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: **drodriguezm@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 Ramírez[1], Viridiana Medina Reyna[1], David Alberto Rodríguez-Medina[1], Mario Carranza Aguilar[1], José Joel Vázquez Ortega[1], Jesús Omar Manjarrez Ibarra[1]

[1]Departamento 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: drodriguezm@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

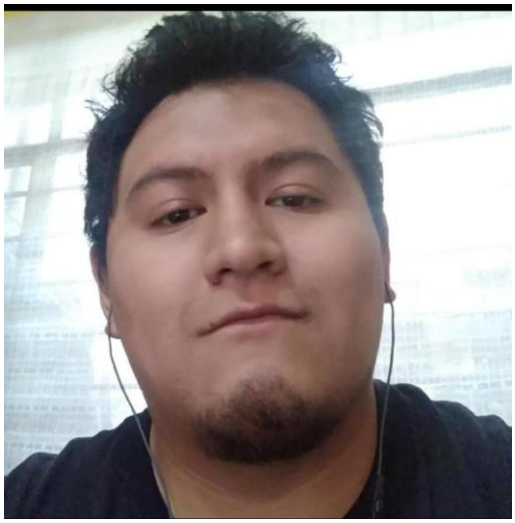
Redacción del manuscrito.

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 y videollamadas). En esta investigación se exploraron los efectos del acompañamiento psicosocial basado en mindfulness, el intercambio de experiencias psicosociales respecto al 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 Ciudad de México. 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 ($rho = 0.97$, $p = 0.006$), una correlación directa entre las relaciones sociales positivas y la salud emocional ($rho = -1$, $p < 0.001$), una relación inversa entre la calidad de vida individual y la calidad de vida como cuidador primario ($rho = -0.83$, $p = 0.009$), una relación positiva entre la calidad de vida global y la salud física ($rho = 0.89$, $p = 0.002$), una mejoría en el apoyo social instrumental ($rho = 0.643$, $p = 0.042$), 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 de este tipo de intervenciones en cuidadores primarios informales, y se propone diseñar, o en su caso adaptar, instrumentos de medición en su modalidad a distancia.

Palabras clave: tasa respiratoria, temperatura periférica, intervención psicosocial a distancia, autocuidado, asertividad y 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 and 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 = 0.97, p = 0.006), a direct correlation between positive social relationships and emotional health (rho = −1, p < 0.001), an inverse relationship between individual quality of life and quality of life as a primary caregiver (rho = −0.83, p = 0.009), a positive relationship between global quality of life and physical health (rho = 0.89, p = 0.002), an improvement in instrumental social support (rho = 0.643, p = 0.042), 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 and 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 que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones" (OMS, 1998). Un cuidador primario (CP) es aquel que asume responsabilidad del paciente ayudándole a efectuar todas las actividades que éste no puede hacer por sí mismo; además cumple una función de apoyo afectivo. Por lo común, 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 tiene 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 *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 de manera progresiva 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, Yokebed y Jiménez, 2010). Debido a la labor que desempeñan cubriendo las necesidades básicas, sociales y emocionales de sus dependientes, los cuidadores primarios pueden quedar sometidos a una sobrecarga de trabajo (Cardona *et al.*, 2013). Los efectos de padecer una enfermedad crónica y/o degenerativa no sólo afectan a la persona que la padece sino al resto de su entorno, y sobre todo a quien desempeña la labor de cuidador primario, que por lo común es algún familiar. Es así como los efectos de la sobrecarga del trabajo pueden

afectar de manera física y mental, ocasionando depresión, ansiedad, aislamiento y fatiga, entre otras (Hernández-Cantú *et al*., 2017).

El apoyo social se refiere 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. Puerto-Pedraza y Carrillo-González (2015) encontraron que el apoyo social en cuidadores influye en el proceso de satisfacción del cuidador, proporciona apoyo en situaciones de complejidad y contribuye de modo positivo en su bienestar físico, psicológico, social y espiritual. Por 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 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 mediante las experiencias sociales que se comparten; a su vez, éstas 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 cuales 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 sobrecarga y estrés en el cuidador, entre ellas las basadas en mindfulness. Diversos estudios han mostrado mejorías 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 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 cuales regulan la actividad inflamatoria y el estrés crónico (Rodríguez-Medina *et al.*, 2018).

