

## Acompañamiento psicosocial: revelación y regulación emocional para promover el bienestar en cuidadores primarios informales

Psychosocial support: emotional disclosure and regulation to promote well-being in informal primary caregivers

Xitlali Mai Caletti Zúñiga<sup>1</sup>, Iván Rueda Reyes<sup>1</sup>, Luz Janette Molina Ramírez<sup>1</sup>, Elena Guadalupe Santos Venegas<sup>1</sup>, Jocelyn Yoav Lecuona Martínez<sup>1</sup>, David Alberto Rodríguez Medina<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Sociología, División de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa, CP. 09310, Ciudad de México, México. Tel. 55 5804 4791.

calettimai@gmail.com

<sup>2</sup> Academia de Gerontología, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo. CP. 42160. Tel. 52 (771) 7172000 Ext. 41522.

david\_rodriguez@uaeh.edu.mx

\*Autor de correspondencia

### Resumen

**Palabras clave:**

Salud; mindfulness;  
escritura expresiva;  
temperatura.

Los cuidadores primarios informales (CPI) son personas que cuidan a alguien con enfermedad crónica sin recibir remuneración ni entrenamiento profesional, lo que puede generar estrés y afectar su bienestar físico, emocional y social. Este estudio evaluó cómo intervenir para reducir el estrés y promover el bienestar en dichos cuidadores, utilizando un diseño pre-post intervención. Los resultados muestran que las intervenciones fueron efectivas para reducir el estrés y mejorar el bienestar subjetivo ( $p < 0.05$ ), con un impacto moderado en el afecto positivo y un gran impacto en la calma. No obstante, los factores socioculturales y familiares limitan el impacto en el bienestar físico y social. Se discute la importancia de implementar intervenciones psicosociales directamente en el entorno de estas personas encargadas del cuidado, ya que normalmente se destinan solo cuando el paciente dependiente es institucionalizado.

### Abstract

**Keywords:** Health;  
mindfulness;  
expressive writing;  
temperature.

Informal primary caregivers (IPCs) are individuals who care for someone with chronic illness without receiving payment or professional training, which can generate stress and affect their physical, emotional, and social well-being. This study evaluated how to intervene to reduce stress and promote well-being in such caregivers, using a pre-post intervention design. The results show that the interventions were effective in reducing stress and improving subjective well-being ( $p < 0.05$ ), with a moderate impact on positive affect and a large impact on calmness. However, sociocultural and family factors limit the impact on physical and social well-being. The importance of implementing psychosocial interventions directly in the environment of these caregiving individuals is discussed, since they are normally only provided when the dependent patient is institutionalized.

Recibido: 13 de noviembre de 2024

Aceptado: 22 de mayo de 2025

Publicado: 11 de marzo de 2026

**Cómo citar:** Caletti, X. M.; Rueda, I.; Molina, L. J.; Santos, E. G.; Lecuona, J. Y.; & Rodríguez, D. A. (2026). Acompañamiento psicosocial: revelación y regulación emocional para promover el bienestar en cuidadores primarios informales. *Acta Universitaria*, 36, e4419. doi: <https://doi.org/10.15174/au.2026.4419>

## Introducción

Cuando una persona pierde su autonomía física, sensorial o mental, ya sea por enfermedad o discapacidad, requiere atención y apoyo de manera permanente o semipermanente para llevar a cabo sus actividades cotidianas (López-Ortega & Aranco, 2019). Frecuentemente, un familiar de esta persona asume el rol de cuidador primario informal (CPI), debido a que invierte tiempo, esfuerzo físico y dedicación para proporcionar los cuidados a la persona dependiente. Generalmente, no cuentan con una preparación formal para la atención a la salud ni reciben remuneración económica (Del-Pino-Casado *et al.*, 2021).

Los CPI son un grupo de personas vulnerables que pueden padecer problemas de salud físicos, mentales y sociales derivados de la sobrecarga física y mental que conlleva atender las necesidades de un familiar que no puede cubrirlas por su propia cuenta (Sánchez *et al.*, 2024). El cuidador tiene una labor constante e intensa que sobrepasa sus capacidades físicas y mentales, lo cual genera problemas de salud crónicos (Trujillo & Martínez, 2019). Esto sucede porque la salud es un estado y un proceso cambiante que sufre de alteraciones que afectan física y emocionalmente a los CPI, lo que a su vez genera un desequilibrio en sus relaciones interpersonales (Lin *et al.*, 2023).

De acuerdo con el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), en México, las personas CPI son las mujeres de alrededor de 50 años, casadas, cuyo parentesco suele ser la hija o cónyuge de la persona dependiente, quienes en muchas ocasiones se caracterizan por tener baja escolaridad (Hurtado, 2021). Con base en la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2003), aproximadamente 286 mil personas se ocupan del cuidado de otra persona. La obligación de cuidar a las personas enfermas ha recaído principalmente en las mujeres debido al contexto sociodemográfico, ámbitos culturales e ideologías, lo que ocasiona un reforzamiento social de los roles de género (Velasco *et al.*, 2021). El INMUJERES, (2019) indicó que generalmente la cuidadora inmediata suele ser la madre o la cónyuge y en segundo lugar las hijas o nueras.

Algunas de las razones por las que las mujeres CPI ejercen esa función de cuidado son las siguientes: el 46% indica que lo hacen "por amor"; el 28% menciona que lo hacen porque no tuvieron otra opción, ya que no había nadie más que lo hiciera; el 22% lo hace por acuerdo familiar; y el 4% lo hace porque le dijeron que le tocaba hacerlo (Inmujeres, 2019).

En este sentido, las personas CPI se someten a tareas constantes e intensas, las cuales aumentan las exigencias de esfuerzo y dedicación, generando sobrecarga física y estrés, lo cual contribuye a desarrollar afecciones sobre su salud y su bienestar, desarrollando enfermedades crónicas no transmisibles, cansancio, trastornos gástricos, problemas de dolor por fatiga física, entre otros (Jordán-Bolaños *et al.*, 2021).

A nivel afectivo, algunas CPI pueden desarrollar trastornos relacionados con el estrés, como ansiedad y depresión (Chávez & Tena, 2018; León, Mártir, Torres, 2020)), mientras que a nivel psicosocial manifiestan una dificultad de expresión emocional, debido a que no cuentan con una red de apoyo social amplia en quien confiar o con quien contar; es decir, un escaso apoyo social percibido por parte de amigos y familiares (Carreño, 2017; Sierra *et al.*, 2020), lo cual limita la expresión emocional de la persona CPI.

Dos modelos teóricos pueden ayudar a vincular el nivel de estrés con el funcionamiento psicosocial de los cuidadores primarios informales (CPI): el primero es el modelo de la Teoría Polivagal (Porges, 1995), que propone una relación inversa entre el nivel fisiológico de estrés y las conductas de socialización, es decir, a mayor estrés fisiológico menor socialización. El segundo es el modelo de bienestar de Lin & Ensel (1989), que sugiere una relación entre los estresores (físicos, sociales y emocionales) y sus recursos de afrontamiento, donde, a mayores recursos, menor es el nivel de estrés que puede padecer un CPI (Figura 1).

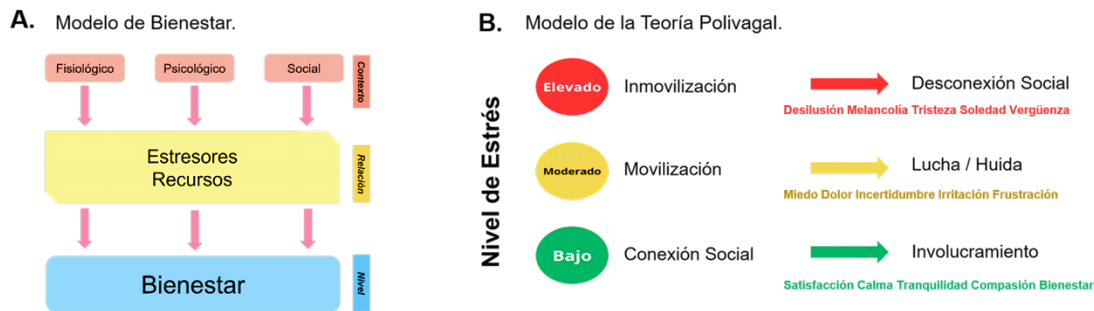


Figura 1. Modelos teóricos.

Fuente: Elaboración propia con base en Buelga *et al.* (2009) y Porges (2022), respectivamente.

Es por ello que se han reportado y recomendado procedimientos basados en evidencia para la realización de intervenciones psicosociales para la regulación del estrés, regulación emocional y promoción del bienestar, tales como las técnicas de relajación (Coffin & Salinas, 2012), técnicas de atención plena (Engert *et al.*, 2023), revelación emocional (Alpizar-Lorenzo *et al.*, 2019; Calandín, 2022) y escucha activa (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2015). Por esta razón, se han realizado diversos estudios relacionados a los CPI, así como la atención de enfermedades crónicas no transmisibles (Arizona State University, 2023; Domínguez *et al.*, 2021; León *et al.* 2020).

Por lo anterior, se podría definir a la intervención psicosocial como al conjunto de acciones o estrategias diseñadas para mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas, tanto psicológicos como sociales, donde el objetivo principal es brindar herramientas y habilidades de afrontamiento y adaptación frente a los distintos desafíos que se vayan presentando (Blanco & Valera, 2007).

El objetivo de esta investigación fue, en primer lugar, describir y analizar el estado afectivo de las personas cuidadoras principales informales (CPI) y, en segundo lugar, explorar los efectos de una intervención psicosocial basada en la escucha activa, la reducción de estrés y la escritura expresiva, sobre indicadores como estrés, ansiedad, depresión, carga del cuidador, apoyo social, afecto, salud, malestar psicológico, alexitimia, bienestar y *mindfulness*, durante dos trimestres, con un enfoque centrado en la persona.

## Intervenciones psicológicas en cuidadores primarios informales

Las intervenciones psicológicas en cuidadores primarios informales (CPI) generalmente se reportan en ambientes institucionales de primer nivel, como hospitales públicos (Treanor *et al.*, 2019; Trujillo & Martínez, 2019). Esto restringe la validez ecológica del funcionamiento psicosocial cotidiano del CPI.

