en una combinación de enfoques cualitativos y cuantitativos. Para obtener una comprensión profunda de las experiencias de ambas auto cuidadoras, así como de las mediciones cuantitativas de su bienestar, se emplearon varios métodos y herramientas.

En primer lugar, se crearon bitácoras por cada una de las sesiones que se llevaron a cabo con las auto cuidadoras. Estas bitácoras se utilizaron para documentar detalladamente lo que las auto cuidadoras compartían durante las sesiones, así como su comportamiento y reacciones. Cada bitácora incluía transcripciones de las conversaciones y observaciones importantes. Estos registros se convirtieron en una fuente valiosa de datos cualitativos de la investigación.

Posteriormente a las transcripciones de las bitácoras se analizaron utilizando el software Atlas.ti. Este programa facilitó el proceso de codificación y categorización de los datos cualitativos, lo que permitió identificar patrones, temas y tendencias en las experiencias y perspectivas de las auto cuidadoras. El análisis cualitativo ayudó a entender los aspectos subjetivos y emocionales de su experiencia.

Además del análisis cualitativo, también se incluyó un análisis cuantitativo de instrumentos de medición. Donde se administraron cuestionarios estándar, como el Zarit, SF-36, PHQ-4 y MOS, para medir diversos aspectos del bienestar y la salud de las auto cuidadoras. Estos cuestionarios se procesaron y analizaron utilizando el software SPSS, que es ampliamente reconocido en estadística, sobre todo en la parte de análisis de datos cuantitativos.

La combinación de análisis cualitativo y cuantitativo permitió una evaluación integral de la situación de las auto cuidadoras. Se integraron las perspectivas subjetivas y las mediciones objetivas para obtener una imagen completa de su experiencia y bienestar. Esta metodología mixta enriqueció la investigación al proporcionar una comprensión completa y equilibrada de los datos recopilados.

8.2. Segunda fase

8.2.1. Análisis de datos

Al igual que en la primera parte del proyecto se siguieron utilizando técnicas de relajación por medio del control de la respiración, así como también por medio tensado del cuerpo. Se siguió utilizando el método de toma de temperatura a través del punto estrés, sin embargo, esta era tomada cuatro veces durante la sesión, la primera al llegar con la participante, la segunda después de terminar la escritura emocional autorreflexiva, después lo que quedaba de la sesión se utilizaba para escucha activa y antes de iniciar con la técnica de relajación se volvía a tomar y una última vez al finalizar la técnica de relajación. Esto con el fin de tener un mejor y mayor control acerca de los niveles de estrés que había en cada participante.

Las participantes contempladas para trabajar la escritura emocional autorreflexiva como parte de la continuación del programa intervención psicológica fueron las mismas cuidadoras que estaban recibiendo apoyo psicosocial. Ambas cuidadoras son mujeres de la tercera edad que principalmente se denominaban auto cuidadoras, pero que después de la primera parte del proyecto de intervención psicosocial lograron determinar y descubrir que también eran cuidadoras de terceros por lo que experimentan desafíos emocionales y psicológicos asociados con este rol.

La primera participante, será denominada durante la investigación como P01, ella cuenta con una edad de 71 años, mientras que sus padecimientos son hipertensión y sufre de tiroides. Su estado civil es viudo, ella se denomina auto cuidadora y generalmente si tiene este rol, sin embargo, por momentos hace el rol inconscientemente de cuidadora primaria hacia uno de sus hijos, el cual cuenta con problemas de alcoholismo. Con esta participante se trabaja los miércoles en un horario de 8:30 am a 9:20 am. P01 considera como evento traumático un momento de su niñez de cuando

tenía 12 años, en el que fue abusada sexualmente por medio de tocamientos sin autorización por parte de otra persona mayor a ella.

La segunda participante, será denominada durante la investigación como P02, ella cuenta con una edad de 68 años, mientras que sus padecimientos son diabetes, problemas de la presión, angina en el corazón y dolores de columna. Su estado civil es casada, ella se denomina como auto cuidadora, sin embargo conforme fueron avanzando las sesiones se terminó haciendo consciente de que ella era cuidadora primaria de gran parte de su familia, ya que siempre tenía que hacerse cargo, de su esposo y nietos, sobre todo es cuidadora de una de sus nietas, la cual sus dos papás la abandonaron en casa de ella, y por lo tanto ella se terminó haciendo cargo de ella desde que es una bebe, hoy en día su nieta es una adolescente que estudia en la universidad. Con esta participante se trabaja los miércoles en un horario de 12:00 pm a 12:50 pm. P02 considera como evento traumático una situación que ocurrió hace 15 años en donde su hija de 30 años fue encontrada sin vida en su departamento a causa de que se ahogó, sin embargo, tardaron días en descubrir que ella había fallecido, por lo que cuando la encontraron ya presentaba un estado de putrefacción avanzado, siendo el motivo por el cual sus familiares nunca le dejaron ver el cuerpo de su hija y ella jamás pudo asimilar su pérdida.

Para obtener una comprensión profunda de las experiencias de ambas auto cuidadoras, así como de las mediciones cuantitativas de su bienestar, empleando varias herramientas.

En primer lugar, los textos escritos por los participantes fueron analizados de manera cualitativa con un análisis temático e interpretativo. En donde el equipo de psicólogos sociales de UAM Iztapalapa revisó los textos y extrajo temas y patrones recurrentes en las narrativas emocionales escritas y las reflexiones autorreflexivas de los participantes. Estos temas y patrones sirvieron como categorías de análisis, con la ayuda de los códigos de categorización que fueron anteriormente creados.

Posteriormente las escrituras emocionales autorreflexivas de las participantes fueron transcritas e interpretadas a modo de corregir faltas de ortografía y darles un mejor sentido a lo que se buscaba expresar. Las transcripciones de las escrituras emocionales autorreflexivas se analizaron utilizando el software Atlas.ti. Este programa facilitó el proceso de codificación y categorización de los datos cualitativos, lo que permitió identificar patrones, temas y tendencias

en las experiencias y perspectivas de las auto cuidadoras. El análisis cualitativo ayudó a entender los aspectos subjetivos y emocionales de su experiencia

8.3. Tercera fase

8.3.1. Análisis de datos

En esta tercera fase del proyecto, se enfocó exclusivamente en el trabajo grupal, utilizando técnicas de relajación basadas en el control de la respiración y la imaginación guiada. Para monitorear los niveles de estrés, se siguió utilizando termómetros digitales de pistola para tomar la temperatura, pero en esta fase, las mediciones se realizaron tres veces durante cada sesión grupal: la primera, antes de iniciar la actividad física; la segunda, justo antes de comenzar la técnica de relajación; y la última, al finalizar la técnica de relajación. Este enfoque tenía como objetivo obtener un control más preciso y detallado de los niveles de estrés de cada participante.

Además, se aplicaron cuestionarios WHODAS, los cuales serán analizados cualitativamente utilizando el programa Atlas. Ti. El propósito de este análisis es comprender si hubo cambios significativos en el rol del cuidador de las personas participantes. Mediante este enfoque, se espera obtener una visión más profunda y comprensiva del impacto de las técnicas de relajación en la reducción del estrés y en la dinámica de cuidado dentro del grupo.

Con esta metodología, se pretende no solo evaluar la efectividad de las técnicas de relajación implementadas, sino también proporcionar datos valiosos que puedan contribuir a mejorar futuras intervenciones en el manejo del estrés y en el apoyo a los cuidadores. El análisis detallado a través de Atlas. Ti permitirá identificar patrones y tendencias que podrían no ser evidentes con métodos de análisis más superficiales, ofreciendo así una comprensión más completa de los efectos de las intervenciones aplicadas

9. Instrumentos

Se incluyó un análisis cuantitativo de instrumentos de medición. Donde se administraron cuestionarios estándar, como el Zarit, SF-36, PHQ-4, MOS y WODAS, por mencionar algunos. Con el objetivo de medir diversos aspectos del bienestar y la salud de las auto cuidadoras. Estos cuestionarios se procesaron y analizaron utilizando el software SPSS, que es ampliamente reconocido en estadística, sobre todo en la parte de análisis de datos cuantitativos.

9.1. Descripción de los instrumentos aplicados.

Test de sobrecarga del cuidador (Zarit y Zarit)

El Test de Sobrecarga del Cuidador es una herramienta fundamental para evaluar el nivel de sobrecarga que experimentan los cuidadores o auto cuidadores. Este cuestionario consta de 22 preguntas que se basan en una escala tipo Likert, en la cual se establecen diferentes opciones de respuesta para poder medir la escala basándose en respuestas tipo: 0= Nunca, 1= Rara vez, 2= Algunas veces, 3= Bastantes veces, y 4= Casi siempre.

Los resultados obtenidos a través de la aplicación de este instrumento permiten identificar en qué nivel de sobrecarga se encuentra el cuidador o auto cuidador, si no tiene sobrecarga, si presenta una sobrecarga leve o si sufre una sobrecarga intensa.

Es importante destacar que la sobrecarga del cuidador puede generar enfermedades, tanto físicas como psicológicas, por lo que es fundamental medirla y detectarla a tiempo. A través del Test de Sobrecarga del Cuidador, se pueden identificar los factores que están generando esta sobrecarga, lo que permite diseñar planes de intervención psicosocial adaptados a las necesidades específicas de cada cuidador o auto cuidador.

Este cuestionario puede resultar un poco largo, pero sus preguntas son fáciles de entender y aplicar. Además, es importante destacar que los cuidadores y auto cuidadores pueden responder a estas preguntas de manera anónima, lo que les brinda mayor tranquilidad y confidencialidad.

El Test de Sobrecarga del Cuidador es una herramienta fundamental para evaluar y detectar la sobrecarga que pueden estar experimentando los cuidadores y auto cuidadores, lo que permite diseñar planes de intervención psicosocial adaptados a sus necesidades específicas. Esto contribuye a mejorar la calidad de vida de estas personas y a prevenir enfermedades que puedan derivar de la sobrecarga del cuidador.

Cuestionario de salud SF-36

El cuestionario SF-36 es una herramienta muy útil y fácil de llenar por uno mismo. Compuesto por 36 preguntas. Cada pregunta en cada escala se codifica y recodifica, lo que permite obtener resultados precisos y confiables. Los resultados se traducen en una escala del 0 al 100, donde el 0 indica una peor salud y el 100 una mejor salud.

Aunque el cuestionario es más largo que otros, esto se debe a la gran cantidad de preguntas importantes que contiene. El instrumento mide 8 dimensiones diferentes, lo que lo hace muy completo y versátil. Las dimensiones que se miden son: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

La función física se refiere a la habilidad de realizar actividades físicas cotidianas, como caminar, subir escaleras o levantar objetos pesados. El rol físico se refiere a la habilidad de llevar a cabo tareas específicas relacionadas con el trabajo o la casa. El dolor corporal se refiere a la cantidad y frecuencia de dolor que se experimenta. La salud general es una medida general de la salud percibida por el individuo. La vitalidad se refiere a la energía y el entusiasmo por la vida.

La función social se refiere a la habilidad de interactuar con otras personas y participar en actividades sociales. El rol emocional se refiere a la habilidad de manejar y controlar las emociones. Por último, la salud mental se refiere al bienestar emocional y psicológico en general.

El cuestionario SF-36 es una herramienta muy útil para evaluar la salud y el bienestar de una persona. Al medir múltiples dimensiones, permite obtener una visión completa de la salud percibida por el individuo y detectar áreas que necesitan mejorar. Además, es fácil de llenar y proporciona resultados precisos y confiables.

Cuestionario PHQ-4

El PHQ-4 es una herramienta muy útil en la evaluación de los niveles de depresión y ansiedad en cuidadores. Este instrumento consta de cuatro preguntas y cuatro opciones de respuesta que se miden en una escala tipo Likert. La escala se mide como; 0= Nada en absoluto, 1= Varios días, 2= Más de la mitad de los días, y 3= Casi todos los días. Lo que permite una medición precisa y detallada de los niveles de estos trastornos mentales en las personas evaluadas.

Es importante destacar que los cuidadores son una población especialmente propensa a padecer depresión y ansiedad debido a la sobrecarga emocional que experimentan en su labor. La carga de trabajo y la responsabilidad de cuidar a un ser querido pueden ser abrumadoras y generar una gran cantidad de estrés y ansiedad en los cuidadores.

Por esta razón, el uso del PHQ-4 en la evaluación de los cuidadores es especialmente relevante, ya que permite detectar y medir los niveles de depresión y ansiedad en estas personas,

lo que puede ser de gran ayuda para implementar medidas preventivas y de tratamiento para mejorar su calidad de vida.

El PHQ-4 es una herramienta rápida y precisa que permite evaluar los niveles de depresión y ansiedad en cuidadores, lo que resulta de gran importancia para brindar un cuidado de calidad y mejorar la salud mental de estas personas. Los resultados detallados de la evaluación se presentarán más adelante, lo que permitirá una comprensión más completa de los niveles de estos trastornos mentales en los cuidadores evaluados.

Cuestionario de apoyo social de MOS

El Cuestionario de Apoyo Social de MOS es una herramienta que se utiliza para evaluar diferentes aspectos del apoyo social en relación con las participantes. Se trata de un cuestionario que consta de dos partes, la primera de ellas enfocada en preguntas abiertas sobre el apoyo social funcional y estructural, como el que puede brindar la familia o los amigos.

La segunda parte del cuestionario consta de 18 preguntas divididas en cuatro categorías: apoyo emocional/informacional, apoyo instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo. Estas preguntas están diseñadas para evaluar el grado de apoyo que reciben las participantes en diferentes aspectos de su vida, desde el apoyo emocional hasta el apoyo en tareas cotidianas.

La escala de tipo Likert que se utiliza para calificar las respuestas va desde una escala de "Nunca" hasta "Siempre" en donde: 1= Nunca, 2= Pocas veces, 3= Algunas veces, 4= Muchas veces, y 5= Siempre. Lo que permite obtener una medición precisa del grado de apoyo que reciben las participantes. Además, este cuestionario es útil para detectar posibles riesgos sociales en cuidadoras o auto cuidadoras, dependiendo de los resultados de la evaluación.

El Cuestionario de Apoyo Social de MOS es una herramienta muy útil para evaluar el grado de apoyo que reciben las participantes en diferentes aspectos de su vida, lo que permite detectar posibles riesgos sociales y diseñar estrategias para mejorar su calidad de vida.

Diagnóstico para la medición de riesgos y enfermedades

Este instrumento es una herramienta muy útil para identificar las áreas de preocupación en la salud de una persona. Este examen se compone de 81 preguntas divididas en 10 secciones, lo que permite abordar de manera específica diversos aspectos de la salud.

En la sección de estado físico se evalúa la condición actual del cuerpo, incluyendo peso, altura, presión arterial y otros indicadores de salud. En la sección de antecedentes familiares se investiga la historia de enfermedades en la familia, lo que puede dar pistas sobre posibles riesgos genéticos.

La sección de cuidado personal y médico se enfoca en la atención médica que ha recibido la persona en el pasado y en la actualidad, incluyendo medicamentos y tratamientos. En la sección de hábitos alimentarios se evalúa la dieta diaria, lo que puede revelar deficiencias nutricionales o hábitos poco saludables.

El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas se evalúa en la sección 5, mientras que la sección 6 se enfoca en los accidentes que ha sufrido la persona, lo que puede indicar posibles riesgos en el futuro. En la sección 7 se evalúan las creencias personales, espiritualidad e intelecto, lo que puede tener un impacto en la salud mental.

La sección de estrés y apoyo social evalúa las fuentes de estrés en la vida de la persona y su capacidad para lidiar con ellos, mientras que la sección 9 se enfoca en el entorno en el que vive la persona y su impacto en la salud. Finalmente, la sección 10 aborda la sexualidad, incluyendo la actividad sexual y la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

El diagnóstico para la medición de riesgos y enfermedades es una herramienta útil para identificar las áreas de preocupación en la salud de una persona. Al evaluar diversas áreas de salud de manera específica, se pueden identificar los riesgos a los que la persona es más propensa y las áreas en las que necesita mejorar.

Cuestionarios de la regulación emocional

En la actualidad, existe una gran cantidad de estudios que demuestran la importancia de la regulación emocional en nuestra vida diaria. La capacidad de gestionar nuestras emociones nos permite tener relaciones interpersonales más saludables, tomar decisiones de manera más efectiva y mantener un bienestar emocional estable. Por esta razón, se ha desarrollado un cuestionario específico para medir la habilidad de regular las emociones.

Este cuestionario consta de 10 preguntas que evalúan dos estrategias diferentes de regulación emocional: la reevaluación cognitiva y la supresión expresiva. La reevaluación

cognitiva se refiere a la capacidad de reinterpretar situaciones de manera más positiva o racional, mientras que la supresión expresiva se refiere a la habilidad de ocultar nuestras emociones en situaciones sociales.

Cada pregunta del cuestionario se califica en una escala Likert de 7 puntos en donde 1 = Totalmente en desacuerdo, 2= En desacuerdo, 3= Ligeramente en desacuerdo, 4= Ni acuerdo ni en desacuerdo, 5= Ligeramente de acuerdo, 6= De acuerdo y 7= Total de acuerdo. De esta manera, se puede obtener una puntuación total que indica el nivel de habilidad en la regulación emocional de la persona evaluada.

El objetivo de este instrumento es evaluar la vida emocional y las habilidades de gestión emocional de la persona. Conociendo esta información, se pueden identificar las áreas en las que se necesita mejorar y diseñar estrategias específicas para fortalecer la capacidad de regular las emociones. En definitiva, este cuestionario es una herramienta útil para mejorar el bienestar emocional y la calidad de vida de las personas.

Escala de sentido de la comunidad

La escala de sentido de la comunidad es una herramienta que permite medir el grado de pertenencia y conexión emocional que una persona experimenta hacia su entorno comunitario. Esta escala consta de 17 ítems que evalúan diversos aspectos, como la satisfacción con el lugar de residencia, la influencia que la persona siente que tiene sobre su comunidad y la conexión emocional que establece con su entorno.

Es importante destacar que el sentido de comunidad es un aspecto fundamental para la calidad de vida de las personas, ya que les proporciona un sentido de pertenencia y seguridad. Cuando una persona se siente parte de una comunidad, es más probable que se involucre en actividades sociales, que se preocupe por el bienestar de los demás y que se sienta más feliz y satisfecha con su vida.

Por esta razón, la escala de sentido de la comunidad es una herramienta muy valiosa para los investigadores y profesionales que trabajan en el ámbito comunitario, ya que les permite conocer el grado de conexión emocional que las personas tienen con su entorno y, por lo tanto, diseñar estrategias y programas que fomenten el sentido de comunidad y mejoren la calidad de vida de las personas.

La escala de sentido de la comunidad es una herramienta muy útil para medir el grado de pertenencia y conexión emocional que una persona tiene con su entorno comunitario, lo que es fundamental para su seguridad y felicidad. Esta escala permite conocer el sentido de comunidad de las personas en su entorno y, por lo tanto, diseñar estrategias y programas que fomenten el sentido de comunidad y mejoren la calidad de vida de las personas.

Escala de afecto positivo y de afecto negativo

La Escala de Afecto Positivo/Negativo es una herramienta importante para medir el bienestar emocional en México. Esta escala se enfoca en evaluar cómo las personas experimentan sus emociones con relación a los eventos diarios que ocurren en su vida. Es decir, se trata de una medida subjetiva del bienestar emocional, basado en la percepción de cada individuo.

La escala se divide en dos categorías principales: afecto positivo y afecto negativo. El afecto positivo incluye emociones como alegría y felicidad, mientras que el afecto negativo incluye emociones como tristeza y enojo. En general, las emociones positivas se asocian con experiencias agradables, mientras que las emociones negativas se asocian con experiencias desagradables.

La escala consta de 20 ítems, cada uno con una escala de 5 puntos. Los participantes deben responder a cada ítem utilizando la escala Likert, en la que 1 significa "nunca", 2 "casi nunca", 3 "a veces", 4 "frecuentemente" y 5 "siempre". La escala se divide en dos partes, la positiva y la negativa, y la puntuación obtenida en cada parte permite evaluar el nivel de emociones experimentadas por la persona.

En México, esta escala se utiliza en una variedad de contextos, desde la investigación académica hasta la práctica clínica. Los resultados obtenidos pueden ser útiles para entender mejor el bienestar emocional de la población y para desarrollar intervenciones que promuevan la salud mental y emocional. Además, la escala puede ser útil para monitorear el progreso de las personas que están recibiendo tratamiento para problemas emocionales, como la depresión o la ansiedad.

La Escala de Afecto Positivo/Negativo es una herramienta importante para evaluar el bienestar emocional en México. Al medir el aspecto emocional del bienestar subjetivo, esta escala puede proporcionar información valiosa para la investigación y la práctica clínica, y puede ser útil para desarrollar intervenciones que promuevan la salud mental y emocional de la población mexicana.

Whodas 2.0

Durante el proceso de grupo, se implementó una herramienta muy útil llamada WHODAS 2.0, la cual fue creada por la Organización Mundial de la Salud. El objetivo de esta herramienta fue evaluar el funcionamiento de los participantes en diferentes dimensiones y medir el impacto de cualquier condición de salud en su vida diaria. Además, gracias a su enfoque genérico, se pudo utilizar para comparar la discapacidad causada por diferentes enfermedades y para monitorear el impacto de las intervenciones en la salud.

El Whodas 2.0 es un instrumento de evaluación que permite medir el funcionamiento de las personas en diferentes dimensiones. Estas dimensiones incluyen la cognición, la movilidad, el cuidado personal, las relaciones interpersonales, la vida doméstica, la vida social y la participación en actividades. Es un cuestionario que consta de 36 preguntas y que se puede responder en una escala Likert en donde el 1=Ninguna, 2=Leve, 3=Moderada, 4=Severa y 5=Extrema/No puede hacerlo, así como se agregan preguntas semi abiertas en donde la respuesta se da en números, en SÍ o No.

El uso del Whodas 2.0 sirvió para evaluar a los participantes en la sociedad permitió obtener una visión amplia del estado de salud de cada persona.

La evaluación del funcionamiento de las personas es muy importante para poder llevar a cabo intervenciones efectivas en la salud y mejorar la calidad de vida de las personas. Con esta información se pueden diseñar programas de intervención que sean específicos para las necesidades de cada persona. También se pueden evaluar los resultados de las intervenciones y hacer ajustes para mejorar su efectividad.

Cuestionario Asertivo

En el ámbito social, la habilidad de asertividad es esencial para poder expresar nuestros derechos e ideas de manera adecuada y respetuosa en situaciones específicas. Con el fin de evaluar esta habilidad, se ha diseñado el "Cuestionario Asertivo", un instrumento que consta de tres etapas.

En la primera etapa, se recopila el nombre y la edad de la persona para evaluar individualmente y comparar los resultados según la edad de los participantes. En la segunda etapa, se utilizan afirmaciones y las respuestas son "a" para SI y "b" para NO, con el fin de evitar cualquier

sesgo como en las escalas tipo Likert. Y en la tercera etapa, se pide la contabilización de las respuestas divididas por ítems, contabilizando el número de "a" para SI y el número de "b" para NO.

Este cuestionario es cuantitativo y permite obtener resultados numéricos para análisis individuales y grupales. Además, ofrece múltiples oportunidades de análisis, lo que proporciona un resultado más preciso.

El propósito del cuestionario es determinar si los participantes tienen la habilidad de comunicarse y promover su opinión en situaciones específicas, así como evaluar su capacidad de interactuar con los demás. Por lo tanto, es una herramienta útil para evaluar y mejorar la asertividad de los individuos.

9.2. Primera fase

Durante las primeras sesiones fueron aplicados cuatro instrumentos, los cuales fueron:

- Test de sobrecarga del cuidador (Zarit y Zarit)
- Cuestionario de salud SF-36
- Cuestionario PHQ-4
- Cuestionario de apoyo social de MOS

9.3. Segunda fase

Durante las primeras sesiones fueron aplicados ocho instrumentos, los cuales fueron:

- Test de sobrecarga del cuidador (Zarit y Zarit)
- Cuestionario de salud SF-36
- Cuestionario PHQ-4
- Cuestionario de apoyo social de MOS
- Diagnóstico para la medición de riesgos y enfermedades
- Cuestionarios de la regulación emocional
- Escala de sentido de la comunidad
- Escala de afecto positivo y de afecto negativo

9.4. Tercera fase

Durante la primera etapa de esta fase fue aplicado un instrumento, el cual fue:

- Whodas 2.0

Durante la tercera etapa de esta fase fueron aplicados dos instrumentos, los cuales fueron:

- Whodas 2.0
- Cuestionario asertivo.

El objetivo de aplicarle estos instrumentos a los participantes, tanto como en la intervención grupal e individual, fue para saber y comprobar a la hora de realizar los análisis de estos, que se habían logrado cambios y mejoras significativas en la vida de los participantes.

10. Procedimiento

El trabajo individual (Primera y Segunda Fase) abarcó un periodo comprendido entre agosto de del 2023 y enero del 2024 y fue dividido en dos fases.

La primera fase del programa, iniciada el 16 de agosto de 2023 y concluida el 18 de octubre del 2023, se enfocó en la identificación y selección de los cuidadores primarios participantes, así como en la realización de sesiones individuales con ellos. Estas sesiones se llevaron a cabo durante un total 10 semanas, abordando diversas áreas de bienestar psicosocial y habilidades de afrontamiento para los cuidadores.

La segunda fase, que comenzó el 15 de noviembre de 2023 y concluida el 31 de enero del 2024, se centró en una etapa emocional autorreflexiva, en la que se introdujo el ejercicio de escritura emocional como herramienta terapéutica. Durante diez sesiones individuales, los participantes fueron guiados en la expresión y reflexión sobre sus emociones y experiencias personales

Ambas fases del programa incluyeron la aplicación de instrumentos de evaluación psicosocial y técnicas de relajación para gestionar el estrés de los cuidadores. Estas intervenciones buscan proporcionar apoyo emocional y herramientas prácticas para mejorar la calidad de vida de los cuidadores primarios y promover su bienestar en el desafiante contexto de cuidado de personas dependientes.

El trabajo grupal (Tercera Fase) fue dividido en tres etapas.

La primera etapa inició el 16 de agosto del 2023 y concluyó el 18 de octubre del mismo año, en esta primera etapa conocimos al grupo, nos fuimos adaptando a él y comenzamos a crear vínculos de confianza y apoyo. La segunda etapa inició el 15 de noviembre del 2023 y concluyó el 7 de febrero del 2024, en esta etapa ya conocíamos al grupo, ya éramos parte de él y creció aún más la confianza, el compañerismo e incluso los vínculos afectivos entre los participantes. Se volvió un grupo fuerte y unido.

Finalmente, la tercer y última etapa inicio el 6 de marzo del 2024 y finalizó el 22 de mayo del 2024. En esta etapa el grupo ya se encontraba muy unido y los vínculos afectivos eran cada vez más grandes entre ellos, el objetivo fue que no olvidaran llevar a cabo el autocuidado y fortalecer sus redes de apoyo junto con una buena gestión e identificación de emociones.

10.1. Primera fase.

El 16 de agosto de 2023 se dio inicio al Programa De Evaluación e Intervención Psicosocial Con Cuidadores Primarios, en la Colonia San Miguel de Teotongo de la alcaldía Iztapalapa, CDMX. Esta fase se dio la búsqueda de participantes para el programa y también el primer encuentro con ellos.

Para poder realizar la búsqueda de los participantes se hizo un recorrido con anterioridad para conocer el lugar donde se realizaría esta intervención. Posteriormente se hizo la selección de calles para que pudieran ser asignadas a las diadas de trabajo. A la diada 17 nos asignaron la calle 18 de marzo, esta se encontraba cerca del establecimiento “Unión de Colonos”, se comenzó con la búsqueda de participantes en la calle, tocamos puerta por puerta, presentándonos y dando información clara sobre el programa para que la población lograra interesarse en él; se recorrió la calle tocando de puerta en puerta, en busca de cuidadores primarios que les interesa formar parte del programa, primero hallamos a la Participante P02, la cual se encontraba a mitad de la calle, fuimos recorriendo un poco más la calle y justo al final del camino se halló a la Participante P01.

La asignación de nombres a las participantes fue de acuerdo con la hora que se le asigno a cada una, a la Participante P01 se le asigno el horario de 9:00 a 9:50 am y a la Participante P02 se le asigno el horario de 12:00 a 12:50 pm. A ambas se les comentó que las sesiones serian en su

domicilio, si es que así lo permitían, la participantes P02 no tuvo algún inconveniente por tomar las sesiones en su casa, sino al contrario, pareció haberle gustado la idea, sin embargo, no sucedió lo mismo con la participante P01, ella argumento que por asuntos familiares y vecinales, no le permitían la entrada a personas desconocidas, nosotros no tuvimos algún problema con ofrecerle el establecimiento de la Unión de Colonos, ya que realmente nos interesó mantenerla en el programa. Poco después, ella nos comentó que su hijo fue quien le prohibió tomáramos las sesiones en su hogar.

Así fue como comenzamos el programa con las participantes.

10.1.1. Descripción del trabajo realizado en sesiones individuales.

En este apartado se muestra la planeación del trabajo a realizar. Esta planeación fue realizada previa al comienzo del programa, esto con el objetivo de tener una mejor organización del trabajo en las sesiones individuales.

La intervención fue llevada a cabo conforme a la planeación que se muestra en la **Tabla 1.1.** pero a pesar de estar en la mejor disposición para que así fuera, se tuvieron algunas contingencias con las participantes, esto generó que al final cada una de ellas no tuviera todas las sesiones planeadas.

Hubo un total de nueve sesiones, cada una de estas sesiones se llevó a cabo por la mañana y a continuación se muestra la manera en que se trabajó en cada una de las sesiones:

1er sesión programada el 16 de agosto del 2023

- Cuidadora P01: Se realizó el primer encuentro.
- Cuidadora P02: Se realizó el primer encuentro.

2da sesión programada el 23 de agosto del 2023

- Cuidadora P01: No tuvo sesión.
- Cuidadora P02: Evaluación de bienestar psicosocial, se aplicaron dos de los instrumentos de medición siendo Zarit y SF-36.

Tabla 1.1.

Planeación realizada para la primera fase, intervención individual.

ROCEDIMIENTO	
BIENESTAR PSICOSOCIAL CON CUIDADORES	
7-11 de agosto 2023	Capacitación Psicología Social de la Salud
9 de agosto 2023	Recorrido en San Miguel Teotongo
16 de agosto 2023	1.- Presentación ¿Cómo se vive el cuidado de las personas dependientes en la colonia?
23 de agosto 2023	2.- Evaluación de bienestar Psicosocial
30 de agosto 2023	3.- Evaluación de bienestar Psicosocial
6 de septiembre 2023	4.-El papel del cuidador y su importancia. ¿Cómo repercute el cuidado en la vida?
13 de septiembre 2023	5.-Ejercicios de control de la activación.
20 de septiembre 2023	6.-Organización del tiempo
27 de septiembre 2024	7.- Límites a la persona dependiente
4 de octubre 2023	8.- Solicitud de ayuda y apoyo
11 de octubre 2023	9.-Control de los sentimientos negativos
18 de octubre 2023	10.-Encuentro grupal y cierre

3ra sesión programada el 30 de agosto del 2023

- Cuidadora P01: Evaluación de bienestar psicosocial, se aplicaron los cuatro instrumentos de medición siendo Zarit, SF-36, PHQ-4 y MOS.
- Cuidadora P02: Evaluación de bienestar psicosocial, se aplicaron dos de los instrumentos de medición siendo PHQ-4 y MOS.

4ta sesión programada el 6 de septiembre del 2023

- Cuidadora P01: El papel del cuidador y su importancia. Durante la sesión se realizaron unas series de preguntas, para de este modo conocer un poco más a fondo a la cuidadora y entender mejor su situación.
- Cuidadora P02: El papel del cuidador y su importancia. Durante la sesión se realizaron unas series de preguntas, para de este modo conocer un poco más a fondo a la cuidadora y entender mejor su situación.

5ta sesión programada el 13 de septiembre del 2023

- Cuidadora P01: Ejercicios de control de la activación, en esta sesión se trató de enseñarle a la cuidadora en que parte del cuerpo se sienten las emociones a la vez que pudiera identificar qué clase de emoción es y por qué nace esta emoción.
- Cuidadora P02: Ejercicios de control de la activación, en esta sesión se trató de enseñarle a la cuidadora en que parte del cuerpo se sienten las emociones a la vez que pudiera identificar qué clase de emoción es y por qué nace esta emoción.

