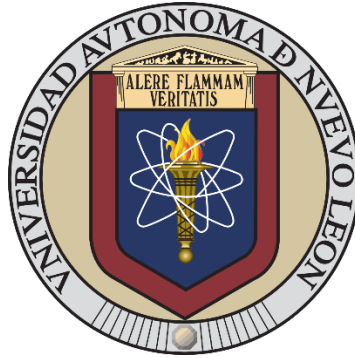


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA
PROGRAMA INTERFACULTADES



APOYO SOCIAL, DEPRESIÓN, ANSIEDAD, ESTRÉS Y HÁBITOS ALIMENTARIOS
EN PACIENTES DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN FÍSICA.

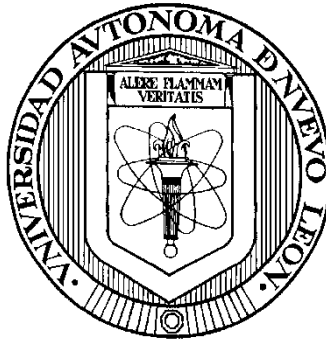
Por

LE. PAOLA LIZETH TORRES MURILLO

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA

Octubre, 2025

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA
PROGRAMA INTERFACULTADES



APOYO SOCIAL, DEPRESIÓN, ANSIEDAD, ESTRÉS Y HÁBITOS ALIMENTARIOS
EN PACIENTES DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN FÍSICA.

Por

LE. PAOLA LIZETH TORRES MURILLO

Director de Tesis

DRA. MARÍA NATIVIDAD ÁVILA ORTIZ

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA

Octubre, 2025

Aprobación Por El Comité De Tesis

Apoyo Social, Depresión, Ansiedad, Estrés Y Hábitos Alimentarios En Pacientes
De Un Centro De Rehabilitación Física.

Por

Paola Lizeth Torres Murillo

Como Requisito Parcial Para Obtener El Grado De Maestría En La Orientación

Dra. María Natividad Ávila Ortiz

Directora De Tesis

Dra. Karina Janett Hernández Ruiz

Codirectora De Tesis

Dr. Milton Carlos Guevara Valtier

Miembro De La Comisión De Tesis

Dra. En C. Blanca Edelia González Martínez

Subdirectora De Investigación, Innovación y Posgrado

APOYO SOCIAL, DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y HÁBITOS ALIMENTARIOS EN PACIENTES DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN FÍSICA

Este trabajo fue realizado en las instalaciones del Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) del Estado de Nuevo León, en la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León, bajo la Dirección de la Dra. María Natividad Ávila Ortiz y la Codirección de la Dra. Karina Janett Hernández Ruiz.

Dra. María Natividad Ávila Ortiz

Directora

Dra. Karina Janett Hernández Ruiz

Co-directora

AGRADECIMIENTOS

Primero quiero agradecer a Dios, fuente de fortaleza y guía constante por acompañarme en cada etapa del camino académico y personal.

A mi familia por ser mi base y mi impulso. Gracias por su amor incondicional, paciencia, apoyo silencioso y por creer en mí incluso cuando yo dudaba.

A esa persona que, sin necesidad de títulos, estuvo presente en cada paso, gracias por tu compañía constante. Tu apoyo fue un refugio y una motivación.

A la Dra. María Natividad Ávila Ortiz por su acompañamiento que ha sido clave de la construcción de esta tesis y de mi formación profesional.

A mis docentes y asesores, quienes con su conocimiento, disposición y exigencia académica me desafiaron a superarme.

A los pacientes del centro de rehabilitación física, por permitirme entrar en sus procesos de vida con todo respeto y humanidad. Gracias por su tiempo, apertura y por recordarme que detrás de cada dato hay una historia de vida.

A la Universidad Autónoma de Nuevo León por brindarme las herramientas, el espacio y la formación necesaria.

A CONAHCYT (ahora SECIHTI) por el apoyo económico, por abrirme las puertas y facilitar mi proceso de investigación, profesionalismo y compromiso.

DEDIDACTORIA

A Dios, quien ha sido guía en cada paso que he dado profesional y personalmente.

A la memoria de mi mamá y mi abuelita, cuyas vidas marcaron profundamente la mía con los valores y la fortaleza que sembraron en mí.

A mi padre por brindarme su apoyo, su amor incondicional y por enseñarme, con el ejemplo, el valor del esfuerzo y la constancia.

A mis hermanos quienes siempre me han alentado a seguir adelante y a cumplir todos mis metas.

Y a esa persona especial que estuvo a mi lado en cada etapa, ofreciendo su apoyo, aliento y compañía silenciosa en momentos más exigentes.

A todos los que, de alguna manera, contribuyeron en este trayecto, gracias. Cada gesto, cada palabra, cada momento compartido ha dejado huella en este logro.

TABLA DE CONTENIDO

Contenido	Página
AGRADECIMIENTOS	iii
DEDICATORIA	iv
Lista de abreviaturas	vii
Lista de tablas	viii
Lista de figuras.....	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
CAPÍTULO 1	
1. ANTECEDENTES.....	14
1.1 Introducción	14
1.2 Marco conceptual	15
1.2.1. Discapacidad.....	15
1.2.2. Rehabilitación.....	16
1.2.3. Centro de rehabilitación física	17
1.2.4. Apoyo social.	17
1.2.5. Salud mental	20
1.2.6 Depresión	21
1.2.7. Ansiedad	22
1.2.8. Estrés	24
1.2.9. Hábitos alimentarios	24
1.3 Estudios relacionados.....	28
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	34
3. JUSTIFICACIÓN.....	35
CAPÍTULO 2	
4. HIPOTESIS.....	37
CAPÍTULO 3	
5. OBJETIVOS.....	38
5.1 Objetivo General.....	38

5.2 Objetivos Específicos	38
CAPÍTULO 4	
6. MATERIAL Y METODOS.....	39
6.1 Diseño de estudio	39
6.2 Universo de estudio	39
6.3 Población de estudio	39
6.4 Criterios de selección	39
6.5 Técnica muestral	39
6.6 Cálculo del tamaño de la muestra	40
6.7 Variables.....	
6.8 Instrumentos de medición.....	45
6.9 Procedimientos	48
6.10. Plan de análisis.....	49
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	50
CAPÍTULO 5	
8.- RESULTADOS	52
8.1 Resultados Cuantitativos	52
8.2 Resultados Cualitativos	58
CAPÍTULO 6	
9. DISCUSIÓN	70
CAPÍTULO 7	
10. CONCLUSIONES	76
CAPÍTULO 8	
12. REFERENCIAS	78
13. ANEXOS.....	87
Anexo A	87
Anexo B	93
Anexo C.....	96
Resumen autobiografico	98

Lista de Abreviaturas

BDI	Inventario de Depresión Dde Beck
CDC	Control Y Prevención de Enfermedades
CES-D	Centro de Estudios Epidmeiologicos Sobre Depresión
CIE-10	Clasificación Internacional De Enfermedades
DASS-21	Escala De Depresión, Ansiedad Y Estrés
ENBIARE	Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado
EP	Enfermedad de Parkinson
EVC	Enfermedad Vacular Cerebral
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
MAXQDA	Investigación cualitativa avanzada y de métodos mixtos
MOS	Cuestionario Meidcal Outcomes Study
NIH	Instituto Nacional de Salud
NOM 043	Norma Oficial Mexicana, Servicios básicos de la salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria.
SSA2 -2012	
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de Salud
SPSS	Stadistitcal Package for the Social Sciencies
TA	Trastorno de ansiedad

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Operacional de variables	43
2. Datos Sociodemográfico de la población	54
3. Nivel de Apoyo Social Percibido	55
4. Nivel de depresión, ansiedad y estrés	56
5. Hábitos alimentarios	57
6. Hábitos alimentarios y niveles de depresión	58
7. Hábitos alimentarios y niveles de ansiedad	58
8. Hábitos alimentarios y niveles de estrés	59
9. Hábitos alimentarios y nivel de apoyo social	60

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Esquema de Variables	42
2. Flujograma de procedimientos	51

RESUMEN

Lic. Paola Lizeth Torres Murillo
Universidad Autónoma de Nuevo León
Maestría en Ciencias en Salud Pública
Programa Interfacultades

Fecha de graduación: Junio 2025

Título del Estudio: Apoyo social, depresión, ansiedad, estrés y hábitos alimentarios en pacientes de un centro de rehabilitación física.

Candidato para obtener el grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública
Número de páginas: 98

Introducción: Las personas con discapacidad enfrentan estigmatización, discriminación y condiciones adversas como pobreza y exclusión social, lo que afecta su bienestar físico, mental y emocional. Estas dificultades pueden limitar sus actividades cotidianas, generar dependencia de terceros y provocar sentimientos negativos, afectando su salud mental y hábitos alimentarios, lo que puede derivar en depresión, ansiedad o estrés.

Objetivo del estudio: Evaluar el apoyo social, depresión, ansiedad, estrés y hábitos alimentarios en pacientes de un centro de rehabilitación física.

Material y métodos: El diseño del estudio fue mixto. La población de estudio fueron pacientes mayores de 18 años con discapacidad física pertenecientes a un Centro de Rehabilitación. Para la recolección de datos, se empleó una cédula de datos sociodemográficos, así como los instrumentos MOS, DASS-21 y un cuestionario de hábitos alimentarios. El análisis de los resultados se llevó a cabo utilizando los paquetes estadísticos SPSS 23 y MAXQDA.

Resultados: Entre los meses de agosto y noviembre del 2024 se llevó a cabo la recolección de los datos con una muestra total de 391 participantes, de las cuales se entrevistó a 28 pacientes. La edad promedio fue de 59 años, con mayor prevalencia del sexo masculino (55.2%). El 48.1% de los participantes eran casados. El diagnóstico más frecuente fue por secuelas de evento cerebrovascular (EVC), con 61 casos registrados. Los resultados evidenciaron un alto nivel de apoyo social, siendo la familia la principal fuente de respaldo. Los participantes reportaron síntomas de depresión, ansiedad y/o estrés; no obstante, dichos síntomas se asociaron principalmente a la pérdida de independencia funcional. Además, el 69.1% de los participantes presentó hábitos alimentarios inadecuados, influenciados por factores familiares y culturales.

Conclusiones: El estudio permitió evaluar el apoyo social, aunque la mayoría de los pacientes con discapacidad física cuentan con un alto nivel de apoyo social, persiste la presencia de depresión, ansiedad o estrés, así como hábitos alimentarios inadecuados, que impactan negativamente en su bienestar. Estos resultados evidencian la necesidad de diseñar e implementar programas de intervención que contemplen el fortalecimiento del apoyo psicológico, asesoramiento nutricional y estrategias de integración social con el fin de mejorar la calidad de vida en esta población.

Palabras clave: Apoyo social, Depresión, Ansiedad, Estrés, Hábitos Alimentarios. Discapacidad Física, Centro de Rehabilitación

FIRMA DEL DIRECTOR (A) DE TESIS _____

ABSTRACT

Lic. Paola Lizeth Torres Murillo,
Autonomous University of Nuevo León
Master of Science in Public Health
Interfaculty Program

Graduation Date: October 2025

Title of Study: Social support, depression, anxiety, stress, and eating habits in patients from a physical rehabilitation center.

Candidate for the degree of Master of Science in Public Health
Number of pages: 98

Introduction: People with disabilities face stigmatization, discrimination, and adverse conditions such as poverty and social exclusion, affecting their physical, mental, and emotional well-being. These difficulties may limit daily activities, lead to dependence on others, and provoke negative emotions, thereby impacting mental health and eating habits, and potentially resulting in depression, anxiety, or stress.

Objective: To evaluate social support, depression, anxiety, stress, and eating habits in patients attending a physical rehabilitation center.

Materials and methods: The study design was mixed. The study population consisted of patients over 18 years of age with physical disabilities attending a rehabilitation center. Data collection was carried out using a sociodemographic data sheet, as well as the MOS, DASS-21, and an eating habits questionnaire. The results were analyzed using the statistical packages SPSS 23 and MAXQDA.

Results: Data collection took place between August and November 2024 with a total sample of 391 participants, including interviews with 28 patients. The average age was 59 years, with a higher prevalence of males (55.2%). Married participants accounted for 48.1%. The most common diagnosis was post-stroke sequelae (61 cases). Results revealed a high level of social support, with family being the main source. Participants reported symptoms of depression, anxiety, and/or stress, primarily associated with loss of functional independence. Additionally, 69.1% exhibited inadequate eating habits, influenced by family and cultural factors.

Conclusions: The study assessed social support, showing that although most patients with physical disabilities had a high level of support, symptoms of depression, anxiety, or stress persisted, along with inadequate eating habits, all negatively impacting their well-being. These findings highlight the need to design and implement intervention programs focused on strengthening psychological support, providing nutritional counseling, and promoting social integration strategies to improve quality of life in this population.

Keywords: Social Support, Depression, Anxiety, Stress, Eating Habits, Physical Disability, Rehabilitation Center.

SIGNATURE OF THE THESIS DIRECTOR _____

CAPÍTULO 1

1. ANTECEDENTES

1.1 Introducción

La discapacidad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS 2023), se refiere a cualquier limitación que impida realizar actividades consideradas normales en los seres humanos. Las personas con discapacidad enfrentan estigmatización y discriminación a lo largo de sus vidas, lo que afecta su bienestar físico y mental.

Factores como la pobreza, la exclusión social, el desempleo y las precarias condiciones de vida aumentan el riesgo de problemas de la salud y dificultan la satisfacción de necesidades. Además, las personas con discapacidad experimentan alteraciones biológicas, que pueden limitar sus actividades cotidianas, como vestirse, bañarse y alimentarse, así como dificultades para comunicarse, resolver problemas y desempeñarse laboralmente.

Esta situación puede llevar a depender de terceros y generar sentimientos de tristeza, enojo, nerviosismo, tensión, estrés y frustración, entre otros. Estos factores pueden afectar negativamente sus hábitos alimentarios y su bienestar mental, desencadenando problemas de depresión, ansiedad y/o estrés.

Esta investigación tiene como finalidad aportar información en torno a la salud pública y la discapacidad, por lo cual tiene como objetivo evaluar de manera integral el bienestar psicológico y los comportamientos relacionados con la salud en pacientes de un centro de rehabilitación física.

Este análisis permitirá identificar posibles factores que influyan en la recuperación física y emocional de los pacientes, contribuyendo al diseño de intervenciones más efectivas que promuevan una rehabilitación integral y sostenible en el tiempo.

1.2 Marco conceptual

1.2.1. Discapacidad

Según el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC 2020), la discapacidad es una afección del cuerpo o la mente (deficiencia) que dificulta que una persona realice ciertas actividades (limitación a la actividad) e interactúe con el mundo que la rodea (restricciones a la participación).

En México el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) se implementa una escala de valoración de discapacidad WHODAS 2.0 que propone la OMS desde 2010 y la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.^a edición (CIE-10) son pruebas realizadas por médicos especialistas quienes determinan cuando una persona tiene o no una discapacidad y con qué grado.

La secretaria de Salud en México 2013, clasifica los tipos de discapacidad según las limitaciones y afecciones que tenga la persona:

Discapacidad física se refiere a una limitación física causada por secuelas neuromusculares en el sistema nervioso central o periférico, lo cual afecta la capacidad física de un individuo y restringe su participación social.

Discapacidad mental es una alteración a nivel cerebral en una persona, que impide su desarrollo e interacción con la sociedad.

Discapacidad intelectual son limitaciones en el razonamiento, conducta e interacción de una persona, que limita su interacción social y personal.

Discapacidad sensorial es el déficit funcional y estructural en la visión, audición, tacto, olfato y gusto, que limita su efectividad con la sociedad y condiciones de vida.

Según la Organización Mundial de la Salud (2023) alrededor del 16% total de la población mundial, tienen alguna discapacidad importante. Según los censos de 21 países de América Latina y el Caribe existen alrededor de 85

millones de personas con discapacidad siendo el 14.7% de la población regional (Grupo Banco Mundial, 2021). Datos nacionales y según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020) son 6,179,890 personas que padecen algún tipo de discapacidad en México, siendo el 4.9 % de la población total del país. De los cuales 53 % son mujeres y 47 % son hombres.

Según lo propuesto por el modelo de Rehabilitación integral del 2006 publicado en Estados Unidos de América, las personas con discapacidad tienen derecho a la prevención y rehabilitación para disfrutar del más alto nivel de salud física y mental. La rehabilitación ahora no es únicamente medicina o terapia, sino que se extiende y aporta integridad a la persona, se ve primero como ser humano y después la discapacidad (Peña et al., 2023).

1.2.2. Rehabilitación

La rehabilitación se define como intervenciones cuyo objetivo es el funcionamiento promedio para disminuir la capacidad de personas con enfermedades para la relación o adaptación con la sociedad. La rehabilitación se puede requerir en cualquier situación en la que se presente una secuela por lesión, cirugía, enfermedad o por vejez.

Los tipos de rehabilitación pueden incluir aspectos del lenguaje, actividad física que influyan en actividades de la vida diaria, con el beneficio de recuperar funcionalidad y adaptarse a su entorno. La rehabilitación se puede llevar a cabo en diferentes lugares; vivienda particular, hospitales, centros ambulatorios, centros de rehabilitación especializados, etc. (OMS, 2023). Datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS 2029), mencionan que en América vivían 366 millones de personas (51.4% mujeres y 48.6% hombres) que padecían de alguna enfermedad podrían mejorar su salud con la rehabilitación.

Según el artículo 25 de la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad (CRDP 2006), establece que las personas con discapacidad tienen derecho de gozar del más alto nivel de salud sin ningún

tipo de discriminación y contar con acceso a servicios de asistencia con la adecuada atención de prevenir y tratar sus padecimientos.

1.2.3. Centro de rehabilitación física

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF, 2021), menciona que el centro de rehabilitación física tiene como objetivo brindar atención a la población con discapacidad y en riesgo potencial de presentarla, así como a sus familias, se realiza a través del Programa de Prevención, Rehabilitación e Inclusión social de las Personas con Discapacidad y sus Familias. A nivel nacional se cuenta con programas en los cuales se llevan a cabo acciones en beneficio de prevenir, detectar y atender a personas con discapacidad, mediante su Red Nacional compuesta de 32 Centros y Unidades de Rehabilitación, que en promedio atienden a 1 millón 700 mil pacientes por año.

Para el año 2019 en el Centro Estatal de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) ha proporcionado atención a un total de 95,983 personas con discapacidad.

1.2.4. Apoyo social.

Todo ser humano que enfrenta una situación de necesidad debido a un problema específico requiere apoyo social. Este tipo de apoyo social se refiere a un conjunto de recursos humanos y materiales disponibles para un individuo o su familia, los cuales son proporcionados por la comunidad, redes sociales y personas de confianza. (Ortego et al., 2006).

Según el observatorio de discapacidad física de Barcelona (2023) el apoyo social lo define como el proceso interactivo por el cual se obtiene ayuda emocional, instrumental o financiera procedente de la red social a la cual pertenece cada persona e indica que es menor en la población con discapacidad, hasta tres veces más frecuente entre la población con discapacidad que entre el resto de la población. Por otro lado, la carencia de apoyo social también aumenta a medida que lo hace la edad.