Estudios relacionados con CPI (Treanor *et al.*, 2019; Trujillo & Martínez, 2019) se enfocan en reducir los indicadores de malestar psicosocial como la sobrecarga, el estrés percibido, los niveles de ansiedad y la depresión, desde un espacio institucionalizado de primer nivel; sin embargo, el enfoque de Ruiz *et al.* (2019) busca apoyar al rol del CPI promoviendo habilidades de autocuidado para su bienestar y calidad de vida, con visitas domiciliarias para evitar que descuiden a sus dependientes.

## Materiales y métodos

Se utilizó un diseño de investigación cuasi experimental pre-post durante dos periodos: el primero fue de octubre de 2022 a enero de 2023, en el cual se procuró la escucha activa y estrategias de relajación (Figura 2a), mientras que el segundo fue de febrero a junio de 2023 (Figura 2b), donde se promovió la expresión emocional, la atención plena y la regulación emocional con ejercicios de escritura expresiva. En cada periodo se evaluó el funcionamiento psicosocial de las CPI, así como indicadores psicofisiológicos de estrés, como lo propone Buelga *et al.* (2009) en las intervenciones psicosociales clínico-comunitarias.

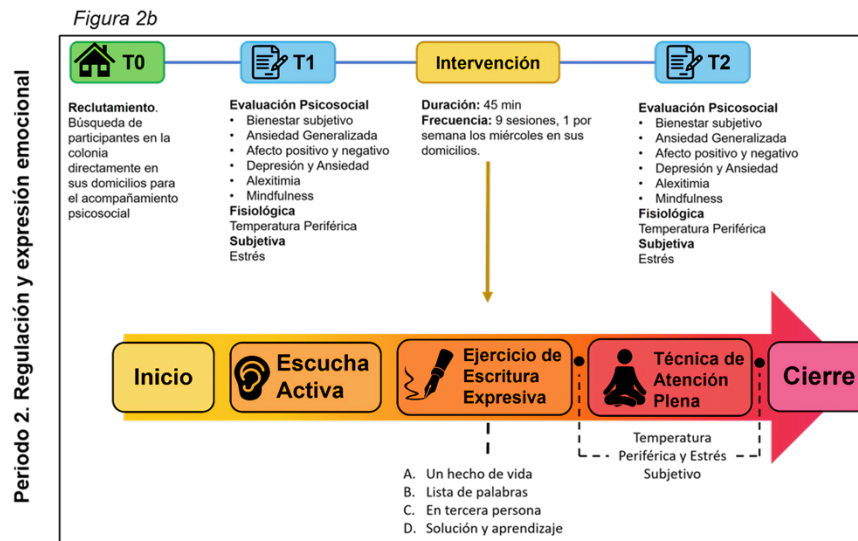
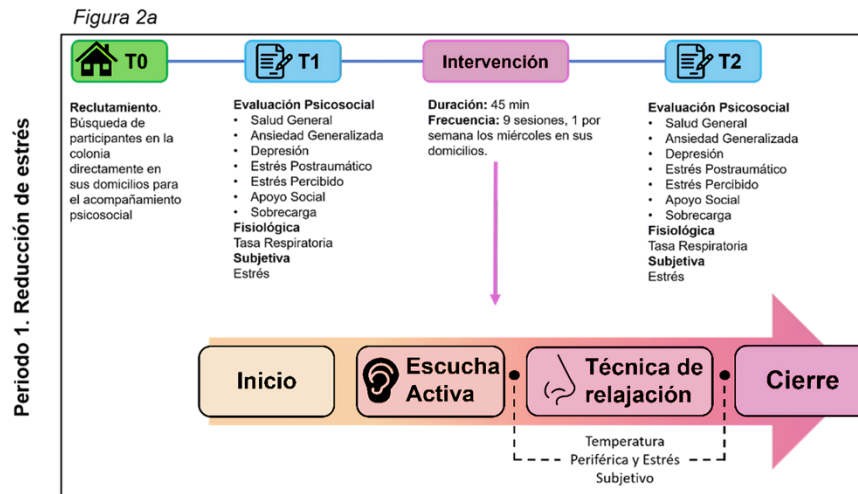


Figura 2. Diseños del acompañamiento psicosocial.  
Fuente: Elaboración propia.

## Participantes

Por medio de un muestreo no probabilístico accidental para la intervención, se contó con la participación de 22 mujeres CPI residentes de la colonia San Miguel Teotongo (SMT), con un rango de edad de 38 a 69 años, con un nivel de escolaridad básico. En el primer periodo se consideraron como criterios de inclusión: 1) personas que cumplan la función de cuidadores primarios informales y 2) personas que cuenten con al menos el 60% de las sesiones de acompañamiento psicosocial, mientras que como criterio de exclusión se consideró: 1) personas que no concluyeron las evaluaciones psicosociales. La muestra final se conformó por 14 mujeres cuidadoras principales, con una media de edad de 54.92 (9.83) años. Los datos recolectados se apegan al apartado 4.01, 4.03, 9.06 y 9.10 del código de ética de la American Psychological Association (APA, 2017).

En el segundo periodo del programa, participaron ocho CPI de la fase anterior y se sumaron cuatro participantes más con una edad media de 51.33 (8.17) años y se incorporó un varón de 48 años; la mitad de los participantes mantenía una relación interpersonal con sus dependientes; poco más de la mitad contaban con escolaridad básica. Se excluyeron aquellas que no completaron la intervención psicosocial (los ejercicios de escritura expresiva) y quienes no cumplieron con las ocho sesiones de prácticas en atención plena, eliminando a quienes no completaron sus evaluaciones post o aquellos que presentaron un trastorno psiquiátrico sin tratamiento. Los datos recolectados se apegan al apartado 4.01, 4.03, 9.06 y 9.10 del código de ética de APA (2017).

## Medidas psicométricas

Para evaluar la salud física, mental y el funcionamiento psicosocial, en el primer periodo del programa de intervención se administraron las siguientes escalas:

Cuestionario de Salud (SF-12) (Ware *et al.*, 1996). El cuestionario consta de 12 ítems y evalúa ocho dimensiones: función física, salud emocional, actividad física, rol físico, dolor, salud mental, vitalidad y función social. Su confiabilidad total es de  $\alpha = 0.97$  (Cisneros, 2007).

Cuestionario de Ansiedad Generalizada (GAD-2) (Spitzer, 2006). Es un instrumento de autorreporte que evalúa la presencia de ansiedad con dos reactivos y cuatro opciones de respuesta tipo Likert (0 a 3 puntos). Tiene una confiabilidad de  $\alpha = 0.87$  en población mexicana (Gaitán-Rossi *et al.*, 2021).

Cuestionario de salud del paciente (PHQ-2) (Kroenke, 2003). Evalúa la frecuencia del estado de ánimo y el interés/placer de hacer actividades en las últimas dos semanas. Consta de dos ítems, con cuatro opciones de respuesta tipo Likert (0 a 3 puntos). En población mexicana, cuenta una confiabilidad de  $\alpha = 0.84$  (Arrieta *et al.*, 2017).

Escala de Estrés Postraumático (PC-PTSD) (Prins *et al.*, 2003). Es un instrumento válido y eficiente para la presencia de estrés postraumático en las personas. Consta de cuatro ítems, con respuestas dicotómicas (Sí/No) y cuenta con un nivel de confiabilidad de  $\alpha = 0.83$  (Vicente *et al.*, 2022).

Escala de Estrés Percibido (PSS) (Cohen *et al.*, 1983). Esta escala es un instrumento breve que mide el estrés percibido. Cuenta con cuatro ítems con respuestas tipo Likert que van de 0 a 4. Cuenta con una confiabilidad de  $\alpha = 0.72$  (Flores-Torres *et al.*, 2022).



Cuestionario de Apoyo Social (MOS) (Sherbourne & Stewart, 1991). El cuestionario de apoyo social identifica cuatro factores de apoyo: apoyo social emocional ( $\alpha = 0.95$ ), interacción social positiva ( $\alpha = 0.98$ ), apoyo instrumental ( $\alpha = 0.97$ ) y apoyo afectivo ( $\alpha = 0.95$ ). Consta de 19 ítems, con un formato tipo Likert que va de 1 a 5. Su confiabilidad general es de  $\alpha = 0.96$  (Herrera *et al.*, 2021).

Escala de Sobrecarga del Cuidador (Zarit *et al.*, 1980). Se utilizó la versión española de Montorio y colaboradores, la cual consta de 22 ítems que miden la carga percibida del cuidador a través de una escala Likert que va de 0 (nunca) a 4 (siempre), obteniendo un rango de puntuación de 0 a 88 (Montero *et al.*, 2014).

Además, en este primer periodo se utilizaron las medidas psicofisiológicas asociadas a los niveles de estrés:

Tasa respiratoria. Es un indicador psicofisiológico de tensión corporal, definido como el número de respiraciones por minuto, donde a mayor frecuencia se asocia con mayor nivel de estrés. La modulación consciente de la respiración más lenta y profunda puede reforzar las emociones positivas cuando prevalecen las emociones negativas, así como también puede causar efectos en la actividad cerebral (Jerath & Beveridge, 2020). La tasa respiratoria normal se encuentra alrededor de las 15 exhalaciones por minuto en estado de reposo, mientras que 12 respiraciones por minuto se han asociado a un estado de relajación; inclusive, se ha reportado que alrededor de seis respiraciones por minuto ha sido vinculado con un estado de relajación profundo (Russo *et al.*, 2017).

Unidades de Estrés Subjetivo. Es un autoreporte utilizado para medir el estrés subjetivo en la escala visual numérica que va de 0 *nada* a 10 *mucho* (Coffin & Salinas).

Mientras que, para el segundo periodo del programa se intervención psicosocial se aplicaron las siguientes escalas:

Escala de Bienestar Subjetivo (EBS-8) (Calleja *et al.*, 2022). Es un instrumento de autorreporte en el que una persona identifica su nivel de bienestar subjetivo. La escala se conforma por ocho ítems, con dos factores (Satisfacción por la vida y Afecto positivo) y respuestas estilo Likert (1 a 6 puntos). Cuenta con un nivel de confiabilidad de  $\alpha = 0.95$  en población mexicana (Calleja *et al.*, 2022).

Escala de Afecto Positivo y Negativo en México (APAN-M) (Watson *et al.*, 1988). Esta escala está compuesta por 20 ítems, de los cuales 10 evalúan el afecto positivo y 10 el afecto negativo, con opciones de respuesta en escala Likert (1 a 5 puntos). Cuenta con una confiabilidad de  $\alpha = 0.92$  en población mexicana (Velasco *et al.*, 2021).