6ta sesión programada el 20 de septiembre del 2023

- Cuidadora P01: Organización del tiempo, durante la sesión se le enseñó a la cuidadora la importancia de poder organizar su tiempo, así como ayudarle a crear una lista donde tenga su tiempo totalmente organizado, basándose en las actividades que ella dijera que le gustaría cumplir.
- Cuidadora P02: Organización del tiempo, durante la sesión se le enseñó a la cuidadora la importancia de poder organizar su tiempo, así como ayudarle a crear una lista donde tenga

su tiempo totalmente organizado, basándose en las actividades que ella dijera que le gustaría cumplir.

7ma sesión programada el 27 de septiembre del 2023

- Cuidadora P01: No tuvo sesión.
- Cuidadora P02: Límites de la persona dependiente, se tuvo con ella una plática en la cual se explicó cuáles eran los límites y cómo funcionaban, y se le preguntó si ella ponía límites a su familia, además de enseñarle por qué era importante poner límites.

8va sesión programada el 4 de octubre del 2023

- Cuidadora P01: No tuvo sesión.
- Cuidadora P02: No tuvo sesión.

Figura 2.1.

Punto Estrés



Nota: “Punto Estrés utilizado para la medición de temperatura pre y post con las participantes P01 y P02 en sesiones individuales.”

Fuente: Punto Estrés.

9na sesión programada el 11 de octubre del 2023

- Cuidadora P01: No tuvo sesión.
- Cuidadora P02: Solicitud de ayuda y apoyo se retomó el tema perdido de la sesión pasada, en donde se le enseñó a identificar cuáles eran sus principales redes de apoyo y cómo estas redes la podían ayudar en determinada situación. También se habló acerca gestión de sentimientos negativos, enseñándole y haciéndole entender que no está mal sentir un cierto sentimiento negativo, que, todo lo contrario, que debe sentir y experimentar las emociones, pero aprendiendo a hacerlo de una manera correcta y por último se hizo la aplicación nuevamente de los cuatro instrumentos los cuales son Zarit, SF-36, PHQ-4 y MOS.

Durante cada una de las sesiones que se tuvieron con las cuidadoras se aplicaba el punto estrés *Figura 2.1.*, para poder medir tanto su temperatura como su nivel de estrés. y posteriormente a esto se aplicaba una técnica de respiración diafragmática a manera de introducción para poder aplicar y enseñar una técnica de relajación distinta en cada sesión.

10.1.2. Técnicas de relajación implementadas.

- Respiración purificante. Esta es una técnica muy recomendada para reducir el estrés e incluso la ansiedad. Es recomendable acompañarla con el uso de otras técnicas, pero por si sola es muy buena y efectiva. Consiste en dar golpecitos con las yemas de los dedos en toda la zona pulmonar y sacar el aire en tres tiempos para ello:
 - Nos ponemos de pie con las piernas un poco separadas. Colocamos las yemas de los dedos de ambas manos en el ombligo. Espiramos relajamos.
 - Al inspirar iremos golpeando suavemente con las yemas de dentro hacia a fuera y subiendo por todo el abdomen, costillas, zona pectoral hasta las clavículas. Las mujeres evitaremos la zona de los pechos. Los golpes en la parte pectoral alta pueden ser más fuertes.
 - Para espirar lo haremos en tres tiempos (dos cortos y uno largo) presionando con las manos primero la parte lateral alta de las costillas (debajo axilas), después media (costillas medias) y después baja (cintura). Podemos sacar el aire, soplando por la

boca (fuuu, fuuuuu, fuuuuuuuuuu) o si tenemos la nariz un poco congestionada podemos aprovechar el impulso y sacar el aire por la nariz.

- Repetimos el ciclo de 6/9 respiraciones.

- Respiración Diafragmática. Es un tipo de respiración relajante que usa el diafragma. El diafragma es el músculo que se encuentra debajo de las costillas y arriba del estómago. Con este tipo de respiración, el diafragma ocasiona que el estómago, en vez del pecho, suba y baje. Cuando los pulmones se llenan de aire el diafragma presiona hacia abajo y el estómago sube (se mueve hacia adelante). Cuando los pulmones se vacían de aire el diafragma vuelve a subir y el estómago baja (se mueve hacia adentro). El resultado es una respiración lenta, uniforme y profunda. En esta técnica de relajación la persona aumenta la cantidad de oxígeno en la sangre, puede disminuir su presión arterial y su frecuencia cardiaca, también ayuda a que sus músculos entren en una relajación, dejando a un lado las tensiones. Esta técnica puede ayudar a contrarrestar el estrés, la ansiedad.

- Relajación progresiva. También conocida como Relajación muscular Progresiva (RMP) desarrollada por Edmund Jacobson. Consiste en una serie de ejercicios que ayudan con la identificación de la tensión muscular. Muchas veces pasamos la mayor parte del tiempo sintiéndonos tensos, pero no sabemos que toda esa tensión se deposita en los músculos. La relajación muscular progresiva de Jacobson consiste en un proceso en el que se tensionan y relajan sistemáticamente diferentes grupos musculares del cuerpo. Este procedimiento se realiza de manera ordenada, comenzando habitualmente por los músculos de los pies y avanzando hacia arriba hasta llegar a la cabeza, aunque también puede realizarse en sentido contrario.

La técnica requiere que el individuo se centre en la sensación de tensión en un grupo muscular específico durante unos segundos y, posteriormente, libere esta tensión, prestando atención a la sensación de relajación y al contraste entre la tensión y la relajación. El objetivo es aprender a reconocer la diferencia entre los estados de tensión y relajación en el cuerpo para, con el tiempo, ser capaz de inducir un estado de relajación a voluntad.

La relajación muscular progresiva de Jacobson es una técnica que puede ser aprendida y practicada de manera independiente, lo que permite a los individuos tener un mayor control

sobre su bienestar. Sin embargo, es importante destacar que, si bien puede ser una técnica efectiva para el manejo de la tensión y el estrés, no sustituye a los tratamientos médicos para condiciones de salud graves y no debe utilizarse como única estrategia de tratamiento sin la supervisión de un profesional de la salud.

- **Imaginación Guiada.** Esta es una técnica (**Figura 3.1. (Ver en anexos)**) que tiene una duración de 10 a 15 min aproximadamente, consta de guiar a la persona a crear escenarios e imágenes imaginarias que le generen sentimientos de relajación, tranquilidad y paz. Aquí un ejemplo de una técnica de imaginación guiada que fue aplicada a las participantes:

Le voy a pedir que busque una posición cómoda, Cierre sus ojos. Coloque sus pies sobre el suelo, sus brazos a los costados, suelte sus manos. Deje que su cuerpo se acomode ... descanse... perciba como se relaja.

Es hora de que suelte su cuerpo y se concentre en su respiración. Centre su atención en mí y solo escuche mi voz, solo y únicamente mi voz.

Piense en aislarse de todo el ambiente que lo rodea, tanto del exterior, como del interior de este espacio.

Ahora quiero que haga conexión con su cuerpo... siéntase cómoda, agradable y entre en un estado de tranquilidad, comodidad y relajación.

Concéntrese en su respiración, encuentre el ritmo de su respiración. Respire lentamente, profundamente y siéntase relajada.

Cada vez que tome aire, sienta como se relaja, más y cada vez más.

Cada que expulse el aire, sienta esa paz, esa calma, sienta tranquilidad, “muchísima paz, calma y tranquilidad”

Ahora vamos a contar regresivamente... a manera que cuente se va a sentir más relajado

5... Esta respirando libre y profundamente

4... Sigue respirando libre y profundamente

3... Continúa respirando libre y profundamente

2... Respire libre y profundamente

1... Sigue respirando libre y profundamente

*Cada vez que tome aire siente que se relaja más y más.
Cada vez que expulse el aire sienta esa paz, esa calma, la tranquilidad
Ahora va a respirar nuevamente, lenta y profundamente
Sienta como su cuerpo se está relajando
Esta en total calma y en un total bienestar
Sus brazos, sus piernas, sus manos, sus pies, su cara, su cuerpo completo están
totalmente relajados.
Siente esa sensación de bienestar de calma.
Una calma total y un total bienestar.
Ahora repita conmigo mentalmente.*

*"A medida que voy relajando mi cuerpo me voy liberando detenciones, me voy
sintiendo en paz, en calma, en equilibrio, en armonía, más integrada conmigo
misma".*

*Ahora que su cuerpo está más relajado termine de soltar todo, puede apoyarse
hacia atrás.*

*"A medida que voy relajando mi cuerpo me voy liberando detenciones, me voy
sintiendo en paz, en calma, en equilibrio, en armonía, más integrada conmigo
misma".*

*Le voy a pedir que respiren nuevamente profunda y lentamente. (Así 3 veces)
Cuando esté lista puede abrir los ojos.*

- *Técnica de control de la activación.* Con la utilización de esta técnica podemos cambiar la forma en que nos afectan las experiencias diarias, los propios pensamientos o interpretaciones, nuestras conductas en reacción a otros, y cualquier evento que nos produzca una activación no deseada. Conviene que nos demos cuenta de la manera en que estas situaciones nos afectan, que nos detengamos y tomemos consciencia de nosotros mismos, de quienes nos rodean, y de lo que acontece en nuestra vida, y desactivarnos, es decir, relajar la mente y el cuerpo. Esto nos permitirá vivir con mayor bienestar.

Practicar habitualmente técnicas de relajación aumenta de manera significativa nuestra calidad de vida a través de los siguientes beneficios:

- Procura un descanso más profundo y, por tanto, disminución del agotamiento que día tras día podría acumularse.
 - Cuando te relajas, se hace más lenta tu frecuencia cardiaca, lo que se traduce en menos estrés y trabajo para tu corazón. Esto reduce del riesgo de problemas cardiovasculares.
 - Incrementa la vasodilatación arterial, generando un mayor riego periférico y mayor oxigenación de las células.
 - Aumenta el flujo de sangre a los músculos de tu cuerpo y disminuye la tensión de estos.
 - Hace más lenta tu frecuencia respiratoria.
 - Te dota de mayor resistencia a enfermedades y dolencias por el aumento del número de leucocitos y de la función inmune. Además, bajan los signos y síntomas de enfermedad como dolor de cabeza, náuseas y diarrea.
 - Aumenta tu nivel de energía y de optimismo.
 - Facilita tu estabilidad emocional y disminuyen las respuestas emocionales no saludables, como el enojo, ira, llanto, ansiedad, estrés y frustración.
 - Disminuyen la frecuencia e intensidad de pensamientos automáticos.
 - Disminución del estrés. Se reducen tu tensión y ansiedad.
 - Aumento de tu eficiencia en la vida cotidiana.
 - Mayor capacidad de concentración y memoria.
- Cuarto blanco. Es una técnica de Imaginación guiada que aplicamos a las cuidadoras. Se les pidió a las cuidadoras que tomaran una posición cómoda (**Figura 3.2. (Ver en anexos)**) para que ellas pudieran reaccionar de manera favorable ante la técnica. Para aplicar esta técnica se aplicó se utilizó la técnica de respiración diafragmática previamente para preparar el cuerpo y mantenerlo en un estado de relajación, posteriormente, aplicamos la técnica de cuarto blanco. Esta técnica consistió en llevar a las participantes a crear la imagen de un cuarto blanco en su mente, el objetivo de crear el cuarto blanco es para hacer referencia a que la mente está en un estado neutral de pensamientos, donde no se piensa en

absolutamente nada, solo se vive el momento y las participantes solo eran guiadas por nuestra voz. Durante el proceso de crear el cuarto blanco, se fueron creando más imágenes que representaran las emociones principales de todo ser humano, la alegría, el enojo, la tristeza y el miedo con la finalidad de que las participantes identificaran como es que reaccionaba su cuerpo ante las emociones que vivían.

10.1.2.1. Temperaturas

La *Tabla 1.2.* muestra las temperaturas tomadas a los participantes en las sesiones individuales. Como podemos ver hay dos pre y un post, el que se haya puesto dos pre fue debido a que creímos que había un aumento o disminución de la temperatura después o antes de hacer el rapport y comenzar a dar la técnica de relajación. Y efectivamente como se demuestra en la *Tabla 1.2.* en ocasiones las temperaturas de las participantes al llegar a su domicilio eran totalmente diferentes a las que resultaban en el segundo pre después de haber realizado las actividades correspondientes a la sesión.

Este caso lo podemos ver más en la Participante P02, hubo más variación en sus temperaturas después del rapport y antes de aplicar la técnica de relajación, en cambio, con la Participante P01 no hubo tanta variación en sus temperaturas. Así mismo, se muestran las Técnicas utilizadas y empleadas en las sesiones.

Tabla 1.2*Temperaturas tomadas con el punto estrés*

Primera Fase	Participante P01				Participante P02			
	Temperaturas				Temperaturas			
Sesión	Pre	Pre	Técnica	Posts	Pre	Pre	Técnica	Posts
1	No hubo toma de temperaturas.				No hubo toma de temperaturas.			
2								
3	30.0°C	30.0°C	-Respiración diafragmática -Tensión/Distensión	32.2°C	33.3°C	30.0°C	-Respiración purificante -Relajación progresiva	32.2°C
4	30.0°C	30.0°C	-Imaginación Guiada	32.2°C	33.3°C	30.0°C	-Relajación progresiva -Imaginación Guiada	31.1°C
5	32.2°C	28.8°C	-Respiración diafragmática -Cuarto blanco	31.1°C	32.2°C	32.2°C	-Respiración diafragmática -Técnica de control de la respiración	33.3°C
6	32.2°C	32.2°C	-Respiración diafragmática	33.3°C	32.2°C	33.3°C	-Relajación progresiva -Imaginación Guiada	33.3°C
7	No hubo sesiones				32.2°C	30.0°C	-Relajación progresiva -Imaginación Guiada	31.1°C
8					32.2°C	33.3°C	-Relajación progresiva	33.3°C
9					31.1°C	32.2°C	-Relajación progresiva -Imaginación Guiada	33.3°C

10.2. Segunda fase.

La segunda fase del programa inició el 15 de noviembre del 2023, se siguió trabajando con las participantes que logramos obtener en la primera fase. En esta segunda fase la participante P01 pidió que las sesiones se hicieran en su domicilio, con la participante P02 se continuó trabajando de igual manera en su domicilio, ambas en la calle 18 de marzo.

Para esta segunda fase lo que se tenía preparado era trabajar con las participantes el ejercicio de Escritura Emocional Autorreflexiva, y así fue, con cada una de las participantes se logró trabajar este ejercicio y se obtuvieron buenos resultados.

Como parte del programa, nuevamente se tenía una planeación (*Tabla 2.1*) para que se pudiera ejecutar con las participantes, a pesar de nuestros esfuerzos por llevar a cabo la planeación a pie de la letra las sesiones se tuvieron que adaptar a las necesidades de cada una de las participantes.

Se lograron tener la mayoría de las sesiones con ambas participantes, podemos decir que hubo una mejoría en cuánto a la cantidad de sesiones dadas a comparación de la primera fase.

Tabla 2.1.

Planeación para la segunda fase del programa.

PROCEDIMIENTO	
ESCRITURA EMOCIONAL AUTOREFLEXIVA (EEA) Y CUIDADORES	
8 al 14 de noviembre 2023	Taller de capacitación: Autorregulación Psicosocial, Marcadores Autonómicos, Salud Y Convivencia
15 noviembre 2023	1.- Presentación, reencuentro y Controlabilidad
22 de noviembre 2023	2.- E. Psicofisiológica: ERQ Temperatura, MSPPS, Afecto+- Alexitimia
29 de noviembre 2023	3.-E. Psicofisiológica: ERQ Temperatura, MSPPS, Afecto+- Alexitimia
6 de diciembre 2023	

	4.-Temperatura EEA Primera Persona 10 min Temperatura R. escucha activa 25 min Técnica. - Respiración 15 min Temperatura
13 de diciembre 2023	5.-Temperatura EEA tercera persona 10 min Temperatura R. escucha activa 25 min. Técnica. - Reestructuración Cognitiva 15 min Temperatura
20 de diciembre 2023	6.-EEA frases de conexión 10 min Temperatura R. escucha activa 25 min Temperatura Técnica. - Imaginería 15 min Temperatura
10 de enero2024	7.- Temperatura EEA solución 10 min Temperatura R. escucha activa 25 min Técnica. -R. Progresiva 15 min Temperatura
17 de enero 2024	

	8.- Temperatura EEA Síntesis 10 min Temperatura Reflexión y escucha activa 25 min Técnica: Ent. autógeno 15 min Temperatura
24 de enero 2024	9.-Temperatura Reevaluación Cognitiva 10 min Temperatura Reflexión y escucha activa. 25 min Temperatura
31 de enero 2024	10.-Evaluación Psicofisiológica: ERQ, Temperatura, MSPPS, Afecto+- Alexitimia
7 de febrero 2024	11.- Encuentro Grupal DEVOLUCION

10.2.1. Descripción del trabajo realizado en sesiones individuales.

Este apartado muestra la descripción del trabajo realizado en las sesiones individuales con las participantes, ambas cuidadoras lograron tomar la mayoría de las sesiones, las que no fueron posibles llevarlas a cabo fue debido a citas médicas que las cuidadoras debieron atender.

1ra sesión programada el 15 de noviembre del 2023.

- Cuidadora P01: No tuvo sesión.
- Cuidadora P02: No tuvo sesión.

2da sesión programada el 22 de noviembre del 2023.

- Cuidadora P01: Reencuentro. Se le explicó a la participante en qué consistía esta nueva etapa explicando principalmente la “escritura emocional autorreflexiva”, se aplicaron dos instrumentos siendo el post de “Test sobre la carga del Cuidador (Zarit y Zarit), y el Cuestionario de Salud SF-36”, se tomaron unos minutos de escucha activa y se procedió a la técnica de relajación.
- Cuidadora P02: Reencuentro. Se le explicó a la participante en qué consistiría esta nueva etapa explicando principalmente la “escritura emocional autorreflexiva”, se aplicaron dos instrumentos siendo el post de “Test sobre la carga del Cuidador (Zarit y Zarit), y el Cuestionario de Salud SF-36”, se tomaron unos minutos de escucha activa y se procedió a la técnica de relajación.

3ra sesión programada el 29 de noviembre del 2023.

- Cuidadora P01: Se aplicaron los instrumentos pre de “Diagnóstico para la Medición de Riesgos y Enfermedades, Cuestionario de Regulación Emocional, Escala de Sentido de Comunidad y la Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo en México” y el tiempo restante de la sesión se utilizó para escucha activa.
- Cuidadora P02: Se aplicaron los instrumentos pre de “Diagnóstico para la Medición de Riesgos y Enfermedades, Cuestionario de Regulación Emocional, Escala de Sentido de Comunidad y la Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo en México” y el tiempo restante de la sesión se utilizó para escucha activa.

4ta Sesión programada el 06 de diciembre del 2023.

- Cuidadora P01: Se le volvió a explicar que era la “escritura emocional autorreflexiva” y decirle a la cuidadora que la próxima sesión iniciaríamos con dicho ejercicio, después solo se usó el tiempo restante para hacer escucha activa.
- Cuidadora P02: Se le volvió a explicar que era la “escritura emocional autorreflexiva” y decirle a la cuidadora que la próxima sesión iniciaríamos con dicho ejercicio, después solo se usó el tiempo restante para hacer escucha activa.

5ta sesión 13 de diciembre del 2023.

- Cuidadora P01: Se llevó a cabo la primera carta de la escritura emocional autorreflexiva, el resto de tiempo de la sesión se basó en escucha activa.
- Cuidadora P02: Se llevó a cabo la primera carta de la escritura emocional autorreflexiva, el resto de tiempo de la sesión se basó en escucha activa.

6ta sesión programada el 20 de diciembre del 2023.

- Cuidadora P01: Se llevó a cabo la segunda carta de la escritura emocional autorreflexiva, el resto de tiempo de la sesión se basó en escucha activa.
- Cuidadora P02: Se llevó a cabo la segunda carta de la escritura emocional autorreflexiva, el resto de tiempo de la sesión se basó en escucha activa.

7ma sesión programada el 10 de enero del 2024.

- Cuidadora P01: Se llevó a cabo la tercera carta de la escritura emocional autorreflexiva, el resto de tiempo de la sesión se basó en escucha activa.
- Cuidadora P02: Se llevó a cabo la tercera carta de la escritura emocional autorreflexiva, el resto de tiempo de la sesión se basó en escucha activa.

8va sesión programada el 17 de enero 2024.

- Cuidadora P01: Se llevó a cabo la cuarta carta de la escritura emocional, el resto de tiempo de la sesión se basó en escucha activa.
- Cuidadora P02: Se llevó a cabo la cuarta carta de la escritura emocional, el resto de tiempo de la sesión se basó en escucha activa.

9na sesión programada el 24 de enero.

- Cuidadora P01: Se aplicaron instrumentos que faltaron por aplicar, se aplicó escucha activa y se dio fin a la etapa individual.
- Cuidadora P02: No tuvo sesión.

10ma sesión programada el 31 de enero.

- Cuidadora P01: No tuvo sesión.
- Cuidadora P02: Se aplicaron instrumentos que faltaron por aplicar, se aplicó escucha activa y se dio fin a la etapa individual.

Durante cada una de las sesiones que se tuvieron con las cuidadoras se aplicaba el punto estrés (**Figura 2.1**), para poder medir tanto su temperatura como su nivel de estrés. y posteriormente a esto se aplicaba una técnica de respiración diafragmática a manera de introducción para poder aplicar y enseñar una técnica de relajación distinta en cada sesión.

10.2.2. Técnicas de relajación implementadas.

- Respiración Diafragmática. Es un tipo de respiración relajante que usa el diafragma. El diafragma es el músculo que se encuentra debajo de las costillas y arriba del estómago. Con este tipo de respiración, el diafragma ocasiona que el estómago, en vez del pecho, suba y baje. Cuando los pulmones se llenan de aire el diafragma presiona hacia abajo y el estómago sube (se mueve hacia adelante). Cuando los pulmones se vacían de aire el diafragma vuelve a subir y el estómago baja (se mueve hacia adentro). El resultado es una respiración lenta, uniforme y profunda.

Cómo respirar con el diafragma

- Póngase en una posición cómoda. Puede ser de pie, sentado o acostado boca arriba.
- Póngase una mano en el pecho y la otra en el estómago.
(La mano en su pecho no debe moverse. La mano encima de su estómago permitirá que sienta su estómago subir y bajar al respirar.)
- Inhale por la nariz si puede, por 3 a 5 segundos o tanto como se sienta cómoda. Permita que el estómago suba conforme el aire entra a sus pulmones.
- Exhale por la boca si puede por 3-5 segundos o tanto como se sienta cómoda. Permita que su estómago baje conforme el aire sale de sus pulmones.
- Repita cada paso hasta que su cuerpo se sienta relajado

Beneficios de la respiración diafragmática

- Reduce el dolor
 - Ayuda con el ritmo cardiaco
 - Reduce la ansiedad
 - Reduce la tensión muscular
 - Reduce el estrés
 - Hace que la respiración sea más lenta
- Imaginación Guiada. Aquí otro ejemplo de una técnica de relajación de imaginación guiada que se aplicó a las participantes:

Cierre los ojos

Imagínese que está apartándose del lugar en donde se encuentra...

Deje atrás los ruidos y las prisas cotidianas...

Imagínense que cruza un puente que la lleva a un río...

Imagínense caminando hacia él...

Está llegando a la orilla del río...

Sienta correr el agua por tus pies...

Sienta como los rayos del sol calientan todo su cuerpo...

Sienta la brisa del viento tocando su cuerpo...

Imagínese los aromas que le traen este lugar...

Déjese llevar por los sonidos que la rodean...

Concéntrese en todo lo que le hace sentir este lugar...

¿Cómo se siente?

¿Le gusta?

Comienza a relajarse...

Ahora se siente totalmente relajado, está total y completamente relajado...

"Recuerde que este es su lugar especial para relajarse al que puede venir siempre que lo desee"

Respire profundamente

Inhale por la nariz... despacio

Exhale por la boca...despacio

Poco a poco irá regresando al lugar donde se encontraba

A la cuenta de tres se abrirá los ojos lentamente

1...2...3...

- Atención plena. La Atención Plena es la capacidad de estar presente en lo que nos está ocurriendo en el preciso tiempo en el que sucede, conectando con nuestros recursos personales, sin interrupciones, interpretaciones o juicios de valor, centrándonos en la propia acción o vivencia, aceptada y realizada con fluidez y naturalidad. Esta habilidad nos permite evitar nuestros automatismos: pensamientos involuntarios que nos distraen, atención a preocupaciones o rumiaciones que no corresponden al momento actual o circunstancias sobre las que no tenemos control. La Atención Plena es una habilidad que poseemos de manera innata, pero necesita ser recuperada con entrenamiento, porque la tendencia más frecuente, que se ha ido consolidando en las sociedades occidentales, es la de saltar de un pensamiento a otro, de una preocupación a otra, valorando acontecimientos pasados o amenazas futuras, que nos hacen perder de vista la vivencia plena de nuestro presente.

A continuación, se presenta un ejemplo de la técnica de atención plena que se aplicó a las cuidadoras:

Te invito a tomar una posición cómoda, coloca tus brazos a los costados de tu cuerpo.

Comienzan a respirar lentamente, si lo deseas puedes cerrar tus ojos. No dejes de respirar... respira profundamente... inhala lentamente... exhala poco a poco... siente como el aire llega a los pulmones.

Siente como se infla tu estómago. Nota como poco a poco exhalas.

Inhala profundamente, poco a poco, ahora exhala lentamente siente el movimiento de tu pecho a la hora de inhalar y exhalar.

Nota el aire entrando a través de tus fosas nasales, date cuenta de esa sensación que te provoca la salida de aire.

Concéntrate en tu respiración, concéntrate en el aire que entra y sale de tu cuerpo.

Puedes sentir como tu cuerpo poco a poco se siente en paz, en tranquilidad, en una total relación.

Nota el sonido que emerge poco a poco en este ambiente, enfoca tu atención solamente en ese sonido.

Concéntrate en cada sonido que percibes, déjate llevar por el sonido hacia un estado de tranquilidad, total y absoluta tranquilidad.

Siente como tu cuerpo está relajado y se relaja cada vez más con tu respiración, concéntrate nuevamente en tu respiración inhala lentamente, nota el aire entrando a tu cuerpo, exhala y siente como tu cuerpo se libera.

Nota cómo te sientes cómo sientes, cómo sientes tus manos, tus pies, tus hombros, tus piernas, nuevamente inhala profundamente y exhala lentamente.

Date cuenta de la sensación en todo tu cuerpo, acepta este momento de tranquilidad y paz...vuelve a este momento, conecta contigo.

Cuando estés lista puedes abrir poco a poco tus ojos.

Hemos terminado.

- Relajación progresiva. Pasos para llevar a cabo la técnica de relajación progresiva:

Figura 4.1. (Ver en anexo)

- **Posición inicial:** Cierra los ojos, siéntate en el sillón o acuéstate en la cama lo más cómodamente para que tu cuerpo pueda relajarse al máximo posible.

1º FASE: Tensión-relajación.

Relajación de cara, cuello y hombros con el siguiente orden (repetir cada ejercicio tres veces con intervalos de descanso de unos segundos):

- Frente: Arruga unos segundos y relaja lentamente.
- Ojos: Abrir ampliamente y cerrar lentamente.
- Nariz: Arrugar unos segundos y relaja lentamente.
- Boca: Sonreír ampliamente, relaja lentamente.
- Lengua: Presionar la lengua contra el paladar, relaja lentamente.
- Mandíbula: Presionar los dientes notando la tensión en los músculos laterales de la cara y en las sienes, relaja lentamente.
- Labios: Arrugar como para dar un beso y relaja lentamente.
- Cuello y nuca: Flexiona hacia atrás, vuelve a la posición inicial. Flexiona hacia adelante, vuelve a la posición inicial lentamente.
- Hombros y cuello: Elevar los hombros presionando contra el cuello, vuelve a la posición inicial lentamente.

Relajación de brazos y manos.

- Contraer, sin mover, primero un brazo y luego el otro con el puño apretado, notando la tensión en brazos, antebrazos y manos. Relaja lentamente.

Relajación de piernas.

- Estirar primero una pierna y después la otra levantando el pie hacia arriba y notando la tensión en piernas: trasero, muslo, rodilla, pantorrilla y pie. Relaja lentamente.

Relajación de tórax, abdomen y región lumbar (estos ejercicios se hacen mejor sentado sobre una silla):

- Espalda: Brazos en cruz y llevar codos hacia atrás. Notará la tensión en la parte inferior de la espalda y los hombros.
- Tórax: Inspirar y retener el aire durante unos segundos en los pulmones. Observar la tensión en el pecho. Espirar lentamente.
- Estómago: Tensar estómago, relajar lentamente.
- Cintura: Tensar nalgas y muslos. El trasero se eleva de la silla.

2ª FASE: repaso.

- Repasa mentalmente cada una de las partes que hemos tensionado y relajado para comprobar que cada parte sigue relajada, relaja aún más cada una de ellas.

3ª FASE: relajación mental.

- Finalmente piensa en algo agradable, algo que te guste, que sea relajante, una música, un paisaje, etc., o bien deja la mente en blanco.

10.2.2.1. Temperaturas

A continuación, en la **Tabla 2.2.** se muestran las temperaturas tomadas con el punto estrés de la segunda fase en las sesiones individuales con las participantes P01 y P02.

En esta ocasión solamente hubo dos tomas de temperaturas cumple y un post, esto debido a que nos quisimos enfocar en el ejercicio de escritura emocional auto reflexiva, con esto no nos referimos a que no fuera importante la toma de temperatura para monitorear la baja o alta de temperatura en las participantes, sino que consideramos que con dos tomas podría ser más que suficiente y de igual manera nos arrojarían datos importantes.

De igual manera se muestran las técnicas de relajación aplicadas a cada una de las participantes en sus sesiones individuales.

Tabla 2.2.

Temperaturas tomadas con el punto estrés

	Participante P01			Participante P02		
	Temperaturas			Temperaturas		
Sesión	Pre	Técnica	Posts	Pre	Técnica	Posts
1	No hubo sesión			No hubo sesión		
2	32.2°C	-Respiración diafragmática	31.1°C	32.2°C	-Respiración diafragmática	33.3°C
3	31.1°C	-Respiración diafragmática	32.2°C	32.2°C	-Respiración diafragmática	33.3°C
4	28.8°C	-Imaginación Guiada	32.2°C	31.1°C	-Respiración diafragmática	32.2°C
5	28.8°C	Tensión/Distensión	31.1°C	32.2°C	-Respiración diafragmática	33.3°C
6	32.2°C	-Respiración diafragmática	31.1°C	32.2°C	-Respiración diafragmática	32.2°C
7	31.1°C	-Respiración diafragmática	32.2°C	32.2°C	-Respiración diafragmática	33.3°C
8	28.8°C	-Respiración diafragmática	31.1°C	No hubo sesión		
9	32.2°C	-Atención enfocada	33.3°C	33.3°C	-Respiración diafragmática	33.3°C

10.2.3. Descripción del trabajo realizado en los Ejercicios de Escritura Emocional Autorreflexiva.

La escritura emocional autorreflexiva se trabaja por medio de distintas sesiones de las cuales se obtienen cuatro escrituras emocionales por cada uno de los participantes. el proceso de trabajo consiste en hacer una escucha activamente y darle al participante 20 minutos en los cuales deberá escribir de forma libre alguna situación que le cause malestar o estrés, que inclusive pueda ser traumática, esto con el fin de enfocarse exclusivamente en ese problema y que la persona pueda desahogarse diciendo lo que piensa y siente. Una vez plantado el problema, se espera que el

participante al escribirlo logre analizar y reflexionar la situación y sobre todo descubrir nuevas cosas que anteriormente puede que no haya descubierto, haciendo que el proceso de escribir se vuelva “auto exploratorio”.

Para poder llevar a cabo los ejercicios de escritura emocional con nuestras participantes P01 y P02 utilizamos un método que consta de 4 ejercicios:

- **Ejercicio A.**

Este ejercicio iba acompañado de una pequeña y sencilla instrucción, la cual sería...

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

En este ejercicio las participantes tendrían 20 min para realizar el ejercicio.

El objetivo de este ejercicio sería que las participantes logren identificar ese momento doloroso que la haya marcado y con el cual ellas quisieran trabajar.

- **Ejercicio B**

De igual manera al ejercicio anterior iba acompañado de una instrucción, pero esta era diferente a la primera, la cual sería...

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

De igual manera a las participantes se le darían 20 min para realizar el ejercicio.

El objetivo del ejercicio B sería el que ellas como participantes logran hablar con más facilidad acerca de ese momento doloroso.

- **Ejercicio C**

Este ejercicio iba acompañado con una instrucción nuevamente y una tabla que contenía una lista de palabras y frases complementarias que ayudarían a las participantes a realizar su escrito, los cuales serían los siguientes...

Instrucción.

