# Casa abierta al tiempo

División de Ciencias Sociales y Humanidades

Departamento de Sociología

Coordinación de Psicología Social

**"Acompañamiento psicoemocional a Cuidadores Primarios Informales, brindando herramientas psicosociales para crear agentes de cambio en un contexto individual y grupal en San Miguel Teotongo, Iztapalapa, Ciudad de México"**

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

**Presentan:**
Corralejo Sarmiento Jareni Junuet | 2193060670
Guillen Tecla Sergio | 2193080270

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
Casa abierta al tiempo
- ABR 2025
(D.C.S.H.)
PSICOLOGIA SOCIAL
UNIDAD IZTAPALAPA

**Mtro. José Joel Vázquez Ortega**
**Asesor**

**Mtro. Jesús Omar Manjarrez Ibarra**
**Lector**

Trimestre 25 - I
Ciudad de México, Abril 2025.

***Dedicatoria.***

A mis padres, porque su amor, fuerza, trabajo y fé me ha inspirado día con día para lograr todo aquello con lo que sueño.

- Con amor y respeto, Jareni Junuet Corralejo S.

***Agradecimientos.***

A lo largo de este camino, he recibido el apoyo y acompañamiento de muchas personas a las que les expreso mi eterno agradecimiento.

A la psicología social, por cambiar mi forma de mirar el mundo, por enseñarme que el cambio es posible cuando se trabaja con, desde y para lo humano. Gracias por permitirme encontrar una causa, una pasión y una comunidad.

A mi madre, María de la Luz, por trabajar incansablemente para que yo pudiera llegar a este momento, gracias por tu paciencia.

A mi padre, Marco Antonio, por alumbrar mi camino con su luz eterna, y nunca dejarme sola a pesar de ya no estar conmigo físicamente.

A mis hermanos, Marco y Alberto, que con su amor, bromas y paciencia me ayudaron a mantener el ánimo cuando más lo necesitaba.

A mi cuñada, Maribel, porque sin su apoyo no habría conocido la UAM - I, y por darme a los dos más grandes motivos de mi vida, Derek y Erin.

A mi pareja y compañero en este trabajo, Sergio, por su paciencia, comprensión y apoyo constante en los momentos de mayor desafío. Gracias por caminar a mi lado en este proceso.

A mis amigos, Citlalli, Iván, Fernando y Agustín, por ser una fuente constante de ánimo, risas y comprensión en los momentos más difíciles.

A VG y JR, por abrirnos las puertas de su casa y de su vida, por su calidad humana, sin su apoyo y constancia hoy no estaríamos presentando este informe.

A Dios, por ser mi guía, mi consuelo y mi esperanza.

- Con profundo cariño, Jareni Junuet Corralejo S.

**Dedicatoria.**

A mi familia, que sé que siempre me están apoyando y son una fuente de inspiración cada día, sé que el esfuerzo que ponen cada día ha valido la pena y es gracias a ellos que he cumplido esta meta en mi vida.

**Agradecimientos.**

A mi padre Sergio, que siempre ha sido una fuente de inspiración, admiro su fortaleza y siempre está ahí para mí incondicionalmente, siempre has tenido la paciencia más grande del mundo y las palabras correctas en cada momento.

A mi madre Xochitl, que siento que es una persona muy bondadosa, siempre trata de ayudar a quien puede con las herramientas que tiene a su alcance, siempre voy a admirar esa cualidad tan increíble.

A mi hermana Vanessa, que es la persona más valiosa en mi vida, aunque no se lo diga, es quien me motiva, me inspira y deseo convertirse en un gran ejemplo para ella.

Y a mi pareja, Jareni, que desde que llegó a mi vida se ha convertido en un pilar fundamental, de paz, amor, armonía y estabilidad. Admiro tanto su corazón porque es muy valiente, nunca me ha dejado solo y siempre me ha valorado. Hemos recorrido esta etapa juntos y me llena de felicidad y orgullo que también me acompañe en este trabajo, y claro, en esta vida.

A todas las personas que mencioné, estoy eternamente agradecido, que sepan que los amo y soy muy afortunado de que estén en mi vida, que suerte la mía.

-Con amor Sergio Guillen Tecla

**Índice**


- **Introducción** .....5
1. **Marco Teórico .**..... 6
    - 1.1.1 Teoría polivagal de Porges ..... 7
    - 1.1.2 Modelo ecológico de Bronfenbrener ..... 8
    - 1.1.3 Teoría del apoyo social ..... 9
    - 1.1.4 Cuidadores Primarios Informales .....9
    - 1.1.5 Técnicas de Mindfulness ..... 10
    - 1.1.6 Estrés.....11
    - 1.1.7 Depresión .....11
    - 1.2 Primera etapa .....12
    - 1.2.1 El papel del cuidador y su importancia .....12
    - 1.2.2 Ejercicios de control de activación .....13
    - 1.2.3 Organización de tiempo .....13
    - 1.2.4 Límites a la persona dependiente .....14
    - 1.2.5 Solicitud de ayuda y apoyo .....14
    - 1.3 Segunda etapa .....15
    - 1.3.1 Ejercicio de controlabilidad y regulación emocional ..... 15
    - 1.3.2 Escritura emocional autorreflexiva .....16
    - 1.4 Tercera etapa .....17
    - 1.4.1 Reconocimiento de emociones .....17
    - 1.4.2 Ciclo del estrés y regulación emocional .....17
    - 1.4.3 Comunicación asertiva .....18
    - 1.4.4 Duelo .....19
    - 1.4.5 Redes de apoyo .....19
    - 1.4.6 Establecimiento de relaciones sanas .....20
2. **Contexto en el que se desarrolló la intervención .**..... 20
3. **Objetivo general** .....21
    - 3.1 Objetivos específicos .....21
4. **Metodología** ..... 21
    - 4.1 Planteamiento del problema ..... 22
    - 4.1.1 Justificación ..... 23
    - 4.1.2 Pregunta de investigación .....23
    - 4.1.3 Diseño primera etapa (individual) .....23
    - 4.1.4 Muestra .....24
    - 4.1.5 Población de estudio .....24
    - 4.2 Segunda etapa (individual) ..... 24
    - 4.2.1 Diseño .....24
    - 4.2.2 Muestra .....25
    - 4.2.3 Población de estudio .....25
    - 4.2.4 Instrumentos y materiales .....25
    - 4.3 Tercera fase (grupal y en casos específicos individual) …….26
    - 4.3.1 Diseño .....26

4.3.2 Muestra .....26
4.3.3 Población de estudio .....26
4.3.4 Instrumentos y materiales .....26
1. **Criterios** ..... 27
5.1 Inclusión .....27
5.1.2 Exclusión .....27
5.1.3 Eliminación .....28
5.2 Procedimiento .....28
5.2.1 Primera etapa .....28
5.2.2 Segunda etapa (individual) .....31
5.2.3 Tercera etapa .....34
2. **Resultados primera etapa** ..... 37
6.1 Análisis cuantitativo .....37
6.1.2 Psicosociales grupales .....37
6.1.3 Análisis descriptivo .....38
6.1.4 Efecto del acompañamiento psicosocial sobre el malestar y el bienestar del CPI .....39
6.1.5 Efectos de las técnicas de relajación sobre la temperatura …….....41

6.2 Análisis cualitativo .....46
6.3 Discusión primera etapa ..... 50
6.4 Conclusiones primera etapa ..... 52
6.5 Resultados segunda etapa ..... 52
6.5.1 Psicosociales grupales ..... 52
6.5.2 Análisis descriptivo ..... 53
6.5.3 Análisis correlacional .....53
6.5.4 Efecto del acompañamiento psicosocial sobre el malestar y el bienestar .....54
6.6 Análisis cualitativo segunda etapa ..... 74
6.7 Discusión segunda etapa ..... 80
6.8 Conclusiones segunda etapa ..... 81
6.9 Análisis cuantitativo tercera etapa ..... 83
6.10 Análisis cualitativo tercera etapa ..... 86
6.11 Discusión tercera etapa ..... 88

7. **Conclusiones generales** .....89
8. **Sugerencias** ..... 90
9. **Limitaciones** ..... 90
10. **Referencias** ..... 91

**Introducción**

Está intervención se desarrolló en la Colonia San Miguel Teotongo, en la alcaldía Iztapalapa, CDMX. Su objetivo, brindar acompañamiento psicoemocional a Cuidadores Primarios Informales y también a aquellas personas que se dedican a su autocuidado, todo esto apoyado por los fundamentos de la psicología social obtenidos a lo largo de nuestra formación académica. Constó de tres etapas fundamentales de trabajo, la primera se desarrolló de manera individual, cada diada busco puerta por puerta a sus participantes, en la zona delimitada, la segunda etapa se desarrolló también de manera individual en los domicilios, durante la tercera etapa se conformó un grupo con los y las participantes de todas las diadas que trabajaron en la zona del Museo.

Este estudio tiene como objetivo evaluar el impacto del acompañamiento psicosocial en los CPI en sus hogares, midiendo el bienestar emocional y físico a través de escalas psicométricas y datos fisiológicos. En la Ciudad de México poco más de tres millones de personas (entre los cuales se encuentran niños, personas con algún tipo de discapacidad, personas con enfermedades crónicas y degenerativas, así como adultos mayores) requieren de servicios de cuidado por parte de otra persona. Los cuidadores primarios asumen la responsabilidad de asistir a un paciente en todas sus necesidades, brindando cuidados específicos e incluso especializados, particularmente en casos de enfermedades crónicas.

“La persona dependiente puede necesitar cuidados por dos razones, por envejecimiento, llega un momento en que la persona de nuestro entorno alcance una edad en la que se haga dependiente de nosotros. Según el grado que tenga de dependencia, que además suele cambiar con el tiempo, hemos de aprender a adaptarnos a las circunstancias, o por discapacidad de origen congénito o accidental, de origen sensorial, motor o psicológico” (Ponce, 2020) .

Un cuidador primario informal (CPI) es quien, sin capacitación previa, ofrece cuidados sin remuneración ni horario fijo. Su compromiso suele ser elevado debido al lazo afectivo con la persona a la que cuidan. Desempeñan un papel clave en el apoyo de familiares o amigos con enfermedades crónicas, discapacidades o necesidades especiales, pero esta labor impacta significativamente en su bienestar físico, emocional y social.

La primera etapa se trabajó en base al papel e importancia de los cuidadores, así como el autocuidarse, así como temas fundamentales para aumentar su calidad de vida, cómo lo son

el apoyo social, ejercicios de control de la activación, organización del tiempo, límites a la persona dependiente, y demás temas que pudieran ser de interés para quienes participaron, adaptándonos a cada caso. Se recolectaron en este proceso datos cuantitativos a través de sus respuestas a diferentes escalas e instrumentos, para después ser evaluados y analizados.

La segunda etapa se centró en una técnica terapéutica llamada Escritura Emocional Autorreflexiva (EEA), la cual asocia con los cuidadores primarios como una herramienta terapéutica que permite gestionar el estrés y las emociones negativas derivadas de su rol, al brindarles un espacio para expresar y procesar sus pensamientos y sentimientos. Este método les ayudó a reducir la carga emocional al poner en palabras experiencias difíciles relacionadas con su labor, lo que facilita una mejor regulación emocional y una disminución en los niveles de estrés y ansiedad, todo lo escrito fue analizado de manera cualitativa al finalizar, con el software Atlas ti, versión 25.

Para finalizar, la tercera etapa se llevó en torno a un árbol de problemas creado por todos los participantes que acudieron a las sesiones grupales, de ahí la diversidad de temas de interés que se abordaron, como lo es el duelo, la fomentación de relaciones sanas en la vida cotidian, el control de las emociones, por mencionar algunos. Todo el trabajo se registró en bitácora semanales, que posteriormente también fueron analizadas en el software Atlas ti.

Se buscó que durante todo el tiempo de intervención cada uno y cada una de las participantes autogestionaria sus propias herramientas para poder aumentar su calidad de vida con aquello que tiene a su alcance y esto generará un cambio en su dinámica familiar pero sobre todo un impacto directo en su bienestar. Es por todas esas razones que la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa, creó el proyecto "Evaluación e Intervención Psicosocial con Cuidadores Primarios", dirigido a cualquier persona que ejerza funciones de cuidado, sin limitarse a una enfermedad específica.

## 1. Marco Teórico

Cómo se ha mencionado antes, esta intervención se divide en tres etapas, la primera y la segunda consistieron en visitas domiciliarias a tres (en el caso de la primera etapa) y a cuatro personas (durante la segunda etapa) que voluntariamente nos aceptaron en sus casas, por lo tanto se abordó un trabajo individual para después en la tercera fase integrar a los y los participantes a un grupo con la intención de generar una comunidad, que pudiera ser

autogestiva y sostenerse en el tiempo, aún cuando el trabajo de las y los facilitadores haya terminado.

### 1.1.1. Teoría polivagal de Porges

La teoría polivagal explica cómo nuestro sistema nervioso regula las respuestas al estrés, pasando por tres niveles: conexión social (cuando nos sentimos seguros), lucha o huida (cuando percibimos una amenaza), e inmovilización (cuando la amenaza es extrema). El nervio vago juega un papel central en estos procesos, ayudándonos a pasar de un estado a otro.

"En relación con la activación fisiológica, en la teoría polivagal, Porges (1995) propone que existe un vínculo entre el sistema nervioso autónomo y la respuesta social: filogenéticamente, los mecanismos de regulación fisiológica en mamíferos son más sofisticados porque facilitan estados neuroconductuales prosociales (Porges, 2003). El sistema de regulación más arcaico es el nervio vago no mielinizado, asociado con respuestas de congelamiento o bradicardia; el siguiente el sistema simpático-adrenal, relacionado con las conductas de lucha o huida; por último, el nervio vago mielinizado facilita el uso de conductas prosociales (Porges, 1995, 2001, 2003, 2011, 2017)" (Flores, et al. 2020, p. 245).

Sabiendo que, la teoría polivagal estudia las respuestas fisiológicas que se tiene ante un estímulo estresante, nos pareció ideal para explicar las acciones, respuestas y actitudes que tenían nuestros participantes respecto a los diferentes estímulos estresantes que los desafiaban día con día. Dado que según Porges (2003,2011) el control vagal y el comportamiento social se encuentran vinculados anatómicamente por medio del nervio vago y esta conexión permite el funcionamiento del sistema de compromiso social, el cual permite inhibir la activación simpática, propiciando un estado fisiológico de calma que facilita el vincularnos socialmente; sin embargo, este solo se activa cuando el ambiente se percibe como seguro.

En cambio, cuando el ambiente se percibe como peligroso o amenazante se reduce la actividad del freno vagal por lo que se aumenta la excitación simpática y se movilizan reacciones de defensa (Flores, et al. 2020, p. 245). Lo anterior nos permite observar el punto en el que los y las participantes pueden responder mejor a los desafíos que enfrentan siendo cuidadores primarios informales, así como la facilidad o dificultad para la resolución de sus conflictos sociales y familiares.

### 1.1.2. Modelo ecológico de Bronfenbrenner.

“La teoría ecológica del desarrollo humano (Bronfenbrenner, 1987) define el desarrollo como la cambiante relación que tiene una persona con su ambiente ecológico así como también su capacidad creciente para descubrir cómo mantener o modificar las propiedades del ambiente, sus relaciones con él y a la persona misma” (Ramos, et al, 2020, p. 211). Fue vital para comprender cómo el entorno de los CPI influye en su desarrollo a lo largo de su vida. No crecemos ni cambiamos solos, sino que todo lo que nos rodea tiene un impacto, desde las personas con las que convivimos hasta las normas y costumbres que cada persona va adoptando de la sociedad.

Existen influencias cercanas y directas, como la familia, mientras que otras son más externas y un tanto ajenas , pero igualmente importantes, como las políticas sociales o la cultura del país en el que se nace o se desarrolla. Todo esto evoluciona con el tiempo, porque nuestras experiencias y la sociedad también evolucionan, y claro, esto afecta la manera en que nos desarrollamos. Este modelo también analiza el conjunto de los múltiples factores como lo son el individual, familiar, social, cultural, económico y político, estos a su vez se ven agrupados “en cuatro niveles (microsistema, mesosistema, el exosistema y mesosistema) que describen los factores individuales, relacionales, comunitarios y sociales” (Segura,2020, p. 36), los cuales son pieza clave para comprender los procesos que se presentan en los cuidadores primarios informales.

En el primer nivel (microsistema) podemos encontrar la historia de vida de cada una y cada uno, los aspectos psicológicos de los y las cuidadores que aumentan o disminuyen su probabilidad para tener herramientas psicosociales que le permitan tener mejores relaciones así como presentar o no, sobrecarga, ansiedad y niveles altos de estrés. Por otra parte, en el segundo nivel (mesosistema) se encuentran las relaciones que cada CPI establece con su entorno cercano cómo lo es su familia, sus amigos, su pareja y su persona dependiente. Así mismo en el tercer nivel (exosistema) actúan las instituciones como lo son el trabajo y la comunidad.

Por último, en el cuarto nivel (macrosistema) se incluyen los patrones y normas sociales, los hábitos y las costumbres de la sociedad, en un nivel más general también se incluyen las políticas públicas en relación a los temas del cuidado y los Cuidadores Primarios Informales (Segura, 2020, p.37). Comprender el funcionamiento de estos cuatro niveles nos

permitió tener una vista de lo general a lo particular en cada uno de los casos que tratamos, siendo cada uno diferente y único.

### 1.1.3. Teoría del apoyo social.

Si bien la teoría del apoyo social no se ha desarrollado únicamente por un autor, John Casel (1976) fue uno de los primeros en estudiar, sugiriendo que se podía reducir el impacto y la sensación del estrés mediante el apoyo, influyendo así en la salud de las personas. Tiempo después Sidney Cobb (1976) afirmó que la percepción de apoyo social era una pieza clave para el bienestar. Esta teoría explica cómo las relaciones que formamos con otras personas pueden influir o no en el bienestar emocional, físico y psicológico de cada individuo. Está basada en la idea que el contar con apoyo de familiares, amigos, compañeros de trabajo, grupos, profesionales de la salud, instituciones e incluso de la sociedad, es beneficioso para la salud y ayuda a enfrentar de mejor manera las situaciones difíciles, reduciendo el impacto del estrés.

Existen distintas maneras en las que pueden presentarse este apoyo la primera es emocional va desde la escucha el afecto y la comprensión en momentos difíciles, en segundo lugar se encuentra el apoyo instrumental que se centra en ayuda material, es decir, un préstamo económico, un medio de transporte, asistencia en tareas diarias o ayuda práctica. Después se encuentra el apoyo informativo este se enfoca en los lugares donde podemos obtener orientación o información útiles para tomar decisiones o para saber a dónde acudir en caso de tener o presentar un problema.

Por último encontramos el apoyo de pertenencia que es en el que nos enfocaremos en la tercera etapa de este proyecto se enfoca en sentirse parte de un grupo o de una comunidad, generando confianza, seguridad y compañía, para extender lo que podrían ser redes de apoyo y brindar a las personas acompañamiento de cualquier manera en el momento que lo necesite.

### 1.1.4.Cuidadores Primarios Informales

Un cuidador primario informal (CPI) es quien, sin capacitación previa, ofrece cuidados sin remuneración ni horario fijo. Su compromiso suele ser elevado debido al lazo afectivo con la persona a la que cuidan. Desempeñan un papel clave en el apoyo de familiares o amigos con enfermedades crónicas, discapacidades o necesidades especiales, pero esta labor impacta significativamente en su bienestar físico, emocional y social.

Los cuidadores informales son aquellos que realizan el cuidado de personas con enfermedades crónicas degenerativas, quienes reorganizan su funcionamiento cotidiano presentando un elevado estrés. Estudios recientes proponen que los programas psicoeducativos de intervención grupal tienen efectividad para la disminución del estrés y sobrecarga (López, et. al, 2024, p. 145). Además de los CPI, existen otros tipos como lo son los cuidadores secundarios, los cuales "no son la persona principal de apoyo, pero sí que realiza su cuidado en determinadas ocasiones. No necesariamente has de pertenecer a la unidad familiar o a un núcleo cercano de relación. Y también el cuidador formal, el cual es aquella persona que tiene la formación profesional adecuada y recibe una remuneración por el trabajo que realiza. Ofrecen atención con límites de horarios y tienen un mero vínculo afectivo" (Ponce, 2020).

Los CPI suelen padecer problemas como ansiedad, depresión, aislamiento social, estrés crónico, trastornos del sueño y diversas afecciones físicas. Otro punto a considerar es que "la transición demográfica y epidemiológica, así como el incremento de la esperanza de vida de la población, evidencia que la población está envejeciendo. Esto implica que el porcentaje de personas con alguna enfermedad crónico-degenerativa e incurable se incremente y que cada día aumente el número de pacientes que requieren un sistema de ayuda y apoyo, es decir, cuidados para cubrir las actividades que no pueden llevar a cabo por sí mismos; además de personas que se responsabilicen completamente de su cuidado.

Por tal motivo, el cuidado familiar de personas con enfermedad crónica ha emergido durante los últimos años. Ante esta situación, la figura de cuidador primario se visualiza como aquella persona que, por parentesco o afinidad, asume las responsabilidades de cuidado de su ser querido, siendo partícipe de su asistencia, su experiencia vivida y su toma de decisiones" (Ruiz, Guzmán, Mendoza, Rodríguez, 2023).

### 1.1.5. Técnicas de Mindfulness.

La práctica de Mindfulness fue uno de los pilares fundamentales de esta etapa. Mindfulness o atención plena, es una práctica que implica concentrarse en el momento presente de manera intencionada y sin juicio, lo que puede ayudar a reducir el estrés y mejorar el bienestar psicológico (Demarzo, et al, 2020). Proviene de la meditación budista y busca enfocar la atención en el presente de forma deliberada, para cambiar la relación con los pensamientos, emociones y sensaciones físicas.

La práctica de mindfulness se asocia con:

- Reducción de la activación fisiológica asociada al estrés (frecuencia cardíaca y respiratoria).
- Mejora de la calidad de vida y la percepción de la salud física y mental.
- Descenso en la sintomatología ansiosa y depresiva.
- Regulación de respuestas inflamatorias y disminución del estrés crónico mediante activación parasimpática (Ramírez, et al, 2022).
- Incremento en la percepción de apoyo social emocional e instrumental, lo cual influye positivamente en la salud psicológica.