El objetivo del este estudio es 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 asociados 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 (Hernándes-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 sobre todo 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 efectuar las videoconferencias, para las cuales se usó la plataforma “Google meet”.

Para esta investigación se utilizaron 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 tuvieron asesoría psicológica por medio de llamadas telefónicas. Las mediciones pre y postest (recolectadas en septiembre de 2020 y mayo de 2021) se hicieron con los instrumentos psicométricos individualmente previo y posterior a las sesiones grupales con una duración de 1.5 horas, cada semana (tabla 1).

(tabla 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 cápsulas 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 ocho 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 que 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). Cuestionario de tamizaje para valorar presencia de ansiedad y depresión. Tiene una varianza explicada de 84% y una confiabilidad de 0.82 a 0.90. El PHQ está basado con los criterios del DSM-IV, traducido al español por Diez-Quevedo, Rangil, Sanchez-Planell, Kroenke y Spitzer (2001), con una población de 1,003 pacientes españoles y está 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-Medina *et al*., 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 autorreporte de tamizaje para valorar la existencia de estrés postraumático. Es un cuestionario de cuatro ítems con respuestas dicotómicas. Tiene un nivel de confiabilidad test-retest de 0.83.

Cuestionario General de Salud SF-12 (Short Form 12 Health Curvey, SF-12) (Cisneros-Huerta, 2007). Instrumento de autorreporte 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: *1*) función física; *2*) rol físico; *3*) dolor corporal; *4*) salud mental; *5*) salud general; *6*) vitalidad; *7*) función social, y *8*) rol emocional. El SF-12 presenta una validez convergente con el instrumento original SF-36, de $r = 0.737$ ($p < 0.01$) para la dimensión física, y de $r = 0.714$ ($p < 0.01$) para la dimensión mental en población mexicana.

Cuestionario de Apoyo Social de MOS (AS-MOS) (Sherbourne y Stewart, 1991). Instrumento autoaplicable para la evaluación del apoyo social, breve; tiene cuatro dimensiones: *1*) afectiva (demostración de amor, cariño y empatía); *2)* interacción social positiva (posibilidad de contar con personas para comunicarse); *3*) instrumental (posibilidad de ayuda doméstica), y *4*) informacional (posibilidad de asesoramiento, consejo e información). El Alpha de Cronbach de las subescalas está entre 0.93 y 0.96.

Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-BREF) (OMS, 1996). Adaptación a la lengua española, conformado por 26 ítems, cada uno con cinco opciones de respuesta, utilizado para medir calidad de vida, sin importar las diferencias culturales, agrupadas en las cinco dimensiones propuestas por la OMS: *1*) percepción global (dos ítems); *2*) salud física (siete ítems); *3*) salud psicológica (seis ítems); *4*) ambiente (ocho ítems), y *5*) relaciones sociales (tres ítems). Para la aplicación del instrumento se utilizó la validación mexicana, donde se excluyeron siete ítems para un mejor ajuste, dando como resultado en cada factor: *1*) percepción global (dos ítems); *2*) salud física (cuatro ítems); *3*) salud psicológica (cuatro ítems); *4*) ambiente (seis ítems), y *5*) relaciones sociales (tres 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). (Grau, Chacón, Grau, García y Ojeda, 2006). Cuestionario de autoinforme de 13 ítems, con respuesta dicotómica (sí/no), y en caso de respuesta afirmativa se proporciona una escala de cuatro puntos referido a la intensidad (bajo, medio, alto y muy alto), agrupado en dos dimensiones de calidad de vida (10 ítems) y satisfacción (tres ítems) (Expósito, Martín y Oviedo, 2019).

Comentado [MEQX1]: Falta fuente en lista de referencias

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, aumenta 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, Gallese y Merla, 2014). La temperatura periférica está relacionada con las reacciones emocionales porque 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 30-34 °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 participaron de entre tres a siete participantes cuidadores informales. En la sesión 1 se presentaron n = 5, en la sesión 2 participaron n = 6, y en la sesión 3 la asistencia fue de n = 5. En la sesión 4 se tuvo la participación de n = 4, y en la sesión 5 fueron n = 3; después, en la sesión 6 participaron n = 4, en la sesión 7 fueron n = 5, y en la sesión 8 la participación fue de 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 hicieron en la calculadora en línea *AI-Therapy Statistics.* Las correlaciones se efectuaron en Past4, 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 otra vez sin una diferencia estadísticamente significativa ($X^2 = 0.5$, (2), $p > 0.05$).

