

**Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social
International Digital Journal of Psychology & Social Science**

**Acompañamiento psicosocial en cuidadores primarios informales: mindfulness, calidad
de vida y apoyo social a distancia**

Persona responsable del envío: David Alberto Rodriguez Medina

Correo electrónico: **droduiguez@xanum.uam.mx**

Tipo de contribución: Artículo Empírico

Fecha de Envío: miércoles, 11 de agosto de 2021

Ciudad de México, a 11 de agosto de 2021.

Estimado Dr. **Arturo Silva**

Editor en jefe de la *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*

El motivo del presente es someter a su consideración el manuscrito **Acompañamiento psicosocial en cuidadores primarios informales: mindfulness, calidad de vida y apoyo social a distancia**

Los cuidadores primarios informales son un subsector de la población vulnerable a padecer estrés crónico y las manifestaciones psicosociales asociadas tales como ansiedad, depresión, carencia de apoyo social, una calidad de vida comprometida, problemas en su salud física y emocional. En el contexto de la pandemia por Covid-19, se hizo necesario atender las necesidades psicológicas en esta población en una modalidad a distancia. Hasta donde tenemos conocimiento, no se ha reportado la exploración del acompañamiento psicosocial basado en intervenciones de mindfulness en cuidadores primarios informales en México. Creemos que el presente manuscrito reviste importancia sobre la atención psicosocial y las dificultades que se presentan para la evaluación y contención psicológica en esta modalidad a distancia. En este sentido, contribuimos a documentar el ejercicio de acompañamiento psicosocial bajo esta modalidad a distancia y se presentan los alcances y limitaciones de esta intervención.

De acuerdo con las directrices de la *RDIPyCS*, no objetamos ninguna política de la revista.

Declaramos no tener conflicto de intereses.

El primer autor y los coautores han dado su consentimiento de aprobación para su envío.

El contenido del presente manuscrito no se ha presentado en ninguna otra revista.

Dr. David Alberto Rodríguez Medina

Profesor Visitante Titular B Tiempo Completo

Departamento de Sociología

División de Ciencias Sociales y Humanidades

Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa.

Investigador Nacional del SNI - I

<https://www.researchgate.net/profile/David-Rodriguez-Medina-2>

Acompañamiento psicosocial en cuidadores primarios informales: mindfulness, calidad de vida y apoyo social a distancia

Luis Emilio Vicente Ramírez¹, Viridiana Medina Reyna¹, David Alberto Rodríguez-Medina¹,
Mario Carranza Aguilar¹, José Joel Vázquez Ortega¹, Jesús Omar Manjarrez Ibarra¹

¹Departamento de Sociología, División de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa, Ciudad de México, Méx.

Nota del Autor

Correspondencia: David Alberto Rodríguez Medina.

Cubículo 103, primer piso, Edificio H, Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Iztapalapa, Av. San Rafael Atlixco, No 186, Col. Leyes de Reforma, 1ra Sección, C.P. 09340 Ciudad de México.

E-mail: drodriguez@xanum.uam.mx

Agradecimientos: Apreciamos el apoyo del grupo de cuidadores primarios “Guerreras de Samarehi”

Tipo de contribución en la realización del trabajo del autor 1

Trabajo en campo, recolección y análisis de datos y redacción del manuscrito.

Tipo de contribución en la realización del trabajo del autor 2

Trabajo en campo, recolección y análisis de datos y redacción del manuscrito.

Tipo de contribución en la realización del trabajo del autor 3

Revisión del manuscrito y análisis de datos.

Tipo de contribución en la realización del trabajo del autor 4

Trabajo campo.

Tipo de contribución en la realización del trabajo del autor 5

Revisión del manuscrito.

Tipo de contribución en la realización del trabajo del autor 6

Redacción del manuscrito.

Resumen curricular del autor principal (máximo 250 palabras)

Egresado de la Licenciatura en Psicología Social, ponente en el encuentro estudiantil

“Intercambio académico de experiencias comunitarias de psicología social psicológica”

Imagen del autor principal (100pix X 100pix formato jpg, png, gif)

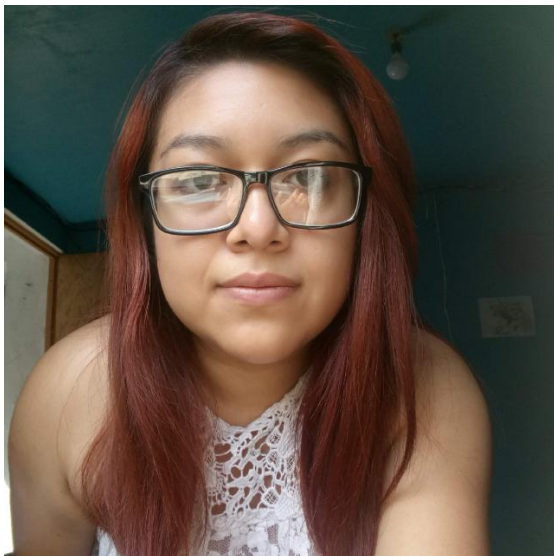


Resumen curricular del autor secundario (máximo 250 palabras)

Egresada de la Licenciatura en Psicología Social, ponente en el encuentro estudiantil

“Intercambio académico de experiencias comunitarias de psicología social psicológica”

Imagen del autor secundario (100pix X 100pix formato jpg, png, gif)



Resumen curricular del autor terciario (máximo 250 palabras)

Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología de la UNAM. Especialización en Psicofisiología Aplicada. Doctor en Psicología y Salud y Estancia Posdoctoral en UNAM. Actualmente es Profesor Investigador Visitante en la UAM Iztapalapa. Investigador Nacional Nivel 1, del SNI.

Resumen

Los cuidadores primarios informales son un grupo de personas vulnerables de estrés crónico con escasa atención psicológica institucional. La pandemia por Covid-19 ha orillado a proporcionar intervención psicosocial a distancia (apoyo psicológico telefónico, videollamadas). En esta investigación se exploraron los efectos del acompañamiento psicosocial basado en mindfulness, el intercambio de experiencias psicosociales sobre el apoyo social, la percepción de la salud y la calidad de vida en cuidadores primarios informales de personas con enfermedades crónicas no transmisibles de la alcaldía Iztapalapa de la CDMX. Mediante un diseño pre-post de un programa de intervención psicosocial, con una duración de ocho sesiones semanales, se obtuvieron medidas psicométricas de ansiedad, depresión, apoyo social, calidad de vida y percepción de salud. También se registró la tasa respiratoria y la temperatura periférica de los participantes. Los resultados mostraron una asociación significativa inversa entre el apoyo social afectivo y el nivel de ansiedad ($\rho = .97$, $p = .006$), una correlación directa entre las relaciones sociales positivas y la salud emocional ($\rho = -1$, $p < .001$), una relación inversa entre la calidad de vida individual y la calidad de vida como cuidador primario ($\rho = -.83$, $p = .009$), una relación positiva entre la calidad de vida global y la salud física ($\rho = .89$, $p = .002$), una mejoría en el apoyo social instrumental ($\rho = .643$, $p = .042$), además de una reducción somática (tasa respiratoria) en la mayoría de los ejercicios de mindfulness. Los resultados son parcialmente consistentes con los reportados en estudios antecedentes sobre este tipo de intervenciones en cuidadores primarios informales y se proponen diseñar, o en su caso adaptar instrumentos de medición en su modalidad a distancia.

Keywords: Tasa respiratoria, temperatura periférica, intervención psicosocial a distancia, autocuidado, asertividad, mindfulness.