En el contexto de cuidadores primarios, los ejercicios basados en mindfulness, como "respirar con atención plena" y "mindfulness en tu mano", han mostrado efectos favorables en la regulación emocional y fisiológica, ayudando a mitigar el impacto del estrés crónico.

### 1.1.6. Estrés

Uno de los mayores problemas a los que nos enfrentamos al trabajar con CPI fueron los elevados niveles de estrés que encontramos al inicio de la intervención, podríamos decir que fue el principal causante de todos los males físicos que presentaban, así como de la sobrecarga que expresaban.

El estrés es una respuesta del organismo en una situación adversa este tiene dos componentes el primero la situación es estresante puede ser un estrés físico, emocional, social que induce la activación fisiológica para preparar al organismo a cualquiera de las las conductas mencionadas en la teoría polivagal, y el segundo la respuesta dicho estímulo sistémica y diferente para cada persona, por lo que dependerá de recursos fisiológicos, cognitivos y conductuales de los que se disponga para enfrentarlo. Como al inicio mencionamos, a largo plazo si no se trata a tiempo condiciona a la sobrecarga la fatiga y baja la calidad de vida (Rodríguez, et al, 2022, p. 159).

### 1.1.7. Depresión

Desafortunadamente, al llegar a los domicilios de las personas participantes pudimos observar que su desregulación del estrés les había traído problemas físicos, además de que

muchos y muchas vivían con dolores constantes o lo que expresaban era una tristeza profunda.

"La depresión según Díaz (2019) y Piqueras (2008) es un trastorno del ánimo caracterizado por profundos sentimientos de tristeza, necesidad de ser castigados y en general, baja autoestima; así mismo, las personas que la padecen suelen perder interés en las actividades que antes los hacían sentir placer y satisfacción. En ocasiones, esta pérdida de interés llega incluso a incapacitarlas de realizar tareas de autocuidado. Por lo que se encuentra relacionado con problemas de desarrollo, adaptación al ambiente social y funcionamiento psicosocial. Es un factor de riesgo significativo de enfermedad coronaria, infarto de miocardio y mortalidad cardíaca." (Rodríguez, et al, 2022, p. 159).

Desde el primer acercamiento pudimos observar que en su mayoría las y los participantes no disfrutaban de hacer ninguna actividad, expresaban vivir de manera automática, con una rutina tan establecida al pendiente de sus dependientes que se olvidaban de que ellos también eran personas con necesidades, pues sin darse cuenta habían pospuesto su persona para satisfacer todas las necesidades de su dependiente lo que los llevó a caer, en su mayoría, en episodios depresivos de diferente intensidad.

### 1.2. Primera etapa

#### 1.2.1. El papel del cuidador y su importancia

Inicialmente se realizó una exploración en sus vidas, ¿cómo viven el cuidado en cada uno de los casos? ¿todas y todos se olvidaron de ellos mismos? ¿Se percibían como cuidadores? fueron algunas de las incógnitas que se plantearon para esta tarea. Sorprendentemente más de la mitad de los y las participantes no se percibían siquiera como cuidadores y cuidadoras. Lo percibían como algo que tenían que hacer porque no tenían otra opción, porque eran familia, o porque simplemente nadie más lo haría.

A partir de obtener estas respuestas se trabajó para que fueran capaces de reconocerse como cuidadores y cuidadoras, y a su vez como personas valiosas que necesitan atenciones y cuidados. Por otra parte también se destacaron las habilidades que han obtenido al cuidar, por ejemplo, ser capaces de poner una inyección, saber cargar a alguien discapacitado, conocer las necesidades de su dependiente aunque éste pudiera o no hablarles y mantener la paciencia por más difícil que la situación se ponga.

### 1.2.2. Ejercicios de control de activación

Como parte fundamental de esta primera etapa, era importante que las y los cuidadores conocieran y adoptarán una manera de regularse mejor, esto se logró mediante la práctica y constancia de respiración diafragmática, la cual consistía en que se pusieran en una posición cómoda y colocaran su mano en el diafragma suavemente, mientras tenían los ojos cerrados imaginaban que su abdomen era como un globo, esto para que se fueran acostumbrando a la manera en la que se trabajaría, además de aplicar diferentes instrumentos para determinar si nivel de estrés y tensión.

Para ellos, era sorprendente identificar que el realizar estos ejercicios de manera constante y calmada, les permitía tener una alternativa para conciliar el sueño, responder mejor a una situación y sentir tranquilidad durante algunos momentos de su día.

### 1.2.3. Organización del tiempo

Una vez que evaluamos el nivel de estrés que tenían los cuidadores, se les preguntó ¿Qué hacen en su día a día? ¿Cuál es su rutina diaria? Al platicar con ellos notamos que sus días duraban más de 24hrs. Para esto se realizó una actividad llamada “Ruleta del tiempo” (véase en anexos 1) la cual consistía en una rueda dividida en 16 partes que simulaban las horas del día que se supondría se mantienen actividad realizando algo en específico, con el objetivo de que la persona sea capaz de visualizar la gran cantidad de actividades que realiza en su día y el poco tiempo que se dedica a sí misma.

Al término de la actividad de les dejó una tarea, que en una hoja escribieran algo que les gustaría hacer, ya sea recuperar un hobbie, aprender algo nuevo o sencillamente descansar mejor, después de leer ellos mismos su actividad y sus objetivos se les propuso que para la siguiente sesión al menos pudieran realizar una tarea de su lista.

Esto se acompañó con una técnica de relajación muscular pasiva, la cual consiste en que en una posición cómoda mientras hacen respiración diafragmática, con los ojos cerrados van destensando los músculos desde la cabeza hasta los pies mientras los guiamos, de esta manera se van relajando o también relajación muscular progresiva, para esta no tenían que cerrar lo ojos, tenían imitar nuestros movimientos y se ponían en tensión los músculos como apretar las manos, la mandíbula, los hombros, el abdomen, de igual manera desde la cabeza hasta los pies para luego soltar la tensión y que así reconocieran cuando estén estresados, para

luego llegar nuevamente a la relajación. Dependiendo de cada caso, si tenía dificultad, hipertensión, malestar o algún tipo de dolor realizaba la pasiva y si no tenía algún padecimiento o inconveniente se realizaba la progresiva.

### 1.2.4. Límites a la persona dependiente

Ya que se identificó que las personas no tenían tiempo para ellas mismas, los cuidadores empezaron a reconocer sus propios límites, para posteriormente poder poner límites a otras personas. Se realizo una actividad llamada “El semáforo” (véase en anexos 1) en ella la persona escribiría aquellas cosas que no permite de ninguna manera (color rojo), las cosas que permitimos con alguna restricción (en amarillo), y las cosas que son acordadas conscientemente (en verde).

Para las personas fue muy difícil empezar a poner límites, estaban acostumbrados a que sus voces no eran escuchadas y su tiempo no era valorado, se presentaban sensaciones de miedo, angustia, incluso hubo quienes se creyeron incapaces de ponerlos. Esto para que lograran identificar lo que les causa malestar y lo que pueden hacer sin ningún problema, con el objetivo de establecer límites de manera asertiva, aprendiendo a decir no a las peticiones que le causan incomodidad o malestar y priorice su bienestar. La técnica de relajación que acompañó este tema fue imaginería guiada. La cual consiste en que se coloquen en una posición cómoda, cierren los ojos y con ayuda de los facilitadores se les pedía que se imaginaran en un lugar que les guste, que lo huelan, lo sientan, si es que están acompañados, de esta manera se proyectaban en un lugar seguro para después volver al presente de manera relajada.

### 1.2.5. Solicitud de ayuda y apoyo

El reconocer y pedir ayuda es muy importante para los CPI, había creencias arraigadas con el cómo se debe de cuidar de alguien, en el aspecto de que se tienen que sacrificar y descuidarse para cuidar de su dependiente, lo vimos al momento de conocer sus rutinas, que no se dedicaban tiempo y gran parte de eso es que no solo son cuidadores, tienen otras obligaciones como trabajar labores domésticas, hijos/as y todo lo hacían, aunque hubieran más personas habitando el mismo espacio.

Es por esto que se trabajó el tema de límites para conocer y practicar el delegar actividades, tareas y cuidados, también recuperar aspectos que eran importantes como

descansar, dormir mejor o volver a hacer algo que les guste, lo cuál está muy ligado con la importancia de pedir ayuda, una vez que ya se reconocieron los aspectos antes mencionados podemos reconocer con qué personas pueden contar y apoyarse.

Con ayuda de una actividad llamada “Fortaleciendo redes de apoyo” (véase en anexos 1) en ella se colocaron recuadros para que el CPI pusiera los nombres de las personas con las que contaba, para después entrelazarlos y ellos mismos formar su red notando que no están solas ni solos, que tienen es quien confiar, con quien sentirse escuchados y que su red se puede hacer más grande. Nuevamente la técnica que acompañó este tema fue imaginería guiada.

### 1.3. Segunda etapa

#### 1.3.1. Ejercicio de controlabilidad y regulación emocional

Fue muy importante que las y los participantes de esta intervención comprendieran que de las cosas que suceden alrededor de ellos (en su entorno, en su dinámica familiar y relaciones) no son su responsabilidad y no todo lo pueden manejar o controlar, mediante el ejercicio con un péndulo y apoyados con una hoja con las preguntas “¿qué puedo controlar?” en un círculo central y “que no puedo controlar?” en un círculo externo, hicieron conscientes las actitudes, hechos y acciones en las cuales pueden y no pueden tener control.

Por otro lado, no es simple aceptar las cosas que no están en sus manos, por ello se agregó a esta tarea, la regulación emocional. La regulación emocional influye significativamente en la salud física y psicológica, en términos de bienestar, permite a las personas manejar emociones negativas prolongadas y adaptarse a situaciones sociales complejas, lo que puede mejorar las relaciones interpersonales. Además, contribuye a disminuir el estrés crónico, los síntomas de ansiedad y depresión, y favorece una mayor resiliencia emocional.

En el ámbito físico, se ha demostrado que una regulación emocional efectiva puede reducir la presión arterial y fortalecer el sistema inmunológico, ya que los estados emocionales disfuncionales prolongados pueden generar efectos adversos en la salud general (Moreno Durango, et al. 2024). Este aspecto se vio fuertemente acompañado por técnicas de Mindfulness.

### 1.3.2. Escritura Emocional Autorreflexiva

Hablando ahora de la escritura emocional autorreflexiva (EEA), es una técnica terapéutica que consiste en escribir sobre eventos traumáticos, estresantes o emocionales durante sesiones de 15 a 20 minutos, durante 3 a 4 sesiones. En este proceso, las personas exploran sus pensamientos y emociones más profundas relacionadas con estos eventos, lo que fomenta la confrontación emocional y el desarrollo de una narrativa coherente. Esta técnica, desarrollada por Pennebaker y Beall (1986), busca transformar la experiencia emocional en palabras, promoviendo el bienestar físico y psicológico (Baikie y Wilhelm, 2018).

**Efectos sobre el bienestar**

Beneficios físicos:

- Reducción de la presión arterial.
- Mejora de la función pulmonar, inmunológica y hepática.
- Menor número de hospitalizaciones y visitas médicas.

Beneficios psicológicos:

- Mayor bienestar emocional y reducción de síntomas depresivos.
- Disminución de pensamientos intrusivos y síntomas de estrés postraumático.
- Regulación emocional a través de la creación de narrativas coherentes. Beneficios sociales:
- Mejora de las interacciones sociales y conductas lingüísticas.
- Aumento de la memoria de trabajo y el desempeño académico.

La EEA se asocia con los cuidadores primarios como una herramienta terapéutica que permite gestionar el estrés y las emociones negativas derivadas de su rol, al brindarles un espacio para expresar y procesar sus pensamientos y sentimientos. Este método les ayuda a reducir la carga emocional al poner en palabras experiencias difíciles relacionadas con su labor, lo que facilita una mejor regulación emocional y una disminución en los niveles de estrés y ansiedad.

Durante la segunda etapa, fue la herramienta principal de atención a los CPI, pues significó mucho trabajo por parte de las y los facilitadores, así como de las personas

participantes, fue resultado de la confianza que cada participante depositó en sus facilitadores.

### 1.4. Tercera etapa

#### 1.4.1. Reconocimiento de emociones.

Desde la perspectiva evolucionista, las emociones se entienden como patrones filogenéticos que se han ido desarrollando y complejizando a través del proceso de socialización. Esta visión ha llevado a la búsqueda de modelos universales que expliquen tanto la expresión como el reconocimiento emocional, encontrando altos niveles de consenso en torno a ciertas emociones básicas. Esto respalda la idea de que dichas emociones, especialmente aquellas con un reconocimiento casi universal, podrían considerarse características propias de la especie humana, aunque sujetas a la influencia de la experiencia y la interacción social. Dentro de este marco, gran parte de las investigaciones emplean imágenes estáticas de rostros con expresiones emocionales, sin considerar el contexto ni la temporalidad, lo que podría limitar la validez de los resultados en cuanto a la identificación emocional en situaciones más reales (Fernández, Dufey, & Mourgues, 2007).

Por otro lado, la aproximación psicofisiológica ha ofrecido aportes significativos en dos ámbitos principales. En primer lugar, ha permitido explorar el reconocimiento emocional más allá del simple acierto o la coincidencia entre culturas, centrándose también en los mecanismos internos que se activan al realizar esta tarea. Esto ha llevado a proponer que cada emoción básica podría presentar patrones psicofisiológicos específicos, lo que contribuiría a reforzar la idea de su universalidad y singularidad. Observar todo desde una postura multidisciplinaria permite no reducirnos a una sola perspectiva, sino ampliarla y conocer que sí bien se viven, expresan y sienten socialmente, también hay aspectos neuro psicofisiológicos que las respaldan.

#### 1.4.2. Ciclo del estrés y la regulación emocional.

En el contexto del cuidado informal, el estrés es una variable central que impacta directamente en la salud física y emocional del cuidador. Partiendo de la premisa de que no son los eventos en sí mismos los que generan estrés, sino la manera en que son percibidos y evaluados por el individuo, se puede comprender cómo dos cuidadores ante situaciones similares pueden reaccionar de formas totalmente distintas. La apreciación subjetiva que

realiza el cuidador sobre las demandas del entorno, por ejemplo, la carga física del cuidado, la dependencia del familiar, la falta de apoyo o la presión económica determinará si éstas son vividas como amenazas, desafíos o situaciones manejables.

En este proceso, intervienen características individuales como las actitudes hacia el rol de cuidador, las experiencias previas con situaciones similares, las motivaciones personales (por ejemplo, sentido del deber o afecto), y los recursos personales y sociales disponibles. Estas variables predisponentes influyen en la valoración cognitiva que el cuidador hace de la situación, y esta, a su vez, afecta el tipo de estrategias de regulación emocional que emplea. Así, cuidadores que evalúan la situación como abrumadora y perciben pocos recursos para afrontarla pueden recurrir con mayor frecuencia a estrategias desadaptativas como la negación, la evitación o la rumiación, lo cual incrementa la vulnerabilidad emocional.

Por el contrario, aquellos cuidadores que interpretan sus circunstancias como desafiantes pero manejables, y que cuentan con estrategias de regulación emocional más funcionales (como lo es la reevaluación cognitiva, la aceptación o el apoyo social), tienden a enfrentar el estrés de forma más resiliente. A largo plazo, el uso de estrategias disfuncionales puede provocar un deterioro significativo en la salud mental y física del cuidador, incluyendo síntomas de ansiedad, depresión, somatización, e incluso el desarrollo del síndrome del cuidador quemado. Por ello, comprender la relación entre estrés percibido y regulación emocional en cuidadores resulta fundamental para diseñar intervenciones psicoeducativas que fortalezcan sus recursos internos y su bienestar general (Feijóo, 2022).

### 1.4.3. Comunicación asertiva.

La asertividad o buena comunicación es uno de los factores que más se trabaja en el modelo sistémico con la familia y personalmente, nuestra comunicación habla de nuestra forma de resolver conflictos, como los participantes se ven a ellos mismos y al resto.

Desde la psicología social, la comunicación asertiva se entiende como una forma de interacción interpersonal que permite expresar pensamientos, sentimientos, necesidades y opiniones de manera clara, directa y respetuosa, sin agredir ni someterse. Este estilo de comunicación facilita relaciones más equilibradas, promueve el respeto mutuo y reduce los conflictos, ya que permite establecer límites saludables y expresar desacuerdos sin hostilidad.

En contextos de cuidado informal, por ejemplo, la comunicación asertiva resulta clave para que el cuidador pueda solicitar apoyo, expresar su malestar o negociar tareas, evitando tanto la pasividad como la agresividad. Desde la psicología social, se reconoce que la comunicación no solo transmite información, sino que regula relaciones de poder, pertenencia y cooperación, elementos fundamentales en las dinámicas familiares o comunitarias.

### 1.4.4. Duelo.

El duelo no se vive únicamente como una experiencia individual, sino como un proceso profundamente influido por el contexto cultural, los vínculos sociales y las normas grupales sobre cómo expresar la pérdida. El duelo implica no sólo la reacción emocional ante la muerte de un ser querido, sino también la reconfiguración de las relaciones sociales y el rol de quién lo vivencia  dentro de su entorno.

Este enfoque destaca que la forma en que una persona elabora el duelo está mediada por el apoyo social disponible, las expectativas del grupo sobre "cómo debe dolerse" o cómo debe vivirse, hablar en grupo y compartir diferentes experiencias ayudó a qué entendieran la importancia de validar sus emociones y sus pérdidas, explicando que una pérdida no es solo humana, sino de recursos, de salud, de vivienda, una mudanza, y que los rituales colectivos que ayudan a simbolizar y dar sentido a la pérdida. Así, entonces, entendieran que el duelo no es solo un proceso individual, sino un fenómeno socialmente construido, y es tarea de cada uno limitar a quienes invalidan esas pérdidas.

### 1.4.5. Redes de apoyo.

El artículo de Covarrubias Delgado y Andrade Cepeda (2012) señala que el apoyo social es un factor fundamental en la calidad de vida de los cuidadores de pacientes hospitalizados. Específicamente, los autores destacan que una red de apoyo sólida contribuye a disminuir el impacto negativo del estrés y la carga emocional que implica el rol del cuidador.

Sabemos que los cuidadores con una red de apoyo funcional, es decir, con personas que les brindan ayuda emocional, instrumental o informativa, tienden a reportar una mejor calidad de vida. Por el contrario, quienes carecen de dicho apoyo experimentan mayores niveles de sobrecarga, fatiga y deterioro en su bienestar físico y psicológico.

La red de apoyo permite al cuidador compartir responsabilidades, expresar emociones, y sentirse acompañado, lo cual actúa como amortiguador del desgaste asociado al cuidado, especialmente cuando el nivel de dependencia del paciente es alto. Es por ello que esa tercera etapa se centró en la solidificación de su sentido grupal y de pertenencia, para que ellos formarán una red de apoyo en la cual pueden comprenderse y compartir experiencias tanto personales como en la vivencia de los cuidados.

### 1.4.6. Establecimiento de relaciones sanas.

Se abordó desde el **Método Gottman** ya que, los cuatro jinetes (crítica, desprecio, actitud defensiva y obstrucción) son formas de comunicación que pueden fácilmente aparecer en relaciones de cuidado donde hay agotamiento, poca validación emocional o roles mal definidos.

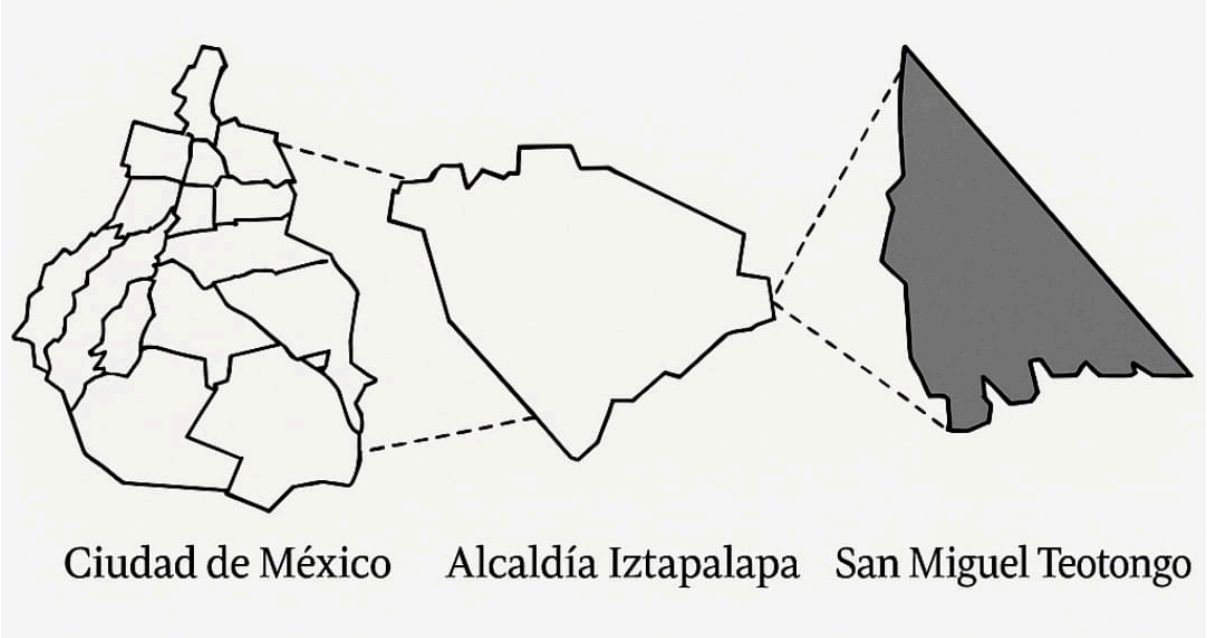
Debido a que a esto se veían inmersos los y las participantes eviten estos patrones y conozcan y practiquen alternativas (como la queja específica en vez de crítica, la apreciación en lugar del desprecio, la responsabilidad compartida y la regulación emocional) que les permitan mejorar la comunicación, reducir las tensiones y fortalecer los vínculos afectivos en el entorno de cuidado y en cualquiera que se vean inmersos. Esto es esencial para evitar el desgaste emocional, el aislamiento y el conflicto familiar.