Escala de Malestar Psicológico de Kesler (K10) (Kessler *et al.*, 1994). Es un instrumento que detecta los síntomas de ansiedad y depresión. Está compuesto por 10 ítems que se evalúan en una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos (1 = Nunca a 5 = siempre). También se determinó que tiene una alta precisión, ya que puede detectar hasta el 87% de los casos de depresión y un 82.4% de los casos de ansiedad. Cuenta con una confiabilidad en México de cuidadores de  $\alpha = 0.89$  (Santos Vega *et al.*, 2022).

Escala de Toronto de Alexitimia (TAS-10) (Parker *et al.*, 1993). La prueba se encuentra formada por dos factores de cinco ítems cada uno, con opciones de respuesta tipo Likert. El primero mide la dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales o fisiológicas que acompañan a la activación emocional, mientras que el segundo examina la dificultad para describir los sentimientos hacia los demás. Cuenta con una confiabilidad en población mexicana de  $\alpha = 0.78$  (Weisel, 2007).

Inventario Friburgo de Mindfulness (IFM-14) (Walach *et al.*, 2006). Es un instrumento auto aplicable compuesto por 14 ítems tipo Likert de cuatro alternativas de respuesta (1 = Raramente a 4 = casi siempre). Se utiliza para saber qué tan conscientes son las personas de las actividades que realizan. En México se ha reportado una confiabilidad del instrumento de  $\alpha = 0.86$  (Pérez & Laca, 2017).

Para este segundo periodo, se utilizó un marcador psicofisiológico de estrés para valorar el efecto de las técnicas de escritura expresiva y mindfulness en las personas CPI:

Termómetro de luz infrarroja. Este termómetro permite cuantificar la temperatura de la superficie de la piel como indicador de la respuesta emocional regulada por el sistema nervioso simpático, con un rango de medición de los 0 °C a los 100 °C, donde, a mayor temperatura, mayor es el nivel de calma. Resendiz-Ochoa *et al.* (2021) mencionan que las mediciones en la mano (30.3 °C), palma de la mano (35.2 °C) y frente (36.1 °C) deben tener temperaturas estándar que puedan ayudar a identificar si la temperatura ha descendido o incrementado. La temperatura periférica se midió en el metacarpo mediante un termómetro de luz infrarroja DM300®, el cual registra la temperatura a una distancia de 5 cm, ya que no necesita tener contacto con el participante.

Para evaluar el efecto fisiológico y la percepción subjetiva de las estrategias para reducir estrés, se consideraron algunos indicadores:

## Estrategias de intervención para la reducción de estrés

### Técnicas de relajación

Una situación desafiante, inesperada y/o amenazante puede generar desequilibrio y tensión, es decir, estrés. Para revertirlo, se han desarrollado diversas técnicas de relajación somáticas y cognitivas, las cuales previenen la pérdida del control ante una situación estresante, por lo que su práctica puede provocar cambios en el comportamiento: incrementa la conciencia de lo que significa estar relajado, favorece la aceptación y reduce los intentos de lucha con situaciones incontrolables (Amigo, 2015).

Respiración Diafragmática. Consiste en respirar lento y profundo a una resonancia de seis ciclos por minuto (Jerath & Beveridge, 2020).

Respiración Muscular Progresiva y/o Pasiva. Se trata de la contracción o relajación de los grupos musculares de todo el cuerpo y, al mismo tiempo, la concentración en las sensaciones fisiológicas que se producen durante la tensión, distensión o relajación de los músculos (Amigo, 2015).

Imaginación Guiada. Trata de enfocar imágenes mentales para evocar sentimientos de relajación (Rodríguez *et al.*, 2022).

## Estrategias de intervención para la promoción del bienestar

### Atención Plena

El *mindfulness* o atención plena se entiende como una guía de trabajo terapéutico para reducir los síntomas relacionados a la desregulación emocional. Estas técnicas se emplean con el propósito de implementar la flexibilidad emocional en los participantes y enseñarles cómo utilizar dichas técnicas para identificar y parar los momentos en los que sus emociones pueden traerles consecuencias negativas (Tovar *et al.*, 2020). Con base en el manual de Compendio Práctico de Mindfulness y Regulación Emocional de Tovar *et al.* (2020), se consideró la aplicación de las técnicas de atención plena para la mejora de la calidad de vida de los participantes.

**Respira con Atención Plena.** Consiste en prestar atención a la respiración, aceptando con gentileza toda distracción ambiental, cognitiva, afectiva o sensación corporal, sin juzgar o analizar lo que pase durante la práctica de la técnica.

**Escaneo Corporal.** Consiste en llevar la atención a diferentes partes del cuerpo, de forma descendente (de la cabeza a los pies), analizando si existe algún dolor o tensión mientras se trata de relajar esa zona del cuerpo e identificar si está asociado con algún estado afectivo, sin modificarlo ni juzgarlo.

**Meditar Etiquetando.** Se trata de identificar o notar las sensaciones, emociones, pensamientos e impulsos que se experimentan en el momento de la realización del ejercicio, con el propósito de centrar su experiencia subjetiva para promover el lenguaje afectivo.

**Soltar, Paz, Aceptar (SPA).** Consiste en traer a la mente un recuerdo de alguna experiencia reciente que le haya provocado una emoción fuerte, en donde la persona tuvo un conflicto y se le sugiere soltar su experiencia subjetiva emocional, aprendiendo a convivir con su malestar en lugar de luchar contra este, repitiéndose a sí mismo: "esto duele, pero no durará para siempre, estás a salvo".

### Escritura Expresiva

Cuando una persona ha pasado por situaciones contextuales inesperadas que vulneran su estabilidad emocional (como el tener que hacerse cargo de otra persona), se pueden experimentar emociones y sentimientos desagradables que no siempre se comparten con otras personas, sobre todo cuando no hay con quién expresarlo.

La Escritura Expresiva (Pennebaker, 2011) es un ejercicio de revelación emocional que le permite a una persona expresar sus pensamientos y emociones, estimular su creatividad para la resolución de problemas y flexibilidad cognitiva a partir de una experiencia personal dolorosa en el momento presente. Consta de cuatro ejercicios escritos a mano. El primer ejercicio (A) implica relatar un hecho de su vida, reciente o antiguo, que considere el más doloroso de sus recuerdos. En el segundo (B), se reescribe lo anterior, pero ahora se le facilita una lista de palabras emocionales y frases causales y se le invita a ocupar aquellas que mejor se acomoden a su relato. En el tercer ejercicio (C), se emplea el mismo hecho, solo que ahora el participante deberá escribirlo en tercera persona: él sintió, ella pensó, etc. Finalmente, en el ejercicio cuatro (D), el participante debe escribir el aprendizaje que obtuvo de esa experiencia, o bien, una posible solución al problema que experimentó. En México, su aplicación en cuidadoras principales informales lo desarrolló Carreño *et al.* (2017).



## Escucha Activa

Es una herramienta que favorece la relación y comunicación entre cuidador y psicólogo, la cual permite escuchar las inquietudes, dudas o sentimientos del cuidador, fortalecer y crear relaciones de confianza con la familia, aceptar los valores familiares sin emitir juicios, respetar y apoyar las herramientas y capacidades utilizados por la familia para resolver problemas; tomando en cuenta la postura corporal, contacto visual, tono de voz y gesticulación, entre otras, con base en las recomendaciones y evidencias que propone la guía sobre comunicación y expresión del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Colegio Oficial de Enfermería de Huesca, 2024), lo cual refuerza el apoyo social, el autocuidado y la expresión emocional.

## Procedimiento

Se buscó a los participantes aleatoriamente tocando a su puerta y ofreciendo el servicio de acompañamiento psicosocial a CPI. A partir de esto se concertaron citas semanales y presenciales los miércoles en sus respectivos domicilios, empleando la escucha activa y promoviendo las conductas de bienestar.

Así mismo, las sesiones fueron acompañadas por técnicas de respiración diafragmática, imaginería guiada (utilizando el guion propuesto por Rodríguez *et al.* 2022) y relajación muscular pasiva y progresiva (propuesto por Coffin & Salinas, 2012) para cambiar la percepción del estrés, así como para promover la salud mental. Al mismo tiempo se recolectaban datos, como lo es la tasa respiratoria, antes y después de cada técnica y ejercicio, junto con la aplicación de psicométricos antes y después del acompañamiento, para posteriormente realizar el análisis pertinente.

Siguiendo los lineamientos del primer periodo, el segundo proceso de intervención se comenzó por el reclutamiento de aquellas personas CPI que desearan involucrarse en el programa de atención psicosocial, en la colonia San Miguel Teotongo, de la alcaldía Iztapalapa.

Una vez que aceptaron formar parte de la intervención, se acudió a sus domicilios para proceder con la evaluación psicométrica inicial y posteriormente dar paso al acompañamiento psicosocial, el cual consistió en: 1) establecer *rapport*, 2) aplicar semanalmente uno de los ejercicios de la escritura expresiva, 3) aplicar un ejercicio de atención plena (cada uno de los cuatro descritos anteriormente se aplicó en dos sesiones consecutivas para cultivar la atención plena) y la escucha activa de las circunstancias personales de cada CPI para retroalimentarlos y brindarles consejería psicológica que promoviera su salud y bienestar psicosocial, como lo propone la APA (2017).

Tabla 1. Actividades realizadas en los periodos de la intervención psicosocial.

PERIODO I Reducción de Estrés (octubre 2022–enero 2023)		
Sesión	Actividades	Medidas
1	Escucha activa	-
2	Escucha activa • Psicoeducación Técnica de relajación: respiración diafragmática	Evaluación psicométrica Pre • Estrés Conteo de la tasa respiratoria Percepción subjetiva de estrés
3	Escucha activa • Psicoeducación Técnica de relajación: respiración diafragmática	Evaluación psicométrica Pre • Estrés y sus enfermedades Conteo de la tasa respiratoria Percepción subjetiva de estrés
4	Escucha activa • Psicoeducación Técnica de relajación: relajación muscular pasiva/progresiva	Evaluación psicométrica Pre • Tomar conciencia de cómo repercute el cuidado en la vida Conteo de la tasa respiratoria Percepción subjetiva de estrés
5	Escucha activa • Psicoeducación Técnica de relajación: relajación muscular pasiva/progresiva	• Síndrome de sobrecarga en CPI Conteo de la tasa respiratoria Percepción subjetiva de estrés
6	Escucha activa • Psicoeducación Técnica de relajación: imaginería guiada	• Emociones negativas y su impacto en la salud física Conteo de la tasa respiratoria Percepción subjetiva de estrés
7	Escucha activa • Psicoeducación Técnica de relajación: imaginería guiada	• Comportamiento y salud Conteo de la tasa respiratoria Percepción subjetiva de estrés
8	Escucha activa • Psicoeducación Técnica de relajación	Evaluación psicométrica Post • Ejercicio físico y su importancia Conteo de la tasa respiratoria Percepción subjetiva de estrés
9	Escucha activa • Psicoeducación Técnica de relajación	Evaluación psicométrica Post • Promoción de estilos de vida saludable Conteo de la tasa respiratoria Percepción subjetiva de estrés
10	Escucha activa • Psicoeducación Técnica de relajación	• Estrategias de mejoramiento en la calidad de vida Conteo de la tasa respiratoria Percepción subjetiva de estrés

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 1. Actividades realizadas en los periodos de la intervención psicosocial. [Continuación].