El apoyo social en las familias hace posible una manera de controlar los nuevos cambios, estilos de vida y la toma de decisiones, permitiendo modificar el entorno a una discapacidad para adaptarse a nuevos roles y reglas. Para favorecer el estado de adaptabilidad la persona con discapacidad busca apoyo para fortalecer y manejar de forma inclusiva a todos los miembros familiares y seres cercanos (Quintero et al., 2020).

Dimensiones del apoyo social

Las dimensiones del apoyo social son la extensión que rodea al individuo, según Fachado et al. (2013), menciona que se dividen en red social y apoyo funcional.

Red social. Es la cantidad de relaciones sociales o el número de personas que puede estar en el entorno del individuo para ayudar a solucionar problemas entre los que se encuentra la familia, amigos, pareja, etc. Esta red se basa en características cuantitativas (tamaño, frecuencia, composición, parentesco y fuerza).

Apoyo funcional. Se refiere a las percepciones de disponibilidad de soporte. Es la percepción que lleva al individuo a creer que lo cuidan, que es amado, estimado y valorado, que pertenece a una red de comunicaciones y obligaciones mutuas.

Apoyo emocional: relacionado con el cariño y empatía.

Apoyo informativo: se refiere a la información que se ofrece a otras personas para que estas puedan usarla para hacer frente a las situaciones problemáticas.

Apoyo instrumental: es ofrecido cuando se utilizan ayudas instrumentales o materiales que directamente ayudan a quien lo necesita.

Apoyo afectivo: se refiere a las expresiones de afecto y amor que le son ofrecidas a los individuos por parte de su grupo más cercano.

Interacción social positiva: la interacción social se relaciona con pasar tiempo con los otros y la disponibilidad de estas para distraerse, divertirse, etc.

Cuando hablamos de una red de apoyo social, nos referimos a los grupos sociales que impactan en la vida de una persona, especialmente en momentos difíciles. El núcleo familiar es el apoyo principal y las personas que forman parte de la vida del individuo que son el resto de la familia, vecinos y amigos quienes también funcionan de apoyo. Boigues et al. (2021), mencionan que las redes de apoyo favorecen para la recuperación de una crisis, así mismo provocan un cambio directo en los valores de humanidad sobre el proceso de la enfermedad.

Quiroga et al. (2020) mencionan que, el apoyo social es la percepción que tiene el individuo al recibir el apoyo y mencionan tres dimensiones: apoyo social, apoyo familiar y apoyo de amigos. Por eso utiliza una Escala de Apoyo Social (EAS) de Palomar, Matus y Estrada desarrollada en 2013, compuesta por 21 ítems tipo Likert de cuatro puntos (totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo) según las dimensiones.

Mediante la red de apoyo y el apoyo funcional existe la una relación con lo que percibe el individuo de cada función social. En la vejez esta relación se centra en la red de familiares (pareja, cónyuge, hijos, nietos, etc.) más cercanos, lo que garantiza un balance familiar, por lo que el apoyo social tiene un efecto directo y un efecto que modera la salud y el bienestar psicosocial. El efecto directo hace referencia a las redes de apoyo que influyen en la salud física y mental para el bienestar de las personas mayores. Por ello validaron el Cuestionario de Apoyo Social Percibido (CASP) con alfa de Cronbach de .99, el cual mide el apoyo social en la vejez y se analizaron las diferencias del apoyo social percibido y la asociación con síntomas depresivos en personas mayores indígenas y no indígenas (Gallardo et al., 2021).

Por otro lado Sherbourne y Stewart (1991), desarrollaron el Cuestionario MOS de apoyo social (Medical Outcomes Study-Social Support Survey) con el fin de dar seguimiento por dos años a pacientes con enfermedades crónicas, es

un cuestionario que consiste en 20 ítems, inicia con el tamaño de la red de apoyo y se estructura en 4 subescalas que menciona 5 dimensiones funcionales del apoyo social (apoyo emocional-informacional, instrumental, interacción social y apoyo afectivo) por medio de una escala de 5 puntos.

El apoyo social en los adultos mayores incrementa la percepción con el apoyo de familiares, amigos, vecinos o compañeros, creando una red social responsable, capaz de proporcionar al adulto mayor; satisfacción de las necesidades emocionales, participación activa en la vida, favoreciendo las conductas saludables y una mayor calidad de vida, esto a través de muestras de afecto, de cariño, mediante abrazos, salir a caminar, dar detalles, la compañía en las oraciones y el escuchar atentamente; otras formas de ofrecer apoyo como es el uso del internet, las llamadas telefónicas, disminuyendo así la incertidumbre, la ansiedad, el aislamiento y la depresión de los adultos mayores (Gavilanes et al., 2020).

1.2.5. Salud mental

Estado mental de salud en el que una persona puede resolver circunstancias de estrés en su vida, realizar diversas actividades y trabajar apropiadamente para apoyar en la comunidad. Se dice que la salud mental es la ausencia de trastornos mentales, cada persona percibe a su manera un trastorno mental en diferentes estados de dificultad y angustia por lo tanto los resultados sociales pueden ser diferentes. La salud mental da como resultado trastornos mentales y discapacidades psicosociales y se asocian a la angustia, discapacidad funcional o riesgo de conducta, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2022, refiere que los trastornos de salud mental causan el aumento al riesgo de enfermedades y provocar lesiones con o sin intención. La depresión es el principal trastorno mental siendo más frecuente en mujeres del 10 al 15%, en los países industrializados y de 20 a 40% en países en desarrollo. Además, la OMS (2023)

Menciona que el trastorno de ansiedad es de los más comunes ya que se calcula que el 4% de la población mundial lo padece.

Datos de la Secretaría de Salud (2022), estima una prevalencia anual de trastornos mentales en casi una quinta parte de la población total. El 19.9% de la población total en México representa una prevalencia de trastornos mentales, por lo tanto, se prevé que 24.8 millones de personas podría presentar algún trastorno mental al año. El 5.3% de la población presenta trastorno de depresión siendo el más frecuente.

En Nuevo León el 17.7% de los adultos presentan de síntomas depresión y por otro lado el 6% de los adolescentes tienen sentimientos de tristeza y depresión, según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2023).

Los factores genéticos, biológicos, el género, las experiencias personales, familiares, sociales o económicas incluida la pobreza afectan a la salud mental, así mismo los determinantes de la salud mental son el nivel de educación, el trabajo, el espacio rural o urbano, la cultura, la inmigración, los conflictos, desastres naturales, edad, enfermedades físicas etc., son elementos que afectan la salud mental (Esteban et al., 2012).

1.2.6 Depresión

La OMS 2023, define depresión como un trastorno mental común. Implica un estado de ánimo deprimido o la pérdida del placer o el interés por actividades durante largos períodos de tiempo y puede afectar a cualquiera quienes han vivido abusos, pérdidas graves u otros eventos estresantes tienen más probabilidades de sufrirla.

La depresión es un trastorno mental frecuente en el mundo que se caracteriza por los cambios de ánimo cognitivos y físicos, por una enfermedad primaria o secundaria, como cáncer, infartos, diabetes, VIH, enfermedad de Parkinson, trastornos en la alimentación y el consumo de sustancias. La depresión es una de las principales causas de morbilidad, pueden presentar

ausentismo por no poder realizar sus actividades de la vida diaria, es de los principales motivos de incapacidad laboral (Corea Del Cid, 2021).

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale), por medio de este instrumento se detectan casos de depresión en base a la sintomatología. (González et. al. 2012).

Lovibond diseño el cuestionario Depression, Anxiety and Stress Scale por sus siglas DASS para evaluar los síntomas clave de depresión ansiedad y estrés. Se creo una forma corta el DASS-21 el cual fue aprobado para medir estados mentales adversos, depresión, ansiedad y estrés en adultos.

Szarejko et al. (2023) en su estudio para evaluar la depresión en pacientes con discapacidad del cuello, implemento el inventario de Depresión de Beck (BDI), el cual consiste en 21 ítems que evalúan el nivel psicoemocional de vida en los últimos 14 días.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2021) en sus encuestas menciona que la proporción de población con síntomas de depresión asciende a 15.4% de la población adulta, pero entre las mujeres alcanza 19.5%. La Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE, 2021) captó que 19.3% de la población adulta tiene síntomas de ansiedad severa, mientras otro 31.3% revela síntomas de ansiedad mínima o en algún grado.

1.2.7. Ansiedad

La ansiedad es descrita como la anticipación de una amenaza futura. En algún momento de la vida las personas la llegan a sentir y puede convertirse en un trastorno mental, cuando esta conducta surge recurrentemente como una respuesta anticipatoria involuntaria e intensa ante una amenaza potencial, ya sea real o supuesta. Además, en los trastornos de ansiedad (TA) la respuesta es persistente e incontrolable, mermando la calidad de vida del individuo (Gelfulso et al., 2014).

Para identificar la ansiedad se utilizó el cuestionario GAD-7, que son siete cuestiones que se responden con una escala Likert de 4 categorías (0-3). El regando del resultado final es de 0-21; un valor mayor o igual a 5 que establece la presencia de ansiedad. El resultado se interpretó: 0-4 ausencia de síntomas de ansiedad, 5-9 ansiedad leve, 10-14 ansiedad moderada y de 15 a 21 ansiedad severa (Carrizo et al., 2022).

El Cuestionario de Escala de Ansiedad de Zung fue aplicado por Vega (2021) para medir el nivel de ansiedad en comerciantes y la relación con su discapacidad por dolor lumbar. El índice de la escala se encuentra al sumar los puntos de los 20 ítems y dividirlo en 80 (máximo puntaje). Una vez obtenido el índice se puede clasificar en: 44 puntos se consideran normal y no hay ansiedad, de 45 a 49 puntos hay presencia de ansiedad leve a moderada, de 60 a 74 puntos hay ansiedad severa y más de 75 puntos hay ansiedad extrema.

La escala de Beck ha sido una herramienta eficaz y factible para detectar los síntomas cognitivos o psicológicos como es la escala de ansiedad BAI. Han demostrado propiedades psicométricas y se han utilizado en múltiples estudios, así como su uso en diferentes poblaciones (Hernández et al., 2022). El inventario de Ansiedad de Beck consta de 21 preguntas, con un rango de puntuación de 0 y 63. Los puntos de corte para interpretar los resultados son: 0-21 ansiedad muy baja, 22-35 ansiedad moderada y más de 36 ansiedad severa. La puntuación total es la suma de todos los ítems. Y los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

Los trastornos emocionales se observan con frecuencia en pacientes con Enfermedad de Parkinson (EP) haciendo que sus síntomas motores se compliquen, con lo que lo que lleva a una mayor discapacidad, altos costos de atención médica y mala calidad de vida. La ansiedad o los síntomas depresivos tienen importantes consecuencias clínicas. trascendencia; su reconocimiento y correcta gestión son imprescindible en el entrenamiento rehabilitador. Este enfoque se ha propuesto con frecuencia para la rehabilitación, tanto en síntomas motores como no motores en la EP (Lo Buono et al., 2020) Además,

el tratamiento de rehabilitación demostró cierta eficacia. contra el deterioro cognitivo en pacientes con EP (Diez-Cirarda et al, 2018). Blasco et al., (2020), en su estudio realizado en deportistas con discapacidad obtuvieron que aproximadamente 3 de cada 10 deportistas con discapacidad podría estar en riesgo elevado o sufrir ya un Trastorno de Conducta Alimentaria.

Las personas con discapacidad tienen modificaciones en la rutina en las cuales presentan alteraciones en el sueño, alimentación, actividades físicas y sociales por lo cual, se adaptan a un medio social, emocional y psicológico, en el que se pueden presentar síntomas de depresión y ansiedad, al no ser tratadas pueden desarrollarse como trastorno (Granados, 2022).

1.2.8. Estrés

La OMS (2023), define estrés como un momento de inquietud o presión mental a raíz de una situación complicada. Respuesta a estímulos o amenazas. En la vida diaria o en situaciones específicas el estrés surge a partir de un acontecimiento traumático o una enfermedad. El estrés intenso o que es prolongado, produce problemas en la salud física y mental (Instituto Nacional del Cáncer, 2023).

Algunas personas con discapacidad suelen padecer estrés por causas iguales a las personas sin discapacidad, algunos autores señalan que el riesgo de padecer alto niveles de estrés aumenta en personas con discapacidad. Los eventos en los cuales las personas padecen estrés son las consultas médicas, los cambios de domicilio, situaciones de abuso, aspectos emocionales, estigma social, acceso a los servicios (Medina & Gil, 2017).

1.2.9. Hábitos alimentarios

Según la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012 los hábitos alimentarios son un conjunto de conductas adquiridas por un individuo, por la repetición de actos en cuanto a la selección, la preparación y el consumo de alimentos. Los hábitos alimentarios se relacionan principalmente con las características sociales, económicas y culturales de una población o región determinada. Los hábitos alimentarios adecuados, es decir, las dietas que

incluyen la ingesta adecuada de granos integrales, frutas, verduras y legumbres, favorecen un estado nutricional adecuado. (Torres et al., 2020).

En las personas con discapacidad, existen barreras que impiden una alimentación y actividad física adecuadas, lo cual puede producir cambios en su composición corporal y por lo tanto alterar su condición nutricional. Actualmente no existen guías nacionales ni internacionales de alimentación en población con discapacidad; se requiere más investigación y atención en estos individuos, para disminuir sus riesgos de morbilidad y mejorar su calidad y esperanza de vida. (Blasco et al., 2021).

Los hábitos alimentarios se pueden evaluar por los diferentes cuestionarios entre ellos encontramos el Cuestionario de hábitos alimentarios el cual fue elaborado por Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos (NIH: National Institutes of Health) en su versión española, adaptado al vocabulario y realidad peruana. Tuvo una aprobación de 91.1% además de un alfa de Cronbach de 0.621. Está compuesto de 32 ítems y 8 sub-preguntas, que cuestionan en relación al número de comida consumida, la frecuencia de consumo de alimentos, horario de consumo, lugar, compañía, estilo de preparación, frecuencia de los alimentos.

Mallqui et al. (2020), implementaron el cuestionario Conociendo tus hábitos alimentarios, el cual consiste en 20 preguntas cerradas con valor de 1 punto para la respuesta correcta, se clasifican los hábitos alimenticios adecuados de 15 a 20 puntos e inadecuados de 0 a 14 puntos. El instrumento tiene un coeficiente de validez de 0.94 y una confiabilidad de 0.86 según la prueba Kuder-Richardson.

En este estudio se aplicará el Cuestionario Autocompletado de hábitos alimentarios el cual consiste en cuatro secciones, las primeras tres constan de 4 ítems cada uno con 6 preguntas en relación a la frecuencia y cantidad del consumo de alimentos que se recomiendan, la segunda contiene 7 ítems (9 preguntas) sobre el consumo de alimentos no recomendados y la tercera parte 3 ítems (12 preguntas) hace referencia a la frecuencia, compañía y lugar de los

tiempos de comida. La puntuación es de 0 a 3 puntos en los ítems de una pregunta y de 0 a 1.5 puntos de los ítems que contiene dos o más preguntas. La sección 1 la puntuación máxima es 12 puntos, para la sección 2 la puntuación máxima es de 21 puntos y para la sección 3 de 18, dando un máximo de 51 puntos para la evaluación final (Flores, 2016).

Marco Teórico

El apoyo social es el grado en que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas por medio de la interacción (afecto, pertenencia, identidad, seguridad y aprobación) con otras Thoits (1982). Para Bowling (1991) es el proceso interactivo por medio de lo emocional, instrumental o económica de la red social en el que se encuentre. El apoyo social es esencial en el proceso de aceptación de una enfermedad crónica y la rehabilitación de la enfermedad ya que previene efectos psicológicos adversos y respuestas comportamentales asociadas a estrés psicológico, pobre adherencia al tratamiento y aislamiento social (Rodin et al., 1992). En los últimos años el apoyo social ejerce influencia sobre la enfermedad crónica por lo cual se establecieron mecanismos para ejercer su acción.

Mecanismos de acción del apoyo social:

Efecto directo: favorece a los niveles de salud sin importar el grado de estrés del individuo. Esto procede del estrés del sujeto, el apoyo social tiene procesos psicofisiológicos que producen mejoras en la salud e impide la enfermedad.

Efecto tapón o amortiguador: es en relación con el cambio de conductas, adaptan hábitos de vida saludables lo cual repercutirá positivamente en la salud.

Con el paso del tiempo el concepto de apoyo social ha sido modificado constantemente dependiendo de la perspectiva de análisis. Así de esa forma el apoyo social puede significar diversas dimensiones, elementos y fenómenos. A pesar de esto la diferencia entre percepción y recepción del apoyo social puede producir el apoyo.

Fuentes de apoyo social.

Para definir las diferentes fuentes de apoyo social han sido propuestas diversas clasificaciones.

House (1981), fuentes de apoyo sociales que son: cónyuge o compañero/a: influyen en sus actividades diarias y la comodidad y confort en sus hogares, la alimentación tiene buena salud es un gran beneficio para quienes padecen alguna enfermedad, dentro de la alimentación podemos ver cómo le ayudan a llevar una buena dieta acompañándolos por la despensa, cocinando sus alimentos, y otras actividades indispensables es la higiene cuando las personas tienen limitaciones físicas.

La familia en el apoyo social.

La familia se considera el grupo de apoyo más importante con el que pueden contar las personas. Debido a esto las personas con familias funcionales tienen mejores respuestas a la enfermedad gracias a las emociones y los materiales que se obtienen de la familia. Cuando hablamos de emociones es en cuanto a la percepción que tiene el individuo con alguna discapacidad ya sea física, mental, social, auditiva o visual, las personas que tienen una discapacidad pasan por un proceso complejo de duelo sobre todo aquellas personas que adquieren la enfermedad.

El sentimiento percibido por estas personas crea un ambiente de comodidad y satisfacción debido a que perciben ese apoyo que brinda la familia a través de actividades como, caminar, pasear, platicar, reír, conversar, escuchar, prestar atención en cuanto a lo material hace referencia al apoyo físico que reciben las personas con discapacidad esto se ve reflejado en facilitar las actividades sociales salir a reuniones, acompañarlos a sus actividades recreativas o tratamientos para su recuperación o estabilidad, el integrarse o involucrarse a estas actividades ser parte de eso le beneficia a la persona con discapacidad se le puede considerar apoyo social.

Modelos definitorios de la familia ante una enfermedad crónica.

Reubin Hill en 1949 propone el Modelo ABCX, en el cual analiza situaciones críticas que son provocadas en la familia a raíz de un suceso estresante. El concepto crisis X hace referencia a la ruptura de la unión familiar por un suceso estresante, propone tres factores siendo el A los eventos estresantes, B hace referencia a los recursos de las familias necesarios para enfrentarse al evento y el C se determina que hace la familia ante este evento. En este modelo las familias inician un proceso para adaptar a una trayectoria que termina en la fase de recuperación del evento. Este proceso de rehabilitación permite mantener la homeostasis y la unión familiar.