“A partir de este momento escriba sobre algún hecho de su propia vida (reciente o antiguo), que se considere el más doloroso de sus recuerdos. escriba utilizando la primera persona del singular (yo, mí, a mí, etc.), de manera continua. En esta ocasión le presentaremos una lista de palabras; intente utilizar el mayor número de las que le acomoden a su propio escrito.”

Tabla con lista de palabras.

Figura 5.1.

Lista de palabras del Ejercicio C

PALABRAS POSITIVAS	PALABRAS NEGATIVAS	PALABRAS DE CONEXION
AMOR	ODIO	DESCUBRI QUE...
APECTO	FRACASO	AL FIN COMPRENDI QUE...
FELICIDAD	FEALDAD	DESPUES DE TIEMPO...
BIENESTAR	INTRANQUILIDAD	ESTOY BUSCANDO...
PAZ	INSOPORTABLE	ESTOY CERCA DE ...
ARMONIOSO	DESTRUCTIVO	SOSPECHO QUE...
BONITO	DESHONESTO	PRESENTO QUE...
SERENO	TERRORIFICO	POR FIN ENCONTRE QUE...
VIGOROSO	INTOLERABLE	LA RAZON DE...
AMABLE	DANINO	AHORA SE...
SATISFACTORIO	SUFRIMIENTO	EL SENTIDO ES...
DISFRUTAR	QUEBRANTO	AHORA ESTA MAS CLARO.

Nota: “Lista de palabras a utilizar en el Ejercicio C de Escritura Emocional”

Fuente: Escritura Emocional Autorreflexiva Tradicional

- **Ejercicio D**

De igual manera, este ejercicio iba acompañado con una instrucción nuevamente y una tabla que contenía una lista de palabras y frases complementarias que ayudarían a las participantes a realizar su escrito, los cuales serían los siguientes...

Instrucción.

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

Tabla con lista de palabras.

Figura 5.2.

Lista de palabras del Ejercicio D

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

Nota: “Lista de palabras a utilizar en el Ejercicio D de Escritura Emocional”

Fuente: Escritura Emocional Autorreflexiva Tradicional

Al igual que en los ejercicios anteriores se les daría 20 min de tiempo para realizar el ejercicio.

El objetivo del ejercicio D es que las participantes pudieran darle una posible solución al logran analizar y comprender ese momento doloroso que se trabajaría en el ejercicio anterior y así, posteriormente, lograr asociar palabras positivas y/o negativas a su escritura.

Cabe resaltar que en cada ejercicio se le diría a la participante que al escribir ella podría hacerlo con la confianza y seguridad de que su escrito no sería divulgado, que no debía preocuparse por la ortografía, sintaxis y/o gramática y que en caso de no recordar nada por un momento, ella podría esperar un poco, y después recordaría. También algo que no olvidáramos comentar es que si en algún momento las participantes no se sentían cómodas en el momento en el que ellas nos indicaran íbamos a parar el ejercicio. Una vez teniendo en cuenta el procedimiento que se llevaría a cabo para trabajar la escritura emocional autorreflexiva tradicional con las participantes, procedimos a trabajarlo de esa manera con ella.

A continuación, se muestra todo el proceso de la escritura emocional autorreflexiva tradicional que se tuvo con dada una de nuestras participantes.

Participante P01

Una sesión anterior a la participante se le informó que sería lo que se iba a trabajar la próxima sesión, esto para que de cierta manera la fuéramos preparando y estuviera al tanto de todo lo que se iba a trabajar con ella.

La participante nos comentó que ella no sabía leer y ni escribir, por lo cual se decidió y con autorización por parte de ella, que las sesiones de escritura emocional autorreflexiva iban a ser grabadas para posteriormente poder transcribir lo que ella nos compartiera.

1. Ejercicio A

Descripción del procedimiento:

Una vez en su domicilio y después de hacer el rapport, procedimos a tomar temperatura; para nosotros la toma de temperatura (punto estrés) es muy importante ya que nos da un poco de información para saber cómo poder abordar el tema; en este caso fue para saber

cómo es que se encontraba la participante, y como es que debíamos proceder. Una vez que procedimos a medir su punto estrés y verificar que estaba todo normal, procedimos a explicar cómo es que íbamos a trabajar con ella la escritura emocional. Fue así como continuamos dando la instrucción, en este caso como ella no sabe escribir se le indico que nos contara ese momento y que más adelante, después de transcribirlo (**Figura 5.3.) (Ver en anexos)**, se le leería nuevamente.

Para la participante fue un poco complicado hablar sobre este momento doloroso de su vida, ya que ella nos comentó que nunca lo había compartido con alguien más, y que, por lo tanto, esta era la primera vez que hablaba de tema, por ello la razón de que fuera complicado y doloroso compartírnos esto.

A medida que ella seguía hablando de ese momento que en su niñez había vivido las palabras se podían oír entrecortadas, en ese momento ella decidió parar.

Y así fue, paramos el ejercicio de escritura emocional en ese momento. Procedimos a tomar temperatura para saber un poco más acerca de cómo es que se sentía la participante, utilizamos nuevamente la técnica de rapport, esto para crear un poco el ambiente de tranquilidad para que la participante estuviera de igual manera tranquila y así fue, finalizamos la sesión con una técnica de imaginación guiada y finalizamos con toma de temperatura (punto estrés).

2. **Ejercicio B**

Descripción del procedimiento:

Para el Ejercicio B, de igual manera, al encontrarnos en su domicilio, hacer rapport y haber hecho toma de temperatura (punto estrés), procedimos a explicar cómo es que era el procedimiento para llevar a cabo la segunda escritura emocional, en su caso, el que ella nos narrará nuevamente el suceso doloroso vivido en su infancia. Después de haber dado la instrucción y leerle la transcripción de la sesión y ejercicio anterior (**Figura 5.3.) (Ver en anexos)**, la participante nos dio el comentario que aún no le quedaba clara la instrucción, así que procedimos a darle ejemplos para que le fuera más fácil narrar nuevamente el suceso, pero siguiendo la instrucción y así fue, una vez que la participante logro comprender de mejor manera las instrucciones procedimos a leerle la transcripción que se hizo de la primera sesión de escritura emocional.

En este segundo ejercicio notamos que para la participante aún era doloroso hablar del tema, sin embargo, hubo un cambio, cómo si el hablar de lo que le había sucedido, por primera vez, con alguien le haya quitado un peso de encima, y, aunque sabemos que los eventos dolorosos de nuestra vida no se sanan de la noche a la mañana, con ella pudimos ver un avance poco a poco.

En este ejercicio (**Figura 5.4.) (Ver en anexos)**, ella nos pudo hablar con un poco más de facilidad sobre lo que había vivido, una teoría que se tiene es que esto sucedió porque a las personas les es más fácil hablar de la vida o de experiencias vividas por los demás que de sí mismas. En esta sesión la participante paro de hablar porque ya no tenía más que decir, después del tiempo que se le designo para que ella nos hablara un poco más del tema, se abrió el espacio para que ella nos platicara más de lo que había vivido, logramos notar que esto ayudo más a la participante, ya que de alguna manera ella logro soltarse un poco más y abrirse para contarnos más de lo sucedido.

Al finalizar el ejercicio de la escritura emocional, procedimos a tomar la temperatura (punto estrés) y aplicar técnica de relajación de respiración diafragmática, nuevamente tomamos temperatura y finalizamos la sesión.

3. Ejercicio C

Descripción del procedimiento:

Nuevamente, estando en el domicilio de la participante y después de hacer todo nuestro procedimiento (rapport y toma de temperatura (punto estrés), comenzamos a explicar que es lo que haríamos en esta tercera sesión, dimos la instrucción del ejercicio correspondiente y dimos más explicaciones para que pudiera quedar muy clara la instrucción. En esta ocasión era necesaria la utilización de un listado de una serie de palabras, tanto como positivas como negativas acompañadas de pequeñas frases de conexión que ayudarían a la participante a narrar el suceso con más facilidad, a pesar de haber dejado clara la instrucción, la participante necesito la ayuda de uno de nosotros para que le leyéramos las palabras y frases. Así dimos paso al tercer ejercicio de la escritura leyéndole la transcripción del ejercicio anterior (**Figura 5.4.) (Ver en anexos)**.

Cuando uno de nosotros intervino para preguntar que palabras positivas usaría en su narración, la participante contesto con mucha seguridad que en el suceso que ella narra que vivió no hay cupo para palabras positivas, por lo tanto, no iba a ocuparlas. Sin embargo,

cuando se le pregunto por las palabras negativas, sin dudar comenzó a relacionarlas con lo que ella iba narrando, las palabras que utilizó fueron las siguientes:

- La palabra odio fue reemplazada por rechazo
- Intranquilidad
- Insoportable
- Destructivo para referirse a que ella era indestructible
- Terrorífico
- Intolerable
- Sufrimiento

Y finalmente para las frases de conexión encontramos que utilizó:

- Descubrí que
- Al fin comprendí que
- Después de tiempo
- Estoy buscando
- Presiento que

Al finalizar, pudimos notar que ella por sí misma pudo darse cuenta de que si había cosas positivas que podía rescatar de todo lo que había vivido. **(Figura 5.5.) (Ver en anexos)**

Y así fue como concluimos el ejercicio C de la escritura emocional, hicimos toma de temperatura (punto estrés) y procedimos a aplicar técnica de relajación de Tensión y distensión y finalizamos con toma de temperatura.

4. Ejercicio D

Descripción del procedimiento:

Llegamos al domicilio de la participante y comenzamos con el rapport, toma de temperatura (punto estrés) y comenzamos a explicar que en esa sesión haríamos el último ejercicio de la escritura emocional y así estaríamos terminando esta parte de la escritura emocional. Comenzamos a dar las instrucciones, leímos la transcripción del ejercicio anterior **(Figura 5.5.) (Ver en anexos)** y nuevamente uno de nosotros le ayudo en el proceso. En esta ocasión ella utilizó todas las palabras positivas como una manera de agradecer que ahora puede ver las cosas de diferente manera y de las palabras negativas, la

única que no pudo relacionar con nada fue la palabra “*odio*” y de palabras de conexión la única frase que no encajo en su narración fue la de “*Ahora nunca me*”

Este ejercicio fue más sencillo de trabajar a comparación de los otros tres y lo pusimos notar en la manera en cómo nos compartió el momento vivido. Después de que la participante concluyó el ejercicio D, al igual como en los anteriores, leímos la transcripción para que ella estuviera al tanto del seguimiento del ejercicio de escritura emocional. **(Figura 5.6.) (Ver en anexos).**

Finalizamos con toma de temperatura (punto estrés), aplicamos técnica de relajación atención enfocada y nuevamente con toma de temperatura (punto estrés) nuevamente.

Participante P02

Esta participante si sabe leer y escribir.

1. Ejercicio A

Descripción del procedimiento:

Una vez en su domicilio y después de hacer el rapport, procedimos a toma de temperatura (punto estrés), que esto ya es muy conocido por nuestra participante P02. Comenzamos a explicarle que era la escritura emocional y como es que iba a ser todo el proceso de esta, le explicamos que en esta ocasión íbamos a realizar el ejercicio A de la escritura emocional autorreflexiva.

Dimos las instrucciones y colocamos un cronometro para que la participante se diera cuenta del tiempo que llevaba en el momento que ella lo quisiera. Así fue como se pudo concluir el primer ejercicio de la escritura emocional, el ejercicio A **(Figura 6.1.) (Ver en anexos).** Cabe mencionar que la actitud de la cuidadora en casi todo momento fue muy apática ante cualquier indicación/comentario que le hacíamos. En alguna sesión del trimestre anterior ya nos había hablado un poco de este suceso doloroso que vivió en algún momento de su vida, así que creemos que como anteriormente ya lo había compartido con nosotros, ahora no logro causarle tanto dolor como cuando la primera vez que lo hizo. No obstante, nos compartió que para ella sigue siento un momento muy doloroso y difícil en su vida.

Después de concluir este ejercicio, procedimos a tomar temperatura (Punto estrés), técnica de imaginación guiada y finalizamos con toma de temperatura (punto estrés).

2. *Ejercicio B*

Descripción del procedimiento:

En esta ocasión llegamos al domicilio y la participante solo nos esperaba, hicimos un poco de rapport y comenzamos a explicarle como es que sería el segundo ejercicio y ella se mostró muy atenta a las indicaciones. Nuevamente, le dimos la instrucción, le dimos ejemplos para que quedara muy claro y comenzamos a correr el tiempo en el cronometro, le dimos la hoja con el escrito anterior para que ella pusiera guiarse un poco de lo que escribió y le fuera más fácil y así fue como corrieron los 20 min y logro terminar el ejercicio B (**Figura 6.2.) (Ver en anexos).**

Al finalizar el ejercicio de la escritura emocional, procedimos a tomar la temperatura (punto estrés) y aplicar técnica de relajación de respiración diafragmática, nuevamente tomamos temperatura y finalizamos la sesión.

3. *Ejercicio C*

Descripción del procedimiento:

Después de encontrarnos en su domicilio, de haber hecho rapport y haber tomado temperatura le comentamos en que numero de ejercicio íbamos de los cuatro que eran, le explicamos que este también se haría de diferente manera a los anteriores.

Para este ejercicio se le iba a dar una tabla con listados que contenían una serie de palabras, tanto como positivas, negativas y frases de conexión. Nuevamente le dimos la escritura del ejercicio anterior para que pudiera guiarse y así fue.

Como palabras positivas utilizo:

- Amor
- Afecto
- Felicidad
- Bienestar
- Paz
- Armonioso

- Bonito

De las palabras negativas utilizo

- Odio
- Intolerable
- Sufrimiento
- Quebranto
- Agregó Coraje

Y las frases de conexión que no utilizo fueron:

- Estoy buscando
- Sospecho que
- Presiento que
- El sentido es

Y así fue como concluimos el ejercicio C (***Figura 6.3.) (Ver en anexos)*** de la escritura emocional, hicimos toma de temperatura (punto estrés) y procedimos a aplicar técnica de relajación de Tensión y distensión y finalizamos con toma de temperatura.

4. Ejercicio D

Descripción del procedimiento:

Una vez en el domicilio de la participante y después de realizar las actividades la antes mencionadas al inicio de todas las sesiones, le explicamos a la participante que ese sería el último ejercicio de escritura emocional con el cual concluiríamos la escritura emocional.

Para este último ejercicio le explicamos que trabajaríamos como el ejercicio anterior, solo que en este utilizaríamos diferente listado para que pudiera incluirlo en su texto, nuevamente le dejamos su último escrito y le dimos los 20 min.

Las palabras positivas que utilizo fueron:

- Tranquilidad
- Alegría
- Contento

Las palabras negativas fueron:

- Tristeza
- Dolor
- Enojo
- Odio

Y las frases de conexión que utilizo fueron:

- Analicé y comprendí que
- Acepto que

En este ejercicio nos dimos cuenta de que a pesar de que el ejercicio anterior fue similar en la manera de trabajarlos, nos dimos cuenta de que no pudo realizar un buen escrito que fuera al menos comprensible, pero logro terminar el ejercicio. *(Figura 6.4.) (Ver en anexos).*

Finalizamos con toma de temperatura (punto estrés), aplicamos técnica de relajación atención enfocada y nuevamente con toma de temperatura (punto estrés) nuevamente.

10.3. Tercera fase

Como se mencionó anteriormente, la tercera fase fue la intervención grupal, la cual se llevó a cabo durante nueve meses, los participantes fueron integrantes que habían formado parte del programa anteriormente, estos nueve meses se dividieron en etapas, las cuales fueron tres, cada una con una duración de 3 meses. Las sesiones grupales tuvieron una duración de 1 hora con 15 minutos a 1 hora con 30 min aproximadamente, en estas sesiones se realizaron actividades que tenían el objetivo de ayudar a los participantes a crear un ambiente de confianza para lograr un desenvolvimiento dentro del grupo, en estas sesiones se trataron temas que tienen que ver con el autocuidado, roles familiares, gestión de emociones, trabajo en grupo, identificación de redes de apoyo, entre otros, cada uno de los temas ayudaron a los participantes a poder generar un cambios importantes en su vida cotidiana.

En las primeras dos etapas de esta tercera fase, hubo la colaboración de seis diadas de trabajo, la diada 13, 14, 15, 16, 17 y 18. En conjunto con las demás diadas se preparaban las

sesiones grupales; por medio de una carta descriptiva (**Figura 7.1**) se asignaban los roles con la actividad correspondiente que a cada diada le correspondía dar.

Figura 7.1.

Carta Descriptiva

PRIMERA ETAPA DEL AÑO TERMINAL: CARTA DESCRIPTIVA 1
(Intervención Comunitaria)

FECHA: 16 de Agosto, 2023	NÚM. DE SESIÓN: Sesión No 1
LUGAR: Local Unión de Caleros	TEMA: Presentación de grupo

HRS.	ACTIVIDAD	TITULARES	OBJETIVOS	TÉCNICA	PROCEDIMIENTO	MATERIAL
10:00 - 10:01	Bienvenida	<i>Responsable:</i>	Recibir a los participantes dándoles la bienvenida, presentándonos ante ellos de manera general, así como reconocer la labor que realizan, para dar paso a las actividades programadas.	No aplica		No aplica
10:01 - 10:10	Integración	<i>Responsable:</i>	Integrar al grupo y hacer que se conozcan mejor para así crear un ambiente de confianza.	Red de telaraña		Estambre
10:10 - 10:08	Activación Física	<i>Responsable:</i>	El objetivo es promover el calentamiento físico con la finalidad de optimizar el rendimiento y obtener una mayor amplitud de movimiento. (Calentamiento - Estiramiento)	Activación física		Bodina, música y sillas
10:08 - 10:33	Autodiagnóstico	<i>Responsable:</i>	El objetivo es hacer una evaluación en la cual por medio de un árbol que será dibujado por los participantes, en el pondrán sus problemas, las causas del problema y las consecuencias que les trae a su vida el problema	Árbol de problemas		Papel bond y plumones
00:00 - 00:00	Tema Central (Autoestima)	<i>Responsable:</i>	No aplica	No aplica		No aplica
00:00 - 00:00	Retroalimentación	<i>Responsable:</i>	No aplica	No aplica		No aplica
10:33 - 10:36	Primera Medición de Temperatura (Central y Periférica)	<i>Responsable:</i>	Evaluar la respuesta psicofisiológica de las y los cuidadores.	Medición con termómetro		Termómetro, plumas y cuaderno
10:36 - 10:40	Actividad de Relajación	<i>Responsable:</i>	Conseguir un estado de regulación física y emocional en las y los cuidadores Conseguir que las y los cuidadores aprendan cómo cambiar la actividad fisiológica con el propósito de mejorar la salud, el desempeño y la regulación del estrés.	Respiración diafragmática		No aplica
10:40 - 10:43	Segunda Medición de Temperatura (Periférica)	<i>Responsable:</i>	Evaluar la respuesta psicofisiológica de las y los cuidadores.	Medición con termómetro	-	Termómetro, plumas y cuaderno
10:43 - 10:48	Cierre	<i>Responsable:</i>	Terminar la sesión retomando los contenidos más relevantes, así como también, conocer su sentir ante las actividades.	Síntesis		Ninguno

Nota: “Ejemplo de Carta Descriptiva utilizada para la coordinación de las sesiones grupales”

Fuente: Recuperado de archivos de Drive

Las actividades que se asignaban en la carta descriptiva y se realizaron dentro de las sesiones fueron las siguientes:

- *Bienvenida.* Se recibieron a los participantes dándoles la bienvenida, agradeciendo su asistencia y participación, para luego dar paso a las actividades programadas.
- *Activación física.* El objetivo fue promover el calentamiento físico con la finalidad de activar el cuerpo y de poder tener una mejor movilidad para las actividades programadas, de igual forma, para bajar los niveles de estrés.
- *Tema central.* A través de una presentación (PowerPoint o laminas como papel bond o cartulinas) se les presentó el tema a los participantes, abordando el tema elegido con anterioridad, con el fin de compartir información que los participantes pudieran emplear en su vida diaria promoviendo el autocuidado.
- *Retroalimentación.* En esta actividad se buscó reforzar los conocimientos compartidos en el tema central, con la finalidad de asegurarnos de que hubiera quedado claro el tema.
- *Medición de temperatura (primera toma).* Tenía el fin de evaluar la respuesta psicofisiológica de las y los cuidadores.
- *Actividad de relajación.* Su objetivo fue conseguir un estado de regulación física y emocional en las y los cuidadores
- *Medición de temperatura (segunda toma).* Evaluar la respuesta psicofisiológica de las y los cuidadores posterior a la actividad de relajación.
- *Cierre.* Se dio un breve resumen al grupo de lo que se realizó durante la sesión.

Actividades que en algunas sesiones fueron extras, son las siguientes.

- *Integración.* Su objetivo de esta actividad fue integrar al grupo y hacer que se conocieran mejor para así crear un ambiente de confianza
- *Autodiagnóstico.* El objetivo fue hacer una evaluación en la cual por medio algún diagrama, los participantes pudieran exponer temas de interés, para poder trabajarlos en futuras sesiones.
- *Actividad de cohesión grupal.* El objetivo fue fomentar la participación y la convivencia dentro del grupo a través de una dinámica de cohesión grupal.

Las actividades extras se fueron agregando a la carta descriptiva de acuerdo con la necesidad del grupo, por lo general, estas actividades extras se agregaban a inicios de las etapas.

Para esta tercera fase no hubo una planeación general por etapas, pero si había una planeación por sesión semanal, la cual se realizaba en una carta descriptiva (**Figura 7.1**), la carta descriptiva se ajustaba a las necesidades de las sesiones grupales, cada semana eran diferentes, puesto que, la idea era idear nuevas actividades que fueran innovadoras, educativas, entretenidas y que al final satisficieran las necesidades de cada uno de los miembros del grupo.

10.3.1. Descripción del trabajo realizado en las sesiones grupales.

A continuación, se describe de manera sintetizada el trabajo realizado en las sesiones grupales realizadas en cada una de las etapas. **Figura 8.1. (Ver en anexo)**

10.3.1.1. Primera etapa.

En esta etapa trabajamos 6 diadas con el grupo “Colibríes. UAM”, cada una estaba a cargo de realizar una actividad de la carta descriptiva, lo siguiente fue la manera en que se realizaron las sesiones grupales.

1ra sesión grupal programada el 16 de agosto del 2023:

- En esta primera sesión, nos presentamos y conocimos todos los participantes y a su vez los psicólogos a la vez que se realizó un árbol de problemas, para poder identificar qué temas se trabajarán en esta primera fase.

2da sesión grupal programada el 23 de agosto del 2023:

- Se trabajó el tema del Estrés
- Hubo un total de Siete participantes
- Se utilizó una técnica relajación por medio de la respiración diafragmática.

3ra sesión grupal programada el 30 de agosto del 2023:

- Se trabajó el tema del Estrés e introducción a la ansiedad
- Hubo un total de 12 participantes

- Se utilizó una técnica relajación por medio de la respiración diafragmática.

4ta sesión grupal programada el 06 de septiembre del 2023:

- Se trabajó el tema de la Ansiedad
- Hubo un total de 16 participantes
- Se utilizó una técnica relajación por medio de una técnica de imaginación guiada.

5ta sesión grupal programada el 13 de septiembre del 2023:

- Se trabajó el tema de la Soledad
- Hubo un total de 14 participantes
- Se utilizó una técnica relajación por medio de una técnica de imaginación guiada.

6ta sesión grupal programada el 20 de septiembre del 2023:

- Se trabajó el tema del Duelo
- Hubo un total de 14 participantes
- Se utilizó una técnica relajación por medio de una técnica de imaginación guiada.

7ma sesión grupal programada el 27 de septiembre del 2023:

- Se trabajó el tema de Relaciones familiares y límites
- Hubo un total de 14 participantes
- Se utilizó una técnica de relajación por medio de una técnica de imaginación guiada.

8va sesión grupal programada el 04 de octubre del 2023:

- Se trabajó el tema de Comunicación (Asertiva, Pasiva y Agresiva)
- Hubo un total de 14 participantes
- Se utilizó una técnica de relajación por medio de una técnica de imaginación guiada.

9na sesión grupal programada el 11 de octubre del 2023:

- Se trabajó el tema de Resolución de conflictos
- Hubo un total de 13 participantes
- Se utilizó una técnica de relajación por medio de una técnica de imaginación guiada.

10ma sesión grupal programada el 18 de octubre del 2023:

- Se presentó el cierre de la primera etapa grupal
- Hubo un total de 21 participantes
- Se utilizó una técnica de relajación por medio de la respiración diafragmática.

10.3.1.2. Segunda etapa.

Para esta segunda etapa continuamos trabajando las 6 diadas, de la misma manera igualmente como se muestra a continuación. *Figura 9.1. (Ver en anexo)*

1ra sesión grupal programada el 15 de noviembre del 2023:

- En esta primera sesión de la segunda fase grupal, se dio nuevamente la bienvenida al programa y una lista de temas a trabajar en esta segunda etapa
- Se contó con un total de 9 participantes
- Se utilizó una técnica de relajación por medio de la respiración diafragmática.

2da sesión grupal programada el 22 de noviembre del 2023:

- Se trabajó el tema de Autoestima
- Hubo un total de 9 participantes
- Se utilizó una técnica de relajación por medio de una técnica de imaginación guiada.

3ra sesión grupal programada el 29 de noviembre del 2023:

- Se trabajó el tema de Sorpresa y Alegría
- Hubo un total de 7 participantes
- Se utilizó una técnica de relajación por medio de una técnica de imaginación guiada.

4ta sesión grupal programada el 06 de diciembre del 2023:

- Se trabajó el tema de Tristeza y enojo
- Hubo un total de 11 participantes
- Se utilizó una técnica de relajación por medio de una técnica de imaginación guiada.

5ta sesión grupal programada el 13 de diciembre del 2023:

- Se trabajó el tema de Miedo y Desagrado
- Hubo un total de nueve participantes
- Se utilizó una técnica de relajación por medio de una técnica de imaginación guiada.

6ta sesión grupal programada el 20 de diciembre del 2023:

- Se trabajó el tema de Uso de sustancias (adicciones)
- Hubo un total de 13 participantes
- Se utilizó una técnica de relajación por medio de una técnica de imaginación guiada.

7ma sesión grupal programada el 10 de enero del 2024:

- Se trabajó el tema de Límites familiares
- Hubo un total de 9 participantes
- Se utilizó una técnica de relajación por medio de una técnica de imaginación guiada.

8va sesión grupal programada el 17 de enero del 2024:

- Se trabajó el tema de Comunicación familiar
- Hubo un total de 13 participantes
- Se utilizó una técnica de relajación por medio de una técnica de imaginación guiada.

9na sesión grupal programada el 24 de enero del 2024:

- Se trabajó el tema de Insomnio
- Hubo un total de 12 participantes
- Se utilizó una técnica de relajación por medio de una técnica de imaginación guiada.

10ma sesión grupal programada el 07 de febrero del 2024:

- Se presentó el cierre de la 2da fase
- Hubo un total de 12 participantes
- Se utilizó una técnica de relajación por medio de una técnica de respiración diafragmática.

10.3.1.3. Tercera etapa

En la tercera etapa de esta fase solo 5 diadas trabajaron con el grupo “Colibríes. UAM”, la forma de trabajar fue la misma y se presenta a continuación. *Figura 10.1. (Ver en anexo)*

1ra sesión grupal programada el 06 de marzo del 2024:

- En esta primera sesión de la tercera fase grupal, se dio nuevamente la bienvenida al programa y una lista de temas a trabajar en esta tercera etapa
- Se contó con un total de 8 participantes
- Se utilizó una técnica de relajación por medio de la respiración diafragmática.

2da sesión grupal programada el 13 de marzo del 2024:

- Se trabajó el tema de Memoria
- Hubo un total de 10 participantes
- Se utilizó una técnica de relajación por medio de una técnica de imaginación guiada.

3ra sesión grupal programada el 20 de marzo del 2024:

- Se trabajó el tema de Salud y autocuidado
- Hubo un total de 8 participantes
- Se utilizó una técnica de relajación por medio de una técnica de imaginación guiada.

4ta sesión grupal programada el 27 de marzo del 2024:

- Se trabajó el tema de Influencia social
- Hubo un total de Siete participantes
- Se utilizó una técnica de relajación por medio de una técnica de imaginación guiada.

5ta sesión grupal programada el 03 de abril del 2024:

- Se trabajó el tema de Gestión e identificación de emociones
- Hubo un total de 11 participantes
- Se utilizó una técnica de relajación por medio de una técnica de imaginación guiada.

6ta sesión grupal programada el 10 de abril del 2024:

- Se trabajó el tema de Patrones de comportamiento/conducta
- Hubo un total de Diez participantes
- Se utilizó una técnica de relajación por medio de una técnica de imaginación guiada.

7ma sesión grupal programada el 17 de abril del 2024:

- Se trabajó el tema de Prejuicios y estereotipos, hubo un total de Diez participantes y se utilizó una técnica de relajación por medio de una técnica de imaginación guiada.

8va sesión grupal programada el 24 de abril del 2024:

- Se trabajó el tema de Conciencia colectiva
- Hubo un total de 9 participantes
- Se utilizó una técnica de relajación por medio de una técnica de imaginación guiada.

9ta sesión grupal programada el 01 de mayo del 2024:

- Se trabajó el tema de Culpa y depresión
- Hubo un total de 10 participantes
- Se utilizó una técnica de relajación por medio de una técnica de imaginación guiada.

10ma sesión grupal programada el 08 de mayo del 2024:

- Se trabajó el tema de Liderazgo/Trabajo grupal
- Hubo un total de 11 participantes
- Se utilizó una técnica de relajación por medio de una técnica de imaginación guiada.

11va sesión grupal programada el 15 de mayo del 2024:

- En esta sesión se les pidió a los participantes del grupo que ellos se encargaran de la sesión y se pusieran en nuestro papel, ellos eligieron un tema de trabajo y lo expusieron, siendo Insuficiencia renal, hubo un total de 8 participantes y se utilizó una técnica de relajación por medio de una técnica de imaginación guiada.

En esta tercera etapa se creó el grupo de “Colibríes”, los participantes fueron los encargados en hacer la elección del nombre para su grupo acompañado de un eslogan para posteriormente

hacer un escudo; el escudo tenía que ser representado por un animal, por un objeto, por un metal, por una planta y finalmente colocar el nombre elegido.

Ellos eligieron el nombre de colibrí en relación con el animal le trae a su mente las palabras *fortaleza, aceptación, adaptabilidad y superación*, y ellos lo relacionan con el rol que desempeñan de cuidador o autocuidador. La elección del objeto fue una cadena ya que es un símbolo de la unión que hay en el grupo, eligieron que la cadena fuera de un metal el cual sería oro por la fortaleza y lo valioso que tiene este metal.

Su elección de planta fue una llamada "*ave del paraíso*" una participante comentó que ella relaciona las palabras *alegría, felicidad y libertad* pues simbolizan un pájaro por su parecido con él. Finalmente, el escudo presentado fue la siguiente **Figura 10.2. Logo del grupo colibríes.**

Figura 10.2.

Logo del grupo colibríes.



Nota: "Explicación de elementos utilizados para la elaboración del escudo"

Fuente: Elaborado por Díada 15 con base imágenes encontradas en Pinterest

En cuanto a su eslogan y título quedó de la siguiente manera “Colibríes, UAM”. Ellos decidieron utilizar “UAM” como siglas de el eslogan “Unos Ángeles nos Motivan”, haciendo referencia a nosotros Y de esa manera agradeciéndonos.

El escudo final quedo de la siguiente manera como se muestra en la **Figura...** Logo colibríes que ve a continuación.

Figura 10.3.

Logo Colibríes.



Nota: “Escudo terminado”

Fuente: Elaborado por Díada 15 con base imágenes encontradas en Pinterest

11.Resultados

11.1. Cuantitativos.

11.1.1. Primera fase.

Como parte del programa y como anteriormente se comentó en el apartado **9. Instrumentos**, se les aplicaron instrumentos a las participantes P01 y P02 con la finalidad de tener un seguimiento de ellos y lograr obtener datos con los cuales pudiéramos analizar la cantidad de sobrecarga que

las participantes experimentan al desempeñar el rol de cuidadoras, entre otros datos que resultaron interesantes a la hora de analizar los instrumentos. Tales datos también nos proporcionaron información que nos ayudó a saber cómo es que las participantes viven el autocuidado una siendo cuidadora y otra autocuidadora, así mismo para saber cómo lograban brindar un buen cuidado a sus dependientes o hacia ella mismas.

11.1.1.1. Sumatoria de los resultados de los instrumentos aplicados.

A continuación, se presentan los resultados de las sumatorias obtenidas de los instrumentos aplicados en la primera fase del programa a ambas participantes.

Tabla 3.1.

Sumatoria del instrumento PHQ4 de las participantes.