Abstract

Informal primary caregivers are a group of people vulnerable to chronic stress with little institutional psychological care. The Covid-19 pandemic has led to remote psychosocial intervention (telephone psychological support, video calls). In this research, the effects of psychosocial support based on mindfulness, the exchange of psychosocial experiences on social support, the perception of health, and the quality of life in informal primary caregivers of people with chronic non-communicable diseases of the Iztapalapa municipality of the CDMX. Through a pre-post design of a psychosocial intervention program, with a duration of eight weekly sessions, psychometric measures of anxiety, depression, social support, quality of life, and perception of health were obtained. The respiratory rate and peripheral temperature of the participants were also recorded. The results showed a significant inverse association between affective social support and anxiety level ($\rho = .97$, $p = .006$), a direct correlation between positive social relationships and emotional health ($\rho = -1$, $p < .001$), an inverse relationship between individual quality of life and quality of life as a primary caregiver ($\rho = -.83$, $p = .009$), a positive relationship between global quality of life and physical health ($\rho = .89$, $p = .002$), an improvement in instrumental social support ($\rho = .643$, $p = .042$), in addition to a somatic reduction (respiratory rate) in most mindfulness exercises. The results are partially consistent with those reported in antecedent studies on this type of intervention in informal primary caregivers and it is proposed to design or, where appropriate, adapt measurement instruments in their remote modality.

Keywords: Respiratory rate, peripheral temperature, remote psychosocial intervention, self-care, assertiveness, mindfulness.

Acompañamiento psicosocial en cuidadores primarios informales: mindfulness, calidad de vida y apoyo social a distancia

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como “las percepciones individuales de una persona, de su posición en la vida en el contexto de su cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, normas y preocupaciones” (OMS, 1998). Un cuidador Primario (CP) es aquel que asume responsabilidad del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que este no puede llevar a cabo por sí mismo, además cumple una función de apoyo afectivo. Generalmente es un miembro de la red social inmediata del paciente (un familiar, un amigo o incluso un vecino), y regularmente, no percibe un apoyo económico ni cuenta con una capacitación previa a sus funciones de cuidador. Los CP por lo general son mujeres, amas de casa, sin estudios y con un parentesco directo con el paciente (Islas Salas, *et. al.*, 2006). Los CP pueden ignorar los efectos biopsicosociales de la sobrecarga y sus implicaciones en su salud (física y emocional). El CP incrementa progresivamente el tiempo de cuidado de su familiar y disminuye el tiempo de descanso, puede desarrollar una conducta de sobreprotección lo que conlleva mayor tiempo de trabajo y dedicación lo cual puede generar estrés y/o agotamiento (Camacho Estrada, 2010). Los cuidadores primarios debido a la labor que desempeñan cubriendo las necesidades básicas, sociales y emocionales de sus dependientes pueden quedar sometidos a una sobrecarga de trabajo, (Cardona, *et. al.*, 2013). Los efectos de padecer una enfermedad crónica y/o degenerativa no solo afectan a la persona que la padece sino al resto de su entorno y principalmente a quien desempeña la labor de cuidador primario, que generalmente es algún familiar. Es así como los

efectos de la sobrecarga del trabajo pueden afectar de manera física y mental, ocasionando depresión, ansiedad, aislamiento, fatiga, entre otras (Hernández-Cantú, et. al., 2017).

El apoyo social hace referencia a las redes sociales de las que dispone una persona y a los recursos emocionales, instrumentales y materiales que pueden ofrecerle, lo cual influye en la calidad de vida. En el estudio de Puerto-Pedraza y Carrillo-González, encontraron que el apoyo social en cuidadores influye en el proceso de satisfacción del cuidador, brinda apoyo en situaciones de complejidad, contribuye positivamente en su bienestar físico, psicológico, social y espiritual (Puerto-Pedraza y Carrillo-González, 2015). Por lo tanto, formar y fortalecer sus redes de apoyo social tiene una función protectora y amortiguadora. La convivencia es parte esencial del ser humano por lo que el tipo de relación que tenga con los demás influye en la calidad de apoyo social otorgado y percibido, tanto de las redes sociales como en los familiares. Una convivencia se refiere a se refiere no sólo a compartir el espacio físico, sino también al reconocimiento de la diversidad de los miembros que forman parte de estos espacios, ya que comparten un sistema de convenciones y normas, por lo que es importante que cada persona considere sus propios intereses y comprenda los de los demás para favorecer el bien común y a su vez, facilitar la resolución de conflictos (Ortega-Ruiz, 2006) fortaleciendo la capacidad de identificarse con los otros y comprender sus puntos de vista, por medio de las experiencias sociales que se comparten, a su vez, estas fomentan un sentido de pertenencia común (Bayón y Saraví, 2019) y es una fuente de red de apoyo social funcional.

La red de apoyo social puede fomentar las prácticas de autocuidado y la calidad de vida que influye tanto de manera personal como social generando promoción y prevención de la salud, las cuáles dotan a las personas de recursos que les permitan decidir y discernir de manera responsable e informada el efecto de sus propias conductas sobre su salud, fomentando

conductas de protección o evitando las de riesgo, en relación con el cuidado de sí mismo (Camacho-Gutiérrez, *et. al.*, 2014).

Se han probado diversas intervenciones para disminuir los efectos de la sobrecarga y estrés en el cuidador, entre ellas las basadas en mindfulness. Diversos estudios han mostrado mejoras en el bienestar psicológico de quienes practican mindfulness en una revisión sistemática en cuidadores de pacientes con discapacidad mental, y se encontró que esta práctica tiene efectos positivos a largo plazo sobre la depresión, manteniendo niveles aceptables de estrés, ansiedad y sobrecarga (Grandi, *et. al.*, 2018).

El mindfulness se define por ser una práctica que consiste en “Prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar” (Kabat-Zinn, 1990), proviene de una práctica de meditación budista, que busca focalizar la atención en tiempo presente, de manera deliberada sin emitir juicios de valor con el propósito de cambiar las relaciones entre los pensamientos, los sentimientos y las sensaciones físicas. Se han encontrado múltiples beneficios en la práctica de mindfulness, como el bienestar psicológico, disminución de dolor crónico, alivio de síntomas de ansiedad y depresión, entre otros. (Ruiz-Fernandez, *et. al.*, 2012).

El apoyo social percibido y las técnicas basadas en mindfulness buscan un nivel de activación fisiológico predominantemente parasimpático, que inhibe las funciones defensivas tanto físicas como conductuales propiciando una reducción en la tasa cardiaca y respiratoria, así como un mejor flujo sanguíneo reflejado con el incremento de la temperatura periférica, los cuáles regulan la actividad inflamatoria y el estrés crónico (Rodríguez-Medina, *et. al.*, 2018).

El objetivo del este estudio fue explorar el efecto de las prácticas de promoción y prevención de la salud y estrategias de mindfulness sobre la tasa respiratoria, la temperatura periférica, y

factores psicosociales asociadas a la calidad de vida en personas cuidadoras de enfermedades crónicas no transmisibles.

Método

Diseño de investigación

Para explorar los efectos de la intervención sobre los participantes, se utilizaron dos diseños de investigación (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio, 2014). El primero fue un diseño exploratorio, pre-post intervención para las medidas de evaluación psicométrica. El segundo diseño, exploratorio, de medidas repetidas, de un solo grupo para las medidas psicofisiológicas.

Participantes

Muestra no probabilística, por conveniencia, se consideraron participantes que fueran cuidadores primarios de dependientes con diversos padecimientos crónicos y/o degenerativos, que fueran residentes de la Colonia San Miguel Teotongo, Iztapalapa, Ciudad de México y forman parte del *Sistema Público de Cuidados*. La edad media fue de 52.5 años (DE = 6.32) con un nivel de escolaridad entre primaria y carrera técnica. Los cuidadores primarios suelen ser principalmente mujeres familiares de dependiente, ya que culturalmente se asocia el cuidado a las mujeres, en el grupo que se formó solo participó un hombre, sin embargo, debido a las dificultades de conexión y tecnológicas no logró participar, quedando el grupo conformado sólo por mujeres.

Materiales

Los participantes utilizaron dispositivos móviles y/o equipos de cómputo para la realización de las videoconferencias, para las cuales se empleó la plataforma “Google meet”.