Doble Modelo ABCX

Mc Cubbin y Patterson en el año 1983 desarrollaron el doble modelo ABCX. Se refiere a la acumulación de problemas secundarios a esta ruptura causada por el evento inicial, sumado a ello la combinación de la enfermedad crónica. Según ellos en esta teoría la familia necesita alanzar el funcionamiento familiar. El primer elemento es AA, donde son las situaciones de estrés por la enfermedad y la tensión de la familia. El siguiente implica los recursos de adaptación BB en él se propone realizar una valoración de la familia, su capacidad para abordar crisis y el trabajo familiar para su funcionamiento. El elemento tres CC es en cuanto a las percepciones y coherencias que conlleva la aceptación y comprensión del evento que se está presentando. El último elemento XX es el grado en que se adapta la familia para responder a la crisis; puede ser una variable que siga siendo buena o mala.

1.3 Estudios relacionados

En este apartado se muestran los estudios relacionados que dan evidencia a las variables de estudio.

Lozano et al. (2020), realizaron un estudio en Colombia, el cual participaron 100 pacientes con síndrome de fibromialgia (enfermedad que afecta los movimientos, causando fatiga y dolor en el cuerpo, afecta la calidad

de vida), con el objetivo de determinar los indicadores de depresión, ansiedad y apoyo interpersonal, dolor auto percibido y su relación, obtuvieron como resultados que la depresión (*M* 48.7) y ansiedad (*M*. 24.8 y *M* 26.6) se encuentran en niveles moderados, dificultades específicas en el apoyo social (*M* 25.3) y niveles altos en dolor auto percibido (*M* 7.8). En las puntuaciones de depresión hubo una asociación positiva con la ansiedad, estado y rasgo, y una asociación negativa con el apoyo social, llegaron a la conclusión que la salud mental, el apoyo interpersonal y el dolor auto percibido están afectando a los pacientes.

Paez y Gallardo (2020), realizaron un estudio con el objetivo de comparar el perfil sociofamiliar - funcionamiento familiar y redes de apoyo y el nivel de dependencia de actividades de la vida diaria en adultos mayores, en una muestra de 62 personas entre 70 y 79 años, en viviendas familiares e institucionales, los resultados demostraron que hay asociación significativa en las redes sociales de apoyo (cónyuge, hijos/as, familiares, compañeros, etc.), el apoyo social emocional de los hijos/as es mayor en viviendas familiares con 78% en comparación con viviendas institucionales con 27% e igualmente en cuanto a compañeros en viviendas familiares es del 61% y en viviendas institucionales el 4%. Por lo tanto, los resultados demuestran que la dependencia y el poco apoyo social en los adultos con limitaciones sí afecta en sus condiciones de salud.

Zhao et al. (2022), realizaron un estudio en China, en el que participaron 259 pacientes con accidente cerebrovascular agudo con el objetivo de determinar el efecto del apoyo social percibido y la resiliencia entre la discapacidad y la depresión. Por medio de la escala multidimensional del apoyo social percibido, obtuvieron una correlación positivamente con el apoyo social percibido y la residencia, y se correlacionó negativamente con la depresión. En cuanto al apoyo social percibido se obtuvo un 10.27% en los efectos totales en la discapacidad. Por lo tanto, concluyeron que la discapacidad puede predecir directamente la depresión post-ictus. Así se puede decir que el mejorar su

percepción de apoyo social puede ayudar a prevenir la depresión después de un accidente cerebrovascular.

Morin et al. (2020), hicieron un estudio con 78 adultos con discapacidad y sin demencia para evaluar su relación entre el deterioro cognitivo y la discapacidad teniendo en cuenta la depresión. Realizaron un análisis de regresión lineal en el cual evaluaron las contribuciones independientes y la fragilidad al estado de discapacidad, mientras controlaban la edad, la educación y la depresión obtuvieron que el modelo fue significativo ($p = 0.020$) y los predictores tuvieron el 25.1% de la variación en el estado de discapacidad. La gravedad de la depresión fue significativamente y se asocia con una mayor discapacidad ($p = 0.018$). Por lo tanto, la relación entre la depresión y la discapacidad es probablemente bidireccional, los resultados sugieren un tratamiento de la depresión puede conducir a mejores resultados de discapacidad en adultos mayores.

Luna et al. (2020), realizaron un estudio con el objetivo de asociar la discapacidad física y la incidencia de síntomas depresivos, en el cual participaron 6,780 en adultos mayores de 50 años los resultados mostraron que la incidencia de síntomas depresivos clínicamente, fueron significativos con 25.57% comparado con aquellas personas que no padecen de limitaciones por lo tanto fue de un 68% de riesgo para personas con dichos síntomas. Por lo que sustenta la asociación entre discapacidad física y síntomas depresivos clínicamente significativos.

Dong et al. (2020), en su estudio examinan la asociación de la depresión y ansiedad como síntomas graves con la aparición de discapacidad en adultos mayores con 1,047 participantes, de los cuales que la quinta parte mostró que los síntomas eran leves (31.6%) y síntomas moderados/graves 38.1%, después se presentó una relación de dosis-respuesta en los grupos de ansiedad/depresión y la aparición de la discapacidad mostrando leve vs baja: índice de riesgo [HR] = 1,43, intervalo de confianza [IC] del 95 % = 1,20–1,70; moderado/grave vs baja: HR = 1,94, IC 95 % = 1,45–2,59). El aumento del

riesgo siguió siendo significativo después del ajuste por las variables del estado de salud para el grupo de síntomas leves ($HR = 1,26$, IC del 95 % = $1,07-1,49$), pero no para el grupo de síntomas moderados/graves ($HR = 1,30$, IC del 95 % = $0,94- 1,79$), posiblemente reflejando un menor poder estadístico. Por lo cual nos dice que los síntomas de depresión y ansiedad están asociados con un mayor riesgo de discapacidad.

Merino (2022), realizó un estudio para evaluar la calidad de vida, ansiedad, depresión y grado de discapacidad en pacientes con Esclerosis Múltiple y Neuromielitis Óptica tratados en el servicio de Neurología del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín en el año 2021, encontró que del 64 % de 151 pacientes con Esclerosis Múltiple presentaron Ansiedad, de los que el 33.3% presentó Ansiedad leve y el 30.7 % moderada/grave.

Paredes & Fierro (2022), se enfocaron en la descripción del estrés percibido y las estrategias de afrontamiento en personas con discapacidad física afiliadas al Centro Comunitario Jesús Resucitado en el cantón Penipe, provincia de Chimborazo, Ecuador en 2021, obtuvieron datos de 35 participantes de los cuales el 60% sentía estrés de vez en cuando y el 40% a menudo esta estresado, en cuanto al afrontamiento la estrategia retirada social fue la más seleccionada con un 57.1% y demostraron que hubo una asociación entre estrategias de afrontamiento con el estrés que percibían las personas con discapacidad.

Crespo et al. (2020), en su estudio en Santa Clara Cuba evaluaron los hábitos de consumo de alimentos en un grupo de 41 pacientes con diabetes y que asistieron a un centro de atención, obtuvieron que el 43.9% de los pacientes tenían sobre peso, el 63.41% consume frutas y el 60.8% consume vegetales, concluyen que los inadecuados hábitos alimentarios conllevan a un descontrol en pacientes con enfermedades crónicas.

Ayuquina (2023) determinó los hábitos alimentarios y estado nutricional de adultos mayores que acuden al centro de grupos vulnerables en San Bartolomé de Pinillo, realizado en 50 adultos mayores, reveló que la calidad de

alimentación es deficiente, con una mayor prevalencia de hábitos alimentarios no saludables en comparación con los saludables. Entre los hábitos alimentarios saludables destacados se encuentran el consumo de más de 4 comidas al día, el desayuno diario, alimentos proteicos y una ingesta adecuada de líquidos. Sin embargo, se observó que el consumo de alcohol es uno de los hábitos alimentarios que evitan más los adultos mayores.

González, Giraldo, & Forero (2022), llevaron a cabo un estudio que tuvo por objetivo comprender las experiencias y los significados que las personas que han sufrido una enfermedad cerebrovascular les dan a las secuelas físicas causadas por ella, realizaron un estudio en Santa Rosa de Cabal, Risarala, Colombia, con enfoque cualitativo etnográfico en 16 personas mayores de 30 años, los resultados mostraron que la enfermedad cerebrovascular perdura con la secuelas físicas y psicológicas, que produce una exclusión propia y de otros, llevándolos al aislamiento, la culpabilización y la estigmatización, y a esto se enfrentan a la necesidad de reincorporarse y ser dependientes o resignarse y permanecer dependientes.

Álava et al. (2020), realizaron un estudio con el objetivo de caracterizar la residencia en personas con discapacidad física, con un enfoque descriptivo, transaccional desde un paradigma mixto, estuvo conformado por una muestra de 22 personas con discapacidad físico-motora en el municipio de Remedios, Villa Clara, Cuba. Por medio de una entrevista semiestructurada y en profundidad obtuvieron como resultados que los recursos personales, el uso de redes sociales y los estilos de afrontamiento resultaron los principales factores moduladores de la residencia, describieron estilo de afrontamiento a la discapacidad, los más frecuentes en personas resilientes la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social (72.2%) y en el grupo mediamente resiliente, la huida-evitación (27.3%). La familia se presentó como principal sostén emocional para el enfrentamiento exitoso ante la discapacidad (86.4%), las amistades (36.4%), médicos de la familia y otros especialistas (22.7%) y la pareja (18.2%).

Delgado, M., Delgado, S., Bustos, B., Muñoz, J. & Eraso, R. (2025), en su estudio con el objetivo de explorar las experiencias psicosociales, funcionales y protésicas de pacientes con amputación transfemoral unilateral, realizaron una investigación cualitativa – interpretativa en 13 pacientes mayores de 18 años residentes de la ciudad de Pasto, Nariño, Colombia, los resultados evidencian que el proceso de adaptación tras la amputación puede implicar trastornos psicológicos de ansiedad, depresión o estrés postraumático, cuya intensidad varía según la personalidad, experiencias previas y redes de apoyo. En el ámbito de las relaciones personales, algunos pacientes reportaron la pérdida de vínculos importantes, mientras que otros destacaron el papel fundamental de la familia como fuente de apoyo. El respaldo familiar y social se identificó como un factor clave.

Cipriano, C., Rodríguez, M., Cantero, P. & Marinano, L. (2022), realizaron un estudio cualitativo fenomenológico en el cual exploran como la familia, influye en las elecciones alimentarias y los hábitos de alimentación de adultos con discapacidad física, en el cual aplicaron 30 entrevistas semiestructuradas y grupos focales, los resultados mostraron que muchos participantes enfrentaban barreras físicas para comprar, cocinar y manipular alimentos, lo que limita su autonomía alimentaria, en muchos casos la familia especialmente madres o parejas asumen roles clave en la planificación, compra y preparación de alimentos, el impacto emocional de la alimentación se ve reflejado en la autoestima, la independencia y la inclusión social, comer en familia o en comunidad tiene un alto valor emocional, refuerza los sentimientos de pertenencia, aceptación y bienestar.

La evidencia presentada indica que existe una conexión entre la discapacidad y el apoyo social, la depresión, la ansiedad, el estrés y los hábitos alimentarios. Estos elementos están interrelacionados y pueden influir en la salud y bienestar de las personas con discapacidad. Es importante considerar estos aspectos al diseñar intervenciones y programas de apoyo.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la OMS, 1,300 millones de personas padecen una discapacidad importante en todo el mundo en al año 2023. El Censo de Población y Vivienda del 2020 informó que el 4.9% de la población mexicana tenía algún tipo de discapacidad (6,179,890 en total 3,275,692 mujeres y 2,904,198 hombres). En Nuevo León, había 220,206 personas; para caminar, subir o bajar, 46.8%; para ver aun usando lentes, 42.8%; para oír aun usando aparato auditivo, 19.6%; para bañarse, vestirse o comer, 22.9%; para, recordar o concentrarse, 17.8%; y para hablar o comunicarse, 17%.

En el año 2024, acudieron 5,111 pacientes al Centro Estatal de Rehabilitación y Educación Especial de Nuevo León, 59% tenían limitación/discapacidad física. La escasa red de apoyo social hace que las personas con discapacidad dependan del respaldo de sus familiares para llevar a cabo actividades cotidianas y participar en la comunidad, según el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades en el 2020 menciona que las personas con discapacidades tienden a presentar un mayor nivel de estrés y depresión que las otras personas, así como riesgos altos de sufrir alteraciones en su alimentación.

La pandemia de COVID-19 ha afectado de manera considerable a las personas con discapacidad. Es fundamental garantizar que la información de salud pública sea accesible para todos y que los servicios relacionados con el COVID-19 consideren a las personas con discapacidad, evitando cualquier forma de discriminación. Una parte significativa de quienes residen en centros de atención a largo plazo o entornos residenciales, donde se han registrado numerosos brotes de COVID-19, son personas con discapacidad, incluyendo a adultos mayores con discapacidades.

La inclusión de las personas con discapacidad es parte fundamental de los objetivos del desarrollo sostenible. No se lograría cubrir la salud universal si no se considera a las personas con discapacidad, las cuales corren más riesgo de desarrollar depresión, asma, diabetes, ictus, obesidad o problemas de salud

bucodentales. Además, hay que considerar a las personas con discapacidad para hacer frente a las emergencias en salud (OMS, 2023).

Bajo este contexto se hace la siguiente pregunta de investigación

¿Cuál es el nivel de apoyo social, depresión, ansiedad, estrés y hábitos alimentarios en pacientes con discapacidad física de un Centro de Rehabilitación?

3. JUSTIFICACIÓN

Es fundamental comprender el nivel de apoyo social, depresión, ansiedad, estrés y hábitos alimentarios de las personas con discapacidad con el fin de identificar posibles riesgos en su salud física, mental y nutricional. La detección de estos casos permite contribuir con la atención directa y de forma holística en los centros de rehabilitación, además facilitará la provisión de la asistencia pertinente y la elaboración de programas de atención, así como campañas de salud específicas, en beneficio de esta población vulnerable.

Comprender a profundidad el nivel de apoyo social, así como los niveles de depresión, ansiedad, estrés y los hábitos alimentarios de las personas con discapacidad, es un aspecto fundamental para evaluar su bienestar integral y detectar posibles factores de riesgo que puedan comprometer su salud física, mental y nutricional. Estas condiciones pueden influir significativamente en su calidad de vida, su autonomía y su capacidad para participar activamente en la sociedad, por lo que su identificación temprana resulta esencial para la implementación de medidas preventivas y correctivas que permitan minimizar su impacto.

La detección de estos casos no solo posibilita una atención más eficaz y personalizada dentro de los centros de rehabilitación, sino que también facilita la elaboración de estrategias de intervención adaptadas a las necesidades individuales de cada persona. Esto, a su vez, permite ofrecer un tratamiento integral que abarque tanto el aspecto clínico como el emocional y social, asegurando un enfoque multidisciplinario que involucre a profesionales de

diversas áreas, como la psicología, la nutrición, la terapia ocupacional y el trabajo social.

Además, contar con un diagnóstico preciso de la situación de estas personas contribuye a la planificación y ejecución de programas de atención especializados que puedan abordar de manera efectiva sus problemáticas particulares. Asimismo, permite el diseño y la promoción de campañas de salud dirigidas específicamente a esta población, con el objetivo de fomentar hábitos de vida saludables, mejorar su bienestar emocional y fortalecer su red de apoyo.

En este contexto, la provisión de asistencia adecuada y oportuna cobra una importancia crucial, ya que garantiza el acceso a los recursos y servicios necesarios para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Un enfoque integral que contemple no solo el tratamiento de las afecciones existentes, sino también la prevención de futuras complicaciones, resulta indispensable para impulsar su inclusión social, fortalecer su autonomía y promover su desarrollo en un entorno que les brinde las oportunidades necesarias para alcanzar su máximo potencial.

CAPÍTULO 2

4. HIPOTESIS

- Ha1. El 50% o más de los pacientes con discapacidad física tienen apoyo social. (Paez y Gallardo, 2020).
- Ha2. El 50% o más de los pacientes con discapacidad física tienen síntomas de depresión, ansiedad y/o estrés. (Merino, 2022).
- Ha3. El 50% o más de los pacientes con discapacidad tiene hábitos alimentarios parcialmente inadecuados. (Crespo et al., 2020).

CAPÍTULO 3

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Cuantitativo: Evaluar el apoyo social, depresión, ansiedad, estrés y hábitos alimentarios en pacientes de un centro de rehabilitación física.

5.2 Objetivos Específicos

Cuantitativos:

- Determinar el nivel de apoyo social percibido mediante el cuestionario Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOS).
- Determinar el nivel de depresión, ansiedad y estrés, por medio del Inventario Depression Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21).
- Identificar el tipo de hábitos alimentarios por medio del Cuestionario Hábitos Alimentarios de Flores Vásquez y Macedo Ojeda.
- Relacionar hábitos alimentarios según niveles de depresión, ansiedad y estrés.
- Correlacionar el tipo de hábito alimentarios con nivel de apoyo social percibido.

Cualitativos:

- Conocer la percepción sobre el apoyo social en pacientes de un centro estatal de rehabilitación física.
- Conocer las experiencias de depresión, ansiedad y estrés.
- Identificar los factores que desencadenan la depresión, ansiedad y estrés.
- Conocer los hábitos alimentarios.

CAPÍTULO 4

6. MATERIAL Y METODOS

6.1 Diseño de estudio

Transversal mixto (cuantitativo y cualitativo).

6.2 Universo de estudio

Pacientes con discapacidad

6.3 Población de estudio

Pacientes con discapacidad física/motriz.

6.4 Criterios de selección

6.4.1 Criterios de inclusión:

- Mayores de 18 años.
- Que acudan a un Centro de Rehabilitación.
- Hombres o mujeres.

6.4.2 Criterios de exclusión:

- Diagnosticado con múltiples discapacidades.

6.4.3 Criterios de eliminación:

- Cuestionarios incompletos.
- Cambio de centro de rehabilitación.

6.5 Técnica muestral

Método cuantitativo:

Para la realización de este estudio se optó por un muestreo por conveniencia no probabilístico.

Método cualitativo:

Muestreo intencional donde se seleccionaron a los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio y que se estimó pudieran facilitar la información necesaria (Ávila et al., 2022).

6.6 Cálculo del tamaño de la muestra

Por medio de una medición de una población infinita se estimó el resultado entre la población en base a la hipótesis “El 50% o más de los pacientes con discapacidad física tienen apoyo social, tienen síntomas de depresión, ansiedad y/o estrés y tienen hábitos alimentarios parcialmente inadecuados” con un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 3%, se obtuvo una N= 384 pacientes como tamaño mínimo de muestra.

El tamaño de muestra para la etapa cualitativa se basará en la saturación de los datos la cual indica que ya se han escuchado algunas ideas diferentes, y con cada entrevista u observación posterior ya no surgen nuevos elementos. Mientras sigan apareciendo datos nuevos no se debe dejar de buscar. (Martínez, 2012).