## 2. Contexto en el que se desarrolló la intervención.

En la Ciudad de México se encuentra la alcaldía Iztapalapa, justo en el oriente, es uno de los pueblos originarios de la ciudad y en el 8.8% de los casos las personas son indígenas. Los principales ingresos de las personas que viven ahí son del comercio. San Miguel Teotongo es una colonia ubicada en dicha alcaldía. Se encuentra en la zona de la Sierra de Santa Catarina, donde viven alrededor de 400,000 personas. La colonia abarca un área cercana a 28 hectáreas y tiene una población aproximada de 7,750 habitantes, distribuidos en 1,960 hogares. Es una de las regiones con mayor tasa de marginación.

***Figura 1.*** *Ubicación de San Miguel Teotongo.*

*Figura 1. Ubicación de la colonia San Miguel Teotongo.*




## 3. Objetivo general.

Capacitar a los integrantes del Año de Terminal de Intervención Comunitaria en la teoría y metodología para la Evaluación e Intervención Psicosocial con Cuidadores Primarios y reflexionar sobre su salud, su bienestar y su calidad de vida, así como de la necesidad de administrar sus lazos sociales básicos.

### 3.1 Objetivos específicos.

- Visibilizar las experiencias de sobrecarga, aislamiento y falta de reconocimiento social a las que se enfrentan las y los CPI de la colonia San Miguel Teotongo.
- Facilitar herramientas de bienestar psicosocial como lo son la contención emocional, escucha activa y expresión afectiva, empleando técnicas de mindfulness, que les permitan mejorar su dinámica familiar y aumentar su calidad de vida.
- Promover el fortalecimiento de redes de apoyo y vínculo de apoyo entre las y los cuidadores participantes, reconociendo saberes compartidos, y estrategias de afrontamiento.

## 4. Metodología.

### 4.1. Planteamiento del Problema

En los últimos años, la población ha envejecido y no parecen ser suficientes las políticas públicas que se han creado para apoyar el cuidado de las personas. Esto ha provocado que

muchas personas, sin preparación, conocimiento profesional ni pago, se hacen cargo todos los días de cuidar a familiares o personas que necesitan ayuda total o parcial. A quiénes se denomina cuidadores primarios informales (CPI), constituyen un pilar fundamental en el sostenimiento de la vida y el bienestar comunitario, pero al mismo tiempo, representan uno de los sectores más invisibilizados, precarizados y olvidados por las estructuras sociales, económicas e institucionales.

En comunidades urbanas como San Miguel Teotongo, ubicada en la periferia de la Ciudad de México, los desafíos enfrentados por estás personas se agravan debido a que también se presentan condiciones de vulnerabilidad estructural como lo es pobreza, el acceso limitado a servicios de salud mental, la violencia de género, el trabajo informal y lo difícil que es movilizarse en la comunidad debido a la irregularidad de su suelo. En la mayoría de los casos, se ha delegado a las mujeres adultas el asumir solas el cuidado de personas con enfermedades crónicas, discapacidad o dependencia, sin red de apoyo familiar ni soporte institucional (lo cual se puede observar en el alto porcentaje de mujeres participantes), así como con un sustento económico incierto.

La falta de reconocimiento del trabajo de cuidado como actividad socialmente valiosa y la ausencia de programas públicos adecuados hacen que las personas que cuidan enfrenten situaciones de estrés crónico, aislamiento social, desgaste físico y emocional, y afectaciones importantes a su salud mental. A nivel comunitario, la soledad, la sobrecarga emocional, la imposibilidad de establecer límites, la dificultad para pedir ayuda, y la escasa percepción de apoyo social, son algunas de las consecuencias directas de esta situación.

Desde una mirada psicosocial, las cuidadoras y cuidadores han aprendido a sobrevivir en medio de la adversidad, pero sin herramientas suficientes para sostener su propio bienestar, lo cual los expone a cuadros de malestar psicológico, como ansiedad, síntomas depresivos, somatizaciones o desregulación emocional.

A lo largo de nueve meses de intervención, se ha podido observar que los CPI cuentan con un fuerte compromiso afectivo con las personas a quienes cuidan, pero también con una historia de silenciamiento, desgaste y autoabandono. Es por ello que, resulta indispensable no sólo intervenir desde lo individual, sino abordar el fenómeno del cuidado como una problemática comunitaria y social, que requiere del fortalecimiento de redes, el

reconocimiento colectivo del rol del cuidador, y la generación de espacios para la validación emocional y la construcción de sentido de comunidad.

### 4.1.1. Justificación

Los cuidadores y cuidadoras primarios informales, al asumir la responsabilidad del cuidado de personas en situación de dependencia ya sea parcial o total, según sea el padecimiento de su paciente, se enfrentan a diferentes desafíos los cuales pueden ser altos niveles de estrés, desgaste emocional, ansiedad, sobrecarga del cuidador y aislamiento social, lo que afecta negativamente su bienestar psicosocial y sus relaciones interpersonales, privándoles de la validación de sus propios sentimientos, deseos y necesidades.

Situación que se agrava por la carencia de preparación profesional en cuidados, el no tener claridad de los recursos a su alcance y la inexistencia de redes de apoyo adecuadas debido a la ya mencionada situación de aislamiento.La intervención surge para brindar herramientas que fortalezcan su bienestar psicosocial y emocional, lo que no solamente mejora su calidad de vida, sino que también trae consecuencias positivas en la dinámica del cuidado, familiar y social, convirtiéndose poco a poco e inconscientemente en agentes de cambio.

Dando principal importancia a qué las y los participantes reconozcan sus necesidades emocionales, promuevan la autorreflexión y desarrollen habilidades para mantener relaciones sanas, priorizando que estás acciones y actitudes sean sostenibles aún al término de la intervención, es decir sean capaces de autogestionar sus recursos y movilizarlos.

### 4.1.2. Pregunta de investigación

¿Modifican las herramientas de bienestar psicosocial la calidad de las relaciones sociales y la dinámica de autocuidado de las y los CPI?

### 4.1.3. Diseño primera etapa (individual).

El Programa de Intervención y Evaluación Psicosocial para Cuidadores Primarios utiliza una estrategia dirigida a mejorar el bienestar y la calidad de vida mediante apoyo psicosocial para

cuidadores informales. El programa se basa en una investigación mixta, combinando enfoques cualitativos y cuantitativos, y tiene como objetivo que los 51 participantes aprendan a priorizar su autocuidado y alcancen un balance óptimo en su salud mental.

### 4.1.4. Muestra

No probabilística de 51 participantes por conveniencia.

### 4.1.5. Población de estudio

Se reclutó a cuidadores informales de la colonia San Miguel Teotongo, en la alcaldía de Iztapalapa, Ciudad de México. El programa inició con 51 cuidadores, pero 14 de ellos fueron excluidos por no asistir a todas las sesiones o por participar en menos de cinco. Finalmente, 37 participantes completaron el programa, con una edad media de 57 años (±15.3), en un rango de 18 a 86 años, de los cuales 30 fueron mujeres. El promedio de hijos fue de 2.71 (±2.0), mientras que el número medio de personas en el hogar fue de 4.

En cuanto a nivel educativo, el 27.47% tenía educación primaria, el 25.49% secundaria, el 15.69% educación media superior, el 11.76% educación superior, y el 9.80% no contaba con ningún tipo de educación formal. Respecto al estado civil, el 47.05% de los participantes estaba casado, el 11.76% separado, el 13.75% viudo, el 9.80% en unión libre y el 17.64% soltero. Los cuidadores tenían un promedio de 14.9 años (±13.9) en esta labor, con un mínimo de 4 meses y un máximo de 50 años.

## 4.2. Segunda etapa (individual).

### 4.2.1 Diseño

El programa de Intervención y Evaluación Psicosocial para Cuidadores Primarios utiliza una estrategia dirigida a mejorar el bienestar y la calidad de vida mediante apoyo psicosocial para cuidadores primarios informales. El programa se basa en una investigación correlacional mixta y diseño transversal, combinando enfoques cuantitativos y cualitativos, así como la medición y observación de diferentes variables.

### 4.2.2. Muestra

No probabilística, 49 participantes por conveniencia.

### 4.2.3. Población de estudio

Se reclutó a cuidadores informales de la colonia San Miguel Teotongo, en la alcaldía de Iztapalapa, Ciudad de México. El programa inició con 49 cuidadores, pero 17 de ellos fueron excluidos por no asistir a todas las sesiones o por participar en menos de cinco. Finalmente, 32 participantes completaron el programa, de ellos 27 mujeres y 5 hombres, con una edad promedio de 57.7 años, de ellos el 50% curso el nivel básico de educación, el 34.38% el medio superior, el 3.13% el nivel superior; mientras que el 12.5% no tiene algún grado de estudios.

### 4.2.4. Instrumentos y materiales

Se llevaron a cabo evaluaciones antes y después de la intervención a través de varias escalas psicométricas:

- Escala de Bienestar Subjetivo (EBS-8): Evalúa la satisfacción general con la vida y el estado de ánimo positivo, utilizando 8 ítems. Validado en México y realizado por Nazira Calleja Tere A. Mason (2022).
- Escala de Atención Plena (MAAS): Que mide la capacidad de una persona para prestar atención y ser consciente del momento presente, compuestas con 15 ítems. Validada en México y realizada por López-Maya Eric, et al. (2015).
- Escala de Malestar Psicológico (K-10): Evalúa el malestar psicológico, la ansiedad y la depresión, se puede utilizar como una prueba breve para identificar niveles de distrés, compuesta por 10 ítems. Validada en México y realizada por Santos Vega Xóchitl. (2021).
- Escala de Afecto Positivo/Afecto Negativo en México (APAN-M): Mide el afecto positivo caracterizado por alegría, entusiasmo, energía y confianza. Y el afecto negativo caracterizado por miedo, nerviosismo, disgusto, culpa e ira. Compuesta por 20 ítems, validada en México y realizada por Velasco Matus, et al. (2021).

- Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9): Compuesto por 9 ítems, detecta síntomas de depresión basados en las dos semanas previas a la entrevista. Validado en México y realizado por Zalalem F. Negeri, et al. (2021).

### 4.3. Tercera fase (grupal y en casos específicos individual)

#### 4.3.1. Diseño

El programa de Intervención y Evaluación Psicosocial para Cuidadores Primarios utiliza una estrategia dirigida a mejorar el bienestar y la calidad de vida mediante apoyo psicosocial para cuidadores primarios informales. El programa se basa en una investigación correlacional mixta y diseño transversal, combinando enfoques cuantitativos y cualitativos, así como la medición y observación de diferentes variables.

#### 4.3.2. Muestra

No probabilística, 17 participantes por conveniencia.

#### 4.3.3. Población de estudio

Se reclutó a cuidadores informales de la colonia San Miguel Teotongo, en la alcaldía de Iztapalapa, Ciudad de México. El programa inició con 36 cuidadores, pero 19 de ellos fueron excluidos por no asistir a todas las sesiones o por participar en menos de seis de ellas. Finalmente, 17 participantes completaron el programa, de ellos 14 mujeres y 3 hombres, con una edad promedio de 58.81 años, de ellos el 35.29% curso el nivel básico de educación, el 35.29% el medio superior, el 11.76% el nivel superior; mientras que el 17.65% no tiene algún grado de estudios.

#### 4.3.4. Instrumentos y materiales

Se llevaron a cabo evaluaciones antes y después de la intervención a través de varias escalas psicométricas:

- PHQ-4 (Cuestionario de Salud del Paciente-4). Robert L. Spitzer, Kurt Kroenke, Janet B. W. Williams y Bernd Löwe.

- PC-PTSD (Cuestionario de Evaluación de TEPT para Atención Primaria) Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU. Validado en México por Rafael Campuzano de Gracia (2016).

- Escala de Estrés Percibido. Sheldon Cohen. Validado en México por Juan Pablo de la Fuente Stevens, José Moral de la Rubia, Mario H. Flores-Torres, entre otros.

- Escala de Sentido de Comunidad II: David W. McMillan y David M. Chavis.

- Autobiografía de Salud.

- WHODAS 2.0 (Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud 2.0) Organización Mundial de la Salud.

## 5. Criterios

Para cumplir con los objetivos y mantener la visión de esta intervención, se establecieron criterios específicos para establecer y delimitar a la población participante, todo esto para mantener la ética y la viabilidad del programa, los criterios de inclusión, exclusión y eliminación se muestran a continuación.

### 5.1. Inclusión

Se contemplaron para la participación en la intervención aquellas personas que cumplieran con las siguientes características:

- Tener a su cuidado alguna persona con discapacidad, enfermedad crónica o neuro divergencia.
- Ser de la tercera edad y autocuidarse.
- Que residan en la comunidad de San Miguel Teotongo en Iztapalapa, Ciudad de México.
- Que hayan decidido de manera consciente, informada y voluntaria participar en la intervención.
- Disponibilidad para recibirnos en los horarios asignados al programa.

### 5.1.2. Exclusión

- No se considera como participante en este programa a aquellas personas con las siguientes características:

- No fungir como cuidadores.
- Personas con diagnósticos psiquiátricos descompensados.
- No tener disponibilidad en los horarios establecidos.
- Personas que estuvieran en búsqueda de psicoterapia personalizada.

### 5.1.3. Eliminación

- Abandono voluntario al programa.
- Imposibilidad de recibirnos o acudir a por lo menos el 50% de las sesiones.
- Ruptura de comunicación que impidió la continuidad del participante en el programa.

## 5.2. Procedimiento

**5.2.1. Primera etapa.** Las reuniones de apoyo se realizaron de forma semanal, con una duración aproximada de 50 minutos por sesión. En cada encuentro, se trataron temas previamente planificados y se implementaron ejercicios de relajación, mientras se monitoreaba la temperatura de los participantes en tres momentos: al comienzo, antes y después de los ejercicios. Todo lo que ocurrió durante las sesiones con cada participante fue documentado en bitácoras.

Las actividades desarrolladas en las sesiones se muestran en la tabla 1.

**Tabla 1.***Descripción de las sesiones individuales de la primera etapa*.

| **Sesión** | ***Objetivos de la sesión*** | ***Actividades realizadas*** | ***Técnicas de relajación*** |
|---|---|---|---|
| ***Primer encuentro*** | Invitar a las personas a ser participantes, siempre y cuando se dediquen al cuidado de alguien más. | Ir tocando puerta por puerta en el espacio señalado por los profesores, comentándole a las personas acerca del programa, no sin antes presentarnos como estudiantes de la licenciatura en psicología social de la UAM Iztapalapa. | No aplica |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ***Evaluación de bienestar psicosocial pre*** | Hacer rapport con las personas que aceptaron nuestra invitación, así como realizar la aplicación de distintas escalas para evaluar su nivel de bienestar y sobrecarga | 1. EBS-8<br>2. SPHS<br>3. MSPSS<br>4. GAD-7<br>5. Escala de soledad de 3 ítems<br>6. PHQ-9<br>7. Sobrecarga del cuidador de Zarit | No aplica |
| ***El papel del cuidador y su importancia.*** | Que el cuidador pudiera reconocerse y nombrarse como tal, así como hacer consciente la importancia de las actividades que realiza. | Mediante diversas preguntas se llevó a las personas a plantearse cuál es la importancia de sus actividades y porque debe cuidarse también a sí mismo. | Respiración diafragmática |
| ***Ejercicios de control de la activación*** | Aplicar ejercicios de control de activación.<br><br>Conocer cómo había sido su primera semana después de la primera sesión. | Se aplicaron ejercicios de control de activación como respiraciones, al igual que preguntas para saber su nivel de tensión. | Respiración diafragmática |
| ***Organización del tiempo*** | Que la persona sea capaz de visualizar la gran cantidad de actividades que realiza en su día y el poco tiempo que se dedica a sí misma. | Se realizó una actividad llamada “Ruleta del tiempo” la cual consistía en una rueda dividida en 16 partes que simulaban las horas del día que se supondría se mantienen actividad realizando algo en específico, observando que muchas veces sus días duraban más de 24 hrs. | Relajación muscular pasiva. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ***Límites a la persona dependiente*** | Aprender a establecer límites a su familiar dependiente de manera asertiva, aprendiendo a decir no a las peticiones que le causan incomodidad o malestar y priorice sus necesidades. | Se realizo una actividad llamada “El semáforo” en ella la persona escribiría aquellas cosas que no permite de ninguna manera (color rojo), las cosas que permitimos con alguna restricción (en amarillo), y las cosas que son acordadas conscientemente (en verde). Esto para que lograran identificar lo que les causa malestar y lo que pueden hacer sin ningún problema. Además, se entregó una infografía sobre asertividad. | Imaginaria guiada. |
| ***Solicitud de ayuda y apoyo*** | Aprender a delegar actividades del cuidado para tener tiempo ellas mismas, así como reconocer las personas con las que puede contar. | Con ayuda de una actividad llamada “Fortaleciendo redes de apoyo” en ella se colocaron recuadros para que el CPI pusiera los nombres de las personas con las que contaba, para después entrelazarlos y con apoyo de una infografía explicar la importancia de sentirse apoyado y de contar con una red de apoyo confiable. | Imaginaria guiada. |
| ***Evaluación de bienestar psicosocial post*** | Aplicar nuevamente las escalas a los participantes que cumplían con al menos 5 sesiones, para evaluar el efecto y la evolución que había tenido la intervención. | 1. EBS-8<br>2. SPHS<br>3. MSPSS<br>4. GAD-7<br>5. Escala de soledad de 3 ítems<br>6. PHQ-9<br>7. Sobrecarga del cuidador de Zarit | No aplica |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ***Evaluación final y sesión grupal.*** | Identificar que hay más personas en su situación y a su vez que se sientan acompañados por un grupo más grande, así como escuchar sus opiniones respecto al proyecto. | Se presentó el programa, se realizaron actividades de activación física e integración, se mostró un video con las fotografías tomadas durante las sesiones, se escucharon los testimonios de los/las participantes y finalmente se realizó un pequeño convivio. | Imaginaria guiada. |

### 5.2.2. Segunda etapa (individual)

Las reuniones de apoyo se realizaron de forma semanal en el domicilio de cada participante, todos en la colonia San Miguel Teotongo, con una duración aproximada de 50 minutos por sesión. En cada encuentro, se trataron temas previamente planificados, así como cuatro ejercicios de escritura emocional autorreflexiva y se implementaron técnicas de mindfulness, como el escaneo corporal, DROP, compasión por uno mismo y por los demás, respiración con atención plena, entre otras. Todo lo que ocurrió durante las sesiones con cada participante fue documentado en bitácoras semanales.

Las actividades desarrolladas en las sesiones se muestran en la *tabla 2.*

| **Sesión** | ***Objetivos de la sesión*** | ***Actividades realizadas*** | ***Técnicas de relajación*** |
|---|---|---|---|
| ***Reencuentro y evaluación de bienestar psicosocial pre*** | Conocer cómo fueron estos días sin encontrarnos y todo lo que había sucedido que pudiera afectar el trabajo, así como realizar la aplicación de distintas escalas para evaluar su nivel de bienestar, su malestar psicológico, atención plena y afecto positivo y negativo, en un solo caso particular se utilizó el PHQ-9. | (EBS-8) (APAN-M) (K-10) (MAAS) (PHQ-9). | No aplica |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ***2da parte de la evaluación de bienestar psicosocial pre*** | Continuar y finalizar la aplicación de distintas escalas para evaluar su nivel de bienestar, su malestar psicológico, atención plena y afecto positivo y negativo, en un solo caso particular se utilizó el PHQ-9. | (EBS-8)<br>(APAN-M)<br>(K-10)<br>(MAAS)<br>(PHQ-9) | No aplica |
| ***Redograma y ejercicio de controlabilidad con el péndulo*** | Que los y las CPI reconocieran que existen cosas que pueden controlar y predecir y otras que no.<br><br>Conocer las personas que tiene a su alrededor y la fuerza de los vínculos que mantiene con ellos/as. | Redograma<br><br>Péndulo | Técnica DROP<br><br>Respiración Diafragmática CPI 4 |
| ***Ejercicio A Escritura Emocional Autorreflexiva*** | Conocer el momento más doloroso de su vida, así como el impacto que tuvo para él/ella.<br><br>Que se reconozcan y validen las emociones vividas. | Hojas blancas para escribir<br><br>Actividad de gestión del tiempo CPI 4 | Técnica DROP<br><br>Respiración Diafragmática CPI 4 |
| ***Ejercicio B Escritura Emocional Autorreflexiva. Tema adecuado a cada CPI*** | Continuar explorando el momento más doloroso de su vida, pero esta vez desde la perspectiva de una tercera persona. | Hojas blancas<br><br>Infografías de duelo.<br><br>Actividad de límites con la CPI 4 y aplicación de ejercicio A | Escaneo corporal Imaginería guiada CPI 4 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ***Ejercicio C Escritura Emocional Autorreflexiva*** | Que él/ la participante integrará a su expresión emocional una lista de palabras. | Lista de palabras<br>Hojas blancas para escribir<br>Aplicación de ejercicio B CPI 4 | No aplico por tiempo.<br>. |
| ***Ejercicio D Escritura Emocional Autorreflexiva*** | Con una nueva lista de palabras dar cierre a ese momento traumático<br>Reconocer las herramientas con las que sobrellevó esa situación.<br>Reconocer las habilidades que obtuvo. | Lista de palabras<br>Hojas blancas para escribir.<br>Ejercicio C CPI 4 | Compasión por uno mismo y por los demás |
| ***Evaluación de bienestar psicosocial post*** | Aplicar nuevamente las escalas a los participantes que cumplían con al menos 4 sesiones, para evaluar el efecto y la evolución que había tenido la intervención. | (EBS-8)<br>(APAN-M)<br>(K-10)<br>(MAAS)<br>(PHQ-9) | Compasión por uno mismo y por los demás. |
| ***Evaluación final y sesión grupal.*** | Identificar que hay más personas en su situación y a su vez que se sientan acompañados por un grupo más grande, así como escuchar sus opiniones respecto al proyecto. | Se presentó el programa, se realizaron actividades de activación física e integración. Se mostró un video con las fotografías tomadas durante las sesiones. Se escucharon los testimonios delos/las participantes y | Compasión por uno mismo y por los demás. |

| | | |
|---|---|---|
| | | finalmente se realizó un pequeño convivio. |

**5.2.3. Tercera etapa.**

Durante esta fase se fomenta el inicio de un grupo organizado en el museo de San Miguel Teotongo, en casos extraordinarios donde las personas no podían asistir al grupo y tampoco se consideraba que estuvieran listas para dejar de recibir la atención, aún se realizaron las visitas en su domicilio. Las reuniones de apoyo se realizaron de forma semanal en el domicilio de cada participante para las sesiones individuales, y en el museo de San Miguel Teotongo para las sesiones grupales, en el caso de las sesiones individuales su duración fue de 50 minutos, mientras que en la grupal fueron aproximadamente 90 minutos de sesión.