Para esta investigación se ocuparon las estrategias de mindfulness sugeridas por la *Brigada de Salud Mental* del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ, 2020)

Procedimiento

El grupo se conformó por cuidadores primarios de San miguel Teotongo que previamente tuvieron asesoría psicológica por medio de llamadas telefónicas. Las mediciones pre y pos-test (recolectadas en septiembre 2020 y mayo 2021) se realizaron con los instrumentos psicométricos individualmente previo y posterior a las sesiones grupales con una duración de 1.5 horas, semanalmente como muestra la *tabla 1.1*.

-----**insertar tabla 1.1**-----

Las sesiones grupales estuvieron diseñadas mediante segmentos de participación, los facilitadores moderaban espacios para una bienvenida, un segmento para fomentar/instruir ejercicios físicos y capsulas informativas de alimentación adecuadas para la media de edad de los participantes, una breve información acerca de “*los principios básicos de convivencia*” y una actividad grupal para reforzar la información y una técnica de mindfulness con sus respectivos momentos de medición, debido a las circunstancias de las sesiones, muchas veces los participantes estaban acompañados por amigos y familiares que los asistían en el uso de la tecnología implicada.

Durante las 8 sesiones se tomó una medición fisiológica antes y después de la práctica de las técnicas en “mindfulness”. En las primeras dos sesiones se registraron mediciones basadas en temperatura periférica, pero debido a que se desconoce la variabilidad de la temperatura

ambiente de las circunstancias ecológicas de cada participante y en diversos manuales se indica debe ser la misma, se optó por cambiar la medición por la tasa respiratoria por minuto, por lo que las restantes se tomaron mediante frecuencia respiratoria.

Instrumentos

Patient Health Questionnaire (PHQ-4) (Löwe, et. al., 2010). Es un cuestionario de tamizaje para valorar presencia de ansiedad y depresión. Cuenta con una varianza explicada de un 84% y una confiabilidad de .82 a .90. El PHQ está basado bajo los criterios del DSM-IV, traducido al español por Diez-Quevedo, Rangil, Sanchez-Planell, Kroenke y Spitzer (2001) con una población de 1003 pacientes españoles y esta validada para población general. La ansiedad y la depresión son esquemas derivados de cuadros de estrés crónico, en este sentido se espera que ambas variables estén presentes. En población mexicana ha sido utilizado en diversas investigaciones (Rodríguez, Domínguez, Leija, , Ortiz y Carreño, 2018; Rodríguez, Vázquez Ortega y Alonso Hernández, 2020; Carranza et al., 2020; Rodríguez Medina y Hernández Pozo, 2021).

Primary care posttraumatic stress disorder (PC-PTSD) (Prins, et. al., 2003). Instrumento de auto reporte de tamizaje para valorar la existencia de estrés postraumático. Es un cuestionario de 4 ítems con respuestas dicotómicas. Cuenta con un nivel de confiabilidad test-retest de .83

Cuestionario General de Salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey, SF-12) (Cisneros-Huerta, 2007). Instrumento de auto reporte de tamizaje sobre la salud general derivado del instrumento SF-36. Evalúa la capacidad funcional de las personas, definiendo un estado positivo y negativo de la salud física y mental, por medio de ocho subescalas: *Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud Mental, Salud General, Vitalidad, Función Social y Rol Emocional*. El SF-12

presenta una validez convergente con el instrumento original SF-36, de $r = .737$ ($p < .01$) para la dimensión física, y de $r = .714$ ($p < .01$) para la dimensión mental en población mexicana *Cuestionario de Apoyo Social de MOS (AS-MOS)* (Sherbourne y Stewart, 1991). Es un instrumento autoaplicable para la evaluación del apoyo social, breve, y cuenta con cuatro dimensiones: 1) *Afectiva* (demostración de amor, cariño, y empatía), b) *Interacción Social Positiva* (posibilidad de contar con personas para comunicarse), c) *Instrumental* (posibilidad de ayuda doméstica), y d) *Informacional* (posibilidad de asesoramiento, consejo, información). El Alpha de Cronbach de las subescalas está entre .93 y .96.

Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-BREF) (OMS, 1996). Adaptación a la lengua española, conformado por 26 ítems cada uno con 5 opciones de respuesta, utilizado para medir calidad de vida, sin importar las diferencias culturales, agrupadas en las 4 dimensiones propuestas por la OMS: 1) *Percepción Global* (2 ítems), 2) *Salud Física* (7 ítems), 3) *Salud Psicológica* (6 ítems), 4) *Ambiente* (8 ítems) y 5) *Relaciones Sociales* (3 ítems). Para la aplicación del instrumento se utilizó la validación mexicana donde se excluyeron 7 ítems para un mejor ajuste, dando como resultado en cada factor percepción global (2 ítems), salud física (4 ítems), salud psicológica (4 ítems), ambiente (6 ítems) y relaciones sociales (3 ítems), con un $\alpha \geq 0.70$ para todas las dimensiones y un $\alpha = 0.895$ global (López Huerta, et.al., 2017).

Escala de valoración de calidad de vida y satisfacción en familiares cuidadores (ECVS-FC). Propuesta en 2006 por Grau, Chacón, Grau, García y Ojeda, se trata de un cuestionario de autoinforme de 13 ítems, con respuesta dicotómica (sí/no) y en caso de respuesta afirmativa se proporciona una escala de 4 puntos referido a la intensidad (bajo, medio, alto muy alto), agrupado en 2 dimensiones de calidad de vida (10 ítems) y satisfacción (3 ítems) (Expósito et. al., 2019).

Tasa respiratoria (Berman y Snyder, 2013). La frecuencia respiratoria consiste en la cantidad de ciclos de inhalación y exhalación que realiza una persona por minuto, que es sensible a los cambios en el estado emocional como relajación y estrés. Se ha observado que la frecuencia respiratoria tiende a disminuir al inducirse un estado de relajación y, por el contrario, aumentar con estímulos estresantes o de alta activación. El rango de la tasa respiratoria por minuto de una persona adulta es de 12-20 ciclos por minuto.

Temperatura periférica (Ioannou, et. al., 2014.)

La temperatura periférica está relacionada con las reacciones emocionales, esto debido a que el flujo sanguíneo cambia por la vasoconstricción. En las yemas de los dedos y las palmas de las manos, las temperaturas medias que se han registrado para humanos en estado de reposo son 32,3°C para la palma de la mano y 30°C-34°C para las yemas de los dedos, comprendiendo que, a mayor temperatura periférica se presenta una mejor vasodilatación permitiendo un mayor flujo sanguíneo, que se presenta en estados emocionales de seguridad y relajación; en contraparte, un descenso de temperatura en los dedos de las manos significa una mayor actividad simpática debido al esfuerzo (cognitivo-afectivo).

Asistencia a las sesiones semanales

En cada sesión se contó entre 3 a 7 participantes cuidadores informales. En la sesión 1 se presentaron $n = 5$, para la sesión 2 participaron $n = 6$, mientras que para la sesión 3 la asistencia fue de $n = 5$. En la sesión 4 se contó con la participación de $n = 4$, en la sesión 5 la $n = 3$; posteriormente, en la sesión 6 la $n = 4$, en la sesión 7 la $n = 5$ y por último, en la sesión 8 la $n = 3$.

Análisis estadísticos

Se extrajeron los datos estadísticos de tendencia central y dispersión de la escala WHOQOL-BREF y de la escala ECVS-FC. Para las medidas fisiológicas se utilizó la prueba Wilcoxon y la prueba Friedman, así como para las escalas SF-12, AS-MOS, PHQ-4 y el PC-PTSD. Se utilizó la prueba de correlación rho de Spearman para el análisis de las puntuaciones psicométricas. Los análisis de comparación de dos muestras se realizaron en la calculadora en línea *AI-Therapy Statistics*. Las correlaciones se computaron en Past4 en su versión 0.3. Para todos los análisis se consideró un $\alpha = 0.05$.

Resultados

Temperatura periférica (sesiones 1 y 2)

En la sesión 1, la temperatura periférica presentó un descenso entre la medición inicial y el momento previo a la técnica “Respirar con atención plena”, el cual, de manera grupal logró aumentar la temperatura sin diferencia estadísticamente significativa ($X^2 = 0.5, (2), p > 0.05$).