(Figura 1)

Tasa respiratoria (sesiones 3-7) (Figura 2)

En la sesión 3, la estrategia "Siendo consciente adentro y afuera", la tasa respiratoria no mostró cambios estadísticamente significativos entre ninguno de los tres momentos de medición ($X^2 = 0.5$, (2), $p > 0.05$). Durante la sesión 4 hubo una reducción significativa con el ejercicio de "Mindfulness en tu mano" ($X^2 = 0.5$, (2), $p = 0.05$). En la sesión 5 la tasa respiratoria no exhibió

Comentado [RCA2]: OJO EDITOR. Favor de comentar con el autor que en el texto se describe también la sesión 8; en la figura 2 también se hace referencia a la sesión 8. Gracias.

cambio estadísticamente significativo con la técnica “Observación de la respiración” (X^2 = 0.5, (2), p > 0.05). Respecto a la sesión 6, no hubo cambios en la tasa respiratoria con el ejercicio “Acepta la ansiedad” (X^2 = 0.5, (2), p > 0.05). En la sesión 7 no se reportaron cambios con la técnica “Observación de la respiración” (X^2 = 0.5, (2), p > 0.05). Durante la sesión 8 la tasa respiratoria no manifestó cambio estadísticamente significativo con la técnica “Respirar con atención plena” (X^2 = 0.5, (2), p > 0.05).

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

(Figura 2)

Evaluaciones psicométricas

Las evaluaciones psicométricas están compuestas por una comparación entre el inicio del programa de intervención y el término. En los niveles psicométricos se presentó un nivel 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 = 0.042, r = 0.643) que fue de Md = 13 (D.E. 4.494) a Md = 16 (D.E.= 5.568) en el nivel del instrumento relacionado con la percepción de apoyo doméstico; éste se omitió de la figura 3 porque sólo hubo distribución favorable. Dentro del PC-PTSD, únicamente una persona respondió “sí” a los cuatro ítems, lo cual implica un tamizaje afirmativo de padecer síndrome de estrés postraumático.

En la figura 3 se muestran las diferencias (pre-post) en distribuciones porcentuales por instrumento; sólo hubo cambios desfavorables en AS-MOS R.S. y en SF-12 Emocional en esta distribución.

(Figura 3)

Correlaciones de instrumentos psicométricos

En la figura 4 los factores correspondientes a los instrumentos de calidad de vida reportan una correlación significativa (rho = 0.89, p = 0.002) 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, ambos pertenecientes al instrumento CVC.

(Figura 4)

En la figura 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 ($r = -1$, $p < 0.001$). La segunda relación es inversa y pertenece al factor afectivo del AS-MOS y el factor de Ansiedad perteneciente al PHQ-4 ($r = 0.97$, $p = 0.006$).

(Figura 5)

Discusión

Con base s los objetivos planteados se exploraron los efectos de la promoción de la salud, la práctica de ejercicios de mindfulness de la temperatura periférica y la tasa respiratoria, así como

los componentes de la calidad de vida en personas cuidadoras. Los resultados indicaron que el ejercicio de la sesión 1, “respirar con atención plena”, mostró una mejoría grupal de 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. Asimismo, las estrategias efectuadas entre las sesiones 3-7 sugieren que lograron disminuir la tasa respiratoria, aunque sólo se encontró un efecto estadísticamente significativo en la sesión 4 con la práctica “mindfulness en tu mano”, que mostró un efecto. Al principio se plateó medir la temperatura periférica en todas las sesiones. Sin embargo, debido a que cada participante tenía condiciones ambientales distintas por la humedad y la temperatura de su domicilio, se sustituyó la medición psicofisiológica térmica por la tasa respiratoria, como lo sugieren Alcaraz-Mendoza y García-Valencia (2012).

Se usaron 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 lograr un nivel óptimo de la atención plena; en este sentido, esta investigación alcanza un nivel exploratorio. En 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 lograr un nivel óptimo de la atención.