Todos los temas tratados fueron previamente preparados y estudiados por las y los facilitadores encargados de cada sesión, lo trabajado fue reportado en bitácoras grupales semanales e individuales según el caso. Todo lo trabajado de forma grupal se muestra en la tabla 3, se decidió trabajar los mismos temas que en las sesiones grupales en las visitas individuales.

***Tabla 3.*** *Descripción de las sesiones de la tercera etapa.*

| *Nombre de la sesión* | *Objetivos de la sesión* | *Actividades realizadas* | *Técnicas de relajación* |
|---|---|---|---|
| *Integración* | Fomentar la confianza grupal, la apertura al diálogo y el conocimiento mutuo entre participantes. | -La papa caliente<br>-Árbol de problemas | No aplica |
| *Emociones* | Identificar y validar emociones personales, reconocer su función y fomentar la expresión emocional. | -Activación física.<br>-Explicación del tema.<br>-Reconocer en que parte del cuerpo | Relajación muscular pasiva |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | siento alguna emoción por medio de un dibujo y colorear. | |
| *Ciclo del estrés* | Comprender el ciclo del estrés y cómo afecta en el rol de cuidado. Reconocer señales de estrés y estrategias para su manejo. | -Activación física.<br>-Explicación del tema.<br>-Escribir en una escalera autonómica, qué es algo que los estresa, que puedo hacer para regularlo y qué hace que se mantenga o aumente el estrés. | Atención plena |
| *Comunicación asertiva* | Promover la conciencia sobre cómo nos comunicamos en situaciones de tensión y fortalecer habilidades para expresar necesidades, emociones y límites de forma clara y respetuosa | -Activación física.<br>-Explicación del tema.<br>-Analizar diferentes situaciones de la vida cotidiana por medio de papelitos. | Imaginería guiada. |
| *Duelo* | Reconocer las pérdidas significativas relacionadas al cuidado, validar el proceso de duelo y brindar un espacio seguro para compartir experiencias. | -Activación física.<br>-Explicación del tema.<br>-Roll play | Abrazo terapia |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Redes de apoyo* | Identificar y valorar las redes de apoyo disponibles. Reflexionar sobre su importancia para el bienestar del cuidador. | -Activación física.<br>-Explicación del tema.<br>-Realizar un escudo que las/los identifique. | No aplica. |
| *Relaciones sanas* | Distinguir elementos de una relación sana y no sana. Fomentar el establecimiento de límites y el autocuidado relacional. | -Activación física.<br>-Explicación del tema.<br>-En grupo por medio de unas pisadas de papel con palabras, formar un camino hasta llegar a la meta de estar en una relación sana. | -Imaginería guiada<br>-Abrazo de caracol |
| *Autocuidado* | Promover el autocuidado como práctica constante. Reflexionar sobre necesidades personales y formas de cuidarse física, emocional y social. | -Activación física<br>-Explicación del tema<br>-Bingo del autocuidado | -Técnica de mindfulness<br>-Cadena de cumplidos |
| *Whodas* | No aplica | -Aplicación del instrumento Whodas en los domicilios | No aplica |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Sesión de reflexión* | Que las y los cuidadores expresaran lo que han aprendido en el acompañamiento y sesiones grupales. | -Activación física.<br>-"Cadena de aprendizajes" | No aplica |
| *Reconocimiento* | Hacer conciencia de que para que una persona pueda estar consigo misma necesita ser reconocida emocionalmente por ella, reconocida socialmente por su trabajo y reconocer y exigir sus derechos. | -Activación física<br>-Actividad de integración "el barco se hunde".<br>-Actividad "hoy me permito"<br>-Explicación del tema.<br>-Testimonios de cuidadores.<br>-Visualización de un video.<br>-Agradecimientos<br>-Convivio | Técnica de Mindfulness |

## 6. Resultados primera etapa

### 6.1. Análisis cuantitativo

*6.1.2 Psicosociales grupales*

Se realizaron los análisis descriptivos y la evaluación de la normalidad de los datos mediante la prueba de Shapiro-Wilk utilizando el software Jamovi© (versión 2.2.6). Para aquellas variables que no siguieron una distribución normal, se aplicó la prueba de Wilcoxon. En los casos en que los datos presentaron una distribución normal, se utilizó la prueba T de Student para muestras relacionadas.

Posteriormente, se calcularon las diferencias entre las puntuaciones pre y post intervención de cada escala psicométrica, con el fin de identificar los cambios significativos atribuibles a la intervención. Finalmente, se generó un correlograma basado en el coeficiente de correlación de Spearman, empleando el software Past (versión 4.08).

*6.1.3. Análisis descriptivo.*

Medidas psicosociales de malestar

Al inicio del programa, el 41.6% de los participantes reportó sintomatología ansiosa. Mientras que, el 39.5% percibió sentimientos de soledad. Además, el 64.5% de los CPI reportaron niveles de leves a severos de sintomatología depresiva: 22.9% presentaron sintomatología leve, 20.8% contó con sintomatología moderada, 14.5% indicó sintomatología moderada a grave y finalmente el 6.25% reveló sintomatología grave. Por su parte, el 16.6% de los participantes manifestó sobrecarga del cuidador leve y otro 15.9% de la muestra reportó niveles elevados de sobrecarga del cuidador.

Medidas psicosociales de salud y bienestar.

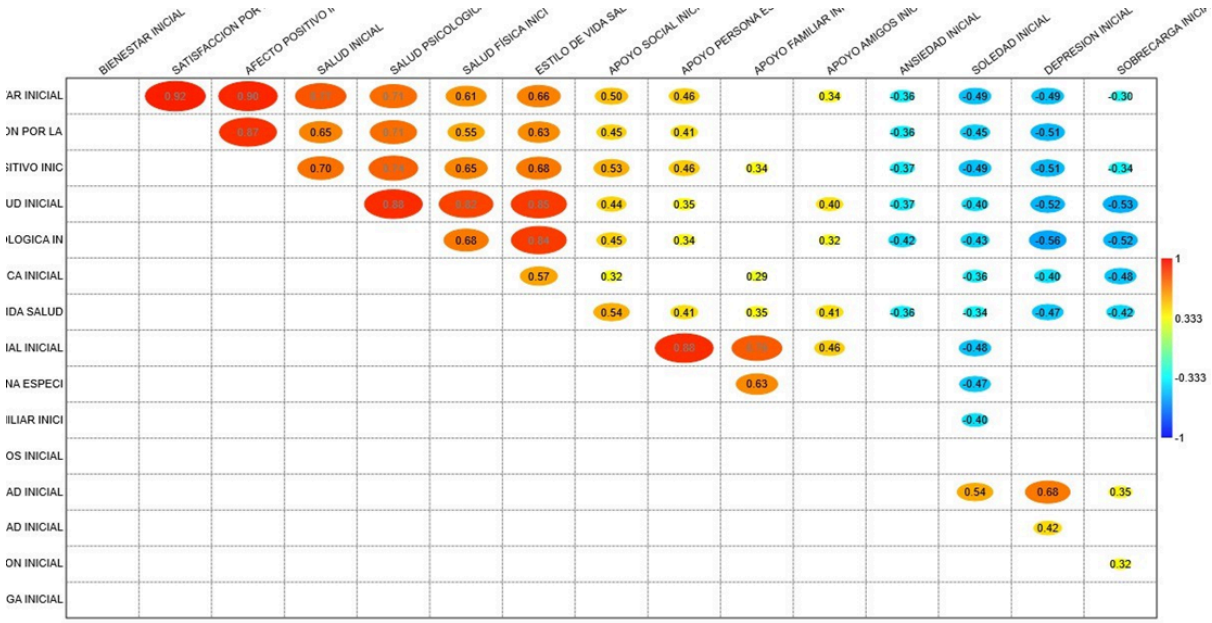
Se observó que la puntuación media del **bienestar** de los CPI (3.74 ± 1.58) significativamente menor a la reportada por Calleja y Mason (2020) (5.41 ± 1.41) (t = -7.55, (50), $p < 0.001$, d = -1.06).

Por otra parte, la **salud autopercibida** de los CPI (3.34 ± 1.48) se encontró levemente por debajo de la reportada por Tinajero, et al. (2023) (3.98 ± 1.07) (t= -3.06, (50), $p = 0.004$, d= 0.429). En particular, el puntaje de salud física autopercibida de los participantes (3.66 ± 1.72) fue similar a la de la población general (3.49 ± 1.32) (t = 0.712, (50), $p = 0.480$, d = 0.0997) (Tinajero, et al. 2023).

*3.3. Análisis correlacional*

El puntaje sobrecarga se asoció levemente con la sintomatología ansiosa y depresiva; además, se vinculó inversamente con las puntuaciones de afecto positivo y la salud autopercibida. Por otra parte, el bienestar subjetivo de los CPI se correlacionó con la salud autopercibida, y levemente con los niveles de apoyo social; en particular, con el apoyo de amigos y personas especiales, mas no de la familia (véase la Figura 1).

*Figura 1. Correlograma de variables*




*6.1.4. Efecto del acompañamiento psicosocial sobre el malestar y el bienestar del CPI.*

El análisis de los resultados indica que la intervención tuvo un efecto positivo en algunas de las dimensiones evaluadas como la depresión, la soledad y la sobrecarga del cuidador. Las reducciones en estas áreas sugieren que la intervención fue beneficiosa en aliviar el malestar emocional y mejorar la experiencia de los CPI participantes, aunque los tamaños del efecto fueron moderados.

Por otro lado, en variables como bienestar, satisfacción por la vida y afecto positivo, no se alcanzaron diferencias significativas. Sin embargo, la tendencia a mejoras en estas áreas podría indicar que, aunque los resultados no fueron estadísticamente significativos, los participantes mostraron señales de progreso. En resumen, los resultados arrojan un impacto positivo, especialmente en la sobrecarga del cuidador, aunque en algunas áreas clave como el bienestar todavía se necesita atención para lograr mejoras significativas (véase tabla 4).

***Tabla 4***. *Efecto de la intervención sobre la salud, el bienestar y el funcionamiento psicosocial en los CPI.*

| ***MEDIDA*** | ***Pre*** | ***Post*** | ***Estadístico*** | ***p*** | ***Tamaño del Efecto*** |
|---|---|---|---|---|---|
| *Bienestar* | 31.8 (9.74) | 34.8 (11.04) | T = 2.65 (35) | **0.012** | 0.442 |
| *Satisfacción por la vida* | 16.3 (5.17) | 17.3 (5.54) | T = 1.62 (35) | 0.115 | 0.270 |
| *Afecto positivo* | 16.3 (5.10) | 17.5 (5.67) | T = 1.90 (35) | 0.066 | 0.316 |
| *Salud* | 42.5 (15.8) | 44.2 (14.2) | T = 0.911 (35) | 0.369 | 0.152 |
| *Salud psicológica* | 14.6 (5.77) | 14.8 (5.66) | T = 0.305 (35) | 0.762 | 0.0508 |
| *Salud física* | 15.1 (6.41) | 15.1 (6.61) | W = 174 | 0.726 | -0.0794 |
| *Estilo de vida saludable* | 14.0 (5.76) | 14.9 (5.19) | T = 0.935 (35) | 0.356 | 0.156 |
| *Apoyo Social* | 41.7 (12.2) | 42.1 (12.3) | W = 290 | 0.416 | 0.169 |
| *Persona Especial* | 18.6 (6.29) | 19.0 (6.61) | W = 157 | 0.329 | 0.241 |

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

*6.1.5. Efectos de las técnicas de relajación sobre la temperatura de la piel.*

Cada sesión muestra los valores promedio de temperatura antes (pre) y después (post) de la intervención. Se aplicaron pruebas estadísticas para evaluar la diferencia entre estas temperaturas, utilizando tanto la prueba W de Wilcoxon como la prueba T de Student dependiendo si los resultados eran normales o no. Los valores p obtenidos indican, particularmente en las sesiones 5 (p = 0.028) y 6 (p = 0.023) que los cambios en la temperatura corporal fueron estadísticamente significativos. Esto sugiere que las técnicas de relajación son efectivas en la modulación de la temperatura corporal como se observa en la tabla 5.

***Tabla 5.*** *Pre y post de la temperatura de los CPI registrada en cada sesión.*

| ***Sesión*** | ***Pre*** | ***Post*** | ***Estadístico*** | ***p*** | ***Tamaño del Efecto*** |
|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ***Sesión 1*** | 32.4 (2.35) | 32.9 (2.05) | W = 169 | 0.065 | 0.463 |
| ***Sesión 2*** | 32.6 (2.32) | 33.0 (3.09) | W = 309 | 0.239 | 0.244 |
| ***Sesión 3*** | 32.7 (1.87) | 32.8 (1.93) | W = 318 | 0.739 | 0.0672 |
| ***Sesión 4*** | 32.4 (1.75) | 32.9 (1.87) | W = 373 | 0.102 | 0.328 |
| ***Sesión 5*** | 32.3 (1.74) | 32.6 (1.90) | T = 2.31 (30) | **0.028** | 0.414 |
| ***Sesión 6*** | 32.5 (1.73) | 32.8 (1.83) | T = 2.38 (36) | **0.023** | 0.391 |
| ***Sesión 7*** | 32.7 (1.83) | 32.9 (1.94) | T = 1.02 (34) | **0.316** | 0.172 |
| ***Sesión 8*** | 33.1 (1.98) | 33.2 (2.13) | W = 274 | **0.399** | 0.178 |
| ***Sesión 9*** | 33.1 (1.65) | 33.2 (1.57) | T = 0.760 (18) | **0.457** | 0.174 |

**Análisis de caso**

**CPI 1:** VG.

Cincuenta y dos años, padece de artritis reumatoide y se dedica al cuidado de su mamá, quien padece de diabetes, hipertensión y no le funciona la parte derecha del cerebro. Hace aproximadamente tres años que es cuidadora primaria y lo hace en casa de su mamá de lunes a viernes, los fines de semana se encarga su hermana con la cual tiene una relación conflictiva por temas de cuidado, Violeta tiene dos hijos que son su más grande apoyo, pero ya no viven con ella porque se independizaron. Durante el proyecto fue muy constante, comprometida y participativa, solo faltó a una sesión por temas personales y a la reunión grupal no pudo asistir.

**CPI 2:** JR.

Cincuenta años, cuida de su mamá con insuficiencia renal desde hace cinco años, la mamá también es autocuidadora y no solo tiene a Juan, sino también a sus demás hijos e hijas, actualmente en su casa viven cuatro personas, y quien se encarga mayormente del cuidado en Juan, los demás miembros trabajan de manera remunerada o viven en otro lado, Juan es muy unido a la unión de colonos, él cuenta que estuvo desde que se fundó la colonia e incluso trabajó muchos años en la construcción, haciendo varios proyectos en la comunidad. En cuanto al proyecto asistió a todas las sesiones individuales y también a la grupal, fue muy comprometido.

*4.1 Cambio Clínico Observable (CCO) de los cuidadores primarios a lo que se aplicó el Post*

***Tabla 6.*** *CCO del cuidador 1*

| *CPI 1* | ***Pre*** | ***Post*** | *CCO* |
|---|---|---|---|
| ***Bienestar*** | *12* | *8* | *-0.33* |
| *- Satisfacción por la vida* | *4* | *4* | *0.25* |
| *- Afecto positivo* | *8* | *4* | *-0.5* |
| ***Salud*** | *34* | *35* | *-0.029* |
| *- Salud psicológica* | *8* | *5* | *-0.375* |
| *- Salud física* | *14* | *13* | *-0.071* |
| *-Estilo de vida saludable* | *12* | *17* | *0.41* |
| ***Apoyo Social*** | *60* | *58* | *-0.033* |
| *- Persona Especial* | *25* | *25* | *0* |
| *- Apoyo Familiar* | *20* | *20* | *0* |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *- Apoyo Amigos* | *15* | *13* | *-0.133* |
| ***Ansiedad*** | *8* | *12* | *0.5* |
| ***Soledad*** | *9* | *9* | *0* |
| ***Depresión*** | *18* | *9* | *-0.5* |
| ***Sobrecarga del cuidador*** | *36* | *21* | *-0.416* |

***Tabla 5.*** *CCO del cuidador 2*

| *CPI 2* | ***Pre*** | ***Post*** | *CCO* |
|---|---|---|---|
| ***Bienestar*** | *33* | *22* | *-0.33* |
| *- Satisfacción por la vida* | *15* | *8* | *-0.46* |
| *- Afecto positivo* | *18* | *14* | *-0.22* |
| ***Salud*** | *45* | *38* | *-0.155* |
| *- Salud psicológica* | *14* | *11* | *-0.214* |
| *- Salud física* | *19* | *19* | *0* |
| *- Estilo de vida saludable* | *12* | *8* | *-0.33* |
| ***Apoyo Social*** | *28* | *41* | *0.464* |
| *- Persona Especial* | *8* | *17* | *1.125* |
| *- Apoyo Familiar* | *14* | *17* | *0.214* |
| *- Apoyo Amigos* | *6* | *7* | *0.166* |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ***Ansiedad*** | *20* | *5* | *-0.75* |
| ***Soledad*** | *8* | *6* | *0* |
| ***Depresión*** | *6* | *1* | *-0.83* |
| ***Sobrecarga del cuidador*** | *42* | *36* | *-0.142* |

***Tabla 7.*** *CCO del cuidador 3*

| CPI 3 | **Pre** | **Post** | CCO |
|---|---|---|---|
| **Bienestar** | 38 | 40 | 0.052 |
| - *Satisfacción por la vida* | 19 | 19 | 0 |
| - *Afecto positivo* | 19 | 21 | 0.105 |
| **Salud** | 62 | 43 | -0.306 |
| - *Salud psicológica* | 22 | 19 | -0.136 |
| - *Salud física* | 21 | 13 | -0.380 |
| - *Estilo de vida saludable* | 19 | 11 | -0.421 |
| **Apoyo Social** | 53 | 52 | -0.018 |
| - *Persona Especial* | 25 | 25 | 0 |
| - *Apoyo Familiar* | 20 | 20 | 0 |
| - *Apoyo Amigos* | 8 | 7 | -0.125 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Ansiedad** | 6 | 10 | 0.666 |
| **Soledad** | 4 | 5 | 0.25 |
| **Depresión** | 2 | 8 | 3 |
| **Sobrecarga del cuidador** | 18 | 22 | 0.222 |

**6. 2. Análisis cualitativo**

Para este análisis se utilizó el software de atlas.ti, en el cual se analizaron las bitácoras de cada sesión individual con las y los cuidadores, enfocándonos principalmente en el discurso que transmitían y el contexto social en el que se encontraban, se codificaron los casos de los cuidadores VG y JR, donde se utilizaron un total de 17 códigos, los resultados fueron los siguientes:

*Tabla 8. De Códigos y enraizamientos de la etapa uno individual.*

| *Dimensión* | *Códigos* | *Descripción* | *Enraizamiento* |
|---|---|---|---|
| *Conducta y Cognición Social* | ***001_Asertividad*** | Se refiere a comunicación directa y en pro de los derechos de la persona, sin afectar los intereses de los demás. | 13 |
| | ***002_Prosocial*** | Se refiere a las acciones encaminadas a integrarse a la comunidad de manera activa y en busca del desarrollo contextual. | 10 |
| | ***003_Empatía*** | Se refiere a entender de la mejor manera posible las situaciones por las que está pasando alguien más. | 6 |

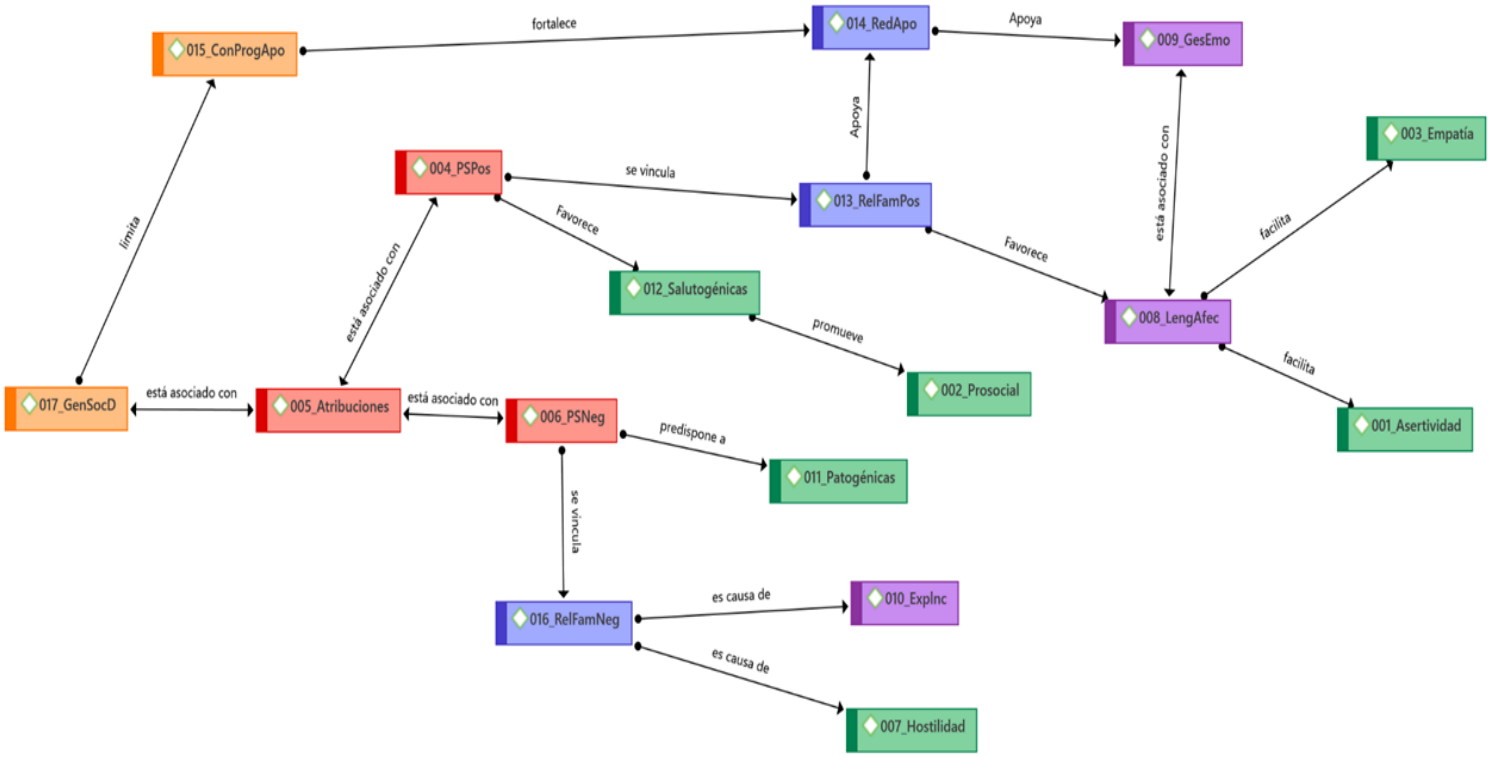
| | | | |
|---|---|---|---|
| | ***004_PSPos*** | Se refiere a la percepción favorable del entorno y de la importancia de este. | 11 |
| | ***005_Atribuciones*** | Se refiere a las atribuciones desde el punto de vista de la persona. | 16 |
| | ***006_PSNeg*** | Se refiere a la percepción desfavorable del entorno, puede percibirse amenazador, limitante e incluso peligroso. | 22 |
| | ***007_Hostilidad*** | Se refiere a los sentimientos de agresividad velada que se observan en conductas o acciones sobre otros. | 15 |
| *Expresión Emocional* | ***008_LengAfec*** | Se refiere al lenguaje cálido y empático al comunicar información propia y de otros. | 6 |
| | ***009_GesEmo*** | Gestión emocional, es decir, identificación, procesamiento y expresión de las emociones | 2 |
| | ***010_Explnc*** | Expresión incongruente, una deficiente gestión emocional, que va desde la baja identificación, procesamiento inconsciente y/o expresión inadecuada de las emociones. | 24 |
| *Conductas de Riesgo y Protección para la Salud* | ***011_Patogénicas*** | Se refiere a conductas que generan malestar físico y emocional. Uso de sustancias, | 28 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | autolesiones, negligencia, violencia, sedentarismo. | |
| | ***012_Salutogénicas*** | Se refiere a conductas que promueven un bienestar físico y emocional. Actividad física, alimentación adecuada, búsqueda de apoyo profesional etc. | 15 |
| *Ambiente Psicosocial* | ***013_RealFamPos*** | Relaciones Familiares Positivas. Se refiere al establecimiento de relaciones familiares fuertes, flexibles, sanas, de cuidado y desarrollo. | 10 |
| | ***014_RedApo*** | Redes de apoyo. Redes fuera de la familia. | 12 |
| | ***015_ConProgApo*** | Conocimiento de programas de apoyo. Participación en programas sociales. | 4 |
| | ***016_RealFamNeg*** | Relaciones Familiares Negativas. Se refiere al deterioro de las relaciones familiares, violencia, maltrato, negligencia, etc. | 11 |
| | ***017_GenSocD*** | Generadores Sociales de Deterioro. Condiciones del contexto comunitario que propician el deterioro. Violencia, pobreza, servicios urbanos, educación. | 2 |