Participante	SUM_phq4_p1	SUM_phq4_p2
P01	5.00	8.00
P02	4.00	8.00

Como se muestra en la **Tabla 3.1. Sumatoria del instrumento PHQ4 de las participantes.**, ambas participantes obtuvieron similares respuestas en este instrumento, solo hubo una pequeña diferencia con la Participante P01 en la primera parte del cuestionario referente a la medición de ansiedad, ella respondió “*Varios días*” a la pregunta: “*Durante las últimas semanas, ¿Se ha sentido preocupado por los problemas que se indican a continuación?, por ejemplo, Imposibilidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación.*”. Sin embargo, en su mayoría fueron respuestas de “*Nada en lo absoluto*” que hacen referencia a que la participante dentro de lo que puede se mantiene tranquila y por lo tanto no hay razón por la cual alarmarnos.

Tabla 3.2.

Sumatoria del cuestionario Zarit

Participante	SUM_SZarit
P01	40.00
P02	41.00

En la **Tabla 3.2. Sumatoria del cuestionario Zarit.**, se muestran las sumatorias de ambas cuidadoras con respecto el instrumento de Zarit, el cual su objetivo es el de evaluar y definir a las personas que presentan una sobrecarga muy elevada, el instrumento menciona que cuando las puntuaciones son superiores a 47 la persona presenta un alto riesgo de enfermedad, por lo tanto, debería de comenzar a generar cambios en su estrilo de vida. Las participantes se encuentran por debajo del número limite, sin embargo, lo ideal es que comiencen a generar cambios, empezando por implementar y llevar a cabo el autocuidado.

Un ejemplo de esto puede ser que la participantes consideran que, por cuidar a su familia, esposo, nietos, hijos, etc., no tuvieron o tienen suficiente tiempo para ellas, principalmente para cuidarse y evitar padecimientos, sin embargo, ellas creen que debe hacer más por su familia y lo puede hacer mucho mejor, vemos que se encuentran en una contradicción, por un lado, quieren estar bien de salud, pero por otro no quiere descuidar a su familia.

Tabla 3.3.

Sumatoria del cuestionario MOS

Participante	SUM_MOS_Personas	SUM_MOS
P01	5.00	73.00
P02	10.00	87.00

En la **Tabla 3.3. Sumatoria del cuestionario MOS** se muestran los resultados obtenidos al analizar la sumatoria de los cuestionarios y los resultados que obtuvimos como se muestra en las tablas, la cuidadora P02 tiene más personas que la apoye, el número que nos dio fue de 10 personas,

ya sean amigos o familiares íntimos que la apoyan cuándo ella la necesita y dispone de más apoyo cuando lo necesita, pero podemos notar que solo algunas veces tiene a alguien a quien le pueda contar sus preocupaciones o miedos más privados y no siempre tiene a alguien que le ayude a atender cierta información importante, no obstante, ella tiene a alguien quien la acompañe a sus citas médicas, quien la quiera, alguien con quien pueda pasar un buen rato, y eso para ella es importante y valioso.

Por otro lado, cuidadora P01 en cuanto a los resultados podemos decir que ella cuenta con un menor número de personas, 5 en total, ya sean amigos o familiares íntimos con los cuales pueda contar cuando ella lo necesita, ella algunas veces cuanta con alguien que le pueda brindar un buen consejo en alguna crisis, solo a veces tiene a alguien con quien pueda relajarse, con quien pueda reunirse para relajarse o incluso hacer algo agradable, pero a pesar de ello, siempre tiene a alguien con quien pueda hablar acerca de sus problemas y alguien que la haga sentir querida.

Consideramos que esos resultados pueden mejorar, con dedicación y decisión.

Tabla 3.4.

Sumatoria del cuestionario de salud SF-36

Participante	SUM_SF36_p1	SUM_SF36_p2	SUM_SF36_p3	SUM_SF36_p4	SUM_SF36_p5
P01	6.00	19.00	17.00	19.00	8.00
P02	6.00	16.00	12.00	27.00	8.00

En cuanto al cuestionario SF-36, la **Tabla 3.4. Sumatoria del cuestionario de salud SF-36** nos muestra los resultados obtenidos al realizar las sumatorias, este cuestionario consta de 36 temas, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: *Función física, Función social, Limitaciones de rol: de problemas físicos, Limitaciones de rol: problemas emocionales; Salud mental, Vitalidad, Dolor y Percepción de la salud general*. Los temas y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayores sean, mejor estado de salud.

En el primer apartado del cuestionario (*SUM_SF36_p1*) ambas participantes obtuvieron la misma puntuación. En el segundo apartado (*SUM_SF36_p2*) hubo una diferencia de 3 puntos entre las

respuestas de las participantes, dejando a la participante P01 con una puntuación más alta de 19, esto por el hecho de que ella considera que su salud actual la limita a hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores, así como también subir pisos altos por las escaleras, arrodillarse y agacharse. Mientras que la participante P02 considera que su salud actual solo la limita mucho para levantar o llevar las bolsas de sus compras.

En cuanto el tercer apartado del cuestionario (*SUM_SF36_p3*), hubo una diferencia de 5 puntos, dejando a la participante P01 por arriba de la participante P02, debido a que la participante P01 Considera que durante las últimas cuatro semanas, su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, amigos, vecinos u otras personas regularmente; considera también qué ha sentido un dolor moderado en alguna parte de su cuerpo durante las últimas cuatro semanas. Y finalmente, cree que ese mismo dolor regularmente le ha dificultado realizar sus actividades.

Hablando del cuarto apartado del cuestionario (*SUM_SF36_p4*), Hoy se muestra una diferencia mayor entre las participantes, tal diferencia es de. 8 puntos, Dejando ahora a la participante P02 Por encima de la participante P01. Finalmente, en el quinto apartado del cuestionario. (*SUM_SF36_p5*), ambas participantes obtuvieron el mismo número de puntos.

11.1.1.2. Análisis de las preguntas seleccionadas en la aplicación pre de los instrumentos con respecto a las participantes P01 y P02.

- *Imposibilidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación.*

En el estudio realizado, se aplicó el instrumento de PHQ-4 a un total de 45 individuos que desempeñaban el papel de cuidador primario. Respecto a la pregunta número dos los resultados demostraron que más de la mitad de la población (51.1%) sentía una imposibilidad de dejar de preocuparse durante varios días. Es importante destacar que, dentro de este grupo, se encontraban P01 y P02, quienes en un principio afirmaron controlar su preocupación y emociones. Sin embargo, durante las sesiones de seguimiento, se pudo percibir que ambas participantes se encontraban en la variable de sentir preocupación varios días, debido a la responsabilidad que tenían como cuidadoras de sus seres queridos (hijo y nieta, respectivamente).

Tabla 4.1.

Imposibilidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada en absoluto	11	24.4	24.4	24.4
	Varios días	23	51.1	51.1	75.6
	Más de la mitad de los días	6	13.3	13.3	88.9
	Casi todos los días	5	11.1	11.1	100.0
	Total	45	100.0		

A medida que avanzaban las sesiones, P01 y P02 fueron tomando conciencia de que, en realidad, sí experimentaban preocupación por sus personas dependientes durante varios días. Este proceso de reflexión les permitió comprender que es normal sentirse abrumado en algunos momentos, especialmente cuando se trata de la salud y bienestar de alguien que se quiere. Además, aprendieron a identificar cuándo su preocupación era excesiva y cómo manejarla de manera adecuada.

Los resultados de este estudio muestran la importancia de prestar atención a la salud mental de los cuidadores primarios, ya que el estrés y la preocupación constante pueden afectar su calidad de vida y, por ende, la de sus seres queridos. Es necesario brindarles herramientas y recursos para que puedan enfrentar los desafíos que se presentan en su rol de cuidadores y promover un ambiente de cuidado y apoyo mutuo.

- ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?

El estudio que se llevó a cabo con un grupo de 45 cuidadores arrojó resultados interesantes al aplicarles el "Test de sobrecarga del cuidador (Zarit y Zarit)". Uno de los datos más relevantes fue que en la pregunta número dos se encontró un porcentaje alto tanto en la variable "algunas veces" como en la variable "casi siempre", lo que representó un 24.4% de la población total en cada una

de dichas variables. Este hallazgo es importante porque refleja el nivel de carga que los cuidadores experimentan en su día a día al cuidar de otra persona.

En el caso de la participante P01, se encontró que ella se ubicaba en el 24.4% que contestó "casi siempre", lo que indica que ella experimentaba un alto nivel de sobrecarga en su rol como cuidadora. Sin embargo, con el pasar de las sesiones del programa de cuidado, ella fue aprendiendo a administrar mejor sus tiempos para poder tener momentos de calma y pasatiempos que le permitiera dejar de lado sus responsabilidades como cuidadora.

Por otro lado, la participante P02 se ubicó en la variable "rara la vez", lo que significa que ella tenía más tiempo para ella misma en comparación con P01. Este resultado es interesante porque sugiere que existen diferencias significativas en el nivel de sobrecarga que experimentan los cuidadores, lo que puede estar relacionado con factores como la cantidad de apoyo que reciben de su entorno y la complejidad de las necesidades del paciente que están cuidando.

Tabla 4.2

¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	8	17.8	17.8	17.8
	Rara la vez	9	20.0	20.0	37.8
	Algunas veces	11	24.4	24.4	62.2
	Bastantes veces	6	13.3	13.3	75.6
	Casi siempre	11	24.4	24.4	100.0
	Total	45	100.0		

- ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?

Siguiendo con el instrumento de "Test de sobrecarga del cuidador (Zarit y Zarit)" En la pregunta número seis, se preguntó a los participantes si cuidar de su familiar había afectado su relación con familiares de su entorno. De los 45 participantes, un total de 30 respondieron que "Nunca" había afectado su relación, lo que representa el 66.7% de la muestra. Entre ellos se encontraban P01 y P02, quienes coincidieron en que el cuidado de su familiar no había afectado su relación con su familia. Sin embargo, al profundizar en sus relatos, pudimos notar que en ambos casos hubo momentos de discusión con otros miembros de la familia debido a la persona que estaban cuidando. Es importante destacar que el hecho de que los cuidadores no perciban una afectación en sus relaciones no significa que no se estén enfrentando a situaciones difíciles y desgastantes en su labor de cuidado. Estos resultados nos permiten comprender mejor las dinámicas familiares y la importancia de brindar apoyo a los cuidadores en su tarea.

Tabla 4.3

¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	30	66.7	66.7	66.7
	Rara la vez	5	11.1	11.1	77.8
	Algunas veces	6	13.3	13.3	91.1
	Bastantes veces	2	4.4	4.4	95.6
	Casi siempre	2	4.4	4.4	100.0
	Total	45	100.0		

- ¿Piensa que su familiar depende de usted?

En la pregunta número ocho del "Test de sobrecarga del cuidador (Zarit y Zarit)" encontramos que arrojó un resultado preocupante. El 35.6% de la población contestó con la variable "casi siempre", lo cual indica que un gran porcentaje de cuidadores se encuentran en una situación de sobrecarga constante.

Tabla 4.4.

¿Piensa que su familiar depende de usted?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	9	20.0	20.0	20.0
	Rara la vez	2	4.4	4.4	24.4
	Algunas veces	9	20.0	20.0	44.4
	Bastantes veces	9	20.0	20.0	64.4
	Casi siempre	16	35.6	35.6	100.0
	Total	45	100.0		

En la pregunta número ocho del "*Test de sobrecarga del cuidador (Zarit y Zarit)*" encontramos que arrojó un resultado preocupante. El 35.6% de la población contestó con la variable "casi siempre", lo cual indica que un gran porcentaje de cuidadores se encuentran en una situación de sobrecarga constante. En donde P01 se ubica en la variable "Nunca" y P02 en la variable "Rara la vez" con P01 su hijo ya contaba con más de 40 años, ya era una persona independiente más sin embargo por problemas de su alcoholismo hacía que P01 se volviera su cuidadora, pero no depende de ella. Por otra parte, P02 basándonos en lo que nos contaba pudimos determinar que a pesar de que ella no sintiera que su nieta era tan dependiente a ella sí lo era, pues en varias ocasiones ella nos contaba cómo su nieta se refugiaba muchas veces en ella, además de haber ocasiones en las que su nieta se iba de la casa, pero siempre terminaba volviendo.

- *¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?*

Se analiza porque asombra el hecho de que ciertas estadísticas arrojan es muy probable que los cuidadores tengan padecimientos como consecuencia de cuidar a sus dependientes por la

sobrecarga física y emocional que les genera hacerlo y si no fuera suficiente, con el estrés y presión que puede llegar a generar. Y por situaciones o experiencias vividas de nuestras cuidadoras.

Tabla 4.5.

¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	26	57.8	57.8	57.8
	Rara la vez	4	8.9	8.9	66.7
	Algunas veces	6	13.3	13.3	80.0
	Bastantes veces	3	6.7	6.7	86.7
	Casi siempre	6	13.3	13.3	100.0
	Total	45	100.0		

En el estudio del "Test de sobrecarga del cuidador (Zarit y Zarit)", la pregunta 10 arrojó resultados interesantes. En particular, se encontró que el 57.8% de la población encuestada respondió con la variable "Nunca". Sin embargo, a pesar de esta respuesta, se ha demostrado que muchas personas que se consideran inexpertas en el cuidado de un ser querido han sufrido problemas de salud al descuidarse a sí mismos mientras atienden a otra persona.

Uno de los participantes del estudio, P1, apareció en este grupo de personas que respondieron "Nunca" a la pregunta 10. Sin embargo, al analizar sus relatos, se encontraron situaciones en las que claramente estaba descuidando su propia salud en favor de la persona que cuidaba, incluso poniendo en riesgo su vida.

Por otro lado, P2 respondió con la variable "rara la vez". A través de su testimonio, se pudo constatar que, aunque había pocos momentos en los que su salud se veía afectada, sí existían algunos momentos en los que se sentía sobrecargada y estresada por el cuidado que brindaba. Estos resultados demuestran que, aunque muchas personas pueden responder con la variable "Nunca" a la pregunta 10, es importante tener en cuenta que el cuidado de un ser querido puede tener efectos negativos en la salud física y mental del cuidador. Por lo tanto, es necesario que se

tomen medidas para prevenir y tratar estos efectos, y para que los cuidadores también reciban el apoyo y la atención que necesitan.

- ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?

Tabla 4.6.

¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	10	22.2	22.2	22.2
	Rara la vez	1	2.2	2.2	24.4
	Algunas veces	8	17.8	17.8	42.2
	Bastantes veces	7	15.6	15.6	57.8
	Casi siempre	19	42.2	42.2	100.0
	Total	45	100.0		

Dentro del “Test de sobrecarga del cuidador (Zarit y Zarit)”, En la pregunta número 14 de este test, se encontró un resultado alarmante que revela que el 42.2% de la muestra contestó con la variable “Casi siempre”, lo que indica que una gran parte de los cuidadores se ven afectados por la presión de saber que son la única persona que puede cuidar a su ser querido. Esta presión puede generar muchos problemas de estrés, ansiedad y cansancio emocional.

Es importante destacar que el cuidado de una persona dependiente puede ser muy agotador, especialmente si se trata de un familiar cercano. En muchos casos, los cuidadores se sienten solos y desbordados, y pueden experimentar sentimientos de tristeza, angustia y frustración. Por eso, es fundamental que los cuidadores reciban apoyo emocional y psicológico para poder sobrellevar esta tarea de manera efectiva.

En el caso de P01, se encontró que estaba en la variable “Nunca”, lo cual se puede explicar por la edad de su hijo y el hecho de que este es independiente. Sin embargo, en el caso de P02, se

encontró que estaba en la variable “Casi siempre”, lo cual corroboró con su relato. Se descubrió que su nieta había sido abandonada por sus dos padres, lo que podría ser una posible razón por la cual P02 dio esa respuesta.

- ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted?

Tabla 4.7.

¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	2	4.4	4.5	4.5
	1	8	17.8	18.2	22.7
	2	10	22.2	22.7	45.5
	3	8	17.8	18.2	63.6
	4	5	11.1	11.4	75.0
	5	5	11.1	11.4	86.4
	6	2	4.4	4.5	90.9
	10	3	6.7	6.8	97.7
	12	1	2.2	2.3	100.0
	Total	44	97.9	100.0	
Perdidos	999	1	2.2		
Total		45	100.0		

Esta pregunta es procedente al instrumento conocido como “Cuestionario de apoyo social de MOS”, con esta pregunta se busca encontrar con cuantas redes de apoyo cuenta una persona

que se dedica a ser cuidadora primaria, donde podemos ver que al menos en esta muestra el 17.8% de la muestra solo cuentan con una persona de apoyo, mientras que el 22.2% cuenta con al menos dos personas de apoyo. Los resultados señalan que en la muestra es común que tengan muchas redes de apoyo sin embargo es importante tener en cuenta que la calidad de las relaciones y el tipo de apoyo que se recibe también son factores relevantes en esta evaluación. Por ejemplo, puede ser que una cuidadora cuente con varias personas de apoyo, pero estas no estén dispuestas y capacitadas para brindar el tipo de ayuda que se necesita en determinadas situaciones.

- En general, usted diría que su salud es:

Tabla 4.8

En general, usted diría que su salud es:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Excelente	1	2.2	2.2	2.2
	Muy buena	5	11.1	11.1	13.3
	Buena	8	17.8	17.8	31.1
	Regular	29	64.4	64.4	95.6
	Mala	2	4.4	4.4	100.0
	Total	45	100.0		

En el mundo actual, la salud es un tema cada vez más importante para la sociedad. Es por eso por lo que en muchos cuestionarios de calidad de vida se incluye una pregunta sobre la percepción que tiene la persona sobre su salud. La mayoría de la población considera que no tiene una muy buena salud, lo que demuestra que existen muchos retos por enfrentar en este ámbito.

Esta pregunta es procedente al cuestionario SF-36 en donde podemos ver que las personas que se dedican a ser cuidadores primarios el 64.7% de la muestra consideran que tienen una salud regular. Es interesante destacar que las personas que se dedican a ser cuidadores primarios suelen

considerar que su salud es regular. Esto puede deberse a que su labor es muy demandante y requiere de mucho esfuerzo físico y emocional, lo que puede afectar su bienestar.

Es por ello por lo que es importante que se fomente el autocuidado y se brinden herramientas y recursos a las personas para que puedan mejorar su salud y su calidad de vida. Esto implica no solo una responsabilidad individual, sino también una responsabilidad social y colectiva, en donde todos debemos trabajar juntos para lograr un mundo más saludable y equitativo.

11.1.1.3. Correlaciones.

En cuanto a la pregunta Imposibilidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación del instrumento PHQ-4 en el grupo de 45 personas tuvo una desviación estándar de 0.910 y una media de 2.11 que es relativamente alta y tiene un valor mínimo de 1 con un máximo de 4, lo que significa que las personas normalmente tienen esa sensación de preocupación y no pueden controlarla.

La pregunta ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted? del instrumento Zarit en el grupo de 45 personas tuvo una desviación estándar de 1.437 y una media de 3.07 mucho más alta que la pregunta anterior, con un valor mínimo de 1 y máximo de 5, lo que no da a entender que los participantes son conscientes de que ser cuidadores conlleva dedicar mucho de su tiempo e incluso de sí mismos para lograr llevar a cabo su rol, sin embargo, a pesar de ser conscientes de ello no hacen mucho al respecto.

Con relación a la pregunta ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar? del instrumento Zarit en el grupo de 45 personas tuvo una desviación estándar de 1.590, una media de 3.53 aún mucho más alta que la pregunta anterior, con un valor mínimo de 1 y máximo de 5, con estos datos podemos interpretar que las cuidadoras puedan llevar bastante tiempo ejerciendo este rol que creen que no hay alguien más que pueda suplirlas en sus “deberes” y a pesar de poder lograr tener dudas al respecto, no habrá nada en un tiempo corto que les haga pensar en querer intercambiar su rol con algún otro miembro de la familia, pues creen que ellas son las únicas que lo pueden hacer.

Tabla 5.1.

Preguntas elegidas para el análisis de las correlaciones

		¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	¿Piensa que su familiar depende de usted?	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted?	En general, usted diría que su salud es:
N	Validos	45	45	45	45	45	44	45
	Perdidos	0	0	0	0	0	1	0
Media		2.11	3.07	1.69	3.47	2.09	3.43	3.58
Mediana		2.00	3.00	1.00	4.00	1.00	3.00	4.00
Desv. Desviación		.910	1.437	1.145	1.517	1.490	2.740	.839
Varianza		.828	2.064	1.310	2.300	2.219	7.5.07	.704
Asimetría		.719	.023	1.604	-.568	1.007	-.632	-1.223
Error estándar de asimetría		.354	.354	.364	.354	.354	.354	.354
Curtosis		-.020	-1.284	1.671	-1.088	-.510	-1.151	1.258
Error estándar de curtosis		.695	.695	.695	.695	.695	.695	.695
Rango		3	4	4	4	4	12	4
Mínimo		1	1	1	1	1	0	1
Máximo		4	5	5	5	5	12	5
Percentiles	25	1.50	2.00	1.00	2.50	1.00	2.50	2.00
	50	2.00	3.00	1.00	4.00	1.00	3.00	3.00
	75	2.50	4.50	2.00	5.00	1.00	5.00	3.00

Tabla 5.2.

Correlaciones de las variables

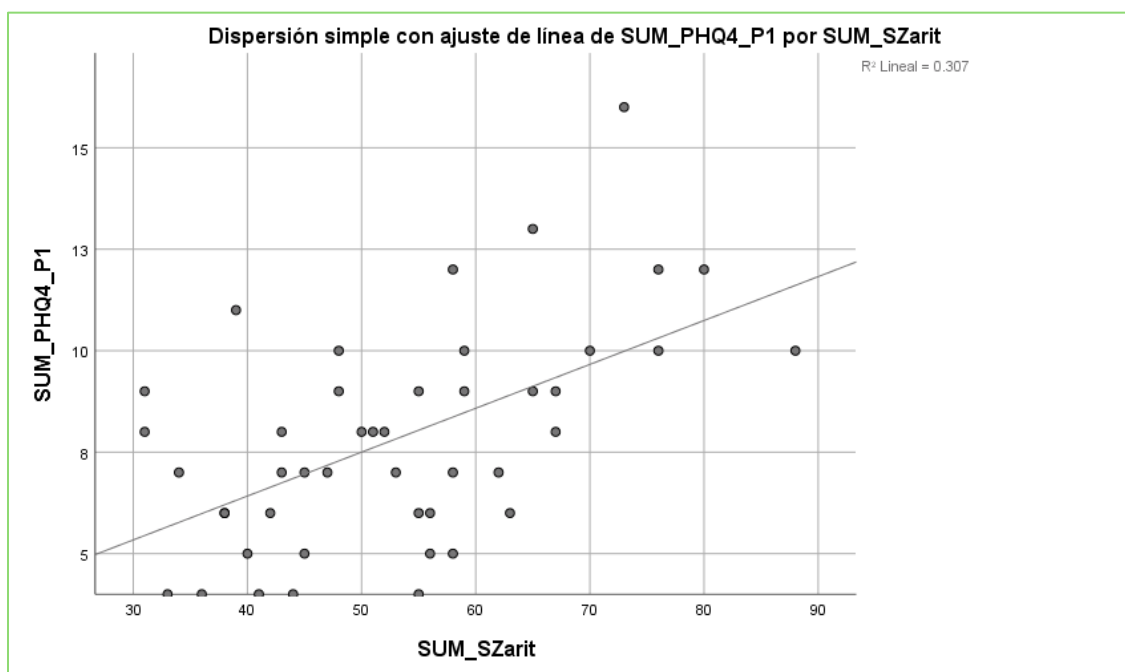
		SUM_PHQ4_P1	SUM_SZarit	SUM_MOS	SUM_SF36_P1
SUM_PHQ4_P1	Correlación de Pearson	1	.554**	-.138	.211
	Sig. (bilateral)		.000	.370	.164
	N	45	45	44	45
SUM_SZarit	Correlación de Pearson	.554**	1	-.125	.210
	Sig. (bilateral)	.000		.418	.165
	N	45	45	44	45
SUM_MOS	Correlación de Pearson	-.138	-.125	1	-.114
	Sig. (bilateral)	.370	.418		.461
	N	44	44	44	44
SUM_SF36_P1	Correlación de Pearson	.211	.210	-.114	1
	Sig. (bilateral)	.164	.165	.461	
	N	45	45	44	45

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la **Figura 11.1. Correlaciones PHQ-4 y Zarit**, se muestra la correlación que existe entre el instrumento *PHQ-4* que fue la prueba de ansiedad y depresión, así como también la percepción de sobrecarga que obtuvimos del instrumento *Zarit*, donde se obtiene una correlación significativa de 0.554, con esto podemos decir que estos dos instrumentos se relacionan pues ambas cuidadoras presentan una sobrecarga alta de acuerdo a los datos obtenidos, ambas cuidadoras buscan hacer mejor su labor de cuidadoras pues consideran que pueden mejorar sus cuidados para mantener mejor a su familia, pero cada una de ellas deja a un lado cuidar de ellas mismas, atender sus propias necesidades e incluso evitar más enfermedades, y a su vez, los descuidos de su persona les genera un constante preocupación y difícilmente pueden controlarla. La preocupación con el paso del tiempo se convierte en ansiedad.

Figura 11.1.

Correlaciones PHQ-4 y Zarit



Nota: “Grafica de correlaciones de los cuestionarios PHQ-4 y Zarit”

Fuente: Información obtenida del programa IBM SPSS Statistics 26

La **Figura 11.2. Correlaciones MOS y Zarit** nos muestra que los cuestionarios *Zarit* (Test sobre la carga del cuidador) y *Mos* (Cuestionario de apoyo social) se denota una relación negativa, de -1.25, es decir no existe relación entre ambas, esto nos da a entender que a pesar de que las cuidadoras cuentan con el suficiente apoyo social no nos garantiza que la sobrecarga que experimentan debido a su labor de cuidadoras disminuya, a veces el tener el mejor apoyo emocional no hace la gran diferencia en cuanto la presión que se puede experimentar por la sobrecarga que conlleva ser cuidador.

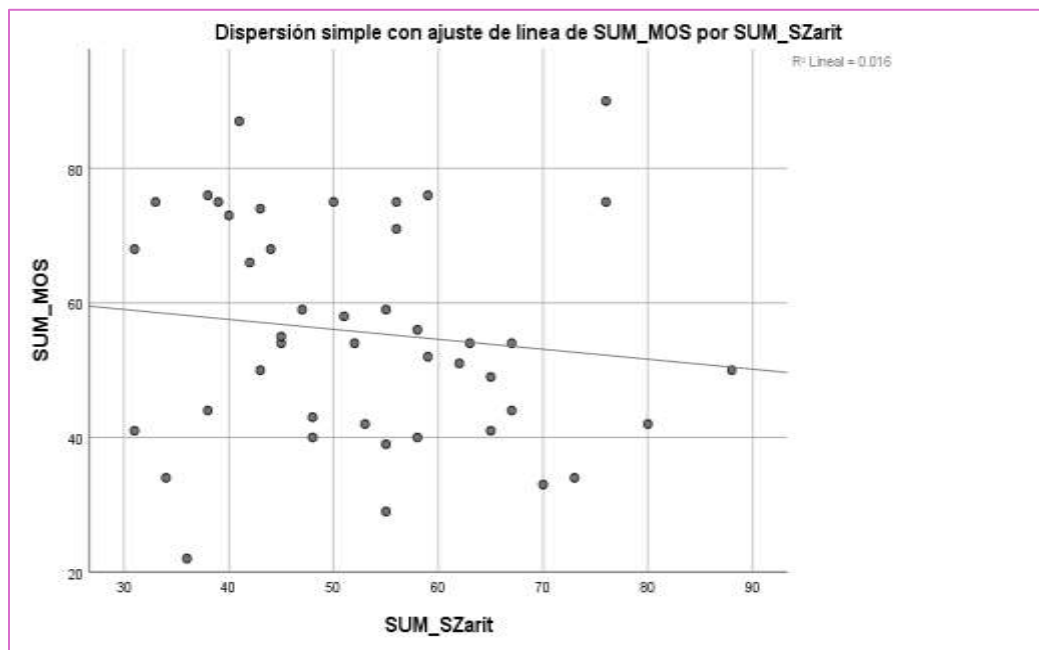
El instrumento *MOS* es un instrumento de apoyo social, pero se muestra más como un apoyo emocional que las participantes en la mayoría de las veces necesitan, en el instrumento encontramos reactivos como el de “¿Con que frecuencia dispone usted de cada uno de los

siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?: 13. *Alguien que me muestre amor y cariño*” estas son reactivos que más allá de demostrar el apoyo social, se refiere en un tanto a el apoyo emocional que la participante recibe o no, sin embargo, el tener a quien les muestre amor y cariño no les aligera la carga que conlleva ser una cuidadora, pero a pesar de ello, para las participantes es importante recibir muestras de afecto para sentirse queridas y animadas.

De igual manera con el reactivo “6. *Alguien con quien compartir mis preocupaciones y temores más privados*” las participante respondieron “*Algunas veces*” entonces, ¿Qué pasa con las otras veces? Podemos ver que las participantes solo algunas veces cuentan con alguien para compartir sus preocupaciones, pero las veces en las que no les queda de otra que dejar a un lado sus preocupaciones y lejos de que el apoyo social genere una baja a la sobrecarga que experimenta, solo le genera más, ya que tendrá más preocupaciones que atender, no solo las de su familiar dependiente, sino que también las de ella misma.

Figura 11.2.

Correlaciones MOS y Zarit



Nota: “Grafica de correlaciones de los cuestionarios MOS y Zarit”

Fuente: Información obtenida del programa IBM SPSS Statistics 26

11.1.2. Segunda fase

11.1.2.1. Temperaturas individuales

A continuación, se muestra una comparación de las temperaturas centrales y periféricas obtenidas de la primera y segunda fase de esta intervención, tanto como de las temperaturas obtenidas del grupo de trabajo de Utopía, como las obtenidas del grupo de trabajo de la Unión de Colonos. Esta comparación se hizo con el objetivo de obtener los grados de diferencia que se obtienen al comparar una con otra.

Como primer lugar, encontramos en la **Tabla 6.1.** la comparación de las temperaturas centrales, tanto como la primera y la segunda etapa. En las medias obtenidas, de las temperaturas centrales de la primera etapa tenemos como resultado una media de 30.0725 y en cuanto las temperaturas centrales de la segunda etapa obtenemos una media de 30.9132, existiendo así una diferencia de 0.8407° C entre las medias de las temperaturas, dándonos a entender que el haber llevado a cabo ejercicios de respiración y técnicas de relajación a lo largo de esos de 6 meses durante todas las sesiones individuales con nuestras participantes nos ha dado resultados favorables.

Tabla 6.1.

Comparación de medias entre las temperaturas centrales de la primera y segunda fase (intervención individual)

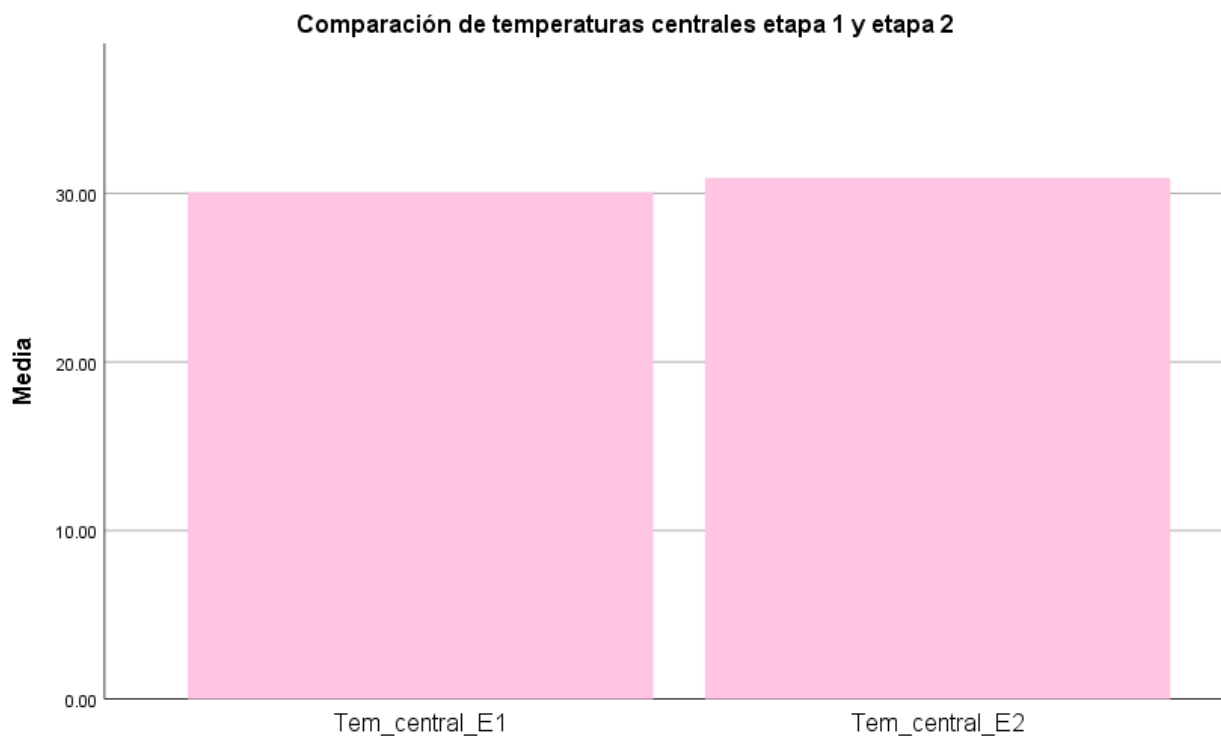
	Media	N	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Tem_central_E1	30.0725	30	.91661	.16735
Tem_central_E2	30.9132	30	1.91978	.35050

A pesar de ser una mínima diferencia, se puede reconocer que el trabajo realizado a lo largo de este tiempo ha sido un trabajo lleno de mucho esfuerzo y dedicación, esta mínima marca la manera en que se realizó la intervención, cumpliendo así nuestros objetivos.