6.7 Variables

Figura 1. Esquema de variables

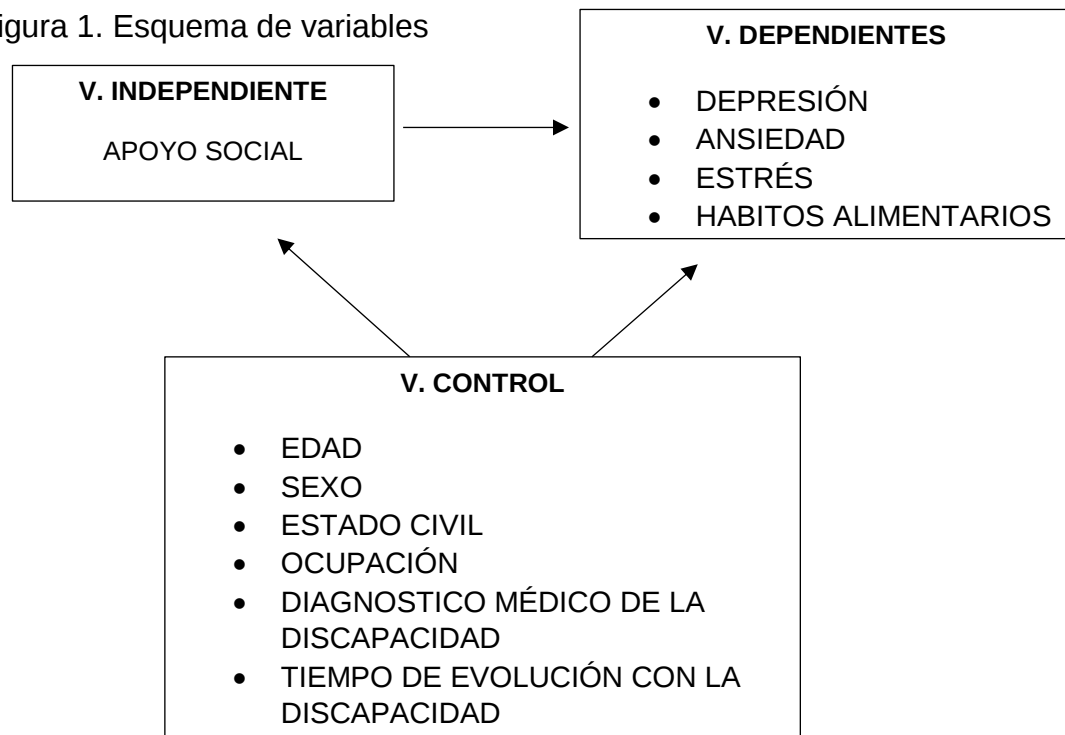


Tabla 1. Tabla operacional de variables

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
Apoyo social	Independiente	Conjunto de recursos humanos y materiales con el que cuenta un individuo o la misma familia, que son proporcionados por la comunidad, redes sociales y las personas de confianza.	El apoyo social percibido se calculará con la sumatoria de cada variable. Se puede obtener una puntuación total que corresponde a mayor puntuación es mayor apoyo recibido. El índice global máximo de apoyo social es de 94, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19.	Categórica Ordinal
Depresión	Dependiente	Estado de ánimo deprimido, pérdida del placer o del interés por	La sumatoria representa a mayor puntuación general, mayor grado de	Ordinal

		actividades durante largos períodos de tiempo.	sintomatología. Depresión (ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21) Punto de corte: 5-6 depresión leve 7-10 depresión moderada 11-13 depresión severa 14 o más, depresión extremadamente severa.	
Ansiedad	Dependiente	La anticipación de una amenaza futura.	Ansiedad (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20). Punto de corte: 4 ansiedad leve 5-7 ansiedad moderada 8-9 ansiedad severa 10 o más, ansiedad extremadamente severa.	Ordinal
Estrés	Dependiente	Momento de inquietud o presión mental a raíz de una	Estrés (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). Punto de corte:	Ordinal

		situación complicada.	8-9 estrés leve 10-12 estrés moderado 13-16 estrés severo 17 o más, estrés extremadamente severo.	
Hábitos Alimentarios	Dependiente	Conjunto de conductas adquiridas por un individuo, por la repetición de actos en cuanto a la selección, la preparación y el consumo de alimentos.	Los hábitos alimentarios se categorizan: Inadecuados: < 25.5 Parcialmente inadecuados: ≥ 25.5 y < 38.5 Adecuados: ≥38.5.	Ordinal
Edad	Control	Años cumplidos	¿Cuántos años tiene?	Continua
Sexo	Control	Características físicas y biológicas que definen a los seres humanos.	1.Masculino 2.Femenino	Nominal
Estado civil	Control	Vinculo personal con	1. Soltero 2. Casado	Nominal

		individuos de otro o su mismo sexo.	3. Unión libre 4. Divorciado 5. Viudo	
Ocupación	Control	Trabajo en el cual se realizan actividades y se percibe un salario.	¿A qué se dedica actualmente?	Nominal
Diagnóstico médico de la discapacidad	Control	Es la enfermedad, afección o lesión, según sus signos y síntomas e historial clínico.	¿Qué diagnóstico tiene?	Nominal
Tiempo de evolución con la discapacidad	Control	Perdido de tiempo desde que inicio la discapacidad hasta la actualidad.	¿Cuánto tiempo tiene con su enfermedad?	Continua

El estudio analiza diversas variables para comprender la relación entre el apoyo social y distintos factores de salud mental y hábitos en personas con discapacidad.

El apoyo social, definido como los recursos humanos y materiales que un individuo recibe de su entorno, es la variable independiente y se mide mediante una puntuación que varía entre 19 y 94, donde una mayor puntuación indica mayor apoyo percibido.

Las variables dependientes incluyen: Depresión, medida en niveles de severidad según la puntuación obtenida, desde leve (5-6) hasta extremadamente severa (14 o más). Ansiedad, con categorías de leve (4) hasta extremadamente severa (10 o más). Estrés, que se evalúa de leve (8-9) a extremadamente severo (17 o más). Hábitos alimentarios, clasificados como inadecuados (<25.5), parcialmente inadecuados (≥ 25.5 y <38.5) y adecuados (≥ 38.5).

Las variables de control incluyen: Edad (continua). Sexo (masculino o femenino). Estado civil (soltero, casado, unión libre, divorciado, viudo). Ocupación, determinada por la actividad laboral. Diagnóstico médico de discapacidad, basado en la condición clínica del individuo. Tiempo de evolución con la discapacidad, medido en años desde su inicio.

Estas variables permiten evaluar cómo el apoyo social influye en la salud mental, el estrés y los hábitos de vida de las personas con discapacidad. (Anexo D).

6.8 Instrumentos de medición

El instrumento que fue administrado por el investigador (Anexo A), está conformado por cuatro secciones: datos generales, apoyo social percibido, depresión, ansiedad, estrés y hábitos alimentarios.

Datos generales: es la primera parte de instrumento la cual contiene los datos sociodemográficos del participante; edad, sexo, estado civil, ocupación, diagnóstico.

Para obtener el apoyo social percibido se utilizó la versión adaptada al español del Cuestionario MOS (Sherbourne & Stewart, 1991), está enfocado en analizar la percepción de ayuda. Explora el apoyo estructural (tamaño de la red) y el apoyo funcional (percepción de apoyo) el cual es multidimensional conformado por lo emocional (amor, empatía), instrumental (tangible), informativo (consejos), valoración (ayuda a la autoevaluación y compañerismo durante el tiempo libre). Consta de 20 ítems, el ítem 1 hace referencia al

tamaño de red social y los 19 ítems restantes hacen referencia a los subdimensiones del apoyo funcional (citar el autor del cuestionario)

Con una escala Likert del 1 a 5 puntos: nunca (1), pocas veces (2), algunas veces (3), la mayoría de las veces (4) y siempre (5), se pregunta la frecuencia disponible para el entrevistado en cada tipo de apoyo. También se puede obtener una puntuación total donde la mayor puntuación corresponde a mayor apoyo recibido. El índice máximo de apoyo social es de 95, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19.

El cuestionario al ser analizado por el Alfa de Cronbach muestra resultados altos con la cual se muestra su confiabilidad con un índice de 0,93, dentro de la dimensión funcional muestra los índices de cada una de las subdimensiones: apoyo emocional 0,88, apoyo instrumental 0,74, relaciones sociales 0,82 y apoyo afectivo 0,76.

El cuestionario DASS-21 (Marijanović, et. al, 2021) conformado por tres subescalas: depresión (ítems: 3,5,10,13, 16, 17 y 21), ansiedad (ítems 2,4, 7, 9, 15, 19 y 20) y estrés (ítems 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). Se responde por medio de una escala Likert las cuales van desde 0 (No me ha ocurrido), 1 (me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo), 2 (me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo, 3 (me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo). Para responder, la consigna establece indicar en qué medida la frase describe lo que le pasó o sintió la persona durante la semana pasada.

Se pueden evaluar las escalas por separado para esto se deben sumar las puntuaciones de los ítems que corresponden a cada una, se puede interpretar que, a mayor puntuación, mayor grado de sintomatología. Los puntos de corte según cada subescala:

Depresión: 5-6 depresión leve, 7-10 depresión moderada, 11-13 depresión severa y 14 o más depresión extremadamente severa.

Ansiedad: 4 ansiedad leve, 5-7 ansiedad moderada, 8-9 ansiedad severa, 10 o más ansiedad extremadamente severa.

Estés: 8-9 estrés leve, 10-12 estrés moderado, 13-16 estrés severo, 17 o más, estrés extremadamente severo.

En el análisis del Alfa de Cronbach las escalas de depresión y estrés presentaron 0,85 y 0,83, mientras que en la escala de ansiedad se obtuvo un 0,73. Los ítems del DASS-21 presentaron un alfa de 0,91.

Para evaluar los hábitos alimentarios se aplicará el Cuestionario Hábitos alimentarios de Flores-Vázquez y Macedo-Ojeda (2016), conformado por cuatro secciones para esta investigación solo se aplicarán las tres primeras secciones que evalúan los hábitos alimentarios, la primera sección está conformada de 4 ítems (6 preguntas) sobre la frecuencia y cantidad del consumo recomendados, la segunda contine 7 ítems (9 preguntas) sobre el consumo de alimentos no recomendados y la tercera consta de 3 ítems (12 preguntas) referentes a la frecuencia, compañía y lugar de los tiempos de comida.

La evaluación de los hábitos alimentarios tiene una puntuación de 0 a 3 puntos en los ítems que constan de una pregunta y de 0 a 1.5 puntos los ítems que tienen dos o más preguntas. Para la sección una la máxima puntuación es de 12 puntos, para la sección dos de 21 puntos y para la sección tres de 18 puntos, dando un máximo de 51 puntos para evaluar los hábitos alimentarios, la cual se clasifica en inadecuados < 25.5 , parcialmente inadecuados ≥ 25.5 y < 38.5 , y adecuados: ≥ 38.5 .

La consistencia de este cuestionario se evaluó con un coeficiente alfa de Cronbach, en el cual se consideró adecuada en valores de 0,7 a 0,9; los valores, valores de 0,7 indican una consistencia interna baja y superiores a 0,90 redundancia o duplicación. Instrumento cualitativo

Entrevista semiestructurada se considera flexible y sencilla, así se crean espacios de diálogo para profundizar la comprensión de perspectivas entre el entrevistado y el entrevistador generando confianza y una buena relación. (Villarreal 2022), la cual fue desarrollada considerando los objetivos de la investigación (Anexo B).

Los temas de la guía de entrevista se enfocan a: apoyo social, depresión, ansiedad, estrés y hábitos alimentarios en pacientes de un centro de rehabilitación física.

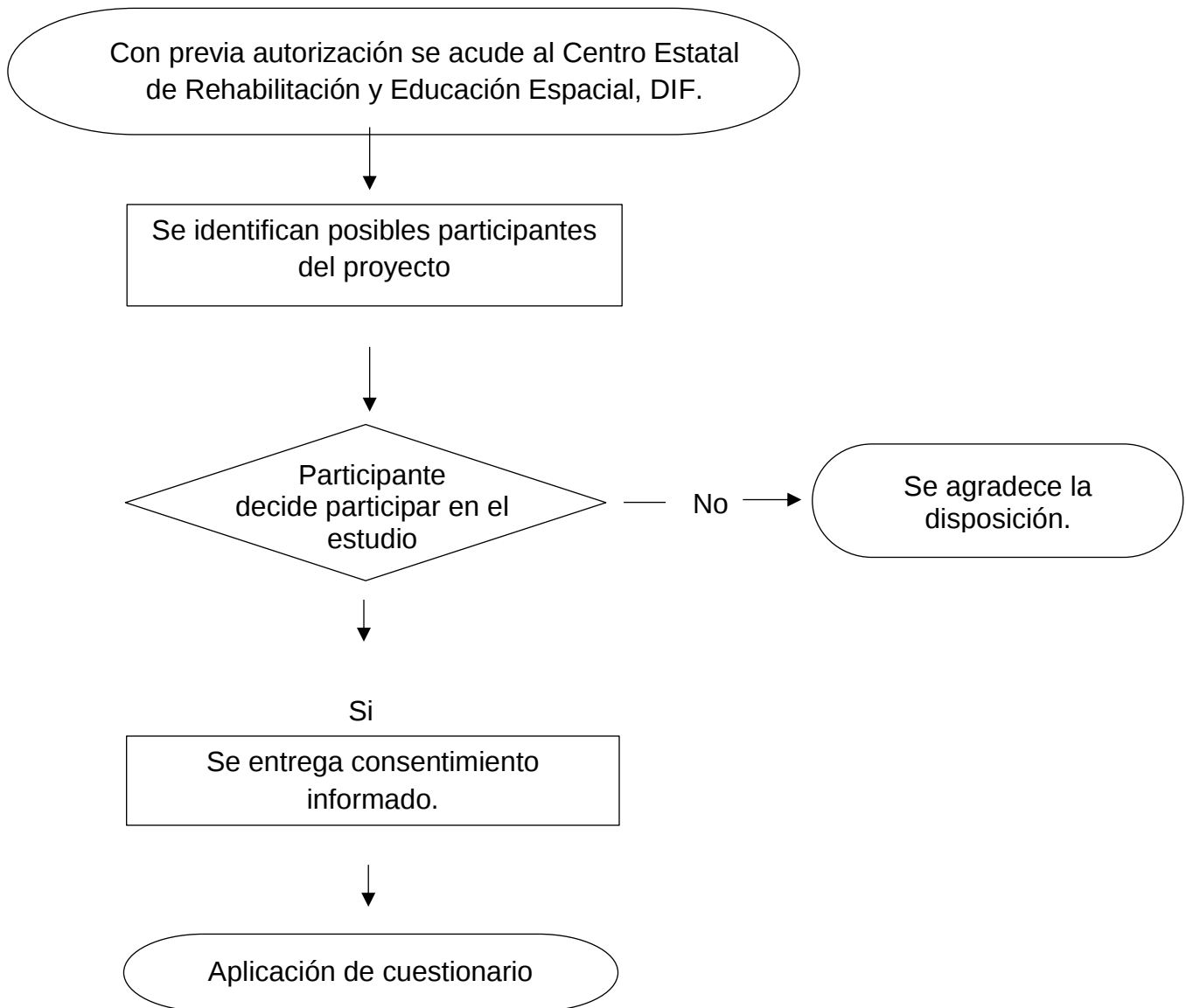
6.9 Procedimientos

Se solicitó autorización al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León, así como los directivos del Centro Estatal de Rehabilitación y Educación Especial, DIF de Estado de Nuevo León a los que se les explicó a detalle los objetivos de la investigación y los criterios de inclusión de los participantes, después de obtener la autorización correspondiente se acudió con los posibles participantes y se les dio información sobre el objetivo del estudio y en qué consistía su participación; se les enfatizó que el estudio es anónimo y que no genera riesgos. Además, se les entregó una carta de consentimiento informado (Anexo C) que se les solicitó leer y firmar. Después de contar con el consentimiento se aplicó el cuestionario, para cuidar la privacidad de los datos se sustituyó el nombre por número de identificación o folio.

Para realizar las entrevistas semiestructuradas se aplicaron presencial aprovechando al paciente momentos antes o después de su terapia, la entrevista se hizo en un espacio físico evitando interrupciones o distracciones.

6. 9. 1. Flujograma de procedimientos

Figura 2. Flujograma de procedimientos



6.10. Plan de análisis

Método Cuantitativo

Los datos que se obtuvieron fueron procesados a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences versión 23.0 (SPSS por sus siglas en inglés). Para el análisis descriptivo se utilizó medias y desviación estándar en las variables no categóricas y para las variables categóricas se

utilizaron frecuencias y porcentajes. Para las estadísticas inferenciales se utilizaron la prueba de Chi² y según la distribución de los datos se utilizó la prueba de correlación de Pearson o Spearman.

Método Cualitativo

Para el análisis de la metodología cualitativa se aplicó el método fenomenológico. Husserl (1859-1938) define fenomenología a los fenómenos desde la conciencia, son las vivencias y sus relatos objetivos, en otras palabras, es la experiencia subjetiva en que se dan los fenómenos y como los recibe la conciencia. Es decir, la fenomenología comprende los fenómenos a partir de cómo se adquieren las cosas en los individuos según el origen.

El análisis de los datos se realizó de acuerdo a lo propuesto por Martínez (2004), en la primera fase se establecen los preconceptos y se evita la presencia de supuestos investigadores que puedan influir, en la segunda fase se recogen las experiencias personales y anécdotas de cada individuo por medio de entrevistas semiestructuradas (preguntas abiertas y flexibles) (Van Manen, 2003) las cuales se grabarán con previo consentimiento informado de los participantes.

En una tercera fase se transcribo cada una de las estas entrevistas para su análisis e interpretación, se reflexionará sobre el significado de la experiencia vivida captando la esencia y dándole significado fenomenológico, en la cuarta fase se integrarán en una descripción las categorías y subcategorías obtenidas de los sujetos estudiados. Después se unirán los temas y se describirá de manera completa el fenómeno investigado (Martínez 2014). La codificación y categorización se realizó con el software cualitativo MAXQDA.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se apegó a lo establecido en la Ley General de Salud (2024) en Materia de Investigación para la Salud que establecen los lineamientos y principios generales que toda investigación científica con seres

humanos debe apegarse. En él se establecen los lineamientos éticos para desarrollar la investigación en el área de la salud, para garantizar la dignidad humana, los derechos y el bienestar de la persona, por lo que esta investigación se apagará algunos artículos descritos.

Para realizar el estudio, según lo declarado en el Artículo 14, fracciones I, IV, VI, VII, VIII, fue autorizado por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Además, se les brindó a los participantes la libertad de elegir si deseaban o no participar en el estudio. Se explicó de forma sencilla y clara los objetivos de la investigación, así como el procedimiento para dar respuesta a la recolección de los datos, mediante la entrega del consentimiento informado por escrito a cada participante, los cuales firmaron para formalizar su participación.

