

¿CÓMO SE RELACIONA EL ESTILO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS CON EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL?

Estrés percibido y obesidad en adultos.

Estudiante: Lic. Quintana, Claudia Elena

Legajo: 22.601

Director/es: Dr. Elgier, Angel

**Tesis de Doctorado presentada para acceder al título de Doctor en
Psicología con mención Sistémica, Cognitiva y Neurociencias**

2023

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial - compartir igual 4-0 internacional y siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra:

Desde la fecha 12 de diciembre 2023

Dentro de los 6 meses posteriores a su aceptación []

Otro plazo mayor detallar/justificar:

Lugar y fecha: Castelar, 12 de diciembre de 2023

Firma y aclaración del autor: Claudia Quintana



A Olivia, Isabella, Alfonso, Fausto y Amapola,
porque me dieron el mejor título que la vida me podía dar,
y por llenar mi vida de amor cada día.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todos los que de una u otra manera colaboraron para que la realización de esta investigación fuera posible, pero muy especialmente:

A mi director de Tesis Dr. Angel Elgier gracias a quien fue posible superar todas las adversidades y lograr la finalización de la presente tesis doctoral, y muy especialmente al Lic. Maximiliano Preuss, mi tutor metodológico, por su generosidad, por estar siempre dispuesto aún en sus horas de descanso para la lectura incansable, siempre atenta y crítica de mi trabajo. A ambos por su capacidad, claridad y formación conceptual para orientarme y darme siempre una respuesta apropiada y desinteresadamente. Pero por sobre todo su calidad y calidez humana en los momentos difíciles para alejar mis incertidumbres. Sin ellos no sería posible doctorarme. ¡Muchas Gracias!

Al Doctorado de la UFLO y todos sus profesores, por su profesionalidad, su disposición, por la solidez y rigurosidad académica para transmitir el conocimiento. En especial al Dr. Marcelo Ceberio, y Dr. Joaquín Ungaretti, por estimular y acompañar el interés sobre la investigación, desde el inicio del doctorado. A la Facultad por abrirme sus puertas una vez más para iniciar (hace ya mucho) y finalizar hoy mi formación académica profesional en esta institución ¡Muchas, gracias!

A todos los pacientes y profesionales de la salud que colaboraron para llevar a cabo la presente investigación, por confiar en mí, y por su inestimable colaboración para la recolección de la muestra, sin la cual no hubiera sido imposible la materialización de mi propuesta. ¡Muchas gracias!

A mi familia y amigos, a mi esposo Pedro, a mis hijos Nicolás, Agustín, Tomás, Santiago y Sofía, por ser siempre mi sostén y mi refugio, por alentar todos y cada uno de los proyectos que emprendo y permitirme ser la mujer que soy, con inagotable curiosidad intelectual. Por consentirme y acompañarme en cada una de las etapas de esta investigación, aún en los momentos más difíciles, por sus “experticias en todo”, por estar dispuestos a ayudarme siempre, aun restando tiempo a la cotidianidad familiar. En especial Olivia, Isabella, Alfonso, Fausto y Amapola, por renovar la esperanza de que un mundo mejor es posible.

Porque sin ellos todo sería imposible. ¡Muchas Gracias!

RESUMEN

El propósito de esta investigación fue analizar la relación existente entre el estrés autopercebido y las respuestas de afrontamiento en adultos con sobrepeso y obesidad de Buenos Aires, es decir ¿de qué manera el estilo de afrontamiento frente al estrés cotidiano, se relaciona con el IMC propiciando las nuevas epidemias de enfermedades no transmisibles?

Para responderlo se realizó un estudio descriptivo, correlacional entre tres variables: Respuestas de Afrontamiento, Niveles de Estrés Autopercebido e IMC en una muestra de 306 personas adultas, (76% género femenino y 24% masculino), cuyas edades fueron de 18 a 73 años (M=41,69; DT=14,41.). Se administró la Escala de Estrés Percibido, Inventario de Respuestas de Afrontamiento; para medir el IMC se usó el índice de Quetelet definido como el peso (Kg) /cuadrado de la estatura en m², tiene una alta correlación con el peso/ estatura, y es considerado confiable para determinar si una persona tiene sobrepeso u obesidad.

Se plantean los conceptos de estrés percibido, distrés, y afrontamiento para entender su impacto en la salud. El afrontamiento de aproximación se focaliza en el problema, refleja los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los estresores vitales, el afrontamiento por evitación está centrado en una emoción; refleja intentos cognitivos y conductuales para evitar pensar en un estresor y sus implicancias, o para manejar la emoción asociado al mismo.

La obesidad es definida como la acumulación de grasa en el tejido adiposo en exceso que origina un riesgo para la salud. Dicha acumulación se debe a episodios de sobrealimentación no compensados, que generan un balance energético positivo. Actualmente desde las neurociencias se abren nuevos campos en la etiopatogenia de la obesidad con el conocimiento de hormonas, neurotransmisores y péptidos

involucrados, reconociéndose al tejido adiposo como una auténtica glándula endocrina.

Los resultados hallados aportan soporte concluyente para afirmar que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables, es decir, los resultados mostraron que, a mayor estrés percibido, mayor uso de estrategias de evitación y mayor IMC. Los encuestados reportaron altos niveles de Estrés Percibido (93%). A su vez informaron mayor uso de estrategias de Evitación (M 41,49) por sobre las de Aproximación (M 38,88). Dentro de las estrategias de Evitación, predominaron Evitación Cognitiva, seguida de Búsqueda de Gratificaciones Alternativas, es decir afrontamiento de tipo emocional en ambos géneros, sin embargo se halló que las mujeres puntúan más alto en Descarga Emocional.

Dado el continuo ascenso en las tasas de prevalencia, se pone en discusión si los programas han fracasado por problemas de difusión, implementación o estrategias fallidas. Los resultados de este estudio apoyan el desarrollo de programas de intervención en obesidad basados en factores psicológicos como el estrés, y gestión de las emociones. La propuesta apunta a concientizar a los profesionales de las ventajas de un modelo de tratamiento multidisciplinario y sistémico, como un factor dinámico, tomando acciones conjuntas desde la prevención primaria de la salud mental, considerando al paciente desde una visión integral, como un actor activo en la promoción de su salud.

PALABRAS CLAVES. Estrés, estrés percibido, respuestas de afrontamiento, sobrepeso, obesidad, IMC.

ABSTRACT

The purpose of this research was to analyze the relationship between self-perceived stress and coping responses in overweight and obese adults in Buenos Aires, that is, ¿how the coping style in the face of daily stress is related to BMI, favoring the new epidemics of non-communicable diseases?

A descriptive, correlational study was carried out between three variables: Coping Responses, Self-Perceived Stress Levels and BMI in a sample of 306 adults (76% female and 24% male), whose ages were between 18 and 73 years ($M=41.69$; $SD=14.41$). To measure these constructs, a Perceived Stress Scale, Coping Response Inventory and BMI were administered. The Quetelet index was used, defined as the weight (Kg)/square of height in m^2 ., has a high correlation with weight/height, and is considered by the WHO as a good index to determine if a person is overweight or obese.

Of particular importance are the concepts of perceived stress and emotional distress for understanding the impact of stress on an individual's health. Approach coping focuses on the problem, reflects cognitive and behavioral efforts to manage or resolve life stressors, avoidance coping is focused on an emotion. It reflects cognitive and behavioral attempts to avoid thinking about a stressor and its implications, or to manage the emotion associated with it.

Obesity is defined as the accumulation of fat in adipose tissue in excess as for causing a health risk. The accumulation of fat is due to uncompensated episodes of overeating, which generate a positive energy balance. Currently, new fields are opening up in the etiopathogenesis of obesity with the knowledge of hormones,

neurotransmitters and peptides involved in obesity, recognizing adipose tissue as a true endocrine gland.

The results provide conclusive support to affirm that there is a statistically significant relationship between the variables, i.e., the results showed that the greater the perceived stress, the greater the use of avoidance strategies and the higher the BMI. Regarding Perceived Stress, respondents said they perceived high levels of stress (93%). At the same time, they reported greater use of Avoidance strategies (M 41.49) than Approach strategies (M 38.88). Within the Avoidance strategies, the one that predominates in the studied sample is Cognitive Avoidance, followed by Seeking Alternative Gratifications, that is, emotional coping responses, in both genders, however it was found that women score higher in Emotional Discharge.

Given the continuous rise in prevalence rates, it is debatable whether the programs have failed due to problems of dissemination, implementation, failed strategies. The results of this study support the development of intervention programs based on psychological factors such as stress, and emotion management. At the same time, the proposal of this work aims to raise awareness among professionals of the advantages of a multidisciplinary and systemic treatment model, as a dynamic factor, taking joint actions from the primary prevention of mental health to stop the new global epidemic.

Keywords: Stress, Perceived Stress, Coping Responses, Overweight, Obesity, BMI.

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. Introducción	12
2. MARCO TEÓRICO	18
2.1 <i>Estrés, definición y evolución del concepto</i>	18
2.1.1 <i>Evolución del concepto de estrés</i>	19
2.1.2 <i>Definición de estrés y consideraciones generales</i>	20
2.1.3 <i>Mecanismos del estrés</i>	21
2.1.4 <i>Diferencias Individuales</i>	25
2.1.4.1 <i>Diferencias afectivas y cognitivas</i>	25
2.1.4.2 <i>Diferencias demográficas y de conducta</i>	29
2.1.5 <i>Consecuencias del estrés y sus síntomas</i>	31
2.1.6 <i>Reacciones fisiológicas del estrés durante las tres fases</i>	32
2.1.7 <i>Fisiología del estrés</i>	34
2.1.8 <i>Causas psicológicas y sociales del estrés</i>	39
2.1.9 <i>Estrés Laboral o burnt out</i>	42
2.1.9.1 <i>Estrés laboral y enfermedades</i>	43
2.1.10 <i>La psiconeuroinmunoendocrinología (PINE) y las patologías asociadas al estrés</i>	45
2.2. Tipos de afrontamiento, estilos y estrategias de afrontamiento	51
2.2.1 <i>Modelo Transaccional de Estrés y Afrontamiento</i>	51
2.2.2 <i>Evidencia en Afrontamiento</i>	52
2.2.3 <i>El afrontamiento: principales definiciones y características</i>	53
2.2.4 <i>Las estrategias de afrontamiento</i>	56
2.2.5 <i>Recursos o impedimentos internos</i>	59
2.2.6 <i>Factores de personalidad</i>	60
2.2.7 <i>Recursos o impedimentos externos</i>	61
2.2.8 <i>Las emociones</i>	62
2.2.9 <i>Tipos de emociones</i>	68
2.2.10 <i>Las emociones primarias</i>	69
2.2.11 <i>Las emociones secundarias</i>	75
2.2.12 <i>Las emociones en la vida de las personas</i>	80
2.3 El Índice de masa corporal (IMC)	82
2.3.1 <i>Definición de obesidad</i>	82
2.3.2 <i>Etiología de la obesidad</i>	86
2.3.2.1 <i>Factores psico-sociales asociados con la obesidad</i>	86
2.3.3 <i>Composición corporal y peso saludable</i>	88
2.4. Obesidad, estrés, alimentación y salud. Evolución histórica, social y cultural	93
2.4.1 <i>La obesidad y el cuerpo como conceptos históricos</i>	93
2.4.2 <i>La imagen corporal como construcción sociocultural</i>	95
2.4.3 <i>La imagen corporal como constructo</i>	96
2.4.4 <i>Alimentación y su relación con el estrés y la salud</i>	99
2.4.4.1 <i>El concepto de salud actual</i>	99
2.4.4.2 <i>Tipos de prevención de la enfermedad</i>	100
2.4.4.3 <i>Interacción de los factores biológicos, psicológicos y sociales</i>	101
2.4.5 <i>Ambiente laboral, alimentación y salud</i>	104
2.4.6 <i>Estrés, alimentación y emociones</i>	105
2.4.7 <i>El neuropéptido Y como el responsable de obesidad abdominal</i>	108

2.4.8. <i>El estrés puede alterar el mecanismo del apetito y el hambre</i>	110
2.4.9. <i>La obesidad y la relación con el estrés desde el paradigma de las neurociencias</i>	111
2.5. Antecedentes	115
2.5.1 Antecedentes en América Latina	115
2.5.2. Antecedentes en Europa y Estados Unidos	123
3. Problema, objetivos, hipótesis	131
3.1 <i>Definición del problema</i>	130
3.2.1 <i>Objetivo general</i>	134
3.2.2 <i>Objetivos específicos</i>	134
3.3 <i>Formulación de hipótesis</i>	135
4. Método	136
4.1 <i>Diseño</i>	136
4.2 <i>Participantes</i>	136
4.3 <i>Selección de técnicas e instrumentos de recolección de datos</i>	137
4.3.1 <i>Escala de Estrés Percibido [PSS]</i>	137
4.3.2 <i>Inventario de Respuestas de Afrontamiento [CRI]</i>	138
4.3.3 <i>El índice de masa corporal (IMC)</i>	141
4.4 <i>Procedimiento</i>	142
4.5 <i>Análisis de datos</i>	142
4.6 <i>Aspectos éticos</i>	143
5. Resultados	144
5.1 <i>Descripción de las variables</i>	144
5.2.1 <i>Análisis de la relación entre las variables estudiadas</i>	146
5.2.2 <i>Análisis de las diferencias entre grupos</i>	147
5.2.2.1 <i>Análisis de las diferencias entre grupos según Género</i>	147
5.2.2.3 <i>Análisis de las diferencias entre grupos según Nivel de Estudios</i>	150
6. Discusión y conclusiones	153
6.1 <i>Conclusiones</i>	162
6.2 <i>Implicancias teóricas potenciales</i>	163
6.3 <i>Implicancias prácticas potenciales</i>	165
6.4 <i>Limitaciones y recomendaciones</i>	166
7. Referencias bibliográficas	168
8. Anexos	203

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Descripción de la muestra según índice de Masa Corporal</i>	144
Tabla 2. <i>Descripción de la muestra según índice de Nivele de Estrés Percibido</i>	144
Tabla 3. <i>Descripción de la muestra según el tipo de estrategias de afrontamiento predominante</i>	145
Tabla 4. <i>Descripción de la muestra según predominio de las estrategias de Evitación empleadas por los encuestados</i>	145
Tabla 5. <i>Relación entre índice de Masa Corporal y Estrés Percibido</i>	146
Tabla 6. <i>Relación entre índice de Masa Corporal y Tipos de Estrategias de Afrontamiento</i>	146
Tabla 7. <i>Relación entre Estrés Percibido y Tipos de Estrategias de Afrontamiento</i>	147
Tabla 8. <i>Diferencias en los niveles de Estrés Percibido según Género</i>	147
Tabla 9. <i>Diferencias entre los Tipos de Estrategias de Afrontamiento según Género</i>	148
Tabla 10. <i>Diferencias entre cada una de las Estrategias de Afrontamiento según Género</i>	148
Tabla 11. <i>Diferencias en IMC según Género</i>	149
Tabla 12. <i>Diferencias en los niveles de Estrés Percibido según Nivel de Estudios</i> ..	150
Tabla 13. <i>Diferencias entre los Tipos de Estrategias de Afrontamiento según Nivel de Estudios</i>	150
Tabla 14. <i>Diferencias entre las estrategias de Evitación según Nivel de Estudios</i> ...	151
Tabla 15. <i>Diferencias en los niveles de IMC según Nivel de Estudios</i>	151

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Fisiología del Estrés.....	39
Figura 2 Clasificación del estrés.....	40
Figura 3 Modelo psicológico del estrés.....	55
Figura 4 Comparación de las tasas de exceso de peso, sobrepeso y obesidad en los años 2005, 2009 y 2013 en Argentina	116
Figura 5 Tipos de Afrontamiento.....	139
Figura 6 Valores límites de IMC.....	141

1. INTRODUCCIÓN

Las relaciones existentes entre el estrés y la alimentación es un tema de interés científico que se viene estudiando desde hace un largo tiempo. Según la evidencia relevada el estrés crónico tiene consecuencias directas sobre el índice de masa corporal [IMC], desencadenando las llamadas nuevas epidemias de enfermedades no transmisibles [ENT] del siglo XXI (Organización Mundial de la salud [OMS], 2017; Ministerio de Salud, 2021; Atlas Mundial de Obesidad [WOA], 2023)

La visión prevalente acerca de la obesidad, es que se trata de un problema de salud que se construye a partir de la conjunción de varios factores a lo largo del tiempo. Según el consenso actual, es considerada una enfermedad sistémica, multiorgánica, metabólica e inflamatoria crónica, multideterminada por la interrelación entre lo genómico y lo ambiental, fenotípicamente expresada por un exceso de grasa corporal, que conlleva un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. En la práctica clínica actual la medida antropométrica consensuada a nivel internacional como parámetro confiable para identificar la condición de obesidad, sobrepeso o delgadez y sus diferentes categorías es el IMC o índice de Quetelet. (Badillo Muñoz, 2023; Pasca & Montero, 2015; Ramírez et al., 2012).

Dada su complejidad y considerando que su desarrollo es paulatino y crónico, adquiere relevancia la necesidad de comprender que su abordaje también debe ser concebido de la misma manera, entendiendo que no es posible llevarlo a cabo atendiendo a un solo factor, ni en un tiempo acotado (OMS, 2021).

Tradicionalmente se ha sostenido la creencia, que la obesidad era un problema estético y, por lo tanto, no era percibida ni por pacientes, ni por profesionales como

una enfermedad, lo que conlleva la falta de políticas públicas de prevención desencadenando su progresivo aumento. El padecimiento de este problema se consideraba producto del descontrol con las comidas, por su acción sobre los receptores opioides en el cerebro para inhibir el estrés (Aijowa, 2021; Rodríguez García, 2019) por lo tanto, responsabilidad de cada individuo. Esta situación se fue abordando desde otra perspectiva más compleja, por eso fue declarada en las últimas décadas, como una epidemia de carácter global, que plantea una grave amenaza para la salud pública mundial sobre las ENT, sin embargo, esto no fue suficiente (WOA, 2023; OMS, 2021; Cascale Angosto, 2015).

Los intentos sucesivos por controlar el constante ascenso en las tasas de prevalencia han fallado, este trabajo invita al debate y pone en discusión si los programas de prevención y tratamiento de la obesidad actuales han fracasado por problemas de difusión, implementación o la utilización de estrategias fallidas en el campo de la psicología, sin un verdadero trabajo interdisciplinario (Ministerios de Salud, 2022, Paoli Bollo, 2020).

Si bien se considera que el estrés crónico es un factor de riesgo predictor de la obesidad, hay un escaso acuerdo en la comunidad científica para establecer con certeza la dirección de la causalidad y por lo tanto su abordaje. Surge por ello la necesidad de incrementar los estudios empíricos sobre esta temática en nuestro país y Latinoamérica, para jerarquizar esta enfermedad como crónica y multicausal, con el fin de buscar nuevas estrategias para mejorar su proceso diagnóstico, manejo terapéutico, reducir el desarrollo y progresión pandémica. (Dimitratos et al., 2022, Ministerio de salud 2022; OMS 2022).

Por lo expuesto, una variable psicológica importante a considerar en la prevención de estas enfermedades, tiene que ver con el afrontamiento que las

personas utilizan frente al estrés percibido como predictor de la salud. El evento o estresor no depende de su magnitud, sino que depende de la lectura que el individuo haga, y a partir de ella, el tipo de afrontamiento que utilice, lo que determinará que se solucione o se perpetue el problema. Como consecuencia, ante una acumulación de tensión física o psicológica, el cuerpo desencadena una serie de cambios físicos, y neurobiológicos, siendo un campo propicio para el desarrollo de múltiples enfermedades entre ellas la obesidad y sus comorbilidades (Knol & Brantley, 2021; OMS, 2021; Penny, 2023).

Siguiendo esta línea de ideas, se considera que la elección de estrategias de afrontamiento de tipo emocional, frente a estresores, ocasionan falta de conciencia al comer, también conocido como alimentación inconsciente o emocional, que contribuye a la obesidad y está asociada con un estilo de vida estresante (Evgin & Kiliv, 2022; Knol & Brantley, 2021). Dicho de otro modo, la forma como los pacientes con obesidad abordan las diversas situaciones estresantes se relaciona con un estilo de afrontamiento evitativo o emocional, en el que se hacen constantes esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar el estrés psicológico, se considera una tendencia desarrollada y aprendida a lo largo de la vida para hacer frente a dichas situaciones, que es necesario revisar (Morillo Sarto, 2023; Woolfolk et al., 2023; Dimitratos 2022; Rosenbaund et al., 2015).

Este estudio se propone ampliar el debate y proporcionar evidencia para que los equipos de salud puedan enmarcar su práctica en el paradigma de la complejidad, trabajando de manera interdisciplinaria real, (Paoli Bollo, 2020) resaltando el rol del psicólogo y ampliando su campo de acción, no solo desde una perspectiva cognitivo conductual. Se propone generar conciencia acerca de que, un problema crónico, no se puede resolver con medidas aisladas, y sin registro, ni seguimiento más allá de

compartir una historia clínica. Tal vez se pone en evidencia lo obvio: un equipo interdisciplinario es un grupo que debe constituirse formulando objetivos y metas propias, flexibles y con la participación de la comunidad implicada directa o indirectamente en la problemática (Ministerio de Salud, 2022; Rosmon, 2011; Ogden et al., 2019; Gómez Díaz, 2016)

En síntesis, este modo de actuar bajo el influjo del estrés y la elección de estrategias de tipo emocional para enfrentarlo, y sus consecuencias sobre la obesidad, podría ser explicado, no solo desde la perspectiva de las TCC, sino también desde las Neurociencias por varios factores importantes (Ministerio de salud, 2022; OMS 2022; APA, 2020; Ajibewa, 2021).

- Cuando se siente peligro, el cuerpo libera una alta dosis de hormonas y neurotransmisores para poder reaccionar ante el estímulo de riesgo, y así incrementar la probabilidad de supervivencia. Entre ellos está la adrenalina, y el cortisol, las cuales prepararán al cuerpo para huir o enfrentar la situación de peligro. En el momento de la intensidad, la adrenalina anula la sensación de hambre ya que la sangre fluye por todo el cuerpo; sin embargo, después del efecto estimulante, el cortisol demanda alimentos para reponer la sobredemanda de energía experimentada.
- se mantienen los suministros grasos en el cuerpo, como lo hacían los antepasados, para tratar de sobrevivir al estilo de vida actual. Esta grasa provoca inflamación, lo que aumenta la probabilidad de alguna enfermedad cardíaca, el cortisol está presente en el cuerpo de manera omnipresente; en consecuencia, esta hormona disminuye el ritmo del metabolismo para

mantener un suplemento de glucosa adecuado para el trabajo físico y mental que produjo el riesgo.

- la ansiedad que genera estar bajo presión puede desencadenar ganas de comer, es el llamado comer emocional. Las personas reaccionan a este fenómeno de diversas maneras; según la evidencia el 42% trata de controlar la presión emocional con distracciones pasivas, lo que implica cierta inactividad que no logra deshacerse de las grasas negativas que el estrés generó durante el día.
- cuando el cortisol es omnipresente en el cerebro, esto puede aumentar el deseo por más grasa azúcar, y la consecuente sensación opioide de bienestar y comodidad.
- El 40% de los individuos bajo estrés padecen de insomnio. Es decir, la preocupación es la causa principal: la mente está el doblemente activa, y no permite descansar. En consecuencia, hay un descenso del azúcar en la sangre, generando cansancio y fatiga. Por el otro lado, el sueño también es un factor influyente en el aumento de peso; si no se duerme las horas necesarias, se altera el funcionamiento de los químicos reguladores del apetito como la grelina y leptina.

En el recorrido teórico de este trabajo se despliega en el primer capítulo el origen del estrés y la evolución del concepto a lo largo del tiempo, las características generales y el surgimiento de la psiconeuroendocrinología (PINE) como nuevo paradigma de visión integral de la persona.

En el segundo capítulo se desarrollan el modelo transaccional de estrés, los diferentes estilos y estrategias de afrontamiento, haciendo foco tanto en las centradas en el problema, como en las de tipo evitativo, su clasificación, características

asociadas y su relación con las emociones. Asimismo, se describen alguna de las consecuencias sobre la salud.

En el tercer capítulo, se desarrollan tanto cuestiones históricas como culturales y simbólicas de la relación de las personas con el cuerpo y la comida. Al mismo tiempo la mirada se dirige a la relación de la nutrición y de los vínculos posibles entre alimentación y salud, para explorar desde las Neurociencias cómo funcionan el SNC, los órganos del cuerpo bajo el estrés y la relación existente entre estrés crónico y constante con la obesidad central. Se despliegan además los constructos de imagen corporal, para comprender como se va desarrollando a partir del juicio que emiten los otros. Si bien en esta investigación no se trabajaron directamente las representaciones sociales sobre la obesidad y el IMC, es una perspectiva necesaria para entender los procesos cognitivos involucrados en la particular relación que se establece entre la alimentación, el cuerpo y la salud de las personas, atravesados por elementos de orden social, así como también es necesaria para caracterizar la muestra evaluada.

Finalmente, en el cuarto capítulo es de particular interés para esta investigación, el desarrollo del paradigma tanto de la prevención primaria, como de la cuaternaria, como modelo dinámico, y como factor promotor de la salud. Estos planteamientos desplazan el foco de un modelo médico centrado en la patología hacia un nuevo modelo proactivo del paciente, basado en la psicología sistémica y cognitiva, así como las fortalezas de las personas, desde el cual es posible a los profesionales de la psicología intervenir, considerando al paciente y su entorno como sujetos activos y promotores de su propia salud, y es el paradigma que orienta la presente investigación.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Estrés, definición y evolución del concepto

La población a nivel mundial se encuentra inmersa en una sociedad globalizada, por lo que exige individuos cada día más aptos y capacitados para enfrentar y resolver los problemas cotidianos tanto laborales y sociales, como emocionales. El estrés es una respuesta de un individuo o un organismo ante situaciones que exigen mayor esfuerzo de lo ordinario, o en las que se siente ante un peligro, algo nocivo o desagradable. Es un estado producido por una serie de demandas inusuales o excesivas que amenazan el bienestar o integridad de una persona. Por ello es considerada la enfermedad del siglo XXI y a nivel mundial va en continua progresión. Pero si bien el estrés adquiere una condición preocupante, lo esperanzador al respecto es que puede prevenirse (OMS,2021; APA 2020; Cascale Agosto, 2015).

El concepto de Estrés, se remonta a 1930, cuando Hans Selye, observa que todos los enfermos a quienes estudiaba, indistintamente de la patología que tenían, presentaban síntomas comunes y generales como cansancio, pérdida o aumento del apetito, baja o suba de peso, astenia, entre otros. A esto, lo denomina "Síndrome de estar Enfermo".

En la Universidad McGill, es donde desarrolla sus experimentos de ejercicio físico extenuante con ratas de laboratorio, que comprueba la elevación de las hormonas suprarrenales, adrenocorticotropa (ACTH), adrenalina y noradrenalina, la atrofia del sistema linfático y la presencia de úlceras gástricas. Al conjunto de estas alteraciones orgánicas lo nombro como "estrés biológico".

El autor considera, que varias enfermedades como las cardíacas, la hipertensión arterial y los trastornos emocionales o mentales eran resultantes de cambios fisiológicos, producto de un prolongado estrés en los órganos de choque mencionados y que estas alteraciones podrían estar predeterminadas genética o constitucionalmente. Sin embargo, al continuar con sus investigaciones, agregó a sus ideas, que no solamente los agentes físicos nocivos actuando directamente sobre el organismo animal son productores de estrés, sino que además, en el caso del hombre, las demandas de carácter social y las amenazas del propio entorno del individuo que requieren de capacidad de adaptación, provocan dicho trastorno.

2.1.1 Evolución del concepto de estrés.

La palabra estrés deriva del griego stringere, y quiere decir provocar tensión. Fue utilizada por primera vez en el siglo XIV, y desde entonces, se han implementado variantes de la palabra como ser stress, stresse, strest y straisse. A mediados del siglo XIX, un filósofo francés llamado Claude Bernard expresó que los cambios externos en el ambiente podían perturbar al organismo, y que era esencial que éste alcanzara la estabilidad dentro del medio interno (Bernard, 2015). Hacia 1920 el filósofo Walter Cannon utilizó la palabra homeostasis para hacer referencia al mantenimiento del medio interno en situaciones de emergencia. (Ortega Lozano, 2022). En estudios posteriores adoptó el término Stress aludiendo a “niveles críticos de estrés” y los caracterizó como aquellos que podrían producir debilitamiento en los mecanismos homeostáticos. Años siguientes, se asoció el término con la organización social e industrial (Ortega Lozano, 2022).

Sin embargo, el concepto de estrés, tal como lo entendemos en la actualidad, fue empleado, como ya fuera mencionado en el apartado anterior, por primera vez por Hans Selye, médico endocrinólogo austríaco, quien realizó los primeros aportes al estudio del estrés. Experimentando con animales de laboratorio, pudo observar que el daño en los tejidos implicaba una respuesta no específica frente a cualquier estímulo nocivo, que la llamo Síndrome General de Adaptación. Hacia 1950, Selye define el concepto ante la OMS como “la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior” (Selye, 1951). Desde entonces, varias disciplinas como la medicina, la sociología y la psicología, intentaron explicar el significado del estrés.

2.1.2 Definición de estrés y consideraciones generales

El estrés es un concepto muy amplio, Ivancevich et al. (1985) han clasificado las distintas definiciones según aquellas que lo conceptualizan como estímulo, como respuesta, percepción o como interacción persona-ambiente.

- Definición del estrés como estímulo: “Fuerza externa al individuo que produce efectos transitorios o permanentes”. Dentro de este grupo se encuentran las definiciones de Apley & Trumbull (1967), quienes explican el concepto como “situaciones nuevas, intensas, inesperadamente cambiantes e inesperadas” (Peiró & González Romá, 1994 p. 545).

- Definición de estrés como respuesta: “Respuestas del individuo (fisiológicas o psicológicas) ante determinados estímulos estresores”. A este grupo pertenecen las definiciones de Selye (1956) en (Peiró & González Romá, 1994, p. 547).

- Definición de estrés como percepción: Surge de “procesos perceptuales y cognitivos que producen secuelas físicas y psicológicas”. En este grupo se encuentran las definiciones de Lazarus (1966), quien tiene en cuenta los “procesos de apreciación

y evaluación en la interacción entre estresores e individuo” (Peiró & González Romá, 1994, p. 548).

- Definición de estrés como interacción persona-ambiente: “Desajustes (reales o percibidos) entre las demandas de la situación y las capacidades de los individuos para enfrentarse a esas demandas” (Sells,1979, McGrath,1970, citados por Peiró & González Romá,1994, p. 548). Bajo este concepto se destacan las definiciones que señalan las discrepancias entre las características del ambiente y las preferencias del sujeto, y aquellas que consideran las discrepancias entre las demandas y las capacidades de afrontamiento (Harrison 1978, citado por Peiró & González Romá,1994, p. 548).

2.1.3 Mecanismos del estrés.

A todas las “circunstancias” que producían la misma respuesta fruto de ese proceso de adaptación más adelante Selye (1950) los denominó estresores, y con el tiempo se encontró que podían ser situaciones tan dispares como el frío, el calor, las infecciones, cirugías, los traumatismos, las hemorragias, hipoglucemias, los factores emocionales, como el estrés postraumático, etc. (Abraham, 1989; Connor & Leonard, 1998; Marshall et al., 1998, citados por González de Rivera, 2015).

Además se observó que los cambios que se generaban eran independientes unos de otros, pero que, sin embargo, conformaban un conjunto de síntomas bien definido, por lo que, en 1936, surgió el concepto que llamó como reacción de alarma, y adaptación general o estrés, o Síndrome general de Adaptación, y lo definió como la suma de todas las reacciones inespecíficas del organismo consecutivas a la exposición continuada a una reacción de estrés (Selye, 1936) Este síndrome se caracterizaría por componerse de tres fases o etapas consecutivas de producción del estrés.

(1) La primera es la reacción de alarma. Primero se identifica y percibe el estímulo por parte de nuestro organismo y a partir de aquí, se activa la respuesta del sistema nervioso y más tarde la del sistema endocrino. Se produce cuando somos conscientes del estímulo estresante, generando en pocos segundos la activación del sistema nervioso, como primera reacción al estresor, y con el fin de mantener en equilibrio el medio interno (Gabriel, 2017).

Ante la percepción de una señal de peligro (estrés) se activa una intensa respuesta del organismo, comenzando a producirse una serie de reacciones de orden fisiológico y psicológico que lo predisponen para enfrentarse a esa situación estresante. Es la reacción conocida, rememorando a Cannon, como de "lucha-huida".

La gran activación cortical que se genera es lo que hace que se produzca un estado de consciencia hiperaguda, obteniendo de este modo, mucha información del entorno, a partir de realizarse, de modo casi inconsciente, una serie de procesos cognitivos de evaluación del posible peligro. El organismo se modifica fisiológicamente, por lo que se activan glándulas, situadas en el hipotálamo y la hipófisis, ubicadas en el cerebro, y glándulas suprarrenales situadas en los riñones. El cerebro estimula al hipotálamo el cual segrega "factores liberadores" constituyendo sustancias específicas. Una de ellas es la hormona A.C.T.H. (Adrenal Cortico Tropic Hormone), que genera la cortisona u otras hormonas denominadas corticoides. Además, produce un incremento en la secreción de adrenalina, dichas hormonas son las responsables de las reacciones orgánicas del cuerpo. La intensidad de la respuesta dependerá de la persona, su aprendizaje previo, grado de amenaza del estímulo, del control percibido sobre éste, etc.

Esta respuesta de defensa y adaptación frente a estresores primarios, limitada en el tiempo y frente a acontecimientos concretos, compensándolos y restableciendo el estado inicial de equilibrio, es lo que se llama "estrés agudo" (Pilnik, 2010).

(2)- La segunda etapa es la de Resistencia. Si continúa presente la situación potencialmente estresante, el organismo sigue "respondiendo" aunque sin mantener los niveles de activación fisiológica de la etapa anterior. El sujeto es capaz de desarrollar un conjunto de fenómenos fisiológicos, psicológicos, comportamentales y emocionales, con los que se pretende afrontar la situación de estrés de la manera menos lesiva posible.

Autores como Levy (2000) sostienen que estas dos etapas son beneficiosas para la vida, además de que se dan con frecuencia y de que forman parte de lo cotidiano de la vida del sujeto. En ellas el pequeño aumento hormonal que se produce es beneficioso, ya que mejora las funciones metabólicas para conseguir la adaptación sobre los estresores, entendiendo como tales circunstancias favorables y placenteras la práctica de ejercicio físico, reír, o disfrutar de una comida, o bien, cuando ante algo problemático surgen soluciones o remedios para repararlo.

La adaptación significará que se ha logrado enfrentar con éxito la situación, aunque ésta deje tras de sí un gran desgaste orgánico, con disminución del rendimiento, entre otros, y presencia de algunos síntomas fisiológicos y psicosomáticos (Levy, 2000). En el caso de que no se consiga dicha adaptación comienzan a aparecer síntomas de ansiedad e inquietud y es entonces cuando estaríamos entrando en la tercera fase.

(3) La última fase es la del agotamiento. Se llega a esta fase cuando el estímulo estresante persiste, bien porque se mantiene en el tiempo o porque se repite intermitentemente, y se vuelven a producir con mayor intensidad los fenómenos

iniciales de la reacción de alarma, llegando a alcanzar un estado de agotamiento generalizado de las defensas, y de nuestros recursos y energías, lo que repercute en trastornos fisiológicos, psicológicos y psicosociales, que tienden a mantenerse y cronificarse. Se produce un gran desgaste y deterioro derivado de mantener esa resistencia (Reiche et al., 2004).

Durante una reacción de estrés se hiperactiva el eje de estimulación de las hormonas y cortisol. Permanecen durante mucho tiempo, los altos niveles de cortisol que finalmente son los que producen daño corporal, ya que estos conllevan además de un aumento en la producción de glucosa, la supresión de los mecanismos inmunes y del apetito, la exacerbación del herpes y la asociación con sentimientos de depresión, desesperanza, indefensión y pérdida del control, son otros de sus efectos (Everly & Lating, 2012).

Por tanto, si el estímulo estresante persiste, es crónico o regresa de forma repetida, aparecen patologías asociadas al estrés, que Selye denominaba enfermedades de adaptación (González de Rivera, 2015), por los efectos dañinos a largo plazo del cortisol o por la descarga nerviosa continua, como son la debilidad y la atrofia muscular, la fatiga crónica, alergias, dolores de cabeza, migraña, osteoporosis, hipertensión, insomnio, depresión, susceptibilidad a infecciones oportunistas (resfriados, etc.), enfermedad cardiovascular, desórdenes menstruales, dolor de cabeza, síndrome del colon irritable, enfermedades digestivas y úlceras, desórdenes de alimentación, tensión corporal, falta de concentración, poca capacidad de memoria, obesidad, disfunción sexual, entre otros.