PERIODO II Regulación Emocional y Promoción del Bienestar (febrero–junio 2023)		
Sesión	Actividades	Medidas
1	Escucha activa • Psicoeducación Técnica de atención plena: respira con atención plena Ejercicio de escritura expresiva (A)	Temperatura periférica • Apoyo social y su impacto en la salud Percepción subjetiva de estrés Conteo de palabras con carga afectiva
2	Escucha activa • Psicoeducación Técnica de atención plena: respira con atención plena Ejercicio de escritura expresiva (B)	Temperatura periférica • Organizar mejor el tiempo Percepción subjetiva de estrés Conteo de palabras con carga afectiva
3	Escucha activa • Psicoeducación Técnica de atención plena: escaneo corporal Ejercicio de escritura expresiva (C)	Evaluación psicométrica Pre Temperatura periférica • Aceptar y pedir ayuda Percepción subjetiva de estrés Conteo de palabras con carga afectiva
4	Escucha activa • Psicoeducación Técnica de atención plena: escaneo corporal Ejercicio de escritura expresiva (D)	Temperatura periférica • Aprender a delegar Percepción subjetiva de estrés Conteo de palabras con carga afectiva
5	Escucha activa Psicoeducación Técnica de atención plena: meditar etiquetando	Temperatura periférica • Conociendo una emoción Percepción subjetiva de estrés
6	Escucha activa • Psicoeducación Técnica de atención plena: meditar etiquetando	Temperatura periférica • Aprender a poner límites Percepción subjetiva de estrés
7	Escucha activa • Psicoeducación Técnica de atención plena: suelta, paz, acepta	• Cómo reaccionamos al malestar Temperatura periférica Percepción subjetiva de estrés
8	Escucha activa • Psicoeducación Técnica de atención plena: suelta, paz, acepta	• Depresión Temperatura periférica Percepción subjetiva de estrés
9	Escucha activa • Psicoeducación Técnica de atención plena	• Evitar el aislamiento Temperatura periférica Percepción subjetiva de estrés
10	Escucha activa • Psicoeducación	• Actividades agradables
11	Escucha activa • Psicoeducación	• Ansiedad
12	Escucha activa • Psicoeducación	• Cómo actuar ante situaciones difíciles
13	Escucha activa • Psicoeducación	• Retroalimentación sobre aprender a expresar y nombrar las emociones
14	Escucha activa • Psicoeducación	• Aprender a comunicarse
15	Escucha activa • Psicoeducación	Aplicación psicométrica Post • Comunicar lo que sienten ante situaciones del entorno inmediato Temperatura periférica Percepción subjetiva de estrés
16	Escucha activa • Psicoeducación	Aplicación psicométrica Post • Aprender y saber poner límites Temperatura periférica Percepción subjetiva de estrés
17	Escucha activa Cierre del segundo periodo	Desarrollo del primer encuentro grupal

Fuente: Elaboración propia.

## Análisis de datos

Se extrajeron los datos de tendencia central y de dispersión, así como la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk de las medidas psicométricas y de la tasa respiratoria mediante el *software* Jamovi 2.4.14. Se realizaron pruebas *t* de Student para muestras apareadas y *W* de Wilcoxon para analizar las comparaciones pre-post intervención, y se obtuvieron los tamaños del efecto (*d* de Cohen y *r* correlación bivariada de rangos). Además, se obtuvo una matriz de correlaciones de Spearman para las medidas psicosociales. Finalmente, el nivel de significancia considerado para todos los análisis fue de  $\alpha \leq 0.05$ .

## Resultados

En el primer periodo, las CPI reportaron que una proporción significativa indicó padecer al menos una enfermedad crónica no transmisible, y una parte mayor informó tener más de una enfermedad. Más de la mitad de las participantes se encontraban casadas al momento de la intervención.

En el segundo período, los participantes que sumaron informaron no tener una enfermedad crónica no transmisible. Además, la mitad de los participantes mencionó tener una relación interpersonal con la persona dependiente.

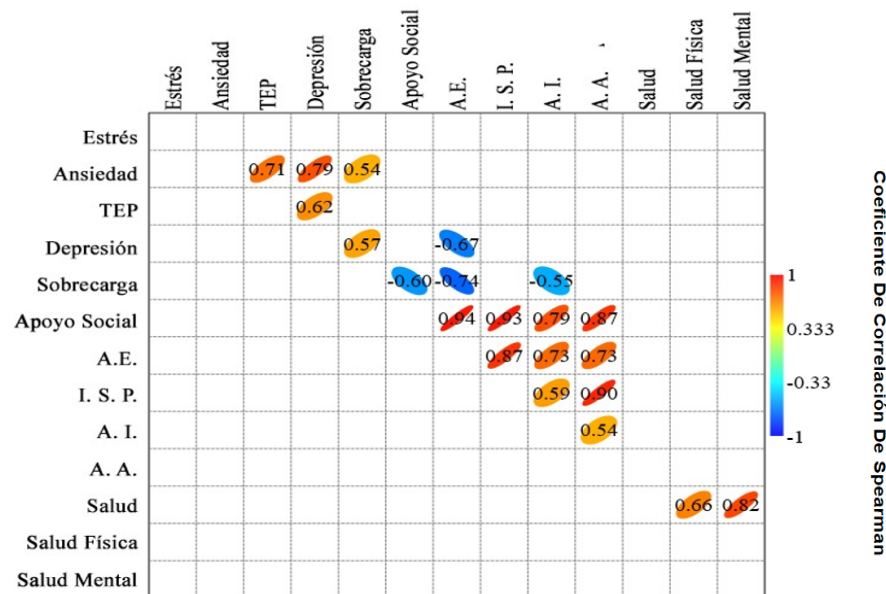
Tabla 2. Características sociodemográficas de las CPI de la muestra en SMT de ambos periodos.

Periodo octubre 2022-enero 2023			Periodo febrero-junio 2023		
<b>n = 14</b>	<b>Porcentaje de personas</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>n = 12</b>	<b>Porcentaje de Personas</b>	<b>Porcentaje</b>
Años de ser CPI	7.45 años (6.45)		8.27 años (6.15)		
Edad media	54.92 años (9.83)		51.33 años (8.17)		
Sexo	Femenino 100%		Femenino 92.3%		
	Masculino 0%		Masculino 7.6%		
Estado Civil	Casada 71.42%		Casados 41.60%		
	Viuda 14.28%		Solteros 25%		
	Divorciada 7.14%		Juntos 8.33%		
	Separada 7.14%		Separados 8.33%		
			Viudos 8.33%		
			Divorciados 8.33%		
Escolaridad del CPI	Primaria 57.14%		Primaria 41.6%		
	Secundaria 14.28%		Secundaria 16.6%		
	Bachillerato 21.42%		Bachillerato 33.3%		
	Profesional 0%		Profesional 8.3%		
	Posgrado 0%		Posgrado 0%		
Enfermedades de los CPI	Endocrinas / 14.28%	Cardiovasculares 64.28%	Endocrinas / 14.28%	Endocrinas / 50%	
	Metabólicas 7.14%	Endocrinas / 42.85%	Metabólicas 14.28%	Metabólicas 41.66%	
	Crónicas 7.14%	Metabólicas 42.85%	Ninguna 7.14%	Degenerativas 14.28%	
	Respiratorias 7.14%	Degenerativas 14.28%	Cardiovascular 7.14%	Cardiovasculares 14.28%	
	Cardiovasculares 7.14%	Crónicas respiratorias 14.28%		Mentales 14.28%	
	Ninguna 7.14%	Mentales 14.28%		Crónicas respiratorias 7.14%	
		Genéticas 7.14%			
Enfermedades de los Dependientes	Genético 24.42%	Endocrinas / 42.85%	Degenerativo 33.3%	Endocrinas / 50%	
	Mental 14.28%	Metabólicas 35.71%		Metabólicas 50%	
		Degenerativas 35.71%		Degenerativas 25%	
		Cardiovasculares 7.14%		Cardiovasculares 25%	
		Mentales 7.14%		Mentales 25%	
				Crónicas respiratorias 7.14%	

Fuente: Elaboración propia.

Los participantes reportaron un nivel elevado de estrés, y una parte significativa presentó sintomatología ansiosa. Asimismo, una proporción manifestó sintomatología depresiva y estrés postraumático. Entre las participantes, algunas reportaron un nivel intenso de sobrecarga, mientras que otra parte exhibió un nivel leve de sobrecarga.

El análisis correlacional indicó que el nivel de sobrecarga se asoció directamente con la sintomatología ansiosa y depresiva, aunque inversamente con el apoyo social, en especial con el apoyo emocional e instrumental. Es decir, las CPI con menor apoyo emocional y sin apoyo instrumental experimentaban una mayor sobrecarga como cuidadoras. Además, la sintomatología ansiosa en las CPI se correlacionó con el estrés postraumático y la depresión, mientras que esta última también mostró una relación negativa con el apoyo social emocional.



Nota. TEP = Trastorno de Estrés Postraumático; A. E. = Apoyo Emocional; I. S. P. = Interacción Social Positiva; A. I. = Apoyo Instrumental; A. A. = Apoyo Afectivo.

Figura 3. Correlaciones entre variables psicosociales.

Fuente: Elaboración propia.

## Funcionamiento psicosocial

Los efectos observados durante el primer periodo de acompañamiento psicosocial permitieron analizar efectos muy pequeños en la reducción de estrés y ansiedad, esto indica que los hábitos saludables (físicos y emocionales) que se alentaron durante la intervención no tuvieron valores significativos en la reducción del malestar emocional y la promoción de las CPI.