De acuerdo a los Artículos 20, 21, fracción I, II, III, VI, VII, Artículo 22, fracción I, II, III, y 25, los participantes se les enfatizó que tendrían la libertad de terminar su participación en el estudio en el momento que lo consideren conveniente. Así mismo, se aclaró las dudas que puedan existir y se les proporciono la suficiente información y que esto les permitió aceptar o rechazar su participación Para cuidar la privacidad de los datos que identificaron a los participantes, el nombre fue sustituido por un número de identificación.

En el caso de las entrevistas cualitativas se crearon seudónimos para mantener el anonimato de los participantes según lo señalado por Artículo 16, Artículo 21, fracción I, V, VII, VIII.

La investigación fue de riesgo mínimo, ya que se abordaron aspectos físicos y psicológicos, los cuales pudieron llegar a ser incómodos para el participante. Sumado a eso, existió la posibilidad de daño psicológico con preguntas que pueden desencadenar emociones negativas, por lo que es importante informar a las personas dónde pueden recibir servicios gratuitos de salud mental, tal como se señalan en el Artículo 17, fracción II y el Artículo 58, fracción II. Los datos que se obtengan no se utilizaron en perjuicio de ellos mismos, sino solo para fines de investigación y difusión de los resultados.

CAPÍTULO 5

8.- RESULTADOS

8.1 Resultados Cuantitativos

8.1.1 Perfil sociodemográfico.

La muestra estuvo compuesta por 391 personas, con una edad promedio de 59 años, predominando el sexo masculino (55.2%). En cuanto al estado civil, el 48.1% de los participantes eran casados. El diagnóstico de discapacidad física más frecuente fue debido a secuelas de un evento cerebrovascular (EVC), con 64 casos. Además, el tiempo de discapacidad más común entre los participantes fue de 2 o más años. De los 391 participantes, 133 se dedicaban al hogar.

Tabla 2

Datos Sociodemográfico de la población N=391.

	<i>f</i>	%
Sexo		
Masculino	216	55.2
Femenino	174	44.5
Estado civil		
Soltero	74	18.9
Casado	188	48.1
Unión libre	31	7.9
Divorciado	29	7.4
Viudo	69	17.6
Ocupación		
Al hogar	133	34.0
Desempleado	88	22.5
Pensionado	56	14.3
Otros	114	29.2
Diagnóstico médico de la discapacidad		
Amputación	62	15.8
Parálisis	58	14.8
Secuelas EVC	64	16.4
Otros	207	52.9

Tiempo de evolución con la discapacidad		
Congénito	11	2.8
0-12 meses	144	36.8
2 o más	236	60.3

Nota: Fuente encuesta directa.

8.1.2. Apoyo Social Percibido

De acuerdo al objetivo 1 determinar el nivel de apoyo social percibido mediante el cuestionario Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOS), se encontró que el 88.7% de los participantes perciben tener un nivel máximo de apoyo social, mientras que solo el 11.3% reporta un nivel medio. Esto indica que, en esta muestra, la mayoría de los encuestados cuentan con un alto nivel de apoyo social.

Tabla 3.

Nivel de Apoyo Social Percibido

	<i>f</i>	<i>%</i>
Medio	44	11.3
Máximo	347	88.7

Nota: Fuente encuesta directa.

8.1.3. Depresión, ansiedad y estrés.

En relación al objetivo 2 determinar el nivel de depresión, ansiedad y estrés, por medio del Inventario Depression Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21).

El 49.9% de los participantes no presenta síntomas de depresión, lo que sugiere que, aunque casi la mitad no muestra signos de esta condición, existe un porcentaje considerable (alrededor del 50%) que sí presenta algún grado de depresión. De este grupo, aproximadamente el 18.4% (corresponde a los casos severos y extremadamente severos).

Del total de la muestra de los participantes (n=391), el 88.5% se encuentra en la categoría de sin ansiedad. Solo un 11.5% de los participantes reporta ansiedad leve, lo que sugiere que los niveles de ansiedad en esta muestra son generalmente bajos.

El 61.3% de los participantes no presenta estrés. Del 38.6% que sí lo experimenta, el 9.7% reporta estrés leve y el 19.0% se encuentra en la categoría de estrés moderado, lo que implica que casi uno de cada cinco participantes enfrenta un nivel moderado de estrés. Además, el 8.5% presenta estrés severo y el 1.5% sufre de estrés extremadamente severo, lo que indica que solo una minoría experimenta niveles altos de estrés.

Tabla 4.

Nivel de depresión, ansiedad y estrés.

	Leve		Moderado		Severo		Extremadamente severo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Depresión	49	12.5	75	19.2	33	8.4	39	10
Ansiedad	45	11.5	.	.	.	.	.	.
Estrés	38	9.7	74	18.9	33	8.4	6	1.5

Nota: Fuente encuesta directa.

8.1.4. Hábitos alimentarios

En base al objetivo 3 Identificar el tipo de hábitos alimentarios por medio del Cuestionario Hábitos Alimentarios de Flores Vásquez y Macedo Ojeda, los resultados muestran que los participantes (69.1%) presenta hábitos alimentarios que son parcialmente inadecuados, lo que indica que hay margen de mejora en la calidad de la alimentación. Solo un 27.4% cumple con los criterios de hábitos alimentarios adecuados, y muy pocos (3.6%) se ubican en el extremo negativo con hábitos completamente inadecuados.

Tabla 5.

Hábitos alimentarios.

	<i>f</i>	%
Inadecuados	14	3.6
Parcialmente inadecuados	270	69.1
Adecuados	107	27.4

Nota: Fuente encuesta directa.

8.1.5. Hábitos alimentarios y niveles de depresión.

De acuerdo con el objetivo 4 relacionar hábitos alimentarios según niveles de depresión, ansiedad y estrés. Los resultados muestran que el 72.6% de los participantes muestran una predominancia de nivel de hábitos alimentarios inadecuados y presentan depresión moderada a severa, mientras que los participantes que no presentan depresión o tienen levemente depresión (74.8%) tienen un nivel de hábitos alimentarios adecuados.

La prueba de χ^2 reveló que la relación entre el nivel de hábitos alimentarios y el nivel de depresión es estadísticamente significativa ($p < 0.05$). Por lo cual existe una asociación significativa entre el nivel de hábitos alimentarios y el nivel de depresión. Las personas con nivel de hábitos alimentarios inadecuados tienen una mayor probabilidad de presentar niveles más altos de depresión.

Tabla 6.

Hábitos alimentarios y niveles de depresión

		Nivel de depresión					χ^2	p*
		Sin depresión	Leve	Moderada	Severa	Extremadamente severa		
Hábitos alimentarios	Inadecuados	134 68.7%	30 61.2%	62 82.7%	26 78.8%	32 82.1%	11	0.28
	Adecuados	61 31.3%	19 38.8%	13 17.3%	7 21.2%	7 17.9%		

Nota: Fuente encuesta directa. $p < .05$ asociación significativa.

8.1.6. Hábitos alimentarios y niveles de ansiedad.

Se analizaron las mismas categorías de hábitos alimentarios: Inadecuados y Adecuados y se evaluaron dos niveles de ansiedad: sin ansiedad y ansiedad leve. De acuerdo con la distribución general, los participantes presentan hábitos alimentarios parcialmente inadecuados (72.6%) y el 88.5% no presenta ansiedad. Las pruebas de χ^2 ($p = 0.411$) indica que existe una ausencia de asociación significativa entre los hábitos alimentarios y el nivel de ansiedad por lo cual no se rechaza la hipótesis nula y sugiere que los hábitos alimentarios no influyen significativamente en los niveles de ansiedad.

Tabla 7.

Hábitos alimentarios y niveles de ansiedad

		Nivel de ansiedad		χ^2	p*
		Sin ansiedad	Leve		
Hábitos alimentarios	Inadecuados	249	35	0.677	0.411
		72%	77.8%		
	Adecuados	97	10		
		28.0%	22.2%		

Nota: Fuente encuesta directa. $p < .05$ asociación significativa.

8.1.7. Hábitos alimentarios y niveles de estrés.

Para el nivel de estrés y los hábitos alimentarios, los resultados indican que el 72.5% de los participantes presentan hábitos alimentarios inadecuados y el 27.5% adecuados. En cuanto al nivel de estrés la mayoría de los participantes no presentan estrés (61.2%).

Para evaluar si existe una relación significativa entre los hábitos alimentarios y el nivel de estrés se realizó la prueba estadística de Fisher ($p = 0.395$) dado que los valores son mayores a 0.05, indica que no hay una asociación estadísticamente significativa entre las variables analizadas.

Tabla 8.

Hábitos alimentarios y niveles de estrés.

		Nivel de estrés					χ^2	p*
		Sin estrés	Leve	Moderado	Severo	Extremadamente severo		
Nivel de hábitos alimentarios	Inadecuados	164	31	57	25	5	4.400	0.355
		58.2%	11.0%	20.2%	8.9%	1.8%		
	Adecuados	74	7	17	8	1		
		69.2%	6.5%	15.9%	7.5%	0.9%		

Nota: Fuente encuesta directa. $p < .05$ asociación significativa.

8.1.8. Hábitos alimentarios y nivel de apoyo social

Por medio de una correlación se analizaron tres categorías de hábitos alimentarios: Inadecuados, parcialmente inadecuados y adecuados. Se evaluaron dos niveles de apoyo social: medio y máximo. La mayor parte de los casos se concentran en la categoría de máximo apoyo social, especialmente en los grupos de parcialmente inadecuados (86.2%) y adecuados (98.1%).

Existe una asociación significativa y fuerte entre el nivel de apoyo social percibido y el nivel de los hábitos alimentarios. Por lo cual al ser una asociación positiva se puede correlacionar los hábitos alimentarios y el nivel de apoyo social, la cual determina una relación positiva ($p=0.000$) a mayor apoyo social percibido, tienden a presentarse mejores hábitos alimentarios.

En resumen, existe una relación positiva y significativa entre ambas variables, aunque la magnitud de la correlación no implica causalidad.

Tabla 9.

Hábitos alimentarios y nivel de apoyo social

			Nivel de apoyo social percibido		χ^2	p*
			Medio	Máximo		
Nivel de hábitos alimentarios	Inadecuados	f	5	9	19.464	0.000
		%	35.7%	64.3%		
	Parcialmente inadecuados	f	37	232		
		%	13.8%	86.2%		

Adecuados	<i>f</i>	2	105
	%	1.9%	98.1%

Nota: Fuente encuesta directa. $p < .05$ asociación significativa.

8.2 Resultados Cualitativos

Características sociodemográficas

Se realizaron 28 entrevistas semiestructuradas en las cuales participaron adultos mayores de 18 años (13 hombres y 15 mujeres), siendo la mayoría de la ciudad de Monterrey y el diagnóstico de discapacidad física más frecuente fue amputación.

Red social

El principal apoyo social que recibieron las personas que tienen discapacidad física fue principalmente de sus familiares entre ellos sus padres, hermanos, parejas y/o hijos, los entrevistados mencionan:

“me siento apoyado...principalmente por mi familia” (E1).

“me siento apoyada por mi pareja y mis hijos...siempre han estado para mí” (E3).

“ehh sí, mi hermana mayor, como con ella, me llevo bastante y vive cerca, también ella me ayuda mucho” (E12).

Apoyo emocional o informativo

En cuanto al apoyo emocional algunas de las personas pueden ser independientes y recurrieron a sus familiares para ciertas actividades físicas, acompañarlos a consulta o terapia, si bien al principio fueron realizando sus actividades poco a poco sus familiares estuvieron presentes para apoyarlos y sobre todo intentan no ser una carga además los familiares y amigos suelen ofrecer palabras de aliento y compañía en momentos de depresión o estrés. Los entrevistados expresaron que valoran mucho el apoyo especialmente cuando se sienten comprendidos en sus necesidades emocionales, los entrevistados refirieron:

“pues de mi mamá y dos hermanos...siempre que necesito algo ya sea de ayuda, no económica, sino que necesito mover alguna cosa, alguna actividad subir ropa, bajar bolsas” (E2).

“cuento con el apoyo de mi mamá ya vez que ella es la que me trae a las terapias y me hace compañía en la casa” (E4).

:

“mis hijas son con las que me desahogo más porque pues con mujeres y somos más sentimentales a veces llego a derramar una que otra lagrime” (E3).
“sobre todo mi mamá cuando me siento triste o así le cuento a ella y me escucha” (E13).

Apoyo funcional efectivo

Las relaciones de amistad fueron un elemento clave, sin embargo, variaron en cuanto a su expresión afectiva y frecuencia de contacto, pero todas compartieron un componente emocional. Algunos participantes destacaron que, aunque su grupo de amigos no es muy unido ni demuestran afecto físico, mantienen una conexión emocional significativa que les brinda su apoyo cuando lo necesitan. Otros resaltaron relaciones más íntimas y cercanas, ya que su amistad la hacen sentir en completa libertad para expresarse sin temor a ser juzgados. Mostraron vínculos amistosos diversos, y que cada persona valora distintos aspectos de ellos, ya sea la disponibilidad, el cariño emocional o la comprensión emocional. Lo central de estas relaciones fue la sensación de apoyo y el acompañamiento emocional, más allá de las demostraciones externas. los entrevistados mencionaron:

“digo regularmente apegados a mi grupo de amigos somos muy distancias, si quiero salir con amigos les hablo que si quieren hacer algo y se hace” (E1).

“puede que no tanto por parte de mis amigos, porque no son muy cariñosos físicamente, pero emocionalmente sí” (E11).

“Pues normalmente con mi círculo de amigos, pero especialmente con mi amiga Helen, que la quiero mucho. Ella siempre me ha escuchado, suelo

desahogarme mucho con ella. Luego me pongo a chillar mucho, pero nunca me siento criticada ni juzgada por ella y de toda la comodidad del mundo para exprésame con mi amiga Helen” (E15).

Apoyo de interacción social positiva

Se destacó la importancia de sentirse incluidos y valorados dentro de sus círculos sociales y familiares. Algunos mencionaron que sus familiares, como primos y amigos, los integraban en actividades como reuniones, salidas al centro comercial, o visitas en casa para compartir juegos y películas. Se valoró especialmente la inclusión activa, debido a que se siente parte de los planes familia. También se resaltó el papel de la familia como un pilar afectivo y de unión, con actividades constantes como reuniones dominicales, ya que la influencia positiva de la familia en su inclusión social desde la infancia que les permite desarrollar habilidades para relacionarse mejor en su adultez, compártieron, una experiencia de convivencia familiar en un cumpleaños, subrayando el valor de esos momentos compartidos. En conjunto, estos relatos reflejaron cómo la inclusión, tanto familiar como social, fue clave para el bienestar y sentido de pertenencia de los individuos, los entrevistados refirieron:

“cuando hacemos reuniones regularmente de primos ellos me incluyen en los planes, pues ahí siento que, si soy incluido en su reunión” (E1).

“pero tengo mis cuatro amigos que siempre han estado conmigo y apoyado e incluido, y realmente eso me hace sentir valorada y amada por ellos. Ya de adulta, es más sencillo relacionarme porque ya no hay tantos estereotipos ni nada y que también mis papás siempre me hicieron sentir incluida en la sociedad y que fuera más independiente, por eso siempre he estado en escuelas normales y siento que eso me ayudó mucho a saber desenvolverse con la gente... mi familia siempre ha sido muy unida. Desde que soy chica. Siempre procuramos que los domingos sean familiares, nos reunimos. Vamos al cine, vamos a casa de una tía de mi prima, hacemos carnes asadas algo muy Regio” (E15).

“de hecho sí hace como unos dos una semana cumple años mi hijo y vinieron por mí ahí estuvimos con ellos y pues fue mi mi ex y mi hija y pues ahí estuvimos conviviendo de hecho sí” (E16).

Experiencias depresión

Las experiencias relacionadas con la depresión reflejan un profundo sentimiento de tristeza que afecta la vida cotidiana, mencionaron una falta de energía y motivación para realizar actividades de la vida diaria, así como dificultades para encontrar placer en situaciones que antes generaban satisfacción de las personas entrevistadas. Los testimonios revelaron que la depresión es una experiencia compleja y profundamente personal que va más allá de la simple tristeza. Se manifiesta de distintas formas: desde síntomas físicos como el cansancio externo o sensaciones corporales intensas, hasta estados emocionales como la soledad, la desesperanza, la falta de motivación y la desconexión con uno mismo y con los demás. Afecta la energía vital, el deseo de participar en actividades cotidianas y la percepción del entorno social. Estos relatos evidencian que la depresión no solo es una cuestión de ánimo, sino una condición que impacta todos los aspectos de la vida, y subrayan la importancia de comprenderla como empatía y profundidad para poder ofrecer apoyo adecuado a quienes la padecen. Los participantes mencionaron:

“A mí se me manifiesta en sueño, me da mucha tristeza, digo mucho sueño, mucho sueño y así como que flojera de no hacer nada, que ya tiene mucho rato que no me pasa, gracias a Dios”. (E10).

“para mí la depresión es tristeza en el alma” (E14).

“es estar sin ganas de hacer cosas que usualmente me hace. También sentir mucha tristeza, sentir soledad, y pues simplemente que no soy bienvenida o invitada a ciertos lugares.” (E15).

“Empiezo a sentir cómo... cómo muy caliente el estómago y luego todo ese caliente se me sube a la cabeza y se me va para los brazos y luego empiezo a tener mucha energía” (E22).

Experiencias ansiedad

Las experiencias vinculadas a la ansiedad destacan un estado de preocupación constante y una sensación de alerta que afecta su bienestar. Se describieron síntomas físicos como taquicardia, sudoración excesiva y tensión muscular, acompañado de pensamientos obsesivos sobre eventos futuros, algunas personas mencionaron dificultad para conciliar el sueño, mientras que otras experimentaron ataques de pánico en situaciones inesperadas. La incertidumbre y el miedo a perder el control son aspectos recurrentes, lo que generó agotamiento emocional. Los entrevistados refirieron:

“Esa que me dio hace como seis meses, que no podía dormir y que... Y ayer, al contrario, nada más tenía mucho miedo y no me podía dormir y mucha... Mucha, así como, como miedo a la oscuridad y me paraba, pero ahí era al revés, ahí no me daba, me daba miedo, pero no me daba lo que antes me daba cuando estoy deprimida, que me pongo muy ansiosa y me pongo muy imperativa a hornear o a hacer limpieza o a hacer algo. Y ahí no, nunca había presentado un episodio de ansiedad hasta esta vez. Y de eso me está tratando ahorita” (E10).

“hay veces en las cuales me siento muy ansioso y quiero gritar, hay veces en las cuales me siento ansioso y solamente quiero estar con mí, con mí, con mí, con mí. He tenido episodios de ansiedad en los cuales como mucho y suelo subir de peso bastante y sería principalmente eso, la comida... al momento de yo despertarme, el ver que no tenía pierna, eso fue un episodio increíble de ansiedad, o sea, como digo, esos cinco minutos que sentí, se sintieron como horas, horas, horas, horas, horas. Quería de alguna forma deshacerme de toda esa emoción, pero pues no podía de ninguna forma” (E11).