En la **Figura 12.1.** se muestra la gráfica obtenida de haber comparado las temperaturas centrales, se muestra la mínima diferencia obtenida.

Figura 12.1.

Comparación de temperaturas centrales etapa 1 y etapa 2



Nota: “Comparación de temperaturas centrales etapa 1 y etapa 2 obtenidas en las sesiones individuales de la primera y segunda etapa”

Fuente: Información obtenida del programa IBM SPSS Statistics 26

En la **Tabla 6.2.** hallamos la comparación de las temperaturas periféricas de la primera y segunda fase de esta intervención, donde específicamente se nota la diferencias de las medias obtenidas de cada una de ellas, la media obtenida de todas las temperaturas periféricas de la primera fase fue de 31.2920 y la media obtenida de todas las temperaturas periféricas de la segunda fase fue de 31.4897, obteniendo así una diferencia de 0.1977 siendo menor a la diferencia obtenida de la comparación de las temperaturas centrales, sin embargo, es una diferencia significativa para nosotros pues nuevamente habal de que el trabajo se realizó de la mejor manera para el bien de nuestras participantes.

Tabla 6.2.

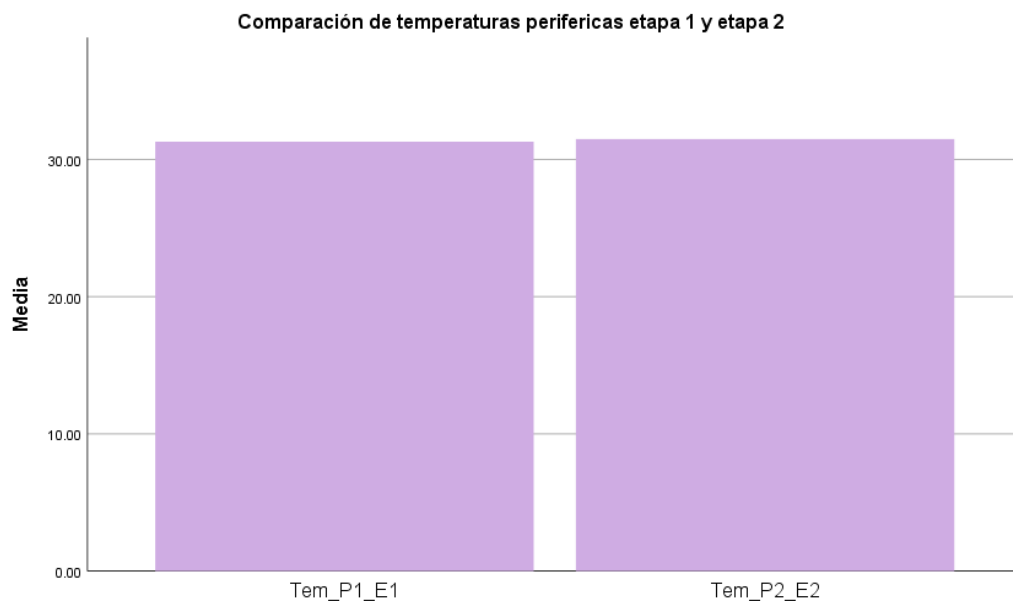
Comparación de medias entre las temperaturas periféricas de la primera y segunda fase (intervención individual)

	Media	N	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Tem_P1_E1	31.2920	14	.43107	.11521
Tem_P2_E2	31.4897	14	.61285	.16379

En la **Figura 12.2.** podemos observar el grafico obtenido de la comparación de las temperaturas periféricas, en esta figura se puede observar una muy mínima diferencia entre las temperaturas.

Figura 12.2.

Comparación de temperaturas periféricas etapa 1 y etapa 2



Nota: “Comparación de temperaturas periféricas etapa 1 y etapa 2 obtenidas en las sesiones individuales de la primera y segunda etapa”

Fuente: Información obtenida del programa IBM SPSS Statistics 26

En la siguiente tabla se muestran las comparaciones finales entre las temperaturas, tanto como centrales y periféricas, los datos son iguales que los anteriores, pero aquí se puede apreciar un poco más el aumento de temperatura que nuestros participantes experimentaron.

Tabla 6.3.

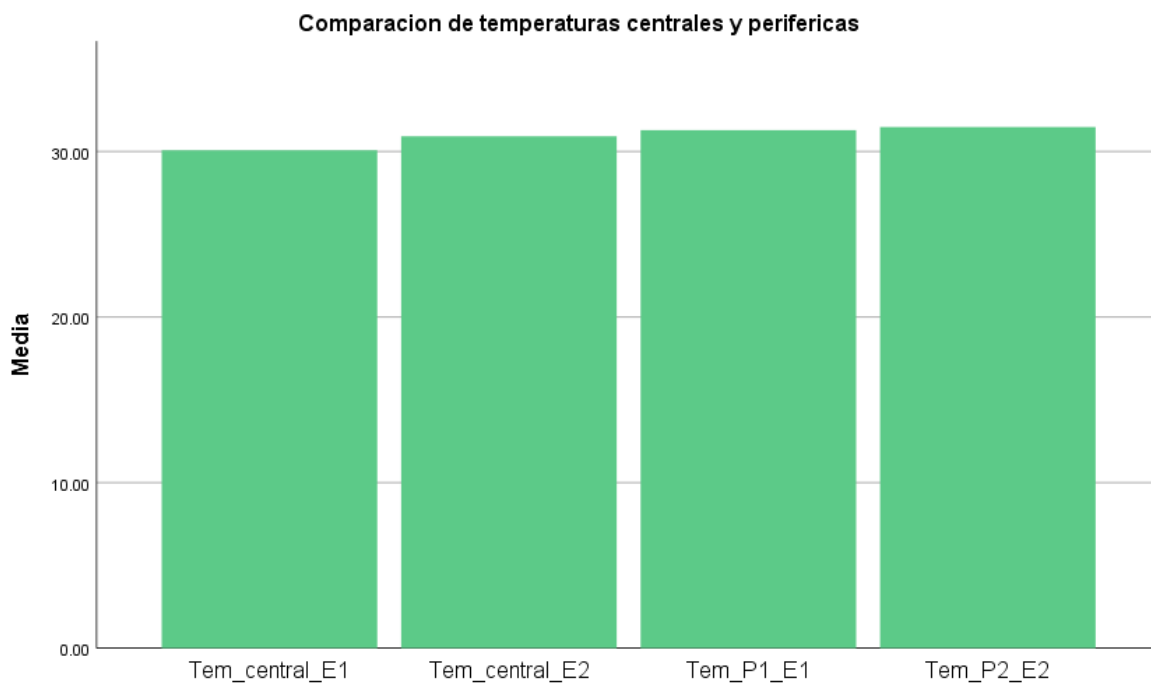
Comparación de medias entre las temperaturas centrales y periféricas de la primera y segunda fase (intervención individual)

	Media	N	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Tem_central_E1	30.0725	30	.91661	.16735
Tem_central_E2	30.9132	30	1.91978	.35050
Tem_P1_E1	31.2920	14	.43107	.11521
Tem_P2_E2	31.4897	14	.61285	.16379

A continuación, en las **Figura 12.3.** se puede apreciar las 4 temperaturas comparadas y con la diferencia, aunque es muy mínima, se aprecia la diferencia.

Figura 12.3.

Comparación de temperaturas centrales y periféricas



Nota: “Comparación de temperaturas centrales y perifericas”

Fuente: Información obtenida del programa IBM SPSS Statistics 26

11.1.3. Tercera fase

11.1.3.1. Temperaturas grupales

Tabla 7.1.

Comparación de medias entre las temperaturas periféricas de la primera y segunda fase (intervención grupal)

	Media	N	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Tem_P1_E1	31.4185	13	.56387	.15639
Tem_P2_E2	30.0837	13	1.36604	.37887
Tem_central_E1	35.8956	13	.27955	.07753
Tem_central_E2	35.1908	13	.73800	.20468

La **Figura 13.1** es una gráfica de barras que ilustra dos comparaciones fundamentales: las temperaturas centrales y periféricas de los participantes grupales en dos etapas distintas del estudio, esta fueron obtenidas de la comparación de temperaturas como se muestra en la **Tabla 7.1.**

Aunque a simple vista la variación parece mínima, este cambio es considerablemente significativo. Al comienzo, muchos participantes encontraban dificultades para aplicar correctamente las técnicas de relajación enseñadas, lo cual, junto con el estrés acumulado y los desafíos cotidianos de ser cuidadores, complicaba la situación. No obstante, la segunda etapa muestra una mejora en la capacidad de los cuidadores para manejar el estrés, lo que se refleja en sus temperaturas centrales.

Media de la primera etapa central 35.1908°: Indicativa del estado inicial de estrés antes de la intervención.

Media de la segunda etapa central 35.8956°: Refleja la mejora en el manejo del estrés y la correcta aplicación de técnicas de relajación.

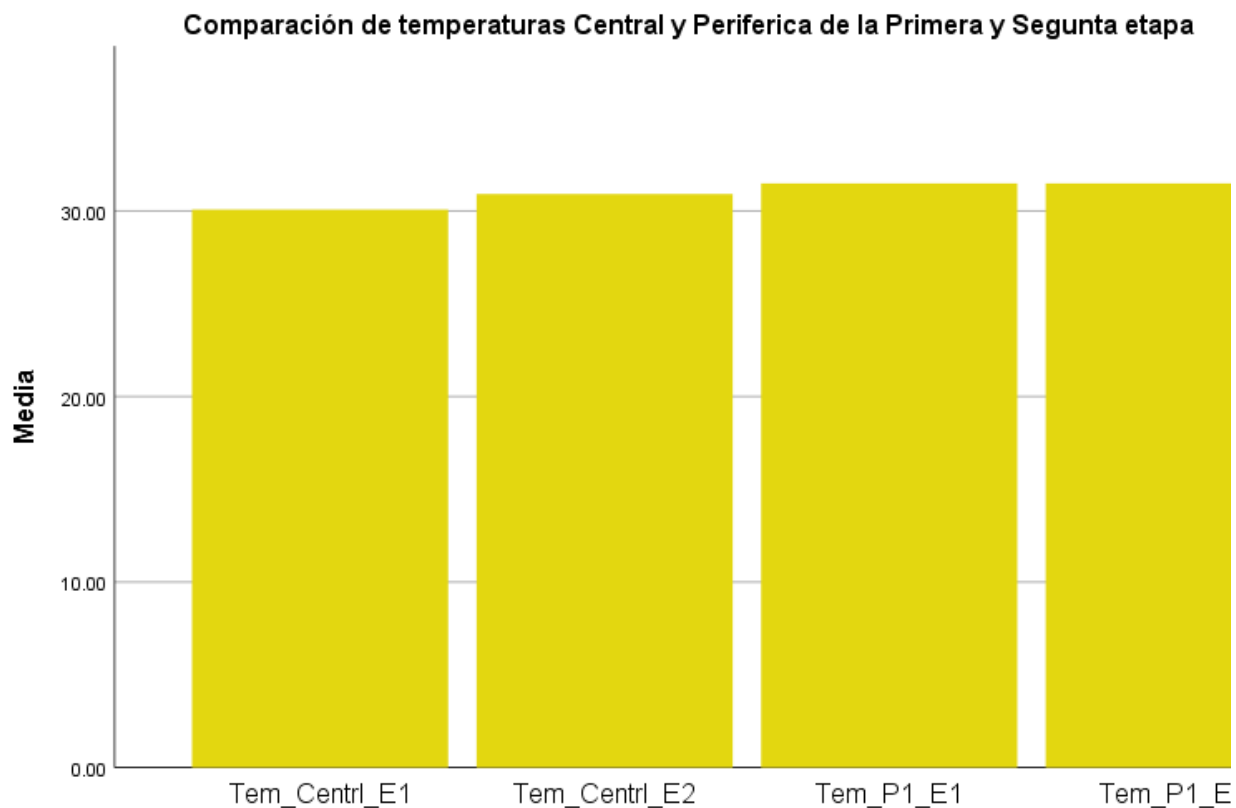
El análisis de las temperaturas periféricas también arroja resultados reveladores ya que también encontramos incrementos entre las etapas que demuestran un avance en la implementación de técnicas de reducción de estrés, destacando la efectividad del programa.

Media de la primera etapa periférica 30.0837°: Representa el estrés de los participantes antes de la intervención.

Media de la segunda etapa periférica 31.4185°: Muestra una tendencia hacia una mejor regulación emocional y física.

Figura 13.1.

Comparación de temperaturas centrales y periféricas de la primera y segunda etapa



Nota: “Comparación de temperaturas centrales y periféricas de la primera y segunda etapa”

Fuente: Información obtenida del programa IBM SPSS Statistics 26

La **Tabla 7.2.** presentada muestra de manera clara el progreso del grupo Colibríes a lo largo del proyecto, enfocándose en la comparación de las medias de temperatura registradas en la primera y última etapa. Este análisis abarca desde el inicio hasta el final del programa,

proporcionando una mejor visión de los cambios experimentados por los participantes en términos de manejo del estrés y relajación.

Tabla 7.2.

Comparación de medición entre pre_1 y post_1 del instrumentos Whodas aplicado en la primera etapa de la tercer fase (intervención grupal)

	Media	t	gl	Sig. (bilateral)
Tem_Centrl_E1_Grup	35.8956	3.558	12	.004
Tem_Centrl_E3_Colibries	36.0011	3.297	12	.006

Durante la primera etapa del proyecto, se registró una media de temperatura de 35.8956°. Este dato inicial refleja el estado inicial de los participantes antes de la implementación completa de las técnicas de relajación y manejo del estrés. Es un punto de partida crucial que permite medir el impacto de la intervención a lo largo del tiempo.

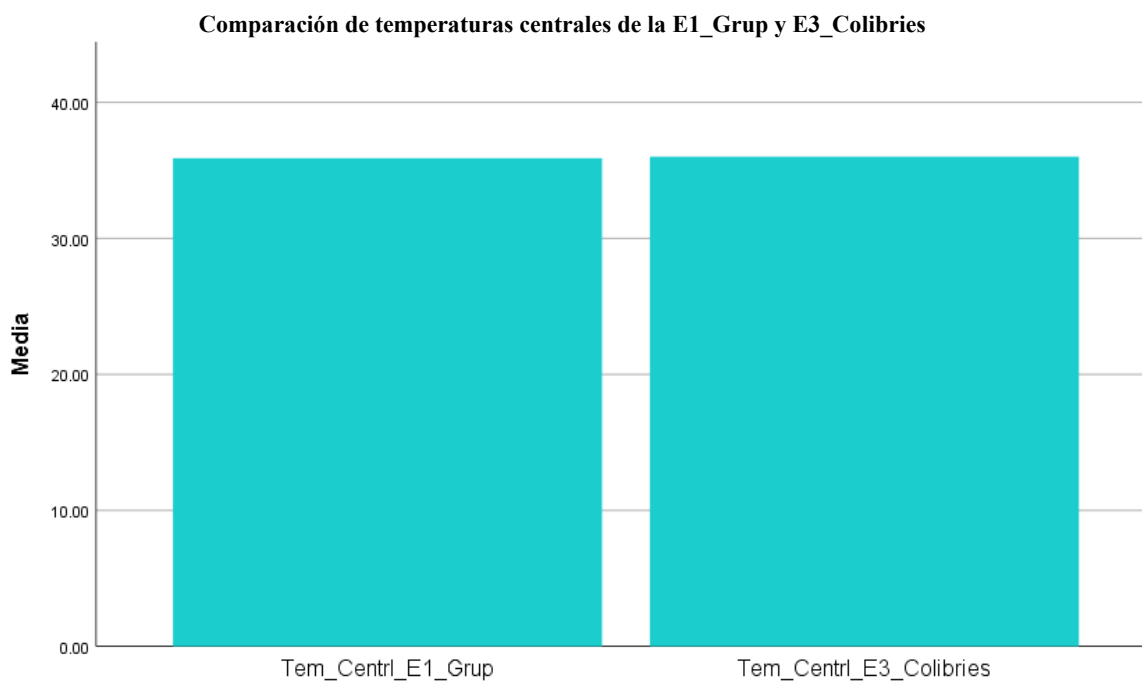
En la última etapa del proyecto, la media de temperatura ascendió a 36.0011°. Este incremento, aunque aparentemente modesto, representa un aumento significativo de 0.1154°. Este cambio en la temperatura media es indicativo de una mejora sustancial en la capacidad de los participantes para manejar el estrés y alcanzar niveles más profundos de relajación.

El incremento observado en las temperaturas medias entre la primera y la última etapa del proyecto sugiere que los participantes del grupo Colibríes han logrado cambios notables en sus niveles de estrés. Un aumento en la temperatura corporal es un indicador positivo, ya que está correlacionado con una mayor relajación y una menor tensión física y emocional. Estos resultados reflejan no solo la efectividad de las técnicas de relajación enseñadas, sino también la capacidad de los participantes para aplicarlas de manera efectiva en su vida cotidiana.

El aumento en la media de temperatura de los participantes del grupo Colibríes desde la primera hasta la última etapa del proyecto demuestra un progreso en la reducción del estrés y la mejora de la relajación. Estos resultados no solo validan la eficacia del programa de intervención, sino que también subrayan la importancia de la educación continua y el apoyo en el manejo del estrés. Este éxito destaca la importancia de proporcionar herramientas prácticas y apoyo constante para el bienestar emocional y físico de los participantes.

Figura 13.2.

Comparación de temperaturas centrales primera y tercera etapa



Nota: “Comparación de temperaturas centrales de la primera y tercera etapa”

Fuente: Información obtenida del programa IBM SPSS Statistics 26

Finalmente, en la **Figura 13.2.** se muestra el grafico obtenido después de haber realizado la Comparación de temperaturas centrales de la E1_Grup y E3_Colibries.

11.1.3.2. Whodas

Este instrumentos fue aplicado en la primera y tercera etapa de la tercera fase a los participantes del programa. Todo esto con un objetivo y finalidad de analizar las aplicaciones para posteriormente obtener resultados.

Tabla 8.1.

Comparación de medición entre pre_1 y post_1 del instrumentos Whodas aplicado en la primera etapa de la tercer fase (intervención grupal)

	Media	N	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Sum_Whodas_Pre_1	74.38	8	8.228	2.909
Sum_Whodas_Post_1	52.25	8	21.042	7.440

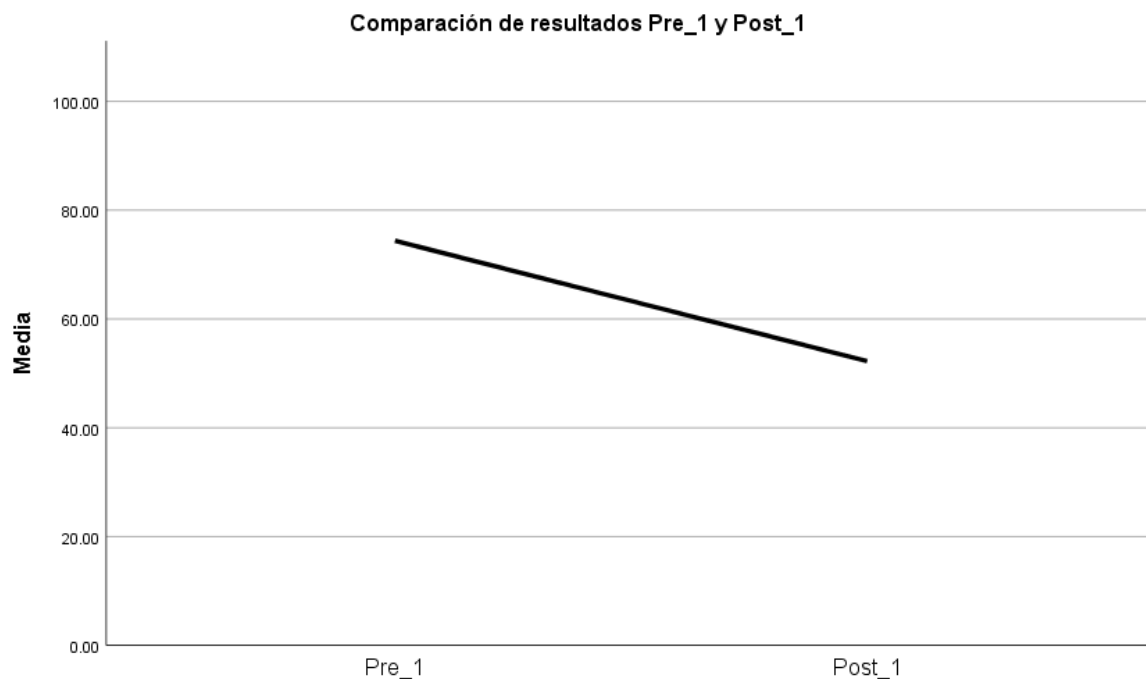
Para la primera etapa se aplicaron los instrumentos obteniendo los resultados que se muestran en la **Tabla 8.1.**, encontramos que, al analizar las aplicaciones de la primera etapa, en cuanto a la aplicación pre obtuvimos una media de 74.38 y de la aplicación post se obtuvo una media de 52.25, donde se puede mostrar una disminución muy significativa, entre más bajo se obtenga el resultado mejor seguridad de que se haya hecho un buen trabajo.

Con los resultados obtenidos en la primera etapa podemos decir que logramos obtener que los participantes adquirieran un gran nivel de funcionalidad muy bueno. La evaluación del funcionamiento de las personas es muy importante para poder llevar a cabo intervenciones efectivas en la salud y mejorar la calidad de vida de las personas.

En la **Figura 14.1** muestra la gráfica donde se puede apreciar los resultados obtenidos a la hora de comparar las aplicaciones de la primera etapa.

Figura 14.1.

Comparación de resultados pre_1 y post_1



Nota: “Comparación de resultados pre_1 y post_1 del instrumento Whodas aplicado en la primera etapa de la tercera fase”

Fuente: Información obtenida del programa IBM SPSS Statistics 26

La **Tabla 8.2** nos muestra la comparación de las aplicaciones de la tercera etapa, donde se tuvo una media de 68.90 en las aplicaciones del pre y una media de 60.40 en las aplicaciones de post. Con los resultados obtenidos en la tercera etapa podemos decir que logramos obtener que los participantes adquirieran un gran nivel de funcionalidad bueno.

En la primera etapa obtuvimos resultados más notorios a comparación de los que se obtuvieron en la tercera etapa, sin embargo, esto era esperado, ya que en la tercera etapa tuvimos una disminución de participantes y a pesar de que estos últimos fueron muy constantes no se iba a lograr obtener los resultados que se obtuvieron en la primera etapa.

Tabla 8.2.

Comparación de medición entre pre_2 y post_2 del instrumentos Whodas aplicado en la tercer etapa de la tercer fase (intervención grupal)

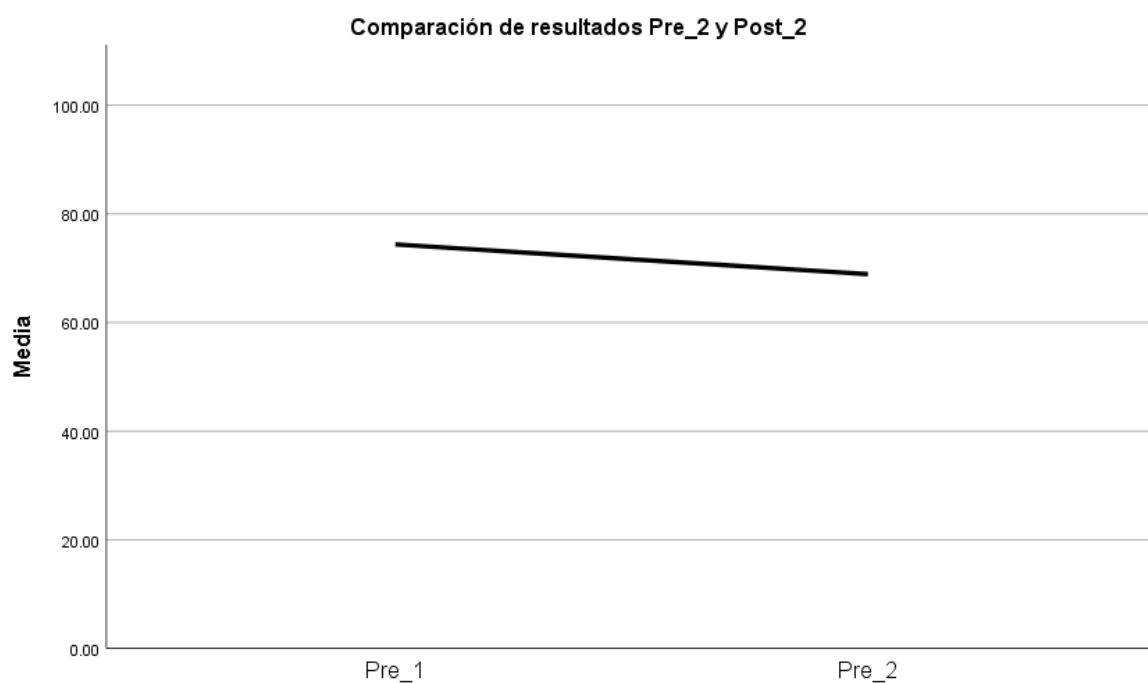
	Media	N	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Sum_Whodas_Pre_2	68.90	10	29.130	9.212
Sum_Whodas_Post_2	60.40	10	16.840	5.325

En la **Figura 14.2.** podemos apreciar la gráfica lineal, en donde notamos un inclinación poco pronunciada, y a pesar de que no es tan notoria como a comparación de la que obtuvimos en la **Figura 14.1.** creemos que obtuvimos buenos resultados que nos ayudan a comprobar que nuestros esfuerzos han generado cambios, esfuerzos que fueron desde la planeación de las sesiones, la preparación del tema de interés de los participantes, la búsqueda que actividades innovadoras con el objetivo de que a través de ellas pudieras generar cambios importantes en su día a día e incluso en su estado de ánimo, las técnicas de relajación aplicadas, también el esfuerzo en la ejecución de todo lo planeado.

Logramos que los participantes adquirieran un gran nivel de funcionalidad, mejor con el que llegaron, esto lo podemos comprobar con los resultados obtenidos mostrados en las graficas y tablas, pero también estos resultados los podemos comprobar en el agradecimientos que vimos de todos aquellos participantes.

Figura 14.2.

Comparación de resultados pre_2 y post_2



Nota: “Comparación de resultados pre_2 y post_2 del instrumento Whodas aplicado en la tercera etapa de la tercera fase”

Fuente: Información obtenida del programa IBM SPSS Statistics 26

11.2. Cualitativos.

11.2.1. Primera fase

11.2.1.1. Bitácoras de la Primera Fase.

Como parte de la realización de la intervención individual se nos pidió que realizáramos un reporte de lo realizado en las sesiones individuales, por medio de bitácoras.

Para la codificación de las bitácoras creadas de las sesiones individuales con la participante P01 y P02, se utilizó el Libro de Códigos que se muestra en la *Tabla 3.1. (Véase en anexos)*

11.2.1.2. Enraizamientos encontrados en cada código

Participante P01

Con la participante P01 logramos tener 5 sesiones de las 9 que debimos haber tenido, esto fue debido a que ella nos comentó que debía salir del estado pues tenía que visitar a su hijo y así estar unos días con él, que al final se convirtió en un mes.

Ella fue la segunda participante que logramos conseguir pero se le asignó el nombre de participante P01 por el horario, a esta participante la veíamos todos los miércoles a las 8:30 a.m., pero lamentablemente por cuestiones familiares, específicamente con su hijo, no fue posible que nos permitiera el acceso a su domicilio para poder realizar las sesiones ahí, así que, como mencionamos en apartados anteriores, las sesiones con ella se realizaron en el establecimiento Unión de Colonos, ella llegaba muy puntual a las sesiones y de cierta manera se encontraba en la mejor disposición para poder realizar las actividades correspondientes a las sesiones del día.

A pesar de mostrar una actitud participativa, al inicio fue un poco complicada la relación con ella, ya que ella se mostraba un poco limitante, reservada y cuidadosa al decir ciertas cosas de su vida, parecía como si cuidara cada parte que mencionaba para no comprometerse a algo. Incluso cuando aplicamos por primera vez los instrumentos ella preguntó seriamente si alguien más vería los resultados, en algunas preguntas pensaba mucho antes de dar una respuesta y en una ocasión mencionó que no quería mencionar algo que la comprometiera más. Por esta razón creímos desde

un principio que iba a ser un poco difícil ganar la confianza de esta participante, pero con un poco de esfuerzo y un mejor trabajo logramos crear una relación fuerte de confianza y comunicación con ella.

Con la Tabla 9.2. Enraizamientos encontrados en cada código de las bitácoras de la participante P01, podemos demostrar que el código que más enraizamientos tuvo fue el *009_GesEmo* con 40 enraizamientos, esto nos da a entender que la participante P01 no tuvo problemas con identificar y percibir sus emociones, vivió una adecuada gestión de las emociones, supo procesarlas y expresarlas, pudimos generar un ambiente de confianza en donde ella se sintiera segura de mostrarse transparente en cuanto a sus emociones vividas en diferentes situaciones que vivió a lo largo de estos meses y que pudo compartírnos. El código *005_Asertividad* significa que la comunicación es directa y en pro de sus intereses si afectar a terceros, y efectivamente, su comunicación fue muy buena, supo comunicarnos las situaciones que le surgían día con día con su hijo, o diversas situaciones que le generaban diferentes emociones, es ahí cuando vemos el total de enraizamientos que tuvo el código *009_GesEmo*; con relación a los códigos antes mencionados tenemos a los códigos *008_LengAfe* con un total de 20 que hace referencia a al lenguaje cálido que utilizo para dirigirse a nosotros y contarnos más de ella y al código *005_Atribuciones* con un total de 12 enraizamientos que hace referencia a las situaciones contadas desde su punto de vista para que pudiéramos entenderla mejor y finalmente el código *004_PSPos* que justo es una de tantas cosas que se quería lograr con la participante, que ella percibiera de forma favorable el entorno.

Otros códigos que llamaron nuestra atención fueron el código *013_RelFamPos* y el código *016_RelFamNeg*, ya que ambos tuvieron la misma cantidad de codificaciones, seis para ser exactos, nos sorprende por el hecho de que muy pocas ocasiones en las sesiones nos comentó que sus relaciones familiares eran positivas pero por el contrario en la mayoría de las sesiones de esta primera fase se habló sobre la relación que mantiene con su hijo, ya que a ella le generan demasiado estrés, emociones que juegan en contra de su salud, por la tanto considera que no lleva una buena relación con él, tu hijo es alcohólico y cada que él ingiere alcohol se vuelve necio y en ocasiones violento con ella, creímos que en la codificación de las bitácoras individuales, un número alto sería el código *016_RelFamNeg*, pero sorprendentemente es uno de los primeros tres más bajos en codificaciones.

Con el código *012_Salutogénicas* nos damos cuenta de que a lo largo de esta primera fase la cuidadora no tuvo muchas experiencias que le generarán bienestar tanto físico como emocional ya que es una codificación muy baja de enraizamientos, pero de igual manera, nos alegra bastante que fuera superior al código *011_Patogénicas*, sin embargo, sabíamos que estarían enraizamientos presentes en la codificación de este código por lo comentado en sesión.