En esta primera tabla podemos notar que se utilizó mucho el código 010 y 011 que corresponden a conductas de riesgo, acompañado de una inadecuada expresión emocional,

por los mismo usando cada dimensión de la tabla se hizo un red para poder darle una explicación al contexto social de los CPI, y los resultados son los siguientes:

*Modelo-Relación de categorías. Resultado del análisis de las bitácoras individuales de la etapa 1.*




Lo que podemos observar en la red parte de un problema social-estructural, hay un deterioro por parte de la sociedad, de la comunidad ya que enfrentan más obstáculos que una persona promedio, el hecho de ser CPI ya los coloca en una realidad diferente, en el que su percepción del entorno se ve influenciada por diferentes factores. Por un lado, si se percibe de manera negativa el entorno donde habitas, predispone a que existan conductas de riesgo, porque no hay un cuidado propio, si lo vinculamos con entorno familiar hostil genera en los CPI una inadecuada expresión emocional, además de estar siempre a la defensiva.

Por otro lado si se percibe de manera positiva el entorno favorece a conductas más sanas, en las que aunque son cuidadores primarios, se protegen, de cuidan para poder cuidar mejor, eso promueve a que una persona sea prosocial, si lo vinculamos con lazos familiares positivos encontramos que favorece en lenguaje afectivo, osea que sean más empáticos, asertivos y esto está asociado con una adecuada gestión emocional.

Finalmente, que los generadores de deterioro social, como violencia en la comunidad, que no haya servicios esenciales, que incluso la geografía de la comunidad dificulte la movilidad limita el conocimiento de programas de apoyo, pero, si se llegan a conocer favorece las redes de apoyo, que son todas aquellas externas a la familia y esto también genera bienestar, porque está asociado con una adecuada gestión emocional.

*Nube de palabras de las bitácoras individuales en la etapa 1.*




La palabra más usada en esta primera etapa fue “mamá” ya que en su mayoría es la persona dependiente y lo que más quieres es estar ahí para ella, por eso alrededor de mamá hay palabras como apoyo, tiempo, cuidar, familia y claro tiempo, ya que tienen años siendo cuidadores primarios y también quieren estar con sus familiares mucho tiempo más, por eso es que a partir de esto empezaron a cuidarse más, aprendiendo sobre límites, asertividad, gestión de tiempo y sobre todo identificar esas conductas de riesgo que les desgastan.

**6.3. Discusión primera etapa.**

Al final del análisis de estas primeras diez sesiones se pudieron observar porcentajes altos obtenidos en el pre de escalas como: depresión, ansiedad, sobrecarga del cuidador y percepción de soledad.

Por otra parte, el análisis arrojó cambios significativos en el post de escalas como bienestar subjetivo y salud autopercibida. Se pudieron comprobar los retos que los CPI enfrentan entre ellos, la falta de habilidades asertivas y las consecuencias que esto tiene en la vida de los participantes, pues no se han podido establecer límites ni formas de comunicación saludables.

Hoy saben que los límites son esenciales para proteger su bienestar y mantener los cuidados de manera equilibrada, delegando actividades, solicitando apoyo cuando este les es necesario. En segundo lugar se evidenciaron las creencias limitantes en el rol familiar, esto debido a que el asumir que el cuidado debe recaer exclusivamente en una persona tiene consecuencias como las observadas en el análisis de las escalas como altos niveles de depresión, de ansiedad y de sobrecarga.

Por otro lado, se ha logrado una tendencia a la mejora en los CPI respecto a sus relaciones familiares y la visión de la importancia del apoyo mutuo. Finalmente el replantearse que, el solicitar apoyo no implica debilidad, sino una forma de construir vínculos sanos y sostenibles a lo largo del tiempo, a diferencia de cuando se inició el proyecto en donde los CPI no eran capaces de identificar una red de apoyo sólida. Lo anterior contribuye al desarrollo de estrés crónico, agotamiento emocional, así como los lleva al aislamiento.

Respecto a las técnicas de relajación es importante destacar que, aunque solo en la quinta y sexta sesión fueron significativas, no significa que las técnicas no hayan tenido algún efecto en los participantes. El hecho de que se hayan observado cambios en la temperatura de la piel sugiere que las técnicas están influyendo en la activación del sistema parasimpático, responsable de la reducción del ritmo cardíaco. Esto coincide con los estudios anteriores que vinculan las técnicas de relajación con la reducción de la respuesta al estrés.

Existieron diferentes limitaciones para este estudio, entre ellas, la falta de significancia en la sesiones, esto puede deberse a estímulos externos que no fue posible controlar como los distractores en el ambiente, a su vez, la constancia con la que cada uno de las y los participantes práctico por su parte cada una de las técnicas. Lo que sugiere que la respuesta fisiológica a las técnicas puede variar considerablemente entre los participantes, el

contexto de cada una de las sesiones y la frecuencia con las que recibieron las sesiones programadas, ya que, las citas médicas, los viajes imprevistos o los compromisos personales les impedian a los CPI participar semana con semana.

En esta etapa, el análisis también mostró una alta presencia de códigos como “011_Patogénicas”, “010_ExpInc”, “006_PSNeg”, “007_Hostilidad” y “016_RelFamNeg”, lo cual refleja un fuerte impacto psicoemocional negativo en los cuidadores. Aparecen síntomas de sobrecarga, malestar físico, somatización y sentimientos de aislamiento. Las relaciones familiares se percibían como tensas o poco funcionales. La expresión emocional era limitada y, muchas veces, reemplazada por actitudes defensivas o incluso agresivas.

### 6.4. Conclusiones primera etapa

Durante los primeros tres meses, la intervención permitió visibilizar la carga emocional acumulada por los cuidadores, sirviendo como una primera etapa de sensibilización y reflexión. Los hallazgos muestran que antes de cualquier avance, era necesario reconocer el malestar y el contexto adverso que experimentaban.

El programa de Intervención y Evaluación Psicosocial en Cuidadores Primarios, logró reducir algunos niveles de malestar emocional, como ansiedad y depresión, además de disminuir la sobrecarga del cuidador. No obstante, el impacto en dimensiones relacionadas con el bienestar subjetivo y la satisfacción con la vida fue limitado, lo que sugiere que los CPI aún enfrentan retos importantes en la búsqueda de una mejor calidad de vida.

Las técnicas de relajación demostraron ser una herramienta eficaz para mitigar el estrés físico y emocional de los cuidadores, como lo refleja el cambio en la temperatura corporal durante las sesiones. Esto refuerza la importancia de seguir incluyendo estrategias de manejo de estrés en programas dirigidos a los CPI. La intervención fue beneficiosa al abordar tanto las necesidades emocionales de los cuidadores, como al promover un entorno de apoyo social, ofrecer información continua en el cuidado y fomentar estrategias de autocuidado.

Estas acciones se implementaron de manera eficaz a lo largo del programa. Sin embargo, es importante continuar fortaleciendo estas áreas y darle continuidad a las intervenciones para maximizar su impacto a largo plazo. Además de seguir promoviendo redes de apoyo social más sólidas, ya que juegan un papel clave en el bienestar integral de los cuidadores.

## 6.5. Resultados segunda etapa

### 6. 5.1. *Psicosociales grupales*

Se realizaron los análisis descriptivos y la evaluación de la normalidad de los datos mediante la prueba de Shapiro-Wilk utilizando el software Jamovi© (versión 2.2.6). Para aquellas variables que no siguieron una distribución normal, se aplicó la prueba de Wilcoxon. En los casos en que los datos presentaron una distribución normal, se utilizó la prueba T de Student para muestras relacionadas.

Posteriormente, se calcularon las diferencias entre las puntuaciones pre y post intervención de cada escala psicométrica, con el fin de identificar los cambios significativos atribuibles a la intervención con una significancia > 0.05. También, se generó un correlograma basado en el coeficiente de correlación de Spearman, empleando el software Past (versión 5.03) y finalmente se realizó el análisis del CCO mediante el programa Excel.

### *6.5.2. Análisis descriptivo.*

Medidas psicosociales de malestar.

Después de aplicar las escalas de malestar psicológico, el 15.21% de los participantes reportó un nivel muy alto de malestar psicológico; el 19.5% de ellos presentó un nivel alto de malestar psicológico; el 34.7% de los participantes contaba con un grado moderado de malestar psicológico y otro 32.6% de los CPI expresó un nivel bajo de malestar psicológico.

Medidas psicosociales de salud y bienestar.

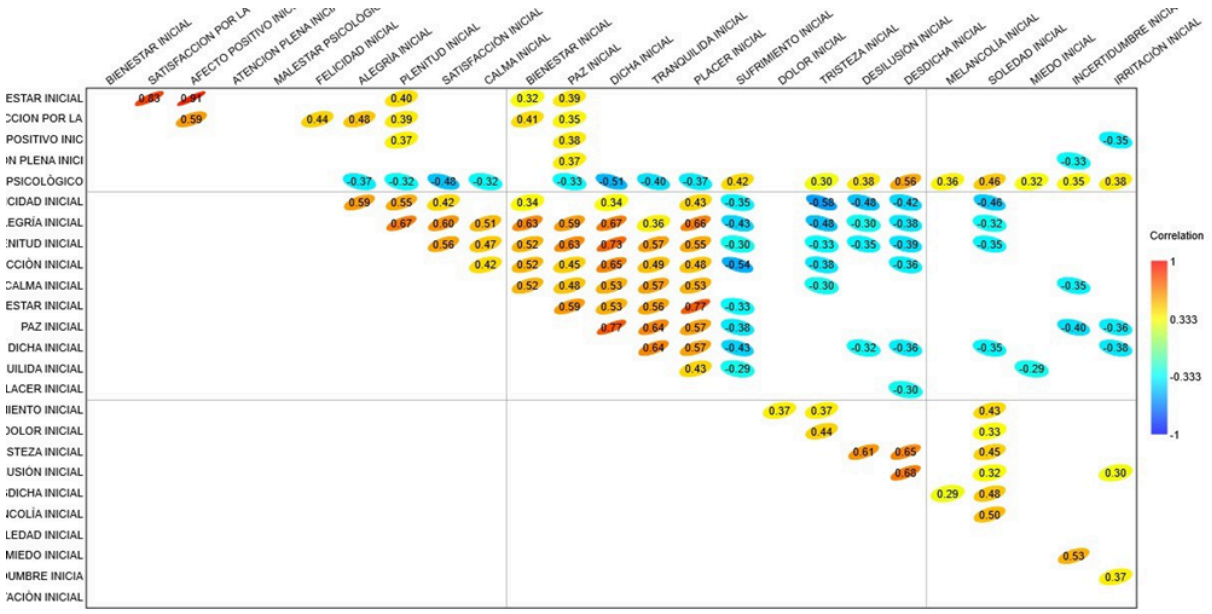
Se observó que la puntuación media del bienestar de los CPI (4.12 ± 1.31) es levemente menor a la reportada por Calleja y Manson (2020) (5.41 ± 1.41) ($T = -6.45$, (42), $p < 0.001$, $d = -0.984$). Por otra parte, la atención plena de los CPI (59.0 ± 15.1) es significativamente mayor a la reportada por López. E, et al (2014) (34.14 ± 12.21) ($T = 11.1$, (45), $p < 0.001$, $d = 1.64$). Mientras que, el malestar psicológico presentado por los CPI (20.3 ± 9.02) es mínimamente menor en la Media, pero ligeramente mayor en la DE a la reportada por Vega. M, et al (2023) (20.04 ± 6.96) ($T = 0.196$, (45), $p < 0.846$, $d = 0.0286$).

### *6.5.3. Análisis correlacional*

Las correlaciones obtenidas de las distintas variables que fueron evaluadas en esta segunda fase del programa arrojan las siguientes observaciones: el bienestar tiene una fuerte

correlación con satisfacción por la vida (0.83) y afecto positivo (0.91). En cambio el malestar psicológico tiene correlaciones negativas con variables positivas esto se refiere a que a mayores niveles de bienestar y afecto positivo menor malestar psicológico. Mientras que la atención plena se correlaciona positivamente con la variable paz y negativamente con la variable negativa irritación, lo que sugiere que a mayor atención plena habrá más paz y reducirá la irritación.

*Figura 3. Correlograma de variables.*




*6.5.4. Efecto del acompañamiento psicosocial sobre el malestar y el bienestar del CPI*

En análisis de los resultados se evaluaron las diferencias entre los valores pre y post de la intervención, junto con pruebas estadísticas para determinar los cambios que fueron observados. La intervención tuvo un impacto significativo en diferentes dimensiones; por ejemplo se observó un aumento significativo en la atención plena ($p = 0.013$) y una disminución en el malestar psicológico ($p = 0.001$), con tamaños del efecto medianos a grandes, lo que sugiere mejoras significativas en estas áreas.

Además, la plenitud ($p = 0.003$) y la calma ($p = 0.005$) también mostraron incrementos significativos, por su parte la desilusión disminuyó notablemente ($p = 0.028$). Aunque no todas las variables mostraron cambios estadísticamente significativos , estas

reducciones sugieren que la intervención fue beneficiosa en aliviar el malestar psicológico **(***véase Tabla 9).*

***Tabla 9****. Efecto de la intervención sobre la salud, el bienestar y el funcionamiento psicosocial en los CPI.*

| ***MEDIDA*** | ***Pre*** | ***Post*** | ***Estadístico*** | ***p*** | ***Tamaño del Efecto*** |
|---|---|---|---|---|---|
| *Bienestar* | 33.59 (9.78) | 35.03 (8.17) | W = 289.5 | 0.421 | 0.1673 |
| *Satisfacción por la vida* | 16.31 (5.68) | 17.38 (4.49) | W = 225.5 | 0.385 | 0.1931 |
| *Afecto positivo* | 17.28 (5.66) | 18.69 (5.45) | W = 268.0 | 0.058 | 0.4180 |
| *Atención plena* | 59.3 (14.78) | 63.3 (13.37) | T = 2.65 (30) | **0.013** | 0.476 |
| *Malestar psicológico* | 21.9 (8.51) | 9.8 (8.21) | T = -3.58 (30) | **0.001** | -0.643 |
| *Felicidad* | 3.58 (1.02) | 3.61 (1.05) | W = 37.0 | 0.745 | 0.1212 |
| *Alegría* | 3.56 (1.04) | 3.63 (0.87) | W = 32.5 | 0.627 | 0.1818 |
| *Plenitud* | 3.13 (1.04) | 3.53 (1.01) | W = 160.0 | **0.003** | 0.6842 |
| *Satisfacción* | 3.63 (1.04) | 3.50 (1.07) | W = 62.0 | 0.478 | -0.1895 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| *Calma* | 3.09 (0.92) | 3.63 (1.10) | W = 162.0 | **0.005** | 0.7053 |
| *Bienestar (2)* | 3.34 (1.26) | 3.72 (0.92) | W = 151.0 | 0.073 | 0.4381 |
| *Paz* | 3.38 (1.28) | 3.50 (1.29) | W = 78.5 | 0.595 | 0.1544 |
| *Dicha* | 3.44 (1.21) | 3.41 (1.10) | W = 33.0 | 1.000 | 0.0000 |
| *Tranquilidad* | *3.59 (1.21)* | *3.69 (0.96)* | *W = 104.5* | *0.696* | *0.1000* |
| *Placer* | *3.03 (1.25)* | *3.19 (1.20)* | *W = 102.5* | *0.447* | *0.1988* |
| *Sufrimiento* | *2.81 (1.06)* | *2.78 (0.97)* | *W = 82.5* | *0.909* | *-0.0351* |
| *Dolor* | *3.35 (1.01)* | *3.13 (1.28)* | *W = 43.0* | *0.176* | *-0.3676* |
| *Tristeza* | *3.09 (1.05)* | *3.00 (0.98)* | *W = 49.0* | *0.518* | *-0.1833* |
| *Desilución* | *2.94 (1.21)* | *2.63 (1.28)* | *W = 19.5* | ***0.028*** | *-0.6286* |
| *Desdicha* | *2.06 (1.21)* | *2.13 (1.10)* | *W = 106.0* | *0.653* | *0.1158* |
| *Melancolía* | *3.09 (0.96)* | *2.75 (1.27)* | *W = 59.0* | *0.142* | *-0.3789* |

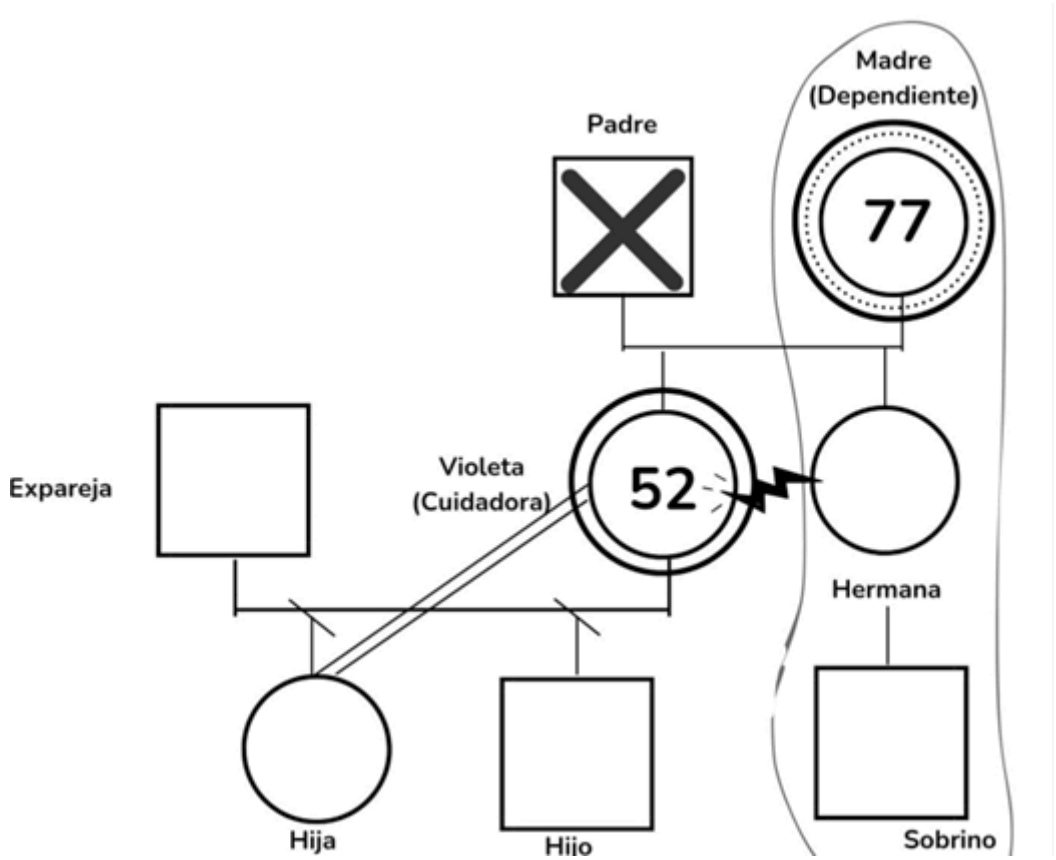
| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| *Soledad* | *2.38 (1.43)* | *2.22 (1.38)* | *W = 49.0* | *0.532* | *-0.1833* |
| *Miedo* | *2.75 (1.16)* | *2.44 (1.21)* | *W = 59.5* | *0.256* | *-0.3041* |
| *Incertidumbre* | *3.03 (1.28)* | *2.63 (1.04)* | *W = 56.0* | *0.112* | *-0.4105* |
| *Irritación* | *2.94 (1.21)* | *2.78 (1.23)* | *W = 47.0* | *0.465* | *-0.2167* |

**Análisis de caso.**

**CPI 1:** VG.

Mujer de cincuenta y dos años, padece de artritis reumatoide y se dedica al cuidado de su mamá, quien padece de diabetes, hipertensión y no le funciona la parte derecha del cerebro. Hace aproximadamente tres años que es cuidadora primaria y lo hace en casa de su mamá de lunes a viernes, los fines de semana se encarga su hermana con la cual tiene una relación conflictiva por temas de cuidado,así como de labores domésticas de las que la CPI se debe encargar sin ayuda, Violeta tiene dos hijos que son su más grande apoyo, pero ya no viven con ella porque se independizaron. Durante la segunda fase del proyecto regresó a su trabajo, por lo tanto fue menos constante, sin embargo, siguió siendo muy comprometida y participativa, completamos cuatro sesiones, por las razones ya mencionadas (Véase figura 2).