En la sesión 2, la temperatura mostró un aumento entre la medición inicial y el momento previo de la técnica “Escaneo corporal”, el cual de manera grupal descendió nuevamente sin una diferencia estadísticamente significativa ($X^2 = 0.5, (2), p > 0.05$).

----- insertar Figura 1.1 (Temperatura)-----

Tasa Respiratoria (sesiones 3 – 7)

Para la sesión 3, la estrategia “Siendo consiente adentro y afuera”, la tasa respiratoria no mostró cambios estadísticamente significativos entre ninguno de los tres momentos de medición ($X^2 = 0.5, (2), p > 0.05$) (Ver figura 1.2A).

Durante la sesión 4 se presentó una reducción significativa con el ejercicio de “Mindfulness en tu mano” ($X^2 = 0.5$, (2), $p = 0.05$) (Ver figura 1.2B).

Para la sesión 5, la tasa respiratoria no exhibió cambio estadísticamente significativo con la técnica “Observación de la respiración” ($X^2 = 0.5$, (2), $p > 0.05$) (Ver figura 1.2C).

En la sesión 6, no se encontraron cambios en la tasa respiratoria con el ejercicio “Acepta la ansiedad” ($X^2 = 0.5$, (2), $p > 0.05$) (Ver figura 1.2D).

Para la sesión 7, no se reportaron cambios con la técnica “Observación de la respiración” ($X^2 = 0.5$, (2), $p > 0.05$) (Ver figura 1.2E).

Para la sesión 8, la tasa respiratoria no manifestó un cambio estadísticamente significativo con la técnica “Respirar con atención plena” ($X^2 = 0.5$, (2), $p > 0.05$) (Ver figura 1.2F).

Aun cuando no se encontraron cambios estadísticamente significativos en la mayoría de las sesiones sobre la tasa respiratoria, se muestra una tendencia a la baja después de cada técnica de mindfulness.

----- insertar Figura 1.2 (TR)-----

Evaluaciones psicométricas

Las evaluaciones psicométricas esta compuestas por una comparación entre el inicio del programa de intervención y al término. En los puntajes psicométricos se presentaron un rango amplio de variaciones sin tendencias significativas de cambio, con excepción del factor instrumental del AS-MOS, que mostró un incremento favorable estadísticamente significativo ($Z = 2.032$, $p = .042$, $r = .643$) que fue de una $Md=13$ (D.E. 4.494) a una $Md= 16$ (D.E.= 5.568) en el puntaje del instrumento que tiene que ver con la percepción de apoyo doméstico, este se omitió de la Figura 1.3 debido a que únicamente hubo distribución favorable. Dentro del PC-

PTSD, únicamente una persona respondió “sí” a los 4 ítems, lo cual implica un tamizaje afirmativo de sufrir síndrome de estrés postraumático.

-----**insertar tabla 1.2**-----

En la figura 1.3 se muestran las diferencias (pre - post) en distribuciones porcentuales por instrumento, únicamente hubo cambios desfavorables en AS-MOS R.S. y en SF-12 Emocional en esta distribución.

----- **insertar figura 1.3**-----

Correlaciones de instrumentos psicométricos

En la figura 1.4, los factores correspondientes a los instrumentos de calidad de vida reportan una correlación significativa ($\rho = .89$, $p = .002$) entre la percepción global de calidad de vida y la salud física, ambos pertenecientes al instrumento de la OMS. También se encontró una correlación inversa entre la Calidad de Global y la Percepción de Calidad de Vida del cuidador específicamente, ambos pertenecientes al instrumento CVC.

-----**Insertar figura 1.4**-----

En la figura 1.5, los factores correspondientes a los instrumentos psicométricos mostraron dos correlaciones estadísticamente significativas, el primero es una relación entre el factor emocional y el relacional pertenecientes al instrumento AS-MOS ($r = -1$, $p < .001$). La segunda relación es inversa y pertenece al factor afectivo del AS-MOS y el factor de Ansiedad perteneciente al PHQ-4 ($r = .97$, $p = .006$).

-----**Insertar figura 1.5**-----

Discusión

Con base s los objetivos planteados, se exploraron los efectos de la promoción de la salud, la práctica de ejercicios de mindfulness sobre la temperatura periférica y la tasa respiratoria, así como los componentes de la calidad de vida en personas cuidadoras. Los resultados encontrados indicaron que, el ejercicio de la sesión 1, “respirar con atención plena”, mostró una mejoría grupal sobre la temperatura periférica, este ejercicio es de fácil comprensión y de carácter visual, esto pudo facilitar el entendimiento y concentración de las participantes por sobre las demás técnicas.” Por otra parte, el ejercicio de la sesión 2, “escaneo corporal”, presentó un sobreesfuerzo fisiológico en los participantes. Por otra parte, las estrategias realizadas entre las sesiones 3 – 7, sugieren que lograron disminuir la tasa respiratoria, aunque solo se encontró un efecto estadísticamente significativo en la sesión 4 con la práctica “mindfulness en tu mano”, mostró un efecto. Originalmente se plateó medir la temperatura periférica en todas las sesiones. Sin embargo, debido a que cada participante contaba con condiciones ambientales distintas por la humedad y la temperatura de su domicilio, se sustituyó la medición psicofisiológica térmica por la tasa respiratoria, como lo sugiere Alcaraz-Mendoza y García-Valencia, (2012).

Se emplearon como base las técnicas de mindfulness propuestas por la página web de la brigada de salud del INCMNSZ, no obstante, no se indica si su aplicación puede ser grupal, a distancia, ni cuantas repeticiones se sugieren para alcanzar un nivel óptimo de la atención plena, en este sentido, esta investigación alcanza un nivel exploratorio. La página web de la brigada de salud del INCMNSZ no se indica si su aplicación puede ser grupal, a distancia, ni cuantas repeticiones se sugieren para alcanzar un nivel óptimo de la atención plena.

En revisiones sistemáticas, realizadas en la práctica de mindfulness en cuidadores informales de mayores crónicos dependientes (Verea & Borrego, 2019) y personas con demencia (Grandi, *et. al.*, 2018), se han reportado reducciones significativas en sintomatología ansiosa y depresiva, así

como disminución de estrés crónico, generando mejorías en la salud general. Sin embargo, no llegaron a tener efecto sobre la calidad de vida percibida.

De acuerdo con Vereza & Borrego (2019), la calidad de vida percibida no se ha podido medir de manera clara, al tratarse de un concepto multidimensional con cargas objetivas y subjetivas. En su revisión sistemática, especifican que los instrumentos utilizados para medir la calidad de vida no parecen ser lo suficientemente sensibles. No obstante, no presentan una propuesta alternativa validada, por lo que sería recomendable diseñar un instrumento sensible y específico a los cuidadores.

El entrenamiento en mindfulness en la modalidad a distancia en el contexto de la pandemia por Covid-19 para el acompañamiento psicológico vía telefónica o por videollamada, presentó variabilidad en múltiples factores como lo fueron: la heterogeneidad en los perfiles psicológicos de los participantes, la disponibilidad de conexión a internet, las demandas que implican la tarea de un cuidador primario, la privacidad en su casa para recibir la asistencia psicosocial. No obstante, los efectos sobre la tasa respiratoria asociada al mindfulness mostraron efectos favorables en la mayoría de las sesiones como lo reportan los estudios en la modalidad presencial (Ruiz-Fernandez, *et. al.*, 2012).