“cuando hay mucha aglomeración de personas o en la calle, los carros o algo así, que yo sienta que estén muy cerca de mí, pues. Pues sí, este me pone en una situación muy de de nervios, el no saber qué hacer. Y pues sí, muchas veces no. Pues no sé cómo controlar eso... Pues sí siento las cosas muy cerca de mí o por ejemplo en los carros el pues no saber qué qué hacer o pues sí, el

que no me pueda mover este y depender de más personas también eso es lo que me causa” (E15).

“bastante. Eh... cómo la... también en las noches eh... o también durante el día a la hora de, de... de no hacer las cosas que hacía antes, de no poder levantarme o batallar mucho para levantarme o... o no poder... sí, no poder cumplir mis actividades diarias, si me siento bastante ansioso y empiezo cómo a... caer en un delirio muy grande” (E22).

Experiencias estrés

Las vivencias relacionadas con el estrés están marcadas por una sobrecarga emocional y física que se deriva de exigencias personales y laborales. Las personas describieron sentirse abrumadas por la acumulación de responsabilidad, lo que impacta en su concentración, estado de ánimo y capacidad para la toma de decisiones. Se mencionó una sensación de estar al límite con una constante tensión que dificulta la relajación y el disfrute de las actividades recreativas. En algunos casos el estrés se manifestó en síntomas físicos como dolores de cabeza, problemas digestivos y fatiga crónica. Los participantes dijeron:

“Me aisló, casi no tengo comunicación, estoy en mis cosas, cuando siento que ya se me fue ahora si siento diferente... a veces uno con discapacidad se siente limitado hacer ciertas cosas que quisiera hacer como el resto de la sociedad sin embargo no se puede acudir a terapia y entendí que debo aceptarme tal y como soy por eso te mencionaba todo esto detrás de cosas que yo pase” (E1).

“por trabajos que si tu tuvieras la paciencia si se pueden hacer si, pero como uno es quiere todo rápido pues eso empieza a estresarse sientes la nuca pesada si sientes que no va a poder con el problema me entiendes yo tengo conocidos que así son y conocidas también que me dicen ando muy estresada pues su pues es que te preocupas mucho por el trabajo te preocupas mucho por lo que te dan de tarea o no sé si, pero todo esto eso yo lo veo, así como el estrés” (E7).

“Este él no saber que que van a comer a lo mejor mi familia, que depende todavía de mí y todo eso pues también me ocasiona el estrés igual el que a mí me han dicho que de momento un momento a otro puedo quedar paralítica, entonces eso obvio...” (E18).

“sí estuve en un estrés muy grande al momento de que me pasó el accidente. Eso fue un estrés muy grande, al momento de que supe que tenía que llegar al hospital. Supe que... supe que tenían que operarme, supe todo lo que me tenían que hacer también fue un estrés muy grande y que tuve que, no tuve que pasar solo, pero si tuve que pasar de que, con mi familia, con mi pareja, entonces ellos... ellos también les transmití el estrés que tenía, y... todavía después de la operación pues obviamente era un estrés muchísimo más grande de que, de que, que iba a hacer, cómo... cómo iban a ser las cosas, cómo iba a ser la recuperación y todo eso. Entonces, si sufrí mucho estrés durante todo eso. Estoy sufriendo mucho estrés durante todo esto, todavía es fecha que lo sigo sufriendo, y... pues sí. Si hay mucho estrés” (E22).

Factores que desencadenan depresión

Entre los factores que pueden desencadenar depresión se encuentra la pérdida de seres queridos, como padres, hijos, o amigos, así como limitaciones físicas derivadas de su discapacidad o enfermedad. La falta de independencia y la necesidad de depender de otros para realizar actividades diarias pueden causar frustración, así mismo los problemas familiares y conflictos emocionales, junto con la falta de inclusión en eventos sociales o familiares, aumentan el sentimiento de soledad. La ausencia de apoyo emocional o la sensación de ser incomprendido por el entorno también son factores determinantes, además de situaciones como el abandono, como el término de una relación tras su discapacidad, y fracasos en el ámbito profesional o personal, la dificultad de conseguir empleo o adaptarse a nuevas circunstancias pueden contribuir al desarrollo de la depresión. Los entrevistados refirieron:

“mi psicóloga me dijo que tenía depresión después de mi operación de hecho yo digo que por la depresión el no querer seguir adelante me hizo

decaerme y deje de ir a terapias y eso me afectó y por eso todo este proceso se ha alargado mucho” (E3).

“Cuando a mí me paso esto me caí bien gacho me fui hasta el suelo porque pues porque me paso... y duele bien gacho cuando pierdes a un ser querido que siempre teníamos nuestras diferencias, pero pues era mi papá” (E4).

“nada se compara con la depresión que tuve al perder mi pierna. Es como la escena de... no me acuerdo cómo se llama esa película, pero es una persona a la cual pierde la pierna y no se da cuenta. Despierta y está sin pierna y no sabe qué onda y obviamente grita y está enfurecido” (E11).

“el primer causante de mi depresión porque pues mucho tiempo lo jugué, mucho tiempo hice ejercicio y que pues ya no podía hacer lo mismo que antes y me afectó”. (E19).

Factores que desencadenan ansiedad

Los entrevistados mencionaron que la ansiedad la identifican como sensación de miedo, desesperación e hiperactividad, los factores que provocan ansiedad son preocupación por problemas familiares o personales, la sensación de no tener el control de ciertas situaciones, limitaciones físicas que impiden hacer sus actividades cotidianas y la necesidad de mantener un orden o control del entorno.

“me da ansiedad, a veces me da ansiedad por comer o por hacer y no paro, soy muy imperativa, me pongo muy imperativa, esa es la palabra” (E10).
“por lo mismo de que no puedo hacer muchas actividades yo sola y tengo que estar en reposo por lo mismo el esguince para que me pueda recuperar más rápido pues sí he sentido un poquito de ansiedad... Como sentirme muy nerviosa o a veces que te palpita el corazón muy rápido o que empiezas a sudar” (E13).

“no puedo realizar actividades que normalmente hacía con facilidad y, pues, no poder salir como antes lo hacía” (E19).

Factores que desencadenan estrés

Se reflejan que las limitaciones físicas, económicas y emocionales generan altos niveles de estrés. Muchos expresaron frustración por no poder realizar actividades cotidianas, como subir escaleras, conducir, o realizar tareas domésticas, lo que les provoca ansiedad y desesperación. La preocupación por aspectos financieros, como no poder cubrir los gastos o tener que pedir ayuda, también es una fuerte constante de estrés. Además, algunos participantes mencionaron como las cirugías y problemas de salud física, como la pérdida de cabello o la incertidumbre sobre su futuro, aumentan su nivel de estrés. La incapacidad de llevar su vida normal, salir o disfrutar de actividades que antes les gustaban, genera una sensación de impotencia y desesperanza. En general se destaca que el estrés surge de la imposibilidad de realizar las cosas que antes formaban parte de su vida cotidiana. Los entrevistados refirieron:

“o sea quiero manejar y no me dejan y pues me hacen estresarme porque si no estuviera discapacitada si podría hacerlo... no hay día que no me den ansias a veces grito por desesperada, pero bueno al tener una limitación qué más puedo hacer” (E3).

“siento como la desesperación o los recuerdos, como te comento que quiero salir, quiero ir a donde yo quiera, y no lo puedo hacer ya” (E12).

“me estresaba por mis cirugías, incluso llegaba a perder mi pelo, o sea de que había huecos en mi cabeza porque pues me estresaba demasiado como que él saber qué pasará después de una cirugía eh o sí incluso pues sería la última vez que yo me encontraría con vida o así entonces sí me llevaba a estresar muchos aspecto, y... actualmente pues sí me llevo a estresar con los deportes porque me gusta mucho salir, de cierta forma en mi deporte o incluso en la escuela, entonces sí me ayuda a estresar muchos aspectos o incluso, pues mi manera de ser es bajo estrés.” (E21).

Hábitos alimentarios

En cuanto a los hábitos alimentarios la mayoría de los participantes señalaron que sus comidas son preparadas principalmente por sus madres, quienes tienen un rol central en la alimentación familiar. Comer en familia es una práctica común, especialmente durante las comidas principales, aunque algunos también comen solos, sobre todo cuando los demás miembros están ocupados o ausentes. En ocasiones, otros integrantes del hogar, como el padre o el propio paciente con discapacidad física, también colaboran con la preparación de alimentos. Aunque predominan las comidas caseras, algunos recurren a la comida rápida en situaciones donde no puede cocinar por sí mismos. Comer acompañado, ya sea por la familia o la pareja, es una constante, resaltando el valor de la convivencia durante las comidas.

“normalmente sí mi mamá me hace de comer y así, pero cuando ella no está, que también a veces ella tiene cosas que hacer, a veces tiene actividades en la iglesia y pues se tiene que ir, y en esas situaciones pues sí tengo que pedir comida rápida porque no puedo mantenerme de pie para hacer de comer”. (E13).

“solemos comer en familia, es raro la vez que yo sola comer sola. Normalmente siempre es con mi familia este y pues sí, o sea, todos juntos. Y pues sí, o sea, normalmente solemos comer este en la casa, mi mamá es la que de repente ahí se avienta sus recetas que ve en Internet o así me dice que ay acabo de preparar algo nuevo o así este o también de repente que pues al que se le pega así de que la loquera es a mi papá que le gusta mucho ir a restaurantes o así que, pues lo solemos controlar un poco, pero a veces es inevitable. De que vamos a algún restaurante o así, pero pues normalmente. Mi mamá cocina en casa y comemos ahí” (E15).

“Mi mamá y mi papá, muchas veces, o incluso yo, a veces soy yo la que me he preparado el desayuno, mi mamá la comida y mi papá la acera. Cada quien pues hacemos como que... o ayudamos en en las comidas” (E21).

“por decir aquí en en casa son personas ocupadas, entonces, regularmente cuando como pues es solo, o si acaso en la noche, que es cuando cenamos juntos” (E26).

Los tipos de alimentos que consumen están ligados a costumbres y preferencias personales, como el consumo de alimentos típicos de la región, como tacos, caldos, frijoles y tortillas. También suelen evitar alimentos como nopales, cebolla, o irritantes y los cambios en su alimentación es debido a problemas en la salud como gastritis, reflujo y diabetes, eliminando irritantes o reduciendo el consumo de grasas y azúcares. Los participantes mencionaron;

“Pues frijoles, carne, pollo. Soy muy... No me gusta cocinar todos los días lo mismo. Compró pollo, pescado, carne de puerco, carne roja. Y este... O sea, eso sí” (E10).

“dependiendo cómo me sienta, dependiendo qué este haciendo, dependiendo donde este, pueden ser tacos, pueden ser boneless, pueden ser hamburguesas, pueden ser... cualquiera de esas cosas, casi siempre es comida un poquito ya más comprada o así. Pero... también es, dependiendo sí” (E22).

“eeh no me gusta comer cosas que tenga ni picante ni nada porque como este o algo pesado porque tengo un problema verdad como que me da el reflujo y eso entonces como como más o menos como los cuatro o tres de la tarde, y ya ya no ya no como nada más de la fruta porque eso me ayuda, siento que me haces digestión y no no ando, así como repitiendo o que traiga reflujo y eso” (E27).

Hay una presencia notable del consumo de frutas en sus dietas, ya sea como parte del desayuno, snacks o acompañamiento. Las frutas como el plátano, manzana, melón, y guayaba son recurrentes y algunas las asocian con beneficios para su bienestar emocional y digestivo. El pan y el café son consumidos con frecuencia, especialmente en el desayuno o en climas fríos. Algunos mencionan una alta ingesta de proteínas como pollo, huevo, carne y

pescado, y una intención de reducir carbohidratos o evitar carnes rojas y embutidos. En cuanto a bebidas, predominan el agua natural, jugos naturales, aguas frescas (como de guayaba, sandía o jamaica), y el consumo ocasional o regular de refrescos. Los entrevistados comentaron;

“es que si comemos mucho pan sobre todo cuando hace frio...todos los días fruta con yogurt que plátano, o fresa, o manzana y si no hay yogurt una fruta con chilito” (E5).

“De proteínas bastante, porque por lo general consumo mucho huevo, pollo, carne, frutas, por lo general intento más que todo en la mañana y a media tarde es donde más como frutas. Siempre intento acompañar de verduras mis alimentos, lo que menos consumo creo que son carbohidratos y ya...Agua o jugo o Squirt, son las principales, o coca, coca sin azúcar” (E11).

“Sopa, carne, verduras. A mí me gusta mucho la fruta, yo soy muy frutera, demasiado. Siempre quiero tener o trato de tener fruta, porque es algo que también eso me ayuda parte de mi organismo, es que a mí la fruta me relaja, me relaja y mi familia trata de tenerme siempre fruto, como decimos, para buzguear. Es lo que me ayuda.” (E14).

“Todos los días, en mi es snacks, siempre agrego de que una fruta me gusta mucho el plátano, pero el plátano no amarillo, esos saben feos, me gusta mucho los que tienen como que puntitos ahí, pero pues sí, siempre estoy de que un licuado o de que frutas, incluso lo uso ya para cenar algo, si llego a consumir mucho la fruta y de verduras el brócoli es mi favorito... mayormente, siempre es con agua, una que otra vez a la semana pues llego a comprar como que limonadas o coca, la coca sí es como de que tenerlo tenerlo que poner con agua porque pues sí sabe feo sola con mucho gas.” (E21).

“Eh... casi siempre es con coca cero, cero azúcar. Pero, pues si no lo tengo ahí a la mano puede ser cualquier tipo de refresco o agua. La verdad eso no es un problema, eh... soy muy versátil en todo eso. Puedo tomar lo que sea con cualquier comida” (E22).

CAPÍTULO 6

9. DISCUSIÓN

Los hallazgos del presente estudio concuerdan con respecto a los resultados encontrados por Páez y Gallardo (2020), quienes tienen mayor apoyo social suelen mantener vínculos afectivos más estrechos y una red de apoyo emocional más sólida, en esta investigación, refuerzan la idea de que una red de apoyo sólida puede actuar como un amortiguador, previniendo el bienestar emocional, la autonomía y la calidad de vida. Además, ambas investigaciones reflejan que el contexto social ya sea favorable o limitado tiene consecuencias concretas sobre la percepción de la salud y el estado psicológico.

Los hallazgos del presente estudio refuerzan la idea de que el apoyo social es un factor clave en el bienestar de las personas con discapacidad física, coincidiendo con investigaciones previas que destacan su rol protector frente a efectos psicológicos adversos como el estrés y la ansiedad (Rodin et al., 1992). La percepción de un nivel máximo de apoyo social en el 88.7% de los participantes es un indicador positivo, alineado con estudios como el de Zhao et al. (2022), quienes encontraron que el apoyo social se correlaciona positivamente con la resiliencia y negativamente con la depresión. Estos resultados subrayan la necesidad de fortalecer las redes de apoyo en personas con discapacidad para mejorar su bienestar emocional y calidad de vida.

A pesar del alto nivel de apoyo social reportado, se identificó que casi la mitad de la muestra presenta algún nivel de depresión, con un 18.4% en niveles severos y extremadamente severos. Esta situación es preocupante, ya que concuerda con los hallazgos de Morin et al. (2020) y Luna et al. (2020), quienes evidenciaron una fuerte asociación entre discapacidad y depresión. La relación bidireccional entre estos dos factores sugiere que no solo la discapacidad puede generar depresión, sino que los síntomas depresivos pueden exacerbar

la discapacidad al limitar la participación en actividades diarias y sociales. Esto resalta la importancia de diseñar intervenciones específicas para la salud mental en esta población, abordando tanto el apoyo social como estrategias psicológicas para el afrontamiento de la discapacidad.

En contraste con la alta prevalencia de depresión, el 88.5% de los participantes no reporta niveles significativos de ansiedad, lo que difiere de estudios como el de Merino (2022), donde se encontró una alta prevalencia de ansiedad en pacientes con enfermedades crónicas. Esta diferencia podría explicarse por variables no controladas en el presente estudio, como las estrategias de afrontamiento individuales, el nivel de autonomía personal y la percepción de control sobre la propia vida. Además, la presencia de un apoyo social significativo podría haber funcionado como un factor amortiguador de la ansiedad, explicando la divergencia con otros estudios.

Por otro lado, el presente estudio contrasta de manera significativa con los hallazgos reportados por Lozano et al (2020) en población colombiana, ya que identificaron niveles moderados de ansiedad y depresión, así como niveles bajos de apoyo social, en esta investigación los participantes reportaron mayor nivel de apoyo social y bajos niveles de ansiedad y una prevalencia menor de síntomas depresivos severos. Otro aspecto relevante es la disparidad en el apoyo interpersonal reportado, mientras que en el estudio de la muestra colombiana se evidencian dificultades en el acceso o percepción del apoyo social, en este estudio se muestran una presencia abrumadora de redes de apoyo fuertes, la cual podría estar actuando como factor protector frente a los síntomas de ansiedad y depresión. Estas diferencias pueden atribuirse a varios factores.

Respecto al estrés, un 38.6% de los participantes presentó algún nivel de estrés, con un 19% en categorías moderadas. Esto concuerda con estudios como el de Paredes & Fierro (2022), quienes encontraron que el 40% de las

personas con discapacidad reportaban altos niveles de estrés. La presencia de estrés en esta población puede estar influenciada por factores como las barreras arquitectónicas, el acceso limitado a recursos y servicios, o la discriminación social, lo que subraya la necesidad de diseñar estrategias de afrontamiento eficaces para mitigar su impacto. Intervenciones como la terapia cognitivo-conductual o programas de mindfulness podrían ser beneficiosas en este contexto.

En cuanto a los hábitos alimentarios, los resultados del presente estudio concuerdan con estudios previos como los de Crespo et al. (2020) y Ayuquina (2023), que evidencian el impacto de los hábitos alimentarios en la salud de personas con enfermedades crónicas. Debido a que en este estudio hábitos alimentarios los participantes son parcialmente inadecuados sigue que, si no se interviene oportunamente, podrían desarrollar complicaciones de salud.

Sin embargo, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre los hábitos alimentarios y los niveles de depresión, ansiedad o estrés. Esto contrasta con investigaciones como la de Dong et al. (2020), quienes sugieren que la alimentación puede influir en la salud mental. La falta de relación significativa en este estudio podría deberse a factores no controlados, como la actividad física, el acceso a recursos nutricionales o diferencias individuales en la respuesta al estrés. Esto indica la necesidad de estudios futuros que analicen más detalladamente estas interacciones.

Un hallazgo relevante fue la relación positiva y significativa entre el nivel de apoyo social y los hábitos alimentarios ($p=0.000$), lo que sugiere que un mayor apoyo social se asocia con mejores hábitos alimentarios. Esto concuerda con estudios como el de Álava et al. (2020), quienes encontraron que el apoyo familiar y social favorece el bienestar en personas con discapacidad. La implicación de este hallazgo es que fomentar redes de apoyo podría desempeñar un papel clave en la promoción de hábitos saludables en esta

población. Programas comunitarios de educación nutricional que involucren a familiares y cuidadores podrían ser una estrategia efectiva para mejorar la alimentación en personas con discapacidad.