***Figura 2.*** *Familiograma CPI 1.*

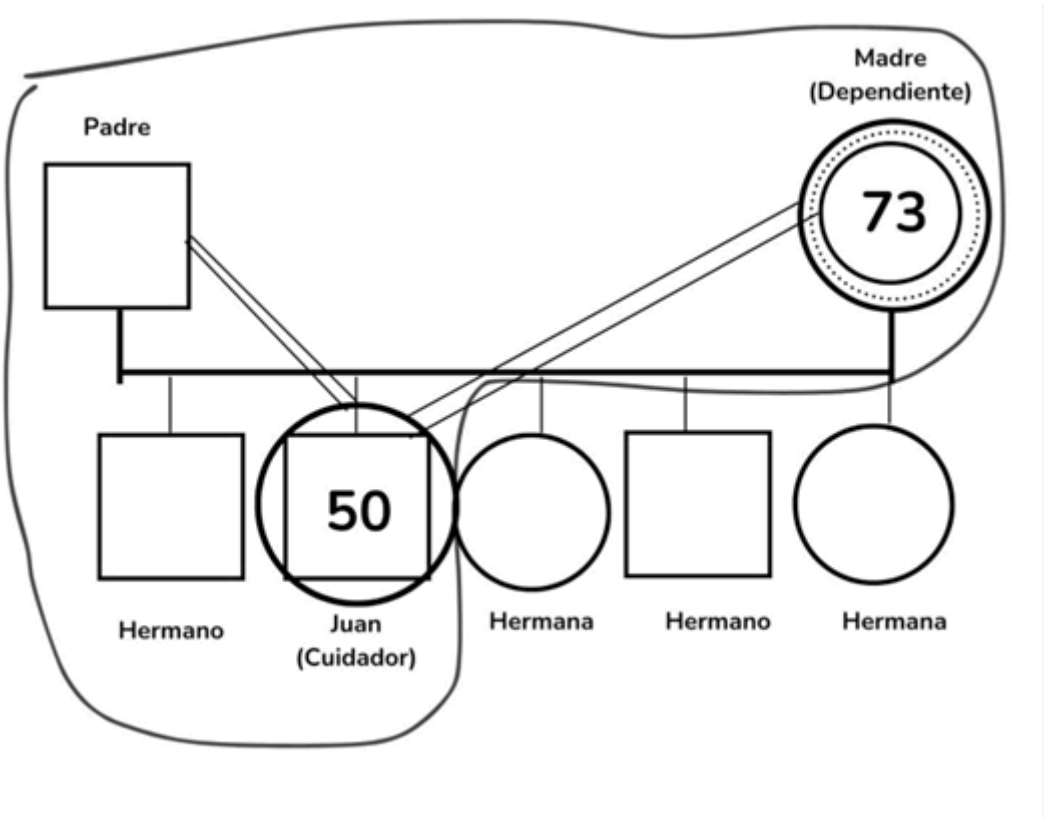



**CPI 2:** JR.

Hombre de cincuenta años, cuida de su mamá con insuficiencia renal desde hace cinco años, la mamá también es autocuidadora y no solo tiene a Juan, sino también a sus demás hijos e hijas, actualmente en su casa viven cuatro personas, y quien se encarga mayormente del cuidado en Juan, los demás miembros trabajan de manera remunerada o viven en otro lado, Juan es muy unido a la unión de colonos, él cuenta que estuvo desde que se fundó la colonia e incluso trabajó muchos años en la construcción, haciendo varios proyectos en la comunidad.

En cuanto al proyecto asistió a siete de las sesiones individuales y también a la grupal, fue muy comprometido, detectamos desde un inicio que cuenta con más factores de salud que de riesgo, por lo tanto muchos cambios fueron notables en cuanto a la expresión emocional y durante el último encuentro mencionó que también su dinámica familiar ha cambiado, se ha vuelto más expresiva y pacífica. (Véase figura 3).

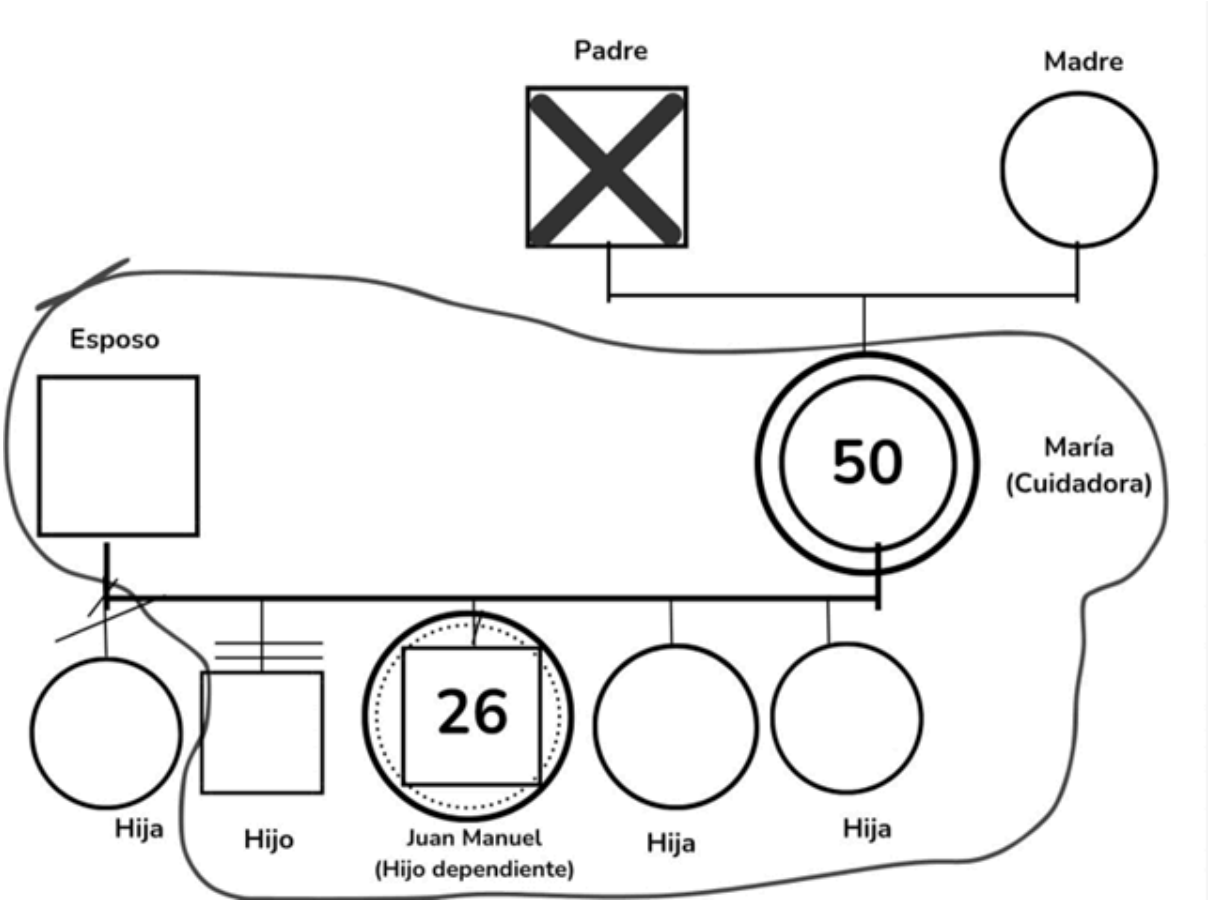
***Figura 3.*** *Familiograma CPI 2.*




**CPI 3:** MD.

Mujer de cincuenta años, cuida de su hijo de veintiséis años con autismo y un cuadro de retraso desde el nacimiento, tiene episodios de convulsiones, aunque son menos frecuentes de lo que lo eran durante la primer fase del proyecto y por ello necesita vigilancia constantemente, tiene tres hijas más, aunque sólo dos viven con ella y cursan la primaria, tiene un hijo más, aunque su relación no es buena.Todo el tema de cuidados recae en M, así como la crianza, las labores domésticas, a diferencia de la primera fase de este proyecto, la cpi ha puesto límites y se ha dedicado tiempo a ella misma, permitiendo que nos recibiera en cinco sesiones y asistiera a la reunión grupal.

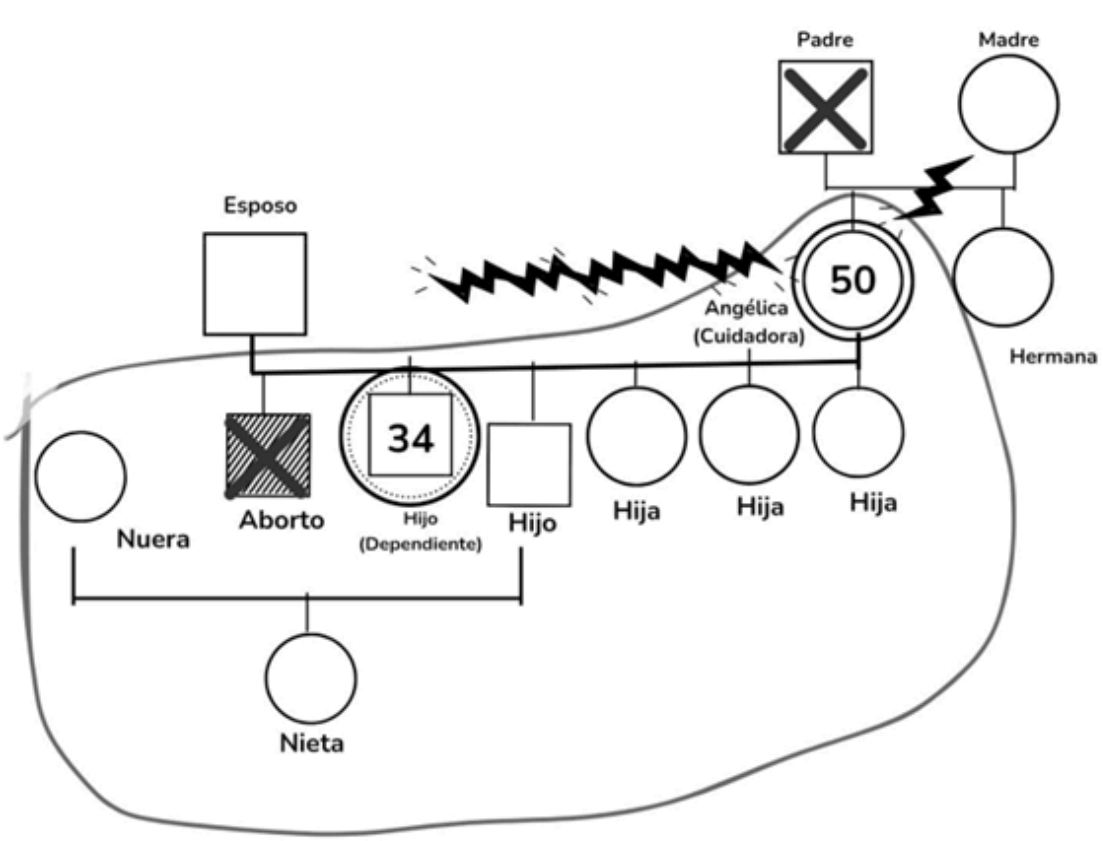
***Figura 4.*** *Familiograma CPI 3*




***CPI 4:*** *AJ.*

Mujer de cincuenta y cuatro años, se integró al proyecto en la segunda fase, cuida de su hijo de treinta y cuatro años con síndrome de down, no presentó sobrecarga dado que sus hijos la apoyan mucho en cuanto al cuidado (tres hijas y dos hijos); Angélica menciona que ya logró que el jovén alcance la independencia máxima a sus capacidades, su mayor malestar el odio y rencor que tiene hacía su madre y esposo, así como la culpa, pues su esposo la coaccionó para abortar en una ocasión, al inicio se aplicó la escala PHQ-9 la cuál arrojó que A. tenía síntomas graves depresión, con los ejercicios y actividades elaborados para su caso particular, así como la práctica de la EEA y su constancia en el entrenamiento de mindfulness, poco a poco fue evolucionando la situación y se le podía ver más descansada y alegre, además, empezó a poner límites y dedicarse a sí misma tiempo de calidad. A.  recibió las sesiones en siete ocasiones (Véase figura 4).

***Figura 5.*** *Familiograma CPI 4.*




***Cambio Clínico Observable (CCO) de los cuidadores primarios a lo que se aplicó el Post durante la segunda etapa.***

**CPI 1:** Durante esta fase, la CPI acudió a solo cuatro de las sesiones programadas, esto debido a diferentes motivos: citas médicas, problemas en el trabajo y el que posiblemente haya impactado más en los resultados, la partida de su hija (a quien considera su mayor apoyo) a otra ciudad, la despedida tuvo un impacto negativo en los afectos positivos como lo son: satisfacción, tranquilidad y paz; sin embargo los afectos negativos también disminuyeron como fue el caso de la tristeza y melancolía (*véase Tabla 10)*..

***Tabla 10****.CCO del cuidador 1*

| ***MEDIDA*** | ***Pre*** | ***Post*** | ***CCO*** |
|---|---|---|---|
| *Bienestar* | 10 | 33 | 0.696 |
| *Satisfacción por la vida* | 5 | 16 | 0.687 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Afecto positivo* | 5 | 17 | 0.705 |
| *Atención plena* | 51 | 75 | 0.32 |
| *Malestar psicológico* | 14 | 20 | 0.3 |
| *Felicidad* | 2 | 3 | 0.333 |
| *Alegría* | 1 | 3 | 0.066 |
| *Plenitud* | 2 | 3 | 0.333 |
| *Satisfacción* | 5 | 4 | -0.25* |
| *Calma* | 2 | 4 | 0.5 |
| *Bienestar (2)* | 2 | 3 | 0.333 |
| *Paz* | 4 | 2 | -1* |
| *Dicha* | 3 | 4 | 0.25 |
| *Tranquilidad* | 4 | 3 | -0.333* |
| *Placer* | 1 | 3 | 0.666 |
| *Sufrimiento* | 1 | 4 | 0.75* |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Dolor* | 5 | 5 | 0 |
| *Tristeza* | 5 | 3 | **-0.666** |
| *Desilución* | 5 | 5 | 0 |
| *Desdicha* | 2 | 3 | 0.333 |
| *Melancolía* | 5 | 4 | **-0.25** |
| *Soledad* | 5 | 5 | 0 |
| *Miedo* | 1 | 4 | 0.75* |
| *Incertidumbre* | 1 | 3 | 0.666* |
| *Irritación* | 5 | 5 | 0 |

**CPI 2:**

Durante esta segunda fase el CPI tuvo que enfrentar sus emociones desagradables, hacerlas conscientes y aceptarlas como parte de la vida, se sinceró consigo mismo, se observa que al validar estas emociones los resultados cambian y no siguen siendo tan positivos que en el pre, además que a inicio de está segunda fase, vivió el fallecimiento de una amiga; sin embargo también mostró disminuciones en los afectos negativos tal como sufrimiento, dolor y soledad (*véase Tabla 11)*.

***Tabla 11.*** *CCO del cuidador 2*

| ***MEDIDA*** | ***Pre*** | ***Post*** | ***CCO*** |
|---|---|---|---|
| *Bienestar* | 40 | 42 | 0.476 |
| *Satisfacción por la vida* | 18 | 21 | 0.142 |
| *Afecto positivo* | 22 | 21 | -0.045 * |
| *Atención plena* | 69 | 69 | 0 |
| *Malestar psicológico* | 17 | 17 | 0 |
| *Felicidad* | 4 | 4 | 0 |
| *Alegría* | 4 | 4 | 0 |
| *Plenitud* | 4 | 5 | 0.2 |
| *Satisfacción* | 5 | 5 | 0 |
| *Calma* | 4 | 4 | 0 |
| *Bienestar (2)* | 5 | 5 | 0 |
| *Paz* | 4 | 5 | 0.6 |
| *Dicha* | 5 | 5 | 0 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Tranquilidad* | 5 | 5 | 0 |
| *Placer* | 4 | 3 | -0.333* |
| *Sufrimiento* | 2 | 1 | **-1** |
| *Dolor* | 3 | 2 | **-0.5** |
| *Tristeza* | 1 | 1 | 0 |
| *Desilución* | 1 | 1 | 0 |
| *Desdicha* | 1 | 2 | 0.5* |
| *Melancolía* | 3 | 2 | **-0.5** |
| *Soledad* | 2 | 1 | **-1** |
| *Miedo* | 2 | 1 | **-1** |
| *Incertidumbre* | 2 | 2 | 0 |
| *Irritación* | 2 | 2 | 0 |

**CPI 3:**

En esta segunda fase la CPI recibió las sesiones en cinco ocasiones, en ellas, tuvo que revivir eventos dolorosos de su pasado, como la muerte de su padre,

discusiones con su esposo por el tema del cuidado; pese a eso, empezó a establecer límites y darse tiempo para ella misma, de igual manera comenzó a ordenar su casa y desechar cosas que llevaba acumulando por bastante tiempo; atribuimos a esas acciones los cambios favorables en los afectos negativos como lo son: miedo, incertidumbre, irritación y dolor *(véase Tabla 12).*

***Tabla 12.*** *CCO del cuidador 3*

| ***MEDIDA*** | ***Pre*** | ***Post*** | ***CCO*** |
|---|---|---|---|
| *Bienestar* | 43 | 44 | 0.022 |
| *Satisfacción por la vida* | 23 | 20 | -0.15 * |
| *Afecto positivo* | 20 | 24 | 0.166 |
| *Atención plena* | 41 | 64 | 0.359 |
| *Malestar psicológico* | 22 | 20 | **-0.1** |
| *Felicidad* | 5 | 5 | 0 |
| *Alegría* | 4 | 4 | 0 |
| *Plenitud* | 5 | 5 | 0 |
| *Satisfacción* | 5 | 5 | 0 |
| *Calma* | 3 | 4 | 0.25 |
| *Bienestar (2)* | 5 | 5 | 0 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Paz* | 2 | 2 | 0 |
| *Dicha* | 3 | 3 | 0 |
| *Tranquilidad* | 4 | 4 | 0 |
| *Placer* | 3 | 3 | 0 |
| *Sufrimiento* | 2 | 2 | 0 |
| *Dolor* | 2 | 1 | **-1** |
| *Tristeza* | 2 | 2 | 0 |
| *Desilución* | 2 | 2 | 0 |
| *Desdicha* | 1 | 1 | 0 |
| *Melancolía* | 3 | 2 | **-0.5** |
| *Soledad* | 1 | 1 | 0 |
| *Miedo* | 5 | 4 | -0.25 |
| *Incertidumbre* | 5 | 5 | 0 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Irritación* | 5 | 3 | **-0.666*** |

**CPI 4**

Para este caso en particular las dinámicas fueron distintas pues la participante se integró en esta segunda fase y recibió siete sesiones. La participante durante estas semanas, revivió los eventos más dolorosos de su vida, así como también, se vio obligada por sus hijos a convivir con su esposo durante un fiesta; aunque también a finales de la segunda fase se le vio muy coercionada por sus hijos para que su esposo pudiera volver a vivir en la misma casa que la participante, lo que pudo verse reflejado en la disminución de afectos positivos como es el caso de satisfacción por la vida, satisfacción, dicha y plenitud.

Pesé a ello, la intervención y actividades realizadas, además de la constancia de su práctica de las técnicas de mindfulness tuvieron efecto en aspectos como melancolía, miedo, incertidumbre, irritación y depresión, así como en aspectos no medidos como su aspecto físico y su descanso.

*Tabla 13. CCO del cuidador 1*

| ***MEDIDA*** | ***Pre*** | ***Post*** | ***CCO*** |
|---|---|---|---|
| *Bienestar* | 10 | 33 | 0.696 |
| *Satisfacción por la vida* | 5 | 16 | 0.687 |
| *Afecto positivo* | 5 | 17 | 0.705 |
| *Atención plena* | 51 | 75 | 0.32 |
| *Malestar psicológico* | 14 | 20 | 0.3 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Felicidad* | 2 | 3 | 0.333 |
| *Alegría* | 1 | 3 | 0.066 |
| *Plenitud* | 2 | 3 | 0.333 |
| *Satisfacción* | 5 | 4 | -0.25* |
| *Calma* | 2 | 4 | 0.5 |
| *Bienestar (2)* | 2 | 3 | 0.333 |
| *Paz* | 4 | 2 | -1* |
| *Dicha* | 3 | 4 | 0.25 |
| *Tranquilidad* | 4 | 3 | -0.333* |
| *Placer* | 1 | 3 | 0.666 |
| *Sufrimiento* | 1 | 4 | 0.75* |
| *Dolor* | 5 | 5 | 0 |
| *Tristeza* | 5 | 3 | **-0.666** |
| *Desilución* | 5 | 5 | 0 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Desdicha* | 2 | 3 | 0.333 |
| *Melancolía* | 5 | 4 | **-0.25** |
| *Soledad* | 5 | 5 | 0 |
| *Miedo* | 1 | 4 | 0.75* |
| *Incertidumbre* | 1 | 3 | 0.666* |
| *Irritación* | 5 | 5 | 0 |

**CPI 2:**

Durante esta segunda fase el CPI tuvo que enfrentar sus emociones desagradables, hacerlas conscientes y aceptarlas como parte de la vida, se sinceró consigo mismo, se observa que al validar estas emociones los resultados cambian y no siguen siendo tan positivos que en el pre, además que a inicio de está segunda fase, vivió el fallecimiento de una amiga; sin embargo también mostró disminuciones en los afectos negativos tal como sufrimiento, dolor y soledad (*véase Tabla 14)*.