También es importante destacar que el efecto del entrenamiento en mindfulness sobre la tasa respiratoria era más notable en relación con la asistencia de los participantes (sesiones 4 y 7), por lo que, es importante un estudio confirmatorio de esta relación. Aunque los cambios en la tasa respiratoria reportados a lo largo de las sesiones no presentaron diferencias estadísticamente significativas es prudente abordar que se mantuvieron en un nivel saludable al margen de la muestra (Rodríguez-Molinero et al., 2013)

Similar a estudios con ejercicios de respiración manejada a voluntad (Cea-Ugarte, *et. al.*, 2004), la temperatura periférica tiende a elevarse con la práctica, que, aunque para este estudio no representó un cambio significativo, si denotó una tendencia al aumento de la temperatura con el ejercicio de “respirar con atención plena” Sin embargo, con el ejercicio de “escaneo corporal” no se presenció el mismo efecto. Debido a la duración de la sesión y la disponibilidad limitada de los participantes, es posible que el efecto de la técnica de escaneo corporal no haya alcanzado el efecto psicofisiológico esperado, debido a la fatiga de los participantes, a quienes se les presentó la técnica después de más de 100 min de acompañamiento psicosocial. Además, es prudente mencionar que esta sesión tuvo algunos problemas de conectividad de varios participantes y esto pudo ser un factor clave en el efecto de la técnica.

En el caso de las evaluaciones psicométricas, algunas cuidadoras presentaron cambios favorables y desfavorables. Únicamente el apoyo instrumental que hace alusión a disponibilidad de ayuda doméstica mostró una diferencia significativa entre el inicio de la investigación y el final de esta, esto podría deberse al apoyo que percibieron las participantes por parte de sus familiares en las distintas dificultades del modo a distancia de la intervención.

La ansiedad y la depresión no mostraron descensos estadísticamente significativos; no obstante, los puntajes de ambas variables descendieron en la mayoría de los participantes, esto representa una mejora en la percepción subjetiva en su salud emocional.

Respecto a las correlaciones, las relaciones entre las sub-escalas del instrumento de calidad de vida podrían sugerir una disociación entre calidad de vida personal y la calidad de vida como cuidador informal; es decir, contar con una calidad de vida global no garantiza la calidad de vida de cuidador informal. En la puntuación de apoyo social, se mostró una relación directa entre el factor emocional y el factor instrumental. En la mayoría de los participantes se mejoró la

comunicación asertiva, el uso y resignificación de la red de apoyo social con la que cuentan en su vida cotidiana. Por otra parte, se reportó una correlación inversa entre el factor afectivo del apoyo social y el puntaje de ansiedad; es decir, las muestras de amor y afecto constante tienen una relación con el descenso de la ansiedad de los participantes (Barrera-Herrera, et. al., 2019). Entre las limitaciones de este estudio se destacan las siguientes: los instrumentos estaban diseñados para ser autoaplicables, no obstante, se adaptó este criterio para ser aplicados mediante llamadas telefónicas, esto pudo afectar los resultados en tanto el tiempo de aplicación, las distracciones del medio y el entendimiento de los ítems, también existe la probabilidad de que los participantes pueden sentirse menos inhibidos al llenar el autor reporte mientras que, al dar las respuestas vía telefónica tengan una tendencia a abstenerse a expresar cómo se sienten realmente o deseabilidad social. Se sugiere adaptar y diseñar instrumentos psicométricos y métodos de intervención para escenarios a distancia en situaciones extraordinarias como el contexto ocasionado por la pandemia.

Conclusiones

El acompañamiento psicosocial para promover el autocuidado de la salud y los ejercicios de mindfulness disminuyeron parcialmente el nivel de estrés, por lo que se requiere mayor continuidad en la práctica, como lo son los ejercicios en casa, así como darle seguimiento a este grupo para valorar los efectos a largo plazo.

El apoyo social instrumental, fue el único que mostró mejoría, en buena parte por la asistencia de los familiares y personas cercanas para lograr involucrarse en el acompañamiento psicosocial, proporcionándoles dispositivos e instrucciones para su conexión y actividades de las sesiones.

Referencias

- Alcaraz Mendoza, F., & García Valencia, A. (2012). Técnicas psicofisiológicas para evaluar el estrés en escenarios clínicos. En S. Galán Cuevas, & E. J. Camacho Gutiérrez, *Estrés y salud. Investigación básica y aplicada* (73-88). El Manual Moderno.
- Barrera-Herrera, A., Neira-Cofré, M., Raipán-Gómez, P., Riquelme-Lobos, P. & Escobar, B. (2019) Apoyo social percibido y factores sociodemográficos en relación a los síntomas de ansiedad, depresión, y estrés en universitarios chilenos. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 24, 105-115. doi: 10.5944/rppc.23676
- Bayón, M. C., & Saraví, G. A. (enero-abril de 2019). Desigualdades: subjetividad, otredad y convivencia social en Latinoamérica. *Desacatos*, 8-15.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n59/2448-5144-desacatos-59-8.pdf>
- Berman, A. J., & Snyder, S. (2013). *Fundamentos de Enfermería: conceptos proceso y practica*, (9a. ed.), pp 555-560. Pearson
- Camacho, L., Yokebed, G., & Jiménez, A. (2010). Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado. *Enfermería universitaria*, 7(4), 35-41.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632010000400006&lng=es&tlng=es
- Camacho-Gutiérrez, E., Vega-Michel, C., Alcaraz-Mendoza, F., González, M. Á., Arellano-Gómez, L., Colunga-Rodríguez, C., Cruz-Gómez, D., González-Araiza, R., Guzmán-Sescosse, M., Hunot-Alexander, C., Maldonado-Saucedo, M., Meneses-Ortega, S., Orozco-Medina, M. G., Javier-Pérez, F., Bouquet- Lazcano, Pando-Moreno, M., Pliego-

- Rayas, A., Sánchez-Loyo, L. M., Vázquez-Colunga, J. C., Viesca-Lobatón, A... (2014). *Autocuidado de la salud*, pp. 17-28, 45-54, 152-169. ITESO.
- Carranza, M., Vázquez, J. J., Manjarrez, J. O., Pérez, M., Rodríguez, D. & Ramírez, A. (2020). Intervención psicosocial ante la pandemia por Covid-19 en México. En O. E. Infante Pedreira, & J. A. Grau Ávalo, *La psicología de la salud en el enfrentamiento a la Covid-19 en América Latina* (págs. 206-249). CEDEM. <https://alapsa.net/wp-content/uploads/2021/02/alapsa2021a.pdf>
- Cardona-A., D., Segura-C., Á. M., Berbesí-F., D. Y., & Agudelo-M., M. (2013). Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 30-39. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12026437003>
- Cea-Ugarte, J. I., Cabo-González, O., González-Pinto, A., & Brazal-Raposo, J. J. (2004). Efectos beneficiosos de la respiración manejada a voluntad sobre la frecuencia cardiaca y temperatura periférica. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, 25(2), 17-26. <https://hipnosis.org/documentos/escuela/articulos/Efectos-beneficiosos-respiraci%C3%B3n-sobre-frecuencia-card%C3%ADaca-temperatura-perif%C3%A9rica-J-Ignacio-Cea.pdf>
- Cisneros-Huerta, 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*. México: Universidad Veracruzana. <http://cdigital.uv.mx/handle/123456789/32287>
- Diez-Quevedo, C., Rangil, T., Sanchez-Planell, L., Kroenke, K., & Spitzer, R. (2001). Validation and Utility of the Patient Health Questionnaire in Diagnosing Mental Disorders in 1003

General Hospital Spanish Inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 679-686.

<https://doi.org/10.1097/00006842-200107000-00021>

Expósito, M., Martín, M., & Oviedo, H. (2019). La ESCV-FC para evaluar Calidad de Vida en cuidadores primarios en el Caribe colombiano. *Index De Enfermería*, 27(3), 152-155.

<https://ciberindex.com/index.php/ie/article/view/e11804>

Grandi, F., Burgueño, L., & Irurtia, M. J. (2018). Eficacia del programa de reducción del estrés basado en mindfulness para cuidadores familiares de personas con demencia. Revisión sistemática de estudios clínicos aleatorizados. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X18306735?via%3Dihub>

Hernández-Cantú, E. I., Reyes-Silva, A. K., Villegas-García, V. E., & Pérez-Camacho, J. (2017).

Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes internados en un hospital general de zona en Nuevo León, México. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.*,

25(3), 213-220. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2017/eim173h.pdf>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. D. (2014). *Metodología de la investigación* (6 ed.). México y Latinoamérica: Mc Graw-Hill.

