



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD IZTAPALAPA

División de Ciencias Sociales y Humanidades

Departamento de Sociología

Coordinación de Psicología Social

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

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

Presentan:

Hernández Peralta Dulce Abril | 2203048955

Majín Majín Iván | 2203049210

Mtro. José Joel Vázquez Ortega
Asesor

Mtro. Jesús Omar Manjarrez Ibarra
Lector



Trimestre 25-I
Ciudad de México, abril 2025

DEDICATORIAS

Dedicado a mi preciosa mamá

Agradezco el esfuerzo que has hecho por mí, siendo tan presente en mi vida, cuidándome, amándome y enseñándome con tanta dedicación, agradezco tu ternura y amor para motivarme a cumplir con mis sueños y nunca dejarme sola en ninguna etapa de mi vida.

Me has enseñado a amar la vida de la manera más hermosa y única que tú sabes, gracias por ser mi apoyo en esta etapa , estuviste desde el día uno que empecé mi vida escolar hasta hoy que es un gran paso y tú más que nadie merece el reconocimiento de todo esto, me enseñaste a aprender de la vida y de cada una de las etapas, Eres mi mayor pilar y siempre te estaré agradecida.

Gracias por siempre apoyarme y demostrarme lo orgullosa que estás de mí, sin ti no sería lo que soy ahora, espero seguir siendo un orgullo para ti.

Con mucho amor Hernández Peralta Dulce Abril

Dedicado a mi querida abuelita

Gracias por ser un pilar para mí, un gran apoyo y por incentivarme a seguir mis sueños, fuiste una segunda madre para mí, y siempre te llevaré en mi corazón, agradezco el tiempo que pase contigo y gracias por alentarme a seguir lo que deseo.

Gracias por tu sabiduría y tus grandes consejos prometo enorgullecerte siempre.

Con amor y gratitud Hernández Peralta Dulce Abril

Dedicado a mi novio

Gracias por apoyarme en esta etapa de mi vida ser una persona paciente y amorosa, un gran aliento en los días malos y un buen amigo cuando necesitaba consejos y apoyo para pasar algún

examen, gracias por hacerme ser más ambiciosa en mis metas y siempre esforzarme un poco más. Fuiste un gran apoyo y agradezco tu amor y dedicación.

Con amor y gratitud Hernández Peralta Dulce Abril

Dedicado a mis padres

Gracias a mi madre Sandra Majín León y a mi padre Germán Majín Alvarado por haberme dado la oportunidad de estudiar una carrera universitaria. En especial quiero dedicárselo a mi padre por todos los sacrificios que has hecho, tanto económicos como físicos y, muy posiblemente, hasta psicológicos, pues debió ser muy agotador ir diario a trabajar a una empresa que te quedaba a 3 horas de camino en transporte y lo hiciste por 3 años para que yo terminara mi secundaria donde quería. Te agradezco tanto que me sigas apoyando en mis sueños y metas, nunca podré recompensarte todo lo que has hecho por mí, pero te juro que lo intentaré porque es lo mínimo que puedo hacer. Te quiero mucho, padre, es todo un gusto y honor ser tu hijo.

Con amor y gratitud, Majín Majín Iván

Dedicado a mi familia

Al resto de mi familia: mi hermano Daniel Majín, mi hermana Mónica Majín, mi cuñada Itzayana Ortega, mi cuñada Itzel Rosales, mi sobrina Ángela Ortega y mi sobrino Issac. Les agradezco que me apoyen cuando más lo necesito, de una u otra forma me han ayudado bastante a seguir adelante, en especial mis hermanos, es por esto por lo que están en mis dedicatorias. Los quiero mucho, familia.

Con amor y gratitud, Majín Majín Iván

Dedicado a mis amigos

A los grandes amigos que hice durante mi estancia en la universidad: Junuet Corralejo, Sergio Guillen, Agustín Cruz y Fernando. Gracias a ustedes la universidad fue más amena y menos estresante. Siempre atesoraré en mi corazón todos los momentos que pasamos juntos divirtiéndonos y creando grandes recuerdos, además, quiero agradecerles que siempre me apoyaban cuando las situaciones en la universidad se ponían difíciles. Es por esto por lo que están en mis dedicatorias.

Con amor y gratitud, Majín Majín Iván

Resumen

El trabajo presentado es una intervención psicosocial en el cuidado de cuidadores primarios en el cual se pueden observar puntos importantes como la sobrecarga, el autocuidado, estrés, los límites entre otros que conlleva el papel de ser un cuidador.

Se dividió en tres etapas las cuales se separan en fase individual y fase grupal en ambas se mantiene el enfoque en los cuidadores primarios y los problemas que enfrentan en este rol, así como la forma en la que se puede mejorar su bienestar psicosocial, generando nuevas redes de apoyo entre los mismos cuidadores primarios que fungen como actores del mantenimiento y creación de la comunidad que existe. Se llevó a cabo un análisis cuantitativo y cualitativo de las h los participantes mediante los cuales se dieron resultados para analizar el impacto de la intervención.

La intervención se llevó a cabo en la CDMX, delegación Iztapalapa específicamente en la colonia San Miguel Teotongo, en la cual se trabajó con las y los cuidadores primarios que aceptaron incluirse al programa, así como con grupos ya formados de cuidadores.

Para concluir la importancia de este trabajo es identificar las situaciones en las que el rol de cuidador primario llega a afectarlos y como puede generar malestar en las personas mismas y en sus relaciones sociales y familiares, así como las acciones que pueden ayudar a prevenir estos problemas y de esta formar tener un mayor bienestar psicosocial.

Palabras clave

Cuidadores primarios, intervención psicosocial, bienestar, actores, comunidad, redes de apoyo, problemas, límites, sobrecarga, estrés, grupos de apoyo, relaciones sociales, relaciones familiares, análisis cuantitativo, análisis cualitativo, impacto, prevenir, creación de comunidad, papel de cuidador.

Abstract

The presented work is a psychosocial intervention for primary caregiver care. Important aspects can be observed, such as overload, self-care, stress, and limits, among others, that come with the role of being a caregiver.

It was divided into three stages, separated into an individual phase and a group phase. In both, the focus remains on the primary caregivers and the problems they face in this role, as well as how to improve their psychosocial well-being, generating new support networks among the primary caregivers themselves, who act as actors in the maintenance and creation of the existing community. A quantitative and qualitative analysis of the participants was conducted, through which results were obtained to analyze the impact of the intervention.

The intervention was carried out in Mexico City, in the Iztapalapa borough, specifically in the San Miguel Teotongo neighborhood. The intervention was carried out with primary caregivers who agreed to join the program, as well as with existing groups of caregivers. To conclude, the importance of this work lies in identifying the situations in which the primary caregiver role can affect them and how it can generate distress for the individuals themselves and their social and family relationships, as well as the actions that can help prevent these problems and thus achieve greater psychosocial well-being.

Keywords

Primary caregivers, psychosocial intervention, well-being, actors, community, support networks, problems, limits, overload, stress, support groups, social relationships, family relationships, quantitative analysis, qualitative analysis, impact, prevention, community building, caregiver role.

Tabla de contenido

1. Introducción	11
2. Marco teórico	15
2.1 Primera Etapa	15
<i>2.1.1 Psicología Social Comunitaria</i>	15
<i>2.1.2 Investigación Acción Participativa</i>	16
<i>2.1.3 Teoría Fundamentada</i>	16
<i>2.1.4 Teoría Polivagal</i>	17
<i>2.1.5 Teoría Ecológica del Desarrollo Humano</i>	19
<i>2.1.6 Trabajo del cuidador</i>	21
<i>2.1.7 Cuidadores Primarios</i>	22
<i>2.1.8 Grupos de Apoyo Social</i>	24
<i>2.1.9 Evaluación de bienestar psicosocial</i>	25
<i>2.1.10 Regulación Emocional</i>	26
<i>2.1.11 Técnicas de relajación</i>	27
<i>2.1.12 Atención plena o Mindfulness</i>	28
<i>2.1.13 El papel del cuidador y su importancia. ¿Cómo repercute el cuidado en la vida?</i>	29
<i>2.1.14 Ejercicios de control de la activación</i>	29
<i>2.1.15 Organización del tiempo</i>	30
<i>2.1.16 Límites a la persona dependiente</i>	31
<i>2.1.17 Solicitud de ayuda y apoyo</i>	32
<i>2.1.18 Control de los sentimientos negativos</i>	33
<i>2.1.19 Emociones básicas</i>	34
<i>2.1.20 Interacción familiar</i>	35
<i>2.1.21 Interacciones sociales</i>	36
<i>2.1.22 Duelo</i>	36
<i>2.1.23 Depresión</i>	37
<i>2.1.24 Psicosomatización</i>	37
<i>2.1.25 Identificación de las redes de apoyo</i>	38
2.2 Segunda Etapa	38
<i>2.2.1 Escritura Emocional Autorreflexiva</i>	38
<i>2.2.2 Controlabilidad</i>	40
<i>2.2.3 Emociones complejas</i>	40

2.2.4 Ansiedad.....	41
2.2.5 Aceptación/asimilar	42
2.2.6 Toma de decisiones	43
2.2.7 Memoria y concentración.....	44
2.2.8 Hábitos de la vida	45
2.3 Tercera Etapa.....	46
2.3.1 Adicciones	46
2.3.2 Importancia del cuidado y autocuidado	46
2.3.3 Comunicación.....	47
2.3.4 Límites.....	48
2.3.5 Redes de apoyo social	48
2.3.6 Perdonar y soltar	48
2.3.7 Desapego	49
2.3.8 Diferencias entre emociones y sentimientos.....	49
2.3.9 Depresión	50
2.3.10 Principios de convivencia	51
3. Contexto	51
3.1 Lugar/Escenario	51
4. Objetivos	53
4.1 Objetivo General	53
4.2 Objetivos Específicos.....	53
5. Metodología.....	54
5.1 Planteamiento del problema.....	55
5.1.1 Justificación.....	55
5.1.2 Pregunta de investigación	57
5.2 Población de estudio general, individual y grupal.....	57
5.3 Muestra general, individual y grupal	58
5.4 Participantes	58
5.4.1 Primera Etapa – General	58
5.4.2 Primera Etapa: Fase 1 – Individual	58
5.4.3 Primera Etapa: Fase 2 – Grupal.....	59
5.4.4 Segunda Etapa – General	59
5.4.5 Segunda Etapa: Fase 1 – Individual	59
5.4.6 Segunda Etapa: Fase 2 – Grupal.....	59

5.4.7 Tercera Etapa – General	60
5.4.8 Tercera Etapa: Fase 2 – Grupal.....	60
5.5 Ubicación temporal	60
5.6 Criterios de inclusión	61
5.7 Criterios de exclusión	61
5.8 Criterios de eliminación	61
5.9 Diseño	62
5.10 Instrumentos	62
5.11 Procedimiento	64
5.11.1 Primera Etapa: Fase 1 – Individual.....	64
5.11.2 Primera Etapa: Fase 2 – Grupal.....	69
5.11.3 Segunda Etapa: Fase 1 – Individual.....	70
5.11.4 Segunda Etapa: Fase 2 – Grupal.....	76
5.11.5 Tercera Etapa: Fase 2 – Grupal.....	78
6. Resultados	81
6.1 Primera Etapa.....	81
6.1.1 Análisis cuantitativo Individual	81
6.1.2 Análisis cualitativo Individual	82
6.1.3 Análisis cuantitativo y cualitativo General	85
6.1.4 Análisis cualitativo Grupal.....	87
6.1.5 Discusión.....	88
6.2 Segunda etapa.....	89
6.2.1 Análisis cuantitativo Individual	89
6.2.2 Análisis cualitativo Individual	92
6.2.3 Análisis cuantitativo y cualitativo General	100
6.2.4 Análisis cualitativo Grupal.....	103
6.2.5 Discusión.....	104
6.3 Tercera etapa.....	105
6.3.1 Análisis cualitativo General	105
6.3.2 Discusión.....	108
7. Conclusiones generales.....	108
8. Sugerencias.....	110
8.1 Primera Etapa.....	110
8.2 Segunda Etapa	110

8.3 Tercera Etapa.....	111
9. Referencias	111
10. Anexos.....	121
10.1 Anexos Primera etapa	121
10.2 Anexos Segunda etapa.....	133
10.3 Anexos Tercera etapa	135

1. Introducción

El presente Proyecto Terminal, titulado *"El cuidado de otros comienza con el cuidado de uno mismo"*, surge de la necesidad de profundizar en el análisis de los Cuidadores Primarios Informales (CPI), personas que, en su mayoría familiares, asumen de manera espontánea y sin remuneración la responsabilidad de cuidar a sus seres queridos. Esta labor, esencial pero frecuentemente subestimada, implica una gran carga física, emocional y social, afectando la salud y el bienestar integral de quienes la realizan. Así, el estudio busca comprender las dinámicas, desafíos y necesidades de estos cuidadores para, a partir de su análisis, promover estrategias de autocuidado y fortalecer redes de apoyo que favorezcan su calidad de vida.

En el contexto actual, donde se desarrolla esta investigación corresponde a la Colonia San Miguel Teotongo, en CDMX, un área que refleja dinámicas socioeconómicas y culturales propias de contextos urbanos marginados. En esta zona, la estructura social y los antecedentes históricos han consolidado roles tradicionales, donde el cuidado en el seno familiar recae mayoritariamente en las mujeres. Actualmente, se observa una tendencia creciente en la valorización del autocuidado y la salud integral, a raíz de la creciente preocupación por el desgaste físico, mental y emocional que sufren aquellos que asumen labores de cuidado de manera informal. Esta situación se agrava por la falta de apoyo institucional y la invisibilización del esfuerzo que estas personas realizan de forma continua, evidenciando la necesidad de intervenciones que promuevan redes de apoyo y estrategias de autocuidado.

Resulta fundamental comprender y abordar las implicaciones de la sobrecarga que sufren los cuidadores primarios informales, situación que se traduce en un deterioro progresivo de su salud física, mental y social. En la Colonia San Miguel Teotongo, CDMX, donde la mayoría de estos cuidadores son mujeres a quienes se les asigna tradicionalmente el rol de cuidadoras, se evidencia cómo la exigencia constante (derivada de una atención continua de 24 horas y sin el

apoyo institucional suficiente) impide el autocuidado necesario. Este escenario genera una acumulación de estrés, insomnio, ansiedad y fatiga, afectando no solo a nivel personal sino también las relaciones familiares y sociales. La carencia de estrategias formales para mitigar estos efectos convierte este fenómeno en un problema social y de salud pública que demanda intervenciones psicosociales para promover mejores hábitos y redes de apoyo.

Estudios previos y la experiencia práctica en el ámbito del cuidado primario informal han evidenciado consistentemente la alta carga física, emocional y financiera que enfrentan los cuidadores, en especial aquellos pertenecientes a contextos vulnerables. La revisión de esta literatura destaca cómo, a nivel mundial, se registra un patrón de desgaste debido a la atención continua y la falta de apoyo estructurado, lo que se traduce en problemas como el estrés crónico, insomnio y deterioro de la calidad de vida. Adicionalmente, la experiencia práctica acumulada en ámbitos similares al de la Colonia San Miguel Teotongo ha permitido observar de primera mano cómo los roles de género tradicionales, en los cuales las mujeres asumen en mayoría la responsabilidad del cuidado, intensifican estas problemáticas. Esta vivencia empírica en el campo refuerza la relevancia de diseñar intervenciones psicosociales y estrategias de autocuidado que respondan a las necesidades específicas de este sector. La confluencia de estos estudios previos y la experiencia práctica no solo fundamenta teóricamente esta investigación, sino que también orienta el desarrollo de acciones concretas para mejorar el bienestar de los cuidadores primarios, permitiendo evidenciar las lagunas existentes en el apoyo institucional y comunitario.

Entender esta problemática no solo enriquece el conocimiento teórico, sino que también ofrece herramientas clave para afrontar los múltiples desafíos que enfrentan los cuidadores primarios. Es imperativo contar con un conjunto de herramientas integrales que aborden tanto el autocuidado individual como la necesidad de soporte comunitario. Entre estas herramientas se destacan:

- **Técnicas de mindfulness y relajación:** Estas prácticas ayudan a enfocar la atención en el presente, reducen la ansiedad y facilitan la gestión del estrés, lo que resulta en una respuesta fisiológica y emocional más equilibrada.
- **Programas de autocuidado:** Se desarrollan estrategias y rutinas que promueven hábitos saludables, como un sueño adecuado, la alimentación equilibrada, la actividad física regular y momentos específicos de recreación.
- **Intervenciones psicosociales basadas en teorías como la Teoría Polivagal:** Esta perspectiva ofrece un marco para comprender y regular las respuestas al estrés, permitiendo a los cuidadores identificar y mitigar los efectos negativos de la sobrecarga.
- **Fortalecimiento de redes y apoyo comunitario:** El establecimiento de grupos de apoyo, asesorías y servicios especializados contribuye a crear un entorno que potencia la resiliencia y la integración social, ofreciendo un espacio para compartir experiencias y estrategias de afrontamiento.

Estas herramientas, al combinar intervenciones individuales y grupales, permiten una aproximación holística para mejorar la calidad de vida de los cuidadores, reduciendo el impacto negativo de la sobrecarga y fortaleciendo tanto su salud física como emocional.

En la Colonia San Miguel Teotongo, la labor constante y a menudo ininterrumpida que desempeñan las cuidadoras primarias informales se ve agravada por la falta de apoyo institucional y la asignación tradicional de roles de género. Esta situación provoca un notable deterioro en su bienestar físico, emocional y social, al reducir drásticamente el tiempo y los recursos destinados a su autocuidado. Así, el estudio se motiva en la urgente necesidad de revertir este desequilibrio mediante intervenciones psicosociales que restauren la calidad de vida de estas mujeres.

Como lo evidencia Salazar (2022), la carga emocional y física que soportan las cuidadoras sin apoyo adecuado genera efectos adversos que pueden afectar la salud a largo plazo. Este hallazgo enfatiza la urgencia de implementar intervenciones que no solo reconozcan, sino que mitiguen activamente estos efectos. El presente trabajo se orienta hacia el logro de objetivos claros: identificar y analizar las causas principales de la sobrecarga de los CPI y evaluar su impacto en la Colonia San Miguel Teotongo, CDMX, México. Para ello, se pretende aplicar un enfoque cuasi experimental pre-post para la evaluación psicosocial que combine la revisión de la literatura, el análisis crítico y, en algunos casos, la aplicación de métodos empíricos. Esta metodología permitirá obtener una visión integral del fenómeno y generar aportes significativos tanto para la academia como para la práctica profesional.

La estructura de esta tesina se organiza en 10 capítulos. En el segundo capítulo se exponen los fundamentos teóricos y el estado actual del conocimiento en relación con los CPI y las teorías, como la Teoría Polivagal y la Teoría del Desarrollo Humano, lo que sirve de base para la formulación del problema de investigación. El quinto capítulo describe la metodología empleada para la recolección y el análisis de los datos, resaltando la pertinencia de los instrumentos y técnicas seleccionadas. Los capítulos siguientes están dedicados a la presentación y discusión de los hallazgos, para finalmente concluir con una síntesis de los resultados, la reflexión sobre las implicaciones de la investigación y la propuesta de líneas futuras de estudio.

2. Marco teórico

2.1 Primera Etapa

2.1.1 Psicología Social Comunitaria

La Psicología Social Comunitaria es una rama de la psicología que se centra en comprender e intervenir en los procesos sociales y comunitarios, poniendo especial énfasis en la acción colectiva, la participación ciudadana y la transformación de las condiciones de vida. Se fundamenta en la idea de que los individuos no existen en aislamiento, sino que forman parte de comunidades cuya realidad social, cultural y política influye de manera directa en su salud mental y bienestar. Por ello, más que intervenir a nivel individual, esta disciplina busca fortalecer las capacidades de los grupos y promover el empoderamiento y la autogestión dentro de sus contextos (Yela & Calderón, 2017).

Además, la psicología social comunitaria es una perspectiva inter y transdisciplinaria que integra herramientas teóricas y metodológicas provenientes de la sociología, la antropología y la filosofía, entre otras. Este enfoque permite analizar las relaciones de poder, los procesos de exclusión social y las dinámicas comunitarias desde una óptica crítica y comprometida con la justicia social. Utilizando metodologías participativas, los profesionales en este campo trabajan en conjunto con los miembros de la comunidad para identificar necesidades, desarrollar estrategias de intervención y generar cambios estructurales que favorezcan la equidad y el bienestar colectivo (Guzmán, 2018).

Por otro lado, algunos autores y organismos han destacado que la psicología social comunitaria se orienta a la promoción de la salud mental no solo como ausencia de enfermedad, sino como un estado de bienestar integral. Esto se logra a través de la construcción de redes de apoyo y la participación activa de la comunidad en la toma de decisiones, lo que, a su vez,

contribuye a la transformación de entornos adversos en espacios de crecimiento y convivencia saludable (Colegio de Psicólogos, s.f.).

2.1.2 Investigación Acción Participativa

La Investigación Acción Participativa (IAP) tiene sus orígenes en el trabajo pionero de Kurt Lewin (1946) quien propuso inicialmente el nexo entre Investigación y Acción (IA), influenciado en parte por sus observaciones de comunidades y grupos religiosos en los Estados Unidos, quienes despliegan un gran espíritu de auto ayuda en el proceso de solucionar los problemas y atender a las necesidades de los miembros de la comunidad. El método de Lewin partía de la teoría psicosocial y proponía combinar teoría y práctica en la investigación-acción a través del análisis del contexto, la categorización de prioridades y la evaluación.

En la IAP se juegan tres papeles importantes tenemos la investigación que invita a qué se documente la historia de las experiencias de la comunidad y analizar las problemáticas actuales que enfrente está comunidad, así como sus consecuencias. La segunda es la estrategia participativa en la que ya ubicadas las problemáticas y necesidades se buscan estrategias para la acción y los participantes aprenden a desarrollar una conciencia sobre las causas de los problemas, descubriendo el potencial de tomar acciones. La tercera es la acción en la que los participantes crean soluciones a las problemáticas basándose en sus recursos y herramientas siendo solidarios con más participantes y grupos.

2.1.3 Teoría Fundamentada

La teoría fundamentada se erige como una metodología incondicional que ha reconfigurado la forma en que los investigadores desentrañan las complejidades de la experiencia humana.

Este enfoque, desarrollado por Barney G. Glaser y Anselm L. Strauss en la década de 1960, proporciona un marco sistemático para generar teorías a partir de datos empíricos. Los

métodos de la teoría fundamentada consisten en derivar sistemáticamente teorías a partir de datos cualitativos, lo que facilita una comprensión profunda de fenómenos complejos.

La propuesta de Glaser y Strauss surge en un contexto dominado por la perspectiva positivista, donde la investigación cualitativa era demeritada y los métodos cuantitativos habían ganado terreno en la investigación en la sociología. De esta manera, su propuesta fue considerada como un progreso ante las perspectivas dominantes de la época, pues cuestionaba la metodología y proponía nuevas estrategias. Asimismo, su trabajo ayudó a posicionar a la investigación cualitativa como métodos capaces de comprender y explicar los fenómenos, y no solamente como estudios que se limitaban a un marco descriptivo.

2.1.4 Teoría Polivagal

La Teoría Polivagal es un modelo neurofisiológico desarrollado por Stephen Porges que pretende explicar, en un marco evolutivo, cómo el nervio vago—parte esencial del sistema nervioso autónomo—regula nuestras respuestas emocionales, comportamentales y fisiológicas ante el entorno. Su propuesta parte de la idea de que nuestro organismo no se limita a una dicotomía simple entre activación simpática (lucha o huida) y parasimpática (reposo y digestión), sino que, en lo que respecta a la rama parasimpática, existe una diferenciación funcional y filogenética fundamental que condiciona cómo nos relacionamos socialmente y cómo respondemos al estrés (Porges, 2001; 2007).

La teoría distingue dos ramas principales del nervio vago:

1. **Rama ventral:** relacionada con la conexión social y la comunicación, esta vía se activa en contextos percibidos como seguros. Cuando lo hace, favorece un estado de calma que facilita la interacción, el compromiso y la autorregulación emocional. Este circuito es más reciente, evolutivamente hablando, y es característico de los mamíferos, permitiendo respuestas complejas y adaptativas en situaciones sociales (Porges, 2001; 2007).

2. **Rama dorsal:** asociada a respuestas de “congelamiento” o inmovilización, su activación se observa en situaciones donde la amenaza resulta abrumadora y conduce a comportamientos defensivos. Este mecanismo se interpreta como una respuesta de protección que, en contextos extremos, reduce la actividad metabólica y la interacción con el entorno, permitiendo al organismo “desconectarse” de estímulos potencialmente dañinos (Porges, 2001; 2007).

Uno de los pilares de la Teoría Polivagal es el concepto de neurocepción, definido como la capacidad inconsciente del sistema nervioso para evaluar el entorno en busca de señales de seguridad o peligro. Según Porges, esta evaluación automática influye decisivamente en la activación de uno u otro circuito vagal:

- Una “neurocepción” de seguridad activa la rama ventral, optimizando la atención, el compromiso social y la comunicación.
- En contraste, la detección de peligro conduce a la activación de mecanismos defensivos, ya sea mediante la movilización (a través del sistema simpático) o mediante respuestas de inmovilización a través de la rama dorsal (Porges, 2001; 2007).

En el ámbito terapéutico, la Teoría Polivagal ha tenido un impacto significativo, especialmente en el tratamiento del trauma. Muchos enfoques terapéuticos se han orientado a restablecer un estado de seguridad en los pacientes, promoviendo intervenciones que estimulan la activación de la rama ventral para favorecer la conexión social y la autorregulación emocional. Esta perspectiva ha servido de base para intervenir en trastornos relacionados con el estrés, el trauma y otros desequilibrios emocionales (Domínguez, 2012).

Sin embargo, es importante señalar que, a pesar de su popularidad clínica, la teoría también ha recibido críticas por la falta de evidencia empírica sólida en algunos de sus aspectos y por ciertos planteamientos que resultan difíciles de someter a pruebas experimentales rigurosas.

Algunos investigadores señalan que, si bien el modelo ofrece un marco atractivo para comprender las respuestas fisiológicas y emocionales, aún se requieren estudios adicionales para confirmar la validez de todas sus propuestas y para establecer una relación causal directa entre la activación de cada rama y comportamientos específicos (Sánchez, 2024).