***Tabla 14.*** *CCO del cuidador 2*

| ***MEDIDA*** | ***Pre*** | ***Post*** | ***CCO*** |
|---|---|---|---|
| *Bienestar* | 40 | 42 | 0.476 |
| *Satisfacción por la vida* | 18 | 21 | 0.142 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Afecto positivo* | 22 | 21 | -0.045 * |
| *Atención plena* | 69 | 69 | 0 |
| *Malestar psicológico* | 17 | 17 | 0 |
| *Felicidad* | 4 | 4 | 0 |
| *Alegría* | 4 | 4 | 0 |
| *Plenitud* | 4 | 5 | 0.2 |
| *Satisfacción* | 5 | 5 | 0 |
| *Calma* | 4 | 4 | 0 |
| *Bienestar (2)* | 5 | 5 | 0 |
| *Paz* | 4 | 5 | 0.6 |
| *Dicha* | 5 | 5 | 0 |
| *Tranquilidad* | 5 | 5 | 0 |
| *Placer* | 4 | 3 | -0.333* |
| *Sufrimiento* | 2 | 1 | **-1** |
| *Dolor* | 3 | 2 | **-0.5** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Tristeza* | 1 | 1 | **0** |
| *Desilución* | 1 | 1 | 0 |
| *Desdicha* | 1 | 2 | 0.5* |
| *Melancolía* | 3 | 2 | **-0.5** |
| *Soledad* | 2 | 1 | **-1** |
| *Miedo* | 2 | 1 | **-1** |
| *Incertidumbre* | 2 | 2 | 0 |
| *Irritación* | 2 | 2 | 0 |

**CPI 3:**

En esta segunda fase la CPI recibió las sesiones en cinco ocasiones, en ellas, tuvo que revivir eventos dolorosos de su pasado, como la muerte de su padre, discusiones con su esposo por el tema del cuidado; pese a eso, empezó a establecer límites y darse tiempo para ella misma, de igual manera comenzó a ordenar su casa y desechar cosas que llevaba acumulando por bastante tiempo; atribuimos a esas acciones los cambios favorables en los afectos negativos como lo son: miedo, incertidumbre, irritación y dolor *(véase Tabla 15).*

***Tabla 15.*** *CCO del cuidador 3*

| ***MEDIDA*** | ***Pre*** | ***Post*** | ***CCO*** |
|---|---|---|---|
| *Bienestar* | 22 | 18 | 0.181 |
| *Satisfacción por la vida* | 13 | 8 | **-0.625*** |
| *Afecto positivo* | 9 | 10 | 0.1 |
| *Atención plena* | 25 | 45 | 0.444 |
| *Malestar psicológico* | 18 | 11 | **-0.636** |
| *Felicidad* | 4 | 4 | 0 |
| *Alegría* | 4 | 4 | 0 |
| *Plenitud* | 2 | 1 | -1 * |
| *Satisfacción* | 5 | 4 | **-0.25*** |
| *Calma* | 2 | 4 | 0.5 |
| *Bienestar (2)* | 1 | 4 | 0.75 |
| *Paz* | 1 | 4 | 0.75 |
| *Dicha* | 4 | 1 | **-3*** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Tranquilidad* | 1 | 4 | 0.75 |
| *Placer* | 1 | 1 | 0 |
| *Sufrimiento* | 1 | 1 | 0 |
| *Dolor* | 1 | 1 | 0 |
| *Tristeza* | 1 | 1 | 0 |
| *Desilución* | 1 | 1 | 0 |
| *Desdicha* | 1 | 1 | 0 |
| *Melancolía* | 3 | 1 | **-2** |
| *Soledad* | 1 | 1 | 0 |
| *Miedo* | 4 | 1 | **-3** |
| *Incertidumbre* | 5 | 1 | **-4** |
| *Irritación* | 5 | 1 | -4 |
| *Depresión* | 17 | 3 | **-4.666** |

**6. 6. Análisis cualitativo segunda etapa.**

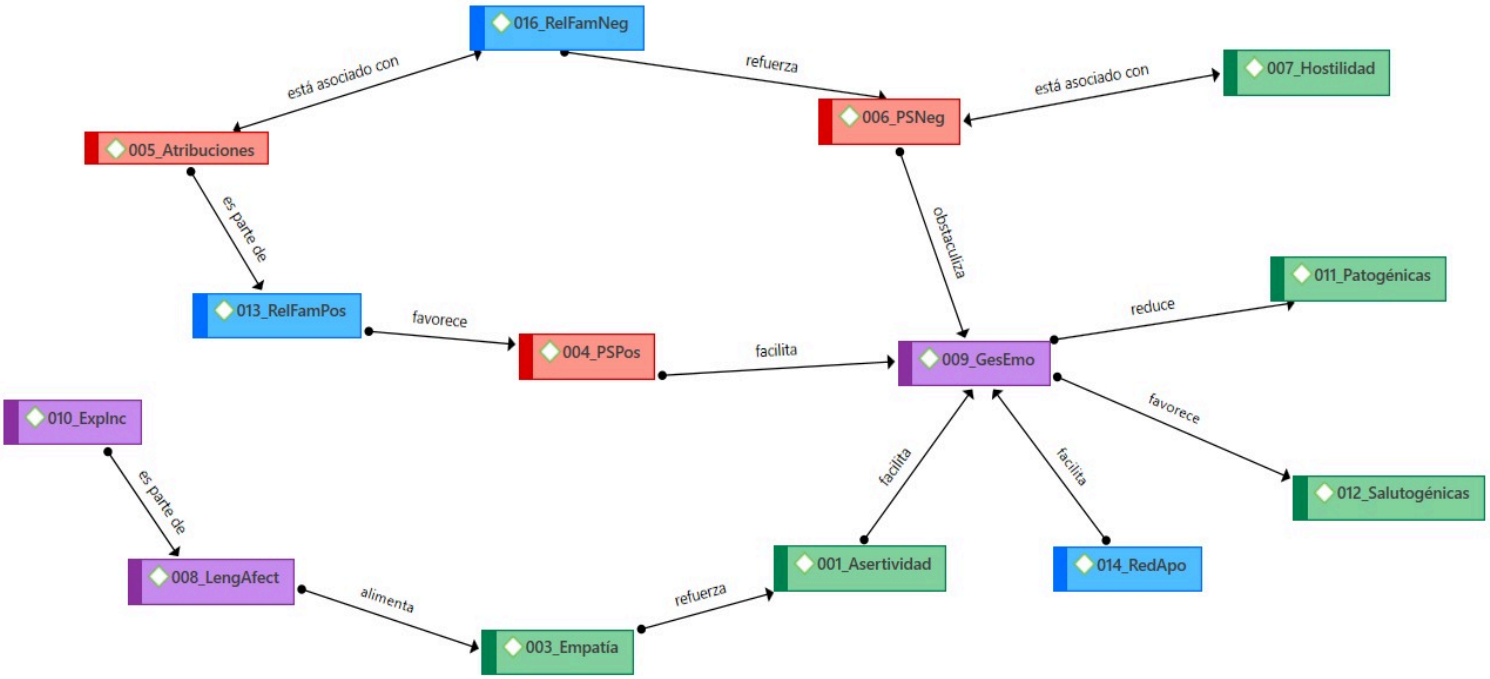
En esta etapa se analizaron y codificaron los casos de los cuidadores VG, JR, MD y AJ. En esta segunda etapa se trabajó con EEA y tras interpretar su discurso obtuvimos los siguientes resultados:

*Tabla 16. De códigos y enraizamientos individuales en la etapa dos.*

| *Códigos* | *Enraizamiento* |
|---|---|
| ***001_Asertividad*** | 13 |
| ***002_Prosocial*** | 8 |
| ***003_Empatía*** | 11 |
| ***004_PSPos*** | 3 |
| ***005_Atribuciones*** | 9 |
| ***006_PSNeg*** | 10 |
| ***007_Hostilidad*** | 13 |
| ***008_LengAfec*** | 20 |
| ***009_GesEmo*** | 28 |
| ***010_Explnc*** | 29 |
| ***011_Patogénicas*** | 15 |
| ***012_Salutogénicas*** | 11 |
| ***013_RealFamPos*** | 9 |
| ***014_RedApo*** | 7 |
| ***016_RealFamNeg*** | 7 |

A diferencia de la etapa uno, notamos una notable disminución en conductas de riesgo, lo que significa que los CPI se empezaron a cuidar y se nota, lo interesante aquí es un incremento considerable en la inadecuada y adecuada gestión emocional ¿Por qué? Por el gran trabajo realizado por parte de los cuidadores en la EEA, para darle una mejor explicación se hizo una segunda red y se analizó lo siguiente:

*Modelo-Relación de categorías. Resultado del análisis de las bitácoras individuales en la etapa dos.*




En esta segunda etapa el eje principal fue la gestión emocional, por eso es que está tan enraizada con muchas dimensiones. Cómo se les pidió escribir el momento más doloroso de su vida empezaron con una inadecuada expresión emocional, no reconocían las diferentes emociones que los rodeaban, sobre todo en temas de duelo, conforme fueron avanzando, ya eran capaces de nombrar lo que sentían y no solo eso, expresarlo, alimentando la empatía, reforzando la asertividad y facilitando la gestión emocional.

Esto siguió favoreciendo las conductas saludables, reduciendo las de riesgo. Nuevamente el cómo perciben su entorno ya sea de manera positiva o negativa facilita u obstaculiza la gestión emocional.

*Nube de palabras de las bitácoras individuales en la etapa 2.*




En esta nube notamos la palabra “emocional” como palabra más utilizada, esto por la técnica que se usó para intervenir en esta etapa, otras palabras destacadas serían “padre”, esto por los temas de duelo que se abordaron, así como tiempo, trabajo, siente, culpa y salud.

**Análisis de cualitativo de la Escritura Emocional Autorreflexiva (EEA)**

*Tabla 17. Enraizamientos y Densidad*

| *Dimensión* | *Códigos* | *Descripción* | *Enraizamiento* | *Densidad* |
|---|---|---|---|---|
| *Emociones* | ***001_Emo_pla*** | Se refiere a las emociones placenteras descritas en el texto. | 15 | 3 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ***002_Emo_des*** | Se refiere a las emociones desagradables que reporta la persona. | 23 | 3 |
| | ***003_A_exp_emo*** | Se refiere a la expresión emocional adecuada. | 22 | 1 |
| | ***004_I_exp_emo*** | Se refiere a la expresión emocional inadecuada referida por la persona. | 6 | 1 |
| *Uso del lenguaje* | ***005_Uso_a_leng*** | Se refiere al uso más adecuado posible para expresar sus emociones. | 24 | 1 |
| | ***006_Uso_i_leng*** | Se refiere al uso inadecuado del lenguaje en la expresión de sus emociones. | 5 | 1 |

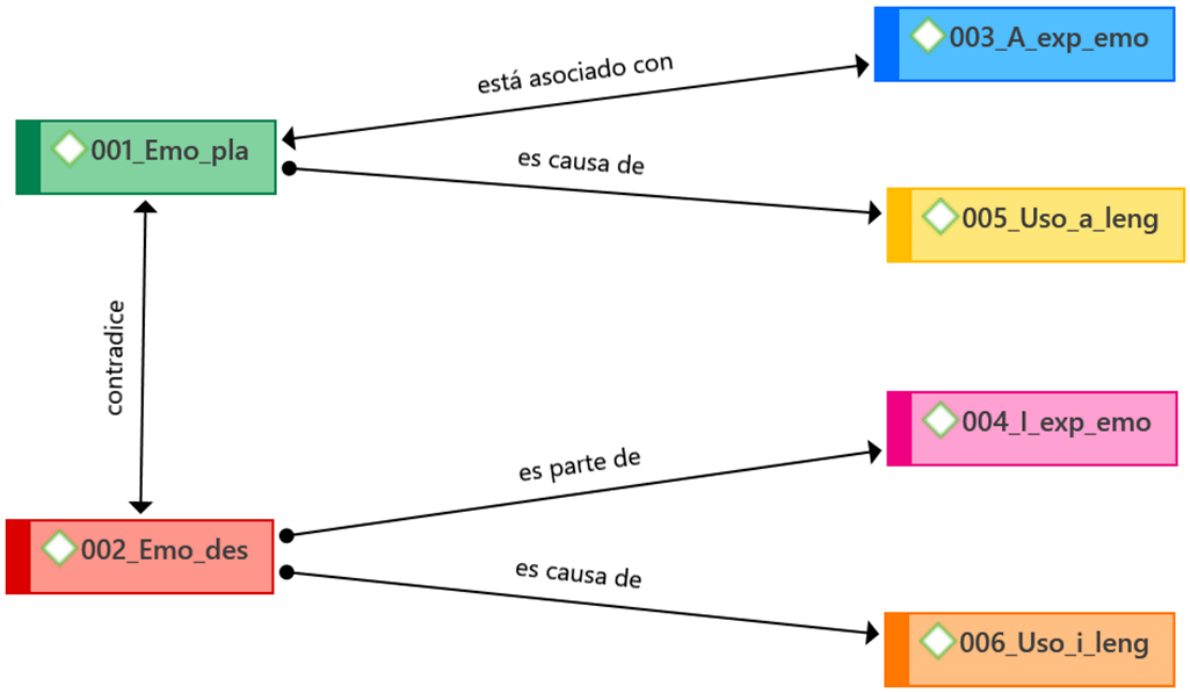
Al momento de explicar el análisis de la EEA, se consideró que las emociones placenteras y las emociones desagradables fueran el eje central de la red, ya que de estas se desprende en su mayoría el cómo se expresaron los cuidadores en los ejercicios. Empezando con las emociones desagradables, que fueron en su mayoría el discurso inicial de las personas, al momento de compartir su momento más doloroso, en todos fue por una pérdida de una o más personas, incluyendo pérdida de sí mismos y hasta violencia por parte de otro familiar.

Esto expresaba tristeza, enojo, frustración, impotencia, culpa sobre todo acompañado del estrés cotidiano en mayor o menor medida dependiendo del cuidador, si bien había quienes tenían una mejor regulación, al momento de escribir salían más cuestiones

personales, esto causaba una inadecuada expresión emocional y un uso inadecuado del lenguaje porque no se podían expresar de la mejor manera en ese momento, sobre todo en el ejercicio A, para el ejercicio B hubo un mayor reconocimiento de esas emociones y encontraron reconfortante el hecho de apoyarse ellos mismos.

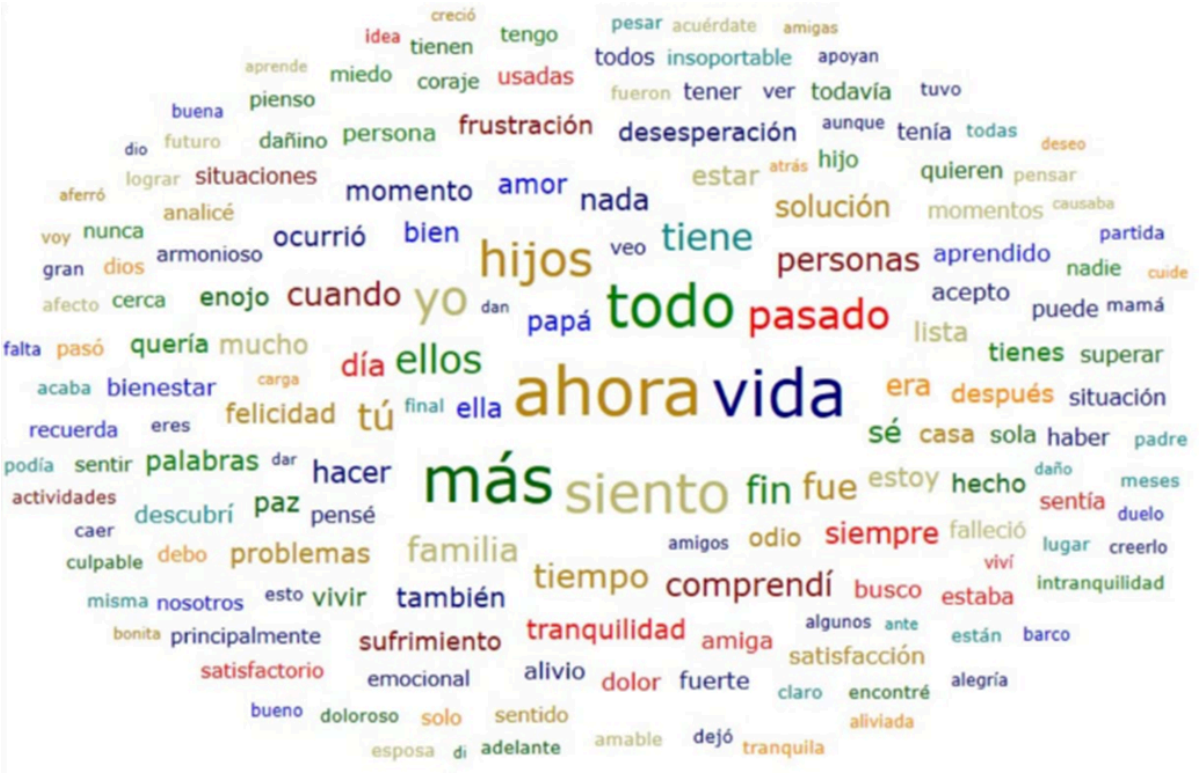
Esta dinámica fue cambiando en los ejercicios C y D, porque encontraron otra manera de describir el cómo se sentían, acompañado de una perspectiva diferente, alivio, bienestar y aprendizaje. Una vez que pasó el desagrado, empezaron a asociar esas emociones placenteras con una mejor expresión de estas, validando cada una de ellas sin etiquetarlas en si son buenas o malas y al mismo tiempo siendo congruentes con sus pensamientos, por ende, al momento de escribir se entendía perfectamente el cómo se sentían y describían de una mejor manera tanto las emociones placenteras como las desagradables.

*Modelo-Relación de categorías. Resultado del análisis de la Escritura Emocional Autorreflexiva*




En la nube de palabras podemos apreciar el cómo es que iban progresando conforme avanzaban los ejercicios de EEA, hay palabras como enojo, sufrimiento, dolor, frustración, intranquilidad en los bordes de la nube y conforme se van haciendo más grandes aparecen palabras como paz, felicidad, solución quedando en el centro “ahora” usada más que nada al momento de expresar el cómo se sienten en este momento, también usada como conector de

que comprendieron o percibieron su situación desde otra perspectiva, si usamos las palabras más grandes de la nube en una oración podríamos formar, “ahora siento más vida”.




**6. 7. Discusión segunda etapa**

Al final de la segunda fase de la intervención se pudo comprobar que los retos que los CPI enfrentan cambian e incluso empeoran por diferentes situaciones entre las que podemos encontrar, la represión de las emociones que les resultan desagradables, la visión negativa de vivir un duelo, la falta de habilidades asertivas y la imposibilidad de establecer límites y formas de comunicación saludables.

Hoy saben que la expresión emocional y la gestión de emociones son esenciales para proteger su bienestar y mantener los cuidados de manera equilibrada. En segundo lugar se evidenciaron las creencias limitantes en el rol familiar, esto debido a que el asumir que el cuidado debe recaer exclusivamente en una persona tiene consecuencias como las observadas en el análisis de las escalas como altos niveles de malestar psicológico y satisfacción.

En las áreas que no se notaron cambios significativos pudimos observar que si bien las diferencias estadísticamente no fueron significativas, las tendencias

de progreso están presentes y los resultados arrojan un impacto. Por otro lado, se ha logrado una tendencia a la mejora en los CPI respecto a sus relaciones familiares y la visión de la importancia del apoyo mutuo.

En esta etapa, los códigos más frecuentes fueron “010_ExpInc”, “009_GesEmo”, “008_LengAfec”, “001_Asertividad” y “011_Patogénicas” (aunque en menor intensidad que antes). Se observa que los cuidadores comenzaron a expresarse con mayor libertad, reconocieron sus emociones y hubo un cambio en la forma de narrar su historia. El código “Lenguaje afectivo” fue central, ya que marcó la transición de una narrativa cargada de dolor a una más comprensiva consigo mismos.

Finalmente el replantearse que, el solicitar apoyo no implica debilidad, sino una forma de construir vínculos sanos y sostenibles a lo largo del tiempo, a diferencia de cuando se inició el proyecto en donde los CPI no eran capaces de identificar una red de apoyo sólida, lo que contribuye a la percepción de soledad.

Respecto a las técnicas de atención plena, se observó que la constancia que tenía cada uno de los participantes en solitario tendría más efectos positivos en su vida diaria y calidad del sueño en comparación a aquellos y aquellas participantes que solo las practicaban durante las sesiones.Esto coincide con los estudios anteriores que vinculan las técnicas de mindfulness con la reducción de la respuesta al estrés.

### 6.8. Conclusiones segunda etapa.

Con los resultados obtenidos se observa que la intervención tuvo un impacto positivo en diversas áreas del bienestar y el malestar psicológico de las y los participantes. Existió un aumento significativo en la atención plena, lo que puede sugerir que los participantes desarrollaron la habilidad de enfocarse en el momento presente y dejar ir los pensamientos que pudieran pasarles por la mente, esta habilidad puede asociarse a reducciones en el estrés y una mayor regulación y gestión emocional.

Los cuidadores comenzaron a transformar el malestar en conciencia emocional, logrando avances significativos en su forma de expresarse y comprenderse. Se consolidó una primera resignificación del duelo y del papel de cuidar, dándose los primeros pasos hacia el autocuidado emocional

La disminución significativa del malestar psicológico, da indicios de una reducción en los síntomas asociados con el estrés; a pesar de que algunas variables, como el bienestar general y la satisfacción por la vida, no mostraron cambios estadísticamente significativos, los incrementos observados en el afecto positivo y las correlaciones positivas entre la atención plena y estas variables sugieren que la intervención pudo haber tenido un efecto positivo, aunque leve, en estas áreas. Las correlaciones negativas entre la atención plena y el malestar psicológico, por su parte, muestran a la atención plena como una herramienta efectiva para disminuir la percepción de emociones desagradables.a

La intervención también abordó el duelo, ya que en su mayoría lo experimenta o lo han experimentado las y los cuidadores no solo al ver la progresiva dependencia de sus dependientes sino también por la pérdida de la vida de sus amigos y familiares, por tener que cambiarse de casa para cubrir los cuidados e incluso duelo por la pérdida de sus actividades diarias lo que llevó a una mejora en su capacidad para reconocer y manejar cada uno de los tipos de duelo según fuera el caso, fomentando así un estilo de afrontamiento más saludable que les permitiera mantener la calma pese a las situaciones enfrentadas.