<http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

INCMNSZ, I. N. (Marzo de 2020). *INCMNSZ*. Brigada de Salud Mental.

<http://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/BrigadaSaludMental/index.html>

- Ioannou, S., Gallese, V., & Merla, A. (2014). Thermal infrared imaging in psychophysiology: Potentialities and limits. *Psychophysiology*, 51, 951-963.
<https://doi.org/10.1111/psyp.12243>
- Islas, L., Ramos, B., Aguilar M., & García, M. (2006). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 19(4), 266-271. <http://www.scielo.org.mx/pdf/iner/v19n4/v19n4a6.pdf>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living. How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. NY: Piadkus.
- López-Huerta, J. A., González-Romo, R. A., & Tejada-Tayabas, J. M. (2017). Propiedades Psicométricas de la Versión en Español de la Escala de Calidad de Vida WHO QoL BREF en una Muestra de Adultos Mexicanos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 44(2), 105-115. <https://doi.org/10.21865/RIDEP44.2.09>
- Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., Schneider, A., Brähler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 86-95. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.019>
- OMS (1996). *WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. Geneva: OMS. https://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf
- OMS (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
<https://doi:10.1017/S003329179800666>

- Ortega-Ruiz, Verea R. (2006). La convivencia: un modelo de prevención de la violencia. En A. Moreno-González, & M. P. Soler-Villalobos, *La convivencia en las aulas: problemas y soluciones* (págs. 29-48). Editorial Ministerio de Educación y Ciencia.
- Prins, A., Ouimette, P., Kimerling, R., Cameron, R. P., Hugelshofer, D. S., Shaw-Hegwer, J., Thraikil, A., Gusman, F. D., Sheikh, J. I. (2003). The primary care PTSD screen (PC-PTSD): development and operating characteristics. *Librapharm Limited*, 9(1), 9-14.
<https://www.ptsd.va.gov/PTSD/professional/articles/article-pdf/id26676.pdf>
- Puerto-Pedraza, H. M., & Carrillo-González, G. M. (2015). Calidad de vida y soporte social en los cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cancer. *Rev Univ Ind Santander Salud*, 47(2), 125-136. <https://www.redalyc.org/pdf/3438/343839278004.pdf>
- Rodríguez-Molinero, A., Narvaiza, L., Ruiz, J., & Gálvez-Barrón, C. (2013). Normal Respiratory Rate and Peripheral Blood Oxygen Saturation in Elderly Population. *Journal of the American Geriatric Society*. <https://doi.org/10.1111/jgs.12580>
- Rodríguez D., Domínguez, B., Leija, G, Ortiz, M & Carreño, C. (2018). Efectos psicofisiológicos de la respiración diafragmática y la estimulación térmica sobre la actividad autonómica del estrés agudo. *Acta de investigación psicológica*, 8(2), 101-113.
<https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2018.2.09>
- Rodríguez, D., Vázquez Ortega, J. J., & Alonso Hernández, G. (2020). Evaluación e intervención psicofisiológica térmica de sesión única de estrés social en estudiantes de psicología. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 6(2), 340-354.
<https://cued.unam.mx/revistas/index.php/rdpcs/article/view/227/629>
- Rodríguez Medina, D. A., & Hernández Pozo, M. D. (2021). Termorregulación afectiva: Funcionamiento biopsicosocial de la respuesta de estrés social en universitarios post-

sismo del 19s. *Acta de Investigación Psicológica*, 11(1), 73-83. https://www.revista-psicologia.unam.mx/revista_aip/index.php/aip/article/view/375/332

Ruiz-Fernandez, M. A., Díaz-García, M. I., & Villalobos-Crespo, A. (2012). *Manual de Técnicas de intervención Cognitivo Conductuales*. Editorial UNED.

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)

Verea, M., & Borrego, R. (2019). Educación sanitaria en mindfulness a los cuidadores de mayores crónicos dependientes. *Medicina Naturista*, 78-90. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6985228>

Tablas

Tabla 1.1

Organización de las sesiones grupales

Sesión	Nombre	Objetivo	Descripción	Técnica
1	Aprender a no agredir al otro	Fomentar la comunicación y la sana convivencia sin agresión	Por medio de presentaciones PowerPoint y cortometrajes	Respirar con atención plena
2	Aprender a comunicarse	Fomentar la comunicación asertiva	Por medio de una presentación PowerPoint y la actividad "malentendido"	Escaneo corporal
3	Aprender a interactuar	Fomentar la interacción e integración grupal	Por medio de una presentación PowerPoint y la actividad "sigue el cuento"	Siendo consciente adentro y afuera
4	Aprender a decidir en grupo	Analizar el manejo de crisis y negociación personal e interpersonal en una situación de conflicto.	Por medio de una presentación PowerPoint y la actividad de realizar un escudo, lema y nombre propio del grupo	Mindfulness en tu mano
5	Aprender a cuidarse	Informar a los participantes sobre la importancia del autocuidado y cómo llevarlo a cabo	Por medio de una presentación PowerPoint y cápsulas informativas sobre alimentación y actividad física, llevadas a cabo cada semana	Observación de la respiración
6	Aprender a cuidar el entorno social	Informar sobre la importancia de cuidar el entorno social y a su vez el medio ambiente	Por medio de una presentación PowerPoint y la actividad "aprender a cuidar el entorno"	Acepta la ansiedad
7	Aprender a cuidar el saber social	Informar a los participantes sobre la importancia del saber	Por medio de una presentación PowerPoint y la	Observación de la respiración

		común, tradiciones y costumbres	actividad “valorar el saber cultural y educativo”	
8	Organización del encuentro final	Participación activa del grupo para la última sesión	Utilizando los principios de convivencia, planear la organización y actividades a realizar	Respirar con atención plena

Tablas

Tabla 1.2

Diferencias de instrumentos psicométricos

instrumento	Md pre	Md Post	Z	P	r
SF-12 Física	16	15	0.184	0.854	-0.058
SF-12 Emocional	16	15	0	1	0
SF-12 Social	5	3	0.552	0.581	0.175
AS-MOS Instrumental	13	16	2.032	0.042*	-0.643
AS-MOS Emocional	32	40	0.730	0.465	-0.231
AS-MOS Relaciones Soc.	15	19	0.412	0.680	-0.130
AS-MOS Afectivo	14	15	0.535	0.593	-0.16
PHQ-4 Ansiedad	1	0	1.105	0.269	0.349
PHQ-4 Depresión	3	2	0.271	0.786	0.086

SF12 Física = Cuestionario de Salud Física, forma breve. SF12 emocional = Cuestionario de Salud Emocional, forma breve. SF12 social = Cuestionario de Salud social, forma breve. AS-MOS Instrumental = Cuestionario de Apoyo Social de MOS Instrumental. AS-MOS Emocional = Cuestionario de Apoyo Social de MOS Emocional. AS-MOS Relaciones Soc. = Cuestionario de Apoyo Social de MOS Relaciones Sociales. AS-MOS Afectivo = Cuestionario de Apoyo Social de MOS Afectivo. PHQ-4 Ansiedad = Cuestionario de Salud del Paciente Ansiedad, forma ultra breve. PHQ-4 Depresión = Cuestionario de Salud del Paciente Depresión, forma ultra breve. * <.05, r = Tamaño del Efecto