Podríamos decir que estos resultados obtenidos de las codificaciones nos dan a entender que ella percibe un ambiente positivo con nosotros y es capaz de confiarnos situaciones que le generaron emociones poco agradables o muy agradables en su día a día, también podemos reconocer que los esfuerzos hechos para generar una relación fuerte con la participante P01 valieron totalmente la pena. Sin embargo, con base a los enraizamientos obtenidos también podemos darnos cuenta de que en la participante no es capaz de reconocer claramente cuáles son sus relaciones familiares positivas y sus relaciones familiares positivas, y podemos decir que esto le genera en ocasiones conductas que le generan un malestar físico o emocional.

Es importante recalcar que sin el desarrollo de alguno de estos factores no se hubiera logrado un desenvolvimiento de forma favorable por parte de la participante P01 y que como antes se mencionaba esto generó un ambiente de confianza a pesar de haber tenido pocas sesiones trabajadas. Se espera que para la siguiente fase del proyecto se logre un avance aún más significativo, que logre generar cambios permanentes en la vida diaria de la cuidadora.

Tabla 9.2.. Enraizamientos encontrados en cada código de las bitácoras de la participante P01.

Códigos.	Enraizamiento	Densidad	Grupos
001_Asertividad		25	0
002_Prosocial		14	0
003_Empatía		21	0
004_PSPos		18	0
005_Atribuciones		12	0
006_PSNeg		11	0
007_Hostilidad		0	0
008_LengAfec		20	0
009_GesEmo		40	0
010_ExpInc		0	0
011_Patogénicas		4	0
012_Salutogénicas		8	0
013_RelFamPos		6	0
014_RedApo		9	0
015_ConProgApo		7	0
016_RelFamNeg		6	0
017_GenSocD		3	0
018_MedCoer		0	0

Participante P02

La participante P02 fue la primer participante que logramos que participará en el programa, ella eligió el horario por lo cual se le asignó el nombre de participante P02, a ella la veíamos todos los miércoles con un horario de 12 p.m. a 1:50 p.m., todas las sesiones se llevaron a cabo en su domicilio, ya que ella no tuvo problema alguno para que se realizarán ahí.

Con ella hubo buena comunicación desde el inicio, en las primeras sesiones a pesar de no conocernos mucho, la participante se mostraba muy dispuesta, cooperativa y asertiva, poco a poco las sesiones fueron generando más confianza y con el paso del tiempo notamos que ella esperaba ansiosa los miércoles, en cuanto entrábamos a su domicilio y cruzábamos el patio, ella comenzaba ya a platicarnos cómo es que le había ido en su semana y cómo se encontraba ese día, hacía comentarios graciosos, reía bastante con nosotros y se notaba mucho esa calidez con la que nos recibía cada miércoles. Realmente hubo un avance muy bueno con ella la relación que logramos tener con ella se dio bastante bien y sin esfuerzo alguno.

Como se muestra en la **Tabla 9.3. Enraizamientos encontrados en cada código de las bitácoras de la participante P02**, el código con 004_PSPos con 37 enraizamientos, nos demuestra que la participante percibiera de forma favorable el entorno, esto explica el desenvolvimiento favorable de la participante a lo largo de las sesiones. El código 005_Atribuciones con un total de 28 enraizamientos, nos hace referencia a que la participante la mayor parte de tiempo en las sesiones nos hablaba de situaciones vividas donde no siempre ella era la protagonista y con base a lo que vivía nos podía dar su punto de vista de cómo fue que vivió o sintió esas situaciones que de una u otra forma le afectaban, a esta cuidadora le gustaba mucho hablar con nosotros sobre lo que ella hacía durante la semana que no nos vio y podríamos decir que ella nos ponía al día de todas las actividades que había realizado, las situaciones que tuvo que enfrentar y algunas peleas que surgían, principalmente con su nieta; el código 001_Asertividad con 23 enraizamientos no es de los más altos pero es importante mencionar, pues siempre hubo una muy buena comunicación, supo comunicar de manera correcta sus emociones, pensamientos sin dañar, agredir o insultar a los demás, el código 009_GesEmo fue el más alto con 39 enraizamientos, podemos demostrar que la participante hizo un buen desenvolvimiento de sus emociones a la hora de identificarlas y expresarlas, y esto es algo que ella incluso llegó a mencionarnos, ella creía que no era capaz de

lograr identificar y distinguir emociones, y a pesar, de que esto es un proceso que todo el tiempo se está trabajando, ella logro mejorar este aspecto, y está tranquila con ello, el código *008_LengAfec* con 33 enraizamientos nos explica que la participante siempre se dirigió a nosotros con un lenguaje cálido y empático.

El código *012_Salutuagénicas* que se refiere a las conductas que promueven un bienestar físico y emocional, se encuentra empatado con el código *014_RedApo*, *016_RelFamNeg* y *013_RelFamPos* con un total de 8 enraizamientos cada uno, ocupando el 3er puesto de los códigos con nos llama mucho la atención que los códigos menor enraizamientos. La participante nos comentaba en las sesiones que había ocasiones en las que frecuentemente se sentía mal de salud y seguido debía ir al doctor, pero algo que logramos notar es que en ese periodo durante se llevaron a cabo las sesiones la participante no tuvo que acudir al doctor por malestares físicos, sino más bien por chequeos de rutina, también algo que sabíamos fue que a pesar de las situaciones familiares, ella sabía que siempre podría tener el apoyo de toda su familia, pero en situaciones de salud, en cuanto acompañamiento siempre su nuera era quien estaba ahí para ella, la participante tiene claro que si en algún momento necesita ayuda más profesional sabe dónde buscarlo, pues anteriormente ella a tomado terapias con especialistas debido a perdidas que ha tenido a lo largo de su vida, como por ejemplo, la de sus dos hijos.

Nos llama mucho la atención que los códigos *016_RelFamNeg* y *013_RelFamPos* nuevamente como con la cuidadora anterior se encuentran con el mismo número de códigos enraizados, esta cuidadora nos comenta que tiene problemas con su familia específicamente con su nieto pero al mismo tiempo nos dice que con toda su familia tiene una buena relación, consideramos que también no es capaz de distinguir cuáles son sus relaciones positivas familiares y sus relaciones negativas familiares pero sin embargo nos alegra que el número de enraizamientos no sea tan elevado consideramos que es algo que se puede trabajar para que lo pueda identificar de la mejor manera.

Tabla 9.3. Enraizamientos encontrados en cada código de las bitácoras de la participante P02

Códigos	Enraizamiento	Densidad	Grupos
001_Asertividad		23	0
002_Prosocial		12	0
003_Empatía		10	0
004_PSPos		37	0
005_Atribuciones		28	0
006_PSNeg		7	0
007_Hostilidad		0	0
008_LengAfec		33	0
009_GesEmo		39	0
010_ExpInc		0	0
011_Patogénicas		1	0
012_Salutogénicas		8	0
013_RelFamPos		8	0
014_RedApo		8	0
015_ConProgApo		1	0
016_RelFamNeg		8	0
017_GenSocD		0	0
018_MedCoer		0	0

11.2.1.3. Enraizamientos totales encontrados en cada código

Al final de estay de haber trabajado con ambas cuidadoras, logramos tener muy buenas sesiones y logramos crear una muy buena relación con cada una de ellas generando cambios importantes en la vida diaria de cada una de ellas, sabemos que es un trabajo que debe continuar y mejorar. Esto no solo lo decimos nosotros, sino, que hay resultado en cuanto a ambas cuidadoras que se presentan en la siguiente tabla.

En la **Tabla 9.4. Enraizamientos totales encontrados en cada código de las bitácoras de las participantes P01 Y P02**, nos confirma que ambas participantes han generado un vínculo de confianza fuerte con nosotros, pero a pesar de eso no es suficiente, hay que trabajar más para crear cambios significativos en el autocuidado de las participantes.

El código *004_PSPos* como era de esperarse tiene un total de 55 enraizamientos, lo que da a demostrar que las participantes nos percibían de forma favorable en cuanto al entorno que generábamos cuando estábamos en ellas en sesión, esto explica el desenvolvimiento favorable de cada una de las participantes a lo largo de las sesiones. El código *005_Atribuciones* con un total de 40 enraizamientos, no es el más alto pero es importante pues nos hace referencia a que las participantes la mayor parte de tiempo nos contaban experiencias vividas desde su punto de vista que por lo general les afectaba, el código *001_Asertividad* con 48 enraizamientos totales nos dice que siempre hubo una muy buena comunicación con las participantes, pues lograron comunicarnos todo lo que ellas querían que nosotros escucháramos y con lo que ellas estuvieron cómodas siempre hablando con respeto, empatía y caridad, el código *009_GesEmo* fue el más alto con 79 enraizamientos, podemos demostrar que las participantes hicieron un buen desenvolvimiento de sus emociones a la hora de identificarlas y expresarlas y destacamos mucho esta parte, para nosotros fue un cambio muy significativo, puesto que al inicio de esta fase nos costó mucho trabajo lograr identificar que emociones estaban viviendo, y no solo para nosotros, sino que también para ellas y el haber obtenido estos resultados nos satisface, pues logramos una mejor relación con nuestras participantes; el código *008_LengAfec* con 53 enraizamientos totales nos explica que las participantes siempre se dirigieron a nosotros con un lenguaje cálido y empático, logrando una muy buena comunicación. Esto de alguna manera hizo que las sesiones tuvieran estos resultados obtenidos, que de alguna forma fueron los esperados y pudimos lograr.

Tabla 9.4. Enraizamientos totales encontrados en cada código de las bitácoras de las participantes P01 Y P02.

Códigos	Enraizamiento	Densidad	Grupos
001_Asertividad		48	0
002_Prosocial		26	0
003_Empatía		31	0
004_PSPos		55	0
005_Atribuciones		40	0
006_PSNeg		18	0
007_Hostilidad		0	0
008_LengAfec		53	0
009_GesEmo		79	0
010_ExpInc		0	0
011_Patogénicas		5	0
012_Salutogénicas		16	0
013_RelFamPos		14	0
014_RedApo		17	0
015_ConProgApo		8	0
016_RelFamNeg		14	0
017_GenSocD		3	0
018_MedCoer		0	0

A continuación, en la siguiente figura podemos observar la nube de palabras obtenida de la codificación de las bitácoras de las participantes P01 y P02, esta figura nos muestra las palabras más frecuentes dichas en las sesiones.

Palabras como “*hijo*” e “*hijos*” son palabras que las participantes constantemente repetían y eso se puede ver en la nube de palabras, esto era por el hecho de que las participantes vivían bastantes situaciones con sus hijos unas positivas que les generaban un bienestar y otras un tanto negativas que les generaban en parte todo el estrés que ellas tenían acumulado, con esto nos podemos dar cuenta que en sesiones un tema importante también fue la familia puesto que la familia es una red de apoyo importante para ellas.

Nube de palabras de la codificación de las bitácoras de la participante P01 y P02.



Fuente: Información obtenida del programa Atlas.ti. 9

11.3. Segunda fase

11.3.1.1. Bitácoras de la Segunda Fase.

Para la codificación de las bitácoras creadas de las sesiones individuales con la participante P01 y P02, se utilizó el Libro de Códigos que se muestra en la **Tabla 9.1. (Véase en anexos)**

12.Enraizamientos encontrados en cada código.

Participante P01.

La participante P01 estuvo fuera del estado durante la última etapa de la primera fase, por lo cual, como anteriormente comentamos, fue imposible trabajar con ella las últimas 4 sesiones; ella nos comentó vía telefónica que para esta segunda fase iba a poder tomar las sesiones sin ningún problema. La notamos contenta al darnos esa información, nosotros creemos que serían nuevamente en la Unión de Colonos, cómo en la primera fase, pero ella nos dijo que no, que ahora las quería tomar en su domicilio, que, si podían ser ahí, nosotros sin ningún inconveniente acudimos cada miércoles puntuales a la hora acordada.

Con esta participante no tuvimos un gran avance como con la otra, pero para esta segunda fase esperábamos tenerlo.

Y así fue, sin embargo, para el primer miércoles que inicia esta segunda fase, la participante tuvo que acudir a una cita médica y tuvo que cancelar la sesión, pero ella de manera asertiva y con un lenguaje afectivo nos lo comunicó, ella se veía un poco apenada, ya que como era la primera sesión creía que sería muy importante, así lo era, pero sin problema pudimos recuperar el tiempo perdido en la segunda sesión. Para la segunda sesión, ella nos recibió muy contenta, y con ganas de iniciar nuevamente este proceso con nosotros, con el paso de las sesiones nos dimos cuenta de que la relación con ella mejoraba cada vez más, había más confianza y notábamos mucha comodidad de parte de la cuidadora y hubo avances significativos para ella y en su vida.

Lo antes mencionado lo podemos demostrar con la **Tabla 10.1.** donde se muestran los enraizamientos obtenidos de las bitácoras realizadas de cada una de las sesiones individuales con la participante P01, en esta tabla podemos ver como el código *005_Atribuciones* es el código con numero de enraizamientos más alto a comparación de los demás, con un total de 23, donde

nuevamente se refiere a las pláticas dadas desde su punto de vista, ya sea porque son su opinión o las vivió, en este caso ella vivió todas las situaciones que ella compartió con nosotros, ella pudo compartir todo esto gracias al ejercicio de EEA y gran parte a la Percepción Social Positiva que ella experimento con nosotros, esto lo vemos reflejado en el código *004_PSPos* con un total de 18 enraizamientos y el código *009_GesEmo* que se encuentra empatado con el código anterior siendo el segundo lugar más alto, esto demuestra que el ambiente que ella percibía era favorable, eso generaba que pudiera tener una buena gestión de sus emociones.

El Código *008_LengAfec* con una total de 17 enraizamientos y quedando en el tercer lugar más alto nos quiere decir que la participante logro comunicarnos de una manera cálida y empática información que fuera suya o de alguien más, nuevamente esto se encuentra reflejado en el EEA, ya que ella pudo compartir algo que jamás en su vida había compartido con alguien más.

Algo que es muy interesante y se debe mencionar es que ambos códigos *016_RelFamNeg* y *013_RelFamPos* disminuyeron sus números de enraizamientos, sobre todo el código *016_RelFamNeg* y entendemos muy bien las razones, la participante decidió aplicar sus límites con su hijo y eso le ha generado una mejor estabilidad emocional, dejando atrás las angustias, los momentos estresantes y de molestia que su hijo le hacía pasar.

En general, consideramos que estos resultados son muy satisfactorios para nosotros puesto que logramos muchos cambios, tanto como cambios de actitud, cambios en la manera de pensar y hacer las cosas, logramos que la participante fuera capaz de mejorar el rol que desempeña en su hogar y dentro de su familia. Fue de suma importancia que a cuidadora tuviera siempre presente que para que pueda cuidar de otros, debe comenzar por ella misma.

Tabla 10.1. Enraizamientos encontrados en cada código de las bitácoras de la participante P01

Códigos	Enraizamiento	Densidad	Grupos
001_Asertividad		17	0
002_Prosocial		7	0
003_Empatía		11	0
004_PSPos		18	0
005_Atribuciones		23	0
006_PSNeg		8	0
007_Hostilidad		6	0
008_LengAfec		17	0
009_GesEmo		18	0
010_ExpInc		7	0
011_Patogénicas		9	0
012_Salutogénicas		10	0
013_RelFamPos		6	0
014_RedApo		1	0
015_ConProgApo		2	0
016_RelFamNeg		2	0
017_GenSocD		5	0
018_MedCoer		0	0

Participante P02.

La participante P02 continuó siendo parte del programa. Las sesiones fueron nuevamente en su domicilio a la misma hora. Con ella en la primera fase se logró tener un avance muy importante y significativo, como anteriormente se comentó, generamos que se logaran cambios en su vida diaria. Nuestra misión en esta segunda fase fue mantener y mejorar esa relación psicosocial con la participante, sin embargo, no fue así.

En esta segunda fase con la participante P02 hubo cambios drásticos pero no positivos, lamentablemente se tuvo un retroceso con la participante, al inicio todo iba bien pero conforme iba realizando cambios con su familia en cuanto a límites, asignación o reasignación de roles para una nueva y mejor convivencia, ella poco a poco iba cambiando y posteriormente ella se mostraba muy distante, apática y poco interesada en las sesiones con el paso del tiempo comenzó a ser más notorio, pero sorprendentemente realizó adecuadamente todas las actividades correspondientes a las sesiones, logro comunicarse bien con nosotros para realizar y concluir con éxito las sesiones del Ejercicio de Escritura Emocional.

La participante comenzó distante, apática con respecto a cosas que se comentaban en las sesiones, ella en la primera fase se notaba entusiasmada y contenta por tener las sesiones cada semana, pero ahora no fue así, nos costó mucho trabajo reconocer sus emociones, a veces, la mayor parte del tiempo en las sesiones se mostraba indiferente, otras de mal humor, nosotros buscamos la manera de que ella pudiera compartirnos un poco de lo que le pasaba o que situaciones tenía para entender mejor el porqué de esas emociones. Pero ella se limitaba y difícilmente nos mostraba qué emociones vivía. Consideramos que ella sentía el entorno de cierto modo amenazante, limitante.

Se lograron trabajar la mayoría de las sesiones con ella, pero en esta fase tuvimos menos. De lo poco que nos llegó a compartir en alguna sesión, fue el hecho de que constantemente tenía peleas con su nieta, que, a su vez, estas le generaban conflicto con su esposo, queremos pensar que quizá, por esa razón, es que se comportó así en algunas sesiones.

Todo esto antes mencionado lo podemos demostrar con la **Tabla 10.2.** donde encontramos todos los enraizamientos encontrados en cada código de las bitácoras de las sesiones individuales

con la participante P02, donde podemos observar que el código *006_PSNeg* obtuvo el segundo número más alto de enraizamientos con un total de 16 enraizamientos comprobando que, en efecto, la cuidadora percibió el entorno con nosotros amenazante, por tal motivo no pudo desarrollarse adecuadamente. Pese a los esfuerzos realizados con ella no fue del todo posible que la participante lograra sentirse nuevamente en un entorno de confianza como se logró en la primera fase, sin embargo, ante la situación se continuó trabajando con la participante tratando así de cumplir con los objetivos propuestos. Así mismo con lo antes mencionado se entiende porque al analizar y codificar las bitácoras se obtuvieron estos resultados.

El código *010_ExpInc* es el código más alto con 17 enraizamientos explicando la deficiencia que tuvo la cuidadora a la hora de poder expresar, identificar y gestionar sus emociones, esto provocó que no pudiera comunicar adecuadamente lo que ella estaba pasando y eso generó una comunicación pasiva, por más que nosotros buscábamos hablar con ella, saber de ella, entenderla, ella simplemente evadió todo. En algunas ocasiones ella evadía el tema de conversación preguntando como es que nos encontrábamos nosotros, de alguna actividad que hizo antes de nuestra llegada o con situaciones que pasaban en el momento de la sesión que no tuvieran nada que ver con algún tema que la incomodara. Nos fue un poco complicado identificar emociones más allá de un desinterés, intranquilidad, en ocasiones enojo y tristeza. En tercer lugar, tenemos al código *011_Patogénicas* con 15 enraizamientos, este código se refiere a conductas que le generan malestares físicos y emocionales, va de la mano con el código antes mencionado, ya que al no poder expresar, identificar y/o gestionar adecuadamente sus emociones nuestra participante, no iba a ser posible que ella se sintiera bien en el entorno que se creaba en las sesiones y por consecuente al no sentirse bien en el entorno esto le iba generar malestares, sobre todo malestares emocionales, ya que queda clara la relación que este código tiene con el código *010_ExpInc*, no nos sorprende el resultado que nos arrojó la codificación de estas bitácoras.

Otro código importante por mencionar es el *008_LengAfec* con 2 enraizamientos totales, es el código más bajo en enraizamientos, después del contexto anterior se logra entender el porqué de este resultado, ya que el código *008_LengAfec* se refiere al lenguaje cálido y empático al comunicar información propia y de otros, algo que fue muy deficiente a la falta de comunicación que se manifestó en las sesiones.

Tabla 10.2. Enraizamientos encontrados en cada código de las bitácoras de la participante P02.

Códigos	Enraizamiento	Densidad	Grupos
001_Asertividad		7	0
002_Prosocial		5	0
003_Empatía		4	0
004_PSPos		9	0
005_Atribuciones		10	0
006_PSNeg		16	0
007_Hostilidad		0	0
008_LengAfec		2	0
009_GesEmo		5	0
010_Explnc		17	0
011_Patogénicas		15	0
012_Salutogénicas		4	0
013_RelFamPos		3	0
014_RedApo		5	0
015_ConProgApo		2	0
016_RelFamNeg		9	0
017_GenSocD		0	0
018_MedCoer		3	0

12.1.1.1.2. Enraizamientos totales encontrados de cada código en las bitácoras de las participantes P01 y P02.

Los resultados obtenidos de los enraizamientos totales obtenidos de las bitácoras de ambas participantes quedaron de la siguiente manera:

Como código más alto se encuentra el código *005_Atribuciones* con 33 enraizamientos totales, la razón está en que ambas participantes siempre nos compartían sus vivencias desde su punto de vista, era de esperarse que este código sería el más alto, sin embargo, no es el código que más nos interesa, ya que hay otros de los cuales podemos decir más y se encuentran en los primeros lugares con enraizamientos más altos. Un ejemplo de ello es el código *004_PSPos* que se refiere a la percepción favorable del entorno y de la importancia de este, el resultado se lo atribuimos a la participante P01 ya que las sesiones en donde se logró un avance fueron con ella, en cambio, con la participante P02 no fue así y hubo solo muy pocos enraizamientos en este código por parte de ella. Pero podemos decir que en general tuvimos más aportaciones positivas que negativas.

El código *006_PSNeg* que se refiere a la percepción desfavorable del entorno, ya que puede percibirse amenazador, limitante e incluso peligroso, fue el tercer código más alto con 24 enraizamientos, este de igual manera los atribuimos la mayor parte a una participante, la participante P02, con la cual, como se mencionó anteriormente, no se tuvo un avance considerablemente bueno o similar al que se logró en la primera fase, al contrario, y por consecuencia la cuidadora percibió un ambiente limitante con nosotros y eso llevó a no tener los resultados esperados en cuanto a esta participante; por parte de la participante P01 se obtuvieron algunos enraizamientos en este código debido a situaciones que pasó con su familia, específicamente con su hijo.

Un código que nos fue agradable tener con enraizamientos altos en nuestros resultados fue el *001_Asertividad* que se refiere a la comunicación directa y en pro de los derechos de la persona, sin afectar los intereses de los demás, esto fue gracias a ambas participantes, a pesar de que con la participante P02 hubo algunas contingencias, se logró que al menos en los ejercicios de Escritura Emocional Autorreflexiva ella mantuviera una buena comunicación y así mismo lograra desenvolverse adecuadamente a la hora de identificar y exteriorizar sus emociones, y que también terminara con éxito los ejercicios. Por parte de la participante P01, con la cual se tuvo un enorme

avance, siempre se notó una buena comunicación, incluso para cuando ella debía cancelar las sesiones, siempre se preocupó por que no nos afectara a nosotros cualquier acción que ella hiciera, pero por supuesto nosotros entendíamos a veces no era posible y que si nosotros estábamos fomentando su autocuidado era lógico que estuviéramos en pro de que ella acudiera a sus citas médicas en su día y horario pertinentes.

Por otro lado, tenemos un código que tuvo de los enraizamientos más bajos en nuestros resultados, el cual es *018_MedCoer* con un total de 3 enraizamientos, este código se refiere al protocolo de responder a una conducta desafiante y se emplea la fuerza física y/o comunicación con el fin de limitar o restringir el movimiento, este código se utilizó para describir de esta manera algunas conductas que las participantes tuvieron en situaciones con sus familiares, tales como, problemas, discusiones, mal entendidos o discrepancias.

En general, a pesar de algunas contingencias tenidas con la participante P02, podemos asegurar que, aunque no fueron los resultados totalmente esperados, logramos un gran avance también y dentro de lo que cabe cumplimos con los objetivos principales de esta segunda fase.

Tabla 11.1.. Enraizamientos totales encontrados en cada código de las bitácoras de las participantes P01 Y P02.

Códigos	Enraizamiento	Densidad	Grupos
001_Aservidad		24	0
002_Prosocial		12	0
003_Empatía		15	0
004_PSPos		27	0
005_Atribuciones		33	0
006_PSNeg		24	0
007_Hostilidad		6	0
008_LengAfec		19	0
009_GesEmo		23	0
010_Explnc		24	0
011_Patogénicas		24	0
012_Salutogénicas		14	0
013_RelFamPos		9	0
014_RedApo		6	0
015_ConProgApo		4	0
016_RelFamNeg		11	0
017_GenSocD		5	0
018_MedCoer		3	0

12.1.1.1.3. Nube de palabras del total de las sesiones de las participantes P01 y P02.

Las palabras “*tranquila*”, “*emocional*” y “*salud*” son de las palabras mas mencionadas en la nube de palabras que nos gustaría resaltar ya que en estas sesiones la participantes pusieron en practica lo que pudimos compartir con ellas en las sesiones de la primera fase, como por ejemplo, evitar estar todo el tiempo estresadas por situaciones que las sobrepasan o de las cuales no deberían de ocuparse, cuidarse a sí mismas para poder estar bien para los demás y cuidar de ellos, y finalmente no reprimir emociones, por el bien de ellas, su salud mental como fisica.

Podemos hallar mas palabras que son importantes, pero decidimos resaltar sobre todo estas porque creemos que estas palabras marcan un cambio de inicio a fin, un cambio que estábamos dispuestos a lograr y así fue como se hizo, nos llevamos la satisfacción de haber ayudado a nuestras participantes para que ellas pudieran darse cuenta de que necesitaban cambios positivos en su vida que les sumaras cosas por supuesto positivas.

Figura 17.1.

Nube de palabras de la codificación de las bitácoras de la participante P01 y P02.



Nota: “Nube de palabras que se obtuvo de la codificación de las bitácoras de la participante P01 y P02.”

Fuente: Información obtenida del programa Atlas.ti. 9

12.1.1.2. Escritura Emocional Autorreflexiva

Para la codificación de las bitácoras creadas de las Escrituras Emocionales Autorreflexivas con la participante P01 y P02, se utilizó el Libro de Códigos que se muestra en la **Tabla 12.1.** (*Véase en anexos*)

12.1.1.2.1. Enraizamientos encontrados en cada código.

Participante P01.

En esta segunda etapa con esta participante se tuvo un buen avance y en el ejercicio de Escritura Emocional Autorreflexiva no fue la excepción. La participante realizó los ejercicios de la mejor manera.

El momento doloroso que la cuidadora decidió trabajar fue un intento de violación que ella vivió a los 14 años el cual solo quedó en tocamientos por parte la persona atacante. No obstante, para ella, el hablar del tema por primera vez fue muy complicado y doloroso, nosotros entendíamos muy bien que fuera así ya que estábamos tocando un tema muy difícil y sensible para ella, sin embargo, logró hacerlo de la mejor manera, claro, poniendo límites cuando ella consideraba era necesario o cuando el sentimiento la invadía. Recordemos que esta cuidadora no sabía leer ni mucho menos escribir, por tal razón los ejercicios se realizaron de manera verbal para posteriormente nosotros realizar la transcripción de lo dicho en sesiones anteriores.

Consideramos que la participante estuvo en la mejor disposición para realizar el ejercicio y eso se ve reflejado en los resultados obtenidos a la hora de realizar la codificación de las escrituras obtenidas de este ejercicio.

El código *001_Emo_pla* se refiere a emociones placenteras descritas en el texto, aquellas que la persona considera le benefician y/o disfruta y tuvo 6 enraizamientos, es el segundo código más bajo en enraizamientos, esto debido a que como anteriormente comentamos, la participante habló por primera vez del tema después de más de 30 años de haberlo vivido era entendible que iba a ser nada benéfico o de disfrute el hecho de tener que contar un momento que para ella hasta ese momento seguía siendo muy doloroso.

El código *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 y obtuvo 13 enraizamientos, colocándose en el primer lugar junto con otro código en tener el mayor número de enraizamientos; la razón de haber obtenido el mayor número de enraizamientos se debe a que la participante en las primeras dos sesiones sintió malestares por las fuertes emociones que vivió al recordar y contar su momento dolorosos, de hecho en la segunda sesión nos comentó que se había sentido muy mal y que tuvo que ir al doctor, allá le comentaron que se le subió la presión, incluso, esa misma sesión fue tan fuerte la emoción que sintió en el momento que se desbordó en llanto, era tanto a tal grado que le costaba trabajo respirar, en ese momento decidimos parar y comentar a darle contención.

Con el código *003_A_exp_emo* que se refiere a la expresión emocional adecuada, cuando las personas reportan que dan cabida congruente a la emoción que experimentan, obtuvimos 12 enraizamientos, es el segundo código con más enraizamientos, esto debido a que cada emoción que la participante experimentaba era de acuerdo con lo que iba compartiendo, por ejemplo, en la primer sesión ella comento que lo que ella nos compartió fue muy doloroso, eso lo podíamos ver en su expresión de dolor y su emoción de tristeza que experimento en el momento, y así fue con todas las sesiones.

El código *004_I_exp_emo* tuvo 5 enraizamientos ya que este código se refiere a todo lo contrario al código antes mencionado, se le asignó este código a las situaciones en las que la participante nos mencionaba que iba mejor, pero sus actitudes, emociones y acciones nos demostraban lo contrario, pero como se puede ver, son pocos enraizamientos, así que fueron pocas las veces en que sucedió.

El código que se encuentra empatado con el código *002_Emo_des* es el código *005_Uso_a_leng* con 13 enraizamientos, este código 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 o en este caso en su dialogo, y efectivamente, así fue, la participante fue lo más transparente posible con sus emociones, siempre nos comunicó como es que se sentía en el momento, si podía o no continuar, consideramos que eso es lo que nos ayudó muchísimo para que el ejercicio pudiera salir de la mejor manera.

Hay un último código que se refiere al uso inadecuado del lenguaje en la expresión de sus emociones, el cual es el *006_Uso_i_leng* este fue el que obtuvo el menor número de enraizamientos

por lo cual, no es tan importante explicar. Todo lo antes mencionado se demuestra en la siguiente tabla.

Tabla 12.2.

Enraizamientos encontrados en cada código de las escrituras emocionales autorreflexivas tradicionales de la participante P01

<i>Códigos</i>	<i>Enraizamientos</i>	<i>Densidad</i>	<i>Grupo</i>
<i>001_Emo_pla</i>		<i>6</i>	<i>0</i>
<i>002_Emo_des</i>		<i>13</i>	<i>0</i>
<i>003_A_exp_emo</i>		<i>12</i>	<i>0</i>
<i>004_I_exp_emo</i>		<i>5</i>	<i>0</i>
<i>005_Uso_a_leng</i>		<i>13</i>	<i>0</i>
<i>006_Uso_i_leng</i>		<i>3</i>	<i>0</i>

Participante P02.

Con esta participante se tuvo un avance poco notable, se mantuvieron las sesiones, pero no obtuvimos los resultados esperábamos, sin embargo, se lograron realizar los ejercicios de Escritura Emocional Autorreflexiva, nuevamente, no fueron los resultados esperados, pero al menos logramos uno de los objetivos propuesto al inicio de esta segunda fase.

Es importante mencionar que esta cuidadora sabia escribir y leer, por lo tanto, no hubo problema alguno en que ella pudiera realizar el ejercicio de acuerdo con las indicaciones que este nos daba. **Figura 18.1 (Véase en Anexos)**

El momento doloroso que la cuidadora decidió trabajar fue el fallecimiento de su hija, ella nos comenta que no le permitieron ver el cuerpo de su hija cuando ella falleció, por tal razón la participante después de haber pasado tiempo del fallecimiento de su hija ella aun no creía que hubiese fallecido y poco a poco entró en un episodio de depresión a tal grado que todo ese sentimiento que tenía guardado le genero enfermedades que hasta la fecha ella padece. Su familia trato de ayudarla, es así como fue que buscaron ayuda para ella, sin embargo, ella también lo hizo; a través de una estación de radio que ella comenzó a sintonizar fue como ella se dio cuenta que necesitaba ayuda y que alguien la podía ayudar, fue así como se decidió en llamar a aquella estación buscando ayuda, ella nos comenta que una psicóloga fue quien la atendió y la ayudó a trabajar su proceso de duelo usando técnicas como silla vacía, todo esto a través de llamadas telefónicas

Consideramos que la participante había ya trabajado un poco con su proceso doloroso en algún momento, como ella nos comentó. Sin embargo, los resultados obtenidos nos dejan que desear. A continuación, se muestran los resultados obtenidos en cada código, asimismo en la **Tabla 12.3.** se presentan los resultados para su mayor entendimiento.

El código *001_Emo_pla* se refiere a emociones placenteras descritas en el texto, aquellas que la persona considera le benefician y/o disfruta y tuvo 4 enraizamientos, es el tercer código más bajo en enraizamientos, la participante hablo nuevamente del tema y hasta ese momento seguía siendo muy doloroso. A pesar de haberlo trabajado con un poco de ayuda profesional, no fue suficiente.