Por lo que, la Teoría Polivagal, propone una visión jerárquica y evolutiva del sistema nervioso autónomo, subrayando el papel diferencial del nervio vago en la modulación de las respuestas al estrés y en la facilitación de la comunicación social. Esta perspectiva innovadora no solo ha ampliado el entendimiento sobre la interacción entre cuerpo y mente, sino que también ha moldeado nuevas estrategias terapéuticas. A la vez, invita a la comunidad científica a abordar sus controversias y a profundizar en la investigación para validar y refinar sus postulados.

2.1.5 Teoría Ecológica del Desarrollo Humano

La Teoría Ecológica del Desarrollo Humano es un marco teórico formulado por Urie Bronfenbrenner que plantea que el desarrollo de las personas se produce a partir de la interacción dinámica y bidireccional entre el individuo y los múltiples contextos o sistemas ambientales que lo rodean. Esta teoría se fundamenta en la idea de que ningún ser humano se desarrolla en aislamiento, sino que está inmerso en una red compleja de relaciones y entornos que influyen, de manera directa o indirecta, en su crecimiento cognitivo, emocional, social y físico.

Bronfenbrenner estructuró los ambientes influyentes en el desarrollo humano en varios niveles interrelacionados:

1. **Microsistema:** este es el entorno inmediato del individuo, donde se establecen las interacciones cara a cara. Incluye espacios como la familia, el grupo de amigos, la escuela y otros entornos donde se produce la socialización y la transmisión de experiencias diarias. La calidad de estas interacciones es crucial para el establecimiento de vínculos afectivos, la formación de la identidad y el aprendizaje básico (Bronfenbrenner, 1979).

2. **Mesosistema:** el mesosistema se refiere a las interrelaciones entre dos o más microsistemas. Por ejemplo, la relación entre la familia y la escuela o entre los amigos y la comunidad. La coherencia y la calidad de las conexiones entre estos entornos pueden potenciar o, en algunos casos, dificultar el desarrollo del individuo, ya que establecen una red de apoyo o, por el contrario, pueden generar tensiones al transmitir mensajes contradictorios (Bronfenbrenner, 1979).
3. **Exosistema:** abarca aquellos entornos en los que el individuo no participa de manera directa, pero que tienen un impacto significativo en su vida. Ejemplos de exosistema son el lugar de trabajo de los padres, las políticas gubernamentales, la estructura de los servicios comunitarios o los medios de comunicación. Las decisiones y cambios en estos contextos pueden influir en el bienestar y las oportunidades disponibles para el individuo, afectando su entorno inmediato de manera indirecta (Psicología y Mente, 2015).
4. **Macrosistema:** este nivel engloba el conjunto de valores, creencias, normas culturales y aspectos socioeconómicos de la sociedad en la que se desarrollan los otros sistemas. El macrosistema establece el marco ideológico y estructural dentro del cual se interpretan y viven las experiencias de los individuos. Las influencias derivadas de este nivel moldean los contextos y pueden variar significativamente de unas culturas a otras, condicionando la forma en que se entienden y priorizan aspectos como la educación, la familia y la interacción social (Bronfenbrenner, 1979).
5. **Cronosistema:** introducido para abarcar la dimensión temporal, el cronosistema se refiere a los cambios y transiciones a lo largo del tiempo, tanto en el ámbito personal como en el social. Este sistema analiza cómo eventos vitales importantes (por ejemplo, la entrada a la escuela, la pubertad o crisis familiares) y cambios sociohistóricos (como avances

tecnológicos, crisis económicas o transformaciones políticas) afectan y reconfiguran los otros sistemas ambientales a lo largo del desarrollo (Psicología y Mente, 2015).

La teoría ecológica del desarrollo humano permite comprender que el crecimiento no es el resultado exclusivo de factores intraindividuales o biológicos, sino que es un proceso contextual en el que el entorno juega un papel fundamental. Esto ha permitido a profesionales de la educación, la psicología y las políticas sociales diseñar intervenciones y estrategias que aborden no solo las características personales, sino también las influencias del entorno. Por ejemplo, una familia con buenos recursos afectivos y económicos (microsistema) que se comunica eficazmente con el entorno escolar (mesosistema) favorecerá un desarrollo más integral en comparación con contextos marcados por la inestabilidad o la desconexión entre sus entornos (Bronfenbrenner, 1979; Psicología y Mente, 2015).

Entonces, la Teoría Ecológica del Desarrollo Humano ofrece una visión holística y contextualizada del crecimiento individual, subrayando la importancia de las múltiples capas de influencia ambiental. Al considerar factores inmediatos, interrelacionados, indirectos, culturales y temporales, este modelo permite entender de forma más completa las complejidades del desarrollo humano y orienta intervenciones que promueven ambientes saludables y de apoyo para el bienestar integral.

2.1.6 Trabajo del cuidador

El trabajo del cuidador es demandante y es importante saber y reconocer el esfuerzo que esto conlleva al atender las necesidades físicas, sociales y emocionales de una persona que no puede hacerlo por sí misma. Asumiendo de esta forma un trabajo de tiempo completo que podría llegar a desgastar en uno mismo sus cuidados e incluso sus relaciones personales; los principales problemas que enfrentan estas personas incluyen falta de apoyo de otros familiares,

comunicación insuficiente a nivel familiar y médica, modificación de su estilo de vida; además del deterioro en las relaciones intrafamiliares, situaciones personales, y salud mental y física.

Es importante que los cuidadores primarios busquen mantener un cuidado en ellos mismos y buscar mantener un equilibrio entre su vida personal y el ser cuidado:

- Se cuide a sí mismo: Descansar, alimentarse bien, y hacer actividades que le gusten para evitar el desgaste.
- Busque apoyo: Hablar con otros cuidadores, profesionales de la salud, o grupos de apoyo.
- Sepa cuándo pedir ayuda: No dudar en pedir ayuda a familiares, amigos, o servicios de apoyo.

2.1.7 Cuidadores Primarios

La atención y cuidado de personas dependientes ya sean mayores, enfermos crónicos o con discapacidad, es un tema cada vez más relevante en nuestra sociedad. Los cuidadores primarios, generalmente familiares o amigos cercanos, juegan un papel fundamental en la provisión de cuidados y apoyo a estas personas. La importancia de las actividades y la postura que toman las personas cuidadoras es muy grande y tiene impactos tanto positivos como negativos en sí mismos algunos aspectos negativos podrían ser la salud física y la salud mental en los cuidadores.

Evidentemente el cuidador primario no cuenta con formación en salud, ni recibe remuneración económica y cumple con este papel sin someterse a normas de horario ni de procedimientos, situación que se logra por un sentido de obligación fusionado con afectividad, invariablemente por el vínculo tan estrecho de convivencia. (Iztapalapa,2014)

Ruiz, retomó la definición que desarrolló Feldberg en España sobre el cuidador informal principal quien la define como “aquella persona principal responsable del cuidado no profesional del paciente. Reside en su gran mayoría en el mismo domicilio del enfermo, debe estar siempre

disponible para satisfacer sus demandas y no recibe retribución económica alguna por la función que desempeña”, definición que también queda obsoleta porque en España y en EU se gratifica al familiar que presta cuidados a su familiar.

Un cuidador es una persona que se encarga de personas mayores, con problema físicos o que cuente con problemas de movilización o que no pueda desempeñar acciones por sí solas, estas personas suelen presentar desafíos a lo largo del apoyo brindado ya que suelen no recibir remuneración alguna complicándose a su vez por el hecho de realizar tareas como la administración de medicamentos, bañar y vestir a la persona y encargarse de los quehaceres domésticos; hacer las comidas, transportación del afectado, recolección de medicamentos, alimentos, etc.(IMSS, 2024).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1999 define al cuidador primario como “la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo, en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y a cubrir necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta”. En este mismo sentido encontramos a otros autores como Domínguez, quien dice que “el cuidador es aquella persona que de forma cotidiana se hace cargo de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo o lo supervisa en su vida diaria”, “El cuidador es aquella persona que de forma cotidiana se hace cargo de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo o lo supervisa en su vida diaria”

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 100 millones de personas en todo el mundo cuidan a un familiar o amigo con necesidades de atención a largo plazo. En [país/región], este número es significativamente alto, lo que subraya la necesidad de abordar los desafíos y necesidades de los cuidadores primarios.

Mientras que, en México a pesar de considerarse al cuidador informal como un fenómeno social y cultural, prácticamente son escasos los estudios realizados dentro de las instituciones hospitalarias, esto pudiera ser debido a que es una población que cursa desapercibida, es invisible

y no se le reconoce por el propio sistema institucional de salud, debido a que su actividad además de cubrir las necesidades básicas del paciente, realizan una actividad que el personal de salud no tiene tiempo para desarrollar y esta corresponde a los afectos y emociones, ofreciendo cariño, cuidados o presencia al adulto mayor que tanto lo necesita, es una actividad que contribuye a compensar lagunas y carencias del sistema formal de salud, se ha señalado que el 88% en el cuidado de la salud lo ofrecen los cuidadores informales y sólo el 12% lo dedica el sistema formal.

Se puede observar una variable de vulnerabilidad en cuestión de los programas sociales que puede ofrecer el gobierno o programas gratuitos para esta población los estudios son escasos y la información y visibilidad que tienen no es demasiada.

2.1.8 Grupos de Apoyo Social

En esencia, los grupos de apoyo son un conjunto de personas que se reúnen en un lugar determinado y en un horario determinado donde pueden discutir y hablar del problema o situación en común que tengan. Aquí expresan y comparten experiencias que puedan ayudar a los demás integrantes, así como también recibir ayuda y experiencia del grupo, con el fin de crear una red de ayuda conjunta, además de crear un ambiente seguro.

Los grupos de apoyo son ejecutados por uno o más moderadores y usualmente están mediados por un profesional. Además, los grupos pueden ser cerrados o abiertos; el primero posee la característica de que, para acceder a ellos, deben inscribirse y, una vez iniciados ya no puede acceder alguien más; mientras que, en el segundo, cualquier persona puede participar libremente en el grupo y puede asistir o dejar de hacerlo en el momento que quiera (Castillero Mimenza, 2017).

Pertenecer a un grupo de apoyo social trae consigo muchos beneficios, por ejemplo, cuando las personas se encuentran en un lugar seguro donde pueden externar sus pensamientos, preocupaciones y sentimientos sobre la situación que atraviesan, el grupo, al compartir una situación igual o similar, comprenderá su situación y este le brindará el apoyo que la persona

requiera, así sea con un abrazo, palabras de aliento o simplemente escuchándole. Así mismo, las personas no se sentirán solos y verán que existen más personas que han vivido o están viviendo lo mismo que ellas. En este punto es importante hacerles saber a los participantes del grupo que todo quedará en el grupo y nada saldrá de ahí, esto para garantizar un lugar seguro y de confianza donde puedan seguir compartiendo sus pensamientos, sentimientos y problemas.

Además, al encontrarse en un grupo donde los integrantes están pasando o han pasado por la misma situación o una similar, las personas pueden compartir información sobre cómo están confrontando o han confrontado dicha situación para ayudar a los demás a que puedan encontrar una solución mejor. Esto permite que los integrantes del grupo puedan ampliar sus perspectivas y puedan adquirir estrategias para afrontar de mejor manera su situación actual. En concreto con el presente informe, el grupo de apoyo social les permite a las CPI a compartir experiencias con el grupo, con el fin de mejorar su situación o afrontarla de una mejor manera.

2.1.9 Evaluación de bienestar psicosocial

La salud es un estado integral que va mucho más allá de la ausencia de enfermedades. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025), la salud se define como "un estado de completo bienestar físico, mental y social". Esto significa que, para considerarse verdaderamente saludables, las personas deben experimentar un equilibrio satisfactorio en diversas áreas de su vida, no solo en el aspecto físico.

Por otro lado, el bienestar es un concepto aún más amplio y subjetivo. Se refiere a la percepción personal de seguridad, felicidad y realización en la vida. Mientras que la salud puede ser evaluada con indicadores objetivos (como la presión arterial, el nivel de actividad física o los análisis clínicos), el bienestar abarca cómo nos sentimos en nuestro día a día, nuestro nivel de satisfacción, el equilibrio emocional y la calidad de nuestras relaciones sociales.

Mantener ambos requiere un enfoque holístico que combine cuidados médicos, prácticas de autocuidado, apoyo social y, sobre todo, la búsqueda de un balance en nuestras actividades y relaciones. Este enfoque integral es esencial no solo para prevenir enfermedades, sino para vivir de manera plena y satisfactoria, por lo que ahondaremos en estrategias que han comprobado aumentar el bienestar y reducen el malestar.

2.1.10 Regulación Emocional.

La regulación emocional se refiere a la capacidad de identificar, comprender y manejar nuestras emociones de modo que podamos responder de manera adaptativa a las situaciones que enfrentamos. Es un proceso complejo que puede funcionar tanto de forma consciente como automática, permitiéndonos modificar la intensidad y la expresión de nuestras emociones. Esto implica desde la reevaluación cognitiva de una situación hasta el uso de técnicas de relajación o mindfulness que ayudan a mitigar el impacto de emociones intensas. Esta habilidad es fundamental para mantener un equilibrio mental y mejorar nuestra calidad de vida. Cuando somos capaces de regular nuestras emociones, podemos disminuir la influencia del estrés y la ansiedad, lo que nos ayuda a tomar decisiones más racionales y a resolver conflictos de manera más constructiva. Además, contar con una buena regulación emocional favorece la capacidad para adaptarse a cambios y desafíos, lo que se traduce en una mayor resiliencia personal y una salud mental más sólida a lo largo del tiempo.

En el caso de los CPI, la regulación emocional adquiere una importancia especial. Estos cuidadores, al enfrentarse a situaciones de alta tensión y desgaste constante, pueden beneficiarse enormemente del desarrollo de estrategias que les permitan manejar sus propias emociones de manera efectiva. Al aprender a identificar y gestionar su estrés y ansiedad, no solo pueden reducir los riesgos de experimentar burnout -un estado de fatiga física, emocional y mental a causa de un estrés prolongado, conocido como el síndrome de agotamiento-, sino que también crean un

ambiente emocionalmente estable que repercute de forma positiva en la persona que cuidan. De esta manera, ellos mismos se convierten en un modelo de manejo adaptativo de las emociones, promoviendo un entorno que favorece el bienestar de ambos.

En definitiva, la regulación emocional no solo es una herramienta vital para alcanzar el equilibrio personal, sino que también tiene un impacto directo en la calidad de las relaciones y en la gestión de entornos emocionalmente exigentes, como es el caso de la atención informal. Como ya se mencionó, la regulación emocional se puede “obtener” o mejorar con la ayuda de técnicas de relajación y/o mindfulness.

2.1.11 Técnicas de relajación.

La relajación es esencial para nuestro bienestar, ya que ayuda a regular el metabolismo, el ritmo cardíaco y la respiración. Según el profesor Víctor Manuel Rodríguez Molina de la Facultad de Medicina de la UNAM (2024), la relajación permite desconectar la mente de situaciones tensas y liberar tensiones musculares causadas por el estrés. La importancia de aprender a relajarse es muy importante, pues algunos de los beneficios de la relajación incluyen la disminución de la tensión, la reducción de la contracción muscular, la mejora en la concentración, la regulación de hormonas relacionadas con el estrés, y una mejor calidad del sueño. Además, la relajación puede ayudar a controlar la presión arterial, reducir riesgos cardiovasculares, mejorar la oxigenación de tejidos y cerebro, y fortalecer el sistema inmunológico.

Algunas técnicas de relajación incluyen la imaginería o visualización, la relajación muscular progresiva, la respiración profunda y el entrenamiento autógeno. Estas técnicas deben realizarse en ambientes tranquilos y cómodos para maximizar sus beneficios, además, es fundamental practicar la relajación de manera integral y consistente, dedicando entre 10 a 15 minutos al menos tres veces al día. La relajación y la meditación son conceptos distintos;

mientras que la relajación se centra en aliviar tensiones, la meditación busca vaciar la mente y requiere una concentración plena.

2.1.12 Atención plena o Mindfulness.

En cuanto a la meditación y la concentración plena, existe una práctica llamada atención plena o mindfulness. La atención plena, o mindfulness, es una práctica que consiste en prestar atención de manera intencional y sin juzgar al momento presente. Se trata de ser consciente de tus pensamientos, emociones y sensaciones corporales, así como del entorno que te rodea. Esta práctica tiene sus raíces en las tradiciones budistas, pero en la actualidad se ha popularizado en todo el mundo como una técnica para reducir el estrés, mejorar la concentración y promover/aumentar el bienestar general. Aunque el origen del mindfulness se remonta a hace más de 2,500 años, ha sido objeto de un creciente interés científico y se ha estudiado ampliamente en contextos de salud y bienestar en las últimas décadas.

Uno de los pioneros en la investigación del mindfulness en Occidente es Jon Kabat-Zinn, quien desarrolló el programa de Reducción de Estrés Basado en Mindfulness (MBSR) en la década de 1970. Este programa ha demostrado ser eficaz para reducir el estrés, la ansiedad, el dolor crónico y otros problemas de salud mental y física. Además, se ha desarrollado la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT), que ha mostrado resultados positivos en el tratamiento de la depresión. La investigación sobre el mindfulness ha continuado creciendo, y hoy en día se utiliza en una variedad de campos, incluyendo la psicología, la educación y la medicina. Los estudios han demostrado que la práctica regular del mindfulness puede mejorar la atención y la regulación emocional, así como también ayuda a reducir el estrés, mejora la calidad de sueño, aumenta la autocompasión y el bienestar en general.

2.1.13 El papel del cuidador y su importancia. ¿Cómo repercute el cuidado en la vida?

La sobrecarga que soporta el cuidador, una vez superados los recursos disponibles, puede repercutir de forma negativa sobre su salud, siendo numerosos los trabajos publicados en los que se reflejan dichas repercusiones negativas, destacando por su frecuencia las referidas al malestar psíquico (principalmente ansiedad y depresión), aunque también se han descrito repercusiones importantes en otras esferas como la salud física, el aislamiento social, la falta de tiempo libre, la calidad de vida o el deterioro de la situación económica, dando lugar a lo que algunos autores han dado en denominar síndrome del cuidador.

Como se ha mencionado el papel que desempeña un cuidador puede llegar a ser extenuante y a ocupar todo su día, así como la mayor parte de su atención se centra en su persona dependiente generando así que las personas lleguen a descuidar su salud o sus relaciones sociales y justo son estos problemas que llegan a generar dificultades en sus vidas por lo que la buena orientación para tener tiempo para ellos mismos puede llegar a ser muy útil.

2.1.14 Ejercicios de control de la activación

Las técnicas de control de la activación los psicólogos las utilizan para inducir en el organismo estados de relajación. En diferentes investigaciones que se han realizado se ha demostrado su eficacia en el tratamiento de insomnio, hipertensión, cefaleas tensionales, asma bronquial, fobias y tensión en general, ya sea causada por motivos laborales o personales. También se utilizan como técnicas complementarias a la psicoterapia para ansiedad a hablar en público, ansiedad generalizada, colon irritable, dolor crónico y las disfunciones sexuales.

La utilización de estas técnicas trae consigo diferentes estímulos que ayudan a reducir los niveles de estrés y mejorar la salud. Una de las técnicas utilizadas fue el control de la respiración:

Una respiración correcta que permita la oxigenación del organismo se ve dificultada por las posturas de la vida cotidiana, los ritmos de vida, las ropas y las situaciones de estrés que

posibilitan patrones de respiración acelerados. Los ejercicios de respiración están dirigidos a ejercer un control voluntario sobre la respiración. Hay que entrenar al paciente a tasas bajas de inspiración caracterizada por tasas bajas de inspiración, volúmenes elevados de aire y respiraciones predominantemente abdominales, lo que incrementaría el control parasimpático, con descensos importantes en la tasa cardíaca. Una vez realizado esto se animará al paciente a practicar la respiración en diferentes situaciones y posturas con el fin de automatizar y generalizar esta forma de respirar a la mayoría de las situaciones de su vida.

2.1.15 Organización del tiempo

Este tema fue elegido para lograr hacer una identificación en primer lugar del tiempo que dedicaban a su persona dependiente y el tiempo que se utilizaba para ellos mismos, lo importante es saber organizar sus tareas de manera eficaz, pero de igual forma tener tiempo para ellos como para tener un hobby o simplemente mantener un descanso y también tener establecidas horas de comida y cuidado personal para ayudar a un mayor bienestar.

Algunas opciones para mejorar esta organización son:

- Establecer prioridades: crear una lista de tareas diarias y marcar las más importantes es una de las piedras angulares de una gestión eficaz del tiempo
- Tomar conciencia temporal: tener claro qué tiempo habrá que dedicar a cada tarea es fundamental. La técnica del timeboxing, por ejemplo, aboga por dividir tareas grandes en otras más pequeñas y asignarles tiempos razonables para su finalización con el fin de optimizar el tiempo
- Planificación de tareas: emplear herramientas de gestión de tiempo puede ayudar a poner orden y existen multitud de aplicaciones destinadas a optimizar la jornada laboral y los

procesos. Asignar fechas límite a las tareas, por ejemplo, permite visualizar mejor la carga de trabajo y evitar la procrastinación.

- Establecer metas diarias y semanales: definir objetivos claros es otro consejo básico para la gestión del tiempo en el trabajo. En proyectos a largo plazo, establecer hitos semanales contribuye a mantener el enfoque y la motivación. ()

2.1.16 Límites a la persona dependiente

La falta de límites suele llevar a una serie de problemas emocionales, como el resentimiento, el agotamiento, la ansiedad y la pérdida de identidad. Sin ellos, se hace fácil absorber las emociones y problemas de los demás, comprometiendo nuestro propio equilibrio.

Cuando establecemos límites claros fomentamos el respeto mutuo, ya que sabemos lo que es aceptable y lo que no; mejoramos nuestra autoestima al reconocer nuestras propias necesidades; reducimos la dependencia emocional, promoviendo la autonomía; y finalmente, permiten una comunicación más clara y abierta.

Los límites son necesarios para lograr tener mejores relaciones y que la interacción sea mejor, así como mantener nuestros principios y valores de igual manera se tiene que ser conscientes de que otras personas también tienen límites que debemos aprender a respetar.

Algunas ideas para hacerlo de manera efectiva pueden ser:

- Reconoce tus necesidades y emociones: este es el primer paso para saber qué límites necesitas. Reflexiona sobre las situaciones en las que te sientes incómodo o sobrepasado y pregúntate qué podrías cambiar.
- Aprende a decir “no”: la capacidad de negarse es esencial para establecer límites. No tienes que dar explicaciones extensas ni justificarte; basta con expresar tus razones de manera breve y respetuosa.

- Comunica tus límites con asertividad: esto implica expresar lo que necesitas de una manera directa y clara, sin agresividad. Puedes usar frases como “me siento más cómodo cuando...”, o “prefiero que...”.
- No temas a los conflictos: establecer límites puede generar fricciones, especialmente si los demás no están acostumbrados a escucharte decir “no”. Sin embargo, el conflicto, cuando se maneja de manera adecuada, es una oportunidad para mejorar la relación.
- Practica el autocuidado: respétate y cuida de tu bienestar emocional y físico. Establecer límites es una forma de autocuidado que nos permite recargar energías y establecer relaciones más satisfactorias y diferenciarnos de los demás.(IBERO Puebla. (n.d.))

2.1.17 Solicitud de ayuda y apoyo

Algunas personas cuidadoras llegan a tener demasiada carga en su vida diaria y pueden llegar a necesitar ayuda, pero no sentirse a gusto con ello, el ser cuidador conlleva distintas necesidades de ayuda en cada fase. Estas necesidades también dependerán de con quién puede contar en su día a día la persona cuidadora y de las repercusiones que puedan tener determinados cambios de rol o de asunción de nuevas responsabilidades, más allá de las propias tareas relacionadas directamente con el cuidado. Por ello, son diversas las formas en que la persona cuidadora puede recibir ayuda:

- Ocuparse de la persona dependiente en ciertos momentos, para que quien la cuida pueda dedicar ese espacio a sus propias necesidades.
- Ofrecer apoyo escuchando a la persona cuidadora para proporcionarle un espacio en el que pueda desahogarse y compartir sentimientos íntimos.
- Acompañar a la persona cuidadora en actividades de ocio si así lo desea.

- Enseñar a quien cuida habilidades o tareas útiles para el manejo de quehaceres cotidianos que puedan suponer para esta persona una novedad: hacer la colada, cocinar, gestionar cuentas, planchar...
 - Hacer recados, compras, etc. que la persona cuidadora precise y no pueda encargarse ella misma.
 - Realizar trámites y gestiones que disminuyan el número de tareas pendientes de la persona cuidadora.
 - Ofrecer apoyo económico.
 - Recabar información práctica y válida sobre recursos sociales, subvenciones...
 - Asistir a sesiones de terapia, individuales o grupales, donde recibir apoyo psicológico.
- (Maragall, F. P, 2024)

2.1.18 Control de los sentimientos negativos

Las emociones negativas son aquellas que generan un malestar interno como la rabia, la tristeza, el miedo, la vergüenza, la culpa, o la timidez, como sabemos estas emociones pueden ocasionar un desequilibrio interior, cada emoción tiene una función importante para nuestra supervivencia que es necesario comprender.

Por el contrario, a lo que se podría pensar no es correcto estar encubriendo una emoción no tan agradable con emociones positivas esto solo llevaría a un punto de quiebre en algún momento por esto podríamos optar por hacer lo siguiente:

- Escucha a tu cuerpo
- Permítete sentir la emoción
- Ponle nombre a lo que estás sintiendo
- Identifica tu emoción primaria
- Evalúa si tu emoción primaria es o no saludable

De esta forma estamos dando su tiempo a la emoción, la entendemos y aprendemos de ella y de igual manera no se sobre piensa dicha emoción. (Alcea, 2024)

2.1.19 Emociones básicas

Las emociones son importantes debido a que no pasamos un solo día sin sentir las o experimentar alguna por lo tanto el tema es importante para lograr una identificación de estas emociones e incluso aprender que todas y cada una de ellas son válidas de sentir y ninguna debe de esconderse.

Aunque hay diferencias entre los autores acerca de las clasificaciones de las emociones básicas, una de las más aceptadas es la propuesta por Paul Ekman (1979), psicólogo pionero en el estudio de las emociones y su expresión facial. Según este autor, las 6 emociones primarias son: alegría, miedo, enfado, tristeza, asco y sorpresa.

De acuerdo con la teoría de Paul Ekman, las emociones primarias presentan una serie de características distintivas:

- Universales: Se experimentan en todas las culturas del mundo.
- Innatas: No se aprenden, sino que nacemos con la capacidad de sentir las.
- Adaptativas: Nos ayudan a responder de manera efectiva a diferentes situaciones.
- Expresión facial y corporal específica: Cada emoción se manifiesta con gestos y posturas particulares.
- Sensibles a la detección: Somos capaces de reconocerlas en nosotros mismos y en los demás.
- Provocan una respuesta fisiológica: Afectan el sistema nervioso y generan cambios físicos.
- Perduran a lo largo de la vida: Acompañan al ser humano desde la infancia hasta la vejez.