Figuras

Figura 1.1

Figura 1.1 cambios en la temperatura periférica

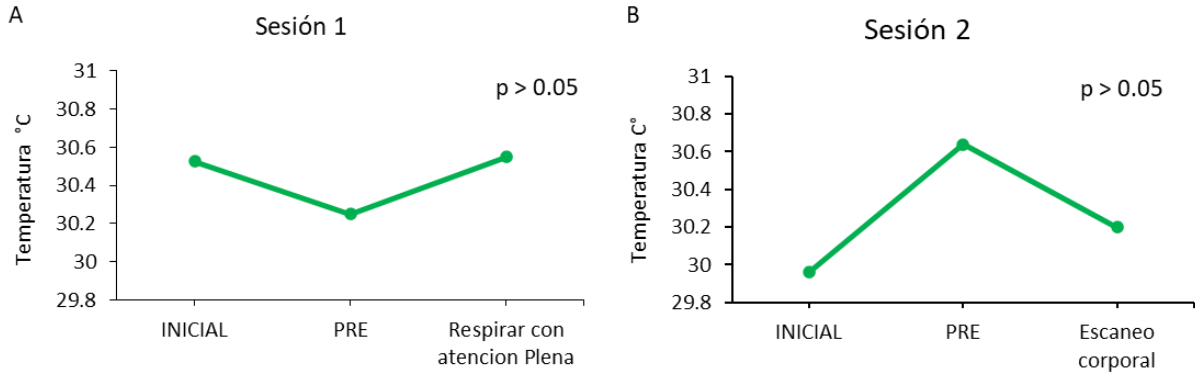


Figura 1.2

Figura 1.2 cambios en la tasa respiratoria

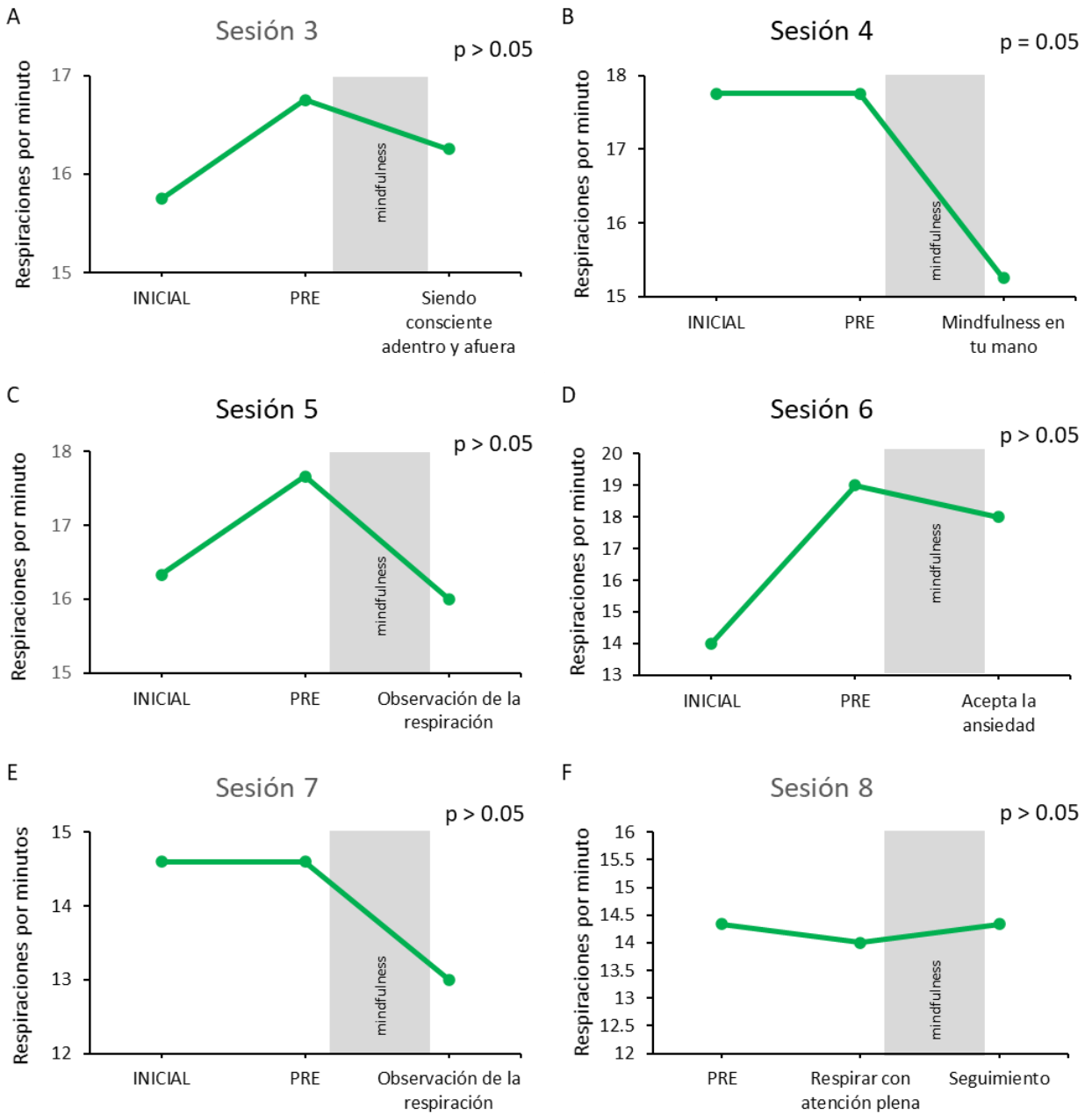
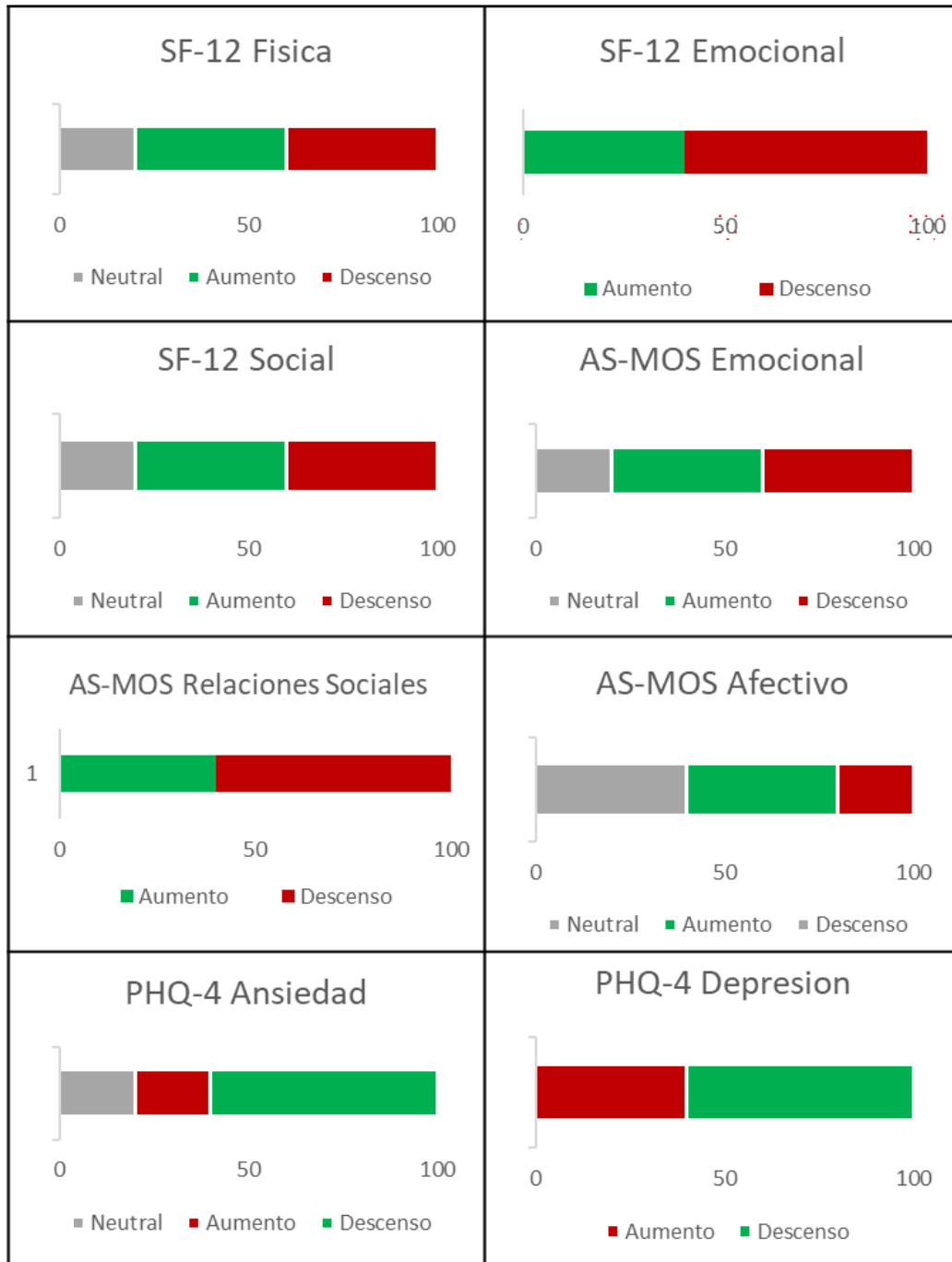