El código *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 y obtuvo 7 enraizamientos,

colocándose en el segundo lugar junto con otro código en tener de los mayores números en enraizamientos; la razón de haber obtenido el mayor número de enraizamientos se debe a que la participante en la primera sesión no la paso muy bien al recordar y contar su momento dolorosos, conteniendo su llanto y pidieron parar el ejercicio, pues no quería hablar más sobre ello. Sabíamos que las participantes la pasarían mal, pues los momentos que nos compartieron han sido momentos que han marcado su vida por el dolor que les generó y hablar de ellos no iba a ser fácil.

Con el código *003_A_exp_emo* que se refiere a la expresión emocional adecuada, cuando las personas reportan que dan cabida congruente a la emoción que experimentan, en este código obtuvimos 7 enraizamientos, encontrándose empatado con el código antes mencionado, la participante fue congruente con la mayoría de sus emociones, cuando ella contaba algo muy doloroso para ella su voz se le quebraba y su rostro reflejaba dolor. Recordemos que para las participantes no iba a ser fácil hablar de esto por lo tanto este código iba a tener un alto número de enraizamientos en comparación con los otros.

El código *005_Uso_a_leng* con 8 enraizamientos, este código 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 y efectivamente, así fue, la participante fue lo más transparente posible con sus emociones, y al igual que la participante P01, esta cuidadora siempre nos comunicó como es que se sentía en el momento y si podía o no continuar, esto nos funcionó y ayudo a entenderla un poco mejor en cuanto a las emociones que iba experimentando.

Tal vez no fueron los resultados que esperamos obtener, pero estamos satisfechos con el trabajo realizado.

Tabla 12.3.

Enraizamientos encontrados en cada código de las escrituras emocionales autorreflexivas tradicionales de la participante P02

<i>Códigos</i>	<i>Enraizamientos</i>	<i>Densidad</i>	<i>Grupo</i>
<i>001_Emo_pla</i>		<i>4</i>	<i>0</i>
<i>002_Emo_des</i>		<i>7</i>	<i>0</i>
<i>003_A_exp_emo</i>		<i>7</i>	<i>0</i>
<i>004_I_exp_emo</i>		<i>3</i>	<i>0</i>
<i>005_Uso_a_leng</i>		<i>8</i>	<i>0</i>
<i>006_Uso_i_leng</i>		<i>2</i>	<i>0</i>

Una palabra muy mencionada fue “*personas*” debido a que la participante en cada una de las sesiones la mencionaba por el hecho de que ella no creía que en el mundo existieran personas dispuestas a hacer mucho daño a otras, esto era algo que a ella le generaba mucho conflicto, tratar de entender esa situación.

Palabras como “*tocamientos*”, “*abusos*”, “*violencia*” y “*desagradable*” se encuentran del mismo tamaño, eso quiere decir que fueron mencionadas las mismas veces, esto llama mucho nuestra atención, ya que como podemos ver estas palabras tienen relación entre sí, sin embargo, esperábamos que fueran más mencionadas porque son palabras que tienen mucha relación con el momento que nos compartió, pero a pesar de ser palabras que tienen mucha relación, la participante hacia todo lo posible por no mencionarlas, como si hacerlo le generara asco o repulsión, y con toda la razón.

Palabras como “*tranquilidad*” e “*intranquila*” aparentemente tienen el mismo tamaño, estas palabras como se puede notar no fueron muy mencionadas, pero estas palabras comprueban los resultados obtenidos en los enraizamientos anteriormente mencionados, específicamente con el código 004_I_exp_emo con un número bajo de enraizamientos, que se refiere a la incongruencia con la cual las participantes expresaban sus emociones.

Participante P02.

Con la participante P02 a diferencia de la participante P01, se notó un aumento de tamaño en las palabras que realmente tienen conexión con el momento recordado y compartido, como, por ejemplo, palabras como: “*ella*”, refiriéndose de esa manera a su hija, “*hija*”, nuevamente haciendo referencia a su hija, “*triste*” la emoción que le genera recordar a su hija y lo que vivió durante y después de su muerte.

Algo que nos genera conflicto es que las emociones que la participante consideraba positivas y/o agradables tiene un tamaño pequeño lo cual significa que no se sintió del todo bien en las sesiones del ejercicio y algunas emociones que ella considera negativas y poco agradables son las más mencionadas, las que mejor describen el suceso, y eso muy bien lo pudimos notar en las sesiones con ella.

Cada palabra tiene un valor importante con la participante, pues cada una de ellas describió lo que ella vivió, ella le dio un significado con el cual pudo darle voz a ese sentimiento.

Se puede notar la diferencia en la nube de palabras desde la cantidad de palabras que cada una de las participantes utilizó en las sesiones. En la nube de palabras de la participante P01 podemos ver una alta cantidad de palabras, esto es debido a que el ejercicio de Escritura Emocional Autorreflexiva lo trabajó de manera oral, sin embargo, con la participante P02 notamos una baja cantidad de palabras utilizadas en sesión, la razón es que esta participante hizo el ejercicio de manera escrita, como debería de haber sido, a pesar de ello, se muestran mejores resultados con la participante P01, al menos en esta segunda fase.

Figura 19.2.

Nube de palabras de las Escrituras Emocionales Autorreflexivas Tradicionales de la participante P02



Nota: “Nube de palabras que se obtuvo de la escritura emocional autorreflexiva tradicional de la participante P02”

Fuente: Información obtenida del programa Atlas.ti. 9

12.1.1.4. Enraizamientos totales encontrados en cada código

De acuerdo con lo que se puede observar en la unión de ambas tablas (*Tabla 12.2. y Tabla 12.3.*), encontramos en la *Tabla 13.1.* que existen tres códigos que con ambas cuidadoras se repiten bastantes veces y que, por lo tanto, haciendo el conjunto de los códigos, son estos tres los que mayor relevancia tienen en cuanto a sus ejercicios de la carta emocional auto reflexiva.

El primer código que aparece con mayor frecuencia es el “005_Uso_a_leng” el cual es un código que pertenece a la segunda dimensión de la tabla de códigos, la cual es acerca del uso del lenguaje, este código tiene como principal uso, explicar que hubo un uso adecuado del lenguaje para poder expresar de mejor manera las emociones sentidas de ambas participantes. Dentro de la participante P01 este código fue encontrado un total de 13 veces mientras que la participante P02, fue un total de 8 veces, dando como resultado un numero de 21 enraizamientos.

El segundo código más utilizado pertenece a la primera dimensión de la tabla de código, que hace referencia hacia las emociones que se puedan presentar en la escritura emocional autorreflexiva, el cual es “002_Emo_des” este código se refiere a las emociones desagradables que pueden presentar los participantes, emociones que no les gusta sentir, no quieren sentir o volver a experimentar. La participante P01 presento un total de 13 veces este código, mientras que P02, lo presento un total de 7 veces, dando un total de 20 enraizamientos.

El tercer código más utilizado fue el “003_A_exp_emo”, este código también pertenece a la primera dimensión enfocada a las emociones, este código hace referencia a la expresión correcta de las emociones en base a lo escrito, haciendo que sus emociones sean representadas de forma congruente. La participante P01 presento esta emoción un total de 12 veces, mientras que P02 la monstruo 7 veces, dando un total de 19 enraizamientos.

Tabla 13.1.

Enraizamientos totales encontrados en cada código de las Escrituras Emocionales Autorreflexiva de las participantes P01 y P02

<i>Códigos</i>	<i>Enraizamientos</i>	<i>Densidad</i>	<i>Grupo</i>
001_Emo_pla		10	0
002_Emo_des		20	0
003_A_exp_emo		19	0
004_I_exp_emo		8	0
005_Uso_a_leng		21	0
006_Uso_i_leng		5	0

12.1.1.5. Diagnóstico para la medición de riesgos y enfermedades

Como se mencionó en el apartado **9. Instrumentos**, se mencionó que el objetivo de aplicar instrumentos era el de medir diversos aspectos del bienestar y la salud de las autocuidadoras.

El instrumento *Diagnostico para la medición de riesgos y enfermedades* es un instrumento diseñado para darnos a conocer el estado general de salud dónde resaltan áreas potenciales de preocupación sobre todo en riesgos y enfermedades, nos muestra las áreas sobre el estilo de vida en donde pueden tener hábitos saludables y en donde deben mejorar. Se tiene en cuenta que hay riesgos para la salud asociados con la edad el sexo y la herencia que están fuera de nuestro control, pero también hay riesgos que sí lo están y pueden modificarse o controlarse tales como el ejercicio, la dieta, la obesidad, los niveles sanguíneos de colesterol y el uso de tabaco, etcétera.

A continuación, se muestran los resultados obtenidos de las participantes P01 y P02 obtenidos después de aplicar y analizar los instrumentos en la segunda fase.

Participante P01.

En este primer apartado se muestra una tabla con la interpretación de los resultados obtenidos de la aplicación del diagnóstico. Para esta parte solo se tomarán en cuenta los resultados obtenidos de las columnas izquierdas del instrumento.

La **Tabla 14.1.** que se muestra está dividida en secciones, en primer lugar, tenemos la sección de *Condición física* con 3 respuestas, en segundo lugar, tenemos la sección *Historia familiar* con nuevamente 3 respuestas, la sección 3 autocuidado y cuidado médico junto con la sección 8. *Estrés y apoyo emocional* cuentan con 9 respuestas, la sección 4. *Hábitos alimenticios* y 7. *Valores, esfera intelectual y espiritual* cuentan con 7 respuestas cada una, la sección 5. *Consumo de alcohol tabaco y drogas* junto con la sección 9. *Medio ambiente* cuentan con cuatro respuestas, mientras que la sección 6. *Accidentes* cuenta con 5 respuestas y finalmente, la sección 10. *Sexualidad* cuenta con 0 respuestas.

Tabla 14.1.

Interpretación de los resultados del diagnóstico de la participante P01

# de la sección.	Nombre de la sección	# de respuestas en la columna izquierda.
1.	Condición física.	3
2.	Historia familiar.	3
3.	Autocuidado y cuidado médico.	9
4.	Hábitos alimenticios.	7
5.	Consumo de alcohol, tabaco, y drogas.	4
6.	Accidentes.	5
7.	Valores, esfera intelectual y espiritual.	7
8.	Estrés y apoyo social.	9
9.	Medio ambiente.	4
10.	Sexualidad.	0

El siguiente gráfico circular representa todas las secciones divididas en el cual se sombrearon los resultados dependiendo del número total de respuestas obtenidas, mientras más sombreada se encuentra cada sección esto indica un estilo de vida más sano para la misma.

Únicamente en la sección 2. *Historia familiar* no podemos aplicar de la misma forma la interpretación ya que no conocemos al 100% la historia familiar y por lo cual no tenemos control sobre ella. Por tal razón, nos centraremos en las otras nueve secciones.

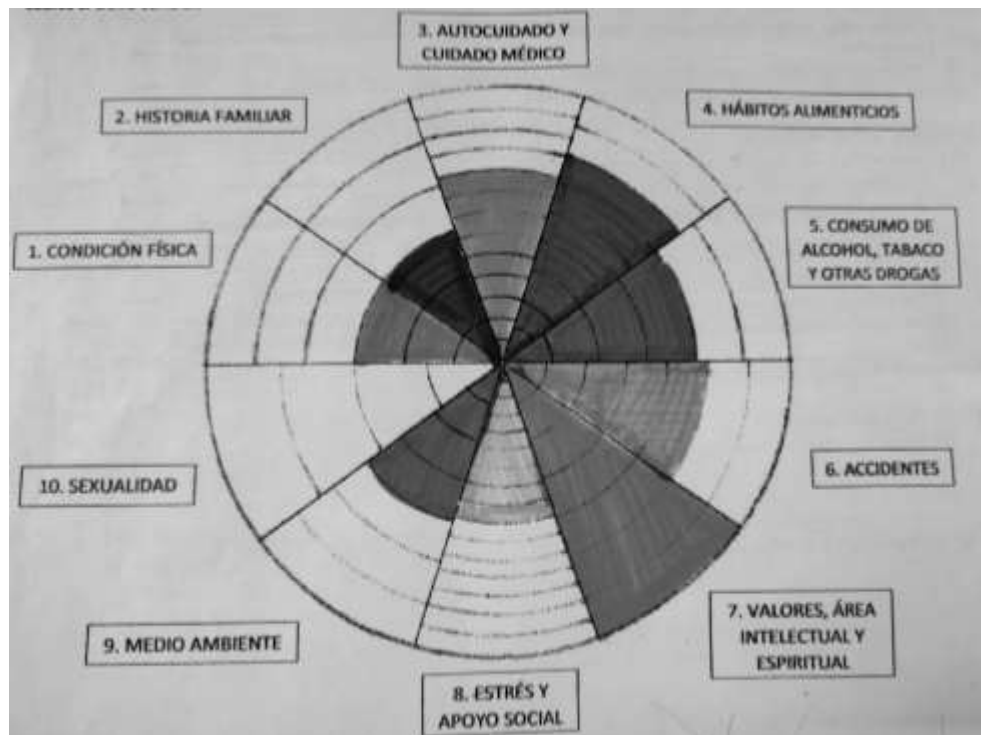
En cuanto a los resultados obtenidos con la participante P01 podemos decir que la participante no tiene ningún problema cuando se trata de participar en actividades recreativas que le brinden bienestar y que no vayan en contra de sus valores, a la hora de involucrarse con los demás ella entiende muy bien que cada persona puede y debe expresarse con toda la libertad a pesar de que sus ideales difieran con los suyos. En cuanto a sus hábitos alimenticios, la participante hace lo mejor que puede para cuidar su salud y eso se nota, sin embargo, en cuanto al autocuidado y cuidado médico, esperábamos resultados más satisfactorios, ella en sesiones nos ha platicado que su estilo de vida en cuanto a salud ha ido mejorando poco a poco, tal vez por esa razón esperábamos mejores resultados, no obstante, creemos que se ha visto un buen avance y estamos

seguros de que seguirá mejorando.

En la sección 10, como anteriormente se comentó, la participante obtuvo cero respuestas, nosotros atribuimos esto al hecho de que la participante hace tiempo quedo viuda, por tal motivo no creyó lógico acertar a alguna de las preguntas realizadas en esta rección y es totalmente entendible.

Figura 20.1.

Diagnostico para la medición de riesgos y enfermedades: Resultados de la participante P01.



Nota: “Resultados de la participante P01 del instrumento “Diagnostico para la medición de riesgos y enfermedades””

Fuente: Información obtenida después de haber aplicado el instrumento a la cuidadora P01

La sesión 8 nos habla sobre el estrés que la participante puede experimentar debido a diferentes situaciones de su vida cotidiana, así como también sobre el apoyo social que la misma recibe, ya sea por la familia o personas externas con la que tiene comunicación,

No hay punto de comparación en cuanto a resultados, pero creemos que los resultados obtenidos coinciden con la historia de vida que conocíamos hasta ese momento, hay cosas que se

pueden mejorar, pero entendemos que también esas cosas pueden resultar complicadas o imposibles a la edad de la cuidadora, por lo tanto, no tenemos problema alguno con los resultados obtenidos.

Participante P02

En primer lugar, se muestra la tabla con la interpretación de los resultados obtenidos de la aplicación del diagnóstico a la participante P02, nuevamente para esta apartado solo se tomarán en cuenta los resultados obtenidos de las columnas izquierdas del instrumento.

Lo resultados obtenidos son los siguientes:

Las secciones *1. Condición física*, *2. Historia familiar*, *9. Medio ambiente* y *10. Sexualidad* son las secciones que tienen menor cantidad de respuestas en la columna izquierda con un total de 3 respuestas, le sigue la sección *5. Consumo de alcohol, tabaco y drogas* con 5 respuestas, las sesiones *6. Accidentes* y *7. Valores, esfera intelectual y espiritual* tienen un total de 6 respuestas totales, le sigue la sección *4. Hábitos alimenticios* con 7 respuestas, y finalmente las secciones con más respuestas obtenidas fueron la sección *3. Autocuidado y cuidado médico* con 9 respuestas y la sección *8. Estrés y apoyo social* con 13 respuestas.

Se podría apreciar que, esta cuidadora obtuvo números más bajos en sus respuestas de la columna izquierda a excepción de la sección 8, pero a diferencia de la participante P01, la participante P02 si obtuvo respuestas en la sección 10, esto fácilmente se puede explicar, ya que esta participante mantiene aún una relación con su esposo desde ya hace varios años; hemos de esperar a conocer los resultados que el grafico circular nos arroja.

Sin embargo, hemos de confesar que algunas respuestas obtenidas de esta participante nos dejan mucho que desear o incluso se puede decir que son contradictorias si es que las comparamos y analizamos detenidamente con los que ella en sesiones anteriores nos ha compartido acerca de su vida, pero siguiendo al regla que en la sección *2. Historia familiar* no podemos dar una “correcta” interpretación ya que no conocemos al 100% la historia familiar y por lo cual no tenemos control sobre ella, es por lo que nosotros no podemos hablar al respecto.

En la siguiente tabla se encuentran la interpretación de los resultados obtenidos del diagnóstico de la participante P02 que en el apartado de arriba se han mencionado, en la tabla se puede entender mejor cuantas respuestas obtuvo cada una de las secciones ya mencionadas.

Tabla 14.2.

Interpretación de los resultados del diagnóstico de la participante P02.

# de la sección.	Nombre de la sección	# de respuestas en la columna izquierda.
1.	Condición física.	3
2.	Historia familiar.	3
3.	Autocuidado y cuidado médico.	9
4.	Hábitos alimenticios.	7
5.	Consumo de alcohol, tabaco y drogas.	5
6.	Accidentes.	6
7.	Valores, esfera intelectual y espiritual.	6
8.	Estrés y apoyo social.	13
9.	Medio ambiente.	3
10.	Sexualidad.	3

El siguiente gráfico circular representa todas las secciones divididas en el cual se sombrearon los resultados dependiendo del número total de respuestas obtenidas, mientras más sombreada se encuentra cada sección esto indica un estilo de vida más sano para la cuidadora.

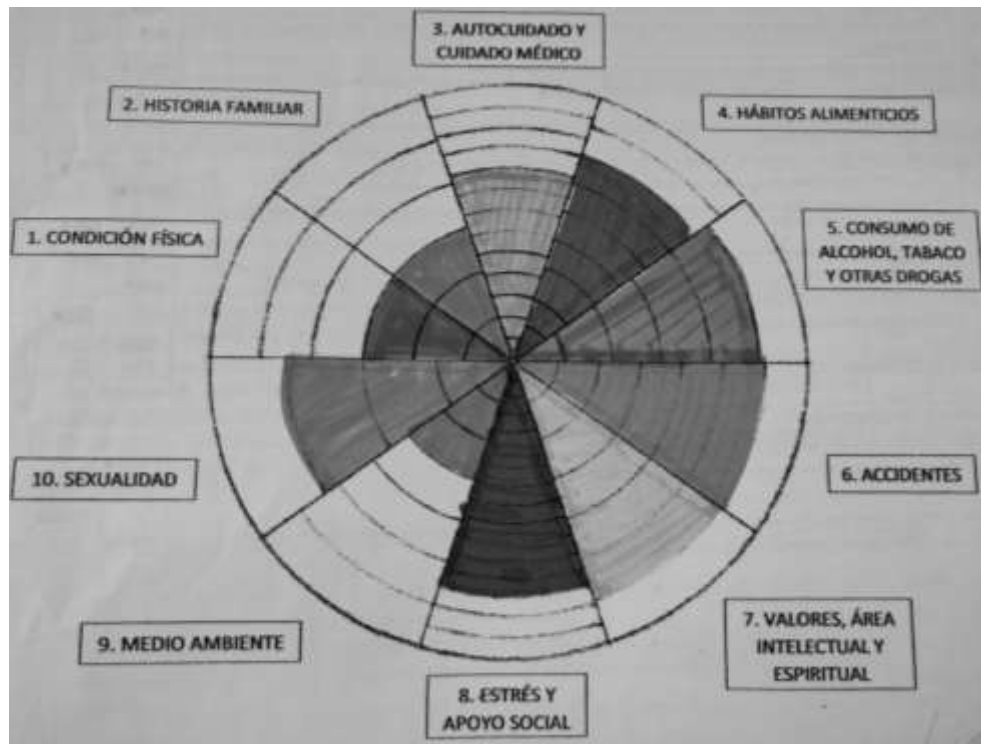
Pero en especial, con la sección 2. *Historia familiar* no podemos aplicar de la misma forma la interpretación ya que no conocemos al 100% la historia familiar y por lo cual no tenemos control sobre ella. Por lo cual, solo hablaremos de las secciones que mas nos hayan llamado lo atención por los resultados obtenidos.

La sección 8. *Estrés y apoyo social* obtuvo 13 respuestas, es la sección más larga y por tal razón fue la sección con más respuesta obtenidas en las cuales se puede dar a entender que la participante se siente satisfecha con su vida, la disfruta y no reprime sus emociones, pero para ella no es fácil tomar decisiones si se encuentra estresada o frustrada y eso es algo totalmente esperado, las respuestas obtenidas en el resto de las preguntas nos habla de que la participante se sienta muy

a gusto con su estilo de vida y tiene familia que le puede apoyar en los momentos que más lo necesite.

Figura 20.2

Diagnostico para la medición de riesgos y enfermedades: Resultados de la participante P02.



Nota: “Resultados de la participante P01 del instrumento “Diagnostico para la medición de riesgos y enfermedades””

Fuente: Información obtenida después de haber aplicado el instrumento a la cuidadora P02

En la sección 3. *Autocuidado y cuidado médico* la participante obtuvo 9 respuestas y era la segunda sección más largo, por lo tanto, igual se esperaba una mayor cantidad de respuestas en pro a su buen estilo de vida, y en efecto, la participante cuida bien de ella y eso se puede notar a plena vista. Ella siempre acude al doctor para sus chequeos médicos, siempre está pendiente de tener buena salud.

En la sección 1. *Condición física* obtuvo la mitad de las preguntas, aunque al momento de responder el diagnostico ella dudo sobre si estaba o no satisfecha con la condición física con la que ella cuenta actualmente y comento “*Ya que me queda*” con esto nos da a entender que no lo

está, sin embargo, cuando se le repitió la pregunta simplemente dijo que sí, de igual manera sucedió lo mismo cuando se le preguntó si es que estaba satisfecha con su nivel energía, con duda en el rostro respondió que sí.

Con esto logramos darnos cuenta de que las participantes en ocasiones no fueron sinceras con sus respuestas, sin embargo, fueron resultados esperados y estamos satisfechos con ello porque sabemos que pueden ser capaces de lograr generar cambios.

12.2. Tercera fase

12.2.1. Bitácoras Tercera Fase.

Para la codificación de las bitácoras creadas de las sesiones grupales de la tercera fase, se utilizó el Libro de Códigos que se muestra en la *Tabla 15.1. (Véase en anexos)*

12.2.1.1. Primera etapa.

12.2.1.2. Enraizamientos encontrados en cada código.

En esta primera etapa conocimos al grupo, este grupo fue conformado por grupos anteriores que iniciaron el proceso en años anteriores, aquí tuvimos que conocer al grupo y comenzar desde cero, puesto que ellos habían trabajado compañeros de años anteriores que de igual manera formaron parte del programa, para esta parte debimos implementar técnicas, actividades nuevas que llamara la atención y captara el interés de todos y todas las participantes.

Todos los miércoles a las 10:00 am teníamos una cita con los cuidadores para tratar temas que fueran de su interés y que pudieran ayudarlos a mejorar aspectos de su vida que ellos necesitaran mejorar o cambiar. Como parte del trabajo también se realizaron bitácoras grupales en donde se registraban todas las actividades que llevábamos a cabo y como es que estas los hacen sentir tanto como con ellos mismo como con el grupo, para posteriormente hacer una codificación y análisis de estas.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos después de analizar y codificar las bitácoras grupales.

El código *E_Cog_p* obtuvo el mayor número de enraizamientos teniendo un total de 53, este código se refiere a los pensamientos que expresa y comparte la persona durante su estancia en

el grupo, es decir, las ideas, visiones, consejos, etc., entendemos porque es el código con más enraizamientos, ya que en el grupo siempre se les dio la libertad de participar abiertamente a cada uno de los integrantes y cada uno de ellos respetaba lo que los demás compartían.

El código *Dgrup_p* obtuvo el menor número de enraizamientos con un total de 30 enraizamientos, este código se refiere a la actitud de la persona ante el grupo, si su participación fue baja, alta, lideró o se alejó del grupo, se debe a que a pesar de que el grupo en generar se conocía y habían compartido momentos entre ellos , aún era algo nuevo para ellos y estaban entrando en confianza, por eso consideramos que la mayoría no se animó a participar del todo, a pesar de los esfuerzos algunos integrantes del grupo dejaron de asistir a las sesiones.

Tabla 16.1.

Enraizamientos totales encontrados en cada código de las bitácoras de las sesiones grupales de la Primera etapa de la Tercera fase.

<i>Códigos</i>	<i>Enraizamientos</i>	<i>Densidad</i>	<i>Grupo</i>
<i>E_Cog_p</i>		53	0
<i>E_Emo_p</i>		52	0
<i>E_Con_p</i>		40	0
<i>Dgrup_p</i>		30	0

12.2.1.3. Nube palabras.

En la **Figura 21.1.** *Nube de palabras de las bitácoras grupales de la Primera etapa de la Tercera fase* podemos encontrar las palabras más mencionadas en las sesiones de la primer etapa, las cuales fueron “grupo”, “señora”, “actividad”, “comunicación” y “participación”, las cuales

participantes para con el grupo y el compromiso que algunos tenían consigo mismos a la hora de asistir puntualmente a las sesiones cada miércoles, también a la hora de participar activamente en todas las actividades propuestas por nosotros, en la participación constante para compartir ideas pensamientos o sentimientos que los participantes vivían o experimentaban con el cuidado a sus dependientes.

Todo esto antes mencionado se puede notar en los resultados obtenidos después de codificar las bitácoras grupales de la segunda etapa de la tercera fase, en la **Tabla 17.1. Enraizamientos totales encontrados en cada código de las bitácoras de las sesiones grupales de la segunda etapa de la tercera fase**, podemos ver que el código *E_Cog_p*, referido a la expresión cognitiva del participante tuvo un aumento de 101 enraizamientos totales en esta segunda etapa, este código se refiere a los pensamientos que expresa y comparte la persona durante su estancia en el grupo es decir las ideas, visiones, consejos, etc., nos da a entender que el grupo tuvo más libertad, confianza y seguridad para poder compartir sus vivencias día con día, sus ideas acerca de los temas vistos, sus opiniones sobre temas de debate, sus aportaciones para los demás, un sinfín de maneras en las que ellos pudieran expresar lo que sentían y vivían en el momento.

El código *D_grup_p* que habla sobre el desenvolvimiento grupal del participante, nuevamente obtuvo el número de codificación más bajo, no obstante, aumentó su número a 70 codificaciones obtenidas de la codificación de las bitácoras grupales, este código se refiere a la actitud de la persona ante el grupo si su participación fue baja alta lideró o se alejó del grupo, tal vez no fueron los resultados deseados pero estamos contentos de haber aumentado el número de codificaciones en este código, eso habla de que los cuidadores pertenecientes al grupo pudieron sentirse mejor para desenvolverse ante él, hubo personas quienes lideraron y hubo quienes siguieron al grupo, se podría decir que la participación en su totalidad fue alta.

El código *E_Con_p* sobre la expresión conductual del participante obtuvo el número más alto de 106 codificaciones En esta segunda etapa, este código se refiere a las conductas predominantes del participante durante la sesión es decir cuáles se presentan durante su participación en el grupo por ejemplo, compartir, participar, promover, ayudar, etc., este código lo podemos relacionar con los códigos anteriormente mencionados pues como mencionamos en el código anterior hubo personas quienes lideraron el grupo y hubo quienes lo siguieron aquí podemos destacar a tres participantes que en todo momento buscaron compartir participar y

promover la participación de los demás ayudando a integrar a cada uno de los participantes a la hora de realizar las actividades, como podemos notarse habla de un gran cambio en donde conseguimos que los participantes por sí solos buscaran tener conductas predominantes para el bien del grupo.

Tabla 17.1.

Enraizamientos totales encontrados en cada código de las bitácoras de las sesiones grupales de la Segunda etapa de la Tercera fase.

<i>Códigos</i>	<i>Enraizamientos</i>	<i>Densidad</i>	<i>Grupo</i>
<i>E_Cog_p</i>		101	0
<i>E_Emo_p</i>		83	0
<i>E_Con_p</i>		106	0
<i>Dgrup_p</i>		70	0

12.2.1.6. Nube palabras.

La siguiente figura nos muestra la nube de palabras obtenida de las bitácoras grupales de la segunda etapa de la tercera fase, en esta nube de palabras podemos encontrar como su nombre lo indica palabras que fueron más mencionadas, ya sea por los participantes o por nosotros a la hora de redactar las bitácoras grupales.

La primera palabra que encontramos es "*señora*" esto se debe a que cada vez que alguna de nuestras cuidadora participaba nosotros nos referíamos a ellas por señoras, ejemplo, "*la señora ... quiere participar*" y a la hora de redactar nuestro escrito hablábamos de la participación de cada una de ellas como podemos ver fue muy alta y constante.

La siguiente palabra que queremos mencionar es "*emociones*", logramos construir un grupo en donde los cuidadores o cuidadores se sentían libres, seguros y en confianza para demostrar sus emociones, pues en ningún momento eran juzgados, al contrario, siempre fueron animados para que no reprimieran sus emociones.

Nube de palabras de las bitácoras grupales de la Segunda etapa de la Tercera fase



Fuente: Información obtenida del programa Atlas.ti. 9

12.2.1.8. Enraizamientos encontrados en cada código.

Para esta última etapa tuvimos una disminución en los participantes, sin embargo, hubo cambios significativos, en esta parte se hizo la creación del grupo colibríes, un grupo que se formó con participantes de grupos pasados.

El grupo colibríes fue muy importante pues logró ser el grupo que siempre esperamos tener, fue un grupo en el que había mucha unión, mucho amor, participación y sobre todo muchas ganas de superación, fuimos capaces de llevar de la mano a este grupo para que lograran generar cambios significativos en su vida, como grupo ellos no se agradecieron por haber dado lo mejor de nosotros en cada una de las sesiones, pero sin duda nosotros estamos más agradecidos con ellos por haber confiado en nosotros y por haber aceptado ser parte de este proyecto.

El código *D_grup_p* que habla sobre el desenvolvimiento grupal del participante, en esta ocasión obtuvo el número más alto en codificaciones, obteniendo un número de 94 codificaciones obtenidas de la codificación de las bitácoras grupales, este código se refiere a la actitud de la persona ante el grupo si su participación fue baja alta lideró o se alejó del grupo, en esta etapa todos los participantes, sin ninguna excepción participaban activamente en todas las actividades, a la hora de la retroalimentación de los temas vistos, realmente se convirtió en un excelente grupo, unido y activo.

Podemos ver que el código *E_Cog_p*, referido a la expresión cognitiva del participante tuvo 82 enraizamientos totales en esta tercera etapa, este código se refiere a los pensamientos que expresa y comparte la persona durante su estancia en el grupo es decir las ideas, visiones, consejos, etc., entendemos que los participantes llegaban todos los días con la intención de compartir aquellas situaciones en las que les resulta difícil tomar decisiones, resolver conflictos o simplemente cuando experimentaban las mejores experiencias con su familia, la intención era compartir algo y ser escuchados por todo el grupo, con el objetivo de que los demás pudieran aprender algo.

El código *E_Emo_p* sobre Expresión emocional del participante obtuvo 68, este código se refiere a las emociones que se perciben del participante observado, es decir, cómo las expresa hacia el grupo; por ejemplo, alegre, enojado, triste, confundido, etc., podemos decir que las emociones que más predominaron en el ambiente y se hicieron saber por los participantes fue la alegría, gratitud, amor, dicha, paz, tranquilidad, por mencionar algunas.

Todo esto se puede ver reflejado en la **Tabla 18.1. Enraizamientos totales encontrados en cada código de las bitácoras de las sesiones grupales de la Tercera etapa de la Tercera fase.**

Tabla 18.1.

Enraizamientos totales encontrados en cada código de las bitácoras de las sesiones grupales de la Tercera etapa de la Tercera fase.