Es importante saber que todo lo que se siente en el día a día cumple una función importante para ti y que, aunque algunas emociones sean difíciles de experimentar, todas son igualmente valiosas.

2.1.20 Interacción familiar

La familia, es el núcleo de nuestro mundo emocional, lo que aporta el equilibrio psicoafectivo que uno necesita, pero puede también desestabilizarnos, ya sea por situaciones complicadas que van surgiendo en la vida como por pautas de interacción disfuncionales arraigados en la familia. Las pautas de interacción que uno aprende se extienden a lo largo de toda la vida y forma la realidad psíquica de cada uno, ya sea que nuestro modelo de familia entre en una definición de funcionalidad o disfuncionalidad.

Existen 5 modelos principalmente:

Modelo hiperprotector: Este modelo de familia se caracteriza por la atención afectiva, pero se encuentran constantemente con la necesidad de buscar cualquier aspecto que va mal para poder solucionarlo cuanto antes.

Democrático-permisivo: Los padres imponen reglas que se puede pactar y que se pueden hablar con los hijos, pero no se plantean consecuencias serias que viene la ruptura de estas normas.

Sacrificante: En este tipo de familias, el discurso gira en torno a la idea central de que el deber de los padres es sacrificarse y se entra sin querer en el terreno de la culpabilización, ya que, si los hijos quieren vestir a la moda, tener estudios, etc., tienen que seguir sacrificándose y perderse muchas cosas.

Intermitente: En este modelo, la interacción está cambiando constantemente. Esta no sigue un modelo determinado, es decir, se pueden ir alternando entre las conductas democráticas-permisivas a sacrificante. No sigue un patrón determinante y esto se extiende a toda la familia.

Delegante: Ocurre cuando se delega el peso de la educación de los hijos en terceros, como puede ser en el caso de los abuelos.

Autoritario: Es el modelo relacional en el que uno de los padres intenta de ejercer el poder sobre los hijos. A los hijos, generalmente, no se les permite el espacio para poder hablar. (Admin, 2021)

Es importante identificar estos tipos de integración en las familias por qué ayudan a saber que situaciones podemos mejorar para que nuestras relaciones familiares sean mejores así como para lograr poner límites e incluso empatizar mejor con nuestros familiares.

2.1.21 Interacciones sociales

Las interacciones sociales son los vínculos creados por los seres humanos en su manera de convivencia grupal. Existen algunos tipos de interacción como:

De una persona con otra persona: Se produce cuando hablas con otra persona o cuando le envías un mensaje. También cuando recibes ese mensaje y decides reaccionar, o no, ante el estímulo.

Una persona con un grupo: Ocurre en el trabajo o en cualquier otro tipo de colectivo en el que participes.

Grupo de personas con otro grupo: En este caso, puede tratarse de un conflicto por competitividad o de cooperación. Todo dependerá de la situación específica y de los intereses de cada una de las partes implicadas.

2.1.22 Duelo

El duelo ocurre o se inicia inmediatamente después, o en los meses siguientes a la muerte de un ser querido y está limitado a un período de tiempo que varía de persona en persona (no se extiende a lo largo de toda la vida).

El duelo no siempre es consecutivo al fallecimiento. En múltiples casos el carácter previsible de la muerte del ser querido provoca una reacción emocional que se denomina “duelo anticipado”. Esta situación puede atenuar el choque emocional frente al deceso y facilitar la resolución del duelo posterior o bien estrechar la relación entre el moribundo y el doliente intensificando el posterior sentimiento de pérdida y complicando la correcta evolución.

La importancia de hablar este tema es aprender las etapas y poder asimilar esta información por si en algún momento la ocupan, sobretodo saber que es un proceso que se vive poco a poco y lo vive de diferente forma cada persona.

2.1.23 Depresión

La depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por la tristeza y el desánimo. Se asocia, además, con alteraciones físicas y cognitivas, ya que afecta al desarrollo funcional del paciente, así como a las relaciones sociales o al lenguaje.

El trastorno depresivo denominado mayor es el más frecuente, es a este al que nos referimos al hablar de depresión. Lo padecen en torno a un 7% de personas en el mundo, principalmente mujeres, y es tres veces más frecuente entre los 18 y 29 años, que en los mayores de 60 años.

El trastorno depresivo puede llegar a afectar a diferentes personas y es importante saber identificar y llevar un acompañamiento profesional para poder tratarlo. Para las personas cuidadoras es esencial estar informadas de este tema para ayudar y estar al tanto de como manejar la situación.

2.1.24 Psicosomatización

Los trastornos psicosomáticos son una condición en la cual los síntomas físicos se ven agravados por factores mentales.

Algunas condiciones físicas pueden verse agravadas por factores mentales, como el estrés y la ansiedad. El estado mental de una persona puede hacer que la condición física mejore o se deteriore en un momento dado. Muchas enfermedades y afecciones pueden verse influidas por el estado mental del paciente; sin embargo, algunas condiciones son más sensibles que otras al estado mental de una persona.

2.1.25 Identificación de las redes de apoyo

Las redes de apoyo social representan un aspecto importante en el bienestar de las personas mayores, a través de ellas pueden generar relaciones que sean de provecho y ayuden en momentos difíciles, por ejemplo:

- Continuar participando en la transformación de la sociedad.
- Sentido de pertenencia, las personas mayores se sepan integradas, valoradas, cuidadas y estimadas.
- Alternativa contra la depresión, el aislamiento y el abandono.
- Disminuye riesgo de malos tratos.
- Afecto, compañía, apoyo recíproco y fortalecimiento de la autoestima.
- Mantener la independencia y autonomía.

2.2 Segunda Etapa

2.2.1 Escritura Emocional Autorreflexiva

La Escritura Emocional Autorreflexiva (EEA) es una práctica en la que se utiliza la escritura como herramienta para explorar, comprender y gestionar nuestras emociones. No se trata simplemente de plasmar ideas o acontecimientos, sino de adentrarse en el mundo interno, describir lo que sentimos de manera sincera y sin censura, y posteriormente reflexionar sobre

esos sentimientos. Esta modalidad invita a la autorreflexión profunda, lo que puede facilitar el autoconocimiento, la sanación emocional y mejorar el bienestar psicológico.

En la práctica, normalmente se sugiere dedicar un tiempo determinado -por ejemplo, entre 15 y 20 minutos diarios- para escribir sin preocuparse de la forma, la estructura o la ortografía. Lo esencial es dejar fluir lo que se lleva dentro, permitiendo que las emociones, pensamientos y recuerdos se revelen en el papel. Este proceso puede generar nuevas perspectivas sobre situaciones difíciles, ayudando a reorganizar las experiencias y a fomentar la resiliencia ante el estrés o traumas pasados (Yedra Studio, 2023).

La propuesta se inspira en estudios y métodos de terapia de escritura, como los desarrollados por el psicólogo Ira Progoff o los experimentos en escritura expresiva de James Pennebaker, que han demostrado beneficios tanto a nivel psicológico como fisiológico. La escritura emocional autorreflexiva no solo promueve la liberación emocional, sino que también actúa como un espejo que nos permite vernos a nosotros mismos de manera más objetiva, facilitando la transformación personal y la mejora en la inteligencia emocional (Centro Médico El Pilar, 2021).

Además, esta técnica se utiliza en diversos ámbitos, desde la salud mental y la terapia psicológica hasta la mejora del rendimiento en entornos laborales, ya que fomenta entornos de mayor bienestar y autoconocimiento. La práctica continua puede convertirse en un hábito enriquecedor, ayudándonos a entender mejor nuestros patrones emocionales y a encontrar soluciones creativas a los retos personales.

Al aplicar la EEA es esencial aplicar la escucha activa. ¿Y qué es la escucha activa? Esta es una habilidad comunicativa que va más allá de simplemente oír las palabras de alguien. Se trata de prestar atención plena, sin interrupciones ni juicios, para comprender en profundidad tanto el contenido verbal como los matices emocionales y corporales del mensaje. Esta práctica

requiere que el oyente se involucre de manera consciente, validando y reflejando lo que escucha, lo que refuerza la empatía y la conexión interpersonal (Sabater, 2024).

2.2.2 Controlabilidad

La controlabilidad se refiere, de manera general, a la capacidad de algo para ser controlado o manejado. Según el Diccionario de la lengua española de la Real Academia Española (2024), se define simplemente como la "cualidad de controlable".

En un contexto social, la controlabilidad se refiere a la capacidad que tiene un grupo, comunidad u organización para gestionar, regular y dirigir sus procesos y comportamientos internos de manera que se puedan alcanzar objetivos comunes y mantener un cierto orden. Es, en esencia, la habilidad para establecer mecanismos (como reglas, normas o acuerdos) que permitan anticipar, corregir y ajustar las interacciones entre sus miembros.

Además, este concepto también se relaciona con la percepción individual del control, lo que en psicología se vincula al "locus de control". Quien tiene un locus interno suele sentir que posee la capacidad de influir en los resultados de su entorno, lo que fortalece su sentido de responsabilidad y compromiso dentro de la sociedad. En resumen, la controlabilidad social abarca tanto la organización externa de comportamientos a nivel grupal como la percepción interna de poder para cambiar o moldear el entorno propio.

2.2.3 Emociones complejas

Las emociones complejas son aquellas experiencias emocionales que no se pueden describir simplemente como una única emoción básica, sino que resultan de la mezcla de varias emociones primarias y de procesos cognitivos que incluyen juicios, evaluaciones y contextos sociales. Por ejemplo, la culpa o la vergüenza no solo surgen de sentimientos básicos como la tristeza o el miedo, sino que también involucran la interpretación de normas sociales, valores personales y la percepción sobre cómo nos evalúan los demás (Psicologista, s.f.).

Para entenderlo mejor, podemos pensar en las emociones básicas -como la alegría, el miedo, la ira o la tristeza- como los "colores primarios" de nuestro mundo emocional. Cuando estos se combinan, se crean matices más sutiles y ricos, de manera similar a como la mezcla de colores da lugar a tonalidades complejas. Así, una emoción como la nostalgia integra sentimientos de felicidad (por los buenos recuerdos) y tristeza (por la pérdida o el cambio) junto a un componente cognitivo que reflexiona sobre el paso del tiempo y la evolución personal o social.

Estas emociones se estudian en psicología y neurociencia precisamente por su complejidad, ya que activan no solo respuestas automáticas del cerebro, sino también procesos de reflexión y adaptación ante nuestros entornos y relaciones interpersonales. La importancia de estas emociones complejas radica en cómo influyen en la manera en la que gestionamos nuestras relaciones, adaptamos nuestros comportamientos y desarrollamos nuestra autoconciencia. Comprenderlas a fondo puede ayudarnos a mejorar la inteligencia emocional, lo cual es clave para afrontar los retos personales, laborales y sociales (García Mingrone, 2021).

2.2.4 Ansiedad

La ansiedad es una respuesta natural y compleja del organismo ante situaciones que se perciben como amenazantes o inciertas. Se manifiesta tanto a nivel emocional -así como sentimientos de inquietud, nerviosismo o temor- como a nivel físico, provocando reacciones como un aumento en la frecuencia cardíaca, sudoración excesiva, tensión muscular y otros síntomas somáticos. Se trata de un mecanismo adaptativo que, en situaciones de peligro real, prepara al cuerpo para actuar de forma rápida (Avance Psicólogos, 2018).

Sin embargo, cuando esta respuesta se activa de manera desproporcionada, sin una amenaza clara o se prolonga en el tiempo, puede interferir en la vida diaria del individuo. En estos casos, la ansiedad se vuelve una experiencia patológica que afecta el bienestar psicológico,

el rendimiento y la salud física; se convierte en un trastorno cuando sus manifestaciones son excesivas, persistentes y limitan la funcionalidad de la persona.

Desde la perspectiva oficial de salud, la ansiedad se define también como un estado emocional en el que confluyen alteraciones tanto en el ámbito somático como en el cognitivo, produciéndose reacciones de miedo y anticipación ante situaciones o estímulos reales o imaginados. Esto incluye síntomas como palpitaciones, mareos, sensación de muerte inminente, entre otros, que pueden afectar de forma significativa la calidad de vida (Secretaría de Salud, 2015).

2.2.5 Aceptación/asimilar

La aceptación es un proceso psicológico y emocional mediante el cual una persona reconoce, permite y se involucra con sus experiencias internas (emociones, pensamientos y sensaciones) de manera no crítica ni de lucha contra ellas. Este concepto no implica resignación sino la disposición a experimentar la realidad tal como es, lo que puede favorecer una mayor flexibilidad emocional y bienestar. En el contexto de intervenciones terapéuticas, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés), la aceptación se presenta como una herramienta para reducir el sufrimiento derivado de la lucha contra estados internos inevitables, impulsando al individuo a comprometerse con sus valores y acciones a pesar de la presencia de experiencias dolorosas (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999).

En cuanto a la asimilación, este es un proceso cognitivo descrito en la teoría del desarrollo de Jean Piaget. Se refiere a la forma en que los individuos incorporan nueva información o experiencias en esquemas mentales o estructuras cognitivas preexistentes sin modificar en gran medida dichos esquemas. Es decir, cuando una persona se enfrenta a un estímulo o experiencia nueva, tiende a interpretarla y encajarla en el marco conceptual ya desarrollado. Este mecanismo es fundamental para la integración del conocimiento y el aprendizaje, ya que permite que la

nueva información se relacione con lo conocido, aunque en caso de detectar discrepancias significativas, se recurra a otros procesos como la acomodación para reestructurar los esquemas (La Mente es Maravillosa, 2023).

Así que podemos distinguir, a nivel psicológico, que la aceptación se encamina a la relación consciente y abierta con lo que se experimenta, mientras que la asimilación se plantea como un mecanismo por el cual la mente integra nueva información en estructuras cognoscitivas preexistentes.

2.2.6 Toma de decisiones

La toma de decisiones se define como el proceso mediante el cual un individuo o grupo analiza, evalúa y selecciona una opción entre diversas alternativas para resolver un problema o alcanzar un objetivo. Este proceso involucra tanto componentes cognitivos -como identificar la situación problemática, recopilar y analizar información, y evaluar las consecuencias potenciales de cada alternativa- como componentes emocionales, donde la intuición, las emociones y la experiencia personal también juegan un papel crucial en la selección final (Editorial Etecé, 2024).

Según Editorial Etecé (2024), la toma de decisiones se compone de varias etapas: identificación y definición del problema, búsqueda y análisis de información, generación y evaluación de alternativas, elección de la opción más viable, implementación de la decisión y, finalmente, la evaluación de los resultados obtenidos. En situaciones de alta incertidumbre o presión, los atajos cognitivos y la intuición pueden influir significativamente en el proceso, lo que sugiere que la toma de decisiones no es exclusivamente un acto racional, sino que también está mediada por factores contextuales y emocionales (de Azkue, 2025).

Este enfoque integral resalta la importancia de desarrollar habilidades en la toma de decisiones, ya que una elección bien fundamentada y consciente puede mejorar la efectividad tanto en ámbitos personales como organizacionales. Comprender y perfeccionar este proceso

contribuye a la capacidad de afrontar desafíos complejos, optimizando resultados y adaptándose a entornos cambiantes (Editorial Etecé, 2024; de Azkue, 2025).

2.2.7 Memoria y concentración

La memoria y la concentración son funciones que lleva a cabo nuestro cerebro en procesos de aprendizaje y asimilación. Al aprender algo nuevo, pueden establecerse nuevas conexiones neuronales que facilitan los recuerdos, tanto a corto plazo como a largo plazo.

Ambas funciones son complementarias y necesarias durante toda nuestra vida, pero especialmente en épocas concretas como durante la etapa de formación y estudio o bien periodos exigentes de carga laboral, e incluso la adaptación a nuevos entornos.

Es importante hablar sobre estos procesos que si o son bien estimulados o incluso por enfermedades pueden irse deteriorando y complicar una vida saludable.

El trabajar la memoria y la concentración ayuda a que las personas incluso se sientan más útiles, para la concentración existen métodos como la yoga y las técnicas de mindfulness que funcionan para centrarse mucho más y aparte relajarse, existen actividades dinámicas e incluso juegos para la memoria que son efectivos.

A la hora de comenzar un proceso de aprendizaje, por ejemplo, durante el estudio o nuevas tareas, existen diferentes herramientas y técnicas que nos ayudarán a nivel visual o verbal en el desarrollo de las capacidades de memoria. Algunas son:

- Fragmentación: divide la información en diferentes partes y memoriza cada una de ellas en vez de todo de golpe.
- Grabaciones o canciones: también podemos memorizar a través del oído. Leer en voz alta, escuchar grabaciones o canciones nos ayudará a retener la información en la memoria.
- Método Loci: consiste en relacionar elementos de alguna habitación de casa o entornos cotidianos con aquellos a memorizar.

- Flashcards o tarjetas de memoria: consiste en escribir la información o conceptos concretos y temas a memorizar en diferentes tarjetas.
- Diagramas y gráficos: también es de gran utilidad realizar esquemas o gráficos con los conceptos principales.

2.2.8 Hábitos de la vida

Mantener hábitos saludables ayuda a la creación de bienestar y de una vida con mayor calidad de esta forma repercute en nuestro sistema y cuerpo e incluso en el cómo nos perciben las personas de nuestros círculos cercanos, ser una persona con buenos hábitos ayuda a que su vida incluso pueda mejorar y de esa forma ayudar mejor a su paciente dependiente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”, lo que supone que este concepto va más allá de la existencia o no de una u otra enfermedad. En consecuencia, más que de una vida sana hay que hablar de un estilo de vida saludable del que forman parte la alimentación, el ejercicio físico, la prevención de la salud, el trabajo, la relación con el medio ambiente y la actividad social.

- Dieta equilibrada: una alimentación saludable se rige por incluir todos los alimentos contemplados en la pirámide nutricional, pero en las proporciones adecuadas y en la cantidad suficiente (no más) para mantener las necesidades nutricionales del organismo en función del consumo energético que éste realiza con la actividad diaria
- Hábitos tóxicos: el tabaco, el alcohol y las drogas inciden de forma muy negativa sobre la salud. La única tolerancia se refiere exclusivamente al vino o la cerveza, de los que incluso se recomienda el consumo del equivalente a una copa diaria.

- Higiene: una higiene adecuada evita muchos problemas de salud: desde infecciones a problemas dentales o dermatológicos. El concepto de higiene no sólo se refiere al aseo y limpieza del cuerpo, sino que afecta también al ámbito doméstico.
- Ejercicio físico: las recomendaciones generales determinan unos 30 minutos diarios de actividad física, siendo suficiente caminar a paso rápido durante este tiempo. (Sanitas,2017)

2.3 Tercera Etapa

2.3.1 Adicciones

Se conoce como adicción a las drogas, o drogadicción, al consumo frecuente de estupefacientes, a pesar de saber las consecuencias negativas que producen. Entre otras cosas, modifican el funcionamiento del cerebro y su estructura, provocando conductas peligrosas.

Se considera adicción, porque es difícil intentar dejar de consumirlas, ya que provocan alteraciones cerebrales en los mecanismos reguladores de la toma de decisiones y del control inhibitorio y porque el usuario de las mismas dedica gran parte de su tiempo en la búsqueda y consumo de ellas.

Adicción psicológica, es la necesidad de consumo de una sustancia, que se manifiesta a nivel de pensamientos o emociones, ante una situación estresante, o algún problema. Por lo tanto no existe dependencia física, debido a que no se desarrollan receptores a nivel neuronal para la acción de la sustancia adictiva.()

2.3.2 Importancia del cuidado y autocuidado

La OMS define el autocuidado como la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover y mantener la salud y para prevenir enfermedades y hacerles frente con o sin el apoyo de un trabajador de la salud o asistencial. Un entorno propicio tiene elementos,

más allá de los propios servicios de salud, sobre los que hay que prestar atención para que las intervenciones de autocuidado puedan aplicarse adecuadamente. Entre ellos se encuentran los sectores de la educación, la justicia y los servicios sociales, ya que las intervenciones de autocuidado se utilizan mayoritariamente fuera de los servicios formales de salud. Por ejemplo, es importante que las personas tengan suficiente educación, salud y, a veces, alfabetización digital para comprender la información relativa a las intervenciones de autocuidado y para tomar decisiones sobre su uso con conocimiento de causa.

El trabajar este tema refuerza los temas vistos en la primera y segunda etapa y entender que el cuidado también es importante en uno mismo y que mientras uno tenga una buena salud mental, física, una educación ayuda a qué como personas funcionen mejor para tomar decisiones propias o incluso ayudar a sus personas dependientes.

2.3.3 Comunicación

Actitud / Comportamiento que tenemos al expresar nuestro punto de vista de manera clara y respetuosa. Aseguramos con firmeza y decisión lo que decimos / hacemos (Assere /assertum/ afirmar o defender). Es la expresión directa, honrada y adecuada de nuestras ideas, opiniones, necesidades o derechos. Una persona se comporta asertivamente cuando conoce cuáles son sus derechos e intereses personales acerca de algún tema o situación determinada y los defiende, poniendo en juego para ello una serie de habilidades conductuales que le permiten ser suficientemente objetivo, racional y respetuosos con las demás personas.

El objetivo de abordar este tema es que la comunicación es un proceso importante en nuestra vida cotidiana y la forma en la que lo hacemos puede crear mejores relaciones sociales, así como repercutir de manera positiva en la que las cuidadoras puedan adquirir herramientas para mantener una relación más segura y estable con su persona dependiente.

2.3.4 Límites

Los límites son las reglas y limitaciones que establecemos en las relaciones. Cuando se manejan adecuadamente, los límites nos protegen y permiten intimidad y nuevas experiencias. Una persona con límites saludables puede decir "no" a los demás, pero también está dispuesta a tener intimidad y nuevas experiencias.

La importancia del tema es enorme y junta demasiados temas vistos en el por ejemplo el de la comunicación para poner límites debemos tener una comunicación asertiva con las demás personas y de esta manera poder ser firmes a la hora de nuestros deseos sin afectar a las demás personas, ser una persona que está dispuesta a poner límites también es parte de un crear relaciones sociales saludables que ayuden y aporten a su vida cotidiana.

2.3.5 Redes de apoyo social

Las redes de apoyo social son: “el conjunto de relaciones que integran a una persona con su entorno social, o con personas con las que establecen vínculos solidarios y de comunicación para resolver necesidades específicas. Las redes pueden reducirse o extenderse proporcionalmente al bienestar material, físico o emocional de sus integrantes, y al involucramiento y la participación activa en el fortalecimiento de las sociedades.

Estas redes llegan a ser unas buenas bases para tener una vida saludable mientras tengamos relaciones saludables las situaciones difíciles que puedan suceder se logran pasar de una mejor forma con el apoyo de dichas personas, para lograr mantener estas relaciones las cosas deben ser comunicadas de manera acertada y tener disposición de nutrir la relación, así como no romper los límites de las otras personas e incluso los nuestros.

2.3.6 Perdonar y soltar

«El perdón viene luego de una transgresión que ocurre en cierto vínculo entre personas. Y supone un estrés o malestar por sentirse ofendido por la otra parte.»

La importancia de tocar este tema es todas esas pequeñas cosas que mantienen atadas a esta clase de resentimientos y malestar que son una carga en nuestras vidas, pensando objetivamente no es malos sentir emociones negativas pero el malestar que generan en nuestras vidas pueden empezar a crear malestares en la vida cotidiana, el soltar es desprendernos de esos sentimientos hacia personas, cosas o situaciones en las que nos sentimos mal o nos están haciendo mal y aferrarnos a ellos solo provocaría estar estancados sin poder avanzar.

2.3.7 Desapego

Definimos el desapego emocional como la actitud que podemos tener las personas para vincularnos de una forma sana no dependiente con personas o con cosas.

El desapego es un innato del ser humano así como tenemos apegos. Es importante saber cuándo debemos romper ese vínculo ya sea a alguna persona y objeto, los desapegos son este rompimiento de vínculos de los cuales en algunas ocasiones pueden generar problemas en nuestras relaciones o en nuestra vida, por lo cual es importante saber desapegarnos emocionalmente de manera una manera consiente en la cual se está dispuesto a un cambio.

2.3.8 Diferencias entre emociones y sentimientos

Los sentimientos vienen a partir de la consciencia y el aprendizaje. Por esta razón, podemos decir que los cambios que se experimentan debido a una emoción pueden experimentarse en animales y humanos. En cambio, los sentimientos son más complejos, ya que solo pueden ser experimentados por animales con consciencia y lenguaje.

La emoción aparece de forma espontánea, sin controlarla. Los sentimientos son un proceso de interpretación de estas emociones, por ello, somos completamente conscientes de ello y respondemos a partir de ello.

Las emociones son temporales, suceden en respuesta a una situación concreta. Por ejemplo, los cambios fisiológicos que experimentamos cuando tenemos miedo, aparecen cuando

percibimos algún tipo de peligro y desaparecen cuando estamos a salvo. Los sentimientos pueden ser duraderos y pueden o no ser congruentes con nuestra conducta, ya que podemos ocultarlos.

(Instituto Europeo de Educación,2021)

2.3.9 Depresión

El trastorno depresivo (o depresión) es un trastorno mental común. Implica un estado de ánimo deprimido o la pérdida del placer o el interés por actividades durante largos períodos de tiempo.

‘La depresión es distinta de los cambios habituales del estado de ánimo y los sentimientos sobre el día a día. Se estima que el 3,8% de la población experimenta depresión, incluido el 5% de los adultos (4% entre los hombres y el 6% entre las mujeres) y el 5,7% de los adultos mayores de 60 años. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas sufren depresión (1). La depresión es aproximadamente un 50% más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. En todo el mundo, más del 10% de las embarazadas y de las mujeres que acaban de dar a luz experimentan depresión (2). Cada año se suicidan más de 700 000 personas. El suicidio es la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

Aunque hay tratamientos conocidos y eficaces contra los trastornos mentales, más del 75% de las personas afectadas en los países de ingreso bajo y mediano no reciben tratamiento alguno (3). Entre los obstáculos a una atención eficaz cabe destacar la falta de inversión en atención de salud mental y de proveedores de atención de salud capacitados, así como la estigmatización asociada a los trastornos mentales.” (WHO, 2023)

Este tema nos ayudó a reunir los temas tocados anteriormente como las emociones básicas, la diferencia entre emociones y sentimientos el trabajo del cuidador los cuales llevan una carga emocional e incluso física que algunas veces son relegados a no tomarles atención pero debemos tener en cuenta que la salud mental involucra todos estos temas ya hablados, esto

sumado a la información tocada de la depresión ayuda a crear más herramientas para poder combatir situaciones vulnerables como la pérdida de personas, objetos, trabajos o relaciones personales, de esta forma la información nos ayuda a prevenir y saber actuar si alguna vez se llegan a tener síntomas acudir con especialistas.