La fase de resistencia puede durar semanas, meses e incluso años o por el contrario resolverse cuando se solucione la situación de amenaza, y esto es lo que repercutirá en que podamos distinguir entre estrés crónico y agudo, en los que, o bien

se mantendrá la activación fisiológica, con el consiguiente agotamiento y desgaste o por el contrario, que se retorne al estado de normalidad (Everly & Lating, 2012).

2.1.4 Diferencias Individuales

Todo lo mencionado hasta el momento son factores potenciales de estrés. El grado de estrés que realmente experimente la persona dependerá de lo que la mayoría de los autores denominan diferencias individuales, las cuales actúan como moderadoras del estrés.

Las diferencias individuales se pueden clasificar en diferencias afectivas y cognitivas, y en diferencias demográficas y de conducta.

2.1.4.1 Diferencias afectivas y cognitivas

El estilo de personalidad: Meyer & Rosenman dos cardiólogos de San Francisco, estudiaron los patrones de comportamiento del individuo y su relación con enfermedades cardíacas. Estos cardiólogos llegaron a la conclusión que existen dos tipos de personalidades, tipo A y tipo B. Cada una posee ciertas características particulares (López Rossetti 2021; Lopetegui Corsino, 2018).

Personalidad Tipo A es autoestresora. El patrón de comportamiento de este tipo de personalidad resulta en un estrés negativo. Las personas del tipo A son tres veces más propensas a sufrir ataques del corazón que las conductas tipo B. La personalidad tipo A clásica manifiesta seis rasgos distintivos, que son: 1- alto sentido de urgencia y conciencia del tiempo 2- impaciencia e irritabilidad 3- muy competitivo 4- ambición, deseo de llegar ser famoso/reconocido y tener éxito 5-ejecución de múltiples tareas, comúnmente a la vez 6- manías/tics psicóticos. Para este individuo su vida gira alrededor de una dimensión temporal muy restringida, es decir, posee un

comportamiento compulsivo con respecto al tiempo y a la rapidez con que se realizan las tareas laborales y cotidianas. Por ello, se caracteriza por hacer las cosas rápidamente; se mueve, camina y come con rapidez; habla de prisa y explosivamente; tiene obsesión por estar siempre a tiempo; le gusta fijarse plazos límites y cumplirlos. Como consecuencia de esta conducta de urgencia, se acalora cuando sufre algún retraso o si lo tienen esperando por alguna razón. Este tipo de personalidad, también se caracteriza por ser bien competitivo en el trabajo y actividades recreativas. Busca continuamente su promoción en los negocios o en la sociedad; ávido de reconocimiento público; y siempre juega para ganar, aun jugando con niños.

La persona tipo A manifiesta diversas acciones físicas, en forma inconsciente, en un esfuerzo por liberarse de la tensión. Por ejemplo, pestañea o mueve los ojos rápidamente cuando habla; a menudo mueve inquietamente las rodillas, o tamborilea con sus dedos. Comúnmente, estas personas tratan de hacer dos o más cosas a la vez. Se supera a sí mismo cuando se requiere pensar o trabajar en más de un asunto a la vez. Además, se exaspera fácilmente con las personas o acontecimientos. También, muestra señales de ira cuando relata sucesos pasados que provocaron indignación; risa hostil y desagradable; usa obscenidades al hablar. Por último, esta conducta muestra desconfianza entre las personas y se aburre cuando está ocioso, es decir, siempre tiene que estar ocupado.

Personalidad Tipo B: El individuo con el modelo de conducta tipo B es todo lo contrario al sujeto con personalidad tipo A. Este tipo de temperamento posee las siguientes características: 1- Rara vez tiene deseos de hacer muchas cosas en un período de tiempo reducido. 2-Solo se siente a gusto con una idea o una actividad a la vez. 3- Posee paciencia, confianza y seguridad. 4-Participa de actividades recreativas y deportivas, y de pasatiempos durante su tiempo libre. 5- Es responsable, pero si se

retrasa no se perturba ni se encuentra continuamente pendiente a la hora (López Rossetti, 2021; Larios, 2020; Lopetegui Corsini, 2018).

- El locus del control es un atributo de la personalidad. El concepto es definido como la “percepción de los individuos sobre el grado en que el control de los estímulos externos reside dentro de ellos o está fuera de ellos, fuera de su influencia” (Ivancevich & Matteson, 1992, p. 201). Dichos autores manifiestan que quienes poseen un locus de control interno consideran que pueden controlar los acontecimientos internos, a diferencia de los externos. Particularmente en relación al estrés, el locus de control hace alusión a la percepción que tienen los individuos sobre el control que tienen de los estresores. Las personas internas consideran que hay una relación entre sus conductas y los estresores. Por lo tanto, los internos percibirán como menos estresante su trabajo que los externos. Varios estudios muestran la vinculación entre el locus del control y los niveles de estrés en los trabajadores. Algunos autores plantean la relación entre el locus de control externo y la mala salud tanto física como psíquica. Sostienen que los individuos que tienen un locus de control externo tienen mayor predisposición a sufrir estrés, insatisfacción en el trabajo, agotamiento psíquico, y baja autoestima. Algunas investigaciones manifiestan que el locus del control modera la relación entre los factores estresores derivados de conflictos y ambigüedad de roles, y el estrés negativo (Spector & O’Connell 1994, Zukerfeld 2011, Rodríguez, 2015).

- La autoestima: Este concepto es definido como el “carácter favorable de la autoevaluación de las características individuales” (OIT, 2002). A partir de la década del ochenta, los investigadores han comenzado a estudiar la función moderadora de la

autoestima en la relación entre los factores estresores y los efectos en cada individuo (Diaz Falcon, 2018).

Las personas con un nivel bajo de autoestima pueden incluso llegar a sufrir trastornos físicos o psíquicos. El mencionado autor señala que estas personas son más sensibles a los problemas del entorno del trabajo que quienes tienen un elevado nivel de autoestima.

En sus estudios ha podido comprobar la función moderadora de la autoestima en la relación entre diferentes factores organizacionales, como el conflicto y la ambigüedad de roles, y la salud de los trabajadores. Sostiene que los problemas vinculados con los roles asignados, en general, son provocados por circunstancias externas al individuo. Por lo tanto, quienes tengan un elevado nivel de autoestima serán menos sensibles a ellos (Diaz Falcon, 2018).

- La tolerancia a la ambigüedad: las personas estructuradas, reticentes a tomar decisiones, y que necesitan tener todos los aspectos de su trabajo definidos suelen tener baja tolerancia a la ambigüedad. “Los individuos con baja tolerancia a la ambigüedad que se encuentran en ámbitos de trabajo u organizacionales que tienen poca estructura, muy probablemente encontrarán que los estresores tienen mayores probabilidades de resultar en el estrés percibido, y que éste producirá más resultados indeseables” (Ivancevich & Matteson, 1992, p. 201).

- Las defensas inapropiadas: son los mecanismos de defensa del YO, es decir los “recursos operativos utilizados por el YO para mantener su integridad biopsicológica y su integración psicosocial” (Leimann et al., 1998, p. 143). En general, estos mecanismos son inconscientes. Una persona madura utiliza varios

mecanismos dependiendo de las circunstancias. Sin embargo, estos mecanismos dejan de ser adaptativos cuando se emplean siempre los mismos o cuando imperan los más inmaduros. Algunos ejemplos de mecanismos de defensa son: supresión, represión, disociación, racionalización, negación e identificación.

- **Apoyo social:** Es la “creación, mantenimiento y utilización de todo tipo de redes sociales” (Martínez, 2004, p. 164). Esto abarca a compañeros de trabajo, amigos, familiares, etc. Varios son los autores que coinciden en que esta variable actúa como moderadora del estrés y podría actuar como elemento de protección contra el estrés. Del mismo modo, Cobb (1976) manifestó que el apoyo social aumenta la capacidad de afrontamiento y favorece la adaptación de la persona al entorno.

2.1.4.2. Diferencias demográficas y de conducta:

- **Edad:** Para hablar del estrés en relación a la edad es necesario, en primera instancia, hacer una distinción entre edad cronológica y edad fisiológica. La edad cronológica es el tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento. En cambio, la edad fisiológica está determinada por el desgaste o deterioro del cuerpo. Teniendo en cuenta que el estrés implica un proceso de desgaste del organismo, los autores afirman que el estrés afecta a la edad fisiológica.

La edad también puede afectar al estrés percibido, si se toman en cuenta las experiencias vividas. Existen tres etapas de desarrollo, fase inicial, período de prueba y período de mantenimiento, las cuales, en general, se corresponden con diferentes grupos etarios. Dependiendo de la edad del individuo y de la etapa en la que se

encuentre, la percepción de los estresores será diferente (Ivancevich & Mattenson; 1992).

- **Sexo:** algunos autores sostienen que históricamente, los hombres han padecido mayor estrés que las mujeres. Esto se ve reflejado en las tasas de mortalidad y esperanza de vida, a pesar de que, además, intervienen otros factores. Los autores plantean que la relación estrés-sexo se puede explicar en función a los roles que fueron desempeñando cada uno a lo largo de la historia. En el pasado, el hombre cumplía el rol dominante, trabajando para satisfacer las necesidades de su familia y tomando todas las decisiones. La mujer, en cambio, tenía un papel más pasivo. Se ocupaba de su hogar, cumpliendo el rol de madre y esposa. Esto repercutió en la salud física y mental de los hombres. Sin embargo, desde los años '60, las mujeres, además de ocuparse de los quehaceres domésticos, comenzaron a introducirse en el mercado de trabajo, y, consecuentemente, a padecer los estresores derivados del ambiente laboral. Los autores concluyen sugiriendo que “a medida que se va reduciendo la diferenciación entre los roles masculinos y femeninos, también está sucediendo lo mismo con las diferencias sexuales en relación con los indicadores de estrés” (Ivancevich & Matteson, 1992, p.196).

- **Nivel de educación:** “La educación modera la relación de estrés cuando las diferencias educativas se traducen en reacciones diferenciales de estrés” (Ivancevich & Matteson 1992, p.190). Los autores introducen el concepto de discrepancia educativa para explicar lo que sienten los trabajadores cuando su nivel educativo es significativamente menor al de otros trabajadores que se desempeñan en el mismo puesto.

- **Ocupación:** El estrés no sólo depende de las variables derivadas del puesto, sino también de la forma de responder a ellas. Sin embargo, los autores se centraron

en este primer aspecto para poder analizar la función moderadora de la ocupación. Guralnick (1963) diagramó una clasificación del estrés según la ocupación, indicando como grupos con mayores niveles de estrés a los abogados, jueces, médicos, farmacéuticos, entre otros. A esto lo denominan ajuste ocupacional, cuando las necesidades, habilidades u objetivos de las personas se corresponden con los requisitos que impone y las oportunidades que brinda la ocupación (Kivimaki, 2006)

- Estado de salud: El concepto abarca al estado general de salud física. Ciertos factores, como la historia clínica, la herencia o los hábitos personales pueden condicionarlo. Ante un problema físico, el organismo realiza un esfuerzo para adaptarse. En ese intento, gasta cierta cantidad de energía, quedando menos para enfrentar un estresor psicológico. Por lo tanto, los individuos que gozan de buena salud suelen responder mejor a estos últimos estresores (Ivancevich & Matteson, 1992, Everly & Lating, 2012).

2.1.5. *Consecuencias del estrés y sus síntomas*

De acuerdo al nivel de estrés que vivencie cada persona y en función a su estructura genética, el estrés se manifestará de diferentes maneras. Pueden mencionarse tres tipos de consecuencias del estrés: síntomas fisiológicos, síntomas psicológicos y síntomas de conducta.

Los síntomas fisiológicos más frecuentes son: jaquecas, enfermedades cardíacas, colesterol, presión arterial, inmunodepresión, dermatosis, trastornos digestivos (gastritis, acidez, reflujo úlceras, etc.), obesidad central, artritis reumática, alergias, enfermedades músculo esqueléticas, entre otros (Rodríguez García, 2019).

Los síntomas psicológicos que se han asociado al estrés son: ansiedad, depresión, reducción de la satisfacción laboral, desmotivación, complacencia, desprofesionalización, colapso nervioso, y fatiga (Zukerfeld, 2011; Rodríguez, 2015).

En cuanto a los síntomas conductuales el ausentismo, que se refleja en el incremento de partes médicos solicitados por los empleados como consecuencia de problemas de salud, la rotación del personal y la disminución de la productividad, ya que, un elevado nivel de estrés implica una sobre exigencia que trae como consecuencia una disminución de su desempeño. La ingesta de sustancias psicoactivas es también un efecto de las presiones que se padecen en el trabajo (Santana Cárdenas, 2019)

2.1.6. Reacciones fisiológicas del estrés durante las tres fases

Las respuestas que el cuerpo realiza, favorecen la percepción de la situación que se vive y de las demandas, esto posibilita que el procesamiento de la información se realice en forma más rápida y potente, facilitando la mejor búsqueda de soluciones y la selección de conductas adecuadas para hacer frente a las demandas de la situación, donde prepara a la persona para actuar de forma más rápida y eficiente. El resultado fisiológico de este proceso es un deseo de huir de la situación que la provoca o confrontarla violentamente. En esta reacción participan casi todos los órganos y funciones del cuerpo, incluidos cerebro, los nervios, el corazón, el flujo de sangre, el nivel hormonal, la digestión y la función muscular. Los sistemas orgánicos iniciales y principales que se activan como respuesta con el sistema nervioso y el sistema endocrino. Otros sistemas se involucran y son eventualmente afectados durante las etapas, tal como el sistema inmunológico, el sistema cardiovascular, el sistema gastrointestinal, entre otros (Delgado, 2017).

En la primera etapa, la ya mencionada fase de alarma, ocurre cuando se experimenta una situación, un desafío que excede el control y el cuerpo se prepara para dar una respuesta casi inmediata a la situación que se presenta, donde la persona se esfuerza y lucha para recuperar el control. Ante esta situación, el organismo se relaja y se recupera el estado de reposo. Pero, si esta circunstancia se mantiene, se pasa a la siguiente etapa.

Durante la denominada fase de resistencia, la frecuencia cardíaca aumenta y se eleva la presión arterial, los tejidos corporales retienen componentes químicos como el sodio. Las glándulas suprarrenales aumentan de tamaño y liberan cortisol al torrente sanguíneo, provocando una serie de cambios físicos. El nivel de colesterol aumenta y aparece una pérdida de potasio y aumento de la secreción de ácidos grasos. Disminuyen las defensas y aumenta el desequilibrio del estado emocional derivando hacia la depresión (Fernández et al. 2003, Everly & Lating, 2012).

La sangre se desvía del estómago y de la piel hacia los músculos por si se necesita realizar movimientos, las pupilas se dilatan, la respiración aumenta y los músculos se contraen, el cuerpo moviliza todos sus recursos disponibles para poder adaptarse a esta situación, este episodio dura más tiempo, pero llega a su límite cuando se agota la energía. En la tercera etapa o fase de agotamiento al no poder cambiar o no ver escapatoria a las situaciones que producen este trastorno, se llegan agotar todos los recursos orgánicos y emocionales. Esto hace que el funcionamiento hormonal libere sustancias químicas que dañan los tejidos abriendo posibilidades a diferentes enfermedades. También se activa una serie de sistemas del organismo que origina entre otras, incrementos de adrenalina en la sangre, de la secreción del sudor por las glándulas sudoríparas, de la frecuencia cardíaca y el gasto cardíaco, de esta

manera llega a los tejidos más cantidad de sangre. Cuando estas medidas se mantienen elevadas por tiempos prolongados, o con cierta frecuencia, es cuando puede aparecer el riesgo de desarrollar determinadas patologías. Pero el estrés puede llegar a ser nocivo para las personas, no solo por su intensidad o su frecuencia sino también por su ausencia o disminución, ya que cierto grado de activación es imprescindible para mantener nuestro organismo en estado de alerta (Delgado, 2017).

2.1.7. Fisiología del estrés

Los estresores y las respuestas del estrés son conceptos totalmente distintos. La respuesta fisiológica del estrés, conocida también como “fight-or-flight”, fue descrita inicialmente por Walter Cannon en 1915 al referirse a la respuesta del animal dentro del laboratorio de experimentación ante una situación de amenaza o presión externa. Cannon en su obra *Cambios corporales en situaciones de dolor, hambre, temor y rabia*, explica en forma detallada que la respuesta fisiológica del estrés nos permite reaccionar ante una situación de emergencia con todo nuestro potencial físico, superar el peligro, y lograr un proceso de adaptación frente a las circunstancias que nos rodea. Este principio de homeostasis fue el concepto central en el modelo de estrés descrito por Cannon en 1932 con la publicación de su obra: *La sabiduría del cuerpo*, refiriéndose a la estabilidad de los sistemas fisiológicos que mantienen la vida (Ortega Lozano, 2022).

La nueva información producida por estudios científicos en neuroendocrinología y psiconeuroinmunología en este nuevo siglo, nos permite entender con mayor detalle la respuesta fisiológica del estrés, las interacciones multidireccionales entre los cuatro sistemas antes mencionados y sus consecuencias en la salud del individuo (Steinman, 2004). Es necesario tener en cuenta que los

estudios de la respuesta del estrés realizados por Cannon y Selye fueron llevados a cabo estrictamente con animales en el laboratorio de experimentación, mientras que los estudios actuales incluyen muestras con seres humanos (Ortega Lozano, 2022).

Las investigaciones científicas acerca del estrés en seres humanos demuestran la existencia de factores ambientales, culturales, estrato social, actitudinales, y rasgos de personalidad que cumplen un rol mediador y modulador en la respuesta fisiológica del estrés (Goldstein & Eisenhofer, 2000; Rodríguez García, 2019).

A continuación, se detalla la fisiología de los sistemas orgánicos que juegan un papel importante durante la respuesta física del cuerpo al confrontarse con el estrés. El sistema nervioso se encuentra constituido por el sistema nervioso central [SNC] y el sistema nervioso periférico [SNP]. El SNC lo compone el encéfalo y la médula espinal. El encéfalo consta de una estructura localizada en la región del diencefalo, conocida como el hipotálamo. Esta estructura posee un centro que controla las emociones y ciertos impulsos básicos como el apetito, la sed, el sueño, la temperatura y el metabolismo. En los inicios del estrés, el hipotálamo estimula a la hipófisis para que secrete diversas hormonas, como la hormona adrenocorticotrofina (ACTH). Esta se transporta mediante la circulación y estimula a la corteza suprarrenal para que libere cortisol. Inicialmente esta hormona aumenta la capacidad del ser humano para afrontar efectivamente el estrés debido a que promueve la producción de glucosa y produce efectos antiinflamatorios. Sin embargo, eventualmente el cortisol provoca la degradación de proteínas y la disminución de las reacciones inmunitarias, lo cual resultaría en una mayor propensión para la adquisición de enfermedades en la etapa final de este trastorno (Caruano Vañó, 2010, Moscoso, 2014).

La médula espinal está conectada con el cerebro y el encéfalo. Su función básica consiste, en transportar información a través de los nervios que salen y entran al encéfalo. El SNP está compuesto del sistema nervioso somático [SNS] y el sistema nervioso autónomo (SNA). Este último se ramifica en dos secciones: el sistema nervioso simpático [SNS] y el sistema nervioso parasimpático [SNP]. El sistema nervioso somático, lleva información sensorial al SNC y transmite las órdenes motoras de éste hacia los órganos de los sentidos y músculos involuntarios, regula los intercambios con el ambiente externo. Por otro lado, el SNA se encarga de normalizar el equilibrio interno del cuerpo, manteniendo los valores fisiológicos dentro de lo normal. Durante la etapa de alerta del estrés, el sistema simpático se encarga de activar en el organismo el aumento de la frecuencia respiratoria, la presión arterial, la frecuencia y volumen de las contracciones cardíacas, la glucogénesis, glucólisis y glucogenólisis en hígado, la circulación sanguínea en los músculos, la liberación de adrenalina de la médula suprarrenal, dilatación de las pupilas, la disminución de la circulación en los órganos abdominales, riñones y piel y la reducción de la actividad digestiva. La actividad constante del sistema simpático puede ser en detrimento de los órganos del cuerpo, donde el resultado final sería un estado de sobrecarga evidente en la fase de agotamiento. Por el contrario, el sistema nervioso parasimpático se encarga de controlar la recuperación y la relajación (Caruano Vaño, 2010; Moleiro Pérez, 2011, Delgado 2017).

El Sistema Endocrino es un sistema del cuerpo compuesto de glándulas que secretan hormonas, este interacciona con el sistema nervioso para coordinar e integrar la actividad de las células corporales. A lo largo del transcurso de las fases del estrés, las glándulas y hormonas que participan con mayor intensidad son la glándula

pituitaria (hipófisis), la glándula suprarrenal y la glándula tiroides (García et al., 2020).

La glándula pituitaria se encuentra conectada estructural y funcionalmente con el hipotálamo. Posee dos principales lóbulos, los cuales son, el lóbulo anterior (adenohipófisis) y el lóbulo posterior (neurohipófisis). Los agentes estresores estimulan a la adenohipófisis para que secrete cantidades aumentadas de hormona adrenocorticotrofina (ACTH). La producción de la misma es consecuencia directa de un factor hormonal liberado por el hipotálamo como respuesta al estresor y actúa sobre la corteza suprarrenal para estimular la producción de cortisol. Esta hormona es el principal regulador de las respuestas adaptativas al estrés. La neurohipófisis se localiza en la prolongación del hipotálamo y tiene una relación directa con éste. La misma segrega dos hormonas: la oxitocina y la vasopresina u hormona antidiurética (Lopetegui Corsino 2019; Moleiro Pérez, 2011).

Las glándulas suprarrenales, están formadas por dos estructuras, la médula suprarrenal que segrega cortisol y corticosterona y la corteza suprarrenal que produce adrenalina y noradrenalina. Ambas cortezas son inervadas por el sistema nervioso autónomo, produciendo una serie de hormonas que en conjunto se conocen como glucocorticoides, las cuales tienen acción sobre el metabolismo de la glucosa. Estas mismas pueden inducir a hiperglucemia en un estrés prolongado porque mantendrían una producción constante de glucosa (García et al., 2020).

La glándula tiroides juega una función importante durante el estrés de origen psicosocial o físico, la cual estimula a la producción de tiroxina. Esta hormona aumenta la tasa metabólica de los tejidos del cuerpo. Tales cambios afectan el humor,

la energía, la irritabilidad nerviosa y el nivel de alerta mental. El flujo sanguíneo aumenta marcadamente, lo que ocasiona un aumento en la presión sanguínea.

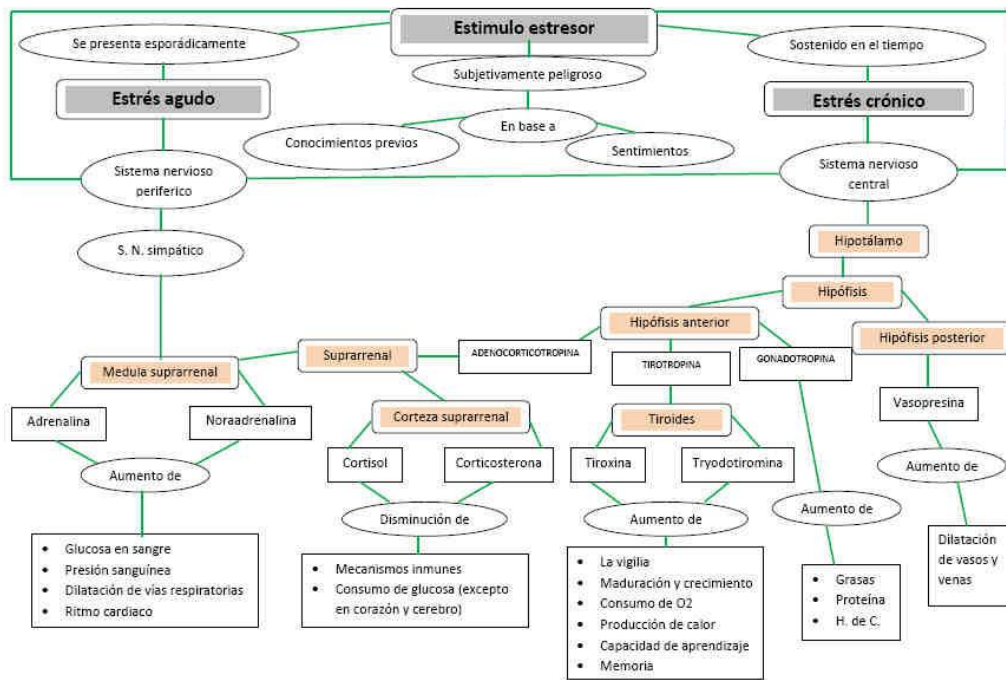
El sistema inmunitario está constituido, por el timo, médula ósea, nódulos linfoides, bazo y mucosas asociadas al tejido linfoide, tejidos y células. El timo y la médula ósea, son los llamados órganos linfoides primarios, en los cuales se produce la diferenciación de los linfocitos. Los linfocitos maduros pasan por la vía sanguínea al bazo y los nódulos linfoides (Rodríguez, 2015).

El sistema inmune está compuesto de cinco clases de células: linfocitos T, linfocitos B, glóbulos blancos, monocitos y células nulas, todas protegen al organismo de infecciones ocasionadas por bacterias, parásitos, hongos o virus y del crecimiento de las células tumorales. Los glóbulos blancos, conjunto de células sanguíneas cuya función principal es la defensa del organismo de sustancias ajenas o agentes infecciosos, producen pequeñas proteínas conocidas como citoquinas, como el interleuquinas-1 y el interleuquinas-2 que coordinan directamente la respuesta de otras partes del sistema inmunológico a los patógenos con vistas a luchar contra los agentes infecciosos y reacciones alérgicas, también actúan como señales químicas entre las células inmunes y otros tipos de células y órganos, incluyendo partes del cerebro. En el estrés, el cuerpo libera citoquinas proinflamatorias, factores inmunológicos que inician respuestas contra las infecciones (García et al., 2020).

Cuando el organismo las produce por períodos largos de tiempo, puede traer consecuencias negativas para el mismo. No sólo que dificulta la habilidad del cuerpo para luchar contra las infecciones y sanar las heridas, sino que la inflamación crónica también aumenta el riesgo de enfermedades cardíacas, osteoporosis y diabetes tipo 2.

Debido a la respuesta inmunológica crónica que causa el estrés normal este puede incrementar el riesgo de alergias. Se presenta el siguiente cuadro para graficar de manera sencilla la fisiología del estrés (Lopetegui Corsino 2019).

Figura 1: Fisiología del estrés



Fuente: Lopetegui Corsino Edgar "Respuesta Fisiológica", <http://www.saludmed.com/Bienestar/Cap4/Estres->

Dentro del estrés se puede distinguir el eustress que se caracteriza por ser un estrés positivo por lo cual contribuye al crecimiento y supervivencia del individuo. En lo cual la persona está más alerta, su atención y su rendimiento está más elevado. Y distress que es el estrés negativo, supone un estancamiento, una acumulación, la persona percibe que no puede movilizar sus recursos (Bernard,2011).

2.1.8. Causas psicológicas y sociales del estrés

Seguidamente, se detallan las causas psicológicas que están relacionadas con la vulnerabilidad emocional y cognitiva del individuo como, por ejemplo, crisis vitales, relaciones interpersonales conflictivas o insuficientes, condiciones frustrantes

de trabajo o estudio por una excesiva exigencia o competitividad, monotonía, normas incongruentes, insatisfacción vocacional, entre otras. En el caso de las causas sociales son cambios en los que cada época acarrea nuevos retos a afrontar como, por ejemplo, cambios tecnológicos acelerados que la persona no puede integrar, entre otros. Por último, se puede mencionar las causas medioambientales referidas con la polución ambiental, alimentación con tóxicos industriales, lugares de trabajo con poca seguridad, catástrofes, entre otros (Rodríguez García, 2019; Cano Vindel, 2022).

Figura 2: Clasificación de estrés

SEGÚN SU TIPO	SEGÚN SU GRADO
<p>Estrés físico</p> <p>Es aquel que no permite que el individuo se desempeñe correctamente por cambios en el ambiente o en su rutina. Esto puede llegar a entorpecer el funcionamiento normal de los sentidos, la circulación y respiración. Si se prolonga, puede ocasionar daños en la salud.</p> <p>Estrés psíquico</p> <p>Es causado por las exigencias que se hace la persona, como el cumplimiento de horarios, tareas y oficios donde lo que se exija es mayor a las capacidades de uno.</p>	<p>Estrés agudo</p> <p>Es de poca duración, pasajero, pero muy fuerte. Surge súbitamente, sin aviso ya que, debido a su magnitud y a la rapidez de su aparición, provoca el disparo de la cascada del estrés. Es el producto de una agresión intensa ya sea física o emocional, que supera el umbral del sujeto, da lugar a una respuesta intensa, rápida y a veces violenta.</p> <p>Estrés crónico</p> <p>Es fuerte o débil, es prolongado o nunca se deja de tener. Este crea problemas, comienzan con modificaciones en la conducta o en el modo de reaccionar frente a las situaciones. Impide la tranquilidad, la calma y la paz. Termina potenciando la aparición de diversos síntomas y enfermedades. Exige adaptación permanente, se llega a sobrepasar el umbral de resistencia del sujeto para provocar las llamadas enfermedades de adaptación.</p>

Fuente: Adaptado Cano Vindel Antonio La naturaleza del estrés”, Sociedad Española para el estudio de la ansiedad y el estrés http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/el_estres.htm

Los síntomas y signos del estrés se pueden manifestar fisiológicamente, cognitivamente y en la parte motriz de las personas. Fisiológicamente puede presentarse taquicardia, hipertensión, incremento del colesterol, hiperglucemia, diuresis, aumento-disminución de la temperatura, sequedad de boca, inhibición del sistema inmunológico. Cognitivamente, puede provocar incapacidad en la toma de decisiones, dificultades de concentración y atención, olvidos frecuentes o irritabilidad, y por último en la parte motriz se puede manifestar con temblores, tartamudeo, predisposición a accidentes, disminución o aumento del apetito o explosiones emocionales (Cano Vindel, 2022).

2.1.9. Estrés Laboral o burnout

Dentro del estrés se puede encontrar el estrés laboral que se define: "como un conjunto de reacciones nocivas, tanto físicas como emocionales, que concurren cuando las exigencias del trabajo superan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador" (Marenco,2011).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace referencia al estrés laboral como la: "reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación" (Stavroula et al., 2004 p.3).

Debido a las exigencias laborales propias de la actualidad, es normal la presencia de estrés en las organizaciones. Incluso, en un moderado nivel, puede resultar beneficioso para el trabajador porque lo mantiene activo, alerta y motivado. El problema deviene cuando esas presiones superan la capacidad de respuesta o se

prolongan en el tiempo y el estrés se convierte en un factor crónico (Stavroula et al. 2004, p. 3).

La mayoría de los modelos teóricos de estrés laboral (Ivancevich & Mattenson, 1992, Robbins, 2004, Santana Cárdenas, 2016) hacen referencia a los factores psicosociales relacionados con el trabajo (llamados estresores), los cuales producen reacciones psicológicas, físicas y de comportamiento que pueden afectar a la salud del trabajador.

A su vez, tienen en cuenta los factores o las diferencias individuales (llamados moderadores del estrés) que influyen en los efectos. Los factores psicosociales abarcan aspectos del puesto y del entorno de trabajo, como ser la cultura o clima de la organización, las relaciones interpersonales en el trabajo, las funciones laborales, el diseño y el contenido de las tareas. Además, el concepto hace alusión a los factores del entorno fuera de la organización, como las exigencias domésticas, y aspectos del individuo, ya sea personalidad o actitudes, que pueden incidir en su grado de estrés (Steven et al., 2002).

Además, se han estudiado diversas manifestaciones del estrés como ser el mobbing y el burnout. El mobbing, también llamado acoso moral, acoso laboral, acoso psicológico o acoso institucional es un caso particular de estrés laboral. El concepto es definido como aquella “situación en la que una persona ejerce una violencia psicológica extrema, de forma sistemática y recurrente y durante un tiempo prolongado sobre otra persona o personas en el lugar de trabajo con la finalidad de destruir las redes de comunicación de la víctima o víctimas, destruir su reputación, perturbar el ejercicio de sus labores y lograr que finalmente esa persona o personas acaben abandonando el lugar de trabajo” (Martínez, 2004, p. 60).

El burnout se caracteriza por el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución en la iniciativa y en la toma de decisiones. El agotamiento emocional se refiere a la incapacidad de poder reaccionar emocionalmente en forma correcta frente a una determinada situación. La despersonalización, en el ámbito laboral, implica una disgregación entre las tareas a desempeñar y la personalidad, y toda esta situación de agotamiento influye en la capacidad de decisión porque disminuye la capacidad de iniciativa y la seguridad en sí mismo, entre otras cosas (Santana Cárdenas 2016).

2.1.9.1 Estrés laboral y enfermedades

Existe relación entre el estrés de trabajo y una variedad de enfermedades. Alteraciones de humor y de sueño, dolor de cabeza y relaciones conflictivas con familia y amigos, aumento o disminución del apetito son síntomas de problemas que se ven comúnmente. Estas señales precoces, son fácilmente reconocibles. Pero los efectos del estrés laboral en las enfermedades crónicas son más difíciles de diagnosticar, ya que estas patologías requieren un largo período de desarrollo y se pueden ver influidas por muchos factores, además de este. Sin embargo, gran número de evidencias sugieren que el estrés tiene un papel preponderante en varios tipos de problemas crónicos de salud, particularmente en enfermedades cardiovasculares, afecciones musculoesqueléticas, y afecciones psicológicas (Rodríguez, 2015).

Dentro de las causas del estrés laboral se encuentran personas que dedican la mayor parte de su tiempo al trabajo, viven agobiados y angustiados por buscar la perfección en el área laboral, descuidando aspectos importantes de la vida como la familia y los amigos. Son estas situaciones las que muchas veces llevan a los individuos a ser adictos de su empleo y estas mismas son las que generalmente ocasionan este trastorno (Santana Cárdenas, 2016).

El estrés laboral afecta a la persona en cuanto a su salud fisiológica, psicológica, conductual y emocional del trabajador. Este modifica los hábitos relacionados con la salud, de manera que, con las prisas, la falta de tiempo, la tensión, aumentan las conductas no saludables, tales como fumar, beber, o comer en exceso y se reducen las conductas saludables, como hacer ejercicio físico, seguir una dieta saludable, dormir adecuadamente, así como conductas preventivas de higiene, entre otras. Estos cambios de hábitos pueden afectar negativamente a la salud y, por supuesto, pueden desarrollarse una serie de adicciones, con consecuencias muy negativas para el individuo en las principales áreas de su vida, como son la familia, las relaciones sociales, el trabajo y la salud (Stavroula, 2004).

2.1.10 La psiconeuroinmunoendocrinología (PINE) y las patologías asociadas al estrés

Los factores psicológicos desempeñan un papel contribuyente en la predisposición, el comienzo o el curso de varias enfermedades físicas. Datos recientes demuestran claramente una unión entre el estrés y el desarrollo y curso de varias patologías. Las influencias del estrés en patologías que están conectadas directamente con los mecanismos inmunológicos tales como las infecciones, las enfermedades autoinmunes, las neoplasias y su efecto sobre las enfermedades cardiovasculares (Delgado, 2017).

El concepto de que el cerebro puede modular el sistema inmune fundamenta la teoría del estrés. Recientes avances en el estudio de las interacciones entre el sistema nervioso central y el sistema inmune han demostrado una vasta red de vías de comunicación entre ambos. El campo de la psiconeuroinmunología involucra la elucidación de las complejas interacciones entre SNC, el sistema endocrino y el sistema inmune, así como sus efectos sobre la salud (Sánchez Segura et al., 2006).

El estrés produce en el organismo una respuesta endocrina aguda, mediada por la liberación de adrenocorticotrofina (ACTH) que induce, a su vez, la liberación de corticoesteroides, o crónica, mediada por catecolaminas. Este mecanismo fisiológico, necesario para la supervivencia, en caso de resultar excesivo por intensidad, duración o ambos, produce enfermedad. Si bien las necesidades fundamentales del hombre no han variado, los medios para obtenerlas se han vuelto más complicados (Everly & Lating, 2012).

Las condiciones psicosociales de competitividad, aislamiento y depresión someten al hombre contemporáneo, especialmente en el medio urbano, a una carga de estrés sostenida en el tiempo. Las alteraciones producidas por este, pueden iniciar o ser el precursor de entidades mórbidas tales como la insuficiencia cardíaca congestiva, arritmias cardíacas, hipertensión arterial, taquicardias, el asma bronquial, el síndrome de hiperventilación (Müller et al. 1989, Moleiro Pérez, 2011).