En revisiones sistemáticas, hechas en la práctica de mindfulness en cuidadores informales de mayores crónicos dependientes (Verea y Borrego, 2019) y personas con demencia (Grandi, Burgueño y Irurtia., 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 en la calidad de vida percibida.

De acuerdo con Verea y 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 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 y la privacidad en su casa para recibir la asistencia psicosocial. No obstante, los efectos en 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 en 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 durante las sesiones no presentaros diferencias estadísticamente significativas, es prudente pensar que se mantuvieron en un nivel saludable al margen de la muestra (Rodríguez-Molinero *et al*., 2013).

Similar a estudios con ejercicios de respiración controlada 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 logrado el efecto psicofisiológico esperado, porque la fatiga de los participantes se les presentó con la técnica después de más de 100 minutos 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. Sólo el apoyo instrumental que alude a disponibilidad de ayuda doméstica mostró una diferencia significativa entre el inicio de la investigación y el final de ésta; 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 índices 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 subescalas 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, tener una calidad de vida global no garantiza la calidad de vida de cuidador informal. En el índice de apoyo social se mostró una relación directa entre los factores emocional e instrumental. En la mayoría de los participantes se mejoró la comunicación asertiva, el uso y resignificación de la red de apoyo social que tienen en su vida cotidiana. Por otra parte, se reportó una correlación inversa entre el factor afectivo del apoyo social y el índice 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 destacan los instrumentos diseñados para ser autoaplicables; no obstante, se adaptó este criterio para ser aplicados mediante llamadas telefónicas; esto pudo afectar los resultados en el tiempo de aplicación, las distracciones del medio y el entendimiento de los ítems; también es probable que los participantes pueden sentirse menos inhibidos al llenar el autor el reporte mientras que, al dar las respuestas vía telefónica tengan una tendencia a abstenerse a expresar cómo se sienten en realidad 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 de modo parcial el nivel de estrés, por lo que es necesaria mayor continuidad en la práctica, como los ejercicios en casa, así como dar 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* (pp. 73-88). México: 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 enfermeria: Conceptos proceso y practica*, (9a. ed.), pp 555-560. Pearson

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., *et al*. (2014). *Autocuidado de la salud*, pp. 17-28, 45-54, 152-169. México: ITESO.

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

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

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* (pp. 206-249). Santiago de Chile: CEDEM. https://alapsa.net/wp-content/uploads/2021/02/alapsa2021a.pdf

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/enfermeriaimss/eim-2017/eim173h.pdf

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. D. (2014). *Metodología de la investigación*, 6a. ed. México: Mc Graw-Hill. http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) (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

Organización Mundial de la Salud (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

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychologycal Medicine, 28*, 551-558. https://doi:10.1017/S003329179800666

Ortega-Ruiz, 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* (pp. 29-48). Esáña: Ministerio de Educación y Ciencia.

Prins, A., Ouimette, P., Kimerling, R., Cameron, R. P., Hugelshofer, D. S., Shaw-Hegwer, J., Thrailkil, A., Gusman, F. D., & Sheikh, J. l. (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 cáncer. *Rev Univ Ind Santander Salud*, *47*(2), 125-136. https://www.redalyc.org/pdf/3438/343839278004.pdf

Rodríguez-Medina, 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://cuved.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

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

Ruiz-Fernández, M. A., Díaz-García, M. I., & Villalobos-Crespo, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención Cognitivo Conductuales.* 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

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. 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 elaborar 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 común, tradiciones y costumbres.	Por medio de una presentación PowerPoint y la actividad “Valorar el saber cultural y educativo”.	Observación de la respiración.

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.

Tabla 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 ultrabreve. PHQ-4 Depresión = Cuestionario de salud del paciente depresión, forma ultrabreve. * < 0.05, r = tamaño del efecto.

Figuras

Figura 1. Cambios en la temperatura periférica.

[[[Atención a los textos de las leyendas.]]]