2.3.10 Principios de convivencia

“Los principios de convivencia se basan en el respeto, la responsabilidad y la solidaridad, creando un ambiente armonioso y productivo. Estos principios son fundamentales para una sociedad pacífica y justa, donde cada individuo puede desarrollarse plenamente.”

El tema se dio al finalizar para incluir y recalcar un poco de los principios que se deben tener en un grupo para que esté funcione de manera correcta y que las personas que lo integran no tengan algún problema y si es el caso se puedan arreglar de manera pacífica y siendo respetuosos, ante todo.

3. Contexto

3.1 Lugar/Escenario

El presente trabajo se llevó a cabo en la colonia San Miguel Teotongo, la cual se encuentra ubicada en la delegación Iztapalapa en la Ciudad de México y forma parte de una de las 47 colonias de la Sierra de Santa Catarina, se trata de un crecimiento popular de autoconstrucción y periurbano ubicado entre las faldas de la Sierra de Santa Catarina y a las orillas de la autopista México – Puebla.

Figura 1

Fotografía de la Colonia San Miguel Teotongo, CDMX, México.



Nota: Fotografía extraída de Luviano, R. B. (2024, 1 junio).

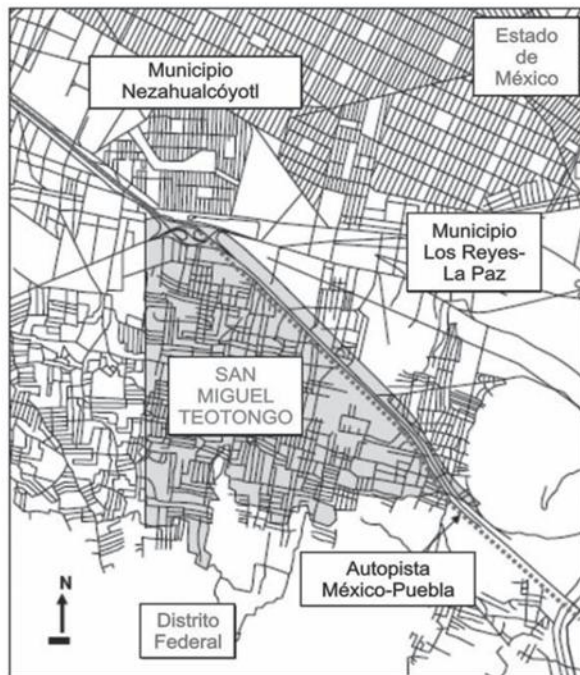
“De acuerdo con Pedro Moctezuma, el surgimiento de la colonia San Miguel Teotongo proviene de un conflicto interétnico en una comunidad de la región Mixteca hacia 1940 cuando se dio el despojo de tierras comunales debido a la construcción de la Carretera Panamericana México-Oaxaca[iv] y ante la necesidad de un lugar para vivir, la comunidad mixteca comenzó a migrar hacia la Ciudad de México en búsqueda de mejores oportunidades” (Luviano, 2024).

La colonia fue fundada por muchas personas las cuales mantuvieron una lucha constante al inicio de esta por mejor su calidad de vida desde los servicios básicos que no se encontraban en ese momento tales como: los servicios de agua potable, alumbrado público, seguridad entre otras necesidades, las personas que llevaron consigo este trabajo es reconocido y hasta la fecha de hoy se mantiene un grupo que sigue velando por la mejora de esta colonia.

Figura 2

Plano de ubicación de la colonia San Miguel Teotongo

PLANO DE UBICACIÓN DE LA COLONIA SAN MIGUEL TEOTONGO



Nota: Imagen rescatada de Gissi B, N. y Soto V., P. (2010).

La intervención se realizó específicamente en un espacio llamado el “local de la unión de colonos” en el cual se tiene un salón para el uso de la comunidad que mantiene clases de nutrición, huerto, asambleas sociales entre otras clases más y por supuesto el programa de intervención comunitaria.

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

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

4.2 Objetivos Específicos

- Desarrollar la formación del Psicólogo Social.

- Diseñar e implementar diferentes herramientas para la atención con los cuidadores.
- Reconocer la importancia que tienen los cuidadores promedios y auto cuidadores.
- Identificar los problemas que pueden vivir los cuidadores primarios
- Ofrecer acompañamiento psicosocial a los cuidadores primarios.
- Ayudar a la mejora del bienestar psicosocial de los cuidadores primarios
- Crear buenos hábitos para contribuir a la salud de los cuidadores primarios
- Crear actividades lúdicas para mantener una vida activa
- Crear conocimiento sobre temas de importancia para los cuidadores primarios
- Promover la integración social entre las cuidadoras y de esta forma crear redes de apoyo sólidas que sean de utilidad para todos.
- Brindarles a las participantes herramientas como mindfulness para la mejora de la meditación y repercutir en la disminución de los niveles de estrés.

5. Metodología

“Metodología de la Investigación, es una herramienta en el campo de la investigación, que por su estructura y contenidos abordan los elementos básicos que guían un proyecto de manera metodológica y didáctica.” (Medina, M,2023).

Por ello en el desarrollo del proyecto “*Evaluación e intervención psicosocial con cuidadores primarios*” la investigación se llevó a cabo como un método de elaboración la *Investigación Acción Participativa (IAP)*, la cual une la investigación, participación y educación, así como las acciones para mejorar las situaciones que se puedan estar enfrentando. De esta forma también se utilizaron teorías como: Teoría Polivagal, Teoría Fundamenta, las cuales ya fueron explicadas anteriormente para lograr una investigación más completa.

5.1 Planteamiento del problema

5.1.1 Justificación

La importancia que lleva este trabajo viene de fomentar el autocuidado a las personas que son cuidadores primarios así como exponer el trabajo de estos, como se observa en nuestra muestra la mayoría de las personas cuidadoras son mujeres a las cuales se les asigna normalmente el rol de cuidadoras por distintas variables entre ellas; el hecho de que socialmente se vean con un lado más emocional, el tiempo que algunas tienen o el ser las primeras que están para sus familiares, cualquiera que sea la situación entendemos que el rol de cuidador llega a ser demasiado exigente en aspectos como el mental y el físico, de esta forma lentamente llegan a perder el tiempo que se dedican a sí mismos debido a la sobrecarga.

“Los cuidadores primarios informales (CPI), señala Salazar (2022): Son personas que pertenecen a los familiares y colaboran en la atención del paciente. Soportan una carga física, psicológica y financiera significativa mientras brindan atención en el hogar. No están capacitados y tienen un alto grado de compromiso con la tarea que realizan. En un tiempo ilimitado.” (p. 7)

Con esto podemos destacar la importancia del rol de cuidador y visualizar un poco de lo extenuante que puede llegar a ser esto contando que la mayoría de las veces el trabajo del cuidador es de 24 horas en las cuales están pendiente de las necesidades de su dependiente y que esto llega a ser demasiado cansado y en algunos momentos generar situaciones de estrés y dejando de lado el tiempo que necesitan ellos para su autocuidado desde lo más básico como higiene personal, alimentación hasta los tiempos de recreación y el descanso como horas de sueño muy reducidas, sumando a esto el desgaste emocional al estar cuidando a un familiar y lo complicado que pueden llegar a ser algunas enfermedades.

Por estos motivos es importante visibilizar la importancia de autocuidado de los cuidadores primarios por las situaciones que viven van afectando la salud psicológica, física y

social, desencadenando consecuencias como; estrés, insomnio, ansiedad, cansancio físico, enfermedades, problemas con las relaciones familiares y sociales.

Por lo cual este trabajo se dividió en tres etapas que constan de:

- i. 1era. Etapa: En esta etapa podemos encontrar dos fases: **Fase 1- Individual**, la cual está diseñada para mantener un contacto individual y especial para la persona, la intención es generar confianza y mantener una relación para ir orientando a la persona en como autocuidarse y tratando temas que estén relacionados con su situación, además se realizó la aplicación de instrumentos que permitan saber mejor manera el bienestar psicosocial del cuidador. Por otro lado, tenemos **Fase 2 – Grupal** fue diseñada para tener un acompañamiento a un grupo de cuidadores que funciona a su vez como grupo de apoyo en el que se tratan temas de importancia para todo el grupo y se ofrece la mejora como grupo.
- ii. 2da. Etapa: de la misma manera se dividió en dos fases: **Fase 1 - Individual**, se enfocó en la canalización de emociones, esta fase enfocada en lo individual logró el aspecto emocional y social se ocupó la Escritura Emocional Autorreflexiva, la cual muestra como se ha desarrollado el cuidador con respecto a alguna situación dolorosa. Continuando con la **Fase 2 – Grupal** se logró el acompañamiento grupal, así como la mejora de la convivencia y solidificando así el grupo de apoyo, compartiendo técnicas de afrontamiento y el intercambio de ideas
- iii. 3era. Etapa: para finalizar en esta etapa solo se llevó la **Fase 2- Grupal** la cual se centró en su rol social, el cómo pueden llevar un rol social llevando su rol como cuidadores, establecer y fomentar buenas redes de apoyo, crear una mejor cohesión grupal.

Destacando de esta forma como los problemas que enfrentan los cuidadores no solo son emocionales y físicos sino también recaen en lo social orientando esta Intervención Comunitaria

de un aspecto individual en primera instancia y llevándolo a un aspecto social; lo cual impulsa al cuidador a ver su importancia como persona y la de su cuidado, debido a que para cuidar a otra persona ellos deben mantener un bienestar psicosocial, promoviendo este a través del año entero en el que se estuvo trabajando con ellos desde técnicas diseñadas especialmente para ellos.

El papel del cuidador es de suma importancia en nuestra sociedad debido a la cantidad de personas que llevan este rol y lo mucho que incrementan año con año. La visibilidad de su autocuidado es fundamental para que las personas que se vean en este papel lleven una mejor calidad, así como la creación de grupos de apoyo de cuidadores ayuda a que exista una unión entre ellos y de esta forma lograr que las personas tengan un lugar en el que se sientan seguras y escuchadas sin ser juzgadas.

Para concluir, este trabajo está hecho para la mayor difusión de la importancia del cuidado del cuidador, del cual no se tiene mucha visibilidad lo que ocasiona que las personas que están siendo cuidadoras no se den cuenta debido a que lo toman como algo normal y el hecho de que se pierdan como personas generando preocupación, por lo tanto al buscar la visibilidad se busca con sigos mayores propuestas de apoyo para las personas así como programas en los que se puedan acercar sean orientados, promoviendo su bienestar psicosocial, así como mejor calidad de vida, apoyos económicos y psicológicos.

5.1.2 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores que afectan el bienestar psicosocial de los cuidadores primarios informales y qué factores pueden ayudar a mejorar el bienestar psicosocial de los cuidadores primarios de la colonia San Miguel Teotongo?

5.2 Población de estudio general, individual y grupal

La población de estudio estará constituida por cuidadores primarios informales (CPI) en México que cumplan con las siguientes características: tener más de 18 años; desempeñar labores

de cuidado hacia otra persona o, en su defecto, ser cuidadores de sí mismos; y que las personas bajo su cuidado presenten una enfermedad crónica, sean neurodivergentes o tengan alguna discapacidad.

5.3 Muestra general, individual y grupal

Se tomó una muestra no probabilística por conveniencia que cumplieran con la característica de ser cuidadores primarios informales (CPI) de pacientes con alguna enfermedad crónica no transmisibles, alguna neurodivergencia o que tengan alguna discapacidad y que residan en la colonia San Miguel Teotongo, ubicada en la alcaldía Iztapalapa, CDMX, México.

5.4 Participantes

5.4.1 Primera Etapa – General

La muestra estuvo integrada por 51 CPI adultos residentes de San Miguel Teotongo, donde el 84.31% son mujeres, cuentan con una edad media de 57 (DE = 15.3) años. El 52.94% de los participantes cuentan con escolaridad básica, mientras que, solo el 5.88% de ellos, cuentan con escolaridad nivel superior. En cuanto al estado civil de los participantes, el 56.86% de ellos tienen pareja; mientras el 17.65% está soltero y un 13.73% de ellos son viudos/as. La mediana del número de hijos que tienen los participantes es de 2.50, mientras que la mediana de personas que viven en el hogar es de 4. Por otra parte, la media de años de los participantes siendo CPI es de 14.2 (DE = 13.9) años.

5.4.2 Primera Etapa: Fase 1 – Individual

Las participantes individuales de la Primera Etapa fueron 4 mujeres. La edad promedio es de aproximadamente 57 años; en cuanto a la escolaridad de las participantes, el 50% de ellas cuenta con la secundaria terminada, mientras que no hay datos del otro 50%. Por otra parte, el 50% de las participantes está separada, un 25% está divorciada y no hay datos del otro 25%.

5.4.3 Primera Etapa: Fase 2 – Grupal

En esta primera etapa hubo 10 sesiones grupales realizadas y se registró un promedio aproximado de 10 personas por sesión. Este promedio se calculó a partir del total de asistentes de las sesiones con registro disponible (92 personas) dividido entre el número de sesiones documentadas (9 sesiones). De este total, destaca la participación femenina, con una asistencia promedio de 9 mujeres por sesión (82 mujeres en 9 sesiones), lo que representa una proporción significativa en la dinámica grupal.

5.4.4 Segunda Etapa – General

Los participantes fueron 49 CPI, de los cuales solo 32 finalizaron satisfactoriamente la segunda intervención, siendo 84.38% mujeres, de manera voluntaria, con una edad media de 57 (DE = 15.3) años. El 50% de los participantes cuenta con la escolaridad básica, mientras que un 3.13% cuenta con escolaridad de nivel superior. En cuanto al estado civil de los participantes, el 21.88% se encuentran solteras, un 43.75% están casadas y un 18.75% se encuentran separadas.

5.4.5 Segunda Etapa: Fase 1 – Individual

Para esta segunda etapa, se tuvo que eliminar del programa a la CPI 004, ya que cumplía con los puntos de los criterios de eliminación, por lo que se tuvo que buscar a otra CPI.

Nuevamente se contó con 4 participantes mujeres, con una edad promedio aproximada de 47 años. El 75% de las participantes cuenta con la secundaria terminada, mientras que no hay datos del 25% restante. Por otra parte, el 50% de las participantes se encuentra separada; un 25% está divorciada y el 25% restante se encuentra casada.

5.4.6 Segunda Etapa: Fase 2 – Grupal

En la segunda etapa grupal, se realizaron con éxito 10 sesiones, de las cuales se registró un promedio aproximado de 9 personas por sesión. Este promedio se calculó a partir del total de

asistentes de las sesiones con registro disponible (44 personas) dividido entre el número de sesiones documentadas (5 sesiones). De este total, nuevamente destaca la participación femenina, con una asistencia promedio de 8 mujeres por sesión (38 mujeres en 5 sesiones).

5.4.7 Tercera Etapa – General

En la tercera etapa, se inició con una muestra de 44 CPI, de los cuáles, solo 17 terminaron satisfactoriamente con la intervención. El 82.35% de la muestra son mujeres, mientras el porcentaje restante son hombres. El 41.18% cuenta con educación básica (primaria y secundaria), mientras un 35.29% reporta contar con la preparatoria terminada y solo un 11.76% cuenta con una licenciatura. Por otro lado, un 29.41% de las CPI reporta estar soltera, mientras otro 29.41% expresa estar casada y un 17.65% manifiesta ser viuda.

El promedio de hijos de las CPI es de aproximadamente 3 (DE = 2); además, el promedio de personas que viven en los hogares de las CPI es de 4 (DE = 3); por otro lado, el promedio de los años que las CPI llevan siendo CPI es de 11.29 (DE = 11.99).

5.4.8 Tercera Etapa: Fase 2 – Grupal

Para finalizar, en la tercera etapa grupal se realizaron con éxito 11 sesiones, de las cuales se registró un promedio aproximado de 9 personas por sesión. Este promedio se calculó a partir del total de asistentes de las sesiones con registro disponible (69 personas) dividido entre el número de sesiones documentadas (8 sesiones). Por tercera ocasión, destaca la participación femenina en esta etapa con una asistencia promedio de 8 mujeres por sesión (65 mujeres en 8 sesiones).

5.5 Ubicación temporal

Las sesiones, tanto individuales como grupales, se tomaron dentro de la unión de colonos en diferentes horarios, por lo que la ubicación temporal de las dos etapas individuales y las tres etapas grupales se tomaron en la siguiente dirección:

- Av. Unión de Colonos 35, San Miguel Teotongo, Iztapalapa, 09630. Ciudad de México, CDMX, México, en la sección Torres.

5.6 Criterios de inclusión

Para tener una intervención más adecuada al objetivo general y los objetivos específicos, se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Residir dentro de los límites de la Colonia San Miguel Teotongo, Iztapalapa, CDMX.
- Ser el CPI de alguien que padezca alguna enfermedad crónica, tenga alguna discapacidad y/o dicha persona cuente con alguna neurodivergencia.
- En su defecto, no cuidar de alguien más pero sí cuidar de sí mismos y que padezca alguna enfermedad crónica, tenga una discapacidad y/o cuente con alguna neurodivergencia.
- Ser hombre o mujer mayor de 18 años.

5.7 Criterios de exclusión

Para tener una intervención más adecuada al objetivo general y los objetivos específicos, se tomaron en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

- Vivir fuera de los límites de la Colonia San Miguel Teotongo, Iztapalapa, CDMX.
- No cumplir con el perfil de cuidador primario informal (CPI).
- No cuidar de sí mismo o no tener alguna enfermedad crónica, ni discapacidad o neurodivergencia.
- Tener menos de 18 años.

5.8 Criterios de eliminación

Para tener una intervención más adecuada, cualquier participante que cumpla con alguno de los siguientes puntos, será eliminado del programa de intervención:

- Tener menos del 50% de asistencia en las sesiones individuales.

- Expresar verbalmente o por mensaje no querer seguir con el programa de intervención.

5.9 Diseño

Se realizó un trabajo con un diseño cuasi experimental pre-post para la evaluación psicosocial.

5.10 Instrumentos

Escala de Bienestar Subjetivo con 8 reactivos (EBS-8) desarrollada y validada para medir en población hispanohablante la satisfacción con la vida y el afecto positivo. Validado en México y realizado por Nazira Calleja y Tere A. Mason (2022) con una excelente fiabilidad con valores de alfa de Cronbach ($\alpha = .958$) y omega de McDonald ($\omega = .957$).

Escala de Salud Auto Percibida (SPHS), desarrollada por Tinajero et al. (2023). Esta escala consta de 12 ítems, organizados en tres dimensiones: salud física, salud psicológica y estilo de vida saludable. Se aplicó en una muestra mexicana ($n = 600$) y mostró una excelente fiabilidad con valores de alfa de Cronbach ($\alpha = 0.933$) y omega de McDonald ($\omega = 0.925$).

Escala de Apoyo Social Percibido (MSPSS), desarrollada por Xóchitl et al. (2021). Esta escala consta de 12 reactivos. Se aplicó en una muestra mexicana de cuidadores primarios informales (CPI) de pacientes con cáncer ($n = 257$) y mostró una fiabilidad con valor alfa de Cronbach ($\alpha = 0.908$).

Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7), validado en México y desarrollado por Gaitán-Rossi, et al. (2021). Este estudio analizó la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en México durante la pandemia de Covid-19, utilizando la GAD, con 7 reactivos, como herramienta de medición. Mostrando fiabilidad con valores alfa de Cronbach ($\alpha = 0.93$) y omega de McDonald ($\omega = 0.84$).

Escala de Soledad UCLA de 3 Ítems, una versión abreviada de la UCLA Loneliness Scale desarrollada por Russell (1996) y validada en español por Pedroso-Chaparro et al. (2022).

Esta escala ha sido ampliamente utilizada en estudios epidemiológicos y de salud mental debido a su brevedad y efectividad en la medición de la soledad. La confiabilidad de esta versión ha sido evaluada mediante el alfa de Cronbach ($\alpha = 0.78$).

Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9), una herramienta breve de 9 ítems basada en los criterios del DSM-IV. Este instrumento fue desarrollado por Spitzer, Williams y Kroenke, con el respaldo de Pfizer Inc., y ha sido ampliamente validado en diferentes poblaciones. En México, la escala fue validada por Arrieta et al. (2017) en un estudio realizado en la zona rural de Chiapas, con una confiabilidad alfa de Cronbach ($\alpha = 0.80$), lo que indica una buena consistencia interna en la evaluación de síntomas depresivos.

Escala de carga del cuidador de Zarit, validado en México por Montero Pardo et al. (2014). Es un instrumento de autoinforme que evalúa la carga de los cuidadores primarios a partir de identificar los sentimientos habituales que experimentan quienes cuidan a otra persona. Está compuesta por 22 ítems tipo Likert con cinco niveles de respuesta: 1=nunca, 2=rara vez, 3=algunas veces, 4=bastantes veces y 5=siempre. La confiabilidad de esta escala ha sido evaluada mediante el alfa de Cronbach ($\alpha = 0.84$).

Positivo/Afecto Negativo en México (APAN-M), validado en México realizado por Pedro Wolfgang, et al. (2021) con la adecuada confiabilidad de la escala ($\alpha = .94$, $\omega = .94$).

Escala de Malestar Psicológico de Kessler (Kessler et al., 2002). Es un instrumento validado en población mexicana por Vargas et al. (2011) que detecta los síntomas de ansiedad y depresión. Está compuesto por diez reactivos que se evalúan en una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos, que van de “Nunca” (0) a “Siempre” (5). La suma mínima de las puntuaciones es 10 y la máxima de 50. Los rangos del instrumento presentan cuatro niveles: bajo (10–15), moderado (16–21), alto (22–29) y muy alto (30–50). La escala completa posee un índice de consistencia interna, medida a través del coeficiente $\alpha = 0.90$.

La Escala de Atención Plena (MAAS) está validada en México, examina sus propiedades psicométricas, así como su relación con variables sociodemográficas, consiste en 15 reactivos con 6 posibles respuestas que van de 1 a 6 (casi siempre, frecuentemente, con cierta frecuencia, no frecuentemente, con poca, frecuencia, casi nunca, respectivamente), la misma, se encuentra validada en México y traducida al español para su aplicación (López-Maya, et al., 2015), medida a través del coeficiente $\alpha = 0.89$.

Escala de Apoyo Social (MOS-SSS) evalúa el grado de apoyo que tiene una persona de los demás para afrontar situaciones estresantes se miden con una escala de Likert, puntuando de 1 a 5 y permiten conocer cuatro dimensiones del apoyo social cualitativo: emocional, instrumental, afectivo y de interacción social positiva, además de ofrecer un índice global de apoyo social.

WHODAS 2.0, versión de 36 preguntas (OMS, 2010) administrada por entrevistador. La escala completa posee un índice de consistencia interna, medida a través del coeficiente $\alpha = 0.98$. Lo cual indica que es una escala con una validez y confianza muy alta.

5.11 Procedimiento

La primera etapa se llevó a cabo el 17 de julio del 2024 el grupo fue dividido en diadas. Por lo que en total había 15 diadas, los cuales fueron dividido en tres grupos, el primer grupo fue asignado a la Unión de Colonos con un total de 3 diadas, el segundo grupo fue asignado en la Utopía de San Miguel Teotongo con dos diadas y el tercer lugar fue en el museo con un total de 10 diadas en este lugar las primeras dos etapas se llevaron a cabo únicamente de manera individual, en el Local de la Unión y la Utopía el trabajo en las tres etapas se llevó a cabo trabajo individual y grupal.

5.11.1 Primera Etapa: Fase 1 – Individual

La búsqueda de las participantes en esta fase se realizó en un horario de 11:00 am a 1:00pm como fue después de la sesión grupal algunas cuidadoras mencionaron que ellas conocían

a algunas personas que podían requerir del programa, por lo que nos dieron el contacto de algunas personas las cuales contactaron algunos compañeros por otro lado algunos siguieron la instrucción de ir a buscar en las calles cercanas al mercado y tocar para invitar a las personas.

Finalmente se logró contactar a dos personas cuidadoras que estaban dentro del grupo, pero eran nuevas y a una cuidadora que se fue a ver a su domicilio.

A todas las participantes se les indicó de donde venías cuál era el programa en el que estábamos y el cómo se trabajaría cada una de ellas estuvo de acuerdo y se acordaron las horas en las que serían sus sesiones, ellas nos indicaron que estaban interesadas pero no era posible tomar la sesión en su casa por qué no tenían privacidad suficiente o no se sentían cómodas, por lo cual como se comentó con los profesores encargados se podrían tomar las sesión en el local de la unión sin ningún problema. Se les indicó el programa y como se trabajaría, dicho programa se expresa en la Tabla 1.

Tabla 1

Cronograma de la Primera Etapa: Fase 1 – Individual

Fecha	Actividad Programada
17 de julio	1. Presentación. ¿Cómo se vive el cuidado de las personas dependientes la colonia? Cuidadora 001: se estableció el primer contacto por medio de un familiar, la cual nos pasó su número telefónico. Se comunicó con ella y aceptó ser parte del programa. Cuidadora 002: se estableció el primer contacto con ella, donde se le habló del programa y aceptó ser parte de él. Cuidadora 003: se realizó el primer contacto donde acepto ser parte del programa Cuidadora 004: se realizó el primer contacto donde accedió a ser parte del programa

24 de julio	2. Evaluación de bienestar psicosocial, aplicando la escala de sobrecarga de Zarit Cuidadora 001: se aplicaron y respondieron los instrumentos con éxito. Cuidadora 002: se aplicaron los instrumentos, respondiendo todos en su totalidad. Cuidadora 003: No asistió Cuidadora 004: se realizaron los instrumentos de evaluación, logró concluir uno de ellos
31 de julio	3. Evaluación de bienestar psicosocial 2, aplicando las escalas EBS-8, SHPS, MSPSS, GAD-7, Soledad y PHQ-9 Cuidadora 001: se aplicaron y respondieron todos los instrumentos de evaluación con éxito. Cuidadora 002: se aplicaron y respondieron todos los instrumentos en tiempo y forma. Cuidadora 003: se realizaron los instrumentos de evaluación y concluyó la mitad. Cuidadora 004: no asistió.
7 de agosto	4. El papel del cuidador y su importancia ¿Cómo repercute el cuidado en la vida? Cuidadora 001: se habló sobre su situación cómo cuidadora y el cómo repercute en su vida. Cuidadora 002: se abordó el tema de cómo ha sentido que ser cuidadora ha repercutido en su vida. Cuidadora 003: se terminaron los instrumentos de evaluación y se habló sobre su situación con autocuidadora Cuidadora 004: no asistió.
14 de agosto	5. Ejercicios de control de la activación Cuidadora 001: se abordó el tema y se realizó una técnica de relajación que podría aplicar en su rutina.