Dentro de enfermedades inmunológicas figura la aceleración del desarrollo de los procesos infecciosos. En cuanto a alteraciones del sistema endocrino, las principales afecciones son el hipotiroidismo y el hipertiroidismo. La enfermedad ulcerosa péptica, el síndrome de intestino irritable, colitis ulcerosa, dispepsias, diarreas y constipación son desequilibrios gastrointestinales. La artritis reumatoidea, cefalalgias tensionales y migrañas, diabetes y enfermedades del sistema inmune. El prurito, la sudoración excesiva, la dermatitis atópica y la alopecia se inscriben dentro de los problemas dermatológicos. Los trastornos musculares más habituales son tics, temblores, contracturas musculares. Como problemas sexuales pueden mencionarse la impotencia, la eyaculación precoz, el coito doloroso, el vaginismo y las alteraciones del deseo. También los desequilibrios psicopatológicos como miedos, fobias, trastornos de la personalidad, consumo de drogas, conductas obsesivas y compulsivas,

alteraciones del sueño y conductas de vida no saludables como comer en exceso o no comer, fumar, sedentarismo, entre otros (Boski, 2011; Santana Cárdenas, 2016).

Los efectos que el estrés puede producir, llevando a la aparición de un síndrome coronario agudo son, aumento de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial, aumento del tono simpático y caída en la variabilidad de frecuencia cardíaca, aumento del tono vascular y hiperagregabilidad plaquetaria. La significativa descarga de catecolaminas que se produce como consecuencia del estrés lleva a un aumento de la tensión arterial promedio o, en situaciones agudas, un incremento brusco (Boski, 2011). La hipertensión arterial (HTA) es un trastorno de carácter multicausal, lo cual determina la existencia de diferentes vías etiológicas. Dentro de los factores que han sido investigados en relación con los trastornos hipertensivos se destaca el estrés (Moleiro Pérez, 2011). La OMS ha reconocido la importancia que puede representar en la alteración cardiovascular y también ha subrayado la dificultad de cuantificar esa influencia en el desarrollo de esta enfermedad. Aunque no se dispone de una evidencia que permita atribuir al estrés un papel determinante en la etiología de la hipertensión, sí se reconoce en mayor o menor medida cierto grado de responsabilidad en la patogenia de esta enfermedad (OMS, 2021).

El estrés crónico puede provocar esto a través de múltiples vías: aumentando el gasto cardíaco de origen simpático, disminuyendo la actividad vagal, aumentando los niveles de catecolaminas, potenciando el sistema renina-angiotensina-aldosterona. Esto indica que hay una relación directa entre el estrés laboral y el síndrome metabólico, que a su vez conduce a la diabetes y enfermedades cardiovasculares (Sánchez Segura et al. 2006, Rodríguez García, 2019).

La asociación entre el síndrome metabólico y la exposición a comportamientos nocivos para la salud fue mayor entre hombres que entre mujeres. Una dieta pobre sin

consumo de frutas y vegetales, fumar, beber en exceso, y la inactividad física fueron todos comportamientos vinculados con más riesgo de padecer este cuadro. El individuo sometido a un estrés laboral crónico produce la liberación de sustancias proinflamatorias y protrombóticas, que generan isquemias cardíacas, aumentan la coagulación sanguínea y llevan al paciente directamente a insuficiencias, arritmias e infartos cardíacos y a accidentes cerebrovasculares (ACV) (Sánchez Segura et al. 2006, Rodríguez García, 2019).

Existen una gran variedad de datos experimentales y clínicos que ponen de manifiesto que el estrés, en función de su intensidad y duración, puede producir alteraciones considerables en el cerebro. Éstas, incluyen desde modificaciones más o menos leves y reversibles, hasta situaciones en las que incluso se produce muerte neuronal. Se sabe que el efecto perjudicial que puede producir este trastorno en nuestro cerebro está directamente relacionado con los niveles de glucocorticoides. Aunque la presencia de determinados niveles de estas hormonas es de gran importancia para el adecuado funcionamiento de nuestro cerebro, el exceso puede producir toda una serie de alteraciones en distintas estructuras cerebrales, y especialmente en el hipocampo, una estructura que juega un papel crítico en muchos procesos de aprendizaje y memoria (Sandi et al.,2000; Everly & Lating, 2012).

Mediante distintos trabajos experimentales, se ha podido establecer que la exposición continuada a situaciones con un elevado estrés, pueden producir tres tipos de efectos perjudiciales en el sistema nervioso central. El primer efecto es la atrofia dendrítica; es un proceso de retracción de las prolongaciones dendríticas, que se produce en ciertas neuronas, si se termina la situación de estrés, se puede producir una recuperación de la arborización dendrítica, por lo tanto, puede ser un proceso reversible. El segundo efecto es neurotoxicidad; es un proceso que ocurre como

consecuencia del mantenimiento sostenido de glucocorticoides durante varios meses, y causa la muerte de neuronas hipocampales y el último efecto es exacerbación de distintas situaciones de daño neuronal; este es otro mecanismo importante, por el cual, si al mismo tiempo que se produce una agresión neural (apoplejía, anoxia, hipoglucemia, entre otras.), coexisten altos niveles de glucocorticoides, se reduce la capacidad de las neuronas para sobrevivir a dicha situación nociva (Fernández et al. 2003, Delgado, 2017).

La Diabetes, es una enfermedad sobre la cual el estrés tiene incidencia, donde la aparición de la misma depende de factores que representan una sobrecarga para el páncreas y que demandan de esta glándula una actividad insulínica mayor (hiperinsulinemia). Estos factores añadidos pueden ser la obesidad, el estrés, el embarazo, las infecciones, el sedentarismo; que van a influir añadiendo su efecto al factor hereditario, el estado autoinmune o la afección viral que pueden haber sido los elementos participantes (Rodríguez García, 2019).

La relación Estrés-Diabetes, así como al mecanismo por el cual el estrés, es capaz de producir cambios neuroendocrinos que inducen a alteraciones funcionales y eventualmente hísticos, que producen manifestaciones clínicas que pueden desencadenar la Diabetes en el sujeto, todavía no es bien conocido, aunque se invocan algunas teorías, dentro de ellas se mencionan como resultado de situaciones de intensas de tensión se incrementa la producción de ACTH con el consiguiente aumento de glucocorticoides, sumado a la disminución de la producción de insulina por simpaticotonía, conducen a alzas glucémicas acompañadas de glucosuria. Se produce pues la afectación de las curvas de tolerancia a la glucosa, que, determinadas por la angustia, la inseguridad y otras situaciones estresantes mantenidas, conllevan a una tendencia a los trazados diabéticos, mientras que las situaciones que garantizan la

seguridad personal determinan resultados opuestos. El estrés además puede agravar el estado de la persona diabética a través de los siguientes mecanismos fisiológicos:

Alterando la secreción hormonal de ACTH, adrenalina, esteroides suprarrenales, hormona del crecimiento, que influye en la secreción de insulina o en el metabolismo de la glucosa e influyendo en el sistema nervioso autónomo, en el metabolismo de los carbohidratos, de las grasas, de las proteínas, del agua y de los electrolitos, y tiene una vía de conexión con las reacciones emocionales (Álvarez, 1998, Delgado 2017).

Las necesidades nutricionales aumentan durante los períodos de estrés agudo. El cuerpo secreta hormonas, las cuales producen varios cambios en el metabolismo y alteran las necesidades de nutrientes. Además, es difícil comer bien cuando hay un estado de tensión. (Swarth,1992). Este trastorno puede causar problemas digestivos, causando diarreas, constipación, cólicos, distensión abdominal, entre otros. La producción excesiva en el estómago puede causar acidez. Si bien ha perdido vigencia la teoría de que la úlcera era causada únicamente por estrés, en el caso de gastritis y síndrome de intestino irritable son dos de las enfermedades del aparato digestivo que posiblemente, en gran parte de los casos, tengan su origen en el estrés. El síndrome del intestino irritable es un trastorno común de los intestinos que produce dolores, meteorismo, distensión abdominal, y cambios en la evacuación del intestino. Algunas personas padecen de estreñimiento, otras sufren de diarrea y algunas personas experimentan ambos (Kuo et al., 2017)

2.2. Tipos de afrontamiento, estilos y estrategias de afrontamiento

2.2.1 Modelo Transaccional de Estrés y Afrontamiento

Dentro de los modelos de salud más importante se encuentra el modelo transaccional de estrés y afrontamiento de Lazarus & Folkman (1984), que plantea que el afrontamiento es un proceso dinámico de evaluación y reevaluación del repertorio de estrategias que poseen los individuos para hacer frente a una situación que es evaluada como amenazante o desbordante, y su función es reducir o mitigar los efectos del estrés psicológico (Lazarus & Folkman, 1987; Sandín et al. 2003; Ortega 2022). Frente a los eventos estresores, los individuos realizarían dos tipos de evaluaciones: la primaria, donde se evalúa si el evento es dañino o no; y la secundaria, donde se evalúa si uno tiene las capacidades para hacerle frente a dicho evento (autoeficacia percibida). De esta manera, el afrontamiento dependerá de esta evaluación secundaria (Lazarus & Folkman, 1984, Moscoso 2014).

Para enfrentar el estrés, las personas recurren a estos repertorios, que se traducen en estrategias cognitivas y/o conductuales que mediatizan la relación entre la percepción del estrés y el proceso de adaptación (somática y psicológica). La habilidad para manejar situaciones estresantes depende de los recursos de afrontamiento disponibles. En ese sentido, según Folkman (2010) el estrés es un fenómeno contextual, se trata de una transacción entre la persona y el contexto en el que se encuentra en un momento determinado. Por lo tanto, la eficacia de las estrategias de afrontamiento y los resultados asociados a ella dependen tanto de los aspectos estables (características de personalidad, valores y creencias personales)

como de los elementos inherentes a la propia situación, entre los que destacan las emociones que la persona siente en ese momento (Lazarus, 2000; Ortega, 2016).

Las estrategias descritas por Lazarus & Folkman (1984) son el afrontamiento dirigido a la acción, que son todas aquellas actividades o manipulaciones orientadas a modificar o alterar el problema; y el afrontamiento dirigido a la emoción, que implica las acciones que ayudan a regular las respuestas emocionales a las que el problema da lugar (Folkman et al., 1986). Las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidad de aparecer cuando ha habido una evaluación de la que no se puede hacer nada para modificar las condiciones amenazantes o desafiantes del entorno. Por otro lado, las formas de afrontamiento dirigidas al problema son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio. Una tercera respuesta de afrontamiento, planteada posteriormente, se refiere a mantener un estado positivo frente a las situaciones graves de estrés, denominado afrontamiento centrado en estados positivos (Folkman & Moskowitz, 2000).

El uso de estrategias de afrontamiento puede ser o no adaptativas y no siempre el proceso es positivo, incluso cuando se tenga éxito en eliminar o mitigar el estresor, pues el proceso en sí mismo conlleva una fatiga que puede llegar a tener iguales consecuencias negativas que el estresor, puesto que agotan la capacidad psíquica y limitan los recursos de las personas. (Sandín & Chorot, 2003, Delgado, 2017)

2.2.2. Evidencia en Afrontamiento

La teoría del estrés y afrontamiento, desarrollada por Lazarus se ha estudiado por años (Lazarus & Folkman, 1986).

Es posible afirmar que la investigación sobre el afrontamiento en los últimos 40 años ha sido dominada por los enfoques contextuales, que han puesto acento a distintos factores en sus estudios, por ejemplo: la influencia de factores como la personalidad, los recursos individuales y sociales en el desarrollo del afrontamiento a lo largo de la vida. A pesar de estas variaciones, las investigaciones basadas en estos enfoques convergen en los siguientes puntos (Folkman & Moskowitz, 2000, Everly & Lating, 2012; Wolkfol et al., 2023):

1. El afrontamiento tiene múltiples funciones, incluyendo la regulación de la angustia y la gestión de los problemas que causan la angustia (Folkman & Moskowitz, 2000).

2. El afrontamiento está influenciado por las características valoradas del contexto estresante, incluyendo su controlabilidad (Folkman, 2020).

3. El afrontamiento está influido por las disposiciones de la personalidad, incluyendo el optimismo, el neuroticismo y la extraversión (Melgosa, 1994).

2.2.3 El afrontamiento: principales definiciones y características

Diferentes autores afirman que las personas reaccionan de muy diversas formas ante un mismo suceso estresante. Las investigaciones iniciales sobre el estrés, como las de Selye (1951) partían del supuesto de que existían estresores casi universales, en otras palabras, condiciones ambientales que tenían la capacidad de agotar la resistencia de cualquier organismo. Al poco tiempo, se observó que existían diferencias en cómo los sujetos afrontan el mismo suceso. De esta forma, se pasó de

una noción fisiológica y universal del estrés a una perspectiva más psicológica/ idiosincrásica (Gómez Fraguela et al, 2006, Moscoso 2014).

Esta visión señala que un suceso es estresante en la medida en que la persona lo perciba de esta forma, sean cuales fuesen las características objetivas del suceso.

En los años sesenta, se comienza a utilizar el término afrontamiento para señalar a los mecanismos de defensa que favorecen la adaptación del sujeto. Cuando se populariza definitivamente el término, se lo desliga de la tradición psicoanalítica (Gómez Fraguela et al, 2006).

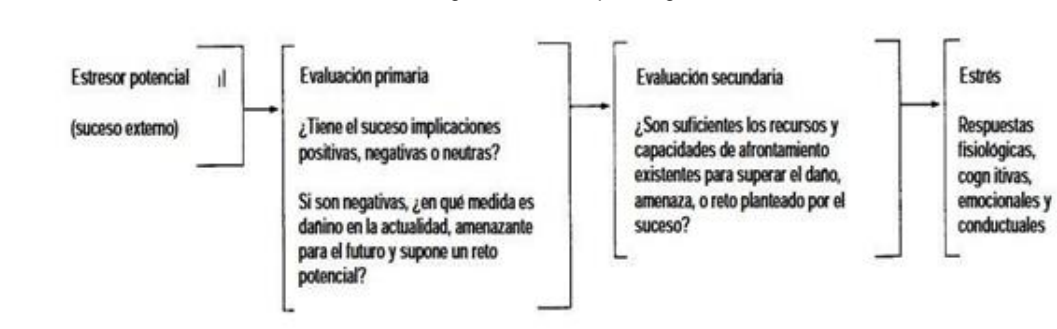
Por su parte, Lazarus & Folkman (1991) definen el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para mejorar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de los individuos” (p. 164). Por otro lado, no se considera que un estilo de afrontamiento sea más apropiado que otro, estando la funcionalidad determinada por el tipo de situación en la que se aplique. Ante situaciones que se puedan modificar, el estilo centrado en los problemas sería más funcional, mientras que una importante función adaptativa en situaciones que no pueden ser modificadas, la tendría el estilo centrado en las emociones (Folkman, 2020).

A partir de estos trabajos originales, algunos autores han cuestionado la concepción del afrontamiento como un proceso cambiante continuamente y determinado fuertemente por el proceso de la evaluación cognitiva. Desde estos supuestos, se han concebido los estilos de afrontamiento como patrones de conducta estables y considerados como características de personalidad que interactúan con el ambiente (Gómez Fraguela et al., 2006).

Así mismo, los autores han propuesto clasificaciones alternativas de las estrategias de afrontamiento que distinguen entre un estilo de afrontamiento de aproximación al problema, y un estilo de afrontamiento de evitación. El primer estilo de afrontamiento sería funcional, ya que facilitaría el ajuste al sujeto, mientras que el estilo de evitación sería disfuncional, lo que aumentaría la probabilidad de que aparezcan problemas físicos y psicológicos.

El afrontamiento juega el papel de mediador entre las experiencias estresantes a las que están sometidos los sujetos, los recursos personales y sociales con los que cuentan para hacerles frente y las consecuencias que acarrearán a la salud física y psicológica de los individuos (Sandín, 2003). Los modelos actuales de estrés conciben la propia respuesta de estrés como resultado de una transacción delicada y continua entre las presiones que se perciben del medio interno o externo, y los recursos de afrontamiento que están disponibles y activables, no como una consecuencia inevitable y directa de elementos universal e inequívocamente definibles (Vázquez Valverde, 2003)

Figura 3: Modelo psicológico del estrés.



Fuente: Vázquez Valverde, C., Crespo López, M. & Ring, J. M. (2003). Estrategias de afrontamiento. En A. Bulbena Vilarrasa, G. E. Berrios & P. Fernández de Larrinoa Palacios, *Medición clínica en psiquiatría y psicología* (pp. 425-435). Barcelona: Masson.

Lazarus & Folkman (1991) afirman que un evento percibido con carga de estrés, exige la puesta en marcha de diversos recursos de la persona para afrontar la situación y restablecer el equilibrio. Denominaron estrategias de afrontamiento a este esfuerzo cognitivo y conductual que debe realizar un individuo para manejar estas demandas externas (ambientales, estresores) o internas (estados emocionales) y que son evaluadas como algo que excede los recursos de la persona (Lazarus & Folkman, 1991).

Desde el modelo transaccional del estrés, Lazarus (2000) sugiere que ante una situación de estrés hay que tener en cuenta:

- la valoración o apreciación que la persona hace de los estresores.
- las emociones y afectos asociados a dicha apreciación.
- los esfuerzos conductuales y cognitivos realizados para afrontar dichos estresores.

2.2.4 Las estrategias de afrontamiento

Existen muchas estrategias de afrontamiento posibles que puede manejar una persona como ya fuera mencionado. El uso de unas u otras estrategias suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce. En el caso de las situaciones en las que se puede hacer algo constructivo, surgen las estrategias focalizadas en la solución del problema, mientras que las situaciones en las que la aceptación es la única solución posible aparecen las estrategias focalizadas en las emociones (Vázquez Valverde et al., 2003).

Por su parte, investigaciones más recientes mostraron la existencia de una mayor variedad de modos de afrontamiento. Por ejemplo, la escala de Modos de Afrontamiento [WOC] de Folkman y Lazarus (1985), es un instrumento que evalúa

una serie de pensamientos y acciones que se efectúan para controlar una situación estresante. El WOC cubre ocho estrategias diferentes, estando las dos primeras centradas en la solución del problema, las cinco siguientes en la regulación emocional, y la última focalizada en ambas áreas:

- **Confrontación:** son los intentos de solucionar la situación mediante acciones directas, agresivas o arriesgadas.
- **Planificación:** pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.
- **Distanciamiento:** intentos de alejarse del problema, no pensar en él o evitar que le afecte.
- **Autocontrol:** esfuerzos para controlar los sentimientos y respuestas emocionales propias.
- **Aceptación de responsabilidad:** reconocer el papel que se ha tenido en el origen o mantenimiento del problema.
- **Escape-evitación:** utilización de un pensamiento irreal improductivo o de estrategias como comer, beber, utilizar drogas o tomar medicamentos.
- **Reevaluación positiva:** percibir los aspectos positivos posibles que tenga o haya tenido la situación estresante.
- **Búsqueda de apoyo social:** acudir a otras personas para buscar ayuda, información o también comprensión y apoyo emocional.

Estas estrategias encontradas en el WOC coinciden con las encontradas en otras investigaciones que han utilizado esta u otras escalas semejantes para evaluar los recursos de afrontamiento de los sujetos. Sin embargo, no existe una coincidencia total en todos los instrumentos. En algunos aparecen ítems que no se encuentran en otros, por lo que éstas no son las únicas dimensiones de afrontamiento posibles.

Asimismo, existen algunas otras que están vinculadas a estresores específicos o a sujetos con características especiales (Frydenberg, 1997, Limonero, 2012).

Según Ramella (2009), a lo largo del proceso de afrontamiento se plantean dos funciones:

- La regulación de las emociones causadas por el estrés: en este tipo de afrontamiento se percibe que no se podrá modificar la situación estresante, por ende, se trata de disminuir el impacto sobre la persona.
- El manejo directo del problema: al considerarse que el evento estresor puede ser modificado, se buscan soluciones para recomponer el equilibrio. El que una persona emplee un tipo de afrontamiento estará determinado por características de la situación, del individuo, de la evaluación que se realice de los eventos y de los recursos disponibles. Debido a la relevancia del afrontamiento en el bienestar personal, se resalta además de las consecuencias negativas del estrés sobre la salud, el estudio de las capacidades de las personas para afrontar sus vidas (Frydenberg, 1997).

Por su parte, Limonero (2012) sostiene que es posible estudiar los modos de afrontamiento desde un modelo salugénico, el cual se contrapone al paradigma psicopatológico y a partir de aquel se analiza al sujeto en un continuum salud / enfermedad, analizando cuáles factores protectores promueven que el sujeto se sitúe en el extremo positivo de ese continuum.

Antonovsky (1988) afirma para hacer frente a un estímulo perturbador se genera un estado de tensión con el cual el sujeto debe luchar. Este grado de adecuación en el manejo o control de la tensión determinará que el resultado sea psicopatológico, neutral o salugénico. Este autor argumenta que el estudio de los

factores que hacen posible el manejo de la tensión es la clave de las ciencias de la salud. El adecuado control de la tensión frente a los estresores parece determinar un afrontamiento exitoso y un concomitante estado de bienestar.

2.2.5 Recursos o impedimentos internos

Estilos de afrontamiento

A pesar de que se pueden emplear una gran variedad de estrategias para controlar una situación estresante, cada persona posee una propensión a utilizar una serie de estrategias en diversas situaciones. Esto es lo que se denomina estilo de afrontamiento. Sólo unos pocos estilos de afrontamiento han sido investigados de modo sistemático:

Personas evitadoras y personas confrontativas: poseen una tendencia evitadora o minimizadora, mientras que otras utilizan un estilo más confrontativo o vigilante, buscando información o tomando una acción directa ante cualquier situación. El estilo evitador es más útil en sucesos amenazantes a corto plazo, por su parte, el estilo vigilante es más efectivo cuando existe un suceso amenazante el cual se repite o persiste a lo largo del tiempo, aunque ningún estilo es por sí mismo más efectivo que otro. El estilo confrontativo es útil ya que permite anticipar planes de acción ante riesgos futuros, a pesar de que tenga un coste mayor en ansiedad. El estilo evitativo es bastante ineficaz para resolver situaciones de tensión continua laboral, por ejemplo. Sin embargo, los estudios longitudinales señalan que, a largo plazo, el estilo evitativo suele ser ineficaz para manejar situaciones vitales complicadas (Holahan & Moos, 1987; Limonero, 2012).

Catarsis: la investigación científica sobre los traumas ha empezado a indagar si el expresar los sentimientos y estados emocionales intensos puede ser eficaz para

afrontar situaciones complicadas. Parece que hablar y comunicar nuestras preocupaciones posee el efecto de reducir la probabilidad de que se produzcan rumiaciones obsesivas y de que aparezca un incremento en la actividad fisiológica (Vázquez Valverde et al., 2003). A pesar que se conocen bien las vías de actuación de este fenómeno, hablar con otros puede favorecer el afrontamiento de muchas maneras.

Uso de estrategias múltiples: la mayor parte de los estresores acarrear problemas de naturaleza diferente que necesitan estrategias de afrontamiento diferentes. Generalmente, es probable que un afrontamiento con resultados positivos requiera la capacidad de utilizar de forma adecuada estrategias múltiples de un modo flexible (Limonero, 2012).

2.2.6. Factores de personalidad

Búsqueda de sensaciones: Vázquez Valverde (2003) ha desarrollado una variable de personalidad que contribuye a explicar una buena cantidad de comportamientos. Las personas “buscadoras de sensaciones”, son personas a los que no les importa tomar riesgos, por lo que parecen poseer una mayor tolerancia al riesgo y los estresores que otros sujetos.

La sensación de control: es una de las variables más importantes que modulan los efectos de un estresor potencial. Investigaciones experimentales han demostrado que la pérdida de sensación de control conforma un elemento crucial de la etiología de la depresión y otros trastornos emocionales. El modelo de depresión de la desesperanza o indefensión aprendida afirma que se desarrollará un estado depresivo cuando una persona se dé cuenta de que no dispone de ninguna estrategia para modificar una situación aversiva personal. En resumen, cuando el sujeto piensa que

ningún modo de afrontamiento va a ser eficaz para controlar una situación negativa (Vázquez Valverde et al., 2003).

Optimismo: es una expectativa generalizada de que los resultados serán positivos, siendo los sujetos con una actitud optimista los que manejan mejor los síntomas de enfermedades físicas. Pareciera que las estrategias de estos sujetos suelen estar centradas en el problema, la búsqueda de apoyo social y de lados positivos de la experiencia estresante. Por otra parte, los individuos pesimistas emplean la negación y el distanciamiento del estresor, focalizándose en los sentimientos negativos producidos por el estresor (Company, 2012).

Otras variables: se han propuesto muchas otras variables psicológicas que podrían afectar la eficacia del afrontamiento, sin embargo, ninguna de ellas ha sido investigadas profundamente. Aunque parece emerger más claramente un patrón de personalidad proclive a la buena salud, al optimismo, la sensación de control y la capacidad de adaptación (Limonero, 2012).

2.2.7. Recursos o impedimentos externos

Según Vázquez Valverde et al. (2003), en el afrontamiento intervienen elementos externos como los recursos, el apoyo social recibido y la existencia de diversos estresores simultáneos. Estos factores pueden intervenir afectando de forma directa las capacidades de afrontamiento de un sujeto ante cualquier tipo de estresor, o pueden actuar como un amortiguador del efecto de los estresores.

El apoyo social se refiere a sentirse querido, protegido y valorado por los individuos cercanos, por lo general, amigos y familiares. No es tan importante el número de personas cercanas sino el apoyo percibido por parte de éstos. Este elemento puede considerarse como un recurso o estrategia de afrontamiento, siendo

uno de los mecanismos que los individuos aprecian más eficazmente para afrontar situaciones emocionales difíciles (Masten, 2018).

Según algunos autores el apoyo social es utilizado más por mujeres que por hombres. A pesar de que la mayor parte de la investigación se focalizó en el problema, este procedimiento sirve como una fuente de apoyo emocional importante. Por otra parte, diversos estudios indican que la existencia de un apoyo social efectivo tiene repercusiones en la salud, disminuyendo la probabilidad de presentar enfermedades, acelera la recuperación y reduce las tasas de mortalidad, sin embargo, todavía no se conocen exactamente los mecanismos psicobiológicos que operan estos cambios. Cabe destacar que no todo apoyo social es eficaz como protector contra el estrés. El más efectivo pareciera ser tener a alguien cercano en quien confiar, aunque los efectos del apoyo social parecen no ser acumulativos. Lo importante es tener al menos un amigo íntimo más que muchos amigos o conocidos. Además, es importante que la persona sepa y esté dispuesta a extraer efectivamente el apoyo que necesita de otros, no que sólo posea una red disponible (Guillen Riebelin, 2023).

2.2.8 Las emociones

Últimamente los conocimientos sobre el factor emocional humano han experimentado un avance importante, en parte fruto de estudios no directamente dirigidos a entenderlo, pero que han permitido que se puedan comprender las características de las emociones y su papel en la interacción y la comunicación a partir de la evidencia empírica acumulada (Poblete & Bächler, 2016).

Para algunos autores indica la capacidad que tiene un organismo para comunicarse desde su interior. Hay eventos externos o internos que pueden dar paso a la activación de las emociones. En cambio, para otros autores el término emoción hará

referencia a aspectos más subjetivos, entendidos como características cualitativas típicas del ser humano referentes a si se encuentra a gusto o a disgusto, cómodos o incómodos, etc. es decir, a sensaciones subjetivas idiosincráticas de la experiencia humana (Poblete & Bächler, 2016).

Para Ortega Navas (2014) hablar de emoción podría implicar distinguir tres categorías, supervivencia, adaptación y funciones biológicas, que son las que se extraen del análisis de algunas de las definiciones dadas. Se sitúan en un lugar preferente en referencia a la relación con el medio al considerar que se relacionan con los procesos de homeostasis y supervivencia, ya que van a proporcionar la información relevante en cada momento. Proceso por otro lado, necesario para la adaptación al medio (Fernández-Abascal et al., 2003); esto se entiende, además, como un proceso dinámico y cambiante en función de las demandas del entorno, convirtiéndose, si todo va bien, en un desarrollo adaptativo o, por el contrario, poco saludable y fuente de malestar si no se logra la correcta regulación y acomodación.

Hay eventos externos o internos que pueden dar paso a la activación de las emociones, algunas fáciles de manejar y otras más difíciles, como así también algunas son más visibles que otras. Las emociones de ira, tristeza y miedo son emociones visibles que, cuando no se controlan adecuadamente, puede llevar a la violencia, a la agresión, al suicidio o al homicidio. Cuando la persona no gestiona adecuadamente sus sentimientos de ira, tristeza, miedo y otras emociones su salud física se afecta, así como sus relaciones interpersonales y ejecutorias laborales (Limonero, 2012).

Autores como Del Carmen & Navas (2010) brindaron tres definiciones posibles, afirmando que una emoción es causada habitualmente por la evaluación que realiza una persona, consciente o inconscientemente, de la relevancia de un suceso respecto de una meta o preocupación importante, que pueden experimentar emociones

positivas cuando hay un avance en relación con la meta, o negativas cuando hay un impedimento para cumplir con ella. Una segunda definición sostiene que el núcleo de una emoción es la preparación para la acción y la sugerencia de planes; que da prioridad a una acción, haciéndola parecer urgente, de modo que puede interrumpir procesos mentales o acciones alternativas, o competir con ellas. La última definición afirma que una emoción se experimenta habitualmente como un particular estado mental, al que a veces acompañan cambios fisiológicos, expresiones y acciones.

Las emociones poseen múltiples facetas e implican la consideración de componentes cognitivos, fisiológicos, comportamentales y subjetivos. Se desprende entonces que los razonamientos, la toma de decisiones y la conducta en general, estarán influenciados por las emociones que seamos capaces de generar, de modo que podemos pensar que son las respuestas que emitimos ante los diferentes eventos vitales, las que posibilitan al organismo elaborar soluciones efectivas. Ekman (2007) completa esta definición añadiendo que las emociones tienen un fundamento biológico, universal, heredado y compartido por miembros de una misma especie filogenéticamente relacionada.

Las emociones existen independientemente de la dificultad que se tenga para definir las, describirlas, identificarlas o controlarlas, y se manifiestan fisiológica, psicológica y socialmente, no son estáticas. Son necesarias para la supervivencia y están presentes en nuestra creatividad. Afectan y están afectadas por la forma en que los sujetos perciben su mundo exterior e interior y por la interpretación que éstos realizan de tales mundos (Limonero, 2012).

Visto de esta manera, las emociones, en apariencia, son reacciones del organismo involuntarias, como si pudiesen sobrevenirnos al margen de nuestra voluntad (Ekman, 2007), ya que se reacciona ante las situaciones sin poder evitarlo,

siendo ésta una de las cuestiones más relevantes del estudio del comportamiento humano, por la importancia que adquieren en el proceso adaptativo (Del Carmen & Masten, 2018), convirtiendo su estudio en un complicado proceso, ya que transformar algo subjetivo y personal, en científico y objetivable, supone un reto para la propia ciencia, siendo precisamente por esto, los planteamientos psicofisiológicos los que más influencia están causando sobre la investigación, porque han resaltado la importancia de los cambios corporales físicos y medibles, en respuesta a las situaciones consideradas emocionales, al tiempo que se concede mayor importancia al estudio de los mecanismos y estructuras cerebrales que posibilitan tales cambios (Gosselin et al., 2010).

Por su parte, Lazarus (2000) sostiene que la emoción es el producto de la actividad cognitiva de los sujetos, al conferirle un significado a la relación sujeto-entorno. El entorno, para los psicólogos cognitivos, no tiene valor emocional alguno, sino que es el modo de afrontamiento de los sujetos lo que activa la emoción. El sujeto evalúa si se percibe capaz o no de cumplir con las exigencias del entorno, evalúa si tiene las competencias para ello. Por tanto, es difícil definir objetivamente qué es la emoción, ya que la respuesta emocional en el sujeto suele ser la respuesta a los estímulos que se generan en el ambiente, como, por ejemplo, el miedo ante el peligro y la alegría por las buenas noticias recibidas. Pero en lo que sí parece coincidir la comunidad científica es en que no es el estímulo en sí mismo lo que importa, sino el significado que adquiere para la persona, cómo es percibido y procesado por ésta (Nussbaum, 2008). Es decir, entre el estímulo y la respuesta emocional existe una mediación cognitiva, no siempre consciente y racional, y es precisamente su estudio el que ha acaparado un gran número de investigaciones (Company, 2012).

Masten (2018) mencionan que la experiencia emocional es parte de la vida misma, es una experiencia subjetiva que a la vez está moldeada por el proceso de socialización. El ser humano experimenta y expresa emociones. Se ríe y se llora con libertad o sin ella de acuerdo al contexto social. Las emociones cobran significado en el contexto social. Lo que puede provocar un sentimiento en una cultura puede no provocarlo en otra, pero la forma particular de experimentar y de expresar la emoción guarda relación con la cosmovisión del grupo social particular.

Según describe la bibliografía científica (Colhoun y Solomon, 1989; Limonero, 2012) fueron los filósofos racionalistas del Barroco, como Descartes y Spinoza, los primeros interesados en ordenar las emociones. El primero hablaba de seis emociones primarias: admiración, odio, alegría, amor, deseo y tristeza, mientras que el segundo lo hacía de quince emociones, que denominaba "pasiones básicas": celos, codicia, orgullo, envidia, ambición, avaricia, humildad, venganza, deseo, trabajo, pereza, amor pasional, paternal y filial, y por último el odio.

A partir del planteamiento Osgood, en 1952, y posteriormente Lang, en 1968 (Díaz Ovejero, 2013) señalaron la importancia de establecer una tipología del sistema afectivo encontrando como más pertinentes:

- Una dimensión de valencia, definida por los extremos de placer-displacer, agradable-desagradable, bueno-malo.
- Una dimensión de arousal o intensidad, caracterizada por límites de excitado-calmado, activado-relajado, alerta-adormecido.
- Y una dimensión de potencia, dominancia o control, donde los valores extremos reflejan cuanto de fuerte-débil, dominante-sumiso y controlador- controlado se reconoce la persona.

Los pensamientos ocupan un lugar destacado en la experiencia de la emoción. Estos son pensamientos acerca del contexto: pensar sobre planes y cómo hacer frente al suceso que causó la emoción que Lazarus (2000) la denomina “evaluación secundaria”.

Frijda (s.f. citado en Oatley & Jenkins, 1996) propuso que la condición necesaria de una emoción es el cambio en la preparación para la acción, propuesta que fue ampliamente aceptada. A su vez, constituyó un importante paso científico, un paso que no era obvio. Las emociones no suelen presentarse súbitamente. Habitualmente tienen una causa, siguen un proceso, y tienen consecuencias. Según Cholis (1996) Darwin propuso una taxonomía de las expresiones emocionales, y supuso que cada emoción es un estado discreto, reconocible por una expresión, a veces por una acción o por un hecho fisiológico. Sin embargo, algunos autores habían argumentado que probablemente no haya símbolos universales de estados emocionales. Esto llevó a Fernández (2009) a suponer que las expresiones emocionales son aprendidas y organizadas de acuerdo con la estructura particular de cada sociedad.

Lazarus (2000) empezó hacer más énfasis en el estudio y la teorización sobre las emociones y afirmó que el estudio del estrés era parte del estudio de las emociones y no al revés. Afirmaba que centrarse en las emociones durante el proceso de estrés ofrecía más cantidad de información sobre el proceso que ninguna otra variable. Sostiene además que los conceptos estrés, emociones y afrontamiento, forman una unidad conceptual, siendo emoción un concepto supraordinal, porque incluye el estrés y el afrontamiento

2.2.9. Tipos de emociones

Según Fernández (2009), las emociones primarias parecen poseer una alta carga genética, en el sentido que presentan respuestas emocionales preorganizadas, que aunque son modeladas por el aprendizaje y la experiencia, están presentes en todas las personas y culturas, mientras que las emociones secundarias, aunque emanan de las primarias, se deben en mayor grado al desarrollo individual y sus respuestas difieren ampliamente de unas personas a otras. Las emociones primarias poseen constancias en el afrontamiento, es decir, la movilización para la acción que produce la propia forma emocional. La movilización típica del miedo es siempre la huida o evitación de la situación desencadenante. Las emociones secundarias no presentan una forma característica de afrontamiento, como en la movilización de los celos, que en unos casos lleva a destruir al ser amado, en otros a espiar sus movimientos, en otros a intentar reconquistarle y en otros al llanto inconsolable.

A su vez, Company et al. (2012) señalan que las emociones negativas son aquellas que implican sentimientos desagradables, valoraciones de la situación como dañina y la movilización de muchos recursos para su afrontamiento. Las emociones primarias negativas son: el miedo, ira, tristeza y el asco. Las emociones positivas son aquellas que implican sentimientos agradables, valoración de la situación como beneficiosa, tienen una duración temporal muy corta y movilizan escasos recursos para su afrontamiento. Entre ellas la emoción primaria positiva prototípica es la felicidad. Las emociones neutras son las que no producen intrínsecamente reacciones ni agradables ni desagradables, es decir, que no pueden considerarse ni como positivas ni como negativas y tienen como finalidad el facilitar la aparición de posteriores estados emocionales. La emoción neutra por excelencia es la sorpresa.

2.2.10. Las emociones primarias

El miedo. Es una emoción primaria negativa producida por un peligro presente e inminente, ligada a la situación estimular que la genera. Hay que diferenciarlo de la ansiedad, emoción secundaria que hace referencia a la anticipación de un peligro futuro. El miedo es una señal emocional de advertencia de que se aproxima un daño físico o psicológico, implica una inseguridad respecto de la propia capacidad para soportar o manejar una situación de amenaza. Los principales desencadenantes del miedo son la percepción de daño o de peligro, tanto de carácter físico como psicológico. Es un proceso que en muchas ocasiones se presenta como adaptativo y garante de la supervivencia (Oatley & Jenkins, 1996).