Por otra parte, el segundo periodo logró un aumento moderado significativo en la variable bienestar subjetivo y particularmente en el afecto positivo. A su vez, se alcanzó una disminución leve en las puntuaciones de alexitimia, malestar psicológico y ansiedad, aunque estas no fueron significativas (Tabla 3).

Tabla 3. Funcionamiento psicosocial y manejo de estrés en personas CPI.

<b>Efectos psicosociales del entrenamiento de la escucha activa y técnicas de relajación en el periodo de octubre 2022-enero 2023</b>					
<b>Variable</b>	<b>Pre (DE)</b>	<b>Post (DE)</b>	<b>Estadístico</b>	<b>Sig.</b>	<b>TE</b>
Estrés	7.43 (3.39)	6.86 (2.11)	T = -0.47	n.s.	-0.12
Ansiedad	4.29 (2.13)	3.57 (1.87)	T = -1.30	n.s.	-0.34
Depresión	2.57 (2.17)	2.57 (1.99)	T = 0	n.s.	0
TEP	1.93 (1.38)	1.86 (1.41)	T = -0.14	n.s.	-0.03
Sobrecarga	43.42 (18.75)	42 (11.14)	T = -0.22	n.s.	-0.06
Apoyo Social	59.31 (26.45)	59.38 (18.85)	T = -0.017	n.s.	0.004
Apoyo Emocional	26 (13.10)	23.62 (9.24)	T = -1.14	n.s.	-0.31
Interacción Social Positiva	11 (6.19)	12.77 (4.09)	T = 1.32	n.s.	0.36
Apoyo Instrumental	12.62 (5.22)	12.46 (4.41)	T = -0.19	n.s.	-0.052
Apoyo Afectivo	9.69 (4.84)	10.54 (3.82)	T = 0.77	n.s.	0.21
Salud	44.04 (16.05)	47.18 (15.64)	T = 0.52	n.s.	0.14
Salud Física	49.04 (23.08)	48.72 (16.17)	T = -0.039	n.s.	-0.01
Salud Emocional	39.04 (24.36)	43.33 (16.94)	T = 0.61	n.s.	0.17
<b>Efectos psicosociales del entrenamiento en escucha activa, escritura expresiva y técnicas de atención plena en el periodo de febrero 2023-junio 2023</b>					
<b>Variable</b>	<b>Pre (DE)</b>	<b>Post (DE)</b>	<b>Estadístico</b>	<b>Sig.</b>	<b>TE</b>
Atención Plena	35.42 (9.2)	37.92 (8.72)	T = 1.11	n.s.	0.32
Bienestar	24.25 (10.31)	28.83 (8.91)	T = 2.34	<b>0.039</b>	0.677
Satisfacción por la Vida	11.58 (5.47)	13.92 (4.78)	T = 1.98	n.s.	0.573
Afecto Positivo	12.67 (5.03)	14.92 (4.42)	T = 2.78	<b>0.018</b>	0.804
Malestar Psicológico	24.08 (8.59)	22.33 (7.9)	T = -0.71	n.s.	-0.206
Ansiedad	2.75 (1.91)	2.42 (1.88)	T = -0.67	n.s.	-0.193
Alexitimia	27.5 (8.06)	25.08 (7.44)	T = -1.60	n.s.	-0.24
D. Identificar Emociones	12.33 (4.75)	11.17 (5.86)	T = -0.80	n.s.	-0.44
D. Expresar Emociones	15.17 (4.78)	13.92 (3.45)	T = -13.92	n.s.	-0.461

Nota. TEP = Trastorno de Estrés Postraumático; D. = Dificultad.

Fuente: Elaboración propia.

## Efectos psicofisiológicos del acompañamiento psicosocial sobre la respiración, la temperatura de la piel y la percepción de estrés

Durante la primera parte del programa de acompañamiento psicosocial a las CPI, se les capacitó en técnicas de relajación, examinando su efecto sobre el número de respiraciones por minuto como una medida objetiva de estrés (Tabla 4). Se observó que dos de los cinco ejercicios fueron a los que mejor respondieron las CPI.



Tabla 4. Efectos psicofisiológicos de las técnicas de relajación sobre la tasa respiratoria.

Técnica de Relajación	Pre (DE)	Post (DE)	Estadístico	Sig.	TE
Respiración Diafragmática	15.2 (4.63)	11.6 (4.65)	W = -5	< 0.001	-0.82
Respiración Muscular Pasiva	14.7 (6.66)	13.3 (2.89)	T = -0.61	n.s.	-0.35
Respiración Muscular Progresiva	16 (6.75)	12.8 (5.67)	T = -1.72	n.s.	-0.77
Imaginería Guiada + Respiración Diafragmática	13.4 (4.54)	11.4 (5.22)	T = -2.34	0.03	-0.55
Imaginería Guiada + Relajación Muscular Pasiva	20.8 (4.35)	17.3 (10.40)	W = -0.83	n.s.	-0.41

Fuente: Elaboración propia.

Para el segundo periodo, se registró la temperatura de la piel, como un indicador de la tensión del organismo. El entrenamiento en las técnicas de atención plena alcanzó un aumento en la temperatura de la piel de forma significativa y moderada (Tabla 5), el cual es consistente con la percepción subjetiva de bienestar.

Tabla 5. Efectos psicofisiológicos del entrenamiento en atención plena sobre la temperatura de la piel (°C).

Técnica	Pre (DE)	Post (DE)	Estadístico	Sig.	TE
Respira con Atención Plena	32.5 (1.34)	32.9 (1.55)	W = 363.5	n.s.	0.22
Escaneo Corporal	32.5 (2.15)	32.9 (1.31)	W = 301.5	0.007	0.59
Meditación Etiquetado	32.9 (1.38)	33.5 (1.04)	T = 2.89	0.01	0.68
Suelta, Paz, Aceptar	32.2 (1.57)	33.1 (1.21)	W = 102	n.s.	0.5

Fuente: Elaboración propia.

Es importante destacar que no todas las técnicas tuvieron el mismo efecto y esto puede ocurrir debido a la complejidad de algunas técnicas que requieren mayores procesos cognitivos.

## Percepción de estrés

A lo largo del acompañamiento psicosocial, las CPI valoraron su nivel de estrés en una escala numérica, antes y después de las técnicas. En el primer periodo, tres de las cinco técnicas de relajación mostraron reducciones significativas en las puntuaciones subjetivas de estrés, con un tamaño del efecto de moderado a grande (Tabla 6).

Por otra parte, dos de las técnicas de atención plena del segundo periodo, también disminuyeron la percepción de estrés con un tamaño del efecto grande.

Tabla 6. Efectos de la intervención psicosocial sobre las unidades de estrés subjetivo.

<b>Técnicas de Relajación</b>					
<b>Técnica</b>	<b>Pre (DE)</b>	<b>Post (DE)</b>	<b>Estadístico</b>	<b>Sig.</b>	<b>TE</b>
Respiración Diafragmática	5.23 (3.32)	3.47 (2.53)	W = 31	< 0.001	-0.79
Relajación Muscular Pasiva	4 (5.20)	2.33 (2.31)	W = 0	n.s.	-1
Relajación Muscular Progresiva	5.20 (2.28)	3.80 (2.49)	W = 0	0.04	-1
Imaginería Guiada + Respiración Diafragmática	5.78 (2.49)	3.33 (2.70)	W = 13.5	0.002	-0.84
Imaginería Guiada + Relajación Muscular Pasiva	5.75 (2.06)	4.25 (2.63)	W = 2.50	n.s.	-0.50
<b>Técnicas de Atención Plena</b>					
<b>Técnica</b>	<b>Pre (DE)</b>	<b>Post (DE)</b>	<b>Estadístico</b>	<b>Sig.</b>	<b>TE</b>
Respira con Atención Plena	4.94 (2.77)	2.5 (1.75)	W = 0	< 0.001	-1
Escaneo Corporal	4.78 (2.56)	3.11 (2.65)	W = 2.5	0.002	-0.95
Meditación Etiquetado	4.15 (2.61)	3.46 (2.96)	W = 20	n.s.	-0.48
Suelta, Paz, Aceptar	3.1 (1.79)	2.3 (2.45)	W = 12	n.s.	-0.46

Fuente: Elaboración propia.

## Afecto

La práctica de la atención plena y la revelación emocional, mediante la escritura expresiva aumentó significativamente la calma con un tamaño del efecto grande, lo que sugiere que el acompañamiento durante la intervención presentó cambios en las CPI.

Tabla 7. Afecto Positivo y Afecto Negativo pre-post acompañamiento psicosocial.

Variable	Pre (DE)	Post (DE)	Estadístico	Sig.	TE
<b>Afecto Positivo</b>					
Felicidad	3.08 (0.79)	3.33 (0.65)	W = 5	n.s.	0.667
Alegría	3.58 (0.79)	3.67 (0.98)	W = 12	n.s.	0.143
Plenitud	3.08 (1.38)	3.33 (0.98)	W = 12	n.s.	0.6
Satisfacción	3.17 (1.19)	3.75 (1.36)	W = 25	n.s.	0.786
Calma	2.67 (1.30)	3.42 (0.79)	W = 21	0.032	1
Bienestar	3.58 (0.90)	3.67 (0.78)	W = 16	n.s.	0.143
Paz	3.17 (1.11)	3.33 (0.78)	W = 7.5	n.s.	0.5
Dicha	3.42 (1.24)	3.50 (0.80)	W = 8.5	n.s.	0.133
Tranquilidad	3.25 (0.87)	3.33 (0.98)	W = 12	n.s.	0.143
Placer	3 (1.13)	3.33 (0.89)	W = 14.5	n.s.	0.381
<b>Afecto Negativo</b>					
Sufrimiento	3.50 (1.00)	2.92 (0.79)	W = 8.5	n.s.	-0.5278
Dolor	3.25 (1.22)	3.33 (0.98)	W = 9	n.s.	0.2
Tristeza	3.33 (0.98)	3.17 (0.72)	W = 8	n.s.	-0.2381
Desilusión	2.83 (0.72)	2.92 (0.90)	W = 24.5	n.s.	0.0889
Desdicha	2.25 (0.97)	2.33 (0.98)	W = 12	n.s.	0.1429
Melancolía	2.42 (1.00)	2.58 (0.79)	W = 9.5	n.s.	0.2667
Soledad	2.58 (1.08)	2.58 (1.00)	W = 5	n.s.	0
Miedo	2.25 (0.97)	2.67 (0.89)	W = 21.5	n.s.	0.5357
Incertidumbre	3.08 (0.90)	2.67 (0.65)	W = 3	n.s.	-0.7143
Irritación	3.42 (0.67)	3 (0.85)	W = 0	n.s.	-1

Fuente: Elaboración propia.