	Cuidadora 002: se abordó el tema y se realizó una técnica de relajación para que la pueda agregar a su rutina y vida. Cuidadora 003: se dio el tema y se hizo una técnica de relajación. Cuidadora 004: no asistió.
21 de agosto	6. Organización del tiempo Cuidadora 001: se habló sobre la organización del tiempo y cómo puede mejorar su vida cotidiana. Cuidadora 002: no asistió. Cuidadora 003: se habló sobre la organización del tiempo y como puede mejorar su vida cotidiana. Cuidadora 004: no asistió.
28 de agosto	7. Límites a la persona dependiente Cuidadora 001: se abordó el tema de qué son los límites y cómo los puede aplicar con la persona a la que cuida. Cuidadora 002: se abordó el tema de qué son los límites y cómo los puede aplicar con la persona a la que cuida. Cuidadora 003: como es autocuidadora, se habló del tema de los límites en sus relaciones familiares, se aplicó una técnica de relajación. Cuidadora 004: no asistió.
4 de septiembre	8. Solicitud de ayuda y apoyo Cuidadora 001: se trató el tema de solicitud de ayuda y se centró en cómo es que el pedir ayuda es positivo y necesario en algunos casos. Cuidadora 002: no asistió. Cuidadora 003: se trató el tema de solicitud de ayuda y se centró en cómo es que el pedir ayuda es positivo y necesario en algunos casos. Cuidadora 004: no asistió.
11 de septiembre	9. Control de sentimientos negativos

Cuidadora 001: se abordó el tema de controlar los sentimientos negativos que puedan surgir a través de experiencias con su dependiente, además de cómo controlarlos con personas que no sean su dependiente.

Cuidadora 002: se abordó el tema de controlar los sentimientos negativos que puedan surgir a través de experiencias con su dependiente, además de cómo controlarlos con personas que no sean su dependiente.

Cuidadora 003: el tema fue visto desde sus experiencias propias y se buscó que analizará el cómo podría ayudar un cambio en algunas situaciones.

Cuidadora 004: no asistió.

18 de septiembre

10. Encuentro grupal

Nota: Este cronograma sirvió como base para tener una mejor organización en las sesiones individuales.

El programa de “Evaluación e intervención psicosocial con cuidadores primarios” constó de 9 sesiones en donde las facilitadoras asistían a San Miguel Teotongo cada miércoles de 8:00 am a 02:00 pm. Los facilitadores realizaron sus sesiones de intervención psicosocial en una duración de 50 minutos aproximadamente. Se dividieron en participante 001 en un horario de 9:00 am a 10:00am en el local de la unión, las participantes 002 y 003 en un horario de 12:00 pm a 1:00 pm.

Por otro lado, los instrumentos que fueron aplicados en julio del 2024, se aplicaron aproximadamente en las primeras 2 sesiones de la intervención psicosocial, se realizaron de forma individual, es decir, cada uno en su respectivo horario de la sesión, sin embargo, antes de aplicarlos, se les explicó a las participantes el objetivo que estos tenían era realizar una evaluación de su bienestar psicosocial y fisiológico, asimismo pedirles su colaboración y su

consentimiento para poder llevar a cabo estas evaluaciones, se les indicó que esto se utilizaría para hacer análisis sobre su bienestar y que no se lucraría con esta información .

5.11.2 Primera Etapa: Fase 2 – Grupal

Cómo se mencionó en el grupo del Local de la Unión de Colonos se llevó a cabo las sesiones grupales éstas iniciaron con un grupo de participantes ya formados que anteriormente habían llevado su proceso individual con otros alumnos.

La primera sesión se llevó a cabo el día 17 de julio del 2024 en un horario de las 10:00am, se acomodaron las sillas y esperamos a que las personas llegaran la sesión constó de dar la bienvenida, presentarnos y comenzar a conocer un poco de cada una, realizamos una actividad en la que preguntábamos su nombre, su comida favorita, bebida y hobby, las sillas estaban organizadas en círculo y buscábamos mayor integración entre nosotros y ellas.

Pasamos a hacer una lluvia de ideas entre todos para generar temas nuevos en los que tuvieran interés, las personas se vieron muy participativas y mostraron interés por diversos temas que iban relacionados con los cuidadores también dieron un poco de su historia y el por qué les interesaba el tema, se logró hacer una lista de 10 temas con los que trabajaríamos a lo largo de esta primera etapa.

Con este listado se creó un cronograma de como haríamos las sesiones por lo tanto los temas se organizaron de mayor petición a menor, así como relación entre temas, en cada sesión se dio una exposición del tema, se creó una actividad del mismo de una manera dinámica y práctica, creando así consciencia sobre el tema visto y aprendizajes.

Cada sesión llevaba el siguiente orden:

- Bienvenida
- Primera toma de temperatura

- Activación / gimnasia cerebral
- Exposición del tema
- Actividad relacionada con el tema
- Segunda toma de temperatura
- Atención plena
- Tercera toma de temperatura
- Conclusiones y cierre

En la Tabla 2 se observa el cronograma de cómo fueron dadas las sesiones con los temas correspondientes:

Tabla 2

Cronograma de la Primera Etapa: Fase 2 – Grupal

Fecha	Tema Programado
17 de julio	Presentación del grupo – Bienvenida
24 de julio	Árbol de problemas
31 de julio	Emociones básicas
7 de agosto	Límites
14 de agosto	Interacción familiar
21 de agosto	Interacción social
28 de agosto	Duelo
4 de septiembre	Depresión
11 de septiembre	Psicosomatización
18 de septiembre	Identificación de las redes de apoyo – Cierre

Nota: Temas y fechas de las actividades programadas para la Primera Etapa Fase 2 – Grupal.

5.11.3 Segunda Etapa: Fase 1 – Individual

Durante la Segunda Etapa – Individual se trabajó con los CPI la Escritura Emocional Autoreflexiva (EEA). Esta escritura se basa en escribir sobre alguna situación de su propia vida

(reciente o pasado), que se considere el más doloroso de sus recuerdos. Dicha escritura se dividió en 4 ejercicios, los cuales son:

- Ejercicio A: escribir sobre la situación más dolorosa de sus recuerdos utilizando la primera persona del singular (yo, mí, a mí, etc.), de manera continua.
- Ejercicio B: escribir sobre la misma situación narrada en el Ejercicio A, pero ahora utilizando la tercera persona (él, ella, etc.) de manera continua, evitando utilizar la primera persona del singular.
- Ejercicio C: escribir sobre la misma situación narrada en el Ejercicio A, pero ahora utilizando la primera persona del singular (yo, mí, a mí, etc.), además, tratar de utilizar el mayor número de palabras de la Figura 3.
- Ejercicio D: escribir sobre la misma situación narrada en el Ejercicio A, utilizando de manera continua la primera persona del singular (yo, mí, a mí, etc.), tratando de utilizar el mayor número de palabras (que más se le acomoden a su estilo) de la Figura 4.

Figura 3

Lista de palabras para el Ejercicio C

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

Figura 4

Lista de palabras para el Ejercicio D

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

Se realizaron 6 sesiones donde se les aplicarían los ejercicios de la EEA, dichas sesiones se desglosan en la Tabla 3. Además, debido a que la Cuidadora 004 no asistió al mínimo de las sesiones permitidas (como se explica en los criterios de eliminación), se optó por eliminarla del programa y buscar a otra CPI, la cual estaba interesada en formar parte del programa y se le incluyó.

Tabla 3

Cronograma de la Segunda Etapa: Fase 1 – Individual

Fecha	Actividad Programada
23 de octubre	1. Bienvenida, tema: Controlabilidad y escalas EBS-8, APAN-M, Malestar Psicológico y MAAS. Cuidadora 001: se le dio la bienvenida y un agradecimiento por seguir en el programa, además de abordar el tema de la controlabilidad desde el enfoque de un CPI, recalando que no puede controlar situaciones fuera de su alcance con su dependiente. Todos los instrumentos se aplicaron y contestaron con éxito. Cuidadora 002: se le dio la bienvenida y un agradecimiento por seguir en el programa, además de abordar el tema de la controlabilidad desde el enfoque de un CPI, recalando que no puede controlar situaciones fuera de su alcance con su dependiente. Todos los instrumentos se aplicaron y contestaron con éxito. Cuidadora 003: se le dio la bienvenida y un agradecimiento por seguir en el programa, además de abordar el tema de la controlabilidad. Como ella es autocuidadora, se tomó desde el enfoque personal, el cómo no puede controlar situaciones fuera de su alcance con las demás personas. Todos los instrumentos se aplicaron y contestaron con éxito.

	Cuidadora 004: se le dio la bienvenida al programa, además de abordar el tema de la controlabilidad desde el enfoque de un CPI, recalcando que no puede controlar situaciones fuera de su alcance con su dependiente. Todos los instrumentos se aplicaron y contestaron con éxito.
30 de octubre	2. Ejercicio A de la EEA Cuidadora 001: se realizó el Ejercicio A con éxito, para después hablar sobre cómo se sintió al escribir sobre la situación que escribió. Cuidadora 002: se realizó el Ejercicio A con éxito, para después hablar sobre cómo se sintió al escribir sobre la situación que escribió. Cuidadora 003: se realizó el Ejercicio A con éxito, para después hablar sobre cómo se sintió al escribir sobre la situación que escribió. Cuidadora 004: se realizó el Ejercicio A con éxito, para después hablar sobre cómo se sintió al escribir sobre la situación que escribió.
6 de noviembre	3. Ejercicio B de la EEA Cuidadora 001: se realizó el Ejercicio B con éxito, para después hablar sobre cómo se sintió al escribir sobre la situación que escribió. Cuidadora 002: se realizó el Ejercicio B con éxito, para después hablar sobre cómo se sintió al escribir sobre la situación que escribió. Cuidadora 003: se realizó el Ejercicio B con éxito, para después hablar sobre cómo se sintió al escribir sobre la situación que escribió. Cuidadora 004: se realizó el Ejercicio B con éxito, para después hablar sobre cómo se sintió al escribir sobre la situación que escribió.

13 de noviembre	4. Ejercicio C de la EEA Cuidadora 001: se realizó el Ejercicio C con éxito, para después hablar sobre cómo se sintió al escribir sobre la situación que escribió. Cuidadora 002: se realizó el Ejercicio C con éxito, para después hablar sobre cómo se sintió al escribir sobre la situación que escribió. Cuidadora 003: se realizó el Ejercicio C con éxito, para después hablar sobre cómo se sintió al escribir sobre la situación que escribió. Cuidadora 004: se realizó el Ejercicio C con éxito, para después hablar sobre cómo se sintió al escribir sobre la situación que escribió.
20 de noviembre	5. Ejercicio D de la EEA Cuidadora 001: se realizó el Ejercicio D con éxito, para después hablar sobre cómo se sintió al escribir sobre la situación que escribió. Cuidadora 002: se realizó el Ejercicio D con éxito, para después hablar sobre cómo se sintió al escribir sobre la situación que escribió. Cuidadora 003: se realizó el Ejercicio D con éxito, para después hablar sobre cómo se sintió al escribir sobre la situación que escribió. Cuidadora 004: se realizó el Ejercicio D con éxito, para después hablar sobre cómo se sintió al escribir sobre la situación que escribió.
27 de noviembre	6. Revisión de la EEA y aplicación de escalas EBS-8, APAN-M, Malestar Psicológico y MAAS Cuidadora 001: se habló sobre cómo se sintió después de haber escrito cada ejercicio, si ahora ve la situación con otra perspectiva

o si pudo reflexionar sobre este. Además, se aplicaron y contestaron las escalas en tiempo y forma.

Cuidadora 002: se habló sobre cómo se sintió después de haber escrito cada ejercicio, si ahora ve la situación con otra perspectiva o si pudo reflexionar sobre este. Además, se aplicaron y contestaron las escalas en tiempo y forma.

Cuidadora 003: se habló sobre cómo se sintió después de haber escrito cada ejercicio, si ahora ve la situación con otra perspectiva o si pudo reflexionar sobre este. Además, se aplicaron y contestaron las escalas en tiempo y forma.

Cuidadora 004: se habló sobre cómo se sintió después de haber escrito cada ejercicio, si ahora ve la situación con otra perspectiva o si pudo reflexionar sobre este. Además, se aplicaron y contestaron las escalas en tiempo y forma.

18 de diciembre

7. Encuentro Grupal

Nota: Este cronograma sirvió como base para tener una mejor organización en las sesiones individuales.

5.11.4 Segunda Etapa: Fase 2 – Grupal

En esta ocasión en la Segunda Etapa de la fase 2 - Grupal, el encuentro se llevó a cabo el miércoles 10: 00 am a 12:00 pm, aunque anteriormente se les había avisado y recordado (por vía mensaje) que las sesiones se retomaron ese día.

De modo que, en esta primera sesión grupal de la Segunda etapa se dio la bienvenida y se habló sobre el cómo habían estado este tiempo durante la sesión como se observa en la Tabla 4, de esta manera se buscó que los participantes volvieran a tener confianza y mencionaron los problemas que pudieron haber enfrentado o las situaciones en las que ellas ocuparon los conocimientos que creamos en el grupo en la primera etapa, lo cual permitió un mejor

acercamiento, que a su vez permite que los participantes tengan un mejoramiento en su salud (física, emocional y mental).

Además, por cuestiones académicas y de vacaciones, se optó por tener el cierre grupal el día 18 de diciembre y se tuvo una sesión grupal más el día 22 de enero, ya que aún no finalizaba completamente el trimestre en curso. Se hizo así para que los CPI individuales y del grupo tuvieran unas vacaciones y fin de año más tranquilo.

Tabla 4

Cronograma de la Segunda Etapa: Fase 2 – Grupal

Fecha	Tema Programado
23 de octubre	Elección de temas (Bienvenida/ 2da etapa)
30 de octubre	Controlabilidad
6 de noviembre	Emociones complejas
13 de noviembre	Ansiedad
20 de noviembre	Aceptación/Asimilación
27 de noviembre	Toma de decisiones
4 de diciembre	Diferenciar entre emociones y sentimientos
11 de diciembre	Memoria y concentración
18 de diciembre	Hábitos de la vida – Cierre
22 de enero	Árbol de problemas – Pre bienvenida.

Nota: Temas y fechas de las actividades programadas para la Segunda Etapa: Fase 2 – Grupal.

Cada sesión llevaba el siguiente orden:

- Bienvenida 5 min
- Primera toma de temperatura
- Activación / gimnasia cerebral 8 min
- Exposición del tema 15 min
- Actividad relacionada con el tema 10 min

- Segunda toma de temperatura
- Atención plena 5 min
- Tercera toma de temperatura
- Conclusiones y cierre 5 min

5.11.5 Tercera Etapa: Fase 2 – Grupal

En esta tercera etapa se llevó a cabo únicamente la fase 2 -Grupal Se llevó a cabo con el grupo llamado “Colibrís” a los cuales se agregaron las y los cuidadores nuevos que estuvieron en el trabajo individual en la primera y segunda etapa forman así un grupo más grande.

En esta tercera etapa se hizo un árbol de problemas en la primera sesión en el cual se buscó identificar nuevos temas para construir las sesiones, sin embargo, se notó que algunos cuidadores propusieron temas vistos anteriormente por lo que se optó por hacer estos temas de manera más práctica y menos teórica donde ellos pudieran identificar de mejor manera los conceptos y pudieran llevarlos a su vida diaria para así tener mayores herramientas que sean funcionales en su vida.

En esta etapa al haber personas nuevas que se incluyeron se logró divisar el como si bien ya estaban consolidados como un grupo no hubo problemas ni inconvenientes a la hora de agregar nuevos participantes, incluso se vio mayor participación y entusiasmo por las sesiones día con día.

Cada sesión llevo el mismo orden que anteriormente se mencionó en el cual cada actividad llevaba un tiempo para que la sesión fluyera de mejor manera :

- Bienvenida 5 min
- Toma de temperatura
- Activación / gimnasia cerebral 8 min

- Exposición del tema 15 min
- Actividad relacionada con el tema 10 min
- Toma de temperatura
- Atención plena 5 min
- Toma de temperatura
- Conclusiones y cierre 5 min

En la Tabla 5 se pueden observar los temas correspondientes a cada fecha en la que se trabajó de acuerdo con el orden de importancia que los participantes dieron y la relación entre cada tema.

Tabla 5

Cronograma de la Tercera Etapa: Fase 2 – Grupal

Fecha	Tema Programado
12 de febrero	Árbol de problemas (Bienvenida/ 3era etapa)
19 de febrero	Adicciones
26 de febrero	Importancia del Autocuidado
06 de marzo	Comunicación
12 de marzo	Límites
19 de marzo	Redes de apoyo social
26 de marzo	Perdonar y soltar
2 de abril	Desapego
9 de abril	Emociones y sentimientos
16 de abril	Depresión
23 de abril	Principios de convivencia
30 de abril	Cierre

Nota: Temas y fechas de las actividades programadas para la Tercera Etapa Fase 2 – Grupal

Como este ya era un grupo consolidado, ya se tenía un escudo elegido y descrito por los participantes. En la Figura 5 podemos observar 4 elementos, los cuales son:

- Animal: Colibrí, elegido en relación con el nombre que eligieron, de igual forma porque mencionaron que estaba relacionado con la fortaleza, adaptabilidad, aceptación de características que les evoca al papel de cuidador
- Objeto: Cadena significado de símbolo de unión, el cual representa al vínculo que han formado al pertenecer en el mismo grupo puesto que, todos los participantes comparten algo en común.
- Planta: Ave del paraíso, se mencionó que esta planta era exótica por su parecido peculiar a un pájaro de ahí el nombre, también explicó que esta planta está relacionada con la alegría, felicidad y libertad, además de que simboliza buenas noticias o cambios positivo.
- Metal: Oro un metal muy precioso y resistente y sobre todo muy valioso, ellos mencionaron que esa resistencia les recuerda a ellos mismos.

Figura 5

Escudo realizado por los participantes de la Unión de Colonos



6. Resultados

6.1 Primera Etapa

6.1.1 Análisis cuantitativo Individual

Se realizó un Camio Clínico Observable (CCO) de los CPI con los datos obtenidos de las escalas pre y post que se aplicaron en la Primera Etapa.

En la Tabla 6 podemos observar que la CPI 1, ha tenido mejorías en la mayoría de los casos desde que se inició la intervención, pues aumentó su bienestar un 28%; el afecto positivo un 33%; su salud psicológica un 21%; ha aumentado significativamente su estilo de vida un 50% y ha reducido significativamente su sintomatología depresiva en un 71%; salvo en la sobre carga, pues esta aumentó un 33%.

Por otra parte, la CPI 2 ha cambiado en varios apartados, por ejemplo, tuvo un aumento del 24% en su estilo de vida; ha reducido mayormente su ansiedad un 86%; ha reducido significativamente su sintomatología depresiva un 100% y su sobrecarga se redujo en un 25%.

Además, podemos observar en la Tabla 6 cómo a lo largo de las sesiones impactó de manera considerable la depresión de la CPI 3 con una disminución del 83%; también se perciben las mejoras en afecto positivo con un aumento del 26%; su salud psicológica aumentó un 21% y su bienestar aumentó un 23%. Así mismo, notamos que su sintomatología depresiva se redujo considerablemente en un 83%; su soledad se redujo un 25% y su sintomatología ansiosa se redujo notablemente un 60%.

Tabla 6

Cambio Clínico Observable (CCO) de las CPI 1, 2 y 3

	CPI 1			CPI 2			CPI 3		
	Pre	Post	CCO	Pre	Post	CCO	Pre	Post	CCO
Bienestar	29	37	0.28	36	37	0.03	39	48	0.23

- <i>Satisfacción por la vida</i>	14	17	0.21	16	17	0.06	20	24	0.2
- <i>Afecto positivo</i>	15	20	0.33	20	20	0.00	19	24	0.26
Salud Auto percibida	30	31	0.03	62	68	0.10	58	60	0.03
- <i>Salud psicológica</i>	14	11	-0.21	21	23	0.10	19	23	0.21
- <i>Salud física</i>	8	8	0.00	24	24	0.00	19	19	0
- <i>Estilo de vida saludable</i>	8	12	0.50	17	21	0.24	20	20	0
Apoyo social	34	44	0.29	60	58	-0.03	45	45	0
- <i>Persona Especial</i>	13	20	0.54	25	25	0.00	25	25	0
- <i>Apoyo Familiar</i>	12	12	0.00	20	20	0.00	5	5	0
- <i>Apoyo Amigos</i>	9	12	0.33	15	13	-0.13	15	15	0
Ansiedad	7	5	-0.29	7	1	-0.86	5	2	-0.6
Soledad	6	4	-0.33	3	3	0.00	4	3	-0.25
Depresión	7	2	-0.71	14	0	-1.00	6	1	-0.83
Sobrecarga del cuidador	24	32	0.33	8	6	-0.25	25	20	-0.2

6.1.2 Análisis cualitativo Individual

Para el análisis cualitativo se usaron las bitácoras de las CPI realizadas en cada sesión. Se analizaron mediante el programa de Atlas.ti por cuidadora. En la Tabla 7 se pueden observar los datos arrojados por Atlas.ti de las 3 CPI.

La CPI 1 tiene 47 años y lleva siendo CPI por 10 años. Tiene a varias personas a su cuidado, pero a la que le dedica más tiempo es a su abuela, la cual tiene EPOC e hipertensión. Sus ingresos monetarios son de un pequeño local que tiene donde vende comida y de un trabajo de medio tiempo cuidando una casa, no cuenta con más ayuda. Ella no padece una enfermedad crónica, solo su dependiente.

Se decidió integrarla a la intervención porque su mamá nos pidió que la visitáramos porque ella ya le había comentado del programa, pero la CPI 1 le decía a su mamá que ella estaba bien, que no necesitaba de eso. Pero al final la visitamos en su casa, le hablamos del programa y aceptó ser parte de.

La CPI 2 tiene 47 años y lleva siendo CPI por 5 años y ella padece de hipertiroidismo. Ella tiene a su cuidado a sus padres, quienes viven en una casa a parte y no muy lejana de donde ella vive, va entre semana a cuidarlos. Aunque no les dedica la mayoría de su tiempo a cuidarlos y, parafraseando a la CPI 2, sus padres aún se valen por sí mismos, no requieren de mucha ayuda o de ayuda específica, se decidió tomarla en cuenta porque los cuida y ambos padres tienen EPOC y presión alta. Se le comentó del programa a la CPI 2 y accedió a ser parte de.

La CPI 3 tiene una edad de 46 años y por 5 años ha sido auto cuidadora, no tiene padecimientos crónicos, pero tiene mal su rodilla con requerimiento quirúrgico, sus recursos provienen de sus rentas (economía básica sustentable), no recibe ingreso monetario de ninguna otra manera.

Su caso fue asignado pese a no tener una ECNT, ya que nuestro tipo de ayuda es psicosocial y ella nos comentaba que tenía problemas de soledad y presentaba resentimiento hacia su familia en el pasado ya que eran muy agresivas de manera verbal en especial su tía quien hacía comentarios racistas y denigrante hacia ella en particular y estas afecciones han sido

permanentes a lo largo de su vida, también el no tener a sus hijos viviendo con ella le causa un estado de soledad y depresión.

Tabla 7

Enraizamientos y Densidad de bitácoras de las CPI 1, 2 y 3

Códigos	CPI 1		CPI 2		CPI 3	
	Enraizamien	Densida	Enraizamien	Densida	Enraizamien	Densida
	to	d	to	d	to	d
001_Asertividad	8	0	11	0	12	0
002_Prosocial	4	0	10	0	15	0
003_Empatía	9	0	8	0	3	0
004_PSPos	2	0	6	0	2	0
005_Atribucione	2	0	3	0	2	0
s						
006_PsNeg	11	0	2	0	13	0
007_Hostilidad	7	0	1	0	13	0
008_LengAfec	4	0	2	0	3	0
009_GesEmo	5	0	6	0	8	0
010_ExpInc	1	0	0	0	1	0
011_Patogenicas	0	0	0	0	10	0
012_Salutogenic	5	0	6	0	13	0
as						
013_RelFamPos	2	0	10	0	1	0
014_RedApo	4	0	8	0	5	0
015_ConProgAp	0	0	1	0	0	0
o						
016_RelFamNeg	8	0	3	0	10	0
017_GenSocD	4	0	1	0	2	0

6.1.3 Análisis cuantitativo y cualitativo General

Al finalizar el programa, el 24% de los participantes reportaron sintomatología ansiosa. Mientras, el 24% de la muestra percibió sentimientos de soledad. Además, el 38% de los CPI reportaron niveles de leve a severo de sintomatología depresiva. El 22 % presentaron sintomatología leve, 10% contó con sintomatología moderada, 4% indicó sintomatología severa. Por su parte el 12% de los CPI manifestó sobrecarga de cuidador leve y otro 4% de la muestra reportó niveles elevados de sobrecarga de cuidador.

De acuerdo con los datos de la Tabla X, la intervención psicosocial realizada en este trabajo tuvo un efecto en varios aspectos, por ejemplo, se puede observar un valor $p = 0.012$ en el apartado de Bienestar, indicando que hubo un cambio significativo en los CPI. Así mismo, se puede notar un cambio mayormente significativo en el apartado de la Soledad, teniendo un valor $p = 0.008$. Además, el acompañamiento ha reducido mínimamente la sintomatología depresiva en los CPI, teniendo un valor $p = 0.031$. Por otro lado, en el apartado de Sobrecarga se puede apreciar que este tiene un valor $p = 0.044$, lo que significa que los CPI han visto reducido mínimamente su sobrecarga.

Tabla 8

Efecto de la intervención psicosocial en los CPI.