El miedo es producido por todos aquellos acontecimientos que son interpretados como amenaza en los procesos de valoración afectiva y ante los que se da una ausencia de estrategia de afrontamiento adecuados en el proceso de valoración de la situación. Es una de las emociones más intensas y desagradables, genera aprensión, desasosiego malestar, la característica principal es la sensación de tensión nerviosa, de preocupación y recelo por la propia seguridad o por la salud, habitualmente acompañada por la sensación de pérdida de control. La expresión facial del miedo se caracteriza por elevación y contracción de las cejas, y tensión en los labios. Los efectos fisiológicos son incremento de la frecuencia cardíaca, presión arterial, tensión muscular (Gosselin et al., 2010).

La ira. Es una reacción emocional primaria y negativa, caracterizada por la irritación, furia o gran enfado, causada por la indignación y el enojo de sentir vulnerados nuestros derechos. Se describe la ira como una respuesta emocional

primaria, que se presenta cuando un organismo se ve bloqueado en la consecuencia de una meta o en satisfacción de una necesidad. La ira es un sentimiento displacentero que genera un impulso apremiante por hacer algo que elimine o dañe al agente que lo ha causado (Company et al., 2012).

La ira juntamente con el miedo, son las dos emociones más intensas o “pasionales”, al tiempo que es potencialmente la más peligrosa, ya que su propósito funcional es el destruir las barreras del entorno. Es una emoción muy “explosiva” que en situaciones extremas puede generar reacciones de odio y violencia, tanto verbal como física (Fernández-Abascal et al., 2010). Produce efectos subjetivos o sentimientos de irritación, enojo, furia y rabia. También va acompañado de obnubilación, incapacidad o dificultad para la ejecución eficaz de los procesos cognitivos. La expresión facial se caracteriza por unas cejas bajas y contraídas, parpado inferior tenso, mirada prominente y labios tensos o en ademán de gritar (Gosselin et al., 2010)

La tristeza. De acuerdo a Oatley & Jenkins (1996), es una emoción que se produce en respuestas a sucesos que son considerados como no placenteros y que denota pesadumbre o melancolía, es una forma de displacer que se produce ante la pérdida de un deseo apremiante, deseo que se sabe que es imposible de satisfacer. No siempre es negativa, ya que existe una gran variabilidad cultural que hace que incluso en algunas culturas no posean palabras para definir las. La tristeza es realmente un estado de ánimo más que una emoción aguda.

Algunos autores (Company et al., 2012) piensan que la gente a menudo utiliza el término “triste” (y sus sinónimos) de forma indiferenciada para describir sus reacciones emocionales ante una variedad de circunstancias dañinas. La respuesta emocional de tristeza es distinta del miedo por ser una respuesta a un suceso que ya ha

pasado, mientras que el miedo anticipa un evento que va a suceder, en cambio la ira es una emoción que se produce si es responsable otra persona, mientras que la tristeza se presenta cuando nadie es culpable. La tristeza está asociada muchas veces al llanto, y para ello hay una secuencia relativamente precisa que es la responsable de que éste se produzca.

Los desencadenantes de la tristeza son la separación física o psicológica, la pérdida o el fracaso; la decepción, especialmente si se ha desvanecido la esperanza puesta en algo; las situaciones de indefensión, tales como la ausencia de predicción o control. El procesamiento cognitivo de la tristeza se produce ante situaciones que carecen de sorpresividad y tiene una baja familiaridad para la persona. Se produce una valoración de la situación como importante para las relaciones y el orden (Company et al., 2012).

Los efectos subjetivos de la tristeza se caracterizan por sentimientos de desánimo, melancolía, desaliento y pérdida de energía. Se focaliza la atención en las consecuencias de la situación en el ámbito interno. Es una aflicción o una pena que da lugar a estados de desconsuelo, pesimismo y desesperación que desencadenan sentimientos de autocompasión, pueden inducir a un proceso cognitivo característico de depresión, que son los factores principales de su desarrollo. La expresión facial se configura por un descenso en la comisura de los labios, que pueden llegar a estar temblorosos, y descenso de la parte exterior de las cejas (Gosselin et al., 2010).

El asco. La respuesta emocional causada por la repugnancia que se tiene a alguna cosa o por una impresión desagradable causada por algo, es una emoción compleja, que implica una respuesta de rechazo de un objeto deteriorado, de un acontecimiento psicológico o de valores morales repugnantes. La mayoría de las

reacciones de asco se generan por condicionamiento interoceptivo. Suele estar relacionado con trastornos del comportamiento, tales como la anorexia y la bulimia (Mora Giral & Reich 1994).

Los desencadenantes del asco son los estímulos desagradables, fundamentalmente los químicos, los potencialmente peligrosos o los molestos, tales como comida descompuesta, los olores corporales o la contaminación ambiental. El procesamiento cognitivo del asco se produce ante desencadenantes de una baja familiaridad y con bajo nivel de predictibilidad. El suceso es valorado como muy desagradable. Y todo el proceso es considerado como importante para el bienestar personal (Company, 2012).

Siguiendo a estos autores, los efectos subjetivos del asco se caracterizan por la necesidad de evitar o alejarse del estímulo desencadenante. Si el estímulo es oloroso o gustativo, aparecen habitualmente sensaciones gastrointestinales desagradables, tales como las náuseas. Las expresiones faciales del asco implican la elevación del labio superior y arrugas en la nariz, elevación de las mejillas arrugando los párpados inferiores (Choliz, 2005)

La felicidad. Es el estado de ánimo que se complace en la posesión de algún bien, es la forma en que se evalúa la vida como un conjunto, o los aspectos más significativos de la misma, tales como la familia o el trabajo, y que tiene un amplio impacto en la vida en todo su conjunto. Favorece la recepción e interpretación positiva de los diversos estímulos ambientales. No es fugaz, como el placer, sino que mantiene una relativa estabilidad temporal.

Facilita la empatía, lo que favorece la aparición de conductas altruistas. Además, favorece el rendimiento cognitivo, la solución de problemas, la creatividad,

el aprendizaje y la memorización, aunque es una reacción paradójica, ya que los estados muy intensos de alegría pueden enlentecer la ejecución e incluso pasar por alto algún elemento importante en solución de problemas y pueden interferir con el pensamiento creativo. Los desencadenantes de la felicidad son los éxitos o logros, la consecución de los objetivos que se pretenden, se produce por la congruencia entre lo que se desea y lo que se posee, entre las expectativas y las condiciones actuales, y en la comparación con las demás personas (Masten, 2018).

El procesamiento cognitivo de la felicidad tiene su inicio con una situación de muy baja sorpresividad y con un cierto grado de control. Moviliza una escasísima necesidad de afrontamiento, el motivo causante de la misma se entiende que es la intención propia o de otras personas. Entre sus efectos subjetivos la felicidad puede incluir episodios de alegría, emociones positivas tales como estar contento, pero la felicidad no puede ser igual que cualquiera de ellas. La felicidad ni siquiera excluye momentos de lucha, desorden y dolor. Es un estado placentero y deseable de sensación de bienestar y tranquilidad, que produce aumento en la autoestima y la autoconfianza, incrementa las sensaciones de reposo y fomenta la disponibilidad para enfrentarse a nuevas tareas (Vecina Jiménez, 2.006).

Siguiendo a estos autores, el afrontamiento que acompaña a la felicidad, produce un incremento en la capacidad para disfrutar de diferentes aspectos de la vida. Genera actitudes positivas hacia uno mismo y los demás, favorece al altruismo y la empatía. Establece nexos favorece las relaciones interpersonales. Sensaciones de vigorosidad, competencia, trascendencia y libertad. Favorece procesos cognitivos y de aprendizaje, curiosidad, trascendencia y flexibilidad mental. La expresión facial se caracteriza por la elevación de las mejillas y de la comisura de los labios, así como

por la formación de arrugas en la piel debajo del párpado inferior (Gosselin et al., 2010)

La sorpresa. Es una reacción causada por algo imprevisto o extraño, la atención y la memoria de trabajo se dedican a procesar la estimulación responsable de la reacción. Es la emoción más breve, se trata de una reacción emocional neutra, no cabe clasificarla como positiva o negativa, como agradable o desagradable. Esta emoción se produce de forma súbita ante una situación novedosa o extraña y desaparece con la misma rapidez con que apareció, suele convertirse también rápidamente en otra emoción, la que sea congruente con la situación estimular desencadenante en otra sorpresa (Company, 2012).

Los principales desencadenantes de esta emoción son, en general, estímulos novedosos, de una intensidad entre débil y, todo lo más moderada; la aparición de acontecimientos inesperados o fuera de contexto; aumentos bruscos de la intensidad en la estimulación; la interrupción inesperada o corte de una actividad en curso. El principio subjetivo es de “mente en blanco”, ya que es una reacción afectiva indefinida, aunque agradable, puede producir sensaciones de incertidumbre por lo que va acontecer. Las situaciones provocan la sorpresa se recuerdan no tan agradables como la felicidad, pero mucho más agradables que emociones como el miedo, la ira o la tristeza (Vecina Jiménez, 2006).

De acuerdo a estos autores, el procesamiento cognitivo de la sorpresa tiene su inicio ante una situación o acontecimiento que sucede con alta rapidez o muy abruptamente. Ante esta situación la persona valora tener una baja capacidad de control y muy baja capacidad de predicción. La expresión facial de la sorpresa implica

la elevación de las cejas, que se disponen en forma circular, párpados abiertos y boca abierta con caída de la mandíbula.

2.2.11 Las emociones secundarias

La ansiedad. Es un estado de agitación, inquietud y zozobra, parecida a la producida por el miedo, pero carente de un estímulo desencadenante concreto. La distinción entre ansiedad y miedo podría concretarse en la reacción de miedo se produce ante un peligro real y la reacción es proporcionada a éste, mientras que la ansiedad es desproporcionadamente intensa con relación a la supuesta peligrosidad del estímulo. La ansiedad se encuentra tan relacionada con procesos patológicos que se hace necesario recordar su origen y principal función de carácter adaptativo, dos tipos de reacciones de ansiedad: la ansiedad inespecífica, que no está asociada a estímulos determinados, y la ansiedad específica, que está suscitada por un estímulo concreto que puede ser real o simbólico, pero que obviamente no esté presente ni sea inminente, puesto que en ese caso la respuesta emocional sería de miedo (Limonero, 2012)

Siguiendo a Oatley & Jenkins (1996), los desencadenantes de la ansiedad no son estímulos que puedan dañar directamente a la persona, en su mayoría son reacciones aprendidas de amenaza. El tipo de estímulos, internos como externos, son capaces de evocar las respuestas de ansiedad, están en gran parte determinados por características personales, existiendo notables diferencias individuales en cuanto a los propios desencadenantes y a la propensión a manifestar reacciones de ansiedad ante las respuestas de ansiedad ante los diversos tipos de situaciones implicadas. Las expectativas de peligro median ante los diversos tipos de situaciones; así ciertas condiciones actúan como señales anticipatorias de peligro, pueden generarse a partir

de tres procesos de aprendizaje observacional y mediante la transmisión de información que contribuya a la aparición de expectativas de peligro; son los tres caminos hacia el miedo (Fernández Abascal et al., 2010).

El procesamiento cognitivo de la ansiedad se produce habitualmente ante situaciones que se presentan o tienen lugar lentamente y que, por tanto, son situaciones que pueden ser previstas. Estas situaciones se valoran como muy importantes para el bienestar tanto físico como psíquico de la persona. La ansiedad produce efectos subjetivos de tensión, nerviosismo, malestar, preocupación, aprensión e incluso puede llegar a sentimientos de pavor o pánico, produce dificultades para el mantenimiento de la atención y la concentración, juntamente con pensamiento de tipo intrusivo. El afrontamiento de la ansiedad, como señal anticipatoria de una amenaza, produce un estado de hipervigilancia que permite realizar un alto grado de exploración del medio ambiente (Masten, 2018).

La hostilidad. Es una emoción secundaria negativa que implica una actitud social de resentimiento que conlleva respuestas verbales o motoras implícitas. La hostilidad es un sentimiento mantenido en el tiempo, en el que concurren el resentimiento, la indignación, la actitud y la animosidad. En situaciones puntuales puede llegar al rencor y la violencia, aunque lo más frecuente es que la hostilidad sea expresada en modos muy sutiles, que no violen las normas sociales. Implica creencias negativas acerca de otras personas, así como la atribución de que su comportamiento es antagónico o amenazador para nosotros. Los desencadenantes de la hostilidad son la violencia física y el sufrir hostilidad indirecta, se desencadena cuando percibimos o atribuimos en otras personas, hacia nosotros o hacia personas queridas de nuestro

entorno, actitudes de irritabilidad, de negativismo, de resentimiento, de recelo o de sospecha (Company, 2012)

El procesamiento cognitivo de la hostilidad se produce ante situaciones que suceden lentamente y ante las que se posee un cierto grado de predicción. El acontecimiento desencadenante desorganiza los planes de la persona de forma importante. El suceso obstruye los planes previstos por la persona, en lo que refiere a la valoración de la posibilidad de afrontar la situación. Se estima que se posee una alta capacidad para adaptarse a la situación, que lo sucedido no está de acuerdo con las normas sociales y personales que podrían considerarse como aceptables. Los efectos subjetivos de la hostilidad implican usualmente sensaciones airadas. El componente afectivo incluye varios estados emocionales como el enojo, el resentimiento, el disgusto o el desprecio (Fernández Abascal et al. 2010).

Continuando con el planteamiento de estos autores, los efectos fisiológicos de la hostilidad son básicamente similares a los de la ira, pero más moderados en intensidad y, a cambio, más mantenidos en el tiempo y resistentes a la habituación. El afrontamiento de la hostilidad, como estado de humor negativo que es, se caracteriza por expresiones de irritabilidad, pero la manifestación de la hostilidad no se distingue de la de ira ya que está muy relacionada con agresión.

El amor/cariño. El amor es el afecto que sentimos por otras personas, animal, cosa o idea. Distinguen dos clases de amor: el amor apasionado y el amor de compañero. El amor apasionado, algunas veces llamado “amor obsesivo” o “enamoramiento”, es una emoción muy intensa que se refiere a un estado de intenso anhelo por la unión con otro. El amor de compañero, también llamado “amor verdadero”, “cariño” o “amor conyugal”, es una emoción lejana, menos intensa, que

combina sentimientos de profundo cariño, compromiso e intimidad, y que puede definirse como el afecto y la ternura que sentimos por aquellos con quienes vivimos. La relación de amor puede implicar ambos tipos de reacción amorosa, el amor apasionado y el de compañero (Company, 2012)

Los desencadenantes del amor son las valoraciones subjetivas de las personas (actitudes) una persona puede enamorarse por una serie de razones tales como la soledad, necesidad sexual, la insatisfacción o por la mera necesidad de realizar cambios, y entonces se puede despertar el interés por la novedad, el atractivo, la proximidad. El procesamiento cognitivo del amor se inicia antes una situación que suele poseer una alta novedad o sorpresividad, pero con cierto grado de predictibilidad. El suceso se valora como relevante para el bienestar general y psicológico. El agente causante de misma se entiende que es otra persona y se valora la capacidad de ajuste a la situación como muy alta (Oatley & Jenkins, 1996).

Los efectos subjetivos del amor, especialmente en el caso del apasionado, son sentimientos que están mezclados con otras experiencias emocionales intensas tales como alegría, celos, soledad, tristeza, miedo e ira. El amor produce momentos de regocijo, sentimientos de ser aceptado y comprometido, o de compartir un sentido unión. Está asociado a sentimientos de seguridad, de estar fuera de peligro y de trascendencia. Se conoce muy poco de los efectos fisiológicos y de las bases biológicas del amor (Fernández Abascal et al., 2010).

El humor. Es la buena disposición en que uno se encuentra para hacer una cosa, la respuesta de humor se refiere a la percepción de un estímulo como divertido, la cual, a veces incluye respuestas tales como sonrisas, risas o carcajadas. Los desencadenantes del humor puede ser una gran variedad de estímulos y normalmente

está implicada una situación (ambiente social) más o menos compleja y variados tales como chistes, caricaturas, historias graciosas o películas, comedias, parodias, música, pantomima, etc. (Limonero, 2012)

El procesamiento cognitivo del humor se inicia ante una situación o acontecimiento que sucede con una rapidez alta o media y con grado de predictibilidad bajo. El valorado como muy relevante para el estado general de bienestar de la persona y de sus relaciones. Antes de que el suceso ocurriera ya se esperaban las consecuencias que traería. Todo el suceso es valorado como ayuda para seguir los planes de la persona. Los efectos subjetivos resultantes son alta mente placenteros, pero también la mayor parte de elicitadores de esta emoción puede inducir estados no placenteros: el humor y las cosquillas pueden llegar a ser aversivos. La experiencia de esta emoción está caracterizada por la relajación. Durante la risa hay una postura relajada y una bajada típica del tono muscular asociada con una reducción en la preparación para responder atentamente o con una conducta planificada para efectuar cambios en el medio ambiente (Choliz, 2005).

Esta emoción, especialmente en sus manifestaciones más intensas, tiene varios efectos fisiológicos, entre los que destacan la disrupción del patrón de respiración normal y el descenso en la tasa de descarga neuronal. La sonrisa, que no está usualmente acompañada por cambios en la respiración, sin embargo, produce un incremento en frecuencia cardíaca. Durante la risa también se produce una dilatación de la pupila. El afrontamiento del humor está asociado con una reducción en la preparación de patrones para responder al medio ambiente. Contrarresta las experiencias emocionales negativas, facilita la participación en actividades sociales, mediante el contagio de sensaciones positivas. Intensifica la confianza de la persona y prepara al organismo para que experimente placer sensorial. El humor y la risa

amortiguan el estrés, reducen el malestar o el dolor, y bajan la tensión, es decir, son beneficiosos para la salud mental y física (Fernández, 2015).

2.2.12 Las emociones en la vida de las personas

Las emociones son procesos extremadamente importantes para la vida. Sin emociones, la vida no sólo sería afectivamente gris y plana, ni seríamos capaces de responder efectivamente ante situaciones de emergencia, sino que además seríamos incapaces de hacer con efectividad multitud de actividades imprescindibles para una vida adaptativa, especialmente todas las relaciones con decisiones de tipo personal, sociales y éticas. Una vida sin emociones sería causa de importantes comportamientos irracionales. Las emociones, además de organizarnos el comportamiento para dar respuestas puntuales a una situación dada y de guiones en el quehacer diario de nuestra vida, también son nuestras consejeras para realizar las actividades más racionales (Fernández Abascal et al., 2010).

Seligman (2005) afirma que existen las fortalezas de carácter que son propias de cada persona y que se pueden poner en práctica, es decir, que son rasgos o características psicológicas que aparecen en distintas situaciones a través del tiempo. Su puesta en práctica provoca emociones positivas auténticas, los individuos tienen la posibilidad de fortalecer la capacidad para experimentar y maximizar emociones positivas en pos de mejorar la salud física, emocional y social (Contreras & Esguerra, 2006).

Estas emociones, que incluyen la felicidad y otros sentimientos de bienestar, se describen como reacciones breves que generalmente se experimentan cuando sucede algo que es significativo para la persona. Algunos autores demuestran con sus

estudios que la risa, la felicidad y el buen humor ayudan a mantener y/o recuperar la salud evidencia que las emociones positivas ayudan a la recuperación cardiovascular y al adecuado afrontamiento al estrés (Company, 2012).

En la evolución filogenética, las emociones positivas tienen el objetivo de ampliar los recursos intelectuales, físicos y sociales de los individuos, hacerlos más perdurables y acrecentar las reservas a las que se puede recurrir cuando se presentan amenazas u oportunidades. A esto se agrega que, cuando las personas experimentan sentimientos positivos se modifican sus formas de pensar y actuar, a su vez, se incrementan sus patrones para actuar en ciertas situaciones mediante la optimización de los propios recursos personales en el nivel físico, psicológico y social (Fernández, 2015).

También se afirma que las personas felices son más sociables, habiendo motivos para pensar que su felicidad se debe a un alto nivel de socialización satisfactoria, mientras que las personas pesimistas tienen más posibilidades de deprimirse cuando se presentan contratiempos, menor rendimiento en los estudios y en los deportes, y más dificultades en su estado de salud en la mayoría de los trabajos, resultando en consecuencia una vida más corta y con relaciones interpersonales más inestables (Del Carmen & Navas, 2010).

2.3 El Índice de masa corporal (IMC)

2.3.1 Índice de Quetelet:

El parámetro para identificar la obesidad orgánica es la medida antropométrica del IMC, o índice de Quételet, como ya fuera mencionado. El IMC se define como el peso en kilogramos dividido por la estatura expresada en metros y elevada al cuadrado o $IMC = \text{peso (Kg.)} / \text{talla (m}^2\text{)}$ (Méndez & Uribe, 2002). Existe consenso científico en que constituye la medida poblacional más útil para medir la obesidad y el sobrepeso, pues la forma de calcularlo no varía en función del sexo ni de la edad en la población adulta. (Badillo Muñoz, 2023; Pasca & Montero, 2015; Ramírez et al., 2012).

Según la OMS (2021) una persona con un IMC igual o mayor a 25 kg/m² se considera que tiene sobrepeso, pero si este índice es igual o mayor a 30 se la considera obesa. A su vez esta se clasifica como: obesidad 1 (30-34,9), obesidad 2 (35-39,9) y obesidad 3 (40 o más). También pueden utilizarse otras formas de medición, como el perímetro abdominal, solo o combinado con el IMC, aunque las cifras en ambos casos no siempre están estandarizadas en todos los países.

La prevención se inicia reconociendo que la obesidad es una enfermedad y que trae consecuencias negativas, ya que genera adipocinas y otros marcadores de inflamación crónica, causantes de una serie de trastornos metabólicos y de alteraciones estructurales en el organismo. En la actualidad, la obesidad causa más de 2,8 millones de muertes anualmente, además de reducir la esperanza de vida entre 6 y 14 años y acompañarse de un gran impacto económico (Penny, 2023).

En la actualidad el incremento global de la obesidad se ha hecho evidente al igual que la preocupación de la comunidad científica por determinar las causas de dicho fenómeno. Las cifras de la OMS (2021) indican que mil millones de personas en todo el mundo tienen un índice de masa corporal (IMC) indicativo de sobrepeso (IMC de <25) y al menos 300 millones padecen obesidad (IMC de <30), lo cual constituye un factor de riesgo para desarrollar diversos problemas de salud, ya mencionados.

En marzo del 2023 la Sociedad Argentina de Medicina (SAM), la Sociedad de Medicina Interna de Uruguay y el Foro Internacional de Medicina Interna (FIMI) emitieron un comunicado y un video conjunto sobre este problema, con el objetivo de concientizar a la comunidad en general sobre su aumento e impacto, además de elaborar algunas recomendaciones. Se calcula que en los años venideros 1 de cada 4 personas vivirá con obesidad y el aumento en la carga de padecimientos al sistema de salud prácticamente se duplicará (Penny, 2023).

2.3.2. Definición de obesidad

La mayoría de los autores definen la obesidad como un exceso en la cantidad total de grasa corporal que resulta de una falta de balance entre las calorías ingeridas y las consumidas, es decir se trata de un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas que genera un exceso de energía llamado balance calórico positivo que se deposita en forma de grasa en los tejidos del organismo (Daza, 2002, Ogden et al., 2007). Según la OMS al hablar de obesidad podríamos afirmar que se trata de un depósito excesivo de grasa corporal que puede ser nocivo para la salud (OMS, 2021).

Durante este siglo, se han producido profundos cambios en la sociedad en relación con la alimentación y el movimiento, dando lugar a la constitución de un ambiente cada vez más obesogénico. Este ambiente se caracteriza por el sedentarismo y el consumo de comidas conocidas como las “carbograsa”, resultando en un menor gasto energético y/o un incremento de la ingesta energética. En consecuencia, se perciben notables cambios en el peso y la composición corporal de las personas (Martínez et al., 2002, Ministerio de salud, 2023).

De acuerdo con el Atlas Mundial de Obesidad (W.O.A, 2023), se calcula que en 2035, los países de nuestra región tendrán cifras alarmantes de obesidad: Puerto Rico con el 57%, República Dominicana y Haití con el 51%, Costa Rica con el 50%, México con el 47%, El Salvador, 46%, Argentina y Chile, 43%, Cuba, Honduras, Panamá y Uruguay, 42%, Brasil, Nicaragua, Paraguay y Venezuela, 41%, Belice, 40%, Colombia y Guatemala, 39%, Bolivia 38% y Perú, 34%. En la región ibérica, Portugal aparece con el 39% y España, 37%. En Estados Unidos este índice será de 58% y en Canadá, 49%. Por el contrario, Japón con el 8% e India con el 11% serán los países con menores tasas.

La obesidad como ya fuera definida, es considerada una enfermedad sistémica, multiorgánica, metabólica e inflamatoria crónica, multideterminada por la interrelación entre lo genómico y lo ambiental, fenotípicamente expresada por un exceso de grasa corporal, que conlleva un mayor riesgo de morbimortalidad (Pasca & Montero, 2015). Existe un rápido aumento de la obesidad en el mundo, ya desde 1975 se ha triplicado el porcentaje de obesidad, en el 2016 el 35% de las personas mayores de 18 años presentaban obesidad, incrementando sustancialmente el riesgo de padecer diversas enfermedades y amenazando la salud. El 36,5% de los varones de 5 a 19 años

en la Argentina tienen sobrepeso, mientras que también alcanza al 31,8% de las chicas. En cuanto a la obesidad, afecta al 20,7% de los niños y adolescentes, y al 12,9% de las niñas y adolescentes. Es decir, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad es cada vez a edades más tempranas (OMS, 2021, Ministerio de Salud, 2017).

En este sentido la obesidad es uno de los principales factores de riesgo para muchas enfermedades crónicas no transmisibles, como diabetes, gota, hígado graso no alcohólico, enfermedad vesicular, algunos tipos de cánceres (de mama, esófago, endometrio, riñón y colorrectal), enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, enfermedad coronaria, arritmias, insuficiencia cardíaca) y accidentes cerebrovasculares (infartos, hemorragias). Sin embargo, es el tercer factor de riesgo previsible; de ahí la importancia de evitarla o controlarla, lo cual también redundaría en una mejor calidad de vida (Delgado, 2017; Caruano Vaño, 2022).

La conceptualización de la obesidad como enfermedad compleja y multifactorial, se deriva de la relación del genotipo y el ambiente. Cuando se presenta un desequilibrio entre la ingesta de energía a través del consumo de alimentos y su gasto por la actividad física, se produce un exceso de energía almacenada y transformada en tejido adiposo. Este almacenamiento pondera en ciertas regiones del cuerpo, como en el abdomen, las caderas o los muslos, con el equivalente aumento del peso corporal total. También se encuentra la manifestación del fenotipo de la obesidad por combinación de factores genéticos y ambientales (González et al., 2007).

De aquí también se derivan los principales factores causales de la obesidad:

- el biológico determina la acumulación del tejido adiposo en algunas partes corporales que muestra la condición corporal voluminosa típica. Incluyen los

siguientes síndromes: Bardet-Biedl, Prader –Willis, “X; alteraciones endócrinas como hipotiroidismo, de Cushing y las lesiones hipotalámicas.

- el ambiental incluye los patrones sociales, la cultura, la distribución de alimentos, la economía y los psicosociales. Méndez & Uribe (2002), refieren que la obesidad es el resultado de la integración de varios factores, incluyendo el biológico y el ambiental.
- los factores psicológicos asociados a la obesidad, desde la perspectiva cognitivo conductual se agrupan en: cognición, conducta, emoción y personalidad (Guillén-Riebeling, 2023).

2.3.2 Etiología de la obesidad

Se han identificado diversos factores genéticos, psicológicos y sociales involucrados en la etiología de la obesidad que afectan la calidad de vida, entre ellos al estrés psicosocial. Se ha reportado que este puede llevar a las personas a elegir alimentos altos en grasa y con alta densidad energética, así como a mostrar menor disponibilidad para preparar alimentos saludables y realizar actividades físicas y recreativas, lo cual puede generar mayor adiposidad abdominal. La menor percepción de estrés se asocia con mayor calidad de vida en la dimensión de salud mental del paciente con obesidad o sobrepeso.

2.3.2.1 Factores psico-sociales asociados con la obesidad

En la actualidad, estar en una condición corporal de sobrepeso u obesidad es sinónimo de rebeldía social, estar fuera de la norma social y en la contracultura de la imagen corporal predominante manifiesta en la figura lineal, delgada o anoréxica.

En la condición corporal de sobrepeso y obesidad, las personas por la experiencia, la atribución y la evaluación cognoscitiva, pueden percibir rechazo y marginación, que trae como consecuencia la creencia de marginación del contexto social donde lo adecuado es estar delgadas, ad-hoc con la cultura dominante, presentando conflictos emocionales y problemas adaptativos (Woods Giscombe 2021, Varela et al., 2020)

En el caso de la persona obesa, los factores psicológicos asociados pueden ser.

- La presencia de enfermedad física (sobrepeso u obesidad).
- Factores que han influido como emocionales, cognoscitivos, conductuales y culturales.
- Factores psicológicos individuales asociados: depresión, temor excesivo y conducta de evitación, trastorno de personalidad limítrofe, trastornos de la conducta alimentaria.

Como se mencionó anteriormente es ampliamente aceptado que los obesos tienen esa condición porque comen demasiado, y desde este punto de vista el interés de la psicología se ha centrado en formular modelos teóricos que expliquen a que se debe este comportamiento (Company, 2012).

Para Hernández (2009) las diversas explicaciones conceptuales acerca de la obesidad, desde la perspectiva psicológica pueden agruparse en:

- biológicas: donde la sobrealimentación y baja actividad física, son causas de la obesidad;
- la psicopatológica en que la ansiedad tiene un papel fundamental en la conducta alimentaria y los obesos tienen problemas de personalidad.

- locus de control externo, donde la conducta alimentaria está bajo el control de estímulos externos o control ambiental.

Por último, bajo la perspectiva cognitivo conductual, las relaciones sociales, el aprendizaje, las creencias, percepción, y el estilo de vida del individuo, permiten analizar y explicar los factores asociados a la condición corporal. En el caso de los referentes conductuales, emocionales y cognoscitivos de la persona obesa, para manejar las demandas internas y externas se vinculan con las estrategias de afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1988), sus estilos dependen de la propia persona, circunstancia y contexto (Hernández & Ehrenzweig, 2009) como ya fuera desarrollado en el capítulo anterior.

2.3.3 Composición corporal y peso saludable

Al hablar de desarrollo humano se hace referencia a un proceso dinámico y continuo, que se determina por la herencia pero que es regulado también por el ambiente. Durante el proceso de desarrollo también se considera que el individuo aumenta de tamaño, modifica su forma, composición corporal y peso corporal (Gómez, et al., 2016), incluso se ha sugerido la implementación del término “peso corporal saludable” en inglés “ideal body weight”, para definir los intervalos de peso corporal que se relacionan con estadísticas de buena salud (Ramírez, et al., 2012).

El estudio de la composición corporal ha tenido un interés creciente, ya sea con fines de investigación, como para el análisis de las condiciones clínicas de sujeto o grupos. Cualquiera que sea el área de interés, los profesionales de las ciencias de la salud deben tener conocimiento de los métodos, de sus técnicas, sus ventajas así como de sus desventajas, con la finalidad de tener opciones para la implementación más adecuada, tomando en cuenta que la evaluación y análisis de la

composición corporal en cuanto a los cambios que se presentan en esta, es relevante ya que se ha encontrado una relación directa con el estado de salud de las personas así como la relación con el riesgo de desarrollo de enfermedades crónicas degenerativas (Ramírez, et al. , 2012; González Rivere, 2015).

Para inicios del siglo XXI se incrementa el interés por la medición de la composición corporal, ya que hasta el inicio del siglo XX, el análisis de la composición corporal solo se realizaba mediante la disección de cadáveres como método directo, después, para mediados del siglo XX se presentan los métodos indirectos, que son los antecedentes de los principios utilizados en la actualidad, esto son el pesaje hidrostático, considerado como el estándar de todos los métodos indirectos, y también el modelo de dos componentes, en el que se incluye la masa grasa y masa libre de grasas (Badillo Muñoz, 2023). Con la finalidad de realizar una adecuada medición de la composición corporal se han creado diferentes técnicas, algunas de ellas permiten evaluar de forma exclusiva la composición de un determinado sector corporal.

En la práctica clínica el IMC es un indicador eficiente por la facilidad de los instrumentos a utilizar y su bajo costo, en cuanto a la correlación entre el IMC y la grasa corporal existente, pero incluso si dos personas tienen el mismo IMC, su nivel de grasa corporal puede ser diferente, un ejemplo de ello es que una persona con un IMC muy alto (por ejemplo, 35 kg/m²) tenga una grasa corporal alta, un IMC relativamente alto puede ser el resultado de una grasa corporal alta o una masa corporal magra alta (músculos y huesos), pero la precisión del IMC como indicador de la grasa corporal también parece ser mayor en personas con niveles más altos de IMC y grasa corporal. Un prestador de atención médica capacitado debe

realizar las evaluaciones de salud adecuadas, con el objetivo de realizar una evaluación del estado de salud y los riesgos de una persona de forma global (Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades, [CDC] 2022).

El incremento de obesidad a nivel mundial revela que se debe trabajar aún más en el diagnóstico precoz, debido a las consecuencias en la salud en la población y en los costos asociados a ella. El uso de indicadores como el IMC son estrategias de detección clínica, que permiten una clasificación de la severidad de la enfermedad y del riesgo asociado, para establecer medidas de prevención o de manejo tanto de la obesidad como de sus enfermedades asociadas. (Badillo Muñoz, 2023)

Actualmente, existe consenso en la comunidad científica respecto a que el tratamiento más adecuado para la obesidad, debe incluir el apoyo nutricional, médico, psicológico y actividad física, entre otros. Se han evaluado los resultados de diferentes tratamientos para la obesidad, entre los cuales se pueden citar: plan alimentario equilibrado y regular, ejercicio físico, técnicas de modificación de la conducta, farmacoterapia, y cirugía bariátrica (Cuevas & Reyes, 2005, Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios [SAOTA], 2010). Los mismos, intentan influir sobre uno o varios de los factores que intervienen en el desarrollo de la obesidad. Si bien el objetivo principal del tratamiento es lograr que el paciente alcance un peso saludable reduciendo la masa grasa, los dos criterios principales de éxito terapéutico son el mantenimiento de la pérdida de peso y la prevención y tratamiento de comorbilidades (SAOTA, 2010).

Sin embargo, el tratamiento es muy complejo, ya que el principal problema que presenta es la recuperación del peso perdido una vez finalizado el mismo (Byrne et al., 2003) Su complejidad se incrementa notablemente en la obesidad mórbida y en

aquellos casos en los cuales se asocia con otras enfermedades clínicas. Asimismo, la presencia de trastornos mentales aumenta la probabilidad de que estos pacientes sean más refractarios a los tratamientos para perder peso (Mont et al., 2005).

A nivel poblacional, el costo de los servicios de salud derivados del tratamiento de la obesidad y las complicaciones asociadas se ha incrementado considerablemente. A nivel individual, la obesidad trae aparejadas profundas consecuencias económicas, tales como la pérdida de ingresos derivada de la disminución de la productividad, ausentismo laboral, discapacidad, necesidad de cuidado y restricción de la actividad (Wang et. al, 2008). Por lo tanto, la prevención y el tratamiento de esta enfermedad debería ser una prioridad de las políticas de salud pública en el mundo.

Para finalizar, en el año 2013, se repitió este estudio dando lugar a la "Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles " (Ministerio de Salud, 2014 a, b). Nuevamente participaron en forma conjunta el Ministerio de Salud de la Nación, el Instituto Nacional de Estadística y Censos y las Direcciones Provinciales de Estadística. El objetivo en esta tercera encuesta fue: 1) proporcionar información válida, confiable y oportuna sobre factores de riesgo, proceso de atención y prevalencia de las principales ENT en mayores de 18 años de Argentina, 2) monitorizar la evolución de los principales factores de riesgo de las ENT, y 3) evaluar el impacto de políticas de prevención y control realizadas a nivel nacional y provincial.

El estudio mostró que el 37.1% de la población presentaba sobrepeso y el 20.8% obesidad. Esto evidencia que el 57.9% de la población argentina presentaba

exceso de peso. Es decir, 6 de cada 10 personas registraron exceso de peso y 2 de cada 10, obesidad (Ministerio de Salud, 2014 a, b).

De manera similar a lo hallado en años anteriores, la prevalencia de obesidad resultó mayor entre varones y entre grupos de menor nivel educativo. Por lo tanto, considerando los datos epidemiológicos recabados en los últimos 10 años, se evidencia un ininterrumpido crecimiento de las tasas de sobrepeso y obesidad en Argentina.