Temperatura (°C)

Inicial

Respirar con atención plena

Cambiar “PRE” por “Momento previo”

Figura 1.1 cambios en la temperatura periférica

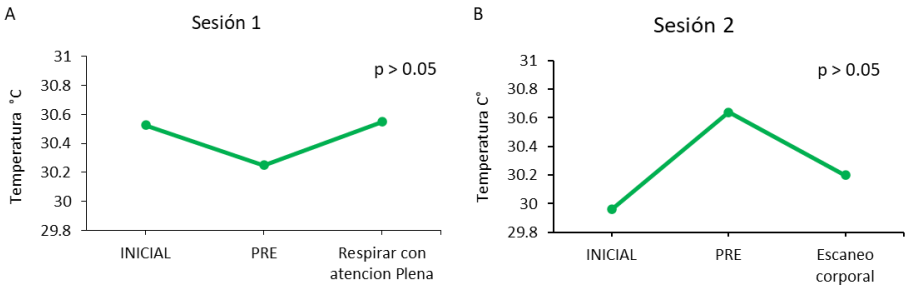


Figura 2. Cambios en la tasa respiratoria.

[[Atención a las leyendas.]]

Figura 1.2 cambios en la tasa respiratoria

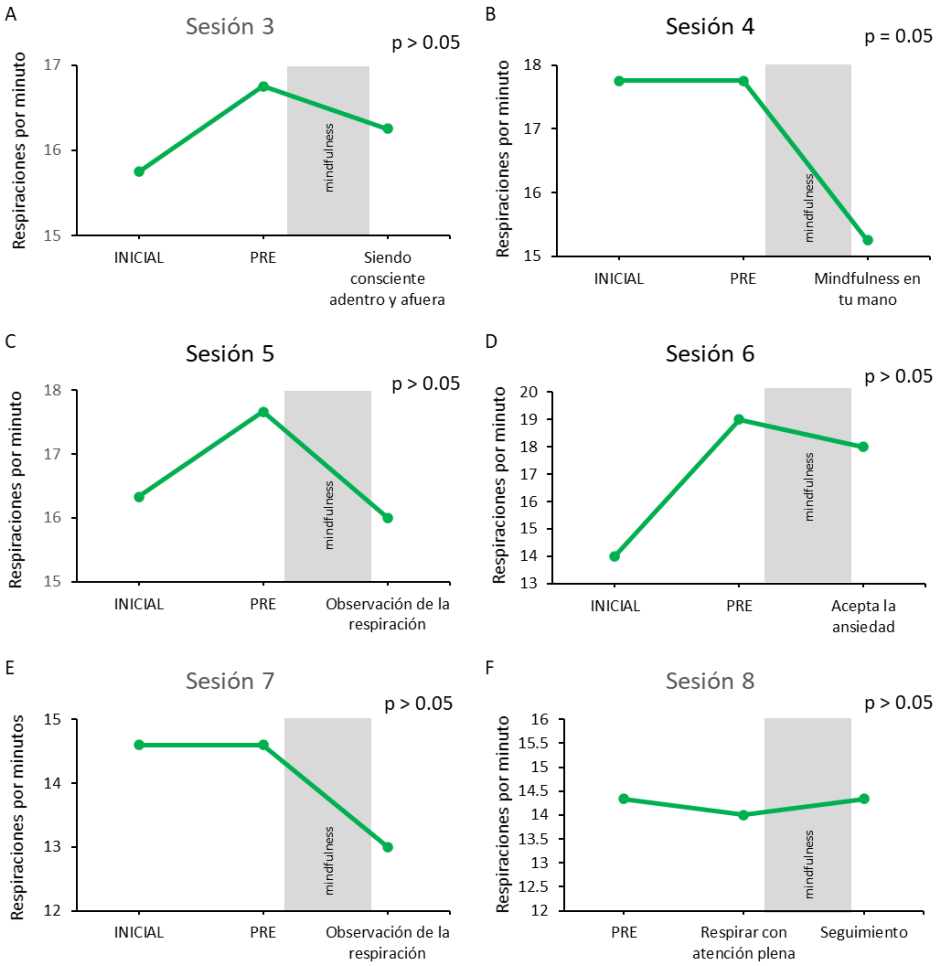


Figura 3. Distribución porcentual por instrumento.
[[Atención a las leyendas.]]
SF-12 Física
AS-MOS Relaciones sociales
Relaciones sociales
Depresión
Física