Medida	Pre	Post	Estadístico	p	TE
Bienestar subjetivo	31.8 (9.74)	34.8 (11.04)	T = 2.65 (35)	0.012	0.442
• Satisfacción por la vida	16.3 (5.17)	17 (5.54)	T = 1.62 (35)	0.115	0.270
• Afecto positivo	16.3 (5.10)	17.5 (5.67)	T = 1.90 (35)	0.066	0.316
Salud auto percibida	42.5 (15.8)	44.2 (14.2)	T= 0.911 (35)	0.369	0.152
• Salud psicológica	14.6 (5.77)	14.8 (5.66)	T= 0.305 (35)	0.762	0.0508
• Salud Física	15.1 (6.41)	15.1 (6.61)	W = 174	0.726	-0.0794

• Estilo de vida saludable	14.0 (5.76)	14.9 (5.19)	T = 0.935 (35)	0.356	0.156
Apoyo social	41.7 (12.2)	42.1 (12.3)	W = 290	0.416	0.169
• Apoyo Persona especial	18.6 (6.29)	19 (6.61)	W = 157	0.329	0.241
• Apoyo familiar	14.1 (5.16)	14.5 (5.89)	W = 162	0.481	0.170
• Apoyo Amigos	8.94 (4.55)	8.33 (4.46)	W = 92	0.097	- 0.387
Ansiedad	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	0.008	-0.708
Depresión	8.67 (6.08)	6.42 (5.76)	T = -2.25 (35)	0.031	-0.375
Sobrecarga	33 (17)	27.5 (17.3)	W = 180	0.044	-0.453

Por su parte las técnicas de relajación también tuvieron un efecto grande y positivo en los cuidadores primarios mostrando un impacto en la tasa respiratoria de los mismos. Esto se puede apreciar en la Tabla 9

Tabla 9

Temperaturas en °C registradas de los CPI

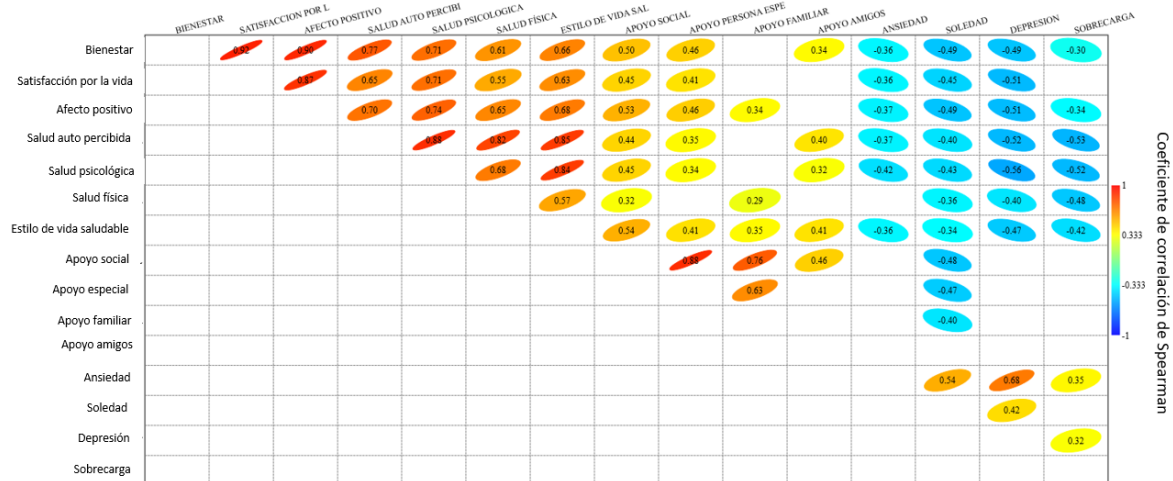
N° de sesión	Pre	Post	Estadístico	P	TE
Sesión 1	32.4 (2.35)	32.9 (2.05)	W = 169.0	0.065	0.4632
Sesión 2	32.6 (2.32)	33 (1.95)	W = 308.5	0.239	0.2440
Sesión 3	32.7 (1.87)	32.8 (1.93)	W = 317.5	0.739	0.0672
Sesión 4	32.4 (1.75)	32.9 (1.87)	W = 372.5	0.102	0.3280
Sesión 5	32.3 (1.74)	32.6 (1.90)	T = 2.305 (30)	0.028	0.4140
Sesión 6	32.5 (1.73)	32.8 (1.83)	T = 2.378 (36)	0.023	0.3909
Sesión 7	32.9 (1.83)	32.9 (1.94)	T = 1.017 (34)	0.316	0.1719
Sesión 8	33.1 (1.98)	33.2 (2.13)	W = 274.0	0.399	0.1785
Sesión 9	32.5 (1.65)	32.6 (1.06)	T = 0.760 (18)	0.457	0.1743

Además, se hizo un análisis de correlación de Spearman, cuyos datos pueden verse en la Figura 6. Los análisis extraídos son:

- La sobrecarga está asociada con la salud psicológica, por lo que, a más sobrecarga, menos salud psicológica existe (-0.52).
- También, a menor satisfacción por la vida, mayor será la depresión (-0.51).
- Además, mientras menos apoyo social exista, más soledad sentirá el CPI (-0.48).
- Pero, si se mantiene una buena salud psicológica, aumentará el estilo de vida saludable (0.84).

Figura 6

Coeficiente de correlación de Spearman



6.1.4 Análisis cualitativo Grupal

Para evaluar el impacto de la intervención grupal en la funcionalidad de los participantes, se utilizó la escala WHODAS antes y después del programa. Se aplicó la prueba HSD de Tukey para realizar comparaciones múltiples y determinar si la diferencia en los puntajes pre y post intervención era estadísticamente significativa.

En la Tabla 10, los resultados indican que la medición Pre presentó una media de **48.67**, mientras que la medición Post tuvo una media de **43.10**. Esta reducción en los puntajes podría interpretarse como una mejora en la funcionalidad de los participantes tras la intervención. Sin

embargo, al revisar el valor de significancia (**Sig. = 0.653**), se observa que esta diferencia no es estadísticamente significativa, ya que supera el umbral de 0.05.

Estos resultados sugieren que, aunque se observa una reducción en los puntajes después de la intervención, no se puede afirmar con certeza que este cambio se deba a la intervención grupal.

Tabla 10

Datos Pre/Post intervención con la prueba HSD de Tukey

HSD Tukey	Medición Pre/Post	N	Subconjunto para alfa = .05
	Pre	12	48.67
	Post	10	43.10
	Sig.		.653

6.1.5 Discusión

En esta primera etapa que se dividió en dos fases podemos observar algunas cosas como conclusión de cada una:

En la fase individual podemos destacar la importancia que tuvo el tener un lazo de confianza con cada una de las cuidadoras, si bien al inicio está no estaba presente en cada una de las sesiones se fue construyendo y la forma en la que las cuidadoras iban abriéndose más sobre su vida diaria, sus problemas e incluso sobre sus vivencias anteriores creo una buena relación con los facilitadores, de igual forma esto ayudó a la hora de especificar el trabajo con cada una para las sesiones, en esta etapa se logró observar un cambio en algunas cuidadoras des la forma en la que se presentaban sus posturas, su forma de hablar e incluso el cómo se expresan de sí mismas de lo que era al inicio y al final.

En la fase grupal se identificó los temas que ellas propusieron, sin embargo, se detectó que algunos temas ya eran vistos y que aún tenían problemas con ponerlos en práctica por lo tanto se buscó la manera de hacer las retroalimentaciones más prácticas haciendo reflexionar a las participantes para generar conciencia sobre los temas siendo más claros para situaciones que ellas pudieran estar pasando.

Está etapa en un inicio fue para conocernos y crear un mejor vínculo entre cuidadoras y facilitadores. Y de esta manera hacer una intervención de mejor manera enfocando el trabajo en situaciones y temas específicos para ellos.

6.2 Segunda etapa

6.2.1 *Análisis cuantitativo Individual*

De acuerdo con los datos de la Tabla 11, la CPI 1 tuvo varios cambios. Por ejemplo; en bienestar tuvo un cambio muy significativo después de la intervención, teniendo un aumento del 113%; la satisfacción por la vida tuvo un aumento de 125% y el afecto positivo tuvo un aumento del 100. En cuanto al Afecto Positivo/Afecto Negativo, es necesario resaltar que su satisfacción se redujo un 25% y su melancolía también se redujo un 75%.

Por otra parte, de acuerdo con los datos de la Tabla 11, la CPI 2 tuvo varios cambios. Por ejemplo; en la satisfacción por la vida tuvo un aumento del 23%; mientras que el malestar psicológico aumentó un 20%. En cuanto al APAN, es importante resaltar que la felicidad y la satisfacción de la CPI 2 redujeron un 20%; la paz aumentó en un 100% y el sufrimiento se redujo en un 60%.

Tabla 11

Cambio Clínico Observable de las CPI 1 y 2

Medición	CPI 1	CPI 2
----------	-------	-------

	Pre	Post	CCO	Pre	Post	CCO
Bienestar	16	34	1.13	29	32	0.10
• <i>Satisfacción por la vida</i>	8	18	1.25	13	16	0.23
• <i>Afecto positivo</i>	8	16	1.00	16	16	0.00
Atención plena	83	70	-0.16	59	70	0.19
Malestar psicológico	15	14	-0.07	15	18	0.20
• <i>Felicidad</i>	4	4	0.00	5	4	-0.20
• <i>Alegría</i>	4	4	0.00	4	4	0.00
• <i>Plenitud</i>	4	3	-0.25	3	4	0.33
• <i>Satisfacción</i>	4	3	-0.25	5	4	-0.20
• <i>Calma</i>	3	3	0.00	3	3	0.00
• <i>Bienestar</i>	4	4	0.00	3	4	0.33
• <i>Paz</i>	4	3	-0.25	2	4	1.00
• <i>Dicha</i>	4	4	0.00	4	4	0.00
• <i>Tranquilidad</i>	4	3	-0.25	3	4	0.33
• <i>Placer</i>	3	4	0.33	4	4	0.00
• <i>Sufrimiento</i>	2	2	0.00	5	2	-0.60
• <i>Dolor</i>	2	2	0.00	4	3	-0.25
• <i>Tristeza</i>	2	2	0.00	3	3	0.00
• <i>Desilusión</i>	3	2	-0.33	3	3	0.00
• <i>Desdicha</i>	1	1	0.00	2	3	0.50
• <i>Melancolía</i>	4	1	-0.75	3	2	-0.33
• <i>Soledad</i>	1	1	0.00	1	2	1.00

• <i>Miedo</i>	3	2	-0.33	3	2	-0.33
• <i>Incertidumbre</i>	1	1	0.00	5	3	-0.40
• <i>Irritación</i>	1	1	0.00	3	3	0.00

En cuanto a la CPI 3, podemos observar en la Tabla 12, cómo a lo largo de las sesiones impacto de manera considerable en el aumento de bienestar un 38%; un aumento en el afecto positivo del 130%; se visualizan mejoras en la atención plena con un 42% y la satisfacción por la vida no ha tenido cambios considerables.

Mientras que, en la Tabla 12, podemos observar cómo a lo largo de las sesiones impacto de manera considerable el afecto positivo en la CPI 4, con una disminución del 15%; un aumento considerable en el malestar psicológico del 35%; el bienestar con una disminución del 6% y también se perciben las mejoras en atención plena con un aumento del 43%, todas con una mejora significativa.

Tabla 12

Cambio Clínico Observable de las CPI 3 y 4

Medición	CPI 3			CPI 4		
	Pre	Post	CCO	Pre	Post	CCO
Bienestar	34	47	0.38	33	31	-0.06
• <i>Satisfacción por la vida</i>	24	24	0	14	15	-0.07
• <i>Afecto positivo</i>	10	23	1.3	19	16	-0.15
Atención plena	59	84	0.42	60	86	0.43
Malestar psicológico	10	10	0	14	19	0.35
• <i>Felicidad</i>	5	5	0	3	3	0

• <i>Sufrimiento</i>	1	1	0	3	3	-0.25
• <i>Alegría</i>	5	4	-0.2	4	3	-0.25
• <i>Dolor</i>	1	3	2	4	2	-0.33
• <i>Plenitud</i>	5	4	-0.2	3	3	-0.25
• <i>Tristeza</i>	1	1	0	4	3	-0.25
• <i>Satisfacción</i>	5	5	0	4	3	-0.25
• <i>Desilusión</i>	1	3	2	4	3	-0.25
• <i>Calma</i>	5	5	0	4	3	0.5
• <i>Desdicha</i>	1	1	0	2	3	-0.25
• <i>Bienestar</i>	5	4	-0.2	4	3	0
• <i>Melancolía</i>	1	1	0	3	3	0
• <i>Paz</i>	5	5	0	3	2	0
• <i>Soledad</i>	1	1	0	2	3	-0.25
• <i>Dicha</i>	5	4	-0.2	4	3	0
• <i>Miedo</i>	1	1	0	3	3	0
• <i>Tranquilidad</i>	5	5	0	3	2	0
• <i>Incertidumbre</i>	1	1	0	2	3	0
• <i>Placer</i>	5	4	-0.2	4	3	-0.25
• <i>Irritación</i>	1	3	2	2	4	1

6.2.2 Análisis cualitativo Individual

En la Tabla 13 se encontrarán los datos del análisis de las bitácoras individuales, donde se analizaron en conjunto las bitácoras de las CPI 1 y 2, y a parte de analizaron en conjunto las bitácoras de las CPI 3 y 4.

Para los datos de las CPI 1 y 2, vemos que en la Tabla 13, los códigos 001_Asertividad, 002_Prosocial, 012_Salutogénicas, 014_RedApo y 009_GesEmo. Esto nos indica que, en los dos primeros, las CPI 1 y 2 se comunican y expresan de una forma directa, además de ambas buscan integrarse a su comunidad de manera más continua, de forma activa y en busca de un desarrollo contextual. Con el tercer código que se repite, se refiere a que las CPI 1 y 2 poseen o tienen conocimiento sobre conductas que promueven el bienestar físico y emocional, por ejemplo, ambas buscan hacer algún tipo de actividad que las haga activarse como salir a caminar, aunque sea poco tiempo, pero procuran su bienestar y la búsqueda de sus propias redes de apoyo, ya sea en su misma familia o con amigos, puede que incluso en ambos. Esto último nos lleva al cuarto y quinto código, donde el cuarto nos habla de la existencia de las redes de apoyo fuera de la familia, ya sea con amigos, vecinos o instituciones, lo que nos indica que estos códigos están interconectados y que las CPI 1 y 2 realmente buscan ayuda externa, lo cual es muy importante. En cuanto al quinto código, se refiere a una adecuada gestión de las emociones, es decir, identificación, procesamiento y expresión de las emociones, lo cuál es muy importante y vemos que se puede vincular con el primer código de la asertividad.

En la Tabla 13 podemos observar en los datos de las CPI 3 y 4, cómo los código 001_Asertividad y 002_Prosocial fueron de los que más se repitieron y ambos son positivos demostrando lo bien que las cuidadoras se expresaban y la forma en que se vieron a lo largo de las sesiones, creando así un avance sesión con sesión, el código 012_Salutogénicas tiene un número importante de enraizamientos evidenciando el cómo fueron buscando alternativas e incluso cuidando más de su salud tanto física como de bienestar social, 014_RedApo también tiene un número bueno de enraizamientos dando cuenta de cómo las redes de apoyo que tenían las cuidadoras eran positivas y estaban más presentes, el código 016_RelFamNeg se refleja las situaciones que lidian con su familia por el cuidado de su dependiente o incluso sobre aspectos

más personales como conflictos y discusiones por situaciones ajenas a su papel como cuidadoras pero que les repercute en su manera de interactuar con cada uno de ellos.

Tabla 13

Enraizamiento y Densidad de las bitácoras de las CPI 1, 2, 3 y 4

Códigos	CPI 1 y 2		CPI 3 y 4	
	Enraizamiento	Densidad	Enraizamiento	Densidad
001_Asertividad	35	0	40	0
002_Prosocial	27	0	41	0
003_Empatía	9	0	6	0
004_PSPos	7	0	5	0
005_Atribuciones	11	0	9	0
006_PsNeg	8	0	12	0
007_Hostilidad	5	0	7	0
008_LengAfec	8	0	7	0
009_GesEmo	13	0	20	0
010_ExpInc	3	0	6	0
011_Patogenicas	7	0	13	0
012_Salutogenicas	19	0	15	0
013_RelFamPos	9	0	2	0
014_RedApo	13	0	12	0
015_ConProgApo	1	0	2	0
016_RelFamNeg	7	0	6	0
017_GenSocD	3	0	2	0

Para el análisis de las EEA se utilizó el programa de Atlas.ti, donde se analizaron las EEA de las CPI de forma individual. Por lo que se irá analizando una por una de las CPI junto con su nube de palabras de cada una.

Para la CPI 1, en la Tabla 14 se puede apreciar que los códigos con mayor relevancia son: 002_EMO_D y 005_USO_A_LENG. El primero se refiere a las emociones desagradables, dando a entender que la CPI 1 experimentó varias de estas emociones desagradables al momento de escribir los 4 ejercicios de la EEA, mientras que el segundo se refiere al uso adecuado del lenguaje, este se puede analizar de modo que la CPI 1 supo expresar su sentir al momento de escribir la EEA. El expresar o experimentar las emociones desagradables en estos ejercicios es algo esperado, pero el saber expresar los sentimientos, en la mayoría de los casos, no es algo que se espera que pase en estos ejercicios.

Tabla 14

Enraizamientos y Densidad de la EEA de las CPI 1, 2, 3 y 4

Códigos	CPI 1		CPI 2		CPI 3		CPI 4	
	Enraizamiento	Densidad	Enraizamiento	Densidad	Enraizamiento	Densidad	Enraizamiento	Densidad
001_Emo_P la	2	0	6	0	2	0	0	3
002_Emo_ Des	8	1	13	0	8	1	11	2
003_A_Exp _Emo	2	1	6	0	4	0	6	2
004_I_Exp_ Emo	0	0	1	0	4	0	2	2
005_Uso_A _Leng	9	0	20	0	7	1	8	3
006_Uso_I_ Leng	1	0	0	0	3	0	1	0

En cuanto a las palabras más repetidas de las EEA de la CPI 1 que se pueden ver en la Figura 7, podemos apreciar que estas son “el”, “familia”, “disfrutar”, “no”, “ahora”, entre otras palabras positivas y negativas. En las EEA, la CPI 1 habló sobre una situación que vivió con su hijo, lo que hace más sentido el que esté la palabra “el”, refiriéndose a su hijo. Además, es interesante ver cómo se expresa también de su familia, pues varias veces habló de ellos como un motivante, pero a veces como un desmotivante.

Figura 7

Nube de palabras de la EEA de la CPI 1



Para la CPI 2, en los datos mostrados en la Tabla 14, podemos apreciar que los códigos más relevantes son: 005_USO_A_LENG, 002_EMO_DES, 001_EMO_PLA y 003_A_EXP_EMO. El primero se refiere al uso adecuado del lenguaje, lo que quiere decir que la CPI 2 sabe plasmar y expresar en el texto su sentir; el segundo se refiere a la experimentación de emociones desagradables, algo esperado en este tipo de ejercicios; el tercero se refiere a la experimentación de emociones placenteras, curiosamente la CPI 2 pudo experimentar emociones placenteras en estos ejercicios; finalmente, el cuarto se refiere a la adecuada expresión emocional,

lo que indica que la CPI 2 sabe identificar las emociones que está experimentando y, por ende, sabe plasmarlas en su escritura, algo que no muchas personas han aprendido a hacer.

En la Figura 8 se puede apreciar las palabras más repetidas de las EEA de la CPI 2. Podemos ver que la palabra más repetida es “el”, ya que ella tuvo una situación con su expareja, por lo que se puede intuir que se refiere a él. Otra palabra que se repite es “hijos” y “amor”, ya que en las EEA se expresó positivamente de sus hijos, diciendo que ha recibido bastante apoyo por parte de ellos en su situación. Se puede notar que las demás palabras se repiten con la misma frecuencia, por lo que podemos encontrar tanto palabras positivas como negativas.

Figura 8

Nube de palabras de la EEA de la CPI 2



Para la CPI 3, en la Tabla 14 se observa que los códigos más destacados son los siguientes: 002_Emo_des y 003_a_exo_emo, los cuales, en su mayoría, reflejan aspectos negativos para el bienestar de la participante. Por otro lado, el código 005_Uso_a_leng destaca de manera significativa, ya que en la mayoría de los ejercicios la participante logra comunicar de

manera comprensible su sentir a través del texto e incluso teniendo clara con sus emociones. Es relevante señalar que, como era de esperarse, en los ejercicios correspondientes a esta técnica predominan las emociones desagradables y la expresión emocional inadecuada. Esto último se debe a que, en ciertos párrafos, se observa una falta de congruencia entre la emoción expresada y su correspondiente manifestación verbal, la participante en varias ocasiones mencionó más de una experiencia negativa en su vida, pero de alguna manera buscaba a que no sonara tan fuerte o feo.

En la Figura 9 se muestra las palabras que tuvieron más relevancia y que fueron más repetidas en el ejercicio de la escritura emocional podemos notar que las palabras relacionadas con, “su madre”, “bebe”, “hijos”, “miedo” son las que más estuvieron en sus escritos y esto debido a que fue un suceso muy importante y doloroso para ella que aún no ha podido soltar de igual manera a lo largo de las escrituras fueron cambiando de sentido al inicio eran escritas y asociadas al dolor y en la última escritura fueron asociados al entendimiento de que quizás era o que tenía que suceder y verlos de una manera amorosa y desde el respeto.

Figura 9

Nube de palabras de la EEA de la CPI 3



Para la CPI 4, en la Tabla 14 podemos observar que algunos de los códigos más destacados son los siguientes: 002_Emo_Des y 003_A_Exp_Emo en estos se pueden notar aspectos negativos debido a los delicado que fueron las situaciones que se trataron, sin embargo, el código 005_Uso_A_Leng destaca de una manera positiva reflejando que si bien las situaciones eran difíciles la mayor parte fue capaz de expresarse correctamente.

En la Figura 10 se puede apreciar las palabras más relevantes y repetidas donde expresa algunos malestares directos, por ejemplo mamá es una de las palabras más repetidas ya que le adjudica formar parte de algunos malestares ocasionados como aspectos de sobrecarga que presenta en la actualidad, por otra parte accidente hermana y perdida vienen en conjunto y es un hecho que representa una pérdida que le causa cierta culpabilidad que ha llevado a lo largo de su vida, se adjudica una responsabilidad por la pérdida tanto de su hermana como de su mamá y el sufrimiento fue persistente en esta trayectoria en el cuidado de su padre y también trae consigo tristeza y preocupación el aspecto del cuidado del padre.

Figura 10

Nube de palabras de la EEA de la CPI 4



6.2.3 Análisis cuantitativo y cualitativo General

En la Tabla 15 se observó que la puntuación media del bienestar de los CPI (4.22 ± 1.14) es levemente menor a la reportada por Calleja y Manson (2020) (5.41 ± 1.41) ($T = -6.68$, (41), $p < 0.001$, $d = -1.03$). 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 (20.7 ± 8.65) es mínimamente mayor a la reportada por Vega. M, et al (2023) (20.04 ± 6.96) ($T = 0.531$, (45), $p < 0.001$, $d = 0.0784$)

Tabla 15

Media y Desviación Estándar obtenidas de las escalas

Medida	Media	Desviación Estándar	Estadístico	p	TE
Bienestar	4.22	1.14	$T = -6.68$ (41)	<.001	-1.03
Atención plena	59.0	15.1	$T = 11.1$ (45)	<.001	1.64
Malestar psicológico	20.7	8.65	$T = 0.531$ (45)	0.598	0.0784

Después de aplicar las escalas de malestar psicológico, el 14% de los participantes reportó un nivel muy alto de malestar psicológico; el 31% de ellos presentó un nivel moderado de malestar psicológico y otro 31% de los CPI expresó un nivel bajo de malestar psicológico.

Después de la intervención realizada con los CPI, en la Tabla 16, se puede apreciar que tuvo repercusiones en algunas áreas como lo son la atención plena, el cual tiene un valor $p = 0.013$, demostrando que las técnicas de esta misma surtieron efecto, ya que, como se ha visto en investigaciones previas, el realizar el mindfulness ayuda a reducir el malestar y/o el estrés, además, el malestar psicológico tiene un valor $p = 0.001$, lo que demuestra un cambio significativo en los CPI. También la plenitud; el cual tiene un valor $p = 0.003$; la calma cuenta con un valor $p = 0.005$ y la desilusión tiene un valor $p = 0.028$.