El análisis de correlaciones entre las variables psicosocial y afecto (positivo y negativo), muestra que los afectos positivos se asociación directa y moderadamente entre sí, e inversamente con los afectos negativos (Figura 4a).

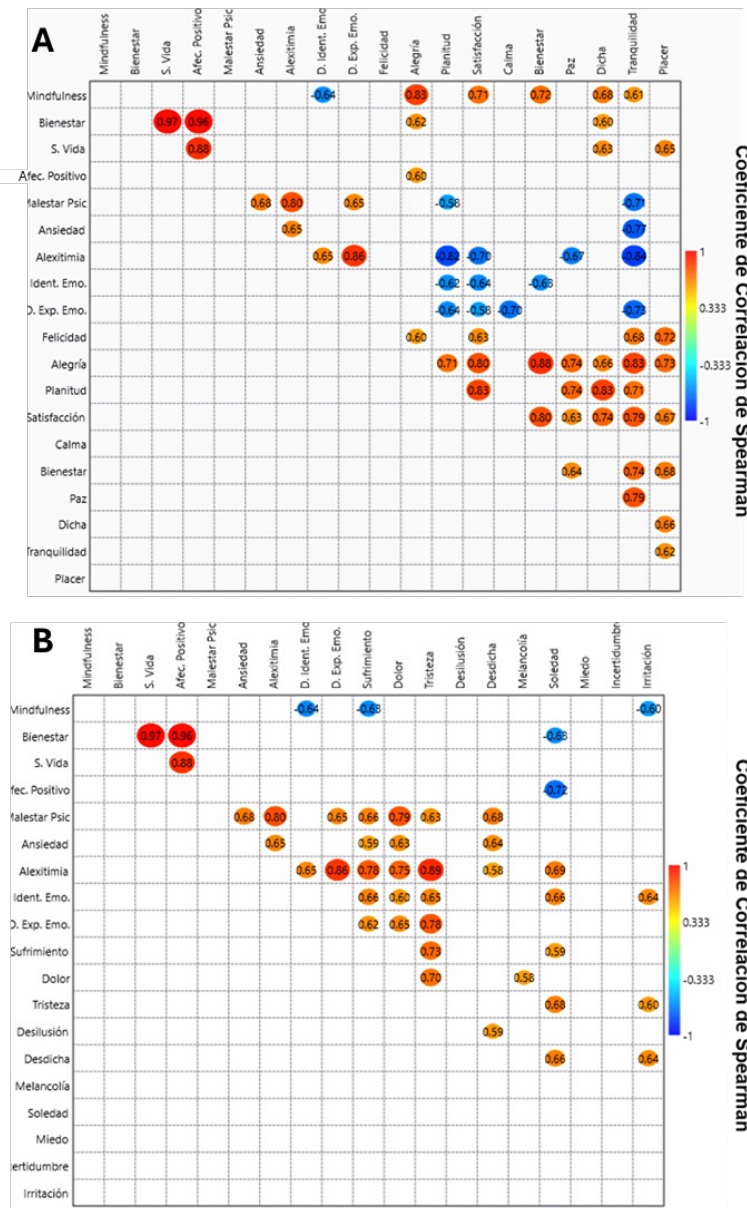


Figura 4. Correlaciones entre variables psicosociales y de la Escala de Afecto Positivo y Negativo en México. Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, el afecto negativo se asoció de manera inversa y moderada con los niveles de atención plena, la dificultad para identificar emociones y los niveles de sufrimiento e irritación, es decir que, a mayores niveles de sufrimiento, irritación y dificultad para identificar sus emociones, menor fue la capacidad de atención plena. Lo mismo ocurre con la soledad, pues se correlaciona de manera inversa con el bienestar y el afecto positivo.

Con referencia a los ejercicios de escritura expresiva, el lenguaje afectivo fue predominantemente negativo. En el transcurso de las sesiones de escritura, la relación se fue invirtiendo, llegando al ejercicio D, el cual generó mayor reflexión y, por tanto, un efecto positivo, el cual se puede observar en el predominio del lenguaje afectivo con carga positiva (Figura 5), lo que a su vez significa que la revelación emocional en las CPI regula el impacto emocional de hechos dolorosos o traumáticos.



Figura 5. Efectos de la escritura expresiva.  
Fuente: Elaboración propia.

## Discusión

Con base en los objetivos planteados y el análisis del tamaño del efecto, la intervención en CPI alcanzó efectos discretos en el funcionamiento psicosocial de las cuidadoras. Considerando que el acompañamiento psicosocial redujo el estrés (subjetivo y sus medidas psicofisiológicas), el aumento de la calma y el lenguaje afectivo predominante positivo durante la escritura expresiva, son prácticas que abonan al Modelo de Bienestar de Lin & Ensel (1989), con efectos directos sobre la disminución de la percepción de estrés, ansiedad, depresión y sobrecarga del cuidador. Esto contrasta con Carranza (2021) y Hurtado (2021), quienes han reportado que los procedimientos de intervención utilizados han tenido un impacto moderado o alto grado de efectividad para la regulación emocional en otras poblaciones.

Las CPI representan una población vulnerable al no contar con apoyo psicológico para su salud mental, además de lidiar permanentemente con determinantes sociales para su salud (capacidad económica limitada, violencia contextual, orientación profesional insuficiente por el personal médico que atiende a su dependiente, bajo apoyo social y escasa participación en actividades que mejoren su bienestar).

Los psicólogos sociales son los facilitadores que identifican las características de la comunidad; además, evalúan las necesidades de las personas y examinan sus recursos biopsicosociales para hacerle frente a los estresores de cada persona. Por último, la intervención psicosocial adecúa los modelos teóricos para favorecer el bienestar subjetivo de las personas CPI, respetando la idiosincrasia de la comunidad (Pérez-Ramos, 2020).

En el presente reporte, se observaron que las CPI viven en contextos socioeconómicos vulnerables, donde los determinantes de la salud influyen en su malestar emocional continuamente (Gorn & Huicochea, 2018).



Como lo sugiere la Organización Mundial de la Salud (2014, citado en Chávez & Tena, 2018), el primer pilar para la atención en salud mental lo constituye la intervención comunitaria. Esto significa que el primer contacto se establece entre el usuario y un facilitador que le acompaña y orienta sobre los recursos psicosociales que puede buscar para mantener un balance emocional, en particular, cuando se trata de situaciones que se han prolongado indefinidamente (Chávez & Tena, 2018).

En este contexto, se evaluaron los efectos de las estrategias utilizadas para la reducción del estrés. Durante el primer periodo, se observó que las técnicas de relajación disminuyeron tanto los indicadores fisiológicos como subjetivos de estrés, con un tamaño de efecto moderado en las CPI. Sin embargo, aunque se registró una ligera disminución en el nivel de ansiedad y un aumento en la interacción social positiva, estos cambios no fueron estadísticamente significativos. Estos resultados coinciden parcialmente con los hallazgos de Yaman & Büyükyılmaz (2021) y Wang *et al.* (2021), aunque difieren de los reportados por Imanian & Ramezanli (2022) en relación con la variable de sobrecarga. Este contraste podría estar relacionado con las limitaciones que enfrentan las cuidadoras, quienes, debido a sus responsabilidades domésticas y el cuidado de sus dependientes, tienen dificultades para asistir de manera constante a las sesiones de acompañamiento (autocuidado y psicoeducación).

Es preciso destacar que las intervenciones psicosociales comunitarias no siempre cuentan con la calidad ni circunstancias controladas de otros escenarios, pues están sujetas a diversas fuentes intervinientes. Sin embargo, se prioriza la aproximación a la reducción de estrés con la que vive el CPI y se promueve, al menos parcialmente, un nivel de bienestar en su propio contexto. Esto se vio reflejado en la reducción grande de los indicadores fisiológicos de estrés y su percepción subjetiva -en particular, en aquellas técnicas relacionadas al control respiratorio y el manejo de la atención corporal-; además, se incrementó moderadamente el bienestar subjetivo, similar a lo reportado en estudios antecedentes (Imanian & Ramezanli, 2022; Wang *et al.*, 2021; Yaman & Büyükyılmaz, 2021).

En este sentido, la Teoría Polivagal (Porges, 2022) comprendió la conexión social como el pináculo a seguir desarrollando, pues al explorar el impacto de la escucha activa, las técnicas de reducción de estrés, las técnicas de atención plena y la revelación emocional sugieren que la reducción de los niveles de estrés, ansiedad y la sintomatología depresiva se puede disminuir con entrenamiento constante, aunque formar conexiones sociales de involucramiento en las CPI generará satisfacción, calma, tranquilidad, compasión y bienestar. Las técnicas de relajación, como sugiere Amigo (2015), son sencillas de ejecutar y no comprenden un alto grado de entrenamiento para obtener resultados inmediatos en la mejora de la percepción de la disminución de sobrecarga.

En el segundo periodo, se observó que la escritura expresiva (Eldesouky & Gross, 2024; Reinhold *et al.*, 2018; Robertson *et al.*, 2020) mejora la salud de los CPI. Este proyecto explora la combinación de esta técnica con la atención plena, lo que contribuyó a aumentar el bienestar subjetivo -especialmente el afecto positivo- y a reducir ligeramente la dificultad para identificar emociones. Así, se puede exponer que la combinación de ambas técnicas favorece la promoción de conductas de bienestar y mejora la calidad de vida.

Además, se registraron aumentos en la temperatura de la piel con las prácticas de la atención y la escritura expresiva, sugiriendo una reducción del estrés. Estos efectos se pueden notar no solo fisiológicamente, sino en las palabras afectivas tanto positivas como negativas que empleó cada participante, por lo que la aceptación, la compasión y la vivencia en el presente son factores que se lograron captar en la dialéctica (donde aumentó su lenguaje afectivo positivo y redujo el lenguaje afectivo negativo), conductas y comportamientos.