Figura 4: Comparación de las tasas de exceso de peso, sobrepeso y obesidad en los años 2005, 2009 y 2013 en Argentina

	Encuestas		
	2005	2009	2013
Exceso de peso (sobrepeso + obesidad)	49.1%	53.4%	57.9%
Sobrepeso (IMC \geq 25 y $<$ 30)	34.5%	35.4%	37.1%
Obesidad (IMC \geq 30)	14.6%	18.0%	20.8%

2005: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles; 2009: Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles; 2013: Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles.

Sin embargo, a pesar de contar con diferentes documentos y dispositivos generados desde las políticas públicas antes mencionados, los datos epidemiológicos muestran un ininterrumpido crecimiento de las tasas de obesidad en Argentina.

Más allá de las posibles dificultades detalladas hasta aquí, queda la incógnita acerca de si estas tasas podrían ser incluso más elevadas en la actualidad, de no contar con los dispositivos mencionados. En este sentido, la obesidad sigue siendo un desafío para la investigación sobre la esta problemática y la planificación de programas y actividades para combatirla, constituyendo una apuesta y un tema prioritario que compromete a la Salud Pública argentina.

2.4. Obesidad, estrés, alimentación y salud. Evolución histórica, social y cultural

2.4.1 La obesidad y el cuerpo como conceptos históricos

Las primeras representaciones de seres humanos obesos se remontan a figuras de piedra, de la época del paleolítico, donde se observa una silueta femenina marcadamente redonda, como la Venus Willendorf. En la edad Media, la religión cristiana influyó poderosamente en las actitudes a la comida y el peso corporal. Por un lado, la obesidad era poco frecuente, ya que la comida era escasa y las plagas comunes. Sin embargo, la obesidad era un regalo divino, uno de los círculos de privilegio estaba destinado a los glotones. A su vez el ayuno, frecuente en todas las religiones, era una forma de mostrar respeto, pero los placeres del buen comer con la consecuente obesidad eran privilegio de clases sociales altas como los reyes o cardenales (Méndez & Uribe, 2002).

En los albores de nuestra civilización ya se encuentra esta preocupación por la dieta alimenticia. Los griegos se ocuparon del cuerpo y de la dieta con gran interés, por ello una de las frases célebres que se recuerda de aquel entonces, es “mens sana in corpore sano”, o “mente sana en un cuerpo sano”, (Juvenal poeta de fines del siglo I de la era cristiana) lo que apuntaba al equilibrio entre mente y cuerpo. Pero dicho equilibrio no era espontáneo, sino que estaba claramente pautado. Según Foucault (1991), la práctica de la medicina en la Grecia Clásica era muy extendida y valorada.

Los griegos, además, pensaban que el cuerpo sano se alcanzaba con el ejercicio físico. De aquí deriva el acento puesto en los Juegos Olímpicos, y en el desarrollo de la destreza física. Alimentación y ejercicio, siguen siendo aún en nuestro tiempo dos elementos fundamentales para alcanzar el bienestar.

En el medioevo, señala el historiador Le Goff & Truong (2005) el cuerpo ya no era el lugar de la ambigüedad, sino de la paradoja, el cristianismo no dejó de reprimirlo. A pesar de esta paradoja, podemos decir que la Edad Media fue la época de la gran renuncia del cuerpo. Desaparecen las termas y el deporte, el teatro griego y romano. El culto al cuerpo de la antigüedad cede a su demonización: la mujer es considerada fuente de pecado, la sexualidad es controlada (mientras en la antigüedad era fuente de salud, ahora sólo se considera para la procreación), el trabajo manual descalificado, la risa y toda gesticulación son condenadas; la lujuria y la gula son asociadas. El ayuno que practicaban algunas santas era visto como un modo de purificación (Rutzstein, 1997).

Numerosos autores destacan que el aumento durante el nuevo siglo de los trastornos de la alimentación da cuenta de la marcada influencia que tiene los factores sociales sobre nuestro cuerpo (Altabe & Thompson, 1996; Connors, 1996; Giddens, 1997; Toro, 2006; Varela et al., 2020; Woods Giscombe 2021). Todos los seres humanos tenemos un cuerpo material, pero ese cuerpo está influido por nuestras experiencias sociales, y por los valores y normas de nuestros grupos de pertenencia. La sociología del cuerpo, destaca Giddens (1997), estudia por un lado el cambio social que se ha ido produciendo respecto del cuerpo; por el otro estudia la influencia de la ciencia y la tecnología, que ha llevado a alejar al cuerpo de la naturaleza. Esto último refiere tanto a las nuevas tecnologías en reproducción como a la contaminación ambiental. Y agrega, hay que considerar lo que Foucault (1991) denominó ‘tecnologías sociales’, es decir cualquier tipo de intervención regular sobre el funcionamiento de nuestro cuerpo para modificarlo de determinada manera, como las dietas.

Para situar brevemente la época posmoderna, que el nuevo siglo trajo aparejado, se puede tomar alguno de los aportes de Lipovetsky (2011), quien sostiene que la posmodernidad tiende a caracterizarse por el consumo desbordado, la adicción a la tecnología, la aparición cada vez más frecuente de sentimientos de vacío existencial, el crecimiento de las necesidades, que han de ser cubiertas por ciertos satisfactores, que envejecen de inmediato dejando la sensación que siempre hay más y mejores opciones. Se vive en un constante bombardeo e invasión de la cultura global, y esta, en su rapidez, deja la sensación de que todo es efímero. De allí la idea que la vida deseable implique que las circunstancias deban ser rápidas, pasajeras e indoloras, pero que, sin duda resultan sumamente estresantes. Dicho esto, la posmodernidad puede ser concebida como una oportunidad, un movimiento en el cual es viable profundizar sobre lo que nos fue dado, en relación con la identidad y la realidad y permite tomar conciencia de las posibilidades a las cuales es posible enfrentarse. Esto lleva a pensar los hábitos, las relaciones emocionales, el trabajo o las vías que conduzcan al bienestar en todos los ámbitos como sujetos activos (Groesz, 2012).

2.4.2. La imagen corporal como construcción sociocultural

Para entender los cambios que en los últimos años se produjeron en la imagen corporal deseable, hay que contextualizarlos en cambios sociales más amplios, incluido el impacto de la globalización. En occidente, el deseo de ser delgado, y el concomitante aumento de los trastornos de la alimentación y paradójicamente de la obesidad, coincide con la globalización en la producción de los alimentos. La tecnología para refrigerar los alimentos y el transporte permitieron el almacenamiento,

y con ello la posibilidad de acceder a cualquier tipo de alimento, en cualquier época del año, en cualquier punto del planeta. La disponibilidad de los alimentos, al menos entre la población con recursos económicos suficientes, obliga a tener que hacer una selección de lo que se va a comer. Esta decisión está fuertemente influenciada por la información médica con que la ciencia bombardea desde los medios masivos de comunicación, que refuerza no sólo cierto tipo de alimentos, sino también la necesidad de hacer ejercicios sistemáticamente (Giddens, 1997).

La preocupación por tener un cuerpo delgado afecta más a las mujeres que a los hombres, porque se hace más hincapié en el atractivo femenino y porque el ideal de belleza para hombres y mujeres es diferente. Mientras las mujeres centran su ansiedad en el miedo a engordar debido a que su cuerpo ideal es esbelto y delgado; los hombres se preocupan por alcanzar un cuerpo musculoso. Algunos hombres tienen una compulsión a la musculación equiparable a la compulsión por adelgazar de la anorexia (Woods Giscombe et al., 2021)

Los trastornos de la alimentación en las mujeres ponen de manifiesto que, si bien la mujer ha ido ganando un lugar más activo en el mundo público, aún se la sigue juzgando más por su figura que por sus logros (Croft 2004; Giddens, 1997; Jodelet, 1996). Esto se inscribe en la cultura de la imagen que invadió el imaginario social durante este siglo.

2.4.3 La imagen corporal como constructo

Se define la imagen corporal [IC] como una representación mental constituida a partir del tamaño, figura y forma del cuerpo. Dicha representación mental se

fundamenta en tres aspectos: 1. las medidas que se le atribuye al propio cuerpo 2. los pensamientos, sentimientos y valoraciones que provoca la imagen de su cuerpo al propio individuo 3. las acciones que realiza el individuo de acuerdo a su autopercepción (Cruzat et al., 2016).

Raich (1996) define la IC como constructo complejo, que incluye tanto la percepción de todo el cuerpo y sus partes, como del movimiento y límites de este, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones, así como los comportamientos derivados de las cogniciones y los sentimientos que experimentan. De este modo, la imagen corporal puede entenderse como un constructo multidimensional en continuo cambio e interacción y comprende tres componentes fundamentales: la percepción global de todo el cuerpo y cada una de sus partes, la satisfacción respecto de la imagen corporal y las consecuencias conductuales.

En la conformación de la IC y, por tanto, también en la alteración de su percepción, intervienen variados aspectos biopsicosociales. Uno de los aspectos fundamentales en el desarrollo de los estereotipos corporales son los factores socioculturales, entre los cuales destacan el modelo cultural de belleza de nuestra sociedad occidental contemporánea, los patrones estéticos, la clase social, el mundo del modelaje, los medios de comunicación, la publicidad y el culto narcisista al cuerpo. Por otro lado, entre los factores individuales que pueden influir en la apreciación de la imagen corporal, se encuentran las diferencias de género en torno a las actitudes corporales, la feminidad, el factor étnico, los patrones de crianza de la familia, la interrelación con las amistades, las críticas o burlas, sobre todo en la etapa escolar, el desarrollo físico y el reforzamiento social, en la adolescencia, el

perfeccionismo y los sitios de internet (Cruzat et al., 2016; Woods Giscombe et al., 2021).

Diversos autores sostienen que el término imagen corporal ha sido usado como un gran paraguas que cobija numerosas variables relacionadas con la apariencia física. Entre ellos autores como Cash y Brown (1987) describieron los componentes afectivos, cognitivos y conductuales de la imagen corporal. Otros como Gardner (1995) usaron el término imagen corporal para dar cuenta de la representación interna que un individuo tiene de su propia apariencia física (Altabe & Thompson, 1996), sostienen que la imagen corporal, puede ser entendida como una representación mental interna, desde el componente cognitivo (Badillo Muñoz, 2023).

Por su parte, Gardner (1995) señala que hay un consenso general respecto de los principales componentes de la imagen que un individuo tiene de su apariencia física. Estos son el componente perceptual –exactitud en la estimación del tamaño corporal, o distorsión de la imagen corporal- y el componente actitudinal –actitudes o sentimientos que el individuo tiene hacia su cuerpo, o satisfacción con la imagen corporal. La discrepancia entre el tamaño del cuerpo percibido (o imagen percibida) y el tamaño real indica distorsión de la imagen corporal, y la discrepancia entre la imagen percibida y la ideal indica insatisfacción corporal.

Según Altabe & Thompson (1996) la imagen corporal como esquema, es un constructo útil para entender tanto los trastornos de la alimentación como la angustia que a muchas personas les genera su propia apariencia. La activación de este esquema puede deberse, por ejemplo, a que el sujeto sea expuesto en su vida cotidiana a revistas de moda o publicidades con mujeres bellas y delgadas. Una vez que el esquema es activado, se despiertan las deficiencias percibidas (al contrastar la propia

imagen con las imágenes “ideales”) lo que desencadenará un estado de ánimo negativo o angustia respecto de la propia imagen corporal. En este contexto pueden surgir consecuencias emocionales como la depresión y la ansiedad, ya que se modifica el estado anímico. Por eso, y por la importancia que la imagen corporal tiene en el contexto cultural, se la suele asociar con la autoestima. (Woods Giscombe et al., 2021)

2.4.4 Alimentación y su relación con el estrés y la salud

2.4.4.1 El concepto de salud actual

En la actualidad se sostiene que la salud no puede entenderse como algo individual y disgregado, sino influenciada por las interrelaciones del sujeto con la sociedad donde se desenvuelve, el medio ambiente, y el contexto cultural, psicológico y biológico, donde se generan principios, valores y ética que dan significado a su vida, lo motivan y proyectan, a la vez que él contribuye y forma parte de la sociedad donde vive, por lo que se desarrolla un paradigma integrativo que contribuye a dar sentido a los adelantos de la ciencia, y en la que el individuo se entiende como sujeto activo de su proceso de salud-enfermedad, siempre en interacción con el medio, interno y externo, en el que se maneja (Rodríguez, 2006). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1952) definió la salud no sólo como la ausencia de enfermedad, sino también como el estado de completo bienestar, en el que se incluyen aspectos somáticos, psicológicos y sociales del individuo y de su colectividad, entendiendo como vemos, que en las intervenciones en pro de la salud, no se deben contemplar solo los servicios sanitarios normalmente centrados en lo somático y lo psicológico, sino también las intervenciones sociales, como la vivienda, hábitat, nivel de vida, etc.

Se entiende, que las personas son responsables, como sujetos activos de desarrollar lo que se ha conocido como "conductas de salud", donde las adecuadas pautas de prevención de la enfermedad y promoción de salud permiten al sujeto reducir el riesgo de enfermar (Vázquez, 2015).

2.4.4.2 Tipos de prevención de la enfermedad

En el año 1978 Fielding (Vignolo et al., 2011) propuso una clasificación comúnmente utilizada en el campo de las ciencias de la salud donde distingue entre prevención primaria, secundaria y terciaria:

- la primaria haría referencia a las medidas adoptadas por los sujetos sanos para evitar la aparición de procesos patológicos, y en la que situaríamos la prevención y modificación de hábitos poco saludables.
- la secundaria se refiere a la situación en la que, una vez que ha enfermado el sujeto, el objetivo sería detener el proceso.
- la terciaria, sería la que tiene lugar cuando la enfermedad ya se ha manifestado con sintomatología clínica, y se trata con distintos procesos de tratamiento y rehabilitación (Vignolo, et al., 2011).

A estas tres se ha añadido un cuarto nivel de prevención la prevención cuaternaria.

Se llama prevención cuaternaria al conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y paliar el perjuicio provocado por la intervención médica sanitaria. Sostienen los autores que la medicalización de la salud y la arrogancia de la medicina conllevan un mundo de excesos. Por ello aseveran que la prevención cuaternaria debe impregnar desde las prácticas diagnósticas hasta las preventivas, pasando por las medidas rehabilitadoras y el uso de medicamentos dañinos. Se evita

el daño obviando actividades de tratamiento innecesarias, o limitando el impacto perjudicial de alguna actuación. De este modo, se atenúa el daño reparando la salud deteriorada como consecuencia de una actividad médica, pautando por ejemplo el paulatino retiro de una medicación, que ya no resulta necesaria. (Camacho et al., 2012).

Por ello, aunque en muchos profesionales de la salud continúa primando la idea de la separación de la mente y el cuerpo y trabajan bajo la influencia del modelo biologicista, cada vez son más los que aceptan que cuerpo y mente son dos entes en interacción e influencia continua, ya que esta postura fragmentada y diseccionada, donde se pierde el concepto integral del cuerpo humano, hace que se tenga una visión de la salud también compartimentada. Desde esta perspectiva se entiende cómo la enfermedad se convierte en un fenómeno y el cuerpo en algo mecánico, de ahí la división de especialidades médicas en compartimentos estancos, como puede ser el cardiólogo, endocrinólogo, ginecólogo, etc. en los que al diseccionarse el cuerpo, indefectiblemente se está diseccionando también la visión integral de la salud, perdiéndose la tan necesaria perspectiva de conjunto del individuo (Vignolo, 2011)

2.4.4.3. Interacción de los factores biológicos, psicológicos y sociales

Como fuera citado anteriormente, autores como Engel (1977) han trabajado bajo el prisma de poder conceptualizar un nuevo modelo de realidad médica y con ello ampliar el foco de atención ante el tratamiento de la enfermedad (Moscoso, 2009). Engel defendió la idea que en el ser humano confluyen tres factores: biológicos, psicológicos y sociales que determinan, entre otras, que la alteración de uno de ellos repercuta en el resto, debido a las interconexiones que de unos a otros

tienen lugar y que están científicamente establecidas, entre el cerebro y el sistema nervioso, endocrino e inmune, además de influir en formas y estilos de vida que benefician o deterioran la salud (Ray, 2004).

Otra idea que ha surgido de este enfoque, es que tratar al individuo de un modo holístico y en continua interacción con el medio donde se desenvuelve, es lo que le permite convertirse en sujeto activo del mantenimiento de su salud, de la promoción y prevención de la enfermedad, y dueño de su estilo de vida, que a su vez va a influir en su capacidad de respuesta y resistencia a las circunstancias adversas y en la activación de sus mecanismos de regulación fisiológicos. Por tanto, una alimentación sana, adecuada y variada, que ayude a aumentar la calidad celular y los procesos fisiológicos y que contribuya a disminuir el estrés oxidativo, la práctica de ejercicio físico continuo, adecuado a su edad y circunstancias, una correcta respiración, cuidar la higiene del sueño y evitar los hábitos tóxicos, como el consumo de alcohol, tabaco, tecnología y otras drogas, así como evitar el sobrepeso y la obesidad, cuidar la salud mental, procurando un correcto manejo de las emociones y los procesos mentales, serán elementos predisponentes para conseguir una buena salud. Esto permitirá que se active la respuesta inmune, aumente la capacidad respiratoria, se generen y recuperen energías, que en general, fomenta una buena respuesta del organismo, aumentando su resistencia y elevando las defensas, evitando así la enfermedad (Míguez, et al., 2007; Delgado, 2017, Everly & Lating, 2012).

Lewis (2004) por su parte, afirma que cualquier cambio en nuestro estado mental inexorablemente va a conllevar un cambio en nuestro estado fisiológico, por lo que, pone en consideración que sería necesario tomar en cuenta al sujeto desde una

perspectiva integradora, esto implicaría tener en cuenta la unión de la mente, el cuerpo y el espíritu.

Dentro de esta línea Moscoso (2014) se basa en una idea similar, cuando defiende que el ambiente social y los estilos de vida mal gestionados son factores mediadores del impacto negativo en la salud física y mental del individuo. El autor sostiene que se propicia la aparición de un gran número de enfermedades de carácter sistémico, entre las que enumera la inflamación crónica, la artritis reumatoide, fibromialgia, déficit en el funcionamiento de las glándulas suprarrenales, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes tipo II, obesidad, síndrome metabólico, asma, algunos tipos de cáncer, depresión, y además otro gran número de enfermedades inmunosupresoras.

El biólogo genético Craig Venter (citado por Moscoso, 2010) años más tarde vino a reforzar lo anterior, cuando en una conferencia enunció que nuestra biología, incluyendo nuestra carga genética, tiene una influencia mínima en nuestra vida, ya que todo ello interactúa con múltiples factores independientes. Es decir, podemos estar predispuestos genéticamente para contraer una determinada enfermedad o dolencia, pero en la mayoría de los casos eso no significa que, indefectiblemente la vayamos a padecer o que vaya a estar ya determinado el curso de la enfermedad. Los complejos entramados de acción de células y proteínas interaccionando simultáneamente con los factores ambientales, serán los que realmente guíen el curso de nuestra salud. Es lo que se ha venido a llamar "Epigenética", una ciencia en vías de desarrollo, pero que cada vez toma mayor trascendencia y que surge de la idea de que existe una regulación de la expresión genética a través de mecanismos moleculares en respuesta a los estímulos ambientales, fármacos y productos químicos (Mur, 2014).

Otra de las ideas de interés para la presente investigación, es entender por qué estos estados emocionales de los que hablamos, en crisis agudas pueden agravar determinadas enfermedades, como ocurre en el caso de las cefaleas, el asma, o la diabetes, entre otras, pueden alterar la conducta de los enfermos (Delgado, 2017), determinando el grado de incapacitación y deterioro de la calidad de vida como consecuencia de la enfermedad, produciendo crisis esporádicas o bien convirtiéndolas en auténticas enfermedades crónicas, por lo que la conducta y actitud del enfermo, se considera una parte integrante del propio proceso de la enfermedad. (Vázquez, 2015).

Cada vez más se observa con frecuencia la consulta de pacientes con síntomas somáticos a los que no se puede dar un diagnóstico clínico claro (APA, 2019) Hay consenso en la comunidad científica en aceptar la idea de que estos síntomas, representan la expresión de conflictos emocionales, que aúnan complejas interacciones psicológicas, vitales, familiares y sociales (Del Carmen & Navas, 2010).

Así mismo, se sabe que los factores culturales pueden dificultar la relación entre lenguaje y expresión de las emociones, ya que, si bien para algunas culturas es importante la expresión verbal de las experiencias, para otras no lo es tanto, y dentro dicha aceptación, no es lo mismo expresar, que hacerlo en exceso, lo que puede llevar a considerar la conducta en el límite de lo patológico (APA, 2019),

2.4.5 Ambiente laboral, alimentación y salud.

En la actualidad, se conocieron los resultados de una encuesta realizada por el Portal (2023) donde el 94% de los argentinos dice sufrir síntomas de burnout. Del 81% relevado del 2021, la cifra ascendió considerablemente este año, es decir 9 de cada 10 argentinos, padecen estos síntomas.

Muchas personas que estén sometidas a diferentes situaciones de estrés tanto en el ámbito laboral, personal como social, puede llegar a sentir que afecta los hábitos alimentarios. Estos sujetos, pueden tomar diferentes actitudes frente a la comida, como desinterés, la falta real de apetito o incluso la compulsividad en la manera de comer, por lo que se alteran los patrones de conducta alimentaria, y por lo tanto pueden verse seriamente afectados por ingestas inadecuadas (Mainieri, 2000).

En nuestro país aún no hay suficiente aceptación de la necesidad de una distribución más racional de las pautas y pausas alimentarias en el trabajo, considerando como necesario que se otorgue un tiempo razonable para hacer el almuerzo o la cena. Las grandes o mínimas ingestas y las formas de alimentarse desafortunada con cenas abundantes con que se sobrecarga al cuerpo, conllevan muchas veces a que sea la única comida del día. En el caso de los almuerzos en el trabajo, se realizan con poco tiempo y con alimentos de fácil preparación que, rara vez puede llegar a cubrir los requerimientos básicos, lo que trae como consecuencia que se lleva a empeorar la alimentación de las personas (Díaz Franco, 2003).

2.4.6 Estrés, alimentación y emociones

En muchas ocasiones existe una conexión entre el estrés y la alimentación y esto acarrea otro tipo de problemas según Juan José Díaz Franco: "el estrés condiciona no sólo los hábitos alimentarios, sino también lo que hay detrás: el proceso metabólico nutricional, la situación de satisfacción de las necesidades nutricionales. Las consecuencias pueden ser varias: un retraso en la digestión, una inadecuada y disfuncional forma de metabolizar los alimentos, lo que puede conllevar a trastornos que pueden llegar a ser crónicos e incidir en la salud de la persona" (p.95 Díaz Franco, 2003).

Muchas personas guían sus hábitos alimenticios por las emociones, esto tiene que ver con la manera en que expresan sus sentimientos negativos. Algunas de esas conductas tienen que ver con consumir alimentos y cantidades no saludables con el fin de esconder pensamientos y sentimientos pesimistas sin sentir hambre realmente. Pueden verse signos comunes de la conducta alimentaria regidos por las emociones tales como, obsesionarse por las comidas, usar la comida como premio, ingerir compulsivamente alimentos, consumir sin control, no poder parar de comer o continuar comiendo a pesar de sentirse satisfecho, sentimientos de culpa o remordimiento después de comer en exceso, evidente desconexión de las señales psicológicas de hambre y saciedad, fluctuaciones del peso, no poder reconocer por que se come, o comer de forma más rápida que lo normal (Woolfolk et al. 2023).

Para diversos autores la causa más frecuente en la relación entre estrés y la alimentación, es en torno al ritmo de vida actual, esto lleva a comer muy rápido, a no desayunar y a cenar más abundantemente, hábitos que, además del estrés, están culturalmente inculcados en la sociedad. Las necesidades alimenticias no se satisfacen de forma adecuadamente desde el punto de vista calórico y nutritivo (Groesz, 2012). Al mismo tiempo, existen malas costumbres y falsos conocimientos instalados en la población, en relación con algunos aportes energéticos, por el uso rutinario de alimentos perjudiciales para la salud, como alimentos con alto contenido en grasa, en sal y en azúcar. Es común en quienes padecen estrés saltar el desayuno, tomar muchas infusiones como té, gaseosas y bebidas con cafeína (Woolfolk et al. 2023).

Recurrir a la comida cuando uno está estresado, ansioso o por falta de tiempo hace que por lo general la gente se incline por alimentos de bajo valor nutricional. Esto trae como consecuencia el aumento de la concentración de glucosa en sangre, el

no llevar una alimentación adecuada puede generar situaciones de sobrepeso y obesidad que constituirían factores de riesgo de patologías múltiples y actuarían como agravantes de cualquier enfermedad (Diaz Franco, 2003).

Según algunos autores como Lattimore & Caswell a través de un trabajo que llevaron a cabo en la Universidad de Liverpool muestran, por qué las personas que están a dieta comen más en situaciones de estrés. Los autores afirman que las personas ponen tanta energía a controlar sus señales biológicas que agotan sus recursos para enfrentarse a los problemas cotidianos. Por eso, cuando se estresan, fácilmente pierden el control sobre la comida. Por lo general, ignoran o malinterpretan las señales relacionadas con la lucha o la huida (Lattimore & Caswell, 2004).

Laitinen & Sovio, de la misma manera afirman, a través de un estudio realizado en Finlandia, que el índice de masa corporal es mayor en quienes comen en situaciones de estrés y que estas personas tienden a comer más alimentos poco saludables, tales como salchichas, hamburguesas, chocolates y pizzas, si se las compara con otras personas. Dichos autores sostienen que aquellas personas que tienen más riesgo de comer bajo situaciones de estrés, son los llamados “comedores emocionales”. Por lo general experimentan una mayor vulnerabilidad, recurriendo a la comida como un escape a la conciencia de sí mismos. Tratan de evitar estos sentimientos negativos enfocando su atención en la comida, cuando se sienten ansiosos o emocionalmente activados o mal consigo mismos (Laitinen & Sovio, 2004, Varela et al., 2020).

Como ya se mencionó en la revisión de la literatura científica, los autores recién citados sostienen que son diversos los factores y conjunto de situaciones que pueden llevar a generar obesidad, tales como el estrés ambiental, la mala salud

psiquiátrica, un status social bajo y otras circunstancias que actúan sobre el sistema nervioso simpático, conduciendo a un aumento de cortisol y de catecolaminas. La producción de cortisol se realiza principalmente en la corteza de la glándula suprarrenal ante el estímulo del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal, que se autorregula según la cantidad circulante de la misma y las necesidades del organismo. Esta hormona puede transformarse en cortisona, que es menos activa y está a su vez en cortisol. En el tejido adiposo hay una mayor transformación de cortisol a cortisona, lo que induce un estímulo del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal y, por lo tanto, aumenta la producción de la misma, induciendo cambios en la distribución de la grasa con incremento de la intraabdominal. El cortisol es una hormona que se libera en grandes cantidades en momentos de estrés, potenciando las vías metabólicas catabólicas, por lo tanto, eleva la concentración de glucosa, aminoácidos, y lípidos (Rosmon, 2011). Cuando este trastorno se mantiene puede producirse hipercortisolismo, lo que induce una menor respuesta periférica a esta hormona por bloqueo de su receptor lo que lleva a incrementar la grasa abdominal.

2.4.7 El neuropéptido Y como el responsable de obesidad abdominal

Según Rosmon (2011) un estudio realizado en laboratorio por un equipo de investigadores del Centro Médico de la Universidad Georgetown, descubrieron un mecanismo biológico que relaciona el estrés crónico con la obesidad. Los científicos observaron en un grupo de ratones que este producía en el organismo la liberación de neuropéptidos. Estos son moléculas semejantes a las proteínas elaboradas en el cerebro que posee funciones sobre múltiples órganos llamado neuropéptido Y (NPY). Esta molécula a través de sus receptores Y2 estimularía la ganancia de peso

abdominal. Los científicos bloquearon los receptores de esa molécula y los niveles de acumulación de grasa abdominal descendieron (Johnson et al., 2007; Delgado, 2017).

La hormona neuropéptido Y, es la responsable de las ganas de comer, se evidencian pruebas de que el estrés y la obesidad están relacionados por el control hipotalámico. El neuropéptido Y (NPY) es un neurotransmisor péptido de 36 aminoácidos que se encuentra en el cerebro y el sistema nervioso autónomo, y actúa aumentando los efectos vasoconstrictores de las neuronas noradrenérgicas. El NPY ha sido asociado con varios procesos fisiológicos cerebrales, incluyendo la regulación del balance energético, la memoria, el aprendizaje y la epilepsia. Forma parte del sistema lipoestabilizador junto con la leptina y la hormona liberadora de corticotropina (Kuo et.al, 2007). Los niveles altos de NPY en el fluido cerebroespinal se asocian con una elevada ingestión de comida y mayor sedentarismo. La leptina, producida por los adipocitos en respuesta a los altos niveles de grasa, es detectada por el hipotálamo. Esta actividad incrementada actúa sobre el núcleo paraventricular para inhibir la producción de NPY en ese lugar, reduciendo así el apetito. El NPY contiene siete membranas que atraviesan esferas, y han sido identificados cinco subtipos en mamíferos, cuatro de los cuales son funcionales en humanos. Los subtipos Y1 e Y5 juegan un papel en la estimulación del apetito, mientras que el Y2 y el Y4 parece que actúan inhibiendo el apetito, dan saciedad (Zukowska, 2007; Delgado, 2017)

Dentro de los efectos que produce el neuropéptido NPY, uno es sobre la grasa abdominal profunda o visceral, donde estimula la proliferación de células adiposas, adipogénesis, que almacenan la grasa y otro es generar nuevos vasos sanguíneos que llevarán la sangre y los nutrientes a esas nuevas células.

La molécula denominada neuropéptido Y (NPY), que se encuentra en el cerebro y en otros tejidos, regula diversas funciones que incluyen el apetito, el peso y

las respuestas emocionales. El NPY es inducido por el estrés y su liberación reduce la ansiedad (Johnson et al., 2007).

El Departamento de Fisiología y Biofísica de la Universidad de Georgetown, en Washington, demostró que el estrés exagera la obesidad inducida por la dieta a través de los mecanismos periféricos en el tejido adiposo abdominal que está mediado por el neuropéptido Y. Estos mismos describieron el mecanismo por el que el estrés activa la ganancia de peso y esa vía de señalización puede explicar por qué algunos sujetos que sufren estrés crónico engordan por encima de lo que deberían de acuerdo con su consumo de calorías. Estos mecanismos implican dos elementos: el neuropéptido Y (NPY) y el receptor del neuropéptido Y2 (Y2R), que se activan en dos tipos celulares del tejido graso, en las células endoteliales de la capa interna de los vasos y sus células grasas (Zukowska, 2007. Delgado 20017).

2.4.8 El estrés puede alterar el mecanismo del apetito y el hambre.

En determinadas circunstancias, hay disociación entre el apetito (sensación primariamente psíquica) y el hambre (sensación básicamente orgánica). El apetito puede verse modificado por diferentes situaciones emocionales a través de variaciones químicas y vasculares y de impulsos transmitidos al mesencéfalo desde el cerebro y diversos órganos. La nutrición depende esencialmente de la alimentación; pero, a su vez, una fuente importante de estrés la constituye la forma en que nos alimentamos, porque de hacerlo erróneamente, enfermamos (Groesz, 2012)

Los estímulos condicionados regulan en gran medida el apetito. El elemento psíquico del apetito se comprueba por su carácter muy selectivo. El hambre suele agudizar el apetito. Cualquier estímulo que aumente el hambre suele también aumentar el apetito. Un sujeto puede presentar hambre y, simultáneamente, anorexia,

incluso náuseas. Sin embargo, si tiene apetito aceptará los alimentos, aunque quizá no tenga verdaderamente hambre (Diaz Franco, 2010).

Una buena alimentación es fundamental para mantener el cuerpo sano, pero también la mente. La dieta influye en el modo en que uno se comporta y en cómo se percibe los hechos al alrededor. Por ello, una alimentación saludable, rica en frutas y verduras, disminuye incluso el nivel de agresividad y estrés en las personas, mientras que una compuesta principalmente por comida rápida y bebidas gaseosas tiende a aumentar los niveles de ansiedad y violencia en las personas.

A su vez ciertos alimentos pueden ayudar a mejorar la adaptación del organismo al estrés y, por el contrario, otros lo empeoran (Groesz, 2012). Los alimentos que aumentan el estrés son el alcohol, en cantidades altas, el café que contiene cafeína, actúa sobre el sistema nervioso, aumentando la presión arterial y por ende agravando la ansiedad. En dosis elevadas puede causar taquicardia y dificultar el sueño, llegando a provocar insomnio. La sal en exceso aumenta la presión arterial, lo cual intensifica el estrés, a su vez niveles elevados de glucosa en sangre pueden producir irritabilidad y agotamiento (Druce et al., 2005). Los alimentos que ayudan a calmarlo como son las frutas y verduras poseen grandes cantidades de vitaminas y minerales, refuerzan el sistema inmunológico. Además, ayudan a mantener la presión arterial en niveles óptimos. Los dulces y las golosinas estimulan la producción de serotonina, un neurotransmisor encargado de regular el estado de ánimo e inducir al sueño (Everly & Lating, 2012).

En resumen, el estrés puede llevar alterar la conducta alimentaria, los patrones de consumo, la cantidad y calidad de comidas que se ingiere, esto puede generar un círculo vicioso en donde este trastorno afecta a la alimentación, lo cual lleva a comer

comidas con alto contenido calórico y con baja calidad nutricional y esta su vez ayuda a empeorar este mal, pudiendo ayudar a originar diferentes patologías (Groesz, 2012).

2.4.9. La obesidad y la relación con el estrés desde el paradigma de las neurociencias

Dentro de los modelos tradicionales del estudio del estrés, es común encontrar literatura científica y descripción de la respuesta fisiológica del estrés y la respuesta emocional del estrés. Según sostiene Moscoso el nuevo paradigma en el estudio del estrés percibido incluye la respuesta comportamental del estrés, en la medida que se toma en consideración el estilo de vida del individuo y el medio ambiente en el cual este se desenvuelve. Como ya fuera desarrollado el estilo de vida del individuo y el medio ambiente en el que interactúa son factores mediadores y moduladores en el proceso de cronicidad del estrés percibido (Moscoso, 2014).

Estudios recientes en psiconeuroinmunología nos demuestran la necesidad de reevaluar los modelos conceptuales tradicionales acerca del estrés. Teniendo en cuenta los aspectos desarrollados, es necesario dejar establecido que el modelo cognitivo del estrés percibido tiene un correlato eminentemente fisiológico en el lóbulo frontal del cerebro (Mc Ewen, 1998; Sapolsky, 1996). En este sentido, es posible afirmar que el cerebro es el órgano central de la respuesta fisiológica, psicológica, y comportamental del estrés. La percepción del individuo como ingrediente cognitivo elaborado en el lóbulo frontal del cerebro determina ciertamente lo que es “estresante” conocer que la experiencia del estrés se inicia en el cerebro, afecta al cerebro, y a su vez, al resto de los sistemas que conforman nuestro organismo (McEwen, 1998; Delgado, 2017).

Finalmente a través de lo desarrollado, es posible sostener que la respuesta del organismo al estrés agudo es de naturaleza protectora y adaptativa, mientras que la respuesta al estrés crónico produce un desbalance bioquímico que resulta en alteraciones inmunosupresoras que conducen al desarrollo de enfermedades inflamatorias, el agotamiento de las glándulas suprarrenales, enfermedades metabólicas que incluyen obesidad, etc. (Moscoso, 2014; Rodríguez García, 2019).

Por acción del estrés se estimula el sistema de recompensa vía amígdala y a través de las hormonas orexígenas, como la ghrelina o los neuropéptidos, así como el de opioides endógenos activando todo como un mecanismo de defensa neurofisiológico que hace posible sobrevivir al estrés. Como la ingesta es la forma más accesible y poderosa de reducir la actividad del eje HPA, comer es una solución eficiente que puede ser usada sin necesidad de realizar los procesos psíquicos más complejos de áreas involucradas en la simbolización de la experiencia, es decir es primitivo, no necesita de la mente (Cordella & Moore, 2015). El eje HPA crónicamente activado incrementa la ingesta de alimentos, especialmente de aquellos que generan recompensa vía dopamina como son los carbohidratos y los alimentos ricos en grasas, ya que suelen tener mayor palatabilidad (Woolkfol, et al., 2023).

La especie humana se caracteriza por ser capaz de manejar diversos códigos simbólicos que complejizan la administración fisiológica del cuerpo al anexarle significados culturales. Es decir, podemos regular las respuestas fisiológicas a través de procesarlas en los filtros de significados positivos o negativos que la cultura les tiene preferentemente asignados. Es a través de estos procesos que se traspasan los modos de gestionar estados emocionales, especialmente los relacionados con la alarma ambiental que justamente usan el eje HPA. Allí se realiza la tarea de

mentalizar, es decir, de ir uniendo los estados fisiológicos de la persona con algún referente que le dé significado. Cuando se habla de relación diádica se hace referencia al ambiente social y emocional del desarrollo cerebral-mental (Herscovici, 2011). El ambiente familiar es el lugar de encuentro desde el cual será regulado el estrés a través de conductas de cuidado y, por otro lado, donde se produce la copia y el acoplamiento a estos procesos). Es desde donde emergen los patrones de conexión regulatoria del estrés y la motivación. También es el lugar donde se produce la evaluación social y como tal puede ser fuente de estrés (Garasky et. al 2009, Masten, 2018).