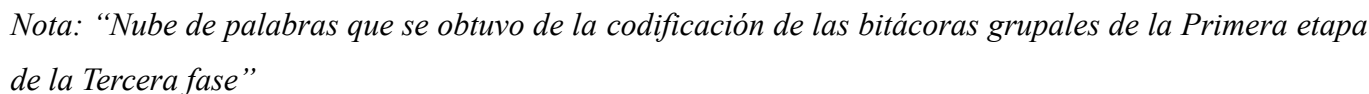
<i>Códigos</i>	<i>Enraizamientos</i>	<i>Densidad</i>	<i>Grupo</i>
<i>E_Cog_p</i>		82	0
<i>E_Emo_p</i>		68	0
<i>E_Con_p</i>		87	0
<i>Dgrup_p</i>		94	0

12.2.1.9. Nube palabras.

En cuanto a la nube de palabras solo nos gustaría destacar la palabra “*Participación*” a pesar de no ser la palabra mas mencionada consideramos es de suma importancia, podemos decir que describe la mayoría de las sesiones realizadas para los participantes, ellos se encargaron de ser quienes hicieran mas interesantes las sesiones, su participación en todas las actividades nos motivo a seguir trabajando así de bien para ellos y en la mayoría de las ocasiones, mejorar para ellos.

Este grupo no hubiese sido posible si los cuidadores hubieran dado lo mejor de ellos, su participación activa en toda esta etapa fue fundamental para obtener estos resultados tan satisfactorios.

Nube de palabras de las bitácoras grupales de la Tercera etapa de la Tercera fase



13. Discusión

Durante la intervención comunitaria, se exploraron dos teorías clave para comprender el comportamiento y las respuestas de las participantes, P01 y P02. La "Teoría Polivagal" proporcionó una lente para entender cómo el estrés continuo afecta a estos individuos. Ambas participantes mostraron signos de activación simpática debido al estrés persistente, lo cual impactó su temperatura corporal y sus respuestas ante diferentes situaciones. Las técnicas de relajación adaptadas fueron implementadas para ayudarles a gestionar el estrés, aunque enfrentaron desafíos como distracciones externas y dificultades para concentrarse, limitando su efectividad.

Por otro lado, la "Teoría Ecológica de los Sistemas" de Bronfenbrenner destacó la influencia del contexto social en el desarrollo individual. Para P01, la incapacidad para expresar emociones y pensamientos se relacionó con una comunicación deficiente en su entorno familiar y social. En contraste, P02 que mostró una mayor facilidad para comunicarse, reflejando un entorno más propicio en términos de apoyo emocional y social.

Estos descubrimientos iniciales subrayan la importancia de considerar el contexto en el desarrollo individual y en la gestión del estrés. Las etapas siguientes del proyecto se centrarán en profundizar estos hallazgos y validar su relevancia para los cuidadores primarios en la comunidad de San Miguel Teotongo, Iztapalapa. El objetivo es no solo confirmar estas teorías, sino también como lo plantea la pregunta de investigación desarrollar estrategias específicas que promuevan el autocuidado y el bienestar entre los participantes.

13.2. Segunda fase

Inicialmente, la aplicación de la "Teoría Polivagal" permitió comprender y abordar las respuestas fisiológicas al estrés en P01 y P02. Ambos mostraron una reducción significativa en los niveles de activación simpática después de participar en sesiones regulares de técnicas de relajación adaptadas a sus preferencias individuales. P01, quien experimentaba altos niveles de estrés y una incapacidad inicial para expresar sus emociones dentro de su entorno familiar y social, mostró una notable mejora en su capacidad para manejar el estrés y regular sus respuestas emocionales. Este cambio se reflejó en una mayor disposición para compartir sus preocupaciones y buscar apoyo emocional tanto en sesiones individuales como grupales.

Por otro lado, P02, que disfrutaba de un entorno social más solidario y comunicativo, consolidó su capacidad para mantener un estado emocional equilibrado mediante técnicas de respiración y relajación. Esta participante demostró una mejora continua en la gestión del estrés, evidenciada por una reducción en los episodios de ansiedad y una mayor habilidad para establecer límites saludables entre sus responsabilidades como cuidadora y sus necesidades personales.

La "Teoría Ecológica de los Sistemas" complementó este enfoque al identificar y abordar los factores contextuales que influían en el bienestar de P01 y P02. Para P01, cuya comunicación familiar era limitada, se implementaron estrategias para fortalecer sus redes de apoyo social y mejorar su capacidad para establecer conexiones significativas fuera del contexto de cuidado. Este

enfoque ayudó a P01 a sentirse más respaldada emocionalmente y redujo su sensación de aislamiento.

Por el contrario, P02, que ya contaba con un entorno social solidario, se benefició de estrategias que fomentaron la comunicación abierta y el intercambio de experiencias entre cuidadores en el grupo de apoyo. Esta participante logró consolidar aún más sus habilidades de afrontamiento y fortalecer su identidad como cuidadora, mientras mantenía un equilibrio saludable entre las demandas del cuidado y su propio bienestar emocional.

13.3. Tercera fase

El propósito central de esta investigación fue profundizar en la experiencia de ser cuidador primario y explorar su impacto en la calidad de vida, así como identificar estrategias efectivas para mejorarla. Los datos recopilados revelaron que los cuidadores primarios enfrentan altos niveles de estrés y ansiedad, lo cual afecta significativamente su bienestar emocional y físico.

Un aspecto destacado fue el impacto normativo y generacional del rol de cuidador informal. Esta tarea, aunque es crucial, frecuentemente no se reconoce ni se remunera adecuadamente, lo que contribuye a una sobrecarga física y emocional considerable entre quienes la desempeñan. La falta de conciencia sobre los efectos adversos del cuidado prolongado puede llevar a los cuidadores a descuidar su propia salud en favor de la de sus dependientes, exacerbando así los riesgos para su bienestar.

En la tercera etapa del estudio, se implementaron intervenciones centradas en el apoyo grupal y la enseñanza de técnicas de autocuidado. Se observó que la participación en grupos de apoyo facilitó una mejor gestión del estrés y la ansiedad entre los cuidadores. Estos espacios proporcionaron una red de apoyo emocional y práctico que ayudó a los participantes a regular sus estados emocionales y a mejorar su bienestar general.

Además, se encontró que las técnicas basadas en la "Teoría Polivagal" fueron efectivas para reducir los niveles de activación simpática en los cuidadores, mejorando así su capacidad para manejar situaciones estresantes y favoreciendo una respuesta más equilibrada frente a las demandas del cuidado. Por otro lado, la aplicación de la "Teoría Ecológica de los Sistemas" permitió entender cómo el contexto social y familiar influye en las experiencias y emociones de

los cuidadores, destacando la importancia de abordar estos factores en cualquier intervención psicológica.

14. Conclusiones

14.1. Primera fase

Podemos confirmar. Que tuvimos un gran avance con las participantes, sabemos que es un trabajo constante, pero en este trimestre logramos generar pequeños cambios importantes y significativos. El haber tratado diferentes temas que de alguna manera repercutieron en su manera de vivir, tales como los hábitos rutinarios que ellas tenían y supieron que tienen que mejorar por su bienestar, o incluso con los límites que tenían o debían poner con sus relaciones familiares. No debemos olvidar que nuestro principal objetivo en este programa es fomentar y hacer que practiquen el autocuidado, que estamos seguros de que, con el trabajo constante, con todo el apoyo posible que podamos brindar y el acompañamiento será posible generar cambios.

Con la participante P01 a pesar de no ser constantes las sesiones logramos generar cambios importantes en ella, ella nos ha demostrado que se siente bien que tenga un lugar en el cual pueda liberarse de alguna manera, en donde pude aprender técnicas que le ayudaran a lidiar con el estrés generado día con día por sus situaciones familiares principalmente.

Con la participante P02 esta participante ha sido más constante con las sesiones, a comparación de la participante P01 podemos decir que se ha desarrollado un mejor y fuerte vínculo de confianza, un mejor avance en cuanto el funcionamiento de las técnicas de relajación, ha aprendido a lidiar con las situaciones o incluso personas que le generan bastante estrés, ha estado haciendo lo mejor para lograr tener más tiempo para ella y la su salud.

Después de analizar y desarrollar la primera etapa del estudio, se ha podido observar que el cuidado informal es una tarea muy común en nuestra sociedad. A menudo, muchas personas asumen el papel de cuidador sin tener conocimientos previos sobre las exigencias y el esfuerzo que esto implica. La mayoría de las veces, estas personas son familiares o amigos cercanos que deciden cuidar a alguien que lo necesita, sin embargo, esto puede generar una gran sobrecarga física y emocional.

La investigación realizada ha demostrado que los cuidadores y auto cuidadores sufren de estrés, ansiedad y depresión debido a la sobrecarga diaria que experimentan. El cuidado de alguien sin habilidades profesionales, capacitación o experiencia puede ser muy difícil y requiere una gran cantidad de fuerza, compromiso y responsabilidad. Además, estas personas necesitan apoyo de la familia, amigos, instituciones, creencias o grupos de apoyo para evitar estos trastornos.

Es importante destacar que existen muchas personas que no reciben descansos, no tienen un horario fijo y no reciben una remuneración económica por su labor, ya que no pertenecen a ninguna institución sanitaria o social. Estas personas dedican gran parte de su tiempo a cuidar de sus dependientes, pero también tienen otras responsabilidades como trabajar, hacer labores domésticas y criar niños.

En muchas ocasiones, estas personas no tienen acceso a recursos o servicios que les ayuden a aliviar la sobrecarga que experimentan. Por lo tanto, es necesario que se implementen políticas y programas de apoyo que permitan a los cuidadores informales tener un descanso y recibir el apoyo necesario para que puedan seguir cuidando de sus dependientes sin poner en riesgo su propia salud y bienestar.

Los cuidadores son una pieza fundamental en la atención de personas que requieren de ayuda constante, ya sea por su edad avanzada o por alguna discapacidad o enfermedad que les impide valerse por sí mismos. En el caso de los adultos mayores, el apoyo que necesitan puede ser total, implicando la realización de actividades cotidianas como vestirse, bañarse o alimentarse.

Por otro lado, hay personas de todas las edades que requieren de cuidados específicos debido a una discapacidad o enfermedad que les genera dependencia de otros. En estos casos, los cuidadores se encargan de brindarles el apoyo necesario para que puedan llevar una vida lo más independiente posible.

Los cuidadores son un gran apoyo para quienes necesitan de su ayuda, pero también son un grupo vulnerable que puede sufrir de estrés, agotamiento y falta de recursos para llevar a cabo su labor. Por ello, es importante que se les brinde el apoyo necesario y se reconozca su importante labor en la atención de personas vulnerables.

En el marco del programa de apoyo a cuidadores, se implementó una estrategia de apoyo psicosocial con el objetivo de fomentar el bienestar físico, emocional y social de las personas que

ejercen el rol de cuidadoras. Se realizaron diversas actividades enfocadas en la relajación, tales como visualización o imaginación guiada, control de respiración y relajación muscular progresiva, las cuales arrojaron resultados positivos en la disminución del nivel de estrés de las participantes.

Es importante destacar que, en algunos puntos, los puntajes de los cuestionarios indicaron que ser cuidador puede privar de ciertas actividades sociales y tiempo para cuidarse a uno mismo. Pudimos notar que las personas que ejercen este rol son principalmente mujeres, lo que sugiere que todavía existe una categorización y jerarquización de género en el ámbito familiar. Por lo tanto, en esta primera etapa del programa, se buscó que las cuidadoras se identificaran como tal y comprendieran la importancia de cuidar su bienestar psicosocial.

Además de las actividades de relajación, se llevaron a cabo otras actividades enfocadas en el fortalecimiento de las habilidades emocionales y sociales de las cuidadoras. Se trabajó en la identificación y manejo de emociones, la comunicación efectiva y la resolución de conflictos, entre otros temas relevantes para el cuidado de personas dependientes.

En el análisis previo de la toma de la temperatura periférica de las participantes, se observó un aumento en los niveles de relajación después de cada sesión, lo que evidenció la efectividad de las técnicas implementadas. Esto fue posible gracias a la práctica constante de las técnicas de relajación por parte de las participantes, lo que les permitió desarrollar su concentración y sentirse más relajadas en situaciones de estrés.

El programa de acompañamiento a cuidadores tuvo como objetivo principal mejorar el bienestar psicosocial de las personas que ejercen este rol, a través de la implementación de diversas estrategias y actividades enfocadas en la relajación, el fortalecimiento emocional y social, y la identificación y cuidado de su propia salud mental. Los resultados positivos obtenidos en esta primera etapa demuestran la importancia de continuar trabajando en esta línea y promoviendo una cultura de cuidado y bienestar para todas las personas involucradas en el cuidado de personas dependientes.

La sobrecarga que experimentan los cuidadores puede ser una fuente de estrés y preocupación constante. Esta carga no solo se refiere a la tarea física de cuidar a alguien, sino también a la carga emocional y social que puede afectar su bienestar general. Por esta razón, es

importante que los cuidadores aprendan a establecer límites y roles claros dentro de la familia para evitar una mayor sobrecarga.

Además, es crucial que los cuidadores aprendan a organizarse y administrar su tiempo de manera efectiva para evitar el agotamiento y la fatiga. Las sesiones individuales pueden ser una herramienta valiosa para ayudar a los cuidadores a controlar su nivel de activación y encontrar formas de relajarse y recargar energías.

Otro aspecto importante es comprender el papel del cuidador en la vida de la persona que están cuidando. A menudo, los cuidadores pueden sentirse abrumados y sin apoyo, pero es importante recordar que su papel es fundamental para el bienestar y la calidad de vida de su ser querido.

Las sesiones individuales de la primera fase buscaban ayudar a los cuidadores a comprender su papel y a abordar los desafíos que enfrentan en su día a día. A través de la educación y el apoyo, ya que los cuidadores pueden aprender a cuidarse a sí mismos mientras cuidan a sus seres queridos.

14.2. Segunda fase

En la segunda fase individual del estudio, se trabajó en profundidad con las cuidadoras para enseñarles la importancia de cuidarse a sí mismas y proporcionarles herramientas para afrontar situaciones dolorosas que muchas veces se presentan en su labor como cuidadoras informales. Se destacó la importancia de dejar ir estas situaciones estresantes y dolorosas, ya que pueden tener un impacto negativo no solo en la persona en cuestión, sino también en su entorno psicosocial más cercano.

Durante esta etapa, se pudo observar un gran progreso en las participantes, quienes ahora se reconocen como cuidadoras informales y han aprendido a cuidarse a sí mismas. Se les enseñó a manejar la sobrecarga y el estrés asociado con su trabajo, así como a establecer límites y organizarse para diferenciar los diferentes roles que desempeñan en su vida cotidiana.

Además, se trabajó con la escritura emocional autorreflexiva (EEA), y se determinó que esta herramienta es efectiva como parte del proceso terapéutico para ayudar a las personas a expresar recuerdos traumáticos. Esto permite identificar los problemas y emociones que experimentaron al

vivir o recordar ese momento, lo que les permite reflexionar y asimilarlo de forma efectiva. Los recuerdos que las participantes compartieron en el estudio eran generalmente de hace mucho tiempo y estaban relacionados con otras personas, como miembros de la familia o sitios específicos.

Durante el proceso de escritura de sus recuerdos emocionales, los cuidadores se sumergían en un mar de sentimientos nostálgicos. Aunque los recuerdos que plasmaban en papel fueran del pasado, al revivirlos también revivían las emociones que sintieron en aquel momento. Se pudo observar que, aunque la intensidad de las emociones pudiera ser diferente, generalmente se sentían molestas o incluso reían al recordar esos recuerdos. La nostalgia era el sentimiento que predominaba en este proceso y, sin embargo, también parecía ser el que más alivio les proporcionaba a los participantes.

Esta investigación ha demostrado que la escritura emocional autorreflexiva es una herramienta valiosa en la evaluación e intervención psicosocial con cuidadores y auto cuidadores. Los participantes que se sometieron a esta técnica experimentaron alivio emocional, claridad y un sentido renovado de control sobre sus experiencias. Además, la escritura emocional autorreflexiva promovió la autorreflexión y el desarrollo de estrategias.

Esta investigación respalda la importancia de incorporar la escritura emocional autorreflexiva en los programas de apoyo psicosocial para cuidadores y auto cuidadores.

Concluimos que la escritura emocional autorreflexiva es una técnica efectiva para promover la autorreflexión, el autocuidado y el bienestar emocional de los cuidadores y auto cuidadores. Sin embargo, se requiere más investigación para explorar y comprender mejor los mecanismos detrás de los beneficios observados, así como para identificar las mejores prácticas y adaptaciones necesarias para diferentes poblaciones de cuidadores y auto cuidadores.

En resumen, la escritura emocional autorreflexiva emerge como una estrategia terapéutica prometedora en el campo de la evaluación e intervención psicosocial con cuidadores y auto cuidadores, con el potencial de mejorar su bienestar emocional y promover un mayor autocuidado.

Durante cada sesión, las participantes encontraban más facilidad para expresarse, ya fuera escribiendo más o siendo más concisas. Además, demostraron una mejor reflexión sobre la situación, lo cual les ayudaba a identificar otros puntos que antes no habían visto. Parecía que al

escribir y luego leer lo que habían escrito, obtenían otra perspectiva. Algunas veces, incluso llegaban a comprender mejor las situaciones y las personas involucradas en ellas. Era realmente gratificante ver cómo las palabras que plasmaban en papel les permitían entender mejor su propia vida.

Esta segunda fase individual del estudio fue fundamental para ayudar a las cuidadoras a cuidarse a sí mismas y a afrontar situaciones dolorosas. Además, se demostró la efectividad de esta herramienta como parte del proceso terapéutico para ayudar a las personas a expresar recuerdos traumáticos y reflexionar sobre ellos de manera efectiva.

14.3. Tercera fase

14.3.1. Primera etapa

En el trabajo grupal, se llevó a cabo un seguimiento de los talleres individuales que se habían impartido en años anteriores. El objetivo de este seguimiento era evaluar el impacto que habían tenido dichos talleres en los cuidadores y brindarles nuevas herramientas para su cuidado personal y la interacción familiar.

En la primera fase del seguimiento, se reforzaron los conocimientos adquiridos en los talleres anteriores y se brindaron sesiones enfocadas en el cuidado personal y la interacción familiar. Los temas tratados incluyeron estrés, ansiedad, comunicación, duelo, relaciones familiares y resolución de conflictos. se fomentaba de manera constante el diálogo y para poder crear un espacio seguro en el que los cuidadores pudieran compartir sus experiencias y apoyarse mutuamente.

Los resultados del seguimiento indicaron que los participantes habían logrado integrar las técnicas aprendidas en su vida diaria, lo que les permitió relajarse con mayor facilidad. Además, se observó una mejora en la calidad de las relaciones familiares y una reducción en los niveles de estrés y ansiedad.

La creación del grupo ha sido una herramienta valiosa para apoyar a los cuidadores de esta fase en su labor diaria y mejorar su bienestar emocional.

14.3.2. Segunda etapa

La segunda etapa grupal al igual que la individual tenía como objetivo trabajar con las emociones, por ende, se optó por la exposición de distintos temas que pudieran enseñar que eran las emociones, cómo se sentían, cómo se percibían, cómo se diferenciaban y sobre todo el cómo es que estas emociones muchas veces están relacionadas entre sí.

En esta etapa hubo una disminución considerable del grupo a comparación de la primera fase, esto se pudo deber al hecho de que el clima era bastante frío y por lo tanto muchas personas optan por no ir a las sesiones grupales o se les dificulta por sus distintas enfermedades, así como sus complicaciones médicas. a pesar de que el grupo ya establecido se vio reducido se pudo trabajar de manera perfecta con los participantes que aún se presentaban al local de la unión además y este grupo de participantes que venían de distintos grupos poco a poco se fue unificando más y mostrando un mayor grado de solidaridad y apoyo mutuo entre ellos.

Se encontró un mayor interés por los temas propuestos, así como una mayor atención al momento de las exposiciones, también se logró generar una mayor relación entre los interventores y los cuidadores, lo que ayudó a que hubiera más confianza, dedicación y participación dentro del grupo.

14.3.3. Tercera etapa.

En la etapa final de la intervención comunitaria, se observó un crecimiento notable en la confianza y el vínculo entre los cuidadores y los interventores. Este aumento de confianza no solo fortaleció las relaciones interpersonales dentro del grupo, sino que también facilitó un entorno más abierto y colaborativo para el aprendizaje y el intercambio de experiencias.

El compromiso de los cuidadores con el programa fue mayor, puesto que la asistencia a las sesiones fue constante y las ausencias sólo se producían en situaciones realmente necesarias, lo que demostraba su dedicación y seriedad hacia el programa. La constancia en la asistencia también permitió la continuidad en el aprendizaje y el desarrollo de un sentido de comunidad y apoyo mutuo.

Durante esta fase, los cuidadores comenzaron a aplicar de manera más consciente y efectiva los conocimientos adquiridos en las sesiones anteriores. Cada participación en las actividades

grupales reflejaba un profundo entendimiento de los temas tratados previamente. Los cuidadores no solo repetían conceptos, sino que los integraban en su vida diaria, demostrando habilidades mejoradas en áreas clave como la gestión del estrés, la comunicación asertiva y el establecimiento de límites saludables.

Una de las mayores fortalezas observadas en esta etapa fue la capacidad de los cuidadores para encontrar y comprender las conexiones entre los diferentes temas abordados. Esta habilidad para interrelacionar conceptos permitió una comprensión más aplicada de su rol como cuidadores. Por ejemplo, los participantes empezaron a ver cómo la gestión del estrés estaba vinculada con la comunicación efectiva dentro de sus familias, o cómo el autocuidado influía directamente en su capacidad para cuidar de otros de manera compasiva y eficiente.

La etapa final también incluyó sesiones de evaluación y retroalimentación, donde los cuidadores podían reflexionar sobre su progreso y los interventores podían ajustar las estrategias según fuera necesario. Estas sesiones de evaluación fueron cruciales para consolidar los aprendizajes y para proporcionar a los cuidadores un sentido de logro y reconocimiento por su dedicación y esfuerzo.

Con los conocimientos y habilidades adquiridos, los cuidadores están ahora mejor equipados para enfrentar los desafíos cotidianos de su rol. Se espera que la confianza y las conexiones desarrolladas durante esta intervención continúen creciendo, contribuyendo no solo a su bienestar individual sino también al fortalecimiento de la comunidad.

15. Sugerencias

15.1. Primera fase

- Mantener un plan flexible que se adapte a las necesidades de cada cuidador y así poderlo ajustar a sus respuestas, progresos y sobre todo sus necesidades.
- Implementar más mecanismos o instrumentos que puedan ayudar a la evaluación continua y ver de mejor manera los avances de cada cuidador.
- Además del acompañamiento psicológico que ofrecemos, podría ser de ayuda el contacto y apoyo de algún centro psicológico.
- Un mayor aprendizaje y fomentación de distintas técnicas de relajación.

- Tener una lista previa a iniciar el programa de varios candidatos cuidadores que quieran unirse al programa.
- En caso de trabajar con un grupo anterior que ya estaba unido al programa explicarles previamente al volver a iniciar el programa, que se trabajara en grupo durante todo el año y no de manera individual.

15.2. Segunda fase

- Una mayor preparación mental puesto que en esta etapa se verán muchos problemas emocionales que pueden sobrecargar al interventor.
- Una alternativa a la escritura emocional autorreflexiva es buena técnica pero se vuelve limitante y pierde eficacia cuando el participante no sabe escribir y no es lo mismo escribir que de un discurso hablado y después se transcriba.
- Una mayor comprensión de lo que son las emociones para cada persona y como es que funcionan y varían, así como buscar una manera de identificarlas y hacerlas entendibles
- integración de técnicas de relajación enfocadas en las emociones y que puedan ayudar a cerrar esa etapa de sus vidas.
- Un apoyo de recursos económicos que pueda ser de mayor ayuda para adquirir instrumentos y termómetros que hacen falta.
- Creación de material didáctico que ayude a entender de mejor forma las emociones a los participantes.

15.3. Tercera fase

- Enfocarse únicamente en la creación del grupo nuevo conformado por los cuidadores individuales y dar despedida o unir al grupo de anteriores años.
- Una mayor cantidad de temas que se puedan organizar y que ayuden a apoyar de mejor forma a los grupos establecidos, ya que muchas veces puede haber temas que se repiten o que anteriormente ya se habían visto.
- Tener un espacio libre de ruidos y distracciones para poder trabajar con el grupo y que sea fácilmente adaptable a las necesidades de ellos.
- Apoyo de material para poder hacer mayores actividades físicas y de relajación y que no se vuelvan monótona

16. Bibliografías

- (S/f). Uncmedicalcenter.org. Recuperado el 23 de mayo de 2024, de <https://www.uncmedicalcenter.org/app/files/public/9909ae9f-8f46-41d0-a1c7-e48b0ed83e41/pdf-medctr-rehab-diaphbreathingspanish.pdf>
- Admin. (2018b, abril 6). La respiración purificante. Sílvia Gallego Yoga. Recuperado: 22 de mayo del 2024 <https://www.silviagallegoyoga.cat/es/2018/03/30/la-respiracion-purificante/#:~:text=Respiraci%C3%B3n%20purificante%3A%20Consiste%20en%20dar,Es%20piramos%20relajamos>
- Admingolikho. (2023, 16 septiembre). How writing helps you grow and reflect on yourself. golikho. <https://golikho.com/the-benefits-of-writing-for-personal-growth-and-self-reflection/>
- Adrián. (2022, 29 diciembre). ¿Qué es la escritura emocional? ¿Terapia de escritura? - Centro Médico El Pilar. Centro Médico El Pilar. <https://www.centromedicoelpilar.com/la-escritura-emocional/#:~:text=La%20escritura%20emocional%2C%20tambi%C3%A9n%20llamada,%20pensamientos%20conductas%20y%20contextos>
- Bravo, J., (2019). Conceptos Básicos de Psicología Comunitaria. Desde la Acción Comunitaria al Cambio Social. Serie Creación n°55. Facultad de Psicología: Escuela de Psicología Centro de Investigación en Educación Superior CIES – USS; Santiago. <https://acrobat.adobe.com/id/urn:aaid:sc:VA6C2:293ad836-ea03-445c-89c7-c68a65918d4b>
- Bronfenbrenner, U. (1987). La ecología del desarrollo humano: experimentos en entornos naturales y diseñados. https://www.researchgate.net/publication/328584009_Introduccion_al_modelo_ecologico_de_l_desarrollo_humano
- Castelli, G. L. (2007). La escritura en psicoterapia: regulación emocional y funcionamiento reflexivo. ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/233991706_La_escritura_en_psicoterapia_regulacion_emocional_y_funcionamiento_reflexivo

Cruz roja española. (Sin año) Cuídate. Guía Básica de Autocuidado para Personas Cuidadoras. Gobierno de España. <https://acrobat.adobe.com/id/urn:aaid:sc:VA6C2:f785e6cf-1342-4248-bff0-d3cdac2c114d>

Domínguez, B. 2011 El Sistema Nervioso Autónomo y Nuestra Capacidad Para Relacionarnos. Enseñanza e Investigación en Psicología. Número Especial: 5-13 <https://acrobat.adobe.com/id/urn:aaid:sc:VA6C2:75da073e-e2c7-4dcd-8ef8-94585e6f77ad>

Es, ¿qué. (s/f). *RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON*. Ual.es. Recuperado el 23 de mayo de 2024, de <https://w3.ual.es/Universidad/GabPrensa/control exames/pdf/capitulo08.pdf>

Espinoza Miranda, Karina y Jofre Aravena, Viviane. (2012). Sobrecarga, Apoyo Social Y Autocuidado En Cuidadores Informales. Ciencia y enfermería, 18 (2), 23-30. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Gazol, R. (2015, 4 abril). Técnicas de control de la activación | Momento Desarrollo psicológico. Recuperado 22 de mayo de 2024, de <https://www.momentodesarrollo.com/blog/tecnicas-de-control-de-la-activacion>
<https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.6.613>
<https://doi.org/10.1590/s0036-36341999000200005>
<https://doi.org/10.21500/20112084.770>
<https://www.redalyc.org/pdf/2990/299023539016.pdf>
<https://www.reviva.org.co/wpcontent/uploads/2021/09/Ultrabrief-PHQ-4-2009.pdf>
<https://www.scielosp.org/pdf/spm/1999.v41n2/110-118>

IAP: investigación, acción, participativa: metodologías para organizaciones de gestión de gestión horizontal: Vol. 1a edición. (2014). Editorial Brujas.

Incmnsz. (s. f.). Dirección de Comunicación. Sitio Web de la Dirección del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. <https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/BrigadaSaludMental/EjerciciosAtencionPlena.html#:~:text=Atenci%C3%B3n%20plena%3A&text=Es%20llevar%20la%20atenci%C3%B3n%20hacia,que%20vivimos%20momento%20a%20momento.&text=Es%20estar%20comple>

[tamente%20presente%2C%20consciente,est%C3%A1%20pasando%20a%20nuestro%20alrededor](#)

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2020, febrero). Importancia De Las Redes De Apoyo Social Para Las Personas Mayores. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/importancia-de-las-redes-de-apoyo-social-para-las-personas-mayores?idiom=es>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2009). An Ultra-Brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics*, 50(6), 613-621.

La escritura en psicoterapia: regulación emocional y funcionamiento reflexivo. *Revista Aperturas Psicoanalíticas*. (s. f.). <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=431>

Londoño, N. L., Rogers, H., Castilla, J. F., Posada, S. L., O., N. L., Jaramillo, M. A., Oliveros, M., Palacio, J. E., & Aguirre, D. C. (2012). Validation of the Colombian MOS Social Support Survey. *International journal of psychological research*, 5(1), 145.

Montero, M. (2004). ¿Qué es la psicología comunitaria?: Desarrollo, conceptos y procesos. En *Introducción a la Psicología Comunitaria qué es la psicología comunitaria* (Editorial Paidós. (2004). Buenos Aires. Argentina., pp. 32-33). 1. <http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Introducci%C3%B3n%20a%20la%20psicolog%C3%ADa%20comunitaria.%20Desarrollo,%20conceptos%20y%20procesos..pdf>

Montero, M. 1984. La Psicología Comunitaria: Orígenes, Principios Y Fundamentos Teóricos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 16, núm. 3, 1984, pp. 387-400 Fundación Universitaria Konrad Lorenz Bogotá, Colombia <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80516303>

Olvera López, Y., Domínguez Trejo, B., Cruz Martínez, A., Pennebaker, JW, & Cortés Sostres, JF (2002). Evaluación de la escritura emocional autorreflexiva en estudiantes de ingeniería del Instituto Politécnico Nacional. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 7 (1), 71+. <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA116037497&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=01851594&p=IFME&sw=w&userGroupName=anon%7Ea7beb7dd&atyp=open-web-entry>

- Programa Nacional de Formación Avanzada. (2017). ECOLOGÍA DEL DESARROLLO HUMANO. (p.1). UPTM. <http://saberesliberadores.cenditel.gob.ve/files/2017/06/desarrollohumano.pdf>
- Qué son las técnicas de relajación progresiva de E. Jacobson. Clínica U. Navarra. (s. f.). Recuperado: 22 de mayo del 2024 <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/tecnicas-de-relajacion-progresiva-de-e-jacobson>
- Sáez, F. (2024, 2 abril). La Matriz de Gestión del Tiempo. FacilitThings. Recuperado 22 de mayo de 2024, de <https://facilethings.com/blog/es/time-management-matrix>
- Serendipia. (2023). Aumenta tu productividad con los cuatro cuadrantes de Stephen Covey. Serendipia. <https://www.serendipia-shop.es/aumenta-tu-productividad-con-los-cuatrocuadrantes-de-stephen-covey/>
- Strauss, A., and Corbin, J. (1998). Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- The Power of Journaling: Encouraging Self-Reflection and Emotional Processing in the workplace. (s. f.). Corporate Wellness | Employee Well-Being. <https://www.corporatewellnessmagazine.com/article/the-power-of-journaling-encouraging-self-reflection-and-emotional-processing-in-the-workplace>
- Velasco, N. S. (2022, 23 diciembre). Escritura terapéutica | MenteAmente. Dr. David López-MenteAmente, Psicoterapia y Psiquiatra Madrid. <https://www.menteamente.com/blog-salud-mental/escritura-terapeutica#:~:text=La%20escritura%20puede%20complementar%20la,muy%20interesante%20para%20algunas%20personas>
- Vidal F., J. (2021, 27 diciembre). Atención Plena o Mindfulness. Validez científica y clínica | Área. Psicólogos Madrid | Centro Área Humana. Recuperado: 22 de mayo del 2024 <https://www.areahumana.es/atencion-plena-mindfulness/>
- Zarit, S. H., Reeve, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired Elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist, 20(6), 649-655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>
- Zúñiga, M. Á., Genny T., Fos, P. J., Gandek, B., & Medina-Moreno, M. R. (1999). Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México. Salud Pública De México, 41(2), 112.

17. Anexos

https://drive.google.com/file/d/1F54P1Py4mbtwOMw9G0KSTnZCYwEgBfoe/view?usp=drive_link