Sin embargo, estos siguen siendo insuficientes para algunos lugares como lo es San Miguel Teotongo. "Reunirse para compartir problemas para buscarles solución con el carácter de vida privada que tienen es muy, muy difícil" (Manjarrez, 2021). Los resultados del presente estudio no son concluyentes respecto a la disminución del bienestar, pues con base en la propuesta de Ghaemi (2015), en el IV Nivel de evidencia, se sugiere que las observaciones en menos de 50 casos no permiten extraer generalizaciones. Además, Escamilla *et al.* (2020) propusieron que la personalización de las sesiones de las cuidadoras se debe desarrollar considerando el contexto y sus necesidades para que estas resulten más útiles y significativas, sin perder de vista que el mejor paso para el cuidado y el bienestar es la formación de redes de apoyo social.

Entre los obstáculos que se observaron para la aplicación del programa de acompañamiento psicosocial se encontraron: que al inicio del acompañamiento psicosocial, las personas CPI mostraron desconfianza hacia los interventores sociales; que la mayoría de los participantes no contaban con un tiempo específico para las sesiones debido a la dedicación del resto de sus compromisos; que algunos incluso no contaban con un espacio privado para el desenvolvimiento de la expresión emocional al recibir la atención psicosocial, por lo que se encontraron algunas fuentes de distracción ambiental propias de las dinámicas familiares en cada caso; o bien, que los participantes cancelaron algunas citas de último momento.

## Conclusiones

El acompañamiento psicosocial para las personas CPI constituye una fuente de protección para la salud mental en el contexto comunitario, con el propósito de reducir el estrés y mejorar su nivel de bienestar. La ventaja de este acompañamiento es la adaptabilidad de espacios, tiempos y circunstancias del ambiente, así como de los contextos para la atención personalizada, ya que los datos obtenidos en este estudio generaron efectos significativamente moderados en su bienestar subjetivo y en la reducción de algunos indicadores de malestar emocional como el estrés y la ansiedad. Durante el periodo de acompañamiento psicosocial a las personas CPI, se observó que las técnicas de relajación, en particular la respiración diafragmática y la atención plena (respira con atención plena y escaneo corporal en particular), redujeron significativamente indicadores objetivos y subjetivos de percepción del estrés.

Por otra parte, la disminución en la sintomatología depresiva o de sobrecarga fue pequeña y no significativa, esto que sugiere que el apoyo psicosocial debe ser un procedimiento centrado en las necesidades del CPI. A su vez, el escaso apoyo social instrumental que padece una CPI puede impedir la regularidad de presencia y práctica de las estrategias adquiridas para la regulación emocional.

En este sentido, la combinación de técnicas de relajación, escritura expresiva y atención plena mostró un potencial para mejorar tanto el bienestar emocional como las habilidades de manejo del estrés, sugiriendo que un enfoque integral que contenga técnicas de autorregulación emocional y socialización puede ser más efectivo en la promoción de la salud mental de las personas CPI. Sin embargo, el desafío sigue siendo la accesibilidad y continuidad de las intervenciones psicosociales, especialmente en contextos socioeconómicos vulnerables como el de San Miguel Teotongo, ya que algunas personas pueden presentar mayores barreras socioeconómicas que otras y, con ello, condicionar los alcances esperados del programa de acompañamiento psicosocial.

Los resultados descritos en la presente investigación abonaron a los dos modelos teóricos que sustentaron las prácticas de intervención. Por un lado, las técnicas utilizadas brindan recursos protectores frente a los desafíos continuos (estresores) que a menudo afrontan las CPI, como lo plantea el Modelo de Bienestar de Lin & Ensel (1989), donde a mayores recursos de afrontamiento, menor es el nivel de estrés percibido. Por otra parte, se encontró que previo al acompañamiento psicosocial las CPI contaban con una reducida red de apoyo social y altos niveles de estrés y sobrecarga; como lo plantea la Teoría Polivagal. El acompañamiento psicosocial permite adquirir destrezas de regulación emocional, expresando activamente sus fuentes de estrés, promoviendo la reflexión de su situación y reduciendo los síntomas físicos asociados al estrés subjetivo y objetivo.

La intervención psicosocial en el contexto ecológico comunitario puede ser útil, aunque es limitada su utilidad por las fuentes intervinientes ambientales y la falta de adherencia al apoyo psicológico, por lo que debe ser un coadyuvante en la salud mental de las CPI.

## Agradecimientos

Al grupo de mujeres cuidadoras Fragilidad Fortalecida, La Unión de Colonos y al Padre Cosme Pedagña Steffanely de la comunidad de San Miguel Teotongo. Gracias a Rosa García, Britania Herrera, Miguel Camacho, Jael Sade, Tiffany López, Mariana Nicio, Vero Sandoval, Sandra Bautista y Melanie Díaz por su apoyo.

## Conflicto de interés

Los autores no tienen conflicto de interés.

## Referencias

- Alpizar-Lorenzo, O. A., García-Franco, A., & Guzmán-Díaz, G. (2019). Alexitimia y Síndrome del Cuidador Primario: una revisión conceptual. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula*, 6(11), 11-16. <https://doi.org/10.29057/esat.v6i11.3691>
- American Psychological Association (APA). (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. <https://www.apa.org/ethics/code>
- Amigo, I. (2015). *Manual de psicología de la salud* (2a ed.). Pirámide.
- Arizona State University. (2023). Escritura expresiva para cuidadores de personas con cáncer. *Good Clinical Practice Network*. <https://ichgcp.net/es/clinical-trials-registry/NCT05859880>
- Arrieta, J., Aguerrebere, M., Raviola, G., Flores, H., Elliott, P., Espinosa, A., Reyes, A., Ortiz-Panozo, E., Rodríguez-Gutierrez, E. G., Mukherjee, J., Palazuelos, D., & Franke, M. F. (2017). Validity and utility of the patient health questionnaire (phq)-2 and phq-9 for screening and diagnosis of depression in rural Chiapas, Mexico: a cross-sectional study. *Journal of Clinical Psychology*, 73(9), 1076-1090. <https://doi.org/10.1002/jclp.22390>
- Blanco, A., & Valera, S. (2007). Los fundamentos de la intervención psicosocial. En A. Blanco & J. Rodríguez (coords.), *Intervención psicosocial* (pp. 3-44). Pearson Educación.
- Buelga, S., Musitu, G., Vera, A., Avila, M., & Arango, C. (eds.). (2009). La intervención comunitaria en América Latina. En *Psicología social comunitaria* (p. 157). Trillas.
- Calandín, A. (2022). *La importancia de expresar tus emociones*. Amparo Calandín, Psicólogos. <https://www.amparocalandinpsicologos.es/expresaremociones/>
- Calleja, N., Mason, T. A., & Gómez, O. (2022). Escala de Bienestar Subjetivo, versión corta (EBS-8): revalidación, invarianza de medición y teoría de respuesta al ítem. *Acta Colombiana de Psicología*, 25(1), 203-217. <https://doi.org/10.14718/ACP.2022.25.1.13>

- Carranza, A. (2021). Construcción de un proyecto de intervención psicosocial comunitaria desde la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa. En J. Vázquez (ed.), *Experiencias de investigación desde la psicología social comunitaria (en diferentes regiones de México y aportaciones de Colombia y Costa Rica)* (pp. 55-68). Ediciones del Lirio.
- Carreño, C. (2017). *Diseño de una propuesta de intervención breve manualizada con biofeedback y escritura emocional autorreflexiva en cuidadores primarios informales* [Tesis de Licenciatura]. UNAM. [https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB\\_UNAM/TESO1000759547](https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TESO1000759547)
- Chávez, K., & Tena, E. A. (2018). *Depresión: Manual de intervención grupal en habilidades sociales*. Manual Moderno. <https://studylib.es/doc/8943738/depresio%CC%81n--manual-de-intervencio%CC%81n-grupal-en-habilidades>
- Cisneros, A. (2007). *Validez y confiabilidad del cuestionario general de salud (SF 12) en derechohabientes de una Unidad de Primer Nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social* [Tesis de Posgrado]. Universidad Veracruzana. <https://es.scribd.com/document/627243951/cisneros-huerta>
- Coffin, N., & Salinas, J. (2012). Técnicas de meditación y relajación. En Valladares & Rentería (Ed.), *Psicoterapia cognitivo conductual. Técnicas y procedimientos* (pp. 1-58). Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Colegio Oficial de Enfermería de Huesca. (2024). *Actualidad: Escuchar para sanar. La importancia de la escucha activa en Enfermería*. <https://www.colegioenfermeriahuesca.org/actualidad-escuchar-para-sanar-la-importancia-de-la-escucha-activa-en-enfermeria/>
- Del-Pino-Casado, R., Priego-Cubero, E., López-Martínez, C., & Orgeta, V. (2021). Subjective caregiver burden and anxiety in informal caregivers: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 16(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247143>
- Domínguez, B., & Olvera, Y. (2021). Bases del Apoyo Psicológico. En C. Rodríguez (Ed.), *El lenguaje y su impacto emocional; testimonios de vida*, "Grupo Ave Fénix" (31-59). Facultad de Psicología, UNAM.
- Eldesouky, L., & Gross, J. J. (2024). Using expressive writing to improve cancer caregiver and patient health: a randomized controlled feasibility trial. *European Journal of Oncology Nursing*, 70, 102578. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102578>
- Engert, V., Klimecki, O. M., Kanske, P., & the Mindful Universities Research Group. (2023). Spreading positive change: societal benefits of meditation. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1038051>
- Escamilla, M. L., Carrillo, L., & Ordaz, M. I. (2020). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente oncohematológico. Un estudio piloto. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 23(3), 895-911. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/76997>
- Flores-Torres, M. H., Tran, A., Familiar, I., López-Ridaura, R., & Ortiz-Panozo, E. (2022). Perceived Stress Scale, a tool to explore psychological stress in Mexican women. *Salud Pública de México*, 64(1), 49-56. <https://doi.org/10.21149/12499>
- 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>
- Ghaemi, N. (2015). Niveles de Evidencia. En *Estadística y Epidemiología en Salud Mental* (p. 23). Mediterraneo.
- Gorn, S., & Huicochea, I. (2018). Salud mental y sociedad. En J. Fuente & G. Heinze (Eds.), *Salud mental y medicina psicológica* (3.a ed., pp. 11-20). McGraw-Hill Education.
- Herrera, B., Galindo, Ó., Bobadilla, R., Penedo, F. J., & Lerma, A. (2021). Propiedades psicométricas del Cuestionario MOS de Apoyo Social en una muestra de pacientes con enfermedades cardiovasculares en población mexicana. *Psicología y Salud*, 31(2). <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2691>
- Hurtado, J. C. (2021). Impacto social e intervenciones de apoyo para cuidadores informales de personas dependientes en México. *Psicología Iberoamericana*, 29(1), 1-17. <https://doi.org/10.48102/pi.v29i1.339>