Los tratamientos actuales para la obesidad se basan en modelos simples de entrada y salida de energía con regulares resultados a corto plazo. Es posible que cambiando el modelo de comprensión, se logren resultados a más largo plazo y estables en el tiempo. A través de la neurobiología se propone considerar la posible existencia de un Patrón Adaptativo Obesogénico (PAO) donde el funcionamiento del Sistema Nervioso se organizaría tempranamente aumentando la ingesta como principal regulador del estrés (Cordella & Moore, 2015, Dimitratos et al., 2022).

En esta misma línea las autoras proponen el PAO como un modelo de comprensión basado en la falla de integración precoz entre los diversos sistemas que regulan el eje HPA. Sería una respuesta mal adaptativa establecida tempranamente, que liga preferentemente los sistemas de recompensa a la modulación del eje HPA (hipotálamo-pituitaria-adrenal) en ausencia de suficiente regulación social y que podría ser la explicación acerca de la obesidad temprana infantil. Diversos autores proponen evaluar la observación de la relación madre-hijo en la consulta clínica habitual (Cordella y Moore, 2015, Dimitratos et al., 2022; Evgin & Kilicin, 2022).

2.5. ANTECEDENTES

A través de la exploración del estado del arte, puede decirse que los factores relacionados con estrés han sido investigados desde diversas perspectivas, que aportan una mirada importante para el interés de esta investigación en relación al estrés y las respuestas de afrontamiento que, de alguna manera facilitan los factores de riesgo para la creciente epidemia de obesidad y sobrepeso, tanto en niños como en adultos. Siguiendo a Penny (2023) existe evidencia que sugiere que niveles más altos de estrés pueden estar asociados con mayor peso corporal, potencialmente al aumentar la ingesta de energía y disminuir la actividad física, lo que lleva a un estado de balance energético positivo.

2.5.1 Antecedentes en América Latina

Intentando caracterizar la situación actual en nuestro país, considerando la obesidad como un problema sanitario en constante crecimiento, se encontró que durante la última década siguiendo los lineamientos de la OMS y la Organización Panamericana de la salud [OPS], en Argentina se han generado a nivel nacional diferentes documentos y dispositivos en relación con el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades asociadas. Dicha producción está orientada hacia la promoción de la salud e incluye leyes, resoluciones, guías prácticas, planes y programas nacionales (OMS, 2021).

De esta manera es como en el año 2008, se promulga la *ley 26.396* la cual declara de interés nacional la prevención y control de los trastornos alimentarios incluyendo, a los efectos de esta ley, por primera vez a la obesidad (Congreso de la Nación, 2008). Esta misma ley aprueba la creación del "*Programa Nacional de*

Prevención y Control de los trastornos alimentarios" cuyo objetivo es realizar una serie de acciones como, por ejemplo, llevar a cabo campañas informativas sobre la temática, incorporar la educación alimentaria nutricional en el sistema educativo, promover en la comunidad espacios de reflexión y educación para contención de quienes padecen estas enfermedades, así como también formular normas para la evaluación y control de los trastornos alimentarios.

Dentro de este marco, surge el *Plan Nacional Argentina Saludable*, que propone llevar a cabo acciones concretas a nivel poblacional para combatir los principales factores de riesgo de ENT, como por ejemplo la alimentación no saludable y el sedentarismo. Este plan fomenta acciones tendientes a la promoción de una alimentación saludable y una vida activa mediante la creación de ambientes que estimulen la actividad física y una alimentación saludable rica en frutas y verduras, baja en sodio y en grasas trans, como cuestiones básicas.

En el año 2013, el Ministerio de Salud de la Nación emitió un nuevo documento llamado "Sobrepeso y Obesidad en Niños y Adolescentes. Orientaciones para su Prevención, Diagnóstico y Tratamiento en Atención Primaria de la Salud" (Ministerio de Salud, 2013). Este documento, elaborado por el área de nutrición de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, tuvo como objetivo orientar las acciones en el primer nivel de atención, ofreciendo una guía de acciones de promoción de la salud y prevención de sobrepeso y obesidad.

Poniendo en evidencia esta creciente preocupación, el Ministerio de Salud (2013) realizó un estudio dando lugar a la "*Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles*" [ENT] (Ministerio de Salud, 2014 a, b). Participaron en forma conjunta el Ministerio de Salud de la Nación, el Instituto

Nacional de Estadística y Censos y las Direcciones Provinciales de Estadística. El objetivo en esta tercera encuesta fue: (1) proporcionar información válida, confiable y oportuna sobre factores de riesgo, proceso de atención y prevalencia de las principales ENT en mayores de 18 años de Argentina, (2) monitorizar la evolución de los principales factores de riesgo de las ENT, y (3) evaluar el impacto de políticas de prevención y control realizadas a nivel nacional y provincial.

El estudio mostró que el 37.1% de la población presentaba sobrepeso y el 20.8% obesidad. Esto evidencia que el 57.9% de la población argentina presentaba exceso de peso. Es decir, 6 de cada 10 personas registraron exceso de peso y 2 de cada 10, obesidad. De manera similar a lo hallado en años anteriores, la prevalencia de obesidad resultó mayor entre varones y entre grupos de menor nivel educativo (Ministerio de Salud, 2014 a, b) Por lo tanto, considerando los datos epidemiológicos recabados en los últimos 10 años, se pone de manifiesto un ininterrumpido crecimiento de las tasas de sobrepeso y obesidad en Argentina, los cuales se muestran de manera comparativa en la siguiente tabla.

Figura 4: Comparación de las tasas de exceso de peso, sobrepeso y obesidad en los años 2005, 2009 y 2013 en Argentina

	Encuestas		
	2005	2009	2013
Exceso de peso (sobrepeso + obesidad)	49.1%	53.4%	57.9%
Sobrepeso (IMC \geq 25 y < 30)	34.5%	35.4%	37.1%
Obesidad (IMC \geq 30)	14.6%	18.0%	20.8%

2005: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles; 2009 : Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles; 2013 : Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles.

Como conclusiones a partir de la mencionada revisión bibliográfica, se identificaron una serie de políticas implementadas desde la nación para combatir la obesidad. Sin embargo, el relevamiento realizado a partir de la Encuesta Nacional de

Factores de Riesgo en los años 2005, 2009 y 2013, evidencia un ininterrumpido crecimiento de las tasas de sobrepeso y obesidad en nuestro país.

Las investigaciones más actuales han demostrado que, uno de los debates más significativos en el campo del estrés es su influencia en la creciente epidemia de obesidad. Al respecto un estudio realizado en la región, en ocasión del Día Mundial de la Obesidad, (2023) la Sociedad Argentina de Medicina (SAM), la Sociedad de Medicina Interna de Uruguay y el Foro Internacional de Medicina Interna (FIMI) emitieron un comunicado y un video conjunto sobre este problema, con el objetivo de concientizar a la comunidad en general sobre su aumento e impacto, además de elaborar algunas recomendaciones. Sin embargo, a pesar de contar con diferentes documentos y dispositivos generados desde las políticas públicas antes mencionadas, los datos epidemiológicos siguen mostrando un ininterrumpido crecimiento de las tasas de obesidad en Argentina.

No obstante lo mencionado hasta ahora, a nivel mundial en los últimos cinco años, desde la Psicología hay un creciente incremento de la evidencia empírica acerca de la influencia de los aspectos psicosociales del contexto en el que nos movemos sobre la salud, entre las cuales, se pueden destacar el estrés crónico y la obesidad.

En este sentido, considerada la obesidad como un problema de salud pública, en América Latina si bien se han incrementado los estudios en niños y adolescentes, no tanto en adultos (OMS, 2014).

Un estudio hallado al respecto es el realizado por Guillen Rielbeling (2023) en España explora las atribuciones y las estrategias de afrontamiento en 50 mujeres adultas acerca de su propia obesidad ($IMC > 27$) a través de un instrumento tipo encuesta de corte cualitativo de preguntas abiertas. Se desarrolló en la Línea de

Investigación Obesidad, desde una perspectiva cognitivo-conductual, en la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza (FES Zaragoza, UNAM) en el 2019. Se realizó análisis de contenido y la descripción por categorías a cuatro preguntas. Los resultados muestran 6 categorías de análisis y sus estrategias de afrontamiento en: control externo, control interno, conducta, cogniciones, relaciones interpersonales y emociones. Se encontró mayor control externo para la modificación de la condición de salud y de peso corporal; emociones de estrés, enojo y ansiedad predominante a la depresión y la tristeza, inadecuación social, rechazo y burla. Estos resultados permiten desarrollar estudios exploratorios sobre los factores psicológicos asociados con la obesidad y programas de intervención psicológica con mayor efectividad y calidad en la atención de la salud de la mujer obesa.

A su vez, los resultados del estudio muestran los problemas vinculados inespecíficamente a la condición de obesidad de cada persona. Dentro de las categorías de análisis previamente aludidas, se halló que en control externo se encuentra la diabetes y los problemas cardiovasculares como estrategia de afrontamiento. Para el 18% de las participantes las emociones están vinculadas a la obesidad, siendo éstas las de tipo negativo. Las relaciones interpersonales se muestran afectadas por la crítica, burla y desinterés a la propia persona y objeto de discriminación, lo que provoca reacciones emocionales de enojo, tensión emocional y ansiedad. Las principales estrategias de afrontamiento son: la apatía, sedentarismo, indiferencia hacia las demás personas, y consumo de alimentos como reductor de la ansiedad. Los resultados de este estudio apoyan el desarrollo de programas de intervención psicológica para personas con obesidad basados en factores psicológicos como el estrés, el enojo; bajo el modelo cognitivo conductual (Guillén-Riebeling,

2023). Se propone mayor investigación en otros factores cognitivo conductuales relacionados con la obesidad y el sobrepeso.

Otra investigación encontrada en relación a la temática de interés, es la llevada a cabo por Cofre Lizama (2021) en Chile, sostiene que la obesidad aumenta el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, y a su vez disminuye la expectativa y calidad de vida. Esta investigación busca establecer un perfil psicológico para el tratamiento de la población objetivo, realizar evaluaciones sobre los niveles de autoeficacia percibida, dificultad de la regulación emocional y estrés. Participaron 86 personas adultas, 63 mujeres y 23 hombres pertenecientes a OBEMOB de la ciudad de Temuco, a quienes se les administraron los siguientes instrumentos: Cuestionario de Dificultades de la Regulación Emocional (DERS-E), Escala de Percepción Global de Estrés (EPGE), Escala de Autoeficacia General (EAG) y Evaluaciones antropométricas. Los resultados señalan que el nivel de estrés, confianza en la resolución de problemas, capacidad de resolución de problemas y resolución de situaciones inesperadas, difiere según el tipo de obesidad ($p < .05$). Además, existe una relación negativa entre la autoeficacia general y la dificultad de la regulación emocional ($\rho = -0,419$) y una relación positiva entre el estrés y el IMC ($\rho = 0,380$).

A su vez, dentro de la región en México existe una creciente preocupación sobre la creciente epidemia de Obesidad, ya que figura entre los países con índice más alto según la OMS. Así lo demuestra un estudio realizado por Terrazas-Romero et al. (2018) que tuvo como objetivo identificar la asociación entre la estrategia de afrontamiento al estrés, la percepción de calidad de vida y el nivel de IMC en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. De igual forma se describieron los tipos y estrategias de afrontamiento al estrés más frecuentes en esta población. Se evaluaron 127 pacientes, de los cuales se excluyeron 26 debido a que no cumplieron con los

criterios de inclusión; la población quedó conformada por 101 pacientes, de los cuales 81.2 % fue del sexo femenino y 18.8 % del masculino; el rango de edad fue de 17 a 70 años y la media de 38.92 (desviación estándar [DE] = 11.8 años).

De acuerdo con los resultados, resulta llamativo que los pacientes de este estudio mostraron estrategias de afrontamiento enfocadas a la acción o la parte racional (focalización a la solución de problemas, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social), lo que llama la atención debido a que, de acuerdo con la literatura internacional, predomina el afrontamiento emocional en esta población. Para los autores una posible explicación es lo observado en la práctica clínica: al cuestionar a los pacientes respecto a su red de apoyo, la mayoría refiere contar con al menos un familiar que le proporciona apoyo significativo en momentos de dificultad, principalmente económica. Otra posible razón es que los participantes respondieron los instrumentos con deseabilidad social —indicaron lo que creían que los investigadores deseaban escuchar—, lo cual pudo generar la diferencia en los resultados. Existen investigaciones en las que se ha registrado la discrepancia entre la información de salud percibida por una población y los resultados de laboratorio. (Mossavar-Rahmani et al., 2013)

Es necesario considerar en la lectura de los resultados, la deseabilidad social, ya que estos pacientes necesitan ser evaluados para acceder a la cirugía. Esta lectura sería así congruente con lo informado en la literatura internacional: los pacientes con obesidad y candidatos a cirugía bariátrica manifiestan un estilo de afrontamiento enfocado a lo emocional, por lo cual suelen presentar enojo, depresión, distrés, relaciones personales con poca confianza y comportamientos mal adaptativos, que finalmente merman su calidad de vida (Mossavar-Rahmani et al. 2013).

Otra investigación hallada, es la de Brydon (2011) quien realizó un estudio con 67 mujeres con edades comprendidas entre 18 y 25 años en el que examinó la relación entre la adiposidad, la leptina y las respuestas fisiológicas al estrés agudo mediante análisis clínicos de laboratorio. Concluyó que existía una relación positiva entre la obesidad central y las diferencias individuales en las respuestas fisiológicas al estrés, de modo que las mujeres con una circunferencia de cintura mayor tenían mayores niveles plasmáticos del antagonista del receptor de interleucina 1 (IL-1Ra, por sus siglas en inglés) y de leptina inducidas por el estrés (Brydon, 2011).

De la misma manera un considerable número de investigadores han tratado de determinar cuáles son los factores que influyen en la sobre ingesta y el consecuente aumento del IMC. En una revisión sistemática de estudios de cohorte prospectivos se encontró que había pruebas moderadas para apoyar la idea de que la relación entre estrés, percepción de estrés y angustia se asoció con el desarrollo de aumento de peso en adultos (Bergman et al., 2014).

Algunos autores como Booth (2018), investigaron el nivel percibido de estrés psicológico en el efecto de la pérdida de peso. Los resultados del metaanálisis revelaron que no hubo efectos positivos ni negativos en el estrés luego de llevar a cabo un programa de pérdida de peso dentro de un entorno de prueba. Además, examinaron siete estudios que representaban 14 brazos de ensayo que informaron una pérdida de peso significativa, no hubo un efecto general sobre los niveles de estrés psicológico a pesar de haber investigaciones anteriores que han demostrado que la restricción de energía durante largos períodos para inducir la pérdida de peso puede imponer sentimientos de estrés o afectar la calidad de vida (Booth et al., 2018).

En otro estudio teórico realizado por Santana-Cárdenas (2016) sobre la relación del estrés laboral con la conducta alimentaria y la obesidad, la autora desarrolla consideraciones teóricas y empíricas acerca de las transformaciones en el mundo del trabajo y los desafíos que representan los contextos laborales, por sus efectos sobre los estilos de vida y la salud de las personas y las organizaciones. La autora destaca que cada vez más personas en el mundo presentan sobrepeso u obesidad, y los escenarios laborales no escapan a esta situación

Finalmente se halló una investigación con una temática similar a la realizada, en la Ciudad de México (Muñoz et al. 2015). Los autores sostienen que existen factores genéticos, ambientales y conductuales que influyen en su desarrollo y es necesario determinar qué factores psicológicos están involucrados. El objetivo fue identificar las relaciones que existen entre la triada del estrés (estrés-emociones-afrontamiento) y el IMC. Participaron 89 adolescentes y se aplicaron instrumentos que evaluaron el nivel de estrés, el tipo de afrontamiento y las emociones. Se encontró que las situaciones que estresan con mayor intensidad y frecuencia son las escolares y las estrategias más empleadas son las centradas en la emoción. De manera adicional, se detectó una relación entre el IMC y el nivel de estrés y emociones como culpa y ansiedad. (Muñoz et al., 2015).

2.5.2. Antecedentes en Europa y Estados Unidos

Dentro de la revisión teórica mencionada, también se halló un Documento de Consenso de la Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética (FESNAD) y la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) aporta evidencia sobre el papel de la dieta en la prevención y el tratamiento de la

obesidad y el sobrepeso (2012). Para la realización de dicho consenso, se efectuó una revisión sistemática de la literatura médica desde el enero de 1996 al enero de 2011 (15 años). Se catalogaron los hallazgos obtenidos según grados de evidencia, siguiendo el sistema del *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*, y en base a las mismas se establecieron unas recomendaciones. Como resultado se han elaborado 65 evidencias y 31 recomendaciones que son de aplicación a sujetos adultos que, salvo la obesidad, no presenten otras patologías. En el documento se exponen las evidencias y recomendaciones resultantes y un comentario sobre los hallazgos más significativos, como referencia a los profesionales de la salud, en el diseño estrategias nutricionales de prevención o tratamiento de la obesidad y el sobrepeso. Entre ellos un estudio realizado en España se acerca al tema de interés de esta investigación. Moral et. al. (2012) realizaron un estudio con el objetivo de establecer la relación entre estrés percibido, expresión de la ira y síndrome de burnout en amas de casa mexicanas. Para ello tomaron una muestra de 226 mujeres de las que se tomaron medidas del estrés percibido, la Escala PSS14, de la expresión de la ira, el STAXI-2-AX/EX, y del burnout, el CUBAC-21. Se comprobó la consistencia interna ($\alpha = .83$) y el ajuste adecuado a un modelo bifactorial, $\chi^2/df = 2.33$, RMSEA = .08, de la escala PSS14. Posteriormente, se sometieron a prueba tres modelos de la relación entre estrés, ira y burnout. El modelo con mejor ajuste, mostró que las quejas de falta de apoyo incrementan estrés, aumenta la ira e incrementa el cansancio, y que la ira contribuye a las quejas por falta de apoyo. (Moral et al., 2012)

Otro estudio realizado en España por Varela et al. (2020) tuvo como: identificar diferencias entre personas con sobrepeso y peso normal en estrategias de afrontamiento y conductas alimentarias, y examinar la relación entre estrategias de afrontamiento, conductas alimentarias e IMC. La muestra del presente estudio estuvo

compuesta por 473 participantes, 76,7% mujeres (edad media = 32,7; DE = 11,4). Los participantes completaron un cuestionario ad hoc de datos sociodemográficos, el Inventario de estrategias de afrontamiento y el Cuestionario holandés de conducta alimentaria. Se utilizaron la prueba t de Welch y el análisis de comparación X² para identificar diferencias en las estrategias de afrontamiento y las conductas alimentarias, según dos grupos de IMC, peso normal y sobrepeso. Para analizar la relación entre las estrategias de afrontamiento, las conductas alimentarias y el IMC, se realizó un modelo de ecuaciones estructurales. Los resultados mostraron que los participantes con sobrepeso obtienen puntuaciones significativamente más altas en estrategias pasivas de afrontamiento, como la autocrítica, las ilusiones y el aislamiento social, y en conductas alimentarias poco saludables, como la alimentación emocional y la alimentación restringida. El modelo de ecuaciones estructurales incluyó estas variables, las estrategias de afrontamiento tienen más probabilidades de conducir a conductas alimentarias poco saludables y es más probable que promuevan y mantengan un IMC alto.

Otro estudio realizado en EEUU por Woods-Giscombe (2021) Para investigar cómo se asocia el estrés con IMC en población afroamericana, se examinaron modelos multivariados de IMC predichos por eventos vitales estresantes relacionados con la raza, el género y genéricos y por el uso de alimentos para afrontar el estrés. La hipótesis fue que los tres tipos de acontecimientos vitales estresantes estarían indirectamente asociados con el IMC mediante el uso de alimentos para afrontar el estrés. Para ello se incluyeron medidas psicométricamente sólidas en encuestas administradas a una muestra socioeconómicamente diversa de 189 mujeres afroamericanas de entre 21 y 78 años. Las hipótesis se probaron mediante modelos de ecuaciones estructurales. Se examinaron eventos de vida estresantes relacionados con

la raza, el género y genéricos como constructos latentes indicados por la exposición y la evaluación de factores estresantes potenciales que predicen un mediador, el uso de alimentos para afrontar la situación, que predice el IMC; este modelo también incluyó caminos directos desde los tres constructos de eventos vitales estresantes latentes hasta el IMC. Los resultados arrojaron que casi todos los participantes informaron haber utilizado los alimentos de alguna manera para afrontar el estrés; el 33% y el 42% cumplían criterios establecidos de sobrepeso y obesidad, respectivamente. El constructo evento vital estresante relacionado con la raza fue el único constructo latente que predijo el uso de alimentos para afrontar el estrés, y el uso de alimentos para afrontar el estrés predijo el IMC. Una prueba de significancia de efectos indirectos demostró que el constructo evento vital estresante relacionado con la raza se asociaba indirectamente con el IMC a través del mediador, el uso de alimentos para afrontar la situación.

Otra investigación realizada por Knol & Brantley (2021) cuyo propósito fue operacionalizar los constructos del modelo del análisis transaccional del estrés, para examinar los determinantes de la alimentación relacionada con el estrés entre estudiantes universitarios según el estado de peso. Los participantes (n = 1070) completaron una encuesta en línea, que incluía: Cuestionario de alimentación y valoración debido a las emociones y estrés y Escala de estrés percibido. Se utilizó un análisis de regresión lineal múltiple para examinar los determinantes de la alimentación relacionada con las emociones y el estrés. Como resultados los estudiantes con sobrepeso u obesidad informaron niveles significativamente mayores de alimentación relacionada con las emociones y el estrés que sus homólogos con peso saludable ($p < 0,001$). Las puntuaciones de estrés percibido no se relacionaron significativamente con las puntuaciones de alimentación relacionadas con las

emociones y el estrés. Las puntuaciones de la Evaluación de la capacidad y los recursos para afrontar la situación se correlacionaron positivamente con las puntuaciones de la alimentación relacionada con las emociones y el estrés tanto en el grupo sano como en el grupo con sobrepeso/obesidad ($p < 0,0001$).

Dimitratos et al. (2021) en EEUU, se propusieron analizar las vías de influencia parental en la dieta y la obesidad de los adolescentes desde una perspectiva psicológica centrada en el estrés. El objetivo fue proporcionar un nuevo marco centrado en el estrés para desarrollar estrategias de intervención dirigidas a la prevención de la obesidad en adolescentes. Las autoras concluyeron que, si bien la revisión tiene limitaciones, el estrés de los padres influye en la obesidad adolescente. Proponen desarrollar intervenciones dirigidas a la atención plena, que implica uso consciente de la corteza prefrontal, que puede amortiguar comportamientos de salud más impulsivos, incluyendo alimentación inducida por el estrés, y tal es la base de atención plena y prácticas meditativas.

Dentro de esta línea Smith et al. (2021) realizaron un análisis de datos secundarios para evaluar cómo las prácticas de alimentación de los padres y la comida de los adolescentes recompensan la capacidad de respuesta relacionada con la alimentación por estrés de los adolescentes durante una comida de prueba de laboratorio. Los participantes fueron 90 adolescentes sanos (50% mujeres), de 12 a 17 años de edad ($M = 14,3$, $DE = 1,7$ años), con riesgo de aumento excesivo de peso (percentil de IMC $M = 92,7$, $DE = 7,5$). Las conductas alimentarias de los padres se evaluaron con el informe de los padres en el Cuestionario de alimentación infantil, versión para adolescentes. El valor relativo de recompensa de los alimentos por parte de los adolescentes se midió con una tarea conductual. La ingesta de estrés se evaluó

como la ingesta total de energía de un almuerzo buffet después de que los adolescentes participaron en la prueba de estrés social de Trier adaptada para adolescentes. Los resultados revelaron que la preocupación de los padres por el peso de sus hijos ($t = 2,27$, $p = 0,02$) y el valor relativo de recompensa de los alimentos por parte de los adolescentes ($t = 2,24$, $p = 0,03$) se relacionaron con un mayor estrés por comer, controlando la puntuación estándar del IMC., edad, sexo y estrés general percibido. La restricción de los padres no estuvo relacionada con comer por estrés en esta muestra ($p = 0,21$).

Asimismo, Evgin & Kılıncin (2022) realizaron un estudio con adolescentes en Turquía. El objetivo de este estudio fue examinar la relación entre la conciencia de la vida saludable, la alimentación emocional, la conciencia de la obesidad y el afrontamiento del estrés en adolescentes. Los datos se recopilaron con el “Formulario de información personal”, la “Escala de concientización sobre la vida saludable”, la “Escala de concientización sobre la obesidad”, la “Escala de alimentación emocional para niños y adolescentes” y el “Inventario de estilos de afrontamiento del estrés”. La muestra del estudio estuvo compuesta por 382 estudiantes de secundaria. Los puntajes de alimentación emocional de los adolescentes obesos fueron mayores que los de los delgados ($p < .05$); Los adolescentes obesos tuvieron puntuaciones más altas en el enfoque sumiso ($p < .05$) para afrontar el estrés en comparación con los adolescentes con sobrepeso. Hubo una relación positiva entre la concientización sobre la obesidad y los enfoques positivos para afrontarla ($p < .05$); conciencia sobre una vida saludable y enfoques positivos de afrontamiento ($p < .05$).

Otra investigación llevada a cabo por Morillo-Sarto et al. (2023). El objetivo principal de este estudio fue analizar la eficacia de un programa de "alimentación

consciente" para reducir la alimentación emocional en pacientes con sobrepeso u obesidad. Se llevó a cabo un ensayo controlado aleatorio grupal (reg. NCT03927534) con 76 participantes con sobrepeso/obesidad que fueron asignados a "alimentación consciente" (7 semanas) + tratamiento habitual (TAU), o a TAU solo. Fueron evaluados al inicio, después del tratamiento y a los 12 meses de seguimiento. El resultado principal fue la "comida emocional" (Cuestionario holandés de conducta alimentaria, DEBQ); También se evaluaron otras conductas alimentarias junto con variables psicológicas y fisiológicas. Como resultados se observaron efectos significativos durante el seguimiento para algunos resultados secundarios relacionados con las conductas bulímicas, la alimentación consciente, la atención plena y la autocompasión. Los hallazgos respaldan la eficacia del programa 'comida consciente' para reducir la alimentación emocional y externa, junto con algunas otras medidas secundarias.

En la misma línea Ajibewa et al. (2020) realizaron un estudio que exploró las asociaciones entre la frecuencia y la eficacia de las estrategias habituales para afrontar el estrés y las respuestas fisiológicas y psicológicas al estrés ante un estresor agudo de laboratorio en adolescentes con sobrepeso/obesidad (51 adolescentes; 47% mujeres; edades de 14 a 19 años). Las estrategias de afrontamiento se evaluaron mediante el Inventario de estrategias de afrontamiento de Schoolager. Las respuestas de estrés fisiológico agudo se midieron como cortisol salival y producción de α -amilasa durante la prueba de estrés social de Trier y durante una condición de control. El estrés psicológico agudo se midió utilizando una escala tipo Likert y la presión arterial sistólica (PAS) y la frecuencia cardíaca se midieron al inicio del estudio. Los resultados revelaron que una mayor eficacia de afrontamiento se asoció con una menor α -amilasa basada en registros durante las condiciones de estrés ($\beta = -0,025$, p

= 0,018) y control ($\beta = -0,030$, $p = 0,005$), pero no con el cortisol en ninguna de las condiciones. (todos $ps > 0,05$). La PAS moderó la asociación entre la efectividad de afrontamiento y la α -amilasa durante la condición de estrés, con una mayor efectividad de afrontamiento asociada con una α -amilasa más baja solo entre los individuos con una PAS más baja ($\beta = 0,002$, $p = 0,027$). La frecuencia de afrontamiento no se asoció con las respuestas de cortisol, ni las estrategias habituales de afrontamiento del estrés se asociaron con el estrés psicológico (todos $ps > 0,05$).

3. PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS

3.1 Definición del problema

La relación entre el IMC y el nivel de estrés no resulta novedosa; la evidencia científica señala que existe una asociación entre un alto índice de estresores familiares y la presencia de obesidad tanto en niños, adolescentes y adultos (Garasky et al., 2009; Cordella & Moore, 2015, Masten, 2018, OMS, 2020); además, se ha detectado que hay una importante relación entre el nivel de estrés y un mayor consumo de comida, lo que conduce a la obesidad (Groesz et al., 2012; Rodriguez Gracia, 2019 ; Ajibewa et al., 2021; Smith et al., 2021; Knol & Brantley, 2021; OMS, 2022).

El estrés es uno de los factores más importantes para la mayoría de las enfermedades no transmisibles más frecuentes que se manifiestan en nuestro siglo con carácter epidémico, presentándose además enfermedades asociadas de tipo metabólicas y hormonales relacionadas al sobrepeso y la obesidad (Mainieri, 2000; Camacho et al., 2012; Penny, 2023, WOA; 2023).

El estrés percibido aparece como una de las variables que más interés ha despertado, principalmente por su constatada relación con variables de salud. En buena parte de los casos, el estrés percibido sería consecuencia de un inadecuado afrontamiento de los conflictos (Folkman 2020), o bien los estímulos estresantes serían consecuencias del mal afrontamiento que, lejos de resolver el problema, lo evitan y generarían una espiral de pérdida de recursos (Limonero, 2012; Varela et al.,2020; Ajibewa 2021).

Las estrategias de afrontamiento son cambiantes y tienen dos funciones principales, se emplean según la situación que debe abordarse y pueden clasificarse como dirigidas a la acción o a la emoción. Las primeras, se concentran en definir el

problema, generar soluciones y alternativas que permitan manejar la fuente generadora de estrés, actuando sobre el ambiente o sobre sí mismo; en tanto que las segundas, enfocadas en la emoción, no solucionan el problema, sino que, por el contrario, lo evitan o minimizan, centrándose en la emoción experimentada (Betancourt et al., 2022; Woods Giscombe et al., 2021; Knol & Brantley, 2021).

Se estima que, en 2035, o sea en sólo 12 años, los países de la región latinoamericana tendrán cifras alarmantes de obesidad. El padecimiento de esta problemática se consideraba producto del descontrol con las comidas y, por lo tanto, como un estigma individual. Esta situación se fue modificando y en la actualidad la obesidad es declarada como una epidemia de carácter global que plantea una grave amenaza para la salud pública en el siglo XXI (W.O.A, 2023, Woolfolk et al., 2023; Cascale Angosto, 2015).

La evidencia científica muestra que existe un rápido aumento de la obesidad en el mundo, ya desde 1975 se ha triplicado el porcentaje de obesidad (OMS, 2021). En la actualidad existe cierto consenso científico, para definir la obesidad, como una enfermedad sistémica, multiorgánica, metabólica e inflamatoria crónica, multideterminada por la interrelación entre lo genómico y lo ambiental, fenotípicamente expresada por un exceso de grasa corporal, que conlleva un mayor riesgo de morbimortalidad (Pasca & Montero, 2015; García 2019; Penny 2023).

Los intentos sucesivos por frenar la creciente epidemia de obesidad, han fallado. Por lo tanto, se pone en discusión cuáles son los tratamientos que acompañan esta problemática, dado que, hasta hace algunos años, era únicamente desde un abordaje biológico nutricional, sin apoyo de los aspectos psicológicos involucrados, o solo se

limitaba dicha intervención al uso de estrategias TCC, durante un tiempo acotado. En el caso de las personas con tendencia al sobrepeso, bastaría experimentar un estado emocional intenso para que se desatara la tendencia a la sobrealimentación.

Algunas hipótesis de diversos autores, que permiten explicarlo, sugieren que se utilizaría el alimento para distraerse tanto de las emociones negativas como de los factores estresores. El alimento y su consumo permitirían al individuo focalizar su atención fuera de los contenidos mentales amenazantes asociados al estrés. Pareciera que la combinación de la ansiedad y la amenaza es el ingrediente fundamental de la sobreingesta emocional. (Betancourt et al., 2022; Ajibewa et al., 2021; Smith et al., 2021; Knol & Brantley, 2021)

Algunos autores (Masten, 2018; Cascale Angosto, 2015; Groesz et al., 2012) enfatizan la necesidad de analizar tanto los factores promotores del riesgo, como los factores protectores de la salud. En este sentido, hasta hace unos pocos años la preocupación de los profesionales de la salud estuvo más bien centrada en los procesos patológicos. Sin embargo, comenzó a gestarse una nueva perspectiva que más que preocuparse por la enfermedad una vez instalada -cómo revertirla y cómo paliar sus consecuencias- se ocupó de la prevención, de la promoción y protección de la salud (Gómez Diaz, 2016, Woolfolk et al., 2023). La presente investigación se enmarca en esta última perspectiva y se considera necesario ampliar las intervenciones de la TCC, desde una perspectiva sistémica y las neurociencias, que también incluya a las familias y la comunidad en la prevención primaria.

Resulta relevante investigar sobre esta temática en nuestro país, ya que cada vez, hay más personas que manifiestan los síntomas físicos y emocionales producidos por el estrés (López Rosetti 2016; Pasca & Montero 2015, Penny 2023), esto se observa de manera empírica en la clínica, no solo a través de diferentes

desordenes en la alimentación, sino en las consecuencias psíquicas y emocionales, que no permiten emplear estrategias adecuadas para enfrentarlo (Everly & Lating, 2012; Varela et al., 2020; Woods Giscombe et al., 2021)

La relación que existe entre el estrés y la obesidad es mucho mayor de lo que el común de las personas podría imaginar. La experiencia personal en el campo del trabajo clínico, ha impulsado la realización de esta investigación para indagar acerca de las emociones y las estrategias de afrontamiento, que jugarían un rol importante en el comer emocional en las personas sometidas a un estrés crónico, cuyas estrategias además parecen estar influenciadas desde el contexto social desde edades tempranas.

Siguiendo este orden de ideas, lo expuesto hasta aquí lleva al planteamiento de los siguientes interrogantes: ¿De qué manera se relacionan el estrés en el IMC?, ¿utilizar respuestas de afrontamiento evitativas perpetua la obesidad?, ¿es el estrés un predictor de la obesidad que puede prevenirse?, ¿un verdadero abordaje interdisciplinario facilitaría la prevención?, ¿aportar evidencia científica y concientizar a los profesionales sobre estos aspectos, facilitaría la prevención de la salud? ¿intervenir desde la perspectiva sistémica permitiría modificar las estrategias de afrontamiento desde un abordaje psicológico familiar?, ¿acrecentaría la conciencia en las políticas sanitarias de prevención?

3.2.1 Objetivo general.

Analizar la relación entre el Estrés Autopercebido, las Respuestas de Afrontamiento y el Índice de Masa Corporal (IMC) en adultos de Buenos Aires

3.2.2 Objetivos específicos

1-Analizar cuáles son las respuestas de afrontamiento predominantes en las personas con obesidad.

2-Analizar los niveles de estrés percibido.

3- Calcular el índice de masa corporal.

4-Analizar la relación entre las respuestas de afrontamiento, estrés percibido e IMC.

5-Analizar si existen diferencias entre los niveles de estrés según el IMC

6-Comparar si hay diferencias en las respuestas de afrontamiento del estrés según el género y según nivel educativo.

3.3 Formulación de hipótesis.

H1. Existe una relación significativa negativa entre el IMC y las respuestas de afrontamiento de aproximación en las personas encuestadas. A mayor IMC menor uso de estrategias de aproximación.

H2. Existe una relación significativa positiva entre el estrés percibido y las respuestas de afrontamiento evitativas que utilizan las personas con obesidad. A mayor estrés percibido, mayor uso de respuestas evitativas.

H3. Cuanto mayor es el IMC, mayores serán los niveles de estrés, entendiendo la obesidad como estresor.

H4. Las mujeres puntúan más alto en respuestas de tipo emocionales que los hombres.

H5. Cuanto menor es el nivel de estudio alcanzado por la persona, mayor es el estrés percibido y la utilización de respuestas de afrontamiento de evitación.

4. METODO

4.2 Participantes

El tipo de muestreo fue intencional, no probabilístico, y la muestra estuvo compuesta por 306 personas que tenían o habían tenido sobrepeso y obesidad; si bien algunas de ellas habían alcanzado un peso saludable, todas se encontraban en la etapa de mantenimiento al momento de responder. Estos sujetos no fueron seleccionados al azar, sino que se encontraban en tratamiento en consultorios o clínicas con médicos o nutricionistas al momento de tomar la muestra y residían en Buenos Aires.

Para caracterizar a los participantes, respecto de la edad de éstos, el rango etario estaba entre los 18 y 73 años ($M=41,69$; $DT=14,41$). Casi la mitad de la muestra encuestada (48%) estaba conformada por adultos jóvenes entre 18 y 39 años, mientras que la otra mitad (41%) eran adultos de mediana edad entre 40 y 59 años, y el 11% restante eran adultos de más de 60 años.

En relación al nivel de estudios, la muestra se distribuyó de manera equitativa entre participantes con estudios universitarios o superiores (51%) y no universitarios (49%).