Los resultados obtenidos resaltan la importancia del apoyo social en personas con discapacidad física, principalmente proveniente de familiares cercanos como padres, hermanos, parejas e hijos. Este hallazgo coincide con el estudio de Álava et al. (2020), donde la familia se identificó como el principal sostén emocional y un factor clave en la resiliencia. La asistencia en actividades diarias y terapias, así como el apoyo emocional, fortalecen el bienestar de estas personas, lo que coincide con el impacto positivo de la búsqueda de apoyo social descrito en dicho estudio.

El apoyo funcional de amigos y redes sociales también es significativo, aunque en algunos casos las relaciones pueden ser distantes. No obstante, las interacciones sociales positivas fortalecen la autoestima y la sensación de inclusión, favoreciendo la adaptación a la discapacidad. Este hallazgo es consistente con los resultados de Álava et al. (2020), quienes identificaron que el uso de redes sociales y los estilos de afrontamiento son factores moduladores clave para la resiliencia en personas con discapacidad.

En cuanto a la salud mental, la depresión y la ansiedad afectan significativamente la calidad de vida de las personas con discapacidad. Los participantes del estudio reportaron sentimientos de tristeza, pérdida de motivación y dificultades en la realización de actividades diarias, los cuales están influenciados por la pérdida de seres queridos, limitaciones físicas y problemas familiares. Estos resultados son similares a los obtenidos por González, Giraldo y Forero (2022), quienes encontraron que las secuelas físicas y psicológicas de una enfermedad cerebrovascular generan exclusión, aislamiento y estigmatización, lo que a su vez impacta en el bienestar emocional de los afectados.

La ansiedad también es un problema relevante, manifestándose a través de síntomas físicos como taquicardia y sudoración, así como pensamientos obsesivos y ataques de pánico. La incertidumbre y la falta de control sobre su situación generan un impacto significativo en su bienestar emocional. En este sentido, el estudio de González et al. (2022) también destaca la necesidad de un proceso de reincorporación a la sociedad, ya que la dependencia puede generar sentimientos de frustración y resignación.

Los hallazgos encontrados en los estudios concuerdan con los resultados de Delgado et. al (2025), ambos estudios destacan los resultados de ansiedad y depresión no se presentan como fenómenos aislados, sino que conforman un entramado complejo que involucra dimensiones físicas, emocionales, sociales y existenciales. En ambos casos, la ansiedad se manifiesta con una sintomatología clara, como taquicardia, insomnio o hipervigilancia y la depresión emerge como una experiencia de desconexión con la vida pérdida del sentido, cansancio vital y asilamiento. En este sentido los resultados refuerzan el planteamiento de Delgado et al., en el que se reconoce como el sufrimiento psicológico se intensifica cuando se ve comprometida la funcionalidad, la autonomía o el tejido relacional de los sujetos.

Los resultados obtenidos en este estudio muestran una notable coincidencia con los hallazgos reportados por Cipriano, et. al. (2020) en relación con el papel central de la familia particularmente de la figura materna en la organización, preparación y provisión de los alimentos para personas con discapacidad física. En ambos contextos, la alimentación trasciende su dimensión biológica y se configura como un acto cargado de significado social, emocional y simbólico. Comer acompañado, ya sea con la familia o la pareja, aparece como una práctica altamente valorada que fortalece el sentido de pertenencia y bienestar emocional, mientras que comer en soledad puede

generar sentimientos de frustración o aislamiento, como también se evidencia en el estudio español.

Estos resultados subrayan la relevancia del apoyo social y la necesidad de fortalecer las redes de apoyo para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Además, evidencian la importancia de implementar estrategias de afrontamiento positivas y brindar acceso a intervenciones psicológicas que ayuden a reducir la depresión y la ansiedad en esta población.

CAPÍTULO 7

10. CONCLUSIONES

Los hallazgos obtenidos evidencian de forma clara la persistencia de factores estructurales, sociales e institucionales que condicionan la salud de las personas con discapacidad física. Los resultados reflejan que el apoyo social es un papel fundamental para el bien de las personas con discapacidad física, su relación positiva con los hábitos alimentarios resalta la importancia de fortalecer las redes de apoyo que promuevan la salud de esta población.

En cuanto a la depresión, ansiedad y estrés la alta prevalencia encontrada en la muestra refuerza la necesidad de intervenciones específicas en salud mental, se resalta la relación bidireccional entre discapacidad y depresión que sugiere estrategias de afrontamiento efectivas podrían mitigar este problema, debido a que el apoyo social podría desempeñar un papel clave en su reducción. Sin embargo, se requieren más investigaciones para comprender mejor los factores que influyen en su prevalencia, su presencia significativa en la muestra indica la necesidad de diseñar estrategias efectivas de afrontamiento, especialmente considerando los desafíos adicionales que enfrenta esta población, como las barreras arquitectónicas y la discriminación.

Finalmente, los hábitos alimentarios mostraron una fuerte relación con el apoyo social, sugiriendo que las intervenciones en este ámbito podrían beneficiarse de un enfoque comunitario. No obstante, la falta de relación significativa con la salud mental indica la necesidad de explorar otros factores que puedan influir en esta conexión.

Los resultados permiten comprender que las problemáticas identificadas deben abordarse como expresiones de un entramado complejo de determinantes sociales que demanda intervenciones sistemáticas, sostenidas y culturalmente contextualizadas. La importancia de intervenciones multidimensionales que aborden el apoyo social, la salud mental y los hábitos

de vida saludables de manera integrada, esto puede contribuir al diseño de programas de atención integral para personas con discapacidad física, enfatizando la importancia del apoyo social y la promoción de hábitos de vida saludables.

CAPÍTULO 8

12. REFERENCIAS

- Álava, Z., M, Diaslen, F., & Ferrer, D., (2020). Resilience in a Group of People with Physical-Motor Handicaps. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36(4), e1150. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252020000400006&lng=es&tlng=en.
- Antúnez, Z., & Vinet, E., (2012). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia psicológica*, 30(3), 49-55. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000300005>
- Ávila, M., Castro, A., Nuñez, G., Zambrano, A., & Martínez, A. (2022). Percepciones maternas sobre las prácticas alimentarias en escolares de Monterrey, México. *Revista chilena de nutrición*, 49(3), 368-377. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182022000300368>
- Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial (2021). Inclusión de las personas con discapacidad en América Latina y el Caribe. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099140012012142009/pdf/P1753830860ccc05c0a4400a141537f3421.pdf>
- Barrón, A. (1996). Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid: Siglo XXI.
- Blasco, G., Romero, L., Bolado, V., Ramírez, I., & Rivera, M. (2020). Alimentación en estudiantes con discapacidad. *Horizonte sanitario*, 19(3), 311-323. <https://doi.org/10.19136/hs.a19n3.3653>
- Boigues, B., García, P., & Utrilla, S., (2021). Estrategias de afrontamiento en la enfermedad y duelo e influencia de las redes sociales de apoyo. Estudio cualitativo. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, (127), 67-73. <https://www.enfervalencia.org/ei/127/ENF-INTEG-127.pdf>

- Carrizo, V., Isnardi, C., Schneeberger, E., Barbich, T., Luna, G., Dapeña, J., Cerda, O., Cavalieri, M., & Citera, G., (2022). Impacto de la presencia de depresión y ansiedad en pacientes con artritis psoriásica. *Revista argentina de reumatología*, 33(2), 52-66. <https://dx.doi.org/10.47196/rar.v33i2.650>
- Centro de Documentación y Estudios SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa (2011). Cómo concebimos la atención residencial. Pautas básicas para una atención de calidad a las personas con discapacidad. Diputación Foral de Álava, Vivir mejor. Fundación Eguía-Careaga Fundazioa. p243. http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26165/vivir_mejor.pdf
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2020). Las discapacidades y la salud. <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/disabilityandhealth/disability.html>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2020). Las discapacidades y la salud. Afecciones relacionadas. <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/disabilityandhealth/relatedconditions.html#:~:text=La%20salud%20mental%20tiene%20que,depresi%C3%B3n%20que%20las%20otras%20personas.>
- Cipriano-Crespo, C., Rodríguez-Hernández, M., Cantero-Garrito, P., & Mariano-Juárez, L. (2020). Eating Experiences of People with Disabilities: A Qualitative Study in Spain. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 8(4), 512. <https://doi.org/10.3390/healthcare8040512>
- Corea Del Cid, M. T. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondureña*, 89(Supl.1), 46–52. <https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>
- Crespo, A., Martín, R., & Márquez, A., (2022). Hábitos alimentarios en pacientes atendidos en el Centro de Atención y Educación al diabético. Santa Clara. 2020. Cuba Salud. <https://convencionsalud.sld.cu/index.php/convencionsalud22/2022/paper/view/2455>

- DIF, Sistema. Nacional. (2016). Centros de Rehabilitación. gob.mx <https://www.gob.mx/difnacional/acciones-y-programas/centros-de-rehabilitacion>.
- Dong, L., Freedman, V., Mendes, C., (2020). La asociación de síntomas comórbidos de depresión y ansiedad con la aparición de discapacidad en adultos mayores. *Medicina psicosomática* 82(2): p158-164, 2/3 2020. | DOI: 10.1097/PSY.0000000000000763
- Esteban, M., Puerto, M., Fernández, X., Jiménez, R., Gil de Miguel, A., & Hernández, V. (2012). Factores que determinan la mala salud mental en las personas de 16 a 64 años residentes en una gran ciudad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 35(2), 229-240. <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272012000200005>
- Fachado, A., Menéndez, M., & González, A. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cadernos de Atención Primaria*, 19, 118-123. https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol_2/ParaSaberDe_vol19_n2_3.pdf
- Fernández Aragón, Shirley, Cáceres Rivera, Diana, & Manrique-Anaya, Yolima. (2020). Percepción del apoyo social en adultos mayores pertenecientes a las instituciones denominadas Centros de Vida. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 16(1), 55-64. Epub January 01, 2020. <https://doi.org/10.15332/22563067.5541>
- Fishman, N., Ashbaugh, R., Lanctôt, L., Cayley, M., Herrmann, N., Murray, J., ... & Swartz, H. (2019). The role of apathy and depression on verbal learning and memory performance after stroke. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 34(3), 327-336. <https://doi.org/10.1093/arclin/acy044>
- Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201-229. <https://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
- Gallardo, L., & Paéz, D. (2020). Aspectos familiares, redes de apoyo y discapacidad en personas mayores chilenas: Un estudio comparativo

- según contexto residencial. *Revista Prisma Social*, (29), 282–290.
Recuperado a partir de <https://revistaprismasocial.es/article/view/3551>
- Gallardo, L., Sánchez, I., Saiz, J., López, A., & Sánchez, E. (2021). Validación del Cuestionario de Apoyo Social Percibido en una muestra multiétnica de personas mayores chilenas. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 1(58), 79-91.
<https://www.redalyc.org/journal/4596/459669141007/html/>
- Gavilanes, V., Mendoza de Graterol, E., & Costales, B. (2021). INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL BIENESTAR HOLÍSTICO DEL ADULTO MAYOR. *Enfermería Investiga*, 6(1), 3–12.
<https://doi.org/10.31243/ei.uta.v6i1.1021.2021>
- Gelfuso, É., Rosa, D., Fachin, A., Mortari, M., Cunha, A., & Beleboni, R. (2014). Anxiety: a systematic review of neurobiology, traditional pharmaceuticals and novel alternatives from medicinal plants. *CNS & neurological disorders drug targets*, 13(1), 150–165.
<https://doi.org/10.2174/18715273113129990102>
- Gómez, L., Pérez, M., & Vila, J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud: una revisión. *Psicología conductual*, 9, 5-38.
https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/01.Bobassi_9-10a.pdf
- González, C., Echeagaray, Wagner, F., & Tapia, A. (2012). Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en México: análisis bibliométrico. *Salud mental*, 35(1), 13-20.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100003&lng=es&tlng=es.
- González, O., Giraldo, Á., y Forero, C. (2023). Vivir con secuelas de enfermedad cerebrovascular: experiencias y significados de las personas que las presentan. *Hacia La Promoción de La Salud*, 28(2), 32–45.
<https://doi.org/10.17151/hpsal.2023.28.2.3>
- Granados, L. (2022). Intervención en Crisis Emocional en Personas con Discapacidad Adquirida. Instituto Mexiquense para la Discapacidad.

<https://imedis.edomex.gob.mx/intervencion-crisis-emocional-persona-discapacidad-adquirida>.

Hernández, V., Marrufo, R., Esparza O., & Robles, A. (2022). Validation of the Beck scales (anxiety and depression) in a border population (northern Mexico) during the COVID-19 pandemic. *Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies*, 3(5), 155–168. <https://doi.org/10.51798/sijis.v3i5.452>

Instituto Nacional de Cáncer. (2023). Estrés. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionariosdiccionario-cancer/def/estres>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2020). Población y Vivienda. INEGI. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/cpv2020_pres_res_nl.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2021). RESULTADOS DE LA PRIMERA ENCUESTA NACIONAL DE BIENESTAR AUTORREPORTADO (ENBIARE) 2021. INEGI. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodem/ENBIARE_2021.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2020). Discapacidad. Recuperado de <https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx>

Ley General de Salud. (2024). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Recuperado el 10 de enero de 2024 de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

Luna, K., Fernández, J., & Astudillo, C. (2020). Asociación entre la discapacidad física y la incidencia de síntomas depresivos en adultos mayores mexicanos. *Biomédica*, 40(4), 641–655. <https://doi.org/10.7705/biomedica.5398>

Lo Buono, V., Palmeri, R., De Salvo, S., Berenati, M., Greco, A., Ciurleo, R., Sorbera, C., Cimino, V., Corallo, F., Bramanti, P., Marino, S., Di Lorenzo,

- G., & Bonanno, L. (2021). Anxiety, depression, and quality of life in Parkinson's disease: the implications of multidisciplinary treatment. *Neural regeneration research*, 16(3), 587–590. <https://doi.org/10.4103/1673-5374.293151>
- Lozano, J., Leal, T., Peña, M., Olivera, S., & Núñez, N. (2020). Depresión, ansiedad, apoyo interpersonal y dolor autopercebido en pacientes con síndrome de fibromialgia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 16(2), 399-411. Epub July 01, 2020. <https://doi.org/10.15332/22563067.5007>
- Secretaría de Salud. (2023). Llamam a neoleoneses a atenderse por depresión y problemas del sueño. Gobierno de Nuevo León. Recuperado 12 de mayo de 2024, de <https://www.nl.gob.mx/boletines-comunicados-y-avisos/llaman-neoleoneses-atenderse-por-depresion-y-problemas-del-sueno#:~:text=De%20acuerdo%20a%20los%20datos,sentimientos%20de%20tristeza%20o%20depresi%C3%B3n>.
- Marijanović, I., Kraljević, M., Buhovac, T., Cerić, T., Mekić Abazović, A., Alidžanović, J., Gojković, Z., & Sokolović, E. (2021). Use of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) Questionnaire to Assess Levels of Depression, Anxiety, and Stress in Healthcare and Administrative Staff in 5 Oncology Institutions in Bosnia and Herzegovina During the 2020 COVID-19 Pandemic. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 27, e930812. <https://doi.org/10.12659/MSM.930812>
- Martínez, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 613–619. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>
- Merino, P. (2022). Evaluación de la calidad de vida, ansiedad, depresión y discapacidad en pacientes diagnosticados con esclerosis múltiple y neuromielitis óptica tratados en el servicio de neurología del hospital de especialidades Carlos Andrade Marín, de la ciudad de Quito durante el año 2021. (Trabajo de investigación previa a la obtención del título de especialista en medicina interna). Pontificia Universidad Católica Del

- Ecuador, Facultad De Ciencias Médicas, Repositorio de Tesis de Grado y Posgrado. <http://repositorio.puce.edu.ec:80/handle/22000/20130>
- Morin, R., Insel, P., Bickford, D., Nelson, C., & Mackin, S. (2020). Depression Severity, but Not Cognitive Impairment or Frailty, is Associated with Disability in Late-Life Depression. *Clinical gerontologist*, 43(4), 411–419. <https://doi.org/10.1080/07317115.2019.1699882>
- Observatorio de discapacidad Barcelona (2023). Apoyo social. Recuperada el 5 de diciembre de 2023, de <https://www.observatoridiscapacitat.org/es/infografia-4-de-la-serie-la-poblacion-con-discapacidad-en-barcelona-ciudad-apoyo-social>
- Orcasita, L., & Uribe, A. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 4(2), 69-82. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862010000200007&lng=en&tlng=es.
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Discapacidad. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- Organización Mundial de la Salud, (2023, 31 de marzo). Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud, (2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud (2023). Estrés. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/stress#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20el%20estr%C3%A9s%3F,las%20amenazas%20y%20a%20otros%20est%C3%ADmulos>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). Rehabilitación. <https://www.paho.org/es/temas/rehabilitacion#:~:text=La%20rehabilitaci%C3%B3n%20es%20un%20conjunto,%2C%20trastorno%2C%20lesi%C3%B3n%20o%20trauma>.

- Organización Panamericana de Salud. OPS. Salud Mental. Recuperado 9 noviembre 2023 de <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
- Ortego, M., & López, S. (2006). Apoyo social. *Ciencias Psicosociales* 1, 11-15. https://ocw.unican.es/pluginfile.php/424/course/section/214/tema_13.pdf
- Quiroga, C., Parra, G., Moyano, C., & Díaz, M. (2022). Percepción de apoyo social y calidad de vida: la visión de personas mayores chilenas en el contexto de pandemia durante el 2020. *PROSPECTIVA. Revista De Trabajo Social E Intervención Social*, (33)57–74. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i33.11544>
- Paredes, B., Gabriela, Z., & Fierro, M. (2022). Estrategias de afrontamiento y estrés en personas con discapacidad física. *Revista Eugenio Espejo*, 16(3), 37-46. <https://doi.org/10.37135/ee.04.15.05>
- Peña, P., Gómez, E., Calvo, A., Arias, C., Lotero, M., & GiraldoF. (2023). Physiotherapy and integral rehabilitation of persons with disabilities: narrative review. *AVFT – Archivos Venezolanos De Farmacología Y Terapéutica*, 40(6). Retrieved from http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aavft/article/view/26062
- Quintero, F., Amaris, M., & Pacheco, R. (2020). Afrontamiento y funcionamiento en familias en situación de discapacidad. *Revista Espacios*, 41(17), 21-30. <https://www.revistaespacios.com/a20v41n17/a20v41n17p21.pdf>
- Secretaria de Gobernación. (2013). NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013#gsc.tab=0
- Secretaría de Salud. (2022). 2° Diagnostico Operativo de Salud Mental y Adicciones. México. p. 8-9. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/730678/SAP-DxSMA-Informe-2022-rev07jun2022.pdf>

- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social science & medicine* (1982), 32(6), 705–714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-b](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-b)
- Szarejko, K., Gołębiowska, M., Lukomska, M., & Kuć, J. (2023). Stress Experience, Depression and Neck Disability in Patients with Temporomandibular Disorder-Myofascial Pain with Referral. *Journal of clinical medicine*, 12(5), 1988. <https://doi.org/10.3390/jcm12051988>
- Torres, M., Canchari, A., Lozano, T., Calizaya, Y., Javier, D., & Saintila, J. (2020). Hábitos alimentarios, estado nutricional y perfil lipídico en un grupo de pacientes con diabetes tipo 2. *Nutrición Clínica Y Dietética Hospitalaria*, 40(2), 135–142. <https://doi.org/10.12873/402saintila%20>
- Vega, A. (2021). Discapacidad Por Dolor Lumbar Y Nivel De Ansiedad En Los Comerciantes De La Asociación De Propietarios Mega Plaza Ceres-2021. (Tesis Para optar el título profesional de Licenciada En Tecnología Médica En Terapia física Y Rehabilitación). FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, Escuela Académico Profesional de Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación. Repositorio Institucional. <https://hdl.handle.net/20.500.13053/5696>
- Villarreal, J., & García, M. (2022). La aplicación de entrevistas semiestructuradas en distintas modalidades durante el contexto de la pandemia. *Revista Científica Hallazgos* 21, 7(1), 52-60. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8474986>
- Zhao, L., Sun, Q., Guo, Y., Yan, R., & Lv, Y. (2022). Mediation effect of perceived social support and resilience between physical disability and depression in acute stroke patients in China: A cross-sectional survey. *Journal of affective disorders*, 308, 155–159. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.034>

13. ANEXOS

Anexo A

Cuestionario de Apoyo social (MOS), Depresión, Ansiedad, Estrés (DAS-21) y Hábitos Alimentarios (CUESTIONARIO).