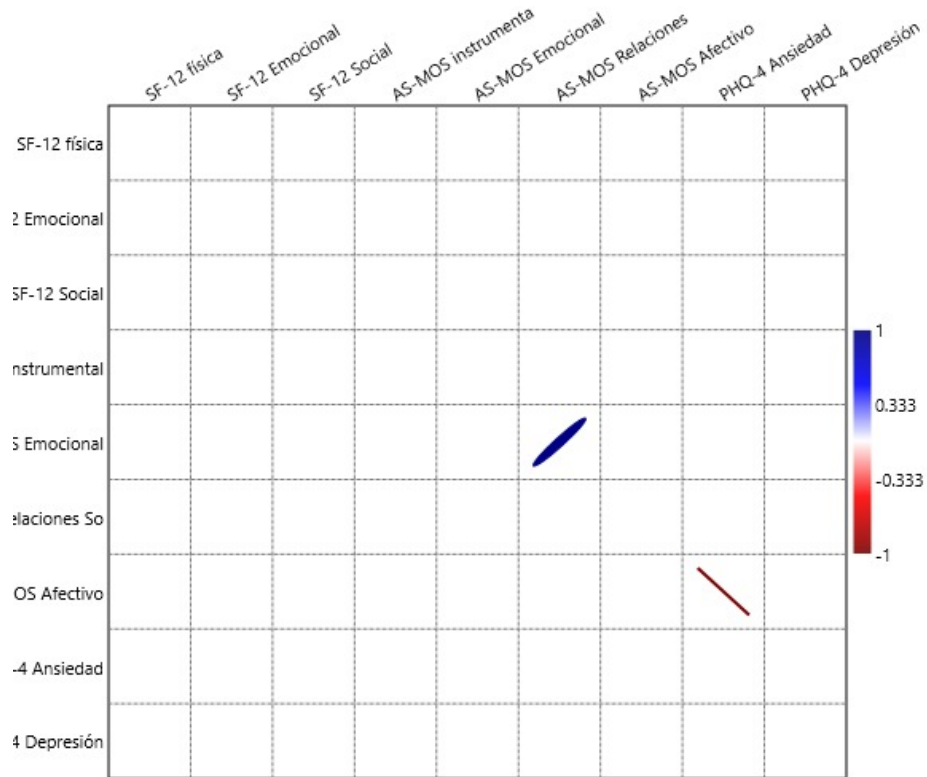
Figura 1.3 Distribución porcentual por instrumento



Las distribuciones muestran la diferencia entre las respuestas del pre y el post de cada instrumento. Los cambios favorables se muestran en verde, los desfavorables en rojo y los que se mantuvieron igual en gris. SF-12 Física= factor físico, SF-12 Emocional= factor emocional, SF-12 Social= factor social, AS-MOS Emocional= apoyo emocional, AS-MOS relaciones sociales= apoyo social, AS-MOS Afectivo= apoyo afectivo, PHQ-4 Ansiedad= posibilidad de ansiedad, PHQ-4 Depresión= posibilidad de depresión

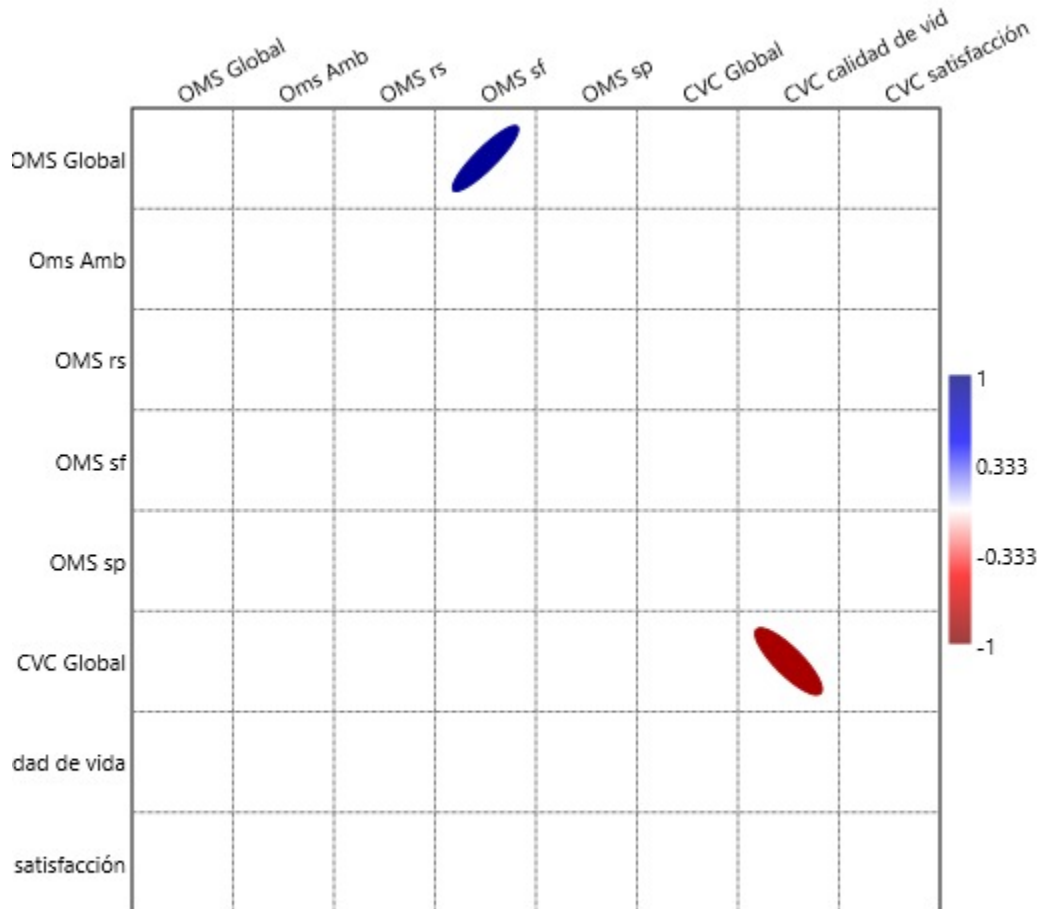
Figuras

Figura 1.4 Correlaciones entre los factores psicométricos



Las correlaciones directamente proporcionales se presentan en azul, las inversamente proporcionales se encuentran en color rojo, las que se encuentran resaltadas presentan una diferencia estadísticamente significativa ($\alpha = 0.05$). SF-12 Física = factor físico, SF-12 Emocional = factor emocional, SF-12 Social = factor social, AS-MOS Emocional = apoyo emocional, AS-MOS relaciones sociales = apoyo social, AS-MOS Afectivo = apoyo afectivo, PHQ-4 Ansiedad = posibilidad de ansiedad, PHQ-4 Depresión = posibilidad de depresión.

Figuras

Figura 1.5 Correlaciones entre los factores de los instrumentos *WHOQOL-BREF* y *ECVS-FC*

Las correlaciones directamente proporcionales se presentan en azul, las inversamente proporcionales se encuentran en color rojo, las que se encuentran resaltadas presentan una diferencia estadísticamente significativa ($\alpha = 0.05$). OMS Amb = factor ambiental. OMS rs = Relaciones Sociales. OMS sp = salud psicológica. CVC g = calidad de vida del cuidador global. CVC cv = calidad de vida del cuidador, calidad de vida. CVC s = calidad de vida del cuidador, satisfacción