Tabla 16

Efecto de la intervención psicosocial en los CPI

Medida	Pre	Post	Estadístico	p	TE
Bienestar	33.6 (9.78)	35.0 (8.18)	W = 290	0.421	0.167
<i>Satisfacción por la vida</i>	16.3 (5.69)	17.4 (4.49)	W = 226	0.385	0.193
<i>Afecto positivo</i>	17.3 (5.66)	18.7 (5.46)	W = 268	0.058	0.418
Atención plena	59.3 (14.8)	63.3 (13.4)	T = 2.65 (30)	0.013	0.476
Malestar psicológico	21.9 (8.51)	19.8 (8.21)	T = -3.58 (30)	0.001	-0.643
<i>Felicidad</i>	3.58 (1.02)	3.61 (1.05)	W = 37.0	0.745	0.1212
<i>Alegría</i>	3.56 (1.04)	3.63 (0.87)	W = 32.5	0.627	0.1818
<i>Plenitud</i>	3.13 (1.04)	3.53 (1.01)	W = 160.0	0.003	0.6842
<i>Satisfacción</i>	3.63 (1.04)	3.50 (1.07)	W = 62.0	0.478	-0.1895
<i>Calma</i>	3.09 (0.92)	3.63 (1.10)	W = 162.0	0.005	0.7053
<i>Bienestar</i>	3.34 (1.26)	3.72 (0.92)	W = 151.0	0.073	0.4381

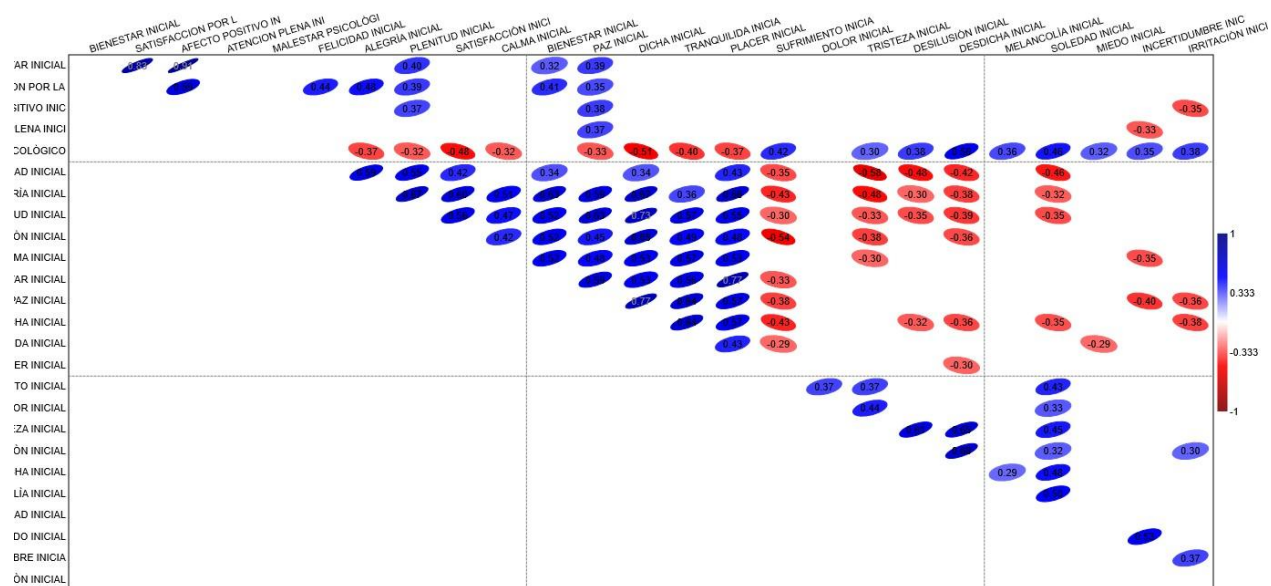
<i>Paz</i>	3.38 (1.28)	3.50 (1.29)	W = 78.5	0.595	0.1544
<i>Dicha</i>	3.44 (1.21)	3.41 (1.10)	W = 33.0	1.000	0.0000
<i>Tranquilidad</i>	3.59 (1.21)	3.69 (0.96)	W = 104.5	0.696	0.1000
<i>Placer</i>	3.03 (1.25)	3.19 (1.20)	W = 102.5	0.447	0.1988
<i>Sufrimiento</i>	2.81 (1.06)	2.78 (0.97)	W = 82.5	0.909	-0.0351
<i>Dolor</i>	3.35 (1.01)	3.13 (1.28)	W = 43.0	0.176	-0.3676
<i>Tristeza</i>	3.09 (1.05)	3.00 (0.98)	W = 49.0	0.518	-0.1833
<i>Desilusión</i>	2.94 (1.21)	2.63 (1.28)	W = 19.5	0.028	-0.6286
<i>Desdicha</i>	2.06 (1.21)	2.13 (1.10)	W = 106.0	0.653	0.1158
<i>Melancolía</i>	3.09 (0.96)	2.75 (1.27)	W = 59.0	0.142	-0.3789
<i>Soledad</i>	2.38 (1.43)	2.22 (1.38)	W = 49.0	0.532	-0.1833
<i>Miedo</i>	2.75 (1.16)	2.44 (1.21)	W = 59.5	0.256	-0.3041
<i>Incertidumbre</i>	3.03 (1.28)	2.63 (1.04)	W = 56.0	0.112	-0.4105
<i>Irritación</i>	2.94 (1.21)	2.78 (1.23)	W = 47.0	0.465	-0.2167

Se realizó el análisis correlacional pre en donde se pueden apreciar en la Figura 11, además, las más importantes se describen a continuación:

- Podemos ver cómo a mayor bienestar es mayor la satisfacción por la vida con una correlación de 0.85
- Si la persona presenta satisfacción tiene una mejora notable en su afecto positivo con una correlación de 0.65
- Vemos cómo repercute positivamente el bienestar en el afecto positivo con una correlación de 0.93
- Notamos la gran importancia de que a mayor afecto positivo es menor el malestar psicológico con una correlación de 0.3

Figura 11

Coeficiente de correlación de Spearman



6.2.4 Análisis cualitativo Grupal

Para evaluar el impacto de la intervención grupal en la funcionalidad de los participantes, se utilizó la escala WHODAS antes y después del programa. Se aplicó la prueba HSD de Tukey para realizar comparaciones múltiples y determinar si la diferencia en los puntajes pre y post intervención era estadísticamente significativa.

Los resultados de la Tabla 17 muestran que la media de la medición Pre-intervención fue de **44.36**, mientras que la Post-intervención fue de **41.70**, lo que representa una disminución en los puntajes tras la intervención. Asimismo, al revisar el valor de significancia (**Sig. = 0.653**), se observa que la diferencia no es estadísticamente significativa, ya que supera el umbral de 0.05. Esto indica que, aunque hubo una reducción en los puntajes, el cambio observado podría deberse a factores aleatorios y no necesariamente a la intervención grupal.

Tabla 17

Datos Pre/Post intervención con la prueba HSD de Tukey

HSD Tukey	Medición Pre/Post	N	Subconjunto para alfa = .05
	Pre	11	44.36
	Post	10	41.70
	Sig.		.653

6.2.5 Discusión

En esta etapa el trabajo fue enfocado de cierta forma en el ámbito emocional, por lo tanto:

La fase individual se trabajó desde la Escritura Emocional Autorreflexiva la cual llevaba un nivel de dificultad tanto para los facilitadores como para las cuidadoras sin embargo el trabajo hecho fue muy positivo al tener ya un vínculo con las cuidadoras se permitió que ellas pudieran expresar las situaciones dolorosas que han vivido y que lo expresarán de una buena manera gracias a la confianza y seguridad que se buscó dar desde la primera etapa.

La escritura emocional autorreflexiva nos permitió ver más allá de su papel como cuidadoras también nos llevó a conocer a la persona como es y las situaciones difíciles que ha pasado y siendo consciente de esto ellas mismas se presentaban con una buena actitud para trabajar y les permitió darse el valor que algunas mismas sentían que no tenían o el valor de aceptar que algunas cosas no estaban bien y de esta forma reconocer sus emociones, así como sus necesidades para poder mejorar su bienestar.

La fase grupal fue una forma de reforzar las redes de apoyo y cada una de las cuidadoras conforme pasaron las sesiones llegaron a abrirse con el grupo contando situaciones o problemas que les afectaban en algún momento, mientras que las demás integrantes se mostraban atentas dando palabras de apoyo consejos y validando las emociones de cada una de ellas, los temas fueron repetitivos por lo que buscamos hacer actividades para reflexionar y que se sintieran más personales para entenderlo, las sesiones se basaron en hacerlas dinámicas y que fueran de su

interés para complementar los temas. Se vieron resultados positivos a la hora de implementar estas actividades más prácticas y dinámicas.

6.3 Tercera etapa

6.3.1 Análisis cualitativo General

Para este análisis se utilizará el porcentaje válido de la Tabla 18. De acuerdo con la escala WHODAS que se aplicó a los cuidadores, el 43.2% de los CPI, en los últimos 30 días no han tenido ninguna dificultad para concentrarse en hacer algo durante diez minutos; mientras que un 21.6% de ellos tiene una dificultad moderada para hacerlo y solo un 2.7% tiene una dificultad severa.

Tabla 18

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

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

De acuerdo con el porcentaje válido de la Tabla 19, un 44.4% de los CPI, en los últimos 30 días no han tenido ninguna dificultad en relacionarse con personas que no conoce; por otro lado, un 29.6% de ellos tienen dificultad leve, mientras un 18.5% de ellos tiene dificultad severa.

Tabla 19

En los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para relacionarse con personas que no conoce?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	12	27.9	44.4	44.4
	Leve	8	18.6	29.6	74.1
	Moderada	2	4.7	7.4	81.5
	Severa	5	11.6	18.5	100.0
	Total	27	62.8	100.0	
Perdidos	999	16	37.2		
Total		43	100.0		

De acuerdo con el porcentaje válido de la Tabla 20, en los últimos 30 días, el 73% de los CPI no han tenido dificultad para ocuparse de sus responsabilidades domésticas, mientras que un 24.3% de ellos ha tenido una dificultad leve para hacerlo.

Tabla 20

Debido a su condición de salud, en los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad ha tenido para ocuparse de sus responsabilidades domésticas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	27	62.8	73.0	73.0
	Leve	9	20.9	24.3	97.3
	Moderada	1	2.3	2.7	100.0
	Total	37	86.0	100.0	
Perdidos	999	6	14.0		
Total		43	100.0		

De acuerdo con el porcentaje válido de la Tabla 21, en los últimos 30 días, un 66.7% no ha tenido ninguna dificultad para participar en actividades de su comunidad, mientras un 22.2% de ellos reporta tener una dificultad leve.

Tabla 21

En los últimos 30 días: ¿Cuánta dificultad ha tenido para participar en actividades de su comunidad (por ejemplo, festividades actividades religiosas o de otro tipo) de la misma forma que cualquier otra persona?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	24	55.8	66.7	66.7
	Leve	8	18.6	22.2	88.9
	Moderada	4	9.3	11.1	100.0
	Total	36	83.7	100.0	
Perdidos	999	7	16.3		
Total		43	100.0		

De acuerdo con el porcentaje válido de la Tabla 22, en los últimos 30 días, un 57.1% de los CPI reportan no tener ninguna dificultad para vivir con dignidad debido a las actitudes y acciones de otras personas; por otra parte, un 31% de ellos manifestaron tener una dificultad leve, mientras un 11.9% expresaron tener una dificultad moderada.

Tabla 22

En los últimos 30 días: ¿Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad debido a las actitudes de y acciones de otras personas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	24	55.8	57.1	57.1

	Leve	13	30.2	31.0	88.1
	Moderada	5	11.6	11.9	100.0
	Total	42	97.7	100.0	
Perdidos	999	1	2.3		
Total		43	100.0		

6.3.2 *Discusión*

En esta tercera etapa únicamente se trabajó con la Fase 2 – Grupal. Se aplicó la escala WHODAS en los grupos de la Unión de Colonos, Museo y Utopía, de ahí se extrajeron las tablas anteriores del programa SPSS para su análisis. Podemos apreciar que, en su mayoría, los CPI no tienen dificultades para interactuar con otras personas, convivir con otras personas o para integrarse en actividades con su propia comunidad

Así mismo, la mayoría de los CPI no tienen ninguna dificultad en vivir dignamente, ni en terminar sus tareas domésticas o en concentrarse en terminar alguna actividad en específico. Como podemos observar, en varias sesiones individuales y sesiones grupales se abordaban temas sobre cómo poner límites a las personas (dependientes o no dependientes) y cómo organizarse mejor para realizar sus deberes, esto pudo provocar que los CPI pusieran en práctica lo que han aprendido en las sesiones individuales y grupales, dando como resultado estos datos. Además, al estar interactuando con más personas en los grupos, los CPI que asistían pudieron ir desarrollando y/o mejorando sus habilidades sociales para entablar conversaciones con otras personas, reduciendo así sus dificultades para conocer gente nueva y empezar una conversación.

7. Conclusiones generales

Para concluir este trabajo podemos observar y determinar en base de todos los resultados obtenidos la importancia que tiene el cuidado del cuidador, así como el impacto que lleva en la salud mental y las relaciones sociales.

Si bien La Teoría Polivagal es un modelo neurofisiológico desarrollado por Stephen Porges nos explica que el sistema nervioso se activa a las señales de peligro o seguridad, incluyendo regulaciones emocionales. Una de las ramas en las que se divide este sistema es la Rama vagal ventral: Se activa cuando se percibe seguridad y favorece la conexión social, la calma y la regulación emocional. Cómo se puede observar a lo largo de los resultados presentados las personas en un inicio presentaban mayores malestares e incluso algunos casos una desconfianza pero al intervenir desde un ámbito psicosocial, mejorando su bienestar personal, incluyéndose en los grupos de apoyo y haciendo redes de apoyo más fuertes la seguridad que sentían al momento de expresar sus malestares o situaciones y que en el mismo grupo o de manera individual se sintieran apoyados y de esta forma crearon más relaciones sociales impactando en su salud de manera positiva.

La estructura de esta intervención favorece mucho dando resultados más positivos y un trabajo más completo en las primeras dos etapas se mantuvo una fase individual en la cual se logró entrar en mayor confianza con las cuidadoras y que de esta forma sus sesiones se especializarán en cada situación que necesitaba mayor trabajo favoreció un trabajo con calidad. La primera etapa en la fase grupal logramos identificar que si bien este grupo ya estaba formado y habían visto varios temas de su interés ellos necesitaban que los temas se vieran de manera más práctica para que pudieran actuar en su vida diaria.

La segunda etapa en la fase individual se vio beneficiada por la primera etapa debido a que ya existía confianza en las cuidadoras y ellas mismas habían identificado problemas como los límites en su vida diaria por lo que la escritura emocional autorreflexiva se dio de manera más natural y las personas lograron conectar con sus experiencias dolorosas sin sentirse limitadas. La fase grupal en esta etapa constó de incluir nuevos temas y buscar actividades prácticas que hicieron reflexionar a las cuidadoras.

En la tercera etapa solo se llevó el trabajo grupal y al incluir a las nuevas cuidadoras se logró observar que la cohesión en el grupo mejoró y que la forma en que ellas mismas se integraron da resultados positivos sobre todo lo aprendido en las primeras etapas y que de esta forma se crearon más redes de apoyo y la organización como grupo se benefició.

Para terminar, es importante cada uno de los aspectos vistos en este trabajo por qué tuvieron impactos positivos en la salud física, mental y emocional, así como en la creación y mantenimiento de redes de apoyo y que los grupos de apoyo como los vistos son importantes para las establecer nuevas relaciones sociales que manifiesten mejoras en los participantes.

8. Sugerencias

8.1 Primera Etapa

- Crear una estructura más general del programa de cuidadores primarios para los facilitadores.
- Mejorar la información de manera específica y concreta de los primeros auxilios psicológicos.
- Crear estructuras para las intervenciones psicosociales individuales
- Dar sesiones de integración entre cuidadores y facilitadores
- Mantener una buena estructura para los temas en las sesiones grupales
- Buscar que las actividades sean más prácticas de los temas

8.2 Segunda Etapa

- Dar capacitación en primeros auxilios psicológicos
- Recurso como espacios mejor establecidos
- Mayor apoyo para los facilitadores
- Mejor desarrollo sobre cómo se llevarán a cabo las sesiones

- Mayor atención por parte de los profesores
- Mejor entendimiento de que cada grupo es diferente y las necesidades también
- Evitar la saturación de escalas

8.3 Tercera Etapa

- Mejorar la inclusión de las cuidadoras nuevas
- Buscar nuevos temas que sean de apoyo
- Mejorar el espacio en el que se toman las sesiones
- Mejorar el apoyo de los profesores hacia los facilitadores

9. Referencias

Admin. (2021, 11 octubre). Tipos de interacción familiar – Psicología Amorebieta. Psicología

Amorebieta. <https://psicologiaamorebieta.es/tipos-de-interaccion-familiar/>

Alcaldía Iztapalapa, (2024). Dirección general de inclusión y bienestar social. “Sistema público de cuidados”.

<https://www.iztapalapa.cdmx.gob.mx/2alcaldia/convocatoria2024/FacilitadoresAMPD.pdf&ved=2ahUKEwjtwqGwm9iIAxXz3skDHe-QFqMQFnoECBAQAQ&usg=AOvVaw3fhRfIzbb0LewA4iHkXhOz>

Alcea. (2024, May 15). *¿Cómo controlar las emociones negativas?* Alcea Psicología.

<https://alceapsicologia.com/blog/como-controlar-emociones-negativas/>

Álvarez Carneros, P. (2015, 18 de septiembre). *La teoría ecológica de Urie Bronfenbrenner*.

Psicología y Mente. Recuperado el 26 de marzo de 2025, de

<https://psicologiaymente.com/desarrollo/teoria-ecologica-bronfenbrenner>

American Psychological Association. (2013). Comprendiendo el estrés crónico. APA.

Recuperado de <https://www.apa.org/topics/stress/estres-cronico>

- Arrieta, J., Aguerrebere, M., Raviola, G., Flores, H., Elliott, P., Espinosa, A., Reyes, A., Ortiz-Panozo, E., et al. (2017). Validez y utilidad del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ)-2 y PHQ-9 para el tamizaje y diagnóstico de la depresión en la zona rural de Chiapas, México: un estudio transversal. *Revista de Psicología Clínica*, 43(2), 311-331.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22390>
- Avance Psicólogos. (2018, 27 de noviembre). *Qué es la ansiedad: cómo reconocerla y qué hacer*. Psicología y Mente. <https://psicologiaymente.com/clinica/que-es-ansiedad>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Calleja, N., & Mason, T. A. (2020). Escala de Bienestar Subjetivo (EBS-20 y EBS-8): Construcción y Validación. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP*, 55(2), 185-201. Recuperado de <https://www.aidep.org/sites/default/files/2020-04/RIDEP55-Art14.pdf>
- Castillero Mimenza, O. (2024, octubre 6). *Grupos de apoyo: ¿qué son y para qué son eficaces?*. Psicología y Mente. Recuperado de <https://psicologiaymente.com/clinica/grupos-de-apoyo>
- Centro Médico El Pilar. (2021, 3 de septiembre). ¿Qué es la escritura emocional? ¿Terapia de escritura? *Centro Médico El Pilar*. <https://www.centromedicoelpilar.com/la-escritura-emocional/>
- Colegio de Psicólogos. (s.f.). *Psicología comunitaria: definiciones, enfoques y aplicaciones*. Recuperado de <https://colegiodepsicologossj.com.ar/que-es-la-psicologia-comunitaria-segun-autores/>
- De las Personas Adultas Mayores, I. N. (s. f.). *Importancia de las redes de apoyo social para las personas mayores*. gob.mx. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/importancia-de-las->

[redes-de-apoyo-social-para-las-personas-mayores#:~:text=Caracter%C3%ADsticas%20de%20las%20redes%20de,criterio%20de%20las%20propias%20redes](#)

De Lille Quintal, M. J., Echeverría Echeverría, R., Carrillo Trujillo, C. D., Evia Alamilla, N. M., & Kuyoc Fuentes, R. (2024). Caracterización del Cuidador Primario Formal en Mérida, Yucatán. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(2), 5160-5176.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2.10927

De Valle-Alonso, M. J., Hernández-López, I. E., Zúñiga-Vargas, M. L., & Martínez-Aguilera, P. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 12(1), 19-27. Recuperado de

<https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v12n1/v12n1a4.pdf>

De Azkue, I. (2025, 22 de marzo). *Toma de decisiones: definición, estrategias y características*.

Recuperado de <https://humanidades.com/toma-de-decisiones/>

Domínguez Trejo, B. (2012). *La teoría polivagal para el tratamiento del trauma* [Documento

PDF]. Psicoterapia Bilbao. Recuperado de https://www.psicoterapiabilbao.es/wp-content/uploads/2015/11/la_teoria_polivagal_1_.pdf

Editorial Etecé. (2024, 13 de diciembre). Toma de decisiones: Características, tipos e

importancia. Recuperado de <https://concepto.de/toma-de-decisiones/>

Esneca. (2023, 15 febrero). Interacción social: descubre todas las características y funciones.

Esneca. <https://www.esneca.com/blog/interaccion-social-formas-categorias/>

Gaitán-Rossi, P., Pérez-Hernández, V., Vilar-Compte, M., & Teruel-Belismelis, G. (2021).

Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México. *Salud Pública de México*, 63(4), 478-485.

<https://doi.org/10.21149/12257>

- Gálvez-Hernández, C., Rivera-Fong, L., Mohar-Betancourt, A., Pérez-Jiménez, D., Duque-Moreno, A., & Villarreal-Garza, C. (2020). Estructura Factorial y Confiabilidad de la Escala MOS de Apoyo Social en Mujeres Mexicanas con Cáncer de Mama. *Acta De Investigación Psicológica*, 10(3), 44-53.
- García Mingrone, A. (2021, 20 de octubre). *Emociones complejas: qué son, tipos y lista*. Psicología-Online. <https://www.psicologia-online.com/emociones-complejas-que-son-tipos-y-lista-5975.html>
- Gaytán Ceja, G. (2024, noviembre 12). *La importancia de los límites en las relaciones interpersonales*. IBERO Puebla. <https://www.iberopuebla.mx/circulo-de-escritores/ggaytan/importancia-limites>
- Giraldo MCI, Franco AGM, Correa BLS, Salazar HMO, Tamayo VAM. (2005). Cuidadores familiares de ancianos: quiénes son y cómo asumen este rol. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2005; 23 (2): 7-15.
- Gissi B, N. y Soto V., P. (2010). DE LA ESTIGMATIZACIÓN AL ORGULLO BARRIAL: Apropiación del espacio e integración social de la población mixteca en una colonia de Ciudad de México. *Revista INVI* , 25 (68), 99-118.
- Gómez, B. R. (2025, April 9). *Emociones primarias: Definición, tipos, características y ejemplos*. Avance Psicólogos. <https://www.avancepsicologos.com/emociones-primarias/>
- Glover, M. (2025). Historia y evolución del mindfulness. *Psicocode*. Recuperado de https://psicocode.com/meditacion/historia-evolucion-mindfulness/#google_vignette
- Gobierno de México, (2024). ¿Quiénes son las personas cuidadoras? IMSS <https://www.imss.gob.mx/personamayor/cuidados/personas-cuidadoras>

- Gobierno de México (ene,16 2020) instituto nacional de las personas adultas. Cuidadores y cuidadoras de personas mayores. <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/cuidadores-y-cuidadoras-de-personas-mayores>
- Gómez Pérez, O., & Calleja, N. (2016). Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 8(1), 96-117. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexinvpsi/mip-2016/mip161g.pdf>
- Guerrero-Nava JA, Romero-Quechol G, Martínez-Olivares M, Martínez-Martínez RA, Rosas-Reyes SC. Percepción del cuidador primario sobre las intervenciones de enfermería al paciente en estado terminal. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2016;24(2):91-8.
- Guzmán, G. (2018, 6 de abril). *Psicología comunitaria: ¿Qué es y cómo transforma sociedades?* Psicología y Mente. Recuperado de <https://psicologiaymente.com/social/psicologia-comunitaria>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hernández Núñez, M. E. (2020). *Depresión, ansiedad y sobrecarga en cuidadores primarios informales y tiempo de hospitalización en pacientes del área de Urgencias* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.
- Recuperado de <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000802936/3/0802936.pdf>
- Herrera, P., & Sánchez, E. (2024, febrero 25). ¿Cuáles son los beneficios de relajarnos? UNAM Global. https://unamglobal.unam.mx/global_revista/cuales-son-los-beneficios-de-relajarnos/?fbclid=IwY2xjawHyUztleHRuA2FlbQIxMQABHU2Nzmk8yNxocwgXYI90SNScOcTqVZCFURCNZRci54WbmiMieKYfnC50Tw_aem_87Pc28Lot3gJv6SEPnQRDg

- Iniesta Barrón, B. E., Martínez Estévez, M. del R., Becerra Gálvez, A. L., & Gómez Zarco, A. (2018). *Estrés en cuidadores primarios informales de pacientes geriátricos: un estudio descriptivo*. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 8(2), 69-76. Recuperado de <https://revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/67379>
- Instituto Europeo de Educación. (2021, 18 de febrero). *¿Cuál es la diferencia entre emoción y sentimiento?* Instituto Europeo De Educación. <https://ieeducacion.com/diferencia-entre-emocion-y-sentimiento/#:~:text=La%20emoci%C3%B3n%20aparece%20de%20forma,respuesta%20a%20una%20situaci%C3%B3n%20concreta>.
- La Mente es Maravillosa. (2023, 10 de abril). *Asimilación y acomodación: procesos de adaptación*. Recuperado de <https://lamenteesmaravillosa.com/procesos-de-adaptacion/>
- León-Hernández, R. C., Mártir-Hernández, E. B., Torres-Compeán, Y. G., Sánchez-Garcés, K. A., & Gutiérrez-Gómez, T. (2020). *Dependencia percibida y síntomas depresivos en cuidadores primarios informales de personas con enfermedades no transmisibles*. *CienciaUAT*, 15(1), 86-98. <https://doi.org/10.29059/cienciauat.v15i1.1386>
- 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. https://www.revista-psicologia.unam.mx/revista_aip/index.php/aip/article/view/377/325
- López Gil, Mª Jesús, Orueta Sánchez, Ramón, Gómez-Caro, Samuel, Sánchez Oropesa, Arancha, Carmona de la Morena, Javier, & Alonso Moreno, Francisco Javier. (2009). *El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud*. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7), 332-339. Recuperado en 22 de abril

de 2025, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004&lng=es&tlng=es.

Luviano, R. B. (2024, 1 junio). *Modelo de integración de equipamientos para el desarrollo integral y los cuidados para las familias de San Miguel Teotongo, Alcaldía Iztapalapa*.

IAAC BLOG. <https://blog.iaac.net/modelo-de-integracion-de-equipamientos-para-el-desarrollo-integral-y-los-cuidados-para-las-familias-de-san-miguel-teotongo-alcaldia-iztapalapa/>

Maragall, F. P. (2024, November 11). Consejos para pedir ayuda de forma eficaz. *Fundacion pasqua maragall*. Retrieved April 21, 2025, from <https://blog.fpmaragall.org/consejos-para-pedir-ayuda>

Medina, M., Rojas, R., Bustamante, W., Loaiza, R., Martel, C., & Castillo, R. (2023).

Metodología de la investigación: Técnicas e instrumentos de investigación. Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú.