En cuanto a la conformación respecto al género, cabe mencionar que el 76% de los participantes era de género femenino y el 24% restante masculino.

El 58,2% de los encuestados con quienes se trabajó se dividían entre empleados y profesionales, mientras que el resto, con porcentajes más bajos, estaba

constituido por: estudiantes (9,8%), jubilados (9,5%), comerciantes (7,5%) independientes (6,9%) amas de casa (4,6%), oficios y empresarios (1,6%) y obreros (0,3%).

El tamaño de la muestra fue de 306 casos, de los cuales 173 respondieron el cuestionario de manera presencial y 133 respondieron a través de Google docs., entre enero del 2018 y abril del 2019. El criterio de exclusión fue menores de 18 años.

4.3 Selección de técnicas e instrumentos de recolección de datos.

A fin de recabar la información fueron seleccionaron las siguientes técnicas de recolección de datos que se describen a continuación:

4.3.1 Escala de Estrés Percibido [PSS] (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983; adaptación española: Remor, 2001) Esta escala es un instrumento unidimensional de autoinforme que analiza el nivel de estrés percibido durante el último mes, evaluando si las personas se han sentido molestas o preocupadas o, por el contrario, se han sentido seguras de su capacidad para controlar sus problemas personales.

La escala consta de una única dimensión de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala tipo likert de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 =de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y sumando entonces los 14 ítems. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido.

En cuanto a la descripción del Estrés Percibido, cabe aclarar que el instrumento no discrimina en nivel bajo, medio y alto, sino que más bien aporta una puntuación general sobre la percepción del estrés, la cual oscila entre 0 y 56 y puede connotarse de la siguiente manera: a mayor puntaje en el rango, mayor nivel de estrés percibido. PSS-14 (estrés). Los puntos de corte fueron consensuados por el grupo de investigación: valores de 0-14 indican que casi nunca o nunca está estresado; de 15-28, de vez en cuando está estresado; de 29-42, a menudo está estresado, y de 43-56, muy a menudo está estresado.

En esta investigación se calcularon los niveles de fiabilidad de la escala denotando ésta posee una gran consistencia interna arrojando un alpha de Cronbach de 0,837.

4.3.2 Inventario de Respuestas de Afrontamiento [CRI] Moos, (Moos, 1993 adaptación argentina: Mikulic, 2008):

El CRI es un inventario de papel y lápiz que consta de una serie de preguntas a contestar en el protocolo de respuesta. En la primera hoja se presentan las instrucciones para que el evaluado complete la primera parte y conteste los diez ítems sobre la evaluación del evento estresante o problema definido por el mismo. La segunda parte presenta los 48 ítems referidos al afrontamiento.

Para la forma autoadministrada del CRI-A se entregan los materiales y se pide al evaluado que lea las instrucciones para completar el inventario.

El inventario CRI, desde un marco conceptual ecológico social, combina dos perspectivas al evaluar el afrontamiento de un sujeto, por un lado, considera la orientación o el foco del afrontamiento y por el otro el método de afrontamiento.

Desde el foco de afrontamiento, las respuestas se dividen en: Aproximación y Evitación. Cada uno de estos dos grupos de respuestas se divide en dos categorías que reflejan los métodos de afrontamiento cognitivo y conductual.

En general, el afrontamiento de aproximación se focaliza en el problema y refleja los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar o resolver los estresores vitales. En cambio, el tipo de afrontamiento por evitación tiende a estar centrado en una emoción; refleja intentos cognitivos y conductuales para evitar pensar en un estresor y sus implicancias, o para manejar la emoción asociado al mismo.

El Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI) evalúa ocho tipos diferentes de respuestas de afrontamiento a circunstancias vitales estresantes. Estas respuestas se clasifican en ocho escalas: Análisis Lógico (LA), Revalorización Positiva (PR), Búsqueda de Apoyo y Orientación (SG), Resolución de Problemas (PS), Evitación Cognitiva (CA), Aceptación o Resignación (AR), Búsqueda de Gratificaciones Alternativas (SR), y Descarga Emocional (DE). Las primeras cuatro escalas forman un primer conjunto que evalúa el afrontamiento en su faceta de aproximación y las otras cuatro escalas forman un segundo conjunto que evalúa la faceta de evitación. En cada uno de estos dos grupos, las primeras dos escalas evalúan las respuestas cognitivas, y la tercer y cuarta escala las respuestas conductuales del afrontamiento, según se sintetiza en el siguiente cuadro:

Figura 5. TIPOS DE AFRONTAMIENTO

	Respuestas de aproximación	Respuestas de Evitación
	Aproximación	Evitación
COGNITIVO	1. Análisis Lógico	5. Evitación Cognitiva
	2. Revalorización Positiva	6. Aceptación /Resignación
CONDUCTUAL	3. Búsqueda de Orientación y Apoyo	7. Búsqueda de Gratificaciones Alternativas
	4. Resolución de Problemas	8. Descarga Emocional

Cada una de estas ocho dimensiones o escalas está compuesta por seis ítems. Al responder este cuestionario, los sujetos seleccionan y describen un estresor reciente y usan una escala de cuatro puntos que varía entre “Nunca” y “Muchas veces” para puntuar cada uno de los cuarenta y ocho ítems sobre afrontamiento.

Este inventario también incluye un conjunto de diez ítems que suministran información sobre la forma en que el sujeto evalúa el problema seleccionado y sus consecuencias. Estos diez ítems cubren el contexto del estresor con información sobre si era esperado, si había ocurrido anteriormente, y, también, si el sujeto ha reaccionado como si fuera una amenaza o un desafío. También, se evalúa la percepción del individuo sobre la causa del estresor y si ha sido o no resuelto el problema. Estos ítems han sido incluidos en razón de la probada relación existente entre las respuestas de evaluación y afrontamiento, por ejemplo, en el caso de que las personas perciban un estresor como un desafío son más propensas a afrontarlo activamente.

También se puede obtener una versión ideal del CRI, en la que el sujeto evaluado indica el mejor modo de enfrentar un problema o estresor, según su opinión.

Este inventario se puede usar con personas adultas en población normal, pacientes clínicos, psiquiátricos y drogadictos. Es adecuado para la evaluación de sujetos de 18 años de edad o más, y se puede administrar como una entrevista estructurada o como un inventario autoadministrable, en forma individual o colectiva.

En cuanto a la confiabilidad del test, el mismo arrojó un alpha de Cronbach de 0,879, lo cual da cuenta de altos niveles de consistencia interna.

4.3.3 El índice de masa corporal (IMC)

El IMC o índice de Quetelet se define como el peso (Kg)/cuadrado de la estatura en m². El IMC tiene una alta correlación con el peso y es independiente de la estatura. Esta propiedad presenta al IMC como un buen índice para caracterizar el comportamiento del peso en correspondencia o en relación con la estatura del individuo, caracterizando de esta forma las dimensiones corporales de cada sujeto (Monterrey & Porrata, 2021; Badillo Muñoz, 2023).

La OMS (2020) indica que la prueba para determinar si una persona se encuentra en sobrepeso u obesidad es el IMC a partir de la toma de medidas bioantropométricas de peso corporal y estatura al cuadrado. Se establece en la siguiente tabla la relación:

Figura 6: Valores límites del IMC.

Clasificación	IMC(Kg/m²)	Riesgo asociado a la salud
Normo peso	18,5 - 24,9	Promedio
Exceso de peso	≥25	
Sobrepeso o pre obeso	25 - 29,9	Aumentado
Obesidad grado I o moderado	30 - 34,9	Aumento moderado
Obesidad grado II o severa	35 - 39,9	Aumento severo
Obesidad grado III o mórbida	≥40	Aumento muy severo

4.4 Procedimiento

El tamaño de la muestra fue de 306 casos, de los cuales 173 respondieron el cuestionario de manera presencial y 133 respondieron de manera autoadministrada, a través de google docs, entre enero del 2018 y abril del 2019. Cabe situar contextualmente que la muestra fue recabada previo al confinamiento por la Pandemia por COVID19. La mayoría de los encuestados se encontraban en tratamiento, ya sea de descenso de peso, o bien de mantenimiento, en consultorios o clínicas con nutricionistas o médicos especializados en nutrición, quienes realizaron las evaluaciones antropométricas necesarias para establecer el IMC.

Los cuestionarios fueron autoadministrados, o completados en forma de entrevista y el tiempo aproximado para su completamiento en los casos personales fue de 15-25 minutos. Se incluyó además un cuestionario donde se solicitaban datos sociodemográficos, y allí se explicitaban los resguardos éticos.

4.5 Análisis de datos

Se conformó una base de datos con las respuestas obtenidas. Los datos fueron sistematizados y analizados con el software Statistical Package for Social Sciences [SPSS] versión 25.0.

En primera instancia se procedió a la caracterización de la muestra y luego a posteriori se realizó un análisis descriptivo de las variables: Estrés Percibido, Respuestas de Afrontamiento e Índice de Masa Corporal.

Luego se efectuó el cálculo de la normalidad por medio de la prueba de Kolmogórov-Smirnov. A través de esta prueba se vincularon los constructos entre sí realizando la correlación de Spearman.

Finalmente se culminó con el análisis de las diferencias entre grupos obtenidas a partir de las comparaciones entre las variables sociodemográficas por medio del estadístico U de Mann Whitney para la comparación de dos grupos.

4.6 Aspectos éticos

Para el resguardo de la identidad de los pacientes que accedieron a participar de la muestra, como así también de la información recabada, se solicitó que completaran los cuestionarios de manera anónima, y la información sólo fue utilizada a los propósitos de la presente investigación.

Todos los participantes fueron previamente informados sobre cuáles eran los objetivos de la investigación, a través de un encabezado en el cuestionario sociodemográfico, en el que se aclaraba que los datos estaban protegidos por la Ley Nacional N° 25.326 de Protección de Datos Personales, manifestando los encuestados su conformidad y dando su consentimiento para la utilización de los datos en la presente investigación.

5. Resultados

A fin de presentar de forma clara los resultados, se expondrá, en primer lugar, la descripción de la muestra en las variables de interés seleccionadas para la presente investigación. Estas son IMC, Estrés y Estrategias de Afrontamiento; a continuación, se expondrán las correlaciones obtenidas entre las distintas variables, y por último se detallan las diferencias de grupo analizadas.

5.1. Descripción de las variables

Tabla 1. Descripción de la muestra según índice de Masa Corporal

IMC	Frecuencia	Porcentaje
Peso normal (postratamiento)	75	24,5%
Sobrepeso	98	32%
Obesidad	133	43,5%

Al observar la tabla 1 donde se analiza el IMC, se observa que tres cuartos de los participantes que conformaban la muestra tienen sobrepeso o bien obesidad, y tan solo un cuarto de los encuestados alcanzaron el peso considerado normal según el índice de Masa Corporal, luego de haber realizado el tratamiento nutricional con profesionales de la salud, en clínicas o consultorios privados y se encontraban en etapa de mantenimiento.

Tabla 2. Descripción de la muestra según índice de Nivele de Estrés Percibido

Niveles de Estrés percibido	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca está estresado	20	6,5%
De vez en cuando está estresado	163	53,3%
A menudo está estresado	105	34,3%
Muy a menudo está estresado	18	5,9%

De la lectura de la Tabla 2, se observa que el 93,5% de los participantes perciben niveles de estrés que oscilan entre de vez en cuando, hasta muy a menudo y sólo el 6,5% refiere no percibir estrés o casi nunca hacerlo. Cabe recordar que el cuestionario de autoinforme evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes.

Tabla 3. Descripción de la muestra según el tipo de estrategias de afrontamiento predominante

Tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas	Media	DT
Estrategias de Evitación	41,49	14,01
Estrategias de Aproximación	38,88	15,42

Se desprende al observar la tabla 3 precedente que las personas encuestadas utilizan más las estrategias de Evitación por sobre las de Aproximación.

Tabla 4. *Descripción de la muestra según predominio de las estrategias de Evitación empleadas por los encuestados*

Estrategias de Evitación	Media	DT
Evitación Cognitiva	11,08	4,58
Búsqueda de Gratificaciones Alternativas	10,70	3,63
Aceptación/ Resignación	9,89	4,97
Descarga Emocional	9,85	4,25

Observando la tabla 4 anterior se infiere que, dentro de las estrategias de Evitación, la que predomina en la muestra estudiada es Evitación Cognitiva, seguida de Búsqueda de Gratificaciones Alternativas, es decir predomina la utilización de respuestas de afrontamiento de tipo emocional.

5.2. *Cruce de variables y análisis inferenciales*

5.2.1 *Análisis de la relación entre las variables estudiadas*

Tabla 5. *Relación entre índice de Masa Corporal y Estrés Percibido*

Variabes	Coefficiente de correlación	p.
IMC/ Estrés Percibido	.112	.049

Prueba utilizada: Rho de Spearman

Como se puede observar en la tabla anterior, al cruzar el IMC y el Estrés Percibido, se encontró una relación estadísticamente significativa positiva entre IMC y Estrés Percibido. Es decir, a mayor IMC, mayor estrés percibido.

Tabla 6. *Relación entre índice de Masa Corporal y Tipos de Estrategias de Afrontamiento*

Variab les	C oeficiente de correlación	p .
IMC/ Estrategias de Aproximación (EA)	-.123	.032
IMC/ Estrategias de Evitación (EE)	.090	.116

Prueba utilizada: Rho de Spearman

La lectura de la tabla 6 muestra que existe una relación estadísticamente significativa inversa entre Estrategias de Aproximación e IMC, resultando en este sentido que las personas con mayor IMC, presentan menor utilización de Estrategias de Aproximación. Con respecto a las Estrategias de Evitación, al relacionar las variables, no se halló una relación estadísticamente significativa con IMC.

Tabla 7. *Relación entre Estrés Percibido y Tipos de Estrategias de Afrontamiento*

Variab les	C oeficiente de correlación	p .
Estrés Percibido/ EA	-.143	.012
Estrés Percibido/ EE	.303	.001

Prueba utilizada: Rho de Spearman

Como se muestra en la tabla 7 los resultados muestran que, a mayor uso de Estrategias de Aproximación, menor Estrés Percibido, en tanto que, a mayor uso de Estrategias de Evitación, mayor Estrés Percibido.

5.2.2 *Análisis de las diferencias entre grupos*

5.2.2.1 *Análisis de las diferencias entre grupos según Género*

Tabla 8. *Diferencias en los niveles de Estrés Percibido según Género*

Variables	Género	p.
	Femenino (Rp=153.11)	
Estrés Percibido	Masculino (Rp=154.77)	.889

Prueba utilizada: U de Mann Whitney

A partir de las comparaciones realizadas entre los grupos divididos por genero se observa en la tabla 8 que no existen diferencias significativas en la percepción del estrés entre hombres y mujeres.

Tabla 9. *Diferencias entre los Tipos de Estrategias de Afrontamiento según Género*

Variables	Género	p.
	Femenino (Rp=156.77)	
Estrategias de Aproximación	Masculino (Rp=142.86)	.243
	Femenino (Rp=156.86)	
Estrategias de Evitación	Masculino (Rp=140.28)	.165

Prueba utilizada: U de Mann Whitney

La tabla 9 que antecede muestra que no se hallaron diferencias significativas en los tipos de estrategias de afrontamiento empleadas en general por hombres y mujeres.

Tabla 10. *Diferencias entre cada una de las Estrategias de Afrontamiento según Género*

Variables	Género	p.
	Femenino (Rp=157.51)	
Análisis Lógico	Masculino (Rp=140.45)	.151
	Femenino (Rp=155.86)	
Revalorización Positiva	Masculino (Rp=145.84)	.400
	Femenino (Rp=158.53)	
Búsqueda de Orient. y Apoyo	Masculino (Rp=137.17)	.073
	Femenino (Rp=154.62)	
Resolución de Problemas	Masculino (Rp=149.86)	.689
	Femenino (Rp=157.75)	
Evitación Cognitiva	Masculino (Rp=139.69)	.129
	Femenino (Rp=153.95)	
Aceptación/Resignación	Masculino (Rp=152.05)	.873
	Femenino (Rp=153.68)	
Búsqueda de Gratif. Alternativas	Masculino (Rp=150.76)	.806
	Femenino (Rp=159.66)	
Descarga Emocional	Masculino (Rp=133.48)	.028

Prueba utilizada: U de Mann Whitney

Si bien no se encontraron variaciones significativas entre las estrategias de aproximación y evitación empleadas por hombres y mujeres en general, como se mostró en la tabla 9, sí se halló una diferencia significativa, estadísticamente comprobable al discriminar cada una de las estrategias empleadas y, en tal sentido, se halló que la Descarga Emocional es superior en las mujeres con respecto a los hombres.

Tabla 11. *Diferencias en IMC según Género*

Variab les	Género	p.
	Femenino (Rp=142.24)	
IMC	Masculino (Rp=190.11)	.001

Prueba utilizada: U de Mann Whitney

Para finalizar las comparaciones por género en todas las variables, de la tabla precedente se desprende que el IMC es superior en los hombres con respecto a las mujeres.

5.2.2.3 Análisis de las diferencias entre grupos según Nivel de Estudios

Tabla 12. *Diferencias en los niveles de Estrés Percibido según Nivel de Estudios*

Variab les	Nivel de Estudios	p.
	Universitario (Rp=142.13)	
Estrés Percibido	No universitario (Rp=164.58)	.026

Prueba utilizada: U de Mann Whitney

A partir de la lectura de la tabla 12 se observa que los niveles de Estrés Percibido fueron inferiores en el grupo de universitarios con respecto a los no universitarios.

Tabla 13. *Diferencias entre los Tipos de Estrategias de Afrontamiento según Nivel de Estudios*

Variables	Nivel de Estudios	p.
	Universitario (Rp=158.88)	
Estrategias de Aproximación	No universitario (Rp=148.26)	.294
	Universitario (Rp=137.87)	
Estrategias de Evitación	No universitario (Rp=167.83)	.003

Prueba utilizada: U de Mann Whitney

Siguiendo con la comparación, la tabla 13 que antecede muestra que los no universitarios utilizan en mayor medida Estrategias de Evitación con respecto al grupo de universitarios, en tanto que no existen diferencias significativas en el empleo de estrategias de aproximación entre ambos grupos.

Tabla 14. *Diferencias entre las estrategias de Evitación según Nivel de Estudios*

Variables	Nivel de Estudios	p.
	Universitario (Rp=139.97)	
Evitación Cognitiva	No universitario (M=166.68)	.008
	Universitario (Rp=136.94)	
Aceptación/Resignación	No universitario (Rp=169.64)	.001
	Universitario (Rp=147.41)	
Búsqueda de Gratificaciones	No universitario (Rp=158.48)	.272
	Universitario (Rp=139.97)	
Descarga Emocional	No universitario (Rp=166.68)	.008

Prueba utilizada: U de Mann Whitney

Para respaldar y discriminar los resultados de la tabla 13, se evidencia en la tabla precedente que existen diferencias significativamente superiores en las

Estrategias de Evitación en el grupo de no universitarios en cada una de las dimensiones analizadas, exceptuando Búsqueda de Gratificaciones.

Tabla 15. *Diferencias en los niveles de IMC según Nivel de Estudios*

Variables	Nivel de Estudios	p.
	Universitario (Rp=141.27)	
IMC	No universitario (Rp=165.41)	.017

Prueba utilizada: U de Mann Whitney

Respecto de la última variable y tal como se observa en la tabla 15 al analizar y comparar los grupos el IMC resultó ser superior en los sujetos no universitarios.

6. Discusión y conclusiones

El propósito de esta investigación fue determinar la relación existente entre el estrés y las respuestas de afrontamiento en adultos con sobrepeso y obesidad de Buenos Aires, es decir de qué manera el tipo de afrontamiento frente al estrés cotidiano, tiene influencia sobre el IMC. Las variables analizadas permiten afirmar que existe una relación estadísticamente significativa entre ellas, dicho de otro modo, los resultados mostraron que, a mayor estrés percibido, mayor uso de estrategias de evitación y mayor IMC.

A continuación, para seguir el orden establecido por las hipótesis planteadas se analizan los resultados obtenidos a la luz de los antecedentes encontrados y la literatura académica más relevante en relación a la presente investigación.

Con respecto a la primera hipótesis (H1), la cual planteaba que existe una relación significativa entre el IMC y las respuestas de afrontamiento de aproximación en las personas encuestadas, ésta pudo ser corroborada; en tal sentido, los resultados muestran una relación estadísticamente significativa inversa. Es decir, los resultados muestran que a mayor IMC menor es el uso de respuestas de aproximación, por lo tanto, puede inferirse mayor uso de estrategias de tipo evitativa.

Apoyando dichas asociaciones, los resultados de la presente investigación son congruentes con un estudio previo muy similar (Muñoz et al., 2015). Entre los hallazgos los autores destacan que, de manera general, las estrategias que emplean en mayor proporción las personas con obesidad son las dirigidas a la emoción, resultado

que a su vez coincide con lo reportado en otro estudio previo que sostiene que, en general, los jóvenes con mayor IMC, tienen un nivel medio de estrategias de afrontamiento de tipo evitativo que se dirigen a escapar del problema (Vega et al., 2012).

De manera consistente, los hallazgos resultan similares a los encontrados por Cofre Lizama (2021) a través de una investigación realizada en Chile, quien sostiene que el nivel de estrés, confianza en la resolución de problemas, capacidad de resolución de problemas y resolución de situaciones inesperadas, difiere según el tipo de obesidad ($p < .05$). Ayudando a las personas a mejorar estos niveles, se favorece la pérdida de peso y mejorar los niveles de estrés.

La literatura internacional informa, de manera coherente con los resultados de esta investigación, acerca de los pacientes con obesidad y candidatos a cirugía bariátrica, estos manifiestan un estilo de afrontamiento enfocado a lo emocional. De la misma manera se ha informado que los pacientes que eligen la cirugía bariátrica como tratamiento, presentaron un estilo de afrontamiento basado en las emociones y no en una dimensión activa, lo cual se puede asociar con mayor estrés y comportamientos mal adaptativos (Ogden et al., 2019). En otro estudio se identificó que los pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica no afrontan eficazmente las situaciones problema debido a la estigmatización de la obesidad (Fettich et al., 2012).

Sin embargo, los resultados a simple vista pueden parecer contradictorios de acuerdo con una investigación llevada a cabo por Terrazas Romero et al. (2018) en México. Los pacientes de este estudio, candidatos a cirugía bariátrica, informaron a través de las encuestas, estrategias de afrontamiento enfocadas a la acción o la parte racional. Una posible razón, según sostienen los autores, es que los participantes

respondieron los instrumentos con discapacidad social —indicaron lo que creían que los investigadores deseaban escuchar—, lo cual pudo generar la diferencia en los resultados (Mossavar-Rahmani et al. 2012) dado que necesitan ser evaluados y autorizados para acceder a la cirugía bariátrica.

La descripción de estos resultados se dirige a mostrar las correlaciones entre las variables estudiadas; en este caso, fueron IMC y las que conforman el modelo de Lazarus y Folkman (2020), que son el estrés, el afrontamiento y las emociones. Como se halló en estudios previos, el IMC se relaciona de forma positiva con la sumatoria del estrés cotidiano y diversas emociones; esto es, a mayor IMC mayor estrés y más evitación.

En relación con la segunda hipótesis planteada (H2), los resultados permiten afirmar que existe una relación estadísticamente significativa directa entre el Estrés Percibido y las Respuestas de Afrontamiento Evitativas que utilizan las personas con obesidad y sobrepeso. En este sentido los resultados obtenidos, permitieron confirmar dicha hipótesis dado que se encontró que, a mayor uso de Estrategias de Evitación, mayor es el nivel de Estrés Percibido. Asimismo, los resultados también arrojaron que, a mayor uso de Estrategias de Aproximación, menor nivel de Estrés Percibido.

Los presentes hallazgos resultan consistentes con lo expresado sobre el afrontamiento en el modelo transaccional del estrés (Knol & Brantley, 2021) que orientó esta investigación. Los autores lo definen como el esfuerzo cognitivo y conductual que se pone en marcha con el objetivo de manejar las demandas que han sido evaluadas como excedentes o desbordantes. Las dirigidas a la acción, se concentran en definir el problema, generar soluciones y alternativas que permitan manejar la fuente generadora de estrés, actuando sobre el ambiente o sobre sí mismo;

en tanto que las enfocadas en la emoción, no solucionan el problema, sino que, por el contrario, lo evitan, minimizan, o buscan una revaloración positiva de la situación centrándose en la emoción experimentada.

El estrés percibido aparece como una de las variables que más interés ha despertado, principalmente por su constatada relación con variables de salud. La evidencia científica demuestra que, en una buena parte de los casos, el estrés percibido sería consecuencia de un inadecuado afrontamiento de los conflictos (Guillen Riebeling, 2023), o dicho de otro modo los estímulos estresantes serían consecuencias del mal afrontamiento que, lejos de resolver el problema, lo evitan generando una espiral de pérdida de recursos (Hobfoll, 2019, Evgin & Kilic, 2022; Morillo Sarto 2023).

A su vez, diversas investigaciones en consonancia con la presente, han demostrado que el estrés percibido puede ser un elemento causal o mediador en multitud de problemas de salud física o psicológica. Para demostrarlo algunos autores, encontraron que los efectos del estrés percibido provocan el bloqueo del funcionamiento de la corteza prefrontal, derivando en la pérdida del control superior de la conducta (Caruano Vaño, 2022; Delgado, 2017).

Es posible sostener que el estrés es un proceso complejo, donde el individuo responde a fuertes demandas o situaciones ambientales (estresor), con un patrón específico de respuestas fisiológicas, conductuales, cognitivas y emocionales, o incluso con una combinación de estas (García et al., 2013). Como se ha predicho, escasos niveles de adaptación, es decir respuestas de tipo evitativo, originan cambios en la salud, apareciendo enfermedades o agravamiento de otras ya existentes (Evgin & Kilic, 2022; Morillo Sarto 2023).

Por el contrario, quienes poseen una mayor capacidad de regular sus emociones (tanto positivas como negativas) encontrarán formas de centrarse en el problema, a fin de modificar el ambiente o estresor, y demuestran estar menos propensas a desarrollar trastornos psicológicos (Company et al., 2012); por su parte, la dificultad para regular las emociones se asocia tanto a mayores niveles de estrés, así como a una mayor incidencia en el espectro ansioso y depresivo (Guzmán-González et al., 2014, Varela et al., 2020).

Los resultados proporcionan soporte concluyente para inferir que, al utilizar respuestas de tipo evitativo, no se logra la solución del problema (en este caso la obesidad) por lo tanto se perciben mayores niveles de estrés, en tanto quienes logran afrontar el problema y evitar el estresor con respuestas dirigidas a la acción, logran reducir la percepción del estrés (Evgin & Kilic, 2022; Morillo Sarto 2023)

La tercera hipótesis (H3) planteaba que cuanto mayor es el IMC, mayores serán los niveles de estrés, entendiendo la obesidad como estresor. Los resultados permiten corroborar dicha hipótesis dado que se halló una relación estadísticamente significativa entre los niveles de Estrés Percibido y el IMC.

Los presentes hallazgos resultan asimismo consistentes con los resultados de otras investigaciones, que encontraron una relación entre el IMC y el nivel de estrés a su vez coinciden con la evidencia empírica que señala que existe una asociación entre un alto índice de estresores familiares y la presencia de obesidad en niños, adolescentes y adultos (Garasky et al., 2009; Smith et al., 2020; Dinitratos et al., 2022).

En esta línea diversos autores han resaltado que hay una importante relación entre el nivel de estrés y un mayor consumo de comida. Al no contactar adecuadamente con sus emociones, se confunde la regulación de las emociones con el hambre y lleva a comer de manera compulsiva, utilizando la ingesta como descarga en situaciones emocionalmente complejas o estresantes (Varela et al., 2020; Woods Giscombe, 2021; Knol & Brantley 2021). Estos resultados además han reforzado el punto de vista de Bergman (2018), en una revisión sistemática de estudios de cohorte prospectivos, encontró que había pruebas moderadas para apoyar la idea de que la relación entre estrés, percepción de estrés y angustia, se asocia con el desarrollo de aumento de peso en adultos. Se menciona el síndrome de edorexia, caracterizado por el apetito descontrolado y desproporcionado ante un estímulo, como posible causa de la obesidad frente al estrés que incrementa el deseo de comer sin necesidad energética, lo que lleva a un desbalance (López Morales, 2013)

De la misma manera los resultados se apoyan en diversos estudios previos sobre metabolismo desde la perspectiva de las PINE, los cuales advierten que la aparición de la obesidad puede deberse a estrés crónico, el cual promueve el consumo excesivo de calorías generando incremento en la producción de cortisol, glucosa e insulina, como respuesta fisiológica al estrés (Woolfolk et al., 2023; Rodríguez García, 2019; Pompa Guajardo, 2017, Moscoso, 2014)

En este sentido, los resultados del presente estudio subrayan las conclusiones obtenidas en gran parte de los trabajos previos de este campo, coincidiendo en demostrar que las personas que perciben sus vidas como más estresantes pueden tener más probabilidades de aumentar de peso (Dinitratos et al., 2022; Knol & Bratley, 2021; Ibrahim et al., 2016).

En cuanto al género, la cuarta hipótesis (H4) refería que las mujeres puntúan más alto en respuestas de tipo emocionales que los hombres, esta también pudo ser comprobada. Los resultados muestran que, si bien no hay variaciones significativas entre las estrategias de aproximación y evitación empleadas en general por hombres y mujeres, sí se halló una diferencia estadísticamente comprobable al discriminar cada una de las estrategias empleadas y, en tal sentido, se halló que la Descarga Emocional frente a los sucesos estresantes es superior en las mujeres con respecto a los hombres.

Estos hallazgos resultan consistentes con la literatura internacional, en la que se afirma que predomina el afrontamiento emocional en la población femenina. Diferentes estudios han señalado que las mujeres muestran mayor preocupación por su cuerpo y su imagen, siendo más criticadas que los hombres y manifestando mayores niveles de estrés asociados a este tipo de presión social sobre su cuerpo.

A su vez estos resultados concuerdan con las observaciones realizadas acerca de los modelos de exigencia social basados en los estereotipos del cuerpo perfecto, lo que convierte a la imagen corporal en un constructo complejo de abordar, al incluir la percepción de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, así como su función, movimientos y limitaciones. Por otro lado, entre los factores individuales que pueden influir en la apreciación de la imagen corporal, se encuentran las diferencias de género en torno a las actitudes corporales, la feminidad, el factor étnico, los patrones de crianza de la familia, la interrelación con las amistades, las críticas o burlas, el desarrollo físico a lo largo de la vida y el reforzamiento social, sobre todo en la adolescencia exigida por el perfeccionismo y las redes sociales (Woods Giscombe et al., 2021; Guadarrama & Veyta, 2018; Linares et al. 2016; Cruzat, et al., 2016).

En congruencia con lo expuesto las investigaciones realizadas por Varela et al. (2020), en coincidencia con los resultados de Rouseau (2003) en mujeres obesas, demostraron que las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron la evitación y la pasividad frente a situaciones de estigmatización, es decir estrategias de tipo emocional. En una investigación similar, realizada por Brydon (2011) concluyó que existía una relación positiva entre la obesidad central y las diferencias individuales en las respuestas fisiológicas al estrés.

Haciendo un análisis retrospectivo respecto de la percepción del estrés en relación al género, algunos autores sostienen que en el pasado el hombre cumplía el rol dominante, más activo fuera del hogar, mientras que la mujer, en cambio, tenía un papel más pasivo. Esta situación se fue modificando a medida que las mujeres, comenzaron a introducirse en el mercado de trabajo. Los autores concluyeron que en tanto se va reduciendo la diferenciación entre los roles masculinos y femeninos, lo mismo sucede con las diferencias de género en relación a la percepción del estrés (Ivancevich y Matteson, 1992). Esto permitiría entender por que los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos respecto de la percepción del estrés.

Finalmente, respecto de la quinta hipótesis (H5) la cual planteaba que, a menor nivel de estudio, mayor estrés percibido y mayor utilización de estrategias de evitación, ésta pudo ser constatada en los resultados del presente trabajo. Los hallazgos mostraron que el grupo de los no universitarios perciben mayor estrés y utilizan en mayor medida Estrategias de Evitación con respecto al grupo de universitarios. A su vez se realizaron comparaciones que ponen en evidencia que

existen diferencias estadísticamente significativas superiores en el uso de las Estrategias de Evitación en el grupo de no universitarios en cada una de las dimensiones analizadas, exceptuando Búsqueda de Gratificaciones, que son utilizadas de manera similar.

Los resultados obtenidos podrían entenderse siguiendo varios estudios que se enfocaron en el ámbito académico, con estudiantes de los primeros años universitarios y otros con estudiantes de posgrado. Entre ellos un estudio realizado en la Facultad de Enfermería en Perú, como conclusión se obtuvo que el año de estudio con mayor nivel de estrés fue el primer año, seguido de segundo, tercero y cuarto año (Ticona et al., 2006), es decir que a medida que se avanza en el nivel académico, se logra un mayor control del estrés, para explicar estos resultados podría inferirse que se debe al mayor uso de estrategias centradas en el problema.

Estos hallazgos entran en consonancia con los expuestos por diversos autores quienes sostiene que las diferencias educativas se traducen en reacciones diferenciales frente al estrés, de aquí puede inferirse que, a mayor nivel académico, mayor uso de estrategias de aproximación centradas en el problema, lo que posibilita una reducción del estrés, en contraposición a los estudiantes preuniversitarios quienes generalmente presentan estrés severo, es decir mayor utilización de estrategias de tipo evitativo (Ivancevich et al.1992; Olivares, 1999, Ministerio de salud 2014, Evgin & Kilic, 2022). Los grupos de estudiantes que ingresan en la institución universitaria, se encuentra con la necesidad de establecer un cambio de perspectiva en su comportamiento para adaptarse al nuevo entorno. Esto trae consigo la necesidad de que los estudiantes adopten una serie de estrategias de afrontamiento muy distintas a las que disponían hasta ese momento, para superar con éxito las nuevas exigencias

que se les demanda. Según los autores los estudiantes utilizan estrategias de afrontamiento más dirigidas al manejo emocional que al manejo del problema, utilizando la comida y bebidas alcohólicas como búsqueda de gratificaciones, dentro de las estrategias evasivas, por lo que sugieren la necesidad de concientizar a los adolescentes sobre las consecuencias sobre la salud (Rodríguez, 1997 Ajibewa, 2020; Smith et al., 2020; Evgin & Kilic, 2022).

6.1 Conclusiones:

Los resultados hallados en esta investigación aportan soporte concluyente para afirmar que se cumplieron los objetivos planteados, dado que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables analizadas, es decir, los resultados mostraron que, a mayor estrés percibido, mayor uso de estrategias de evitación y mayor IMC, por lo tanto, se demostraron las hipótesis planteadas.

A su vez de los resultados obtenidos se desprende que, el mayor uso de estrategias centradas en el problema, predicen menor estrés percibido y menor IMC. Estos hallazgos resaltan la importancia de desarrollar modelos más complejos para comprender y diagnosticar los factores relacionados con el estrés que elevan el IMC y por lo tanto, el riesgo de sobrepeso y obesidad (Cofre Lizama, 2021). Se pone en evidencia la necesidad de utilizar la psicoeducación y el entrenamiento de habilidades para abordar esta variable psicológica.

Considerando que las estrategias de intervención centradas únicamente en la psicología cognitivo conductual utilizadas hasta el momento han resultado insuficientes para prevenir el comer emocional (Cordella & Moore, 2015), es posible sostener que las intervenciones tempranas que se lleven a cabo para afrontar el estrés

permitirían formular una propuesta de la obesidad superadora, ampliando el abordaje desde la perspectiva de la psicología sistémica y neurocognitiva.

6.2 *Implicancias teóricas potenciales:*

Los resultados de este trabajo evidencian una serie de implicaciones importantes para la futura práctica terapéutica, dada la complejidad y dificultad de la estrategia que requiere el tratamiento de una enfermedad crónica, multideterminada y con carácter pandémico que continúa en aumento (OMS 2021, WOA, 2023). Es exige la activa participación de la salud pública, los investigadores, los profesionales de ciencias de la salud y, muy especialmente, los médicos y psicólogos, en conjunto, para la elaboración de programas de promoción de la salud, que permitan identificar herramientas que apunten tanto a un tratamiento interdisciplinario, como a la prevención primaria y cuaternaria, desde una participación activa, tanto del paciente como de la familia y la comunidad (Ministerio de Salud, 2023; Gómez Díaz, 2016; Camacho et al., 2012).

El desafío propuesto será contribuir a disminuir su prevalencia y acortar las brechas entre el conocimiento y la práctica de los diferentes actores implicados en el abordaje de esta compleja problemática, para que los profesionales proporcionen herramientas de afrontamiento del estrés eficaces, y gestión de las emociones, que le permitan al paciente una mejor adaptación a su entorno, resaltando sus fortalezas, más que sus debilidades, sin estigmatizarlo. De esta manera la adversidad se transforma en oportunidad de cambio, se afronta la dificultad de manera activa y se modifican las estrategias afrontando el problema. Se parte de la expectativa para el paciente, de que

es posible y positivo superarse, y la intervención de los profesionales se dirige así a potenciarlos (APA 2019; Ministerio de Salud, 2023; WOA, 2023, Gómez Diaz, 2016; Limonero 2012).