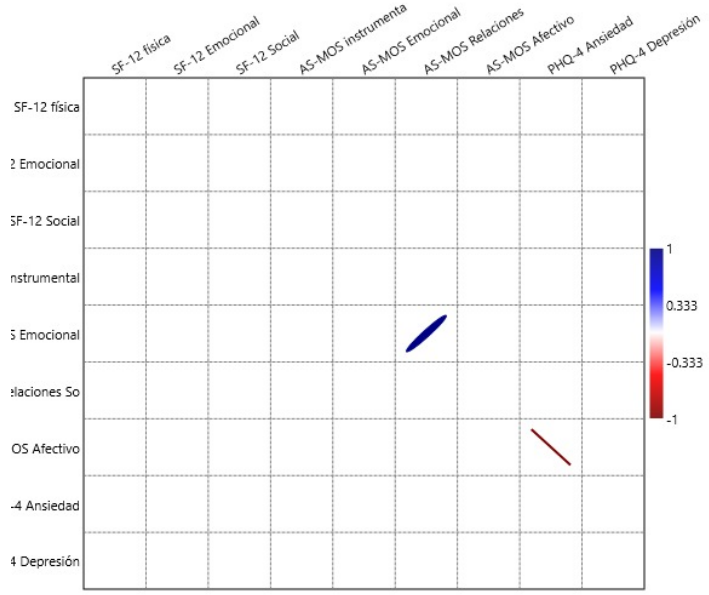
Las distribuciones muestran la diferencia entre las respuestas del pre y el post de cada instrumento. Los cambios favorables se muestran en verde, los desfavorables en rojo y los que se mantuvieron igual en gris. SF-12 Física = factor físico, SF-12 Emocional = factor emocional, SF-12 Social = factor 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 4. Correlaciones entre los factores psicométricos.

[[Atención a las leyendas.]]
Física

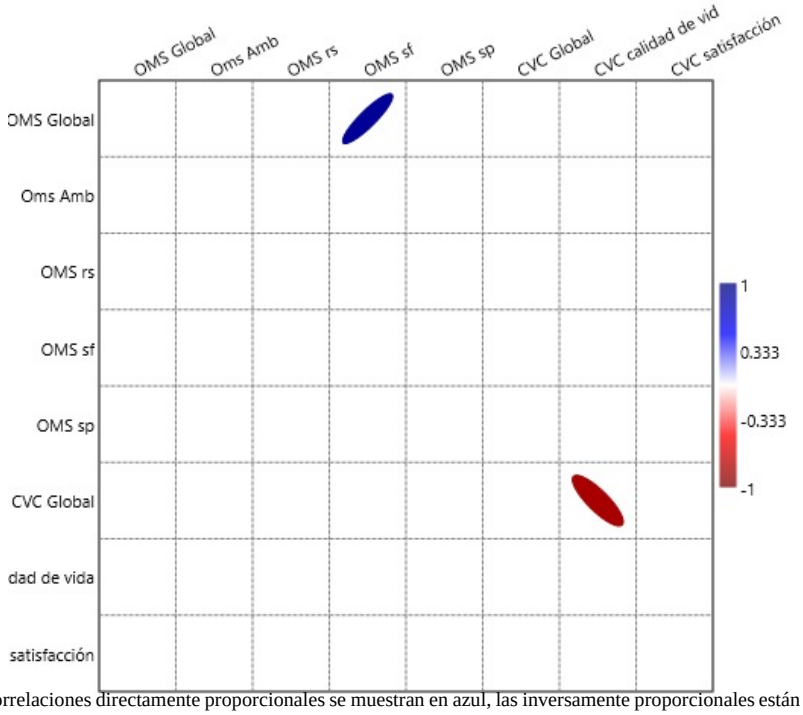
AS-MOS Instrumental



Las correlaciones directamente proporcionales se presentan en azul, las inversamente proporcionales se encuentran en color rojo, las que están resaltadas tienen una diferencia estadísticamente significativa (α = 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 5. Correlaciones entre los factores de los instrumentos *WHOQOL-BREF y ECVS-FC.*
[[Atención a las leyendas.]]
Calidad de vida
Satisfacción



Las correlaciones directamente proporcionales se muestran en azul, las inversamente proporcionales están en rojo, las resaltadas tienen una diferencia estadísticamente significativa (α = 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.