<https://doi.org/10.35622/inudi.b.080>

Montero Pardo, X., Jurado Cárdenas, S., Valencia Cruz, A., Méndez Venegas, J., & Mora

Magaña, I. (2014). Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. *Psicooncología*, 11(1), 71-85. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44918

Noriega, M., Laurell, C., Martínez, S., Méndez, I., & Villegas, J. (2000). Interacción de las exigencias de trabajo en la generación de sufrimiento mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(4), 1011-1019. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2000000400019>

Organización Mundial de la Salud. (2025). *Constitución*. Recuperado de <https://www.who.int/es/about/governance/constituti>

- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Medición de la salud y la discapacidad: Manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS*. Servicio Nacional de Rehabilitación. <https://www.who.int/classifications/icf/whodasii>
- Palacios Rodríguez, Oscar Alejandro. (2021). La teoría fundamentada: origen, supuestos y perspectivas. *Intersticios sociales*, (22), 47-70. Epub 03 de noviembre de 2021. Recuperado en 04 de abril de 2025, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S200749642021000200047&lng=es&tlng=es.
- Pedroso-Chaparro, M. D. S., Márquez-González, M., Fernandes-Pires, J. A., Gallego-Alberto, L., Jiménez-Gonzalo, L., Nuevo, R., & Losada, A. (2022). Validation of the Spanish version of the Three-Item Loneliness Scale (Validación de la versión española de la Escala de Soledad de Tres Ítems). *Studies in Psychology*, 43(2), 311-331. <https://doi.org/10.1080/02109395.2021.1989889>
- Pérez-Ramos, M., Salas Bahena, S. M., & Sánchez Arias, L. A. (2018). Escritura emocional, autorregulación fisiológica y apoyo social como reguladoras del estrés. En R. Díaz Loving, L. I. Reyes Lagunes, & F. López Rosales (Eds.), *Aportaciones actuales de la psicología social* (Vol. IV, pp. 2205-2219). Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Porges, S. W. (2001). *The polyvagal theory: Phylogenetic substrates of a social self*. *International Journal of Psychophysiology*, 42(2), 123–146.
- Porges, S. W. (2007). *The Polyvagal Perspective*. *Biological Psychology*, 74(2), 116–143.
- Psicologista. (s. f.). *Emociones complejas: Qué son, tipos y lista*. Psicologista. <https://www.psicologista.com/emociones-complejas-que-son-tipos-y-lista/>
- Psicoterapia La Sal. (2015, May 6). *Técnicas de control de la activación*. <https://www.psicoterapialasal.com/blog/tecnicas-de-control-de-la-activacion/>

- Real Academia Española. (2024). *Controlabilidad* | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE. Real Academia Española. <https://dle.rae.es/controlabilidad>
- Ruiz, A. (2024). Historia del mindfulness. Instituto Europeo de Psicología Positiva. Recuperado de <https://www.iepp.es/historia-del-mindfulness/>
- Russell, D. W. (1996). Escala de Soledad de UCLA (Versión 3): Confiabilidad, validez y estructura factorial. *Revista de Evaluación de la Personalidad*, 66, 20-40.
- Ramírez, J. F. V., Grijalva, M. G., & Avilés, A. G. P. (2015). Repercusiones del cuidar en las necesidades básicas del cuidador primario de pacientes crónicos y terminales. *Medicina Paliativa*, 22(4), 146–151. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2015.01.001>
- Sánchez, R. M. (2024, 8 de agosto). *Teoría polivagal: Revisión crítica, evidencia y controversias*. Mente y Ciencia. Recuperado de <https://www.menteyciencia.com/teoria-polivagal-revision-critica-evidencia-y-controversias/>
- Santander Universidades. (2022). ¿Qué es la escucha activa? Santander Open Academy. Recuperado de <https://www.santanderopenacademy.com/es/blog/que-es-la-escucha-activa.html>
- Santos Vega, M. X., Ortega Andeane, P., & Galindo Vázquez, Ó. (2023). Propiedades psicométricas de la Escala de Malestar Psicológico (K-10) en cuidadores primarios de pacientes con cáncer. *Psicología y Salud*, 33(1). Recuperado de <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2788>
- Sanitas. (2023, agosto 23). *Hábitos de vida saludable - Prevención y Salud*. Sanitas. <https://www.sanitas.es/biblioteca-de-salud/prevencion-salud/cuidados-y-primeros-auxilios/habitos-de-vida-saludables>
- Secretaría de Salud. (2017). Salud: derecho e igualador social. Gobierno de México. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/articulos/salud-derecho-e-igualador-social>

Secretaría de Salud. (2015, 31 de octubre). *¿Qué es la ansiedad?*. Gobierno de México.

<https://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-ansiedad>

Tinajero-Chávez, L. I., Mora-Romo, J. F., Bravo-Doddoli, A., Cruz-Narciso, B. V., Calleja, N., &

Toledano-Toledano, F. (2023). Diseño, desarrollo y validación de la Escala de Salud

Autopercebida (SPHS). *Cuidado de la Salud*, 11(14), 2007.

<https://doi.org/10.3390/healthcare11142007>

Top Doctors. (2024, junio 21). *Trastorno psicossomático: qué es, síntomas y tratamiento*. Top

Doctors. <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/trastorno-psicosomatico/>

Universidad del Desarrollo. (2021). *¿Qué es el Bienestar Integral?*. Bienestar Integral UDD.

Recuperado de <https://bienestarintegral.udd.cl/que-es-bienestar-integral/>

Universidad Internacional de La Rioja (UNIR). (2025). *La eficacia de los grupos de apoyo y su*

importancia en intervención social. UNIR Revista. Recuperado de

<https://www.unir.net/revista/ciencias-sociales/grupos-apoyo/>

Vargas Solano, Rosa Elena. (2003). Duelo y pérdida. *Medicina Legal de Costa Rica*, 20 (2), 47-

52. Recuperado el 11 de abril de 2025, de

http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000200005&lng=en&tlng=es.

Velasco Matus, P., 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-

113. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2021.1.377>

World Health Organization: WHO & World Health Organization: WHO. (2023, March 31).

Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact->

[sheets/detail/depression#:~:text=El%20trastorno%20depresivo%20\(o%20depresi%C3%B3n,sobre%20el%20d%C3%ADa%20a%20d%C3%ADa.](#)

Xóchitl Santos-Vega M., Ortega-Andeane P. y Toledano-Toledano F. (2021). Validez y confiabilidad de la Escala de Apoyo Social Percibido (MSPSS). *Psicooncología*, 18(2), 333-345. <https://doi.org/10.5209/psic.77756>

Yedra Studio. (2023, 11 de octubre). *La escritura expresiva de James Pennebaker*. Yedra Studio. <https://yedrastudio.com/el-metodo-de-la-escritura-expresiva-de-james-pennebaker/>

Yela, M., & Calderón, P. (2017). *La psicología social comunitaria: fundamentos teóricos y metodológicos*. Editorial UNAM.

10. Anexos

10.1 Anexos Primera etapa

Instrumentos que se aplicaron y analizaron en la Primera Etapa:

Escala de Bienestar Subjetivo (EBS-8) Marca la opción que mejor te describa	1 En desacuerdo	2 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3 Ligeramente de acuerdo	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo	6 Totalmente de acuerdo
1. Me gusta mi vida.						
2. Soy una Persona feliz						
3. Estoy satisfecha (o) con mi vida						
4. Mi vida me trae alegría						
5. Mi vida es feliz						
6. Disfruto mi vida						
7. Mi vida es maravillosa						
8. Estoy “de buenas”.						

Escala de Salud Auto percibida (SPHS) Marca la opción que mejor te describa	1 En desacuerdo	2 Ligeramente de acuerdo	3 De acuerdo	4 Mayormente de acuerdo	5 Totalmente de acuerdo	6 Absolutamente de acuerdo
1. Tengo una adecuada salud mental						
2. Mis hábitos me permiten mejorar mi salud.						
3. Tengo una salud emocional adecuada.						
4. Siento que mis actividades diarias mejoran mi salud.						
5. Mi estilo de vida me ayuda a cuidar mi salud.						
6. Soy capaz de subir y bajar escaleras con facilidad.						
7. Puedo caminar con facilidad.						
8. Me siento emocionalmente saludable.						
9. Mi alimentación me permite mantener una buena salud.						
10. Puedo mover mis extremidades (brazos, piernas y /o cabeza) sin esfuerzo.						
11. Me considero una persona con bienestar emocional.						
12. Puedo mantener el equilibrio de mi cuerpo, por ejemplo, al pararme en un pie.						

Escala de Apoyo Social (MSPSS) Marca la opción que mejor se adecúe a tu situación actual	1 Nunca	2 Rara vez	3 Algunas Veces	4 Casi Siempre	5 Siempre
1. Hay una persona especial que está cerca de mi cuando la necesito.					
2. Hay una persona especial con la que puedo compartir mis alegrías.					
3. Hay una persona especial con la que puedo compartir mis tristezas.					
4. Tengo una persona especial que es una fuente de consuelo para mí.					
5. Hay una persona especial en mi vida que se preocupa por lo que siento.					
6. Mi familia trata de ayudarme en lo que puede.					
7. Mi familia me apoya emocionalmente.					
8. Mi familia me apoya en lo que necesito.					
9. Puedo hablar de mis problemas con mi familia.					
10. Mis amigos tratan de ayudarme.					
11. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal.					
12. Tengo amigos con quienes puedo compartir mis alegrías.					

Escala de Ansiedad (GAD-7) Marque con una X, en las últimas <u>dos últimas semanas</u> :	0 Nunca	1 Varios días	2 Más de la mitad de los días	3 Casi todos los días
1. ¿con qué frecuencia se sintió nervioso(a), intranquilo(a), o con los nervios de punta?				
2. ¿con qué frecuencia sintió que no podía dejar de preocuparse o que no podía controlar la preocupación?				
3. ¿con qué frecuencia sintió que se preocupaba demasiado por diferentes cosas?				
4. ¿con qué frecuencia sintió que era difícil relajarse?				
5. ¿con qué frecuencia estuvo tan inquieto que le era difícil permanecer sentado tranquilamente??				
6. ¿con qué frecuencia sintió que se molestaba o irritaba con facilidad?				
7. ¿con qué frecuencia sintió miedo o como si algo terrible pudiera pasar?				

Escala de Soledad de 3 ítems Estas preguntas son sobre cómo se siente sobre diferentes aspectos de su vida. Para cada pregunta Marque con una X con qué frecuencia se siente así	1 Casi Nunca	2 A veces	3 A menudo
1. ¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía?			
2. ¿Con qué frecuencia se siente excluido(a)?			
3. ¿Con qué frecuencia se siente aislado (a) de los demás?			

Cuestionario sobre la salud del paciente - 9 (PHQ-9) Marque con una X, en las últimas <u>dos últimas semanas</u> :	0 Ningún Día	1 Varios días	2 Más de la mitad de los días	3 Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas				
2. Se ha sentido decaído/a), deprimido (a) o sin esperanzas				
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido (a) o ha dormido demasiado				
4. Se ha sentido cansado (a) o con poca energía				
5. Sin apetito o ha comido en exceso				
6. Se ha sentido mal con usted mismo (a), o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo (a) o con un familiar				
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico, o ver la televisión.				
8. Se ha movido o hablando tan lento que otras personas podrían haberlo notado? O lo contrario – muy inquieto o agitado o moviéndose más de lo normal.				
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto (a) o de lastimarse de alguna manera				

Test sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit)

A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

Puntuación:

0-Nunca 1-Rara vez 2-Algunas veces 3-Bastantes veces 4-Casi siempre

	Preguntas	Respuestas				
		0	1	2	3	4
1	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para ud.?					
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8	¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?					
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?					
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?					
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22	Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

Total:



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD
DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2.0

Versión de 36 preguntas, administrada por entrevistador

Introducción

Este instrumento ha sido desarrollado por el *Grupo de Clasificación, Terminología y Estándares de la Organización Mundial de la Salud*, dentro del marco del Proyecto Conjunto de la OMS/ Institutos Nacionales de Salud (NIH, por sus siglas en inglés) sobre la Evaluación y Clasificación de la Discapacidad.

Antes de utilizar este instrumento, los entrevistadores requieren un entrenamiento empleando el manual *Medición de la Salud y la Discapacidad: Manual para el Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la OMS- WHODAS 2.0* (OMS 2010), el cual incluye una guía para la entrevista y otro material de capacitación.

Las versiones disponibles para la entrevista son las siguientes:

- 36 preguntas – Administrada por entrevistador^a
- 36 preguntas – Auto-administrable
- 36 preguntas – Administrada por representante^b
- 12 preguntas – Administrada por entrevistador^c
- 12 preguntas – Auto-administrable
- 12 preguntas – Administrada por representante
- 12+24 preguntas – Administrada por entrevistador

^a Una versión computarizada de la entrevista (iShell) se encuentra disponible para las entrevistas asistidas por computadora o para la entrada de datos.

^b Familiares, amigos y cuidadores.

^c La versión de 12 preguntas explica el 81% de la varianza de la versión más detallada de 36 preguntas.

Para mayores detalles de las versiones, por favor refiérase al manual *Medición de la Salud y la Discapacidad: Manual para el Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la OMS- WHODAS 2.0* (OMS 2010).

El permiso para traducir este instrumento en cualquier idioma se debe obtener de la OMS, y todas las traducciones deben ser preparadas de acuerdo con las pautas de traducción de la OMS, tal como se detalla en el manual que acompaña.

Para mayor información, por favor visite <http://www.who.int/classifications/icf/whodasii> o contacte a:

Dr T Bedirhan Üstün
Clasificación, Terminología y Estándares
Estadísticas de Salud e Informática
Organización Mundial de Salud (OMS)
1211 Ginebra 27
Suiza

Tel: + 41 22 791 3609
E-mail: ustunb@who.int



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD
DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2.0

36

Entrevista

Este cuestionario contiene la versión administrada por el entrevistador de 36 preguntas de WHODAS 2.0.

Las instrucciones para el entrevistador se encuentran escritas en negrita y en cursiva - no leer éstas en voz alta.

El texto para el entrevistado está escrito en

estándar impreso en color azul.

Lea este texto en voz alta.

Sección 1 Hoja frontal

Complete las preguntas F1-F5 antes de comenzar cada entrevista				
F1	Número de identificación del entrevistado			
F2	Número de identificación del entrevistador			
F3	Número de entrevista (1, 2, etc.)			
F4	Fecha de la entrevista	día	mes	año
F5	Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)	Independiente en la comunidad	1	
		Necesita Asistencia	2	
		Hospitalizado	3	



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD
DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2.0

36

Entrevista

Sección 2 Información demográfica y de índole general

Esta entrevista ha sido desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el fin de entender mejor las dificultades que pueden tener las personas debido a sus condiciones de salud. La información que usted proporcione en esta entrevista es confidencial y será utilizada sólo para la investigación. La entrevista tardará en completarse entre 15 y 20 minutos.

En caso de entrevistados procedentes de la población general (no de la población clínica), diga:

Aunque usted se encuentre sano/a y no tenga dificultades, necesito hacerle todas las preguntas para así poder completar la encuesta.

Comenzaré con algunas preguntas generales.

A1	Registre el sexo observado	Femenino	1
		Masculino	2
A2	¿Qué edad tiene ahora?	_____ años	
A3	¿Cuántos años en total estudió en la escuela, colegio o universidad?	_____ años	
A4	¿Cuál es su estado civil actual? (Seleccione la opción más adecuada)	Nunca ha estado casado(a)	1
		Actualmente casado(a)	2
		Separado(a)	3
		Divorciado(a)	4
		Viudo(a)	5
		Viviendo en pareja	6
A5	¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su principal situación laboral? (Seleccione la opción más adecuada)	Trabajo remunerado	1
		Trabaja por cuenta propia, como por ejemplo en su propio negocio o empresa agrícola (finca)	2
		Trabajo no remunerado, como por ejemplo voluntario, obras de caridad, etc	3
		Estudiante	4
		Responsable de las tareas domésticas	5
		Jubilado/a	6
		Desempleado/a (por motivos de salud)	7
		Desempleado/a (por otros motivos)	8
Otras (especifique) _____	9		



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD
DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2.0

36

Entrevista

Sección 4 Revisión de dominios

Dominio 1 Cognición

Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre [comprensión y comunicación](#).

Muéstrele las tarjetas #1 y #2 al entrevistado

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D1.1	Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?	1	2	3	4	5
D1.2	Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?	1	2	3	4	5
D1.3	Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?	1	2	3	4	5
D1.4	Aprender una nueva tarea, por ejemplo, aprender cómo llegar a un nuevo lugar?	1	2	3	4	5
D1.5	Entender en general lo que dice la gente?	1	2	3	4	5
D1.6	Comenzar y mantener una conversación?	1	2	3	4	5

Dominio 2 Movilidad

Ahora voy a preguntarle acerca de dificultades a la hora de [moverse en su entorno](#).

Muéstrele las tarjetas #1 y #2 al entrevistado

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D2.1	Estar de pie por largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?	1	2	3	4	5
D2.2	Pararse luego de estar sentado?	1	2	3	4	5
D2.3	Moverse adentro de su hogar?	1	2	3	4	5
D2.4	Salir de su hogar?	1	2	3	4	5
D2.5	Caminar una larga distancia, como un kilómetro [o equivalente]?	1	2	3	4	5

Por favor continúe con la página siguiente...



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD
DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2.0

36

Entrevista

Dominio 3 Cuidado Personal

Ahora voy a preguntarle acerca de dificultades en su cuidado personal.

Muéstrele las tarjetas #1 y #2 al entrevistado

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D3.1	<u>Lavarse todo el cuerpo (bañarse)?</u>	1	2	3	4	5
D3.2	<u>Vestirse?</u>	1	2	3	4	5
D3.3	<u>Comer?</u>	1	2	3	4	5
D3.4	<u>Quedarse solo/a durante unos días?</u>	1	2	3	4	5

Dominio 4 Relaciones

Ahora voy a preguntarle acerca de dificultades a la hora de relacionarse con otras personas. Por favor, recuerde que sólo le estoy preguntando acerca de dificultades ocasionadas por problemas de salud. Con esto me refiero a enfermedades, lesiones, problemas mentales o emocionales y problemas relacionados con el uso del alcohol o drogas.

Muéstrele las tarjetas #1 y #2 al entrevistado

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D4.1	<u>Relacionarse con personas que no conoce?</u>	1	2	3	4	5
D4.2	<u>Mantener una amistad?</u>	1	2	3	4	5
D4.3	<u>Llevarse bien con personas cercanas a usted?</u>	1	2	3	4	5
D4.4	<u>Hacer nuevos amigos?</u>	1	2	3	4	5
D4.5	<u>Realizar actividades sexuales?</u>	1	2	3	4	5

Por favor continúe con la página siguiente...



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD
DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2.0

36

Entrevista

Dominio Actividades de la vida diaria

5 (1) Tareas domésticas

Las siguientes preguntas se refieren a actividades que implican el realizar sus tareas domésticas, cuidar de las personas que conviven con usted o que le son cercanas. Estas actividades incluyen cocinar, limpiar, hacer las compras, así como el cuidado de otras personas y de sus propias pertenencias.

Muéstrele las tarjetas #1 y #2 al entrevistado

Debido a su condición de salud, en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/ no puede hacerlo
D5.1	Ocuparse de sus <u>responsabilidades domésticas</u> ?	1	2	3	4	5
D5.2	Realizar <u>bien</u> sus tareas domésticas más importantes?	1	2	3	4	5
D5.3	Terminar todo el trabajo doméstico que <u>necesitaba</u> realizar?	1	2	3	4	5
D5.4	Terminar las tareas domésticas tan <u>rápido</u> como era necesario?	1	2	3	4	5

Si alguna de las preguntas comprendidas entre el D5.1–D5.4 se puntúa por encima de “1” (ninguna), pregunte:

D5.01	En los últimos 30 días, durante cuántos días disminuyó o dejó de hacer sus <u>tareas domésticas</u> debido a su condición de salud?	Anote el número de días _____
-------	---	----------------------------------

Si el entrevistado trabaja (remunerado, no remunerado, autónomo) o va a la escuela, complete las preguntas D5.5-D5.10 en la próxima página. De lo contrario vaya al dominio 6.1



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD
DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2.0

36

Entrevista

5 (2) Trabajo y actividades escolares

Ahora voy a hacerle algunas preguntas relacionadas con su trabajo o actividades escolares.

Muestre las tarjetas #1 y #2

Debido a su condición de salud, en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D5.5	Llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares diarias?	1	2	3	4	5
D5.6	Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela?	1	2	3	4	5
D5.7	Terminar todo el trabajo que necesitaba realizar?	1	2	3	4	5
D5.8	Terminar su trabajo tan rápido como era necesario?	1	2	3	4	5
D5.9	Ha tenido que reducir su nivel de trabajo debido a su condición de salud?				No	1
					Si	2
D5.10	Ha ganado menos dinero debido a su condición de salud?				No	1
					Si	2

Si alguna de las preguntas comprendidas entre el D5.5 –D5.8 se puntúa por encima de “1” (ninguna), pregunte:

D5.02	En los últimos 30 días, durante cuántos días faltó a su trabajo (medio día o más horas) debido a su condición de salud?	Anote el número de días _____
-------	---	----------------------------------

Por favor continúe con la página siguiente...



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD
DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2.0

36

Entrevista

Dominio 6 Participación

Ahora voy a hacerle unas preguntas relacionadas con su participación en la sociedad, y con el impacto que su problema de salud ha tenido sobre usted y su familia. Es posible, que algunas de estas preguntas se refieran a problemas que comenzaron hace más de un mes. Sin embargo, a la hora de contestarlas refiérase exclusivamente a lo ocurrido durante los últimos 30 días. De nuevo, le recuerdo que al contestar cada una de las siguientes preguntas piense en los problemas de salud mencionados con anterioridad: problemas físicos, problemas mentales o emocionales, o problemas relacionados con el uso del alcohol o drogas.

Muéstrele las tarjetas #1 y #2 al entrevistado

En los últimos 30 días:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D6.1	¿Cuánta dificultad ha tenido para <u>participar en actividades de su comunidad</u> (por ejemplo, festividades, actividades religiosas o de otro tipo) de la misma forma que cualquier otra persona?	1	2	3	4	5
D6.2	¿Cuánta dificultad ha tenido debido a <u>barreras u obstáculos</u> existentes en el mundo que lo rodea?	1	2	3	4	5
D6.3	¿Cuánta dificultad ha tenido para <u>vivir con dignidad</u> debido a las actitudes y acciones de otras personas?	1	2	3	4	5
D6.4	¿Cuánto <u>tiempo</u> dedicó <u>usted</u> a su condición de salud o a sus consecuencias?	1	2	3	4	5
D6.5	¿Cuánto ha sido <u>afectado emocionalmente</u> por su condición de salud?	1	2	3	4	5
D6.6	¿Qué impacto económico ha tenido para usted o para su familia su condición de salud?	1	2	3	4	5
D6.7	¿Cuánta dificultad ha tenido <u>su familia</u> debido a sus problemas de salud?	1	2	3	4	5
D6.8	¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar por sí <u>mismo(a)</u> cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?	1	2	3	4	5



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD
DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2.0

36

Entrevista

H1	En general, en los últimos 30 días, ¿durante <u>cuántos días</u> ha tenido esas dificultades?	Anote el número de días
H2	En los últimos 30 días, ¿cuántos días no pudo realizar nada de sus actividades habituales o su trabajo debido a una condición de salud?	Anote el número de días
H3	En los últimos 30 días, sin contar los días en los que no pudo realizar nada de sus actividades habituales, ¿cuántos días <u>tuvo que recortar o reducir</u> sus actividades habituales o su trabajo por una condición de salud?	Anote el número de días

Con esto concluye nuestra entrevista. Muchas gracias por su participación.

10.2 Anexos Segunda etapa

Para la Segunda Etapa, los instrumentos que se aplicaron fueron:

La Escala EBS-8 mostrada anteriormente

Escala de Malestar Psicológico (K-10)

1	2	3	4	5
Nunca	Ocasionalment e	Algunos días	Varios días	Siempre

1. ¿Se ha sentido cansado(a) sin motivo?	1	2	3	4	5
2. ¿Se ha sentido nervioso(a)?	1	2	3	4	5
3. ¿Se ha sentido tan nervioso(a) que nada lo(a) podía calmar?	1	2	3	4	5
4. ¿Se ha sentido sin esperanza?	1	2	3	4	5
5. ¿Se ha sentido inquieto(a) o intranquilo(a)?	1	2	3	4	5
6. ¿Se ha sentido tan impaciente que no ha podido mantenerse quieto(a)?	1	2	3	4	5
7. ¿Se ha sentido deprimido(a)?	1	2	3	4	5
8. ¿Ha sentido que todo le costaba mucho esfuerzo?	1	2	3	4	5
9. ¿Ha sentido tanta tristeza que nada podía animarle?	1	2	3	4	5
10. ¿Se ha sentido inútil o poco valioso(a)?	1	2	3	4	5

Escala de Afecto Positivo / Afecto Negativo en México
--

Instrucciones

Las siguientes declaraciones describen cómo nos sentimos. Para cada estado afectivo, marque con una X con qué frecuencia se ha sentido en el último mes.

Estado Afectivo	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 A veces	4 Frecuentemente	5 Siempre
1. Felicidad					
2. Sufrimiento					
3. Alegría					
4. Dolor					
5. Plenitud					
6. Tristeza					
7. Satisfacción					
8. Desilusión					
9. Calma					
10. Desdicha					
11. Bienestar					
12. Melancolía					
13. Paz					
14. Soledad					
15. Dicha					
16. Miedo					
17. Tranquilidad					
18. Incertidumbre					
19. Placer					
20. Irritación					

Escala de Atención Plena (MAAS)						
Usando la escala del 1 al 6 por favor circula lo que mejor refleje tu experiencia diaria						
6	1	2	3	4	5	
	Casi siempre	Frecuentemente	Con cierta frecuencia	No frecuentemente	Con poca frecuencia	Casi nunca
1. Puedo sentir una emoción y no estar consciente de ella hasta tiempo después.	1	2	3	4	5	6
2. Rompo o derramo cosas por descuido, al no poner atención, o porque estoy pensando en otra cosa.	1	2	3	4	5	6
3. Se me hace difícil permanecer concentrado en lo que está sucediendo en un momento dado.	1	2	3	4	5	6
4. Tiendo a caminar rápidamente para llegar a donde tengo que ir, sin poner mucha atención a lo que ocurre alrededor.	1	2	3	4	5	6
5. Tiendo a no percibir la tensión física o el nivel de incomodidad a que estoy sometido, hasta que realmente son evidentes.	1	2	3	4	5	6
6. Se me olvidan los nombres de las personas, inmediatamente después de que me presentan a alguien.	1	2	3	4	5	6
7. Parece como si estuviera funcionando de manera «automática» sin darme cuenta de lo que estoy haciendo.	1	2	3	4	5	6
8. Me apresuro a hacer mis tareas sin realmente prestarles mucha atención.	1	2	3	4	5	6
9. Me concentro tanto en la meta que quiero alcanzar, que pierdo contacto con lo que estoy haciendo para conseguirla.	1	2	3	4	5	6
10. Realizo trabajos automáticamente, sin ponerle mucha atención a lo que hago.	1	2	3	4	5	6
11. Escucho a mi interlocutor con un oído, mientras hago otra cosa simultáneamente.	1	2	3	4	5	6
12. Llego a un lugar en «piloto automático» y luego me pregunto qué iba a hacer en ese lugar.	1	2	3	4	5	6
13. Me preocupo por cosas que pueden ocurrir en el futuro o por asuntos del pasado.	1	2	3	4	5	6
14. Hago cosas sin ponerles mucha atención.	1	2	3	4	5	6
15. Como entre comidas sin estar consciente de que estoy comiendo	1	2	3	4	5	6

La escala WHODAS 2.0 Cuestionario para la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 36 reactivos, mostrado anteriormente.

10.3 Anexos Tercera etapa

Para la Tercera Etapa, el instrumento que se aplicó fue:

La escala WHODAS 2.0 Cuestionario para la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 36 reactivos, mostrado anteriormente