- Imanian, M., & Ramezani, S. (2022). Effect of Benson's relaxation technique on caregiver burden in caregivers of hemodialysis patients. A randomized controlled trial. *Investigación y Educación en Enfermería*, 40(3), 1-14. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n3e06>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2015). Comunicación efectiva. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/guarderías/comunicacion-efectiva.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2023). *Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC) 2022* [Comunicado de prensa número 578/23]. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASIC/ENASIC\\_23.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASIC/ENASIC_23.pdf)
- Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) (2019). *Proyecto: Fortalecimiento de la Secretaría de las mujeres en el nuevo diseño institucional de la Ciudad de México*. [https://semujeres.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Estudio\\_necesidades\\_cuidadoras\\_informales.pdf](https://semujeres.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Estudio_necesidades_cuidadoras_informales.pdf)
- Jerath, R., & Beveridge, C. (2020). Ritmo respiratorio, modulación autonómica y espectro de emociones: el futuro del reconocimiento y modulación de emociones. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01980>
- Jordán-Bolaños, A. I., Zavala-Plaza, M. J., Bedoya-Vaca, P. A., Rodríguez-Chicaiza, E., & Barreno-Sánchez, S. T. (2021). Salud familiar y psicológica del cuidador primario de adultos mayores dependientes. *Revista Información Científica*, 100(5), 1-10. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-99332021000500006&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332021000500006&lng=es&tlng=es)
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 51(1), 8-19. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950010008002>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Medical Care*, 41(11), 1284-1292. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000093487.78664.3c>
- 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>
- Lin, N., & Ensel, W. M. (1989). Life stress and health: stressors and resources. *American Sociological Review*, 54(3), 382-399. <https://doi.org/10.2307/2095612>
- Lin, X. Y., Zhang, L., Yoon, S., Zhang, R., & Lachman, M. E. (2023). A social exergame intervention to promote physical activity, social support, and well-being in family caregivers. *The Gerontologist*, 63(9), 1456-1466. <https://doi.org/10.1093/geront/gnad028>
- López-Ortega, M., & Aranco, N. (2019). *Envejecimiento y atención a la dependencia en México*. Banco Interamericano de Desarrollo/Inter-American Development Bank. <https://doi.org/10.18235/0001826>
- Manjarrez, J. (2021). Reconstruir a las personas en las organizaciones sociales: agregar lozanía personal a la formación en grupos. En J. Vázquez (ed.), *Experiencias de investigación desde la psicología social comunitaria (en diferentes regiones de México y aportaciones de Colombia y Costa Rica)* (pp. 30-52). Lirio.
- Montero, X., Jurado, S., & Méndez, J. (2014). Carga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios informales de niños con cáncer. *Psicología y Salud*, 24(1), 45-53. <https://doi.org/10.25009/pys.v24i1.719>
- Parker, J. D. A., Bagby, R. M., Taylor, G. J., Endler, N. S. & Schmitz, P. (1993). Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, 7(4), 221-232. <https://doi.org/10.1002/per.2410070403>
- Pennebaker, J. (2011). *The secret life of pronouns. What our words say about us*. Bloomsbury. [https://www.researchgate.net/publication/278400962\\_The\\_Secret\\_Life\\_of\\_Pronouns\\_What\\_Our\\_Words\\_Say\\_About\\_Us](https://www.researchgate.net/publication/278400962_The_Secret_Life_of_Pronouns_What_Our_Words_Say_About_Us)
- Pérez, G., & Laca, F. A. (2017). Traducción y validación de la versión abreviada del Freiburg Mindfulness Inventory (IFM-14). *Revista Evaluar*, 17(1), 80-93. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/>

- Pérez-Ramos, M. (2020). Construcción de una intervención psicosocial para fomentar el bienestar familiar. Justificación teórica y metodológica. En Pérez-Ramos (ed.), *Planeación, desarrollo y una experiencia de investigación-intervención psicosocial con familias en comunidad* (pp. 177-207). Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa.
- Porges, S. W. (1995). Orienting in a defensive world: Mammalian modifications of our evolutionary heritage. A Polyvagal Theory. *Psychophysiology*, 32(4), 301-318. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1995.tb01213.x>
- Porges, S. W. (2022). Polyvagal Theory: a science of safety. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 16, 1-15. <https://doi.org/10.3389/fnint.2022.871227>
- Prins, A., Ouimette, P., Kimerling, R., Cameron, R. P., Hugelshofer, D. S., Shaw-Hegwer, J., Thrailkill, A., Gusman, F. D., & Sheikh, J. I. (2003). The primary care PTSD screen (PCPTSD): development and operating characteristics. *Librapharm Limited*, 9(1), 9-14. <https://depts.washington.edu/fammed/improvingopioidcare/wp-content/uploads/sites/12/2018/02/Prins-2003.pdf>
- Reinhold, M., Bürkner, P., & Holling, H. (2018). Effects of expressive writing on depressive symptoms-A meta-analysis. *Clinical Psychology Science and Practice*, 25(1), e12224. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12224>
- Resendiz-Ochoa, E., Cruz-Albarran, I. A., Garduño-Ramon, M. A., Rodríguez-Medina, D. A., Osornio-Rios, R. A., & Morales-Hernández, L. A. (2021). Novel expert system to study human stress based on thermographic images. *Expert Systems with Applications*, 178, 115024. <https://doi.org/10.1016/j.eswa.2021.115024>
- Robertson, S. M. C., Short, S. D., Sawyer, L., & Sweazy, S. (2020). Randomized controlled trial assessing the efficacy of expressive writing in reducing anxiety in first-year college students: the role of linguistic features. *Psychology and Health*, 36(9), 1041-1065. <https://doi.org/10.1080/08870446.2020.1827146>
- Rodríguez, D., Ruiz, M., Domínguez, B., Vázquez, J., Zamudio, P., & Ríos, Y. (2022). ¿La Respuesta Psicofisiológica de Estrés-Relajación es la Misma en todas las Pacientes Sobrevivientes de Cáncer?. *Acta De Investigación Psicológica*, 12(3), 86-101. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2022.3.464>
- Ruiz, L. F., Gordillo, A. M., & Galvis, C. R. (2019). Factores condicionantes básicos en cuidadores informales de pacientes crónicos en el domicilio. *Revista Cuidarte*, 10(3), 1-15. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.608>
- Russo, M. A., Santarelli, D. M., & O'Rourke, D. (2017). The physiological effects of slow breathing in the healthy human. *Breathe (Sheffield, England)*, 13(4), 298-309. <https://doi.org/10.1183/20734735.009817>
- Sánchez, R. A., López, D., Brito-Aranda, L., García, B. B., Thompson, M. R., Pavón, E., Beltrán, L., Durán, R., Melgarejo-Estefan, E., Castillo-Cruz, T., Anguiano, T. G., & Orozco-Valencia, A. (2024). Factores asociados a la sobrecarga del cuidador en cuidadores primarios de personas adultas mayores con diabetes tipo 2. *Atención Primaria*, 56(10), 102948. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.102948>
- Santos Vega, M. X., Ortega Andeane, P., & Galindo Vázquez, Ó. (2022). Propiedades psicométricas de la Escala de Malestar Psicológico (K-10) en cuidadores primarios de pacientes con cáncer. *Psicología y Salud*, 33(1), 253-261. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2788>
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-b](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-b)
- Sierra, M., Martínez, A., Padilla, A., & Fraga, J. M. (2020). Relación entre necesidades no satisfechas y sintomatología emocional en cuidadores de pacientes oncológicos. *Psicología Iberoamericana*, 28(1), 1-15. <https://www.redalyc.org/journal/1339/133963198005/133963198005.pdf>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Tovar, E., Orozco, L., & Ybarra, J. (2020). Cartas descriptivas de las sesiones. En Universidad Autónoma de Tamaulipas (ed.), *Compendio práctico de mindfulness y regulación emocional* (pp. 31-82). Colofón. <https://libros.uat.edu.mx/index.php/librosuat/catalog/download/334/322/1224?inline=1>
- Treanor, C. J., Santin, O., Prue, G., Coleman, H., Cardwell, C. R., O'Halloran, P., & Donnelly, M. (2019). Psychosocial interventions for informal caregivers of people living with cancer. *Cochrane Library*, 6. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009912.pub2>

- Trujillo, K. M. T., & Martínez, A. I. M. (2019). Programa para disminuir el índice de sobrecarga en cuidadores informales del adulto mayor. *INTEGRA2: Revista Electrónica de Educación Especial y Familia*, 1(10), 135-147. <https://www.uach.mx/integra2/vol-10-num-1-2019/>
- Velasco-Matus, P. W., Rivera, S., Domínguez, A. C., Méndez, F., & Díaz, R. (2021). Escala de Afecto Positivo/Afecto Negativo en México (APANM): evidencias de validez y confiabilidad. *Acta de Investigación Psicológica*, 11(1), 95-113. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2021.1.377>
- Vicente, L. E., Medina, V., Rodríguez, D. A., Carranza, M., Vázquez, J. J., & Manjarrez, J. O. (2022). Acompañamiento psicosocial en cuidadores primarios informales: mindfulness, calidad de vida y apoyo social a distancia. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 8(1), 1-19. <https://doi.org/10.22402/j.rdiipycs.unam.e.8.01.2022.385>
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness—the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1543-1555. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.025>
- Wang, J., Liu, J., Li, L., Man, J., Yue, S., & Liu, Z. (2021). Effect of education and muscle relaxation program on anxiety, depression and care burden in caregivers of acute stroke survivors. *Medicine*, 100(4), e24154. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000024154>
- Ware, J., Kosinski, M., & Keller, S. (1996). A 12-item short-form health survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34(3), 220-233. <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Weisel, M. (2007). *Validación de la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20)* [Tesis de Pregrado]. Universidad de las Américas Puebla. [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lps/weisel\\_d\\_m/](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/weisel_d_m/)
- Yaman, A., & Büyükyılmaz, F. (2021). The effect of relaxation exercises on burden, burnout, and anxiety levels in palliative caregivers. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(3), 1089-1095. <https://doi.org/10.1111/ppc.12906>
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980) Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/20.6.649>