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN

Fecha: ____/____/____

Folio: ____

Día

Mes

Año

Instrucciones: Contestar las siguientes preguntas, en caso de existir alguna duda recordar al participante que puede preguntar. Circula o escribe la respuesta correcta.

1. Edad: _____

2. Sexo: 1) Masculino 2) Femenino

3. Estado civil:

1) Soltero 2) Casado 3) Unión libre 4) Divorciado 5) Viudo

4. Ocupación: _____

5. Diagnostico de la discapacidad: _____

6. Tiempo de evolución con la discapacidad (años): _____

1er Sección Apoyo social

Las siguientes preguntas se refiere al apoyo o ayuda de que usted dispone:

1.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre? Escriba el N°: _____

Buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda: ¿Con qué frecuencia dispone de estos tipos de ayuda cuando lo necesita?...

		Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
AMF2.	Alguien que le ayuda cuando tenga que estar en la cama.	1	2	3	4	5
AFE3.	Alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar.	1	2	3	4	5
AFE4.	Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.	1	2	3	4	5
AFM5.	Alguien que lo lleve al médico cuando lo necesite.	1	2	3	4	5
AFA6.	Alguien que le muestre amor y afecto.	1	2	3	4	5
AFR7.	Alguien con quien pasar un buen rato.	1	2	3	4	5
AFE8.	Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.	1	2	3	4	5
AFE9.	Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y de sus preocupaciones.	1	2	3	4	5
AFA10.	Alguien que le abrace.	1	2	3	4	5
AFR11.	Alguien con quien pueda relajarse.	1	2	3	4	5
AFM12.	Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.	1	2	3	4	5
AFE13.	Alguien cuyo consejo realmente desee.	1	2	3	4	5
AFR14.	Alguien con quien hacer las cosas que le ayuden a olvidar sus problemas.	1	2	3	4	5
AFM15.	Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.	1	2	3	4	5
AFE16.	Alguien con quien compartir sus temores o problemas más	1	2	3	4	5

	íntimos.					
AFE17.	Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales.	1	2	3	4	5
AFR18.	Alguien con quien divertirse.	1	2	3	4	5
AFE19.	Alguien que comprenda sus problemas.	1	2	3	4	5
AFA20.	Alguien a quien amar y hacerle sentir querido.	1	2	3	4	5

2da sección Depresión, Ansiedad y Estrés

Las siguientes afirmaciones seleccione el número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación **durante la semana pasada.**

		No me ha ocurrido	Me ha ocurrido poco, o parte del tiempo.	Me ha ocurrido bastante, o buena parte del tiempo.	Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.
1e.	Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	2	3
2a.	Me di cuenta que tenía la boca seca.	0	1	2	3
3d.	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4a.	Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5d.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6e.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7a.	Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8e.	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	3
9a.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10d.	He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	2	3
11e.	Me he sentido inquieto	0	1	2	3
12e.	Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13d.	Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3

14e.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15a.	Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16d.	No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3
17d.	Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18e.	He tendido a sentirme enfadado con facilidad	0	1	2	3
19a.	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20a.	Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21d.	Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

3era sección Hábitos Alimentarios

Preguntar hábitos alimentarios en el **último mes**. Señalar una respuesta, a menos que la pregunta indique lo contrario. NO ES UN EXAMEN, contesta sinceramente, marcando con una **X** lo que hace. Al final revisa que estén contestadas todas las preguntas.

Sección 1

1a. ¿Cuántos días a la semana comes verduras (al menos 100 g – ejemplo: un peino o medio chayote)?

- ☐ 0 a 2
 ☐ 3 a 4
 ☐ 5 a 6
 ☐ Diario

1b. Los días que si comes verduras ¿Cuántas porciones consumes (de aproximadamente 100 g – ejemplo: un peino o medio chayote)?

- ☐ 1 porción
 ☐ 2 porciones
 ☐ 3 porciones
 ☐ 4 o más porciones

2a. ¿Cuántos días a la semana comes frutas (al menos 100 g – ejemplo: una manzana mediana o una rebanada de sandía)?

- ☐ 0 a 2
 ☐ 3 a 4
 ☐ 5 a 6
 ☐ Diario

2b. Los días que comes frutas ¿Cuántos porciones consumes (al menos 100 g – ejemplo: una manzana mediana o una rebanada de sandía)?

- ☐ 1 porción
 ☐ 2 porciones
 ☐ 3 porciones
 ☐ 4 o más porciones

3. ¿Cuántos días a la semana tomas leche sola, yogurt natural (al menos un vaso mediano) o queso?

- ☐ 0 a 2
 ☐ 3 a 4
 ☐ 5 a 6
 ☐ Diario

4. ¿Cuántos vasos de agua natural tomas al día?

☐ 0 a 2

☐ 3 a 4

☐ 5 a 6

☐ 7 o más vasos

Sección 2

1. ¿Cuántos días a la semana comes jamón, salchicha, salami o chorizo?

☐ 5 o más

☐ 3 a 4

☐ 1 a 2

☐ Ninguno

2. ¿Cuántos días a la semana comes comida rápida (hamburguesas, pizzas o tacos) fuera de casa?

☐ 5 o más

☐ 3 a 4

☐ 1 a 2

☐ Ninguno

3. ¿Cuántos días a la semana comes dulces o chocolates?

☐ 5 o más

☐ 3 a 4

☐ 1 a 2

☐ Ninguno

4. ¿Cuántos días a la semana comes pan dulce, galletas o pasteles?

☐ 5 o más

☐ 3 a 4

☐ 1 a 2

☐ Ninguno

5. ¿Cuántos días a la semana comes papas fritas, duritos, nachos o botanas similares?

☐ 5 o más

☐ 3 a 4

☐ 1 a 2

☐ Ninguno

6a. ¿Cuántos días a la semana bebes cerveza u otra bebida con alcohol?

☐ 5 o más

☐ 3 a 4

☐ 1 a 2

☐ Ninguno

6b. Los días que bebes cerveza u otra bebida con alcohol ¿Cuántas bebidas consumes?

☐ 5 o más

☐ 3 a 4

☐ 1 a 2

☐ Ninguno

7a. ¿Cuántos días a la semana tomas refrescos, jugos embotellados o aguas frescas?

☐ 5 o más

☐ 3 a 4

☐ 1 a 2

☐ Ninguno

7b. Los días que tomas refrescos, jugos embotellados o aguas frescas ¿Cuántos vasos consumes?

☐ 5 o más

☐ 3 a 4

☐ 1 a 2

☐ Ninguno

Sección 3

1. Seleccione con qué frecuencia (días por semana) consumes los siguientes tiempos de comida:

1a. Desayuno	0-1 día	2-3 días	4-5 días	6-7 días
1b. Comida	0-1 día	2-3 días	4-5 días	6-7 días
1c. Cena	0-1 día	2-3 días	4-5 días	6-7 días
1d. Refrigerio (s)	0-1 día	2-3 días	4-5 días	6-7 días

2. Marcar donde sueles consumir tus alimentos (elige solo una opción por tiempo de comida, la que sea más frecuente):

- | | | | | |
|--------------------|--|--|--|-------------------------------|
| 2a. Desayuno | ☐ En puesto ambulante o lo primero que encuentre | ☐ En restaurante local o establecido | ☐ Fuera de casa, los alimentos que llevo de casa | ☐ En casa |
| 2b. Comida | ☐ En puesto ambulante o lo primero que encuentre | ☐ En restaurante local o establecido | ☐ Fuera de casa, los alimentos que llevo de casa | ☐ En casa |
| 2c. Cena | ☐ En puesto ambulante o lo primero que encuentre | ☐ En restaurante local o establecido | ☐ Fuera de casa, los alimentos que llevo de casa | ☐ En casa |
| 2d. Refrigerio (s) | ☐ En puesto ambulante o lo primero que encuentre | ☐ En restaurante local o establecido | ☐ Fuera de casa, los alimentos que llevo de casa | ☐ En casa |

3. Seleccione con quien sueles consumir tus alimentos (elige solo una opción por tiempo de comida, la que sea más frecuente):

- | | | | | |
|----------------------------|------|---------------|------------|----------------|
| 3a. Desayuno familia | Solo | Con conocidos | Con amigos | Con mi familia |
| 3b. Comida familia | Solo | Con conocidos | Con amigos | Con mi familia |
| 3c. Cena familia | Solo | Con conocidos | Con amigos | Con mi familia |
| 3d. Refrigerio (s) familia | Solo | Con conocidos | Con amigos | Con mi familia |

Total de puntos: _____

Anexo B

GUIA DE ENTREVISTA CUALITATIVA

APOYO SOCIAL, DEPRESIÓN, ANSIEDAD, ESTRÉS Y HÁBITOS ALIMENTARIOS EN PACIENTES DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN FÍSICA

APOYO SOCIAL

Estructural

¿Se siente apoyado?, ¿Quién lo apoya?, ¿con quién vive?, ¿Quién lo apoyo en sus actividades de la vida diaria (comer, vestirse, bañarse), ¿A quién recurre cuando necesita algo?, ¿Realiza alguna actividad con su familia? ¿Tiene amigos? ¿Acude algún lugar social (iglesia, grupos de lectura, actividades artísticas)? ¿Tiene una familia extensa? ¿Hacen reuniones familiares (navidad, cumpleaños, año nuevo, etc.)?

Funcional Emocional

¿Se siente apoyado por su familia? ¿Cómo le demuestran ese apoyo?, ¿Se siente querido?, ¿Su familia le demuestra cariño?, ¿Qué percibe usted de sus seres queridos o amigos?, ¿Qué actividades le gusta hacer con su círculo (familia o amigos)?

Funcional informativo/emocional

¿Su familia lo escucha?, ¿Cómo recibe usted el cariño de su familia?, ¿Se siente respetada (o)?, ¿Cree que su familia lo valora?, ¿Se siente querido?, ¿Cómo le demuestran cariño, amor, empatía?, ¿Cuándo necesita apoyo para bañarse, vestirse, comer, salir, compras etc. sabe a quién recurrir?, ¿Cuándo no puede realizar alguna actividad quien es la persona que lo apoya?, ¿Quién lo acompaña a su terapia?, ¿Alguien le ayuda a hacer sus ejercicios en casa? ¿Quién lo trae/acompaña a sus consultas?

Funcional afectivo

¿Se siente querido?, ¿Lo abrazan?, ¿Percibe cariño por parte de su familia y/o amigos?, ¿Cuándo esta triste, tiene alguien que la (o) consuele? ¿Tiene con quien llora? ¿Con quién expresas sus sentimientos? ¿Se siente cómoda y libre de expresarse? ¿Cuánta con alguien que lo escuché?

Funcional interacción social

¿A dónde suele ir para distraerse?, ¿Qué actividades le gusta realizar (caminar, cantar, bailar, jugar, etc.) ?, ¿Cuándo quiere salir alguien lo lleva o lo acompaña?, ¿De quién disfruta más la compañía?, ¿Cómo se relaja?, ¿Con quién suele hacerlo?, ¿Con quién se ríe?

DEPRESIÓN

¿Qué es la depresión para usted?, ¿Cómo identifica la depresión?, ¿Se ha sentido deprimida?, ¿Recuerda porque sintió depresión?, ¿Cuál es la situación de depresión vivida que más recuerdas? ¿ha perdido alguna persona querida?, ¿Se sintió en depresión?, Actualmente, ¿siente depresión?, ¿Qué factores considera que lo deprimen?, ¿Qué siente cuando esta deprimida?, ¿Identificas algún cambio biológico? ¿Se le quita el apetito?, ¿Se siente triste?, ¿Qué le deprime?, ¿Se pone serio?, ¿Realiza sus actividades con normalidad?, ¿Se ha sentido poco valorado?, ¿En qué situaciones se deprime?, ¿Antes de su discapacidad considera que había presentado depresión?, ¿Le deprime su condición?

ANSIEDAD

¿Se ha sentido ansioso?, ¿Qué es la ansiedad?, ¿Tiene ansiedad?, ¿Por qué tiene ansiedad?, ¿Qué situaciones lo ponen ansioso (a)?, ¿Qué cree usted que lo ponga de esta manera?, ¿Actualmente ha presentado ansiedad?, ¿Cuál es la situación de ansiedad vivida que más recuerdas? ¿Qué características lo hacen sentir ansiedad?, ¿Cómo identifica que se siente con ansiedad?, el estar limitado a realizar actividades, ¿lo hacen sentirse ansioso?, ¿Se considera una persona ansiosa? ¿Por qué?

ESTRÉS

¿Se ha encontrado en situaciones estresantes? ¿Qué situaciones considera que desencadenan el estrés?, ¿Puede definir el estrés?, ¿Cuál es la situación de estrés vivida que más recuerdas?

¿Qué hace para controlarse cuando siente estrés?, ¿Quién lo apoya en estas situaciones?, ¿Se estresa al no realizar algo por sí mismo?

Pasar por una situación de estrés, ¿podría ser beneficioso de alguna manera?

Sí: ¿Cuáles son las ventajas de encontrarse en una situación de estrés según tu consideración?

No ¿Por qué?

¿Cuál es la relación que estableces con tu familia en el o los momentos que consideres estar estresado, ansioso o en depresión?

Cuando tienes actitudes en respuesta al estrés, ansiedad o depresión ¿influye de alguna manera a tus compañeros para tener una actitud distinta? Inconsciente o conscientemente.

¿Realizas alguna actividad para disminuir la sensación de estrés, ansiedad o depresión? ¿cuáles?

¿Estas actividades las realizas solo cuando te sientes estresado, ansiedad o depresión o cotidianamente? ¿En qué te beneficia hacer esas actividades?

En algún momento has acudido con un profesional para superar los momentos de estrés, ansiedad o depresión. Si, que estaba pasando en ese momento de tu vida

No, tienes pensado acudir.

HÁBITOS ALIMENTARIOS

¿Qué alimentos suele comer en un día?, ¿Consume sus alimentos solo o acompañado?, ¿Quién lo acompaña?, ¿Dónde suele consumir sus comidas?, ¿Quién prepara su comida?, ¿Suele consumir alimentos preparados en casa?, ¿Considera que se alimenta de manera sana?, ¿Qué alimentos no frecuenta comer y por qué?, ¿Qué alimentos a eliminado de su dieta?, ¿Con qué bebida suele acompañar sus alimentos?, ¿Consume suficiente agua?, ¿Cambio su alimentación después de su discapacidad?, ¿Cree usted que debería mejorar su alimentación?, ¿Qué cambiara de su alimentación?, si alguien prepara sus alimentos, ¿Qué le gustaría que cambiara?, ¿Cómo prepara sus alimentos, usa (especias, condimentos, embutidos, precocidos, etc.)?, Regularmente ¿Qué tanto consume frutas, verduras o proteínas?, ¿Suele comer fuera de casa? ¿Con que frecuencia lo hace?

Anexo C



Carta de consentimiento Informado

Fecha: _____

Se me ha solicitado participar en un estudio que lleva por título: **“Apoyo social, depresión, ansiedad, estrés y hábitos alimentarios, en pacientes del Centro Estatal de Rehabilitación Física”**, el cual tiene como objetivo, evaluar el apoyo social, depresión, ansiedad, estrés y hábitos alimentarios en pacientes de un centro de rehabilitación física.

Mi participación consistirá en contestar un cuestionario que contiene preguntas de información general como; edad, sexo, ocupación, entre otras y preguntas relacionadas con al apoyo social que percibo, aspectos de salud mental (depresión, ansiedad y estrés) y de consumo alimentario. Se me explicó detalladamente el procedimiento del llenado del cuestionario, mi participación tendrá una duración de 10 a 15 minutos contestando el cuestionario, así mismo se me comento de participar en una entrevista a profundidad la cual puede extenderse a 30 minutos o más, siendo grabada (audio de voz) para fines de su análisis.

Mi participación en el estudio es voluntaria y en cualquier momento puedo decidir no seguir contestando la encuesta, aunque sé que mi colaboración es importante, ya que la información recaba con el cuestionario puede

proporcionar información valiosa para el diseño de intervenciones que me ayuden a mejorar mi estado de salud o me canalicen directamente con personal correspondiente.

La información que proporcionaré se usará exclusivamente para fines de investigación. Los resultados del estudio serán integrados en un informe general que se dará a conocer a los directivos de la facultad, sin que se pueda identificar mi participación personal.

Para mayores informes referentes al tema o alguna aclaración al respecto me puedo comunicar a la Dra. María Natividad Ávila Ortiz, al correo electrónico: maria.avilaort@uanl.edu.mx, así como también con la Lic. en Enf. Paola Lizeth Torres Murillo, al teléfono 8110687246 o al correo electrónico: paolatorres2725@gmail.com.

**Nombre y firma del o la
participante**

**Nombre y firma de la
investigadora**

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Paola Lizeth Torres Murillo

Candidata para el Grado de

Maestra en Ciencias en Salud Pública

Tesis: APOYO SOCIAL, DEPRESIÓN, ANSIEDAD, ESTRÉS Y HÁBITOS ALIMENTARIOS EN PACIENTES DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN FÍSICA.

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud Pública

Datos Personales: Nacida en Monterrey, Nuevo León el 27 de enero de 1999, hija de Juan Meza López y Elsa Margarita Murillo Ávalos.

Educación: Egresado de la Universidad Autónoma de Nuevo León, grado obtenido Licenciada en Enfermería en el año 2020.

Experiencia Profesional: Enfermera General en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial del estado de Nuevo León del Sistema DIF desde 2021.