Además, la práctica de la escritura emocional autorreflexiva permitió a los cuidadores expresar y procesar sus emociones de manera estructurada desde diferentes perspectivas, sin importar que tan reciente o antiguo haya sido el acontecimiento,lo que contribuyó a una mejor comprensión de sus emociones y a una reducción del estrés y dolor al recordar su momento más traumático.

En resumen, estos resultados señalan el potencial de intervenciones enfocadas en el desarrollo de habilidades de atención plena, el manejo del duelo, reconocer aquello que sí pueden controlar y lo que no, el establecimiento de

límites sostenidos en el tiempo y la escritura emocional para mejorar el bienestar psicosocial.

Esta intervención no sólo proporcionó herramientas prácticas para manejar el estrés y el duelo, sino que también ofreció un espacio de confianza para el desahogo y la libertad para expresar eso que no suelen hablar con nadie, causando un impacto positivo del apoyo y una visión de su propia vida distinta a la que tenían al iniciar este programa.

### 6.9. Análisis cuantitativo tercera etapa.

Durante esta etapa no se usó en nuestro caso el método pre - post en los instrumentos aplicados a las y los participantes, solo se realizó la aplicación y el análisis post del instrumento WHODAS. Sin embargo al solo tener los datos post, se debieron hacer algunos ajustes para poder hacer un análisis en ese SPSS, por lo que algunos datos pudieran haberse visto afectados en el caso general por los datos de  los participantes de otras diadas.

Sin embargo hubo algunas observaciones que sí pudimos hacer:

*Tabla 18. En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?*

De acuerdo con la escala WHODAS que se aplicó a los CPI, el 43.9% no ha tenido ninguna dificultad para solucionar problemas de la vida diaria, mientras que el 26.2% tiene una dificultad moderada y solo el 7.1% presenta dificultad severa.

| | | **Frecuencia** | **Porcentaje** | **Porcentaje válido** | **Porcentaje acumulado** |
|---|---|---|---|---|---|
| Válido | Ninguna | 18 | 41.9 | 42.9 | 42.9 |
| | Leve | 10 | 23.3 | 23.8 | 66.7 |
| | Moderada | 11 | 25.6 | 26.2 | 92.9 |
| | Severa | 3 | 7 | 7.1 | 100.0 |
| | Total | 42 | 97.7 | 100.0 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Perdidos | 999 | 1 | 2.3 | |
| Total | | 43 | 100.0 | |

*Tabla 19. ¿Moverse adentro de su hogar?*

De acuerdo con la escala de Whodas. El 74.4% de los cuidadores no tiene ninguna dificultad para moverse dentro de su hogar, mientras que el 14.4% presenta de manera leve el moverse en el hogar y solo el 2.3% se le dificulta de manera severa.

| | | **Frecuencia** | **Porcentaje** | **Porcentaje válido** | **Porcentaje acumulado** |
|---|---|---|---|---|---|
| Válido | Ninguna | 32 | 74.4 | 74.4 | 74.4 |
| | Leve | 6 | 14 | 14 | 88.4 |
| | Moderada | 4 | 9.3 | 9.3 | 97.7 |
| | Severa | 1 | 2.3 | 2.3 | 100.0 |
| | Total | 43 | 100.0 | 100.0 | |

*Tabla 20. ¿Salir de su hogar?*

De acuerdo con la escala WHODAS. El 69.8%de los CPI no presenta ninguna dificultad para salir de su hogar, mientras que el 9.3% experimenta dificultad de manera moderada el estar fuera de casa y solo el 2.3% menciona que tiene una dificultad severa.

| | | **Frecuencia** | **Porcentaje** | **Porcentaje válido** | **Porcentaje acumulado** |
|---|---|---|---|---|---|
| Válido | Ninguna | 30 | 69.8 | 69.8 | 69.8 |
| | Leve | 8 | 18.6 | 18.6 | 88.4 |
| | Moderada | 4 | 9.3 | 9.3 | 97.7 |
| | Severa | 1 | 2.3 | 2.3 | 100.0 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Total | 43 | 100.0 | 100.0 |

*Tabla 21. Debido a su condición de salud, en los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar bien sus tareas domésticas más importantes?*

De acuerdo con la escala WHODAS. El 69.8% de las y los cuidadores no ha tenido ninguna dificultad para realizar tareas domésticas, mientras que el 23.3% de las personas cuidadoras experimenta una leve dificultad para hacer las cosas del hogar y sólo el 7.0% se le dificulta de manera moderada.

| | | **Frecuencia** | **Porcentaje** | **Porcentaje válido** | **Porcentaje acumulado** |
|---|---|---|---|---|---|
| Válido | Ninguna | 30 | 69.8 | 69.8 | 69.8 |
| | Leve | 10 | 23.3 | 23.3 | 93.0 |
| | Moderada | 3 | 7.0 | 7.0 | 100.0 |
| | Total | 43 | 100.0 | 100.0 | |

*Tabla 21. ¿Cuánto tiempo dedicó usted a su condición de salud o a sus consecuencias?*

De acuerdo con la escala de WHODAS. El 35.7% de los CPI, no dedico nada de tiempo a su condición de salud o consecuencias, mientras que el 28.6% si dedica tiempo a su salud de manera más leve y moderada, y solo el 7.1% dedica severamente tiempo a su salud si es que llega a pasar por algo.

| | | **Frecuencia** | **Porcentaje** | **Porcentaje válido** | **Porcentaje acumulado** |
|---|---|---|---|---|---|
| Válido | Ninguna | 15 | 34.9 | 35.7 | 35.7 |
| | Leve | 12 | 27.9 | 28.6 | 64.3 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Moderada | 12 | 27.9 | 28.6 | 92.9 |
| | Severa | 3 | 7.0 | 7.1 | 100.0 |
| | Total | 42 | 97.7 | 100.0 | |
| Perdidos | 999 | 1 | 2.3 | | |
| Total | | 43 | 100.0 | | |

**6.10. Análisis cualitativo tercera etapa.**

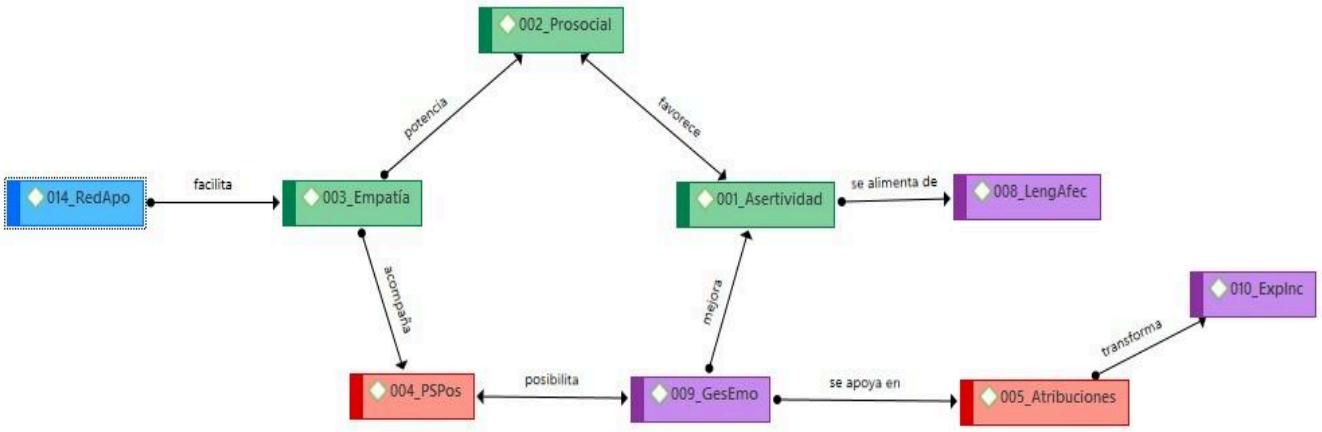
Las bitácoras de las sesiones grupales del museo fueron analizadas con el software Atlas ti versión 25. En esta etapa se analizaron y codificaron todas la bitácoras, con un total de 9 códigos utilizados, se descartaron las dimensiones que no tuvieron enraizamientos para poder analizar esta última etapa grupal, los resultados fueron los siguientes.

*Tabla 22. De Enraizamientos y Densidad de las bitácoras grupales en la etapa 3.*

| *Códigos* | *Enraizamiento* |
|---|---|
| ***001_Asertividad*** | 10 |
| ***002_Prosocial*** | 10 |
| ***003_Empatía*** | 18 |
| ***004_PSPos*** | 14 |
| ***005_Atribuciones*** | 10 |
| ***008_LengAfec*** | 8 |
| ***009_GesEmo*** | 11 |
| ***010_Explnc*** | 2 |
| ***014_RedApo*** | 6 |

Esta tercera etapa fue muy enriquecedora ya que, como notamos el 90% de las dimensiones que se analizaron favorecen a conductas saludables, teniendo a la empatía como la más enraizada. Ya estando en grupo los CPI eran muy empáticos entre ellos, se respetaban, se comunicaban asertivamente, percibían un espacio seguro que se sentían con la confianza de hablar,  expresarse sin ser juzgados formando su propia red de apoyo. Así como se explica en la tercera red de este proyecto.

*Modelo-Relación de categorías. Resultado del análisis de las bitácoras grupales en la etapa tres.*




El objetivo de esta tercera etapa era que justo se formará un grupo, una red de apoyo, en la que se puedan cuidar entre todos y todas. El grupo reconocía ese aspecto ya, que no están solos, que estar en grupo en el que tienen algo en común, facilita la empatía, potencia ser prosocial, favorece la asertividad, acompañado de una percepción del ambiente positiva, porque hay un sentido de pertenencia, por ende posibilita una adecuada gestión emocional.

*Nube de palabras de las bitácoras grupales en la etapa tres.*




Como no podía ser de otra manera, la palabra “grupo” fue la utilizada para describir esta etapa, ya que en estas sesiones lo formaron, comprendieron que no están solas ni solos, había un interés genuino por aprender, participar, acompañar, interactuar, apoyar y ser parte de la red de apoyo creada en el museo de San Miguel Teotongo.

**6.11. Discusión tercera etapa.**

La consolidación del grupo en un principio parecía algo complejo, pues juntar a personas que tuvieran experiencias similares en el cuidado, pero a su vez ideas, creencias, actitudes diferentes, fue todo un reto, se presentaron algunos choques de ideas, sin embargo, al final el grupo mostró interés en continuar reuniéndose a pesar de que nosotros ya no estaremos presentes. También, la aplicación del post de los instrumentos y escalas, nos hubiera permitido obtener más resultados interesantes sobre lo que ocurrió en esta tercera etapa y el impacto que tuvo en el grupo. A pesar de ello los datos cualitativos arrojan cosas muy interesantes.

En la etapa final, los códigos predominantes fueron “003_Empatía”, “004_PSPos”, “009_GesEmo”, “001_Asertividad”, “002_Prosocial”, “014_RedApo” y “005_Atribuciones”. El análisis revela una clara evolución hacia habilidades relacionales sanas y mayor conciencia sobre la importancia del apoyo mutuo, la comunicación afectiva y la colaboración.

La red de significados cambió radicalmente: ahora predominan prácticas como la empatía, el reconocimiento de la otra persona como sujeto de cuidado, y una actitud más positiva hacia uno mismo y el entorno. El grupo dejó de ser un espacio de descarga y se convirtió en una red de contención activa, evidenciada en la mejora de relaciones familiares y del lenguaje emocional empleado.

## 7. Conclusiones generales.

En general pudimos observar bastantes cambios importantes en en las dos personas que terminaron el programa con nosotros, diríamos que es más de lo que se puede reportar o más grande todavía de lo que muestran los análisis tanto cualitativos como cuantitativos, su cambio físico, su cambio salutogénico, y anímico, fue impactante. Logramos el objetivo de que tanto VG y JR crearán cambios en su dinámica familiar que les permitieran mejorar no solo su bienestar personal sino también el de su entorno. Tenemos la certeza de que ahora cuentan con herramientas que les permitirán mantener relaciones y vínculos más sanos y efectivos, también que son personas capaces de hacer que ese cambio perdure con el tiempo.

La constancia individual con la que practicaban las técnicas de relajación les permitían regularse mejor, dormir mejor, reducir el estrés y la ansiedad, impactando positivamente en su bienestar y su salud  El interés brindado por cada una y cada uno de los asistentes enriquece las sesiones, al intercambiar experiencias no desde una competencia, sino desde la empatía permitió crear un sentido de comunidad.

La implementación del límites, el reconocimiento de las emociones y su validación, la expresión emocional, el apoyo social, la comunicación asertiva, por mencionar algunas, son recursos y herramientas que ahora reconocen los CPI, y no solo eso sino que también son capaces de autogestionarse y movilizarse para su beneficio y también para el de su círculo cercano.

La etapa final muestra una integración de aprendizajes que promovieron el bienestar psicosocial sostenible, tanto a nivel individual como colectivo. El trabajo grupal, la escritura emocional y las dinámicas participativas generaron un espacio seguro en donde los cuidadores pasaron de la supervivencia emocional a la construcción de sentido y comunidad.

## 8. Sugerencias.

Consideramos importante revisar la planeación del tiempo destinado a los distintos temas abordados, ya que en ocasiones resultan insuficientes para tratar con la profundidad necesaria problemáticas complejas que requieren un análisis más integral. Es fundamental comprender que los procesos que afectan a las personas no siempre responden únicamente a causas individuales, sino que muchas veces se originan en contextos y estructuras sociales más amplias, por lo que resulta imprescindible abordar estos temas desde una perspectiva social y sistémica.

Asimismo, sugerimos fortalecer la preparación teórica y práctica de quienes salen al campo. Si bien muchas habilidades se desarrollan con la práctica, existen conocimientos teóricos esenciales que deben formar parte del sustento de nuestras intervenciones profesionales. Contar con una formación sólida en estos aspectos permitirá un desempeño más ético, efectivo y contextualizado**.**

Es indispensable que este tipo de intervenciones se realicen con conciencia de clase y con perspectiva de género, ya que ello permite ampliar el panorama de análisis y comprensión sobre las realidades que enfrentan las personas, reconociendo las desigualdades estructurales que atraviesan su vida cotidiana. Esta mirada crítica y situada es clave para generar intervenciones más justas, sensibles y pertinentes.

Finalmente, es importante mantener siempre una actitud abierta al aprendizaje, con disposición a adquirir nuevas experiencias que resulten enriquecedoras tanto para nuestro desarrollo profesional como para el bienestar de las personas con las que trabajamos. La psicología social nos brinda un campo de acción amplio y diverso; depende de nosotras y nosotros descubrir y cultivar esa pasión por lo comunitario, que es el motor de una práctica transformadora.

## 9. Limitaciones

Existieron diferentes limitaciones para este estudio, entre ellas, la falta de significancia en la sesiones, esto puede deberse a estímulos externos que no fue posible controlar como los distractores en el ambiente, a su vez, la constancia con la que cada uno de las y los participantes práctico por su parte cada una de las técnicas, el contexto de cada una de las sesiones y la frecuencia con las que recibieron las sesiones programadas, ya que, las citas médicas, los viajes imprevistos o los compromisos personales les impiden a los y las CPI participar semana con semana.

También la falta de materiales adecuados y de capacitación para realizar de manera excelente las actividades planeadas, especialmente durante la tercera etapa, cuando nos enfrentamos a un espacio reducido, con pocas posibilidades para usar material audiovisual y didáctico.

De igual manera consideramos que los instrumentos y análisis presentados no logran alcanzar a medir el verdadero cambio en las personas que participaron en el programa, pues esto va más en cuanto a lo cualitativo, aquello que pudimos observar y sentir y que no puede ser reportado porque no se tienen las herramientas suficientes para hacerlo, para creerlo y comprenderlo habría que haberlo vivido todos y todas juntas en el campo con cada cuidador y cuidadora que participó en esta intervención, independientemente de la diada responsable de los mismos.

## 10. Referencias.


Baikie, K. A., & Wilhelm, K. (2005). Emotional and physical health benefits of expressive writing. Advances in Psychiatric Treatment, 11(5), 338–346.

Caballo, V. E. (2001). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta (3ª ed.). Siglo XXI.

Calleja, N., y Mason, T. A. (2020). Escala de Bienestar Subjetivo (EBS-20 y EBS-8): Construcción y validación. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 2(55), 185-201.

Covarrubias Delgado, Liliana, & Andrade Cepeda, Rosa Mª Guadalupe. (2012). Calidad de Vida de Cuidadores de Pacientes Hospitalizados, nivel de dependencia y red de apoyo. Index de Enfermería, 21(3), 131-135. https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000200005

Demarzo, M., y Montero-Marin, J. (2020). Mindfulness en la práctica clínica: Guía para profesionales de la salud. Editorial Desclée De Brouwer.

Expósito C. (2008). La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. Revista Habanera de Ciencias Médicas.

Feijóo Romer, V. H. (2022). Influencia del estrés académico en las estrategias cognitivas de regulación emocional que emplean los estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Cuenca, periodo marzo - agosto 2022 [Trabajo de titulación para optar por el título de Psicólogo Clínico, Universidad de Cuenca].

Gaitán-Rossi, P., Pérez-Hernández, V., Vilar-Compte, M., y Teruel-Belismelis, G. (2021). Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México. Salud Pública De México, 63(4), 478-485. https://doi.org/10.21149/12257

García, C. y. C., Jáuregui, A. T., Medina, D. A. R., Aguilar, M. C., Ortega, J. J. V., & Ibarra, J. o. M. (2024). INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL a DISTANCIA PARA EL MANEJO DE ESTRÉS y SOBRECARGA EN CUIDADORES INFORMALES. Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México, 13(37), 145. https://doi.org/10.36677/rpsicologia.v13i37.24091

López-Maya, E., Hernández-Pozo, M., Méndez-Segundo, L., Gutiérrez-García, J., Araujo-Díaz, D., Nuñez-Gazcón, A., Hölzel, B. (2015). Psychometric properties of the Mexican version of the mindful attention awareness scale (MAAS). Psychologia: avances de la disciplina, 9(1), 13-27.

Moreno Durango, L, Ramírez Restrepo, M, Sarasty Gómez, K, Castaño Vélez, L y Caycedo Zambrano, L. (2024). Estrategias de Afrontamiento y Regulación Emocional Utilizadas por el Adulto mayor y su influencia en la calidad de vida en el barrio santo domingo, comuna 1 de Medellín en el CPSAM Betania Hermanas Misioneras. Tecnológico de Antioquia, Institución Universitaria.

Navarrete, B. H., Vázquez, Ó. G., Alcaraz, R. B., Penedo, F. J., Lerma, A. (2021). Propiedades psicométricas del Cuestionario MOS de Apoyo Social en una muestra de pacientes con enfermedades cardiovasculares en población mexicana. Psicología y Salud, 31(2), 225-235.

(2020). Planeación, desarrollo y una experiencia de investigación-intervención psicosocial con familias en comunidad (1.ª ed.). Universidad Autónoma Metropolitana. https://casadelibrosabiertos.uam.mx/gpd-planeacion-desarrollo-y-una-experiencia-de-investigacion-intervencion-psicosocial-con-familias-en-comunidad.html

Ponce Plaza, M. (2020). Sobrecarga en los cuidadores informales de personas mayores.

(2022). Psicología social y profesionalización: perspectivas y prácticas (1.ª ed.). Universidad Autónoma Metropolitana. https://casadelibrosabiertos.uam.mx/gpd-psicologia-social-y-profesionalizacion-perspectivas-y-practicas.html

Piqueras, J. A., Martínez, A. E., Ramos, V., Rivero, R., García, L. J. & Oblitas, L.A. (2008). Ansiedad, depresión y salud. Suma Psicológica, 15(1), 43-73.

Rodríguez-Medina, D. A. (2020). Los efectos del estrés social en tiempos de la sana distancia: termorregulación afectiva. Notas de coyuntura del CRIM (21), 1-5. <https://ru.crim.unam.mx/handle/123456789/62>

Ruiz, C. D., Guzmán, R. C., De la Rosa Mendoza, Y Rodríguez, N. A. P. (2023). Lineamientos legales para proteger al cuidador primario del adulto mayor en México. Revista de ciencias sociales, 29(1), 95-107.

Santos Vega, M. X., Ortega Andeane, P., & Galindo Vázquez, O. (2023). Propiedades psicométricas de la Escala de Malestar Psicológico (K-10) en cuidadores primarios de pacientes con cáncer. Psicología y Salud, 33(1), 253–261

Santos Vega, M. X., Ortega-Andeane, P. y Toledano, F. (2021). Validez y confiabilidad de la Escala de Apoyo Social Percibido (MSPSS). Psicooncología, 18(2).

Subiela García, J. A., Abellón Ruiz, J., Celdrán Baños, A. I., Manzanares Lázaro, J. Á., & Satorres Ramis, B. (2014). La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. Enfermería Global, 13(2), 276-292.

Tinajero-Chávez, L. I., Mora-Romo, J. F., Bravo-Doddoli, A., Cruz-Narciso, B. V., Calleja, N., & Toledano-Toledano, F. (2023, July). Design, development, and validation of the self-perceived health scale (SPHS). In Healthcare (Vol. 11, No. 14, p. 2007). MDPI.

Velasco-Matus, P. W., Rivera-Aragón, S., Domínguez Espinosa, A. del C., Méndez Rangel, F., & Díaz Loving, R. (2021). Escala de Afecto Positivo/Afecto Negativo en México (APAN-M): Evidencias de validez y confiabilidad. Acta de Investigación Psicológica, 11(1), 95–109

Vicente-Ramírez, L. E., Medina-Reyna, V., Rodríguez-Medina, D. A., Carranza-Aguilar, M., Vázquez-Ortega, J. J., & Manjarrez-Ibarra, J. O. (2022). Acompañamiento psicosocial en cuidadores primarios informales: Mindfulness, calidad de vida y apoyo social a distancia. Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social, 8(1).

## 11. Anexos.

En el siguiente enlace se podrán encontrar las imágenes del material creado para el mejor entendimiento de los temas presentados individualmente en la etapa 1 y 2, no se agregan los de la tapa tres puesto que todos fueron creados por cada día al impartir sus sesiones respectivas.

https://docs.google.com/document/d/1-nkLrtwFeFSG-Hlq9JzW4QV6lsegFzvQn3qI2nB3xWQ/edit?usp=drivesdk