Esta investigación pretende generar conciencia acerca de que un problema crónico no se puede resolver con medidas aisladas, simples y ligadas al pensamiento mágico; sin registro, ni seguimiento del paciente de manera longitudinal. Con esta perspectiva se amplía e integran nuevos factores involucrados a los socialmente conocidos como causales de la obesidad: el aporte calórico, el gasto energético, la vulnerabilidad genética, el mecanismo homeostático energético y el sistema neuroendocrino (Ministerio de Salud, 2023, OMS 2021, Giscombe et al. 2021, Cordella & Moore, 2015).

Pensar el desarrollo de lo interdisciplinario implica planificar cuidadosamente la forma y las condiciones en el que va a llevarse a cabo. La simple yuxtaposición de disciplinas o su encuentro casual no es interdisciplina (Paoli Bollo, 2020). La construcción conceptual común de un problema complejo como la obesidad, requiere este tipo de abordaje, supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de sus distintos niveles de análisis, así como un espacio de interacción (Ministerio de salud 2023; Cordella & Moore, 2015, Cascale Angosto, 2015)

Este estudio a su vez invita a replantear la función de la familia y el entorno significativo de los pacientes en tratamiento para el estrés y la obesidad en conjunto, y a tomar conciencia acerca de la influencia de las acciones, los hábitos saludables y representaciones que se tiene sobre el cuerpo, y como se valora a las personas bajo las

coordinadas actuales de nuestro tiempo (Dimitratos et al., 2021; Evgin & Kilicin, 2022).

Se invita a poner en discusión la necesidad de poder ver al estrés como predictor de la obesidad, como un problema integral y multidimensional de salud a nivel mundial, que afecta a la población en general, tanto en el ámbito médico como psicológico. La ingesta es la forma más accesible y poderosa de reducir la actividad del eje HPA, el comer emocional es una solución eficiente, que puede ser usada sin necesidad de realizar los procesos psíquicos más complejos para afrontar el estrés. El eje HPA crónicamente activado por el estrés. incrementa la ingesta de alimentos, especialmente de aquellos que generan recompensa vía dopamina como son los carbohidratos y los alimentos ricos en grasas, ya que suelen tener mayor palatabilidad (WOA, 2023; Ministerio de salud 2023, Penny, 2023, Cordella & Moore, 2015).

6.3 Implicancias prácticas potenciales:

A través de los resultados analizados hasta aquí es posible afirmar que el tratamiento de la obesidad debe ser multidisciplinario, debido a que la obesidad tiene diversos factores desencadenantes, implican el trabajo en equipo de médicos, nutricionista y psicólogo, y muchas otras veces además de un médico psiquiatra, endocrinólogo y un profesional que apoye la realización de la actividad física más adecuada. El profesional que interviene, debe tener las herramientas necesarias para identificar si el estrés es un causante de la obesidad, y poder canalizar en interconsulta con el personal de salud apropiado. Un equipo interdisciplinario es un grupo que debe constituirse formulando objetivos y metas propias, flexibles y con la participación de

la comunidad implicada (Paoli Bollo, 2020; Ministerio de Salud, 2023, Ajibewa, 2020).

Se considera que esta investigación es un aporte para una comprensión más profunda del proceso asociado a la obesidad. Una posible propuesta de intervención para el abordaje desde una perspectiva integradora, es la atención plena y el comer consciente, que implica uso consciente de la corteza prefrontal, que permita amortiguar comportamientos de salud más impulsivos, incluyendo la alimentación inducida por el estrés, desactivando el eje HPA. Estrategias para el comer consciente y prácticas meditativas para reducir la alimentación emocional en pacientes con sobrepeso u obesidad, debería ser parte del rol del psicólogo desde un modelo sistémico que incluya a la familia y la comunidad involucrada desde las instituciones educativas y sociales (Wolfolk et al., 2023; Morillo Sarto et al. 2023; Evgin y Kilic, 2022)

6.4 Limitaciones y recomendaciones:

En lo que respecta a las limitaciones de la presente investigación ha de mencionarse que la muestra fue tomada antes del confinamiento debido a la pandemia COVID19, en ese momento los pacientes se encontraban en distintas etapas de tratamiento de la obesidad y sobrepeso, y el contexto mundial era otro. Diferentes informes muestran el incremento tanto de la obesidad como del estrés durante confinamiento, debido a los factores socio ambientales, así como el deterioro de la salud mental (OMS,2021). Probablemente si la muestra se hubiera tomado con posterioridad, los resultados serían diferentes, posiblemente con niveles e indicadores

más elevados, tanto de estrés como de obesidad y la conciencia sanitaria, sería diferente.

Previo al 2020, las investigaciones en Latinoamérica se centraban más en la relación del estrés con factores laborales, el llamado burnout, por lo que el análisis de los datos fue realizado a posteriori con otro marco contextual, nuevos antecedentes de investigaciones, más vinculadas a la temática de interés y con otros directores y tutores con diferentes enfoques. Tampoco fue posible dentro de este cambio de contexto, poder realizar un seguimiento de los pacientes y evaluar la adherencia al tratamiento y el éxito terapéutico, considerando la cronicidad de las ENT (WOA, 2023).

Sería interesante para una futura investigación de tipo longitudinal, realizar un muestreo con un grupo control, a fin de evaluar de manera longitudinal si luego de las intervenciones desde el ámbito psicológico se observan cambios, en la gestión del estrés y su impacto en el IMC (Badillo Muñoz, 2023; Morillo Sarto et al. 2023; Evgin y Kilic, 2022).

El panorama descrito en este trabajo pone en evidencia una brecha importante en relación con el incipiente desarrollo de esta línea de investigación, en relación al afrontamiento del estrés y su influencia sobre el IMC y advierte de la pertinencia de incrementar los estudios empíricos al respecto, desde el campo de la psicología, con el propósito de generar más evidencias científicas. Asimismo, se hace necesario realizar más investigaciones sobre los mecanismos vinculares del estrés de los padres, con la dieta de los adolescentes, que permitirían identificar intervenciones programadas no tradicionales dirigidas al estrés en el entorno, entre padres y

adolescentes para apuntar a la prevención de la obesidad y generar conciencia saludable en los adolescentes y las instituciones educativas que promuevan la salud tanto física como mental y los hábitos saludables. (Badillo Muñoz, 2023, Dimitratos et al.; 2022, Cordella, 2015).

De la misma manera, teniendo en cuenta que las estrategias de afrontamiento del estrés y el comer emocional se aprenden a edades muy tempranas en el entorno familiar, las investigaciones futuras en Latinoamérica deberían centrarse en el impacto de las prácticas de alimentación de los padres sobre otros hábitos alimentarios de los niños y la calidad de la nutrición, Un mayor énfasis en el estudio del estrés podría producir resultados interesantes que den cuenta de la necesidad de tomar en consideración factores ambientales, estilo de vida y las estrategias de afrontamiento aprendidas generando un terreno propicio para la construcción participativa y puesta en marcha de un nuevo modelo de abordaje (Cordella, 2015; Evgin y Kilic, 2022).

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ajibewa TA, Adams TA, Gill AK, Mazin LE, Gerras JE, Hasson RE. Stress coping strategies and stress reactivity in adolescents with overweight/obesity. *Stress Health*. 2021 Apr;37(2):243-254. [https://doi: 10.1002/smi.2987](https://doi.org/10.1002/smi.2987). Epub 2020 Oct 5. PMID: 32978994.
- Altabe, M. & Thompson, J. K. (1996). Body Image: A Cognitive Self-Schema Construct? *Cognitive Therapy and Research*, 20(2), 171-193.
https://digitalcommons.usf.edu/psy_facpub/2143/
- Alterio Ariola, G. H., Ramos de Fernández, I. C. & Pérez Loyo, H. A. (2003). Niveles de estrés, factores condicionantes y estrategias de afrontamiento en los estudiantes de post grado. Decanato de Medicina. Universidad Centro occidental Lisandro Alvarado. Barquisimeto, Estado Lara. *Bol. Med. Postgrado*, 18(4), 160-171
<http://bibmed.ucla.edu.ve/>
- Álvarez González, M. (1998) Estrés. Un enfoque Neuroendocrino. *Editorial científico técnica, C.H.*, 28(25), 29-45.
<https://1library.co/auth/login?intended=https%3A%2F%2F1library.co%2Fdocument%2Fzk872mez-estres-y-alimentacion.html>
- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association [APA] (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5)*. Arlington, Va.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association [APA] (2019). *Stress in America: Stress and Current Events*. <https://www.apa.org/news/press/releases/stress/2019/stress-america-2019.pdf>

- Antonovsky, A. (1988) *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- Arnsten, A. (2009) Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nat. Rev. Neurociencias* 10 (6) 410-422 <http://doi.org/10.1038/nrn2648>
- Aranceta, J.,Varela Moreiras G, Alguacil Merino LF, Alonso Aperte E, Ávila Torres JM, Aznar Laín S, et.al (2013) Obesidad y sedentarismo en el siglo XXI: ¿qué se puede y se debe hacer? *Nutrición Hospitalaria*. 28(5):1-12.
<http://www.psiquiatria.com/noticias/ansiedad/estres/comorbilidad748/34232/>
- Badillo Muñoz, M. I. (2023). Composición corporal y su percentil: una pequeña historia del uso de la fórmula de Quételet en antropometría. *Psic-Obesidad*, 12(46), 5-7.
<https://doi.org/10.22201/fesz.20075502e.2022.12.46.85848>
- Barquero, V. R. (2005). Terapias mente-cuerpo: una reintegración de mente, cuerpo y espíritu. *Revista de ciencias sociales*,3(4), 109-110.
<https://www.redalyc.org/pdf/153/15311014.pdf>
- Bergmann, N., Gyntelberg, F., & Faber, J. (2014). The appraisal of chronic stress and the development of the metabolic syndrome: A systematic review of prospective cohort studies. *Endocrine Connections*, (3), 55–80
- Bernard, C (2015). El lugar de la Fisiología en un mundo físicamente determinado. *Ludus Vitalis*, 23(44), 43-68 <https://www.researchgate.net/publication/303692779>
- Betancourt-Núñez A, Torres-Castillo N, Martínez-López E, De Loera-Rodríguez CO, Durán-Barajas E, Márquez-Sandoval F, et al. Emotional Eating and Dietary Patterns: Reflecting Food Choices in People with and without Abdominal Obesity. *Nutrients*

[Internet]. 2022 Mar 25;14(7). Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/nu14071371>

org/10.3390/nu14071371

Bisquerra Alzina, R. Iglesias Cortizas, M. Hué García, C. Couce Iglesias, A (2004) El reto de la educación emocional en nuestra sociedad. *Publicaciones Universidad de la Coruña, España*. 85-122

<https://dialnet.unirioja.es/metricas/documentos/LIB/5770>

Byrne, S. Z. Cooper, Z. C. Fairburn. (2003) Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *International Journal of Obesity*, 27(8):955-962

<http://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802305>

Booth, A. O., Wang, X, Turner, A. I., Nowson, C. A., Torres, S. J. (2018). Diet-Induced Weight Loss Has No Effect on Psychological Stress in Overweight and Obese Adults: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Nutrients*, 10(5),613

Boskis, M. (2011) *Estrés y Enfermedad Cardiovascular*. Grupo Boski Cardiólogos

<http://www.fac.org.ar/cvirtual/cvirtesp/cientesp/gaesp/gac6602c/cboskis.htm>

Braguinsky, J. (2007). *Obesidad: saberes y conflictos, un tratado de obesidad*. Buenos Aires: Editorial Medica A.W.W.E.

Braguinsky, J. (1997). *Obesidad, patogenia, clínica y tratamiento*. Buenos Aires: El Ateneo.

Citado en: Bauzá, C.A., Celiz, O.R. (2005). *Obesidad, causas, consecuencias y tratamiento*. Córdoba: El Emporio.

Brydon, L. (2011). Adiposity, leptin and stress reactivity in humans. *Biological psychology*, 86(2), 114-20

http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/2036/pdf_493

Bustamante M, Celis J, Cabrera D, Cabrera M, Alarcón W, Monge E. (2001) Ansiedad y Estrés Académico en Estudiantes de Medicina Humana del Primer y Sexto Año

UNMSM. *Anales* 62(1)

http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/Anales/v62_n1/Ansiedad.htm

Camacho, J. G., Moral, E. G., y Gracia, L. J. (2012). Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *Actualización en Medicina de Familia*, 8(6), 312-7 <https://amf-semfyc.com/en/web/articulo/prevencion-cuaternaria-es-posible-y-deseable-una-asistencia-sanitaria-menos-danina>

Cascale Angosto, M (2015) *Obesidad: pandemia del siglo XXI*, [Artículo Real Academia de Farmacia] 43-45 <https://www.bfa.fcnym.unlp.edu.ar/id/47514>

Canda, P., Cárdenas, A., Rodríguez Hurtado, D., Chimeno Viñas, M., Patiño, M., Gómez Mendoza, R., Arbo, G., & Schejtman, A. (2023). Estrés y enfermedad cardiovascular. *Medicina (Buenos Aires)*, 83 (1), 29-31.

[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802023000100029&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802023000100029&lng=es&tlng=es)

Cano Vindel, A. (2022) *La naturaleza del estrés*, Sociedad Española para el estudio de la ansiedad y el estrés, VIII Jornadas de Emoción y Bienestar http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/el_estres.htm

Caruano Vañó, A. (2022) Estrés y adaptación. Estrés y trastornos psicofisiológico. *Psicología y Salud*. 5(14) 147-162 http://www.aniorte-nic.net/apunt_psicolog_salud_6.htm

Castro, J. F., e Izquierdo, S. E. (1994). Emociones y salud. *Anuario de psicología. The UB Journal of psychology*, (61), 25-32. Universidad de Barcelona <https://doi.org/10.1344/%25x>

Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, División de Nutrición, Actividad Física, y Obesidad. (CDC). (2022). Índice de masa corporal. <https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/index.htm>

Cofre Lizama, A., Villanueva, B., Martínez, D., Leiva, F., & Riquelme Mella, E. (2021). Obesidad: Autoeficacia Percibida, Regulación Emocional y Estrés; *Psicología: Teoría e Investigación*, 3 e 36411. <https://www.scielo.br/j/ptp/a/PKB9gGMwX8f7RgFqFvXqBFn/?format=pdf&lang=es>

Congreso de la Nación. (2008). Ley N.º 26.396 de Trastornos alimentarios. *Boletín Oficial de la República Argentina*, N.º 31481. Buenos Aires, 3 de septiembre de 2008.

Congreso de la Nación, 2009 Congreso de la Nación. (2009). Resolución N.º 742. *Boletín Oficial de la República Argentina*, N.º 31664. Buenos Aires, 01 de junio de 2009.

Congreso de la Nación, 2010 Congreso de la Nación. (2010). Resolución N 1083. *Boletín Oficial de la República Argentina*, N 31821. Buenos Aires, 14 de enero de 2010.

Connors, M. E. (1996). Developmental Vulnerabilities for Eating Disorders, cap. 12, Linda Smolak, Michael P. Levine, Ruth Striegel-Moore (comp.), *The developmental psychopathology of eating disorders. Implications for research, prevention and treatment*. New Jersey, EEUU: Lawrence Erlbaum Associates.

Company, R., Orbest, U., & Sánchez, F. (2012). Regulación Emocional Interpersonal de las Emociones de Ira y Tristeza. *Boletín de Psicología*, 104, 7-36 <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N104-1.pdf>

Colhoun, C., & Solomon, R.C. (1989). *¿Qué es una emoción?* Fondo de Cultura Económica, México

- Contreras, F. & Esguerra, G. (2006). Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Diversitas* 2(2), 311 – 319.
<https://www.redalyc.org/pdf/679/67920210.pdf>
- Cordella, P. (2008). ¿Incluir la obesidad en el manual de enfermedades mentales (DSM-IV)? *Revista Chilena de Nutrición*, 35(3), 181-187. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182008000300003>
- Cordella, P., & Moore, C. (2015). Patrón Adaptativo Obesogénico Cerebral: Una Propuesta para Comprender y Evaluar la Obesidad en la Práctica Clínica. *Revista Chilena de Nutrición*, 42(1), 60-69.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182015000100008>
- Cuevas, A. & Reyes M.S. (2005). Lo último en diagnóstico y tratamiento de la obesidad. ¿Hay lugar aún para la terapia conservadora? *Revista Médica de Chile*. 133, 713-722
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000600015
- Croft, H. (2004). Mujeres en primera línea: Imágenes alterada [versión electrónica] *Socialist Review*.
- Cruz Saez, M. S. (2016). Insatisfacción corporal y conductas de control del peso en chicas adolescentes con sobrepeso: papel mediador de la ansiedad la depresión. *Nutrición Hospitalaria*, 33(4), 935-940. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.395>
- Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, F., Lizana-Calderón, P. y Castro, A. (2016). Comparación por sexo en imagen corporal, síntomas psicopatológicos y conductas alimentarias en jóvenes entre 14 y 25 años. *Rev. Méd. Chile*, 44(6): 743-750.

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000600008&lng=esCruz-

Chóliz, M. & Tejeiro, P. (1994). Neodarwinismo y antidarwinismo en la expresión de las emociones en la psicología actual. *Revista de Historia de la Psicología*, 15 89-94.

<https://www.uv.es/choliz/ExpresionEmocionesDarwin2.pdf>

Chóliz, M. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. Valencia: Departamento de Psicología Básica. Universidad de Valencia

<https://www.uv.es/~choliz/Proceso%20emocional.pdf>

Daza, C.H (2002) La obesidad: un desorden metabólico de alto riesgo para la salud. *Colombia Médica*. 33 (2) 72-75

<https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/224>

Del Carmen, M. C., y Navas, O. (2010). La educación emocional y sus implicaciones en la salud. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía* 21(2) 462-470.

<https://doi.org/10.5944/reop.vol.21.num.2.2010.11559>

Delgado Gómez, M.S. (2017) *Psiconeuroinmunoendocrinología. Inteligencia emocional y salud en estudiantes universitarios* [Tesis doctorado doctoral Universidad Católica de Murcia] Repositorio UCAM, Murcia, España.

<https://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/2378/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Díaz Franco Juan José, (2003) “Estrés alimentario y salud laboral vs. estrés laboral y alimentación equilibrada”, [Ponencia] para la nutrición y salud en el X Congreso de la Sociedad Española de Nutrición, 53(209) 93-99

<http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v53n209/original11.pdf>

Díaz Ovejero, B. (2013) Control de respuestas emocionales: Investigación y aplicaciones.

[Tesis doctoral] Repositorio Universidad Complutense de Madrid. Universidad Complutense de Madrid

Dimitratos SM, Swartz JR, Laugero KD. Pathways of parental influence on adolescent diet and obesity: a psychological stress-focused perspective. *Nutr Rev.* 2022 Jun 9;80(7):1800-1810. [https://doi: 10.1093/nutrit/nuac004](https://doi.org/10.1093/nutrit/nuac004). PMID: 35139539

Documento de Consenso de la Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética (FESNAD) y la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) (2012) *Endocrinología y Nutrición* 59 (7) 429-437 <https://doi.org/10.1016/j.endonu.2012.05.004>

Druce, M.R., Small, C.J., Bloom, S.R. (2004). Minireview: Gut peptides regulating satiety. *Endocrinology*, 145 (6), 2660-2665. [https://doi: 10.1210/en.2004-0089](https://doi.org/10.1210/en.2004-0089)

Durán, M. (2009). Bienestar Psicológico: El Estrés y la Calidad de Vida en el Trabajo. *Revista Nacional de Administración*, 1(1), 71-84. <https://doi.org/10.22458/rna.v1i1.285>

Ekman, P. (1984). La expresión de las emociones. *Mundo Científico*, I, 44-52.

[Users/Administrator/Downloads/Dialnet-ExpresionesFacialesDeLaEmocion-65835.pdf](#)

Ekman, P. (2007). *Emotions revealed: recognizing faces and feelings to improve communication and emotional life*. New York: Henry Holt and Co

Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4285):129-136 [https:// doi: 10.1126/science.847460](https://doi.org/10.1126/science.847460).

- Epel, E. S.; McEwen, B.; Seeman, T.; Matthews, K.; Castellazzo, G.; Brownell, K. D.; Bell, J. y Ickovics, J. R. (2000). Stress and body shape: Stress-induced cortisol secretion is consistently greater among women with central fat. *Psychosomatic Medicine*, 62 (5), 623-632. <http://dx.doi.org/10.1097/00006842-200009000-00005>
- Evgin, D., & Kılıç, K. M. (2023). Relationship between healthy life awareness, emotional eating, obesity awareness, and coping stress in adolescents. *Psychology in the Schools*, 60, 1898–1917. <https://doi.org/10.1002/pits.22834>
- Everly Jr, G. S., y Lating, J. M. (2012). A clinical guide to the treatment of the human stress response. Springer Science y Business Media. (eBook) <https://doi.org/10.1007/978-1-4939-9098-6>
- Fernández E.G, Abascal M.P, Jiménez Sánchez M.D, Díaz Martín. (2003). "*Emoción y motivación II. La adaptación humana.*" Editado por el Centro de Estudios Ramón Areces. https://www.researchgate.net/publication/275100039_Emocion_y_motivacion_la_adaptacion_humana
- Fernández-Abascal, E. G., Rodríguez, B. G., Sánchez, M. P. J., Díaz, M. D. M., y Sánchez, F. J. D. (2010). *Psicología de la emoción*. Editorial Universitaria Ramón Areces
- Fettich KC & Chen EY. (2012) Coping and obesity stigma affects depressed mood in African-American and white candidates for bariatric surgery. *Obesity (Silver Spring)*. 20(5):1118- 1121. <https://doi: 10.1038/oby.2012.12>
- Florenzano, R., Fullerton, C., Acuña, J., y Escalona, R. (2002). Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 40(1), 47-55. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000100006>

- Foucault, M. (1991). Faire vivre et laissez mourir. La naissance du racisme. *Les temps modernes*, 535, 37-61 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3350973>
- Folkman, S. (2013). *Stress: appraisal and coping* (pp. 1913-1915). Springer New York.
- Folkman, S. (2020). Stress: appraisal and coping. In *Encyclopedia of behavioral medicine* (pp. 2177-2179). Cham: Springer International Publishing.
- https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-3-030-39903-0_215
- Fors, M., Quesada, M., y Peña, D. (1999). La psiconeuroinmunología una nueva ciencia en el tratamiento de enfermedades. *Revista Cubana de Investigación Biomédica*; 18 (1): 49-53 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03001999000100018
- Frydenberg, E. & Lewis, R (1997). *Escala de afrontamiento para adolescentes. Adaptación española de Jaime Perena y Nicolás Seisdedos*. Madrid: Tea.
- Gabriel, J. P. (2017). La mente: Una instancia integradora. Hacia una descripción basada en la conjunción de variables jerarquizadas no linealmente. *Ludus Vitalis*, 13(23), 117-129. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2162432>
- Garasky, S.; Stewart, S.; Gundersen, C.; Lohman, B. y Eisenmann, J. (2009). Family stressors and child obesity. *Social Science Research*, 38 (4) 755-766.
- <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2009.06.002>
- García-Laguna, D. G., García-Salamanca, G. P., Tapiero-Paipa, Y. T., Ramos, C., y Marcela, D. (2012). Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios. *Hacia la Promoción de la Salud*, 17(2), 169- 185.
- <https://www.redalyc.org/pdf/3091/309126826012.pdf>

- García González, A., & Tomás Gutiérrez, J. D. (2020). Fisiopatología, patología general y soporte vital. *Repositorio Comillas*. Universidad Pontificia
<http://hdl.handle.net/11531/46626>
- Gardner, H. (1995). Cracking open the IQ box. En S. Fraser (Ed.), *The bell curve wars* (23-35). New York: Basic Books
- Gilbert, M. D. (2003). Weaving Medicine Back Together: Mind–Body Medicine in the Twenty-First Century. *The Journal of Alternative y Complementary Medicine*, 9(4), 563-570 [https:// doi: 10.1089/107555303322284857](https://doi.org/10.1089/107555303322284857)
- Goldstein, D.S.& Eisenhofer, G. (2000). Sympathetic nervous system physiology and pathophysiology in coping with the environment. In: *B.S. McEwen (Ed. Coping with the environment: neural and endocrine mechanisms.4*, 21-43. York: Oxford University Pres. [https://doi:10.1002/cphy.cp070402](https://doi.org/10.1002/cphy.cp070402)
- Goleman, D (1995). Emotional Intelligence. New York: Bantam Books.
- Goleman, D. (2011). La práctica de la Inteligencia Emocional. Barcelona: Kairós.
- Gonzalez, F. (2003). Una historia del cuerpo humano. *Letras libres* 5 (49) 12-19
https://letraslibres.com/wp-content/uploads/2016/05/pdf_art_8496_6840.pdf
- González de Rivera, J. L. (2015). Medicina Psicosomática. Madrid, Ades ediciones
Gran Enciclopedia Universal ,Espasa Calpe, "El estrés" 115:444-464.
<http://www.portalplanetasedna.com.ar/estres.htm>
- González, R. M. & Landero H., R. (2007). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(3), 189-198. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.12.num.3.2007.4044>

- Gosselin, P., Perron, M., y Beaupré, M. (2010). The voluntary control of facial action units in adults. *Emotion*, 10(2), 266-71. [https://doi: 10.1037/a0017748](https://doi.org/10.1037/a0017748)
- Greeno CG & Wing RR (1994) Stress-induced eating. *Psychological Bulletin* 115 (3) 444-464
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.115.3.444>
- Groesz, L.; McCoy, S.; Carl, J.; Saslow, L.; Stewart, J.; Adler, N.; Lalaria, B. y Epel, E. (2012). What is eating you? Stress and drive to eat. *Appetite*, 58, 717-721
[https://doi: 10.1016/j.appet.2011.11.028](https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.11.028)
- Gómez Díaz, M. (2016). Psicología positiva y bienestar psicológico. En P. Del Hénar Sánchez Cobarro, M. García Gómez, M. Gómez Díaz, R. Gómez Sánchez y M.S. Delgado Gómez (Coord.), *Bienestar emocional* (pp. 17-38). Madrid: Dykinson.
- Gómez-Fraguela, J. ; Luengo-Martín, Á.; Romero-Triñanes, E.; Villar-Torres, P.; Sobral-Fernández, J. (2006) Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (3), septiembre 581-597 Asociación Española de Psicología Conductual Granada, España
<https://www.redalyc.org/pdf/337/33760305.pdf>
- Guadarrama, R., Hernández, J., & Veyta, M. (2018). Cómo me percibo y cómo me gustaría ser. Un estudio sobre la imagen corporal de los adolescentes mexicanos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 5(1), 37-43.
<http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/68977>
- Giddens, A. (1997). *Sociología*. Madrid, España: Alianza Editorial

Gómez G., Escobar A. (2006) El estrés y el sistema inmune, *Rev. Mex. Neurociencias*. 7 (1) 30-38 <https://previous.revmexneurociencia.com/wp-content/uploads/2014/06/Nm061-05.pdf>

Gurméndez, C. (1986). Introducción a la historia de la idea de pasión. *Revista de occidente*, (61), 7-26. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=21140>

Guyton Hall, “*Manual de Fisiología Médica*”. Décima Edición. Editorial Mc Graw Hill-Interamericana. <http://es.wikipedia.org/wiki/Cortisol>

Guzmán-González, M., Trabucco, C., Urzúa, A., Garrido, L., & Leiva, J. (2014). Validez y Confiabilidad de la Versión Adaptada al Español de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E) en Población Chilena. *Terapia psicológica*, 32(1), 46-54. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100002>

Guillén Riebeling, R. del S. (2023). Atribuciones y estrategias de afrontamiento frente a la obesidad en mujeres adultas. *Psic-Obesidad*, 12(45), 9–13 <https://doi.org/10.22201/fesz.20075502e.2022.12.45.84859>

Hernández, Z., & Ehrenzeweig, Y. (2009). Factores Psicológicos, Demográficos y Sociales Asociados al Estrés y a la Personalidad Resistente en Adultos Mayores. *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 13-28 <https://www.redalyc.org/pdf/801/80111899002.pdf>

Hernández Sampieri (2014) *Metodología de la investigación científica*. Mc Graw Hill, Mexico.

Hobfoll, S. E., & Shirom, A. (2001). Conservation of resources theory: Applications to stress and management in the workplace. In R. T. Golembiewski (Ed.), *Handbook of organizational behavior* (pp. 57–80). Marcel Dekker.

<https://psycnet.apa.org/record/2001-14053-003>

Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987). Risk, resistance, and psychological distress: A longitudinal analysis with adults and children. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(1), 3–13. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.96.1.3>

Herscovici Raush, C. (2011) Resiliencia familiar y el énfasis en los recursos del sistema. *Cultura, Educación y Sociedad*, 2(1), 105-110.

<https://doi.org/10.1159/000353263>

Ivancevich, J.J. y Matteson M.T. (1985). *Estrés y trabajo*. Mexico. Trillas.

Jodelet, D. (1984). The representation of the body and its transformations. En Farr, R.M., Moscovici, S. (eds). *Social Representation*. (pp. 211-237). Cambridge: Cambridge University Press.
https://www.academia.edu/12102443/Jodelet_D_1984_The_representation_of_the_body_and_its_transformations_In_R_Farr_and_S_Moscovici_Eds_Social_Representations_Cambridge_Cambridge_University_Press_pp_211_238

Johnson, M. Lee, E. Burnett, M. Fricke, S. Kvetnansky, R. Herzog, H. Zukowska, Z. (2007) "Neuropeptide Y acts directly in the periphery on fat tissue and mediates stress-induced obesity and metabolic syndrome" *Nature Medicine* 13, 803 - 811
<http://www.nature.com/nm/journal/v13/n7/full/nm1611.html>

Kivimäki, M.; Head, J.; Ferrie, J.; Shipley, M.; Brunner, E.; Vahtera, J. y Marmot, M. (2006). Work stress, weight gain and weight loss: evidence for bidirectional effects of job strain on body mass index in the Whitehall II study. *International Journal of Obesity*, 30 (6), 982-987. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803229>

Klinger, J. C., Herrera, J. A., Díaz, M. L., Jhann, A. A., Avila, G. I., y Tobar, C. I. (2005). La psiconeuroinmunología en el proceso salud enfermedad. *Colombia Médica*, 36(2), 120-129

<https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/342>

Knol, L. L., & Brantley, C. (2021). Weight Status and Emotion-and Stress-Related Eating: Testing Constructs of the Transactional Model of Stress and Coping. *American Journal of Health Education*, 52(3), 117-126.

<https://eric-ed->

[gov.translate.google/?id=EJ1296301&x_tr_sl=en&x_tr_tl=es&x_tr_hl=es&x_tr_pto=sc](https://eric-ed-gov.translate.google/?id=EJ1296301&x_tr_sl=en&x_tr_tl=es&x_tr_hl=es&x_tr_pto=sc)

Kotliarenco, M. A., Cáceres, I. & Fontecilla, M. (1997). Estado del arte en resiliencia.

Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud.

Kotliarenco, M. (1998). La pobreza desde la mirada de la Resiliencia. Santiago de Chile:

Sename.

Kuo L., Kitlinska J., Tilan J, Li Lijun, Baker S.,Johnson, M. Lee, Burnett, M., Fricke, S

Kvetnansky, R. Herzog, H , Zukowska, Z (2007) “Neuropeptide Y acts directly in the periphery on fat tissue and mediates stress-induced obesity and metabolic syndrome”

Nature Medicine 13, 803 - 811

<http://www.nature.com/nm/journal/v13/n7/full/nm1611.html>

Kyung Hwa Kwag , Peter Martin, Daniel Russell, Warren Franke, Marian Kohut. Affiliations

expand PMID: 21639014 [https://doi: 0.2190/AG.72.2.c](https://doi.org/10.2190/AG.72.2.c)

- Laitinen J & Sovio U (2002) Stress-related eating and drinking behaviour and body mass index and predictors of this behaviour. *Preventive Medicine* 34 (1): 29-39.
<https://doi: 10.1006/pmed.2001.0948>
- Lattimore P & Caswell N (2004) Differential effects of active and passive stress on food intake in restrained and unrestrained eaters. *Appetite* 42 (2) .167-173
<https://doi: 10.1016/j.appet.2003.09.002>.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée Brouwer.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Ediciones Martínez Roca.
- Le Golf J. & Truong N. (2005) *Una historia del cuerpo en la Edad Media*, Paidós, Buenos Aires. <https://cursoshistoriavdemexico.files.wordpress.com/2019/07/jacques-le-goff-una-historia-del-cuerpo-en-la-edad-media.pdf>
- Leimann, H (1998) *Psiquiatría Aeronáutica Sistémica*. Buenos Aires, Kargiema
- Levy, M. N. & Berne (2000). Principles of physiology. Mosby Incorporated. E-book
https://books.google.com.ar/books/about/Berne_Levy_Principles_of_Physiology_E_Bo.html?id=TxwPDQAAQBAJ&redir_esc=y
- Lewis, H. (2013). Freud and Modern Psychology: The Emotional Basis of Mental Illness (1). Springer Science & Business Media.
https://books.google.com.ar/books/about/Freud_and_Modern_Psychology.html?id=zKJDBQAAQBAJ&redir_esc=y

Limonero, J., Tomás, J., Fernández, J., Gómez, M., & Ardilla, A., (2012). Estrategias de Afrontamiento Resilientes y Regulación Emocional: Predictores de Satisfacción con la Vida. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20 (1), 183-196.

<https://www.behavioralpsycho.com/producto/estrategias-de-afrontamiento-resilientes-y-regulacion-emocional-predictores-de-satisfaccion-con-la-vida/>

Linares, V. R., Burón, R. R., Rodríguez, J. A. P., López, L. J. G., y Guadalupe, L. A. O. (2008). Psiconeuroinmunología: Conexiones entre sistema nervioso y sistema inmune. *Suma psicológica*, 15(1), 115-141

<https://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604005.pdf>

Linares-Manrique, M., Linares-Girela, D., Schmidt-Rio-Valle, J., Mato-Medina, O., Fernández-García, R., & Cruz-Quintana, F. (2016). Relación entre autoconcepto físico, ansiedad e IMC en estudiantes universitarios mexicanos. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte / International Journal of Medicine and Science of Physical Activity and Sport*, 16(63), 497-519.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54247310007>

Lipovetsky, G. Hervé, J. (2011): *El Occidente globalizado: Un debate sobre la cultura planetaria*. Barcelona. Anagrama

Lipovetsky, G. & Charles, S. (2006). *Los tiempos hipermodernos*. Barcelona, España: Anagrama.

Lohman, B.; Stewart, S.; Gundersen, C.; Garasky, S. y Eisenmann, J. (2009). Adolescent overweight and obesity: Links to food insecurity and individual, maternal and family stressors. *Journal of Adolescent Health*, 45 (3), 230-237.

- Lopategui Corsino, E. (2013). La importancia del ejercicio y la actividad física en la salud, y su utilización en la prevención y control de enfermedades crónicas degenerativas, infecto-contagiosas, así como para su intervención en otras poblaciones particulares. *Saludmed* http://www.saludmed.com/Templates/DropDownMenu_within-WEB-PAGE.html.com: *Ciencias del movimiento humano y de la salud*. Puerto Rico
- López Rossetti, D. (2015), “*Estrés como entenderlo, entenderse y vencerlo*”. Bs.AS. Editorial Lumen.
- López-Morales, E. (2013) Gentrificación en Chile: aportes conceptuales y evidencias para una discusión necesaria *Revista de Geografía Norte Grande* 56, 31-52 Pontificia Universidad Católica de Chile Santiago, Chile.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-34022013000300003>
- López Morales, J. L., y Garcés de los Fayos Ruiz, E. J. (2014). Síndrome de Edorexia: Análisis etiológico de la obesidad. *Salud Publica Mex.* 56 (3) 242-243
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000300007
- López Morales, J. L., y Garcés de los Fayos Ruiz, E. J. (2016). Actualización del modelo explicativo de la obesidad y sus conductas de riesgo: estudio preliminar. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 36(4), 48-53 [https://doi: 10.12873/364lopez](https://doi:10.12873/364lopez)
- Lowe, M. y Kral, T. (2006). Stress-induced eating in restrained eaters may not be caused by stress or restraint. *Appetite*, 46, 16-21. [https://doi: 10.1016/j.appet.2005.01.014](https://doi:10.1016/j.appet.2005.01.014)
- Maier, S.F., Watkins, L.R., & Fleshner, M. (1994). The interface between behavior, brain, and immunity. *American Psychologist* 49: 1004-1017

[https://doi: 10.1037//0003-066x.49.12.1004](https://doi.org/10.1037//0003-066x.49.12.1004)

Mainieri Caropreso, R. (2000) . Técnicas de bioinformación en el tratamiento del estrés.

[Trabajo de Tesis] Repositorio Universidad Panamá

https://www.academia.edu/78544228/La_t%C3%A9cnica_de_bioinformaci%C3%B3n_en_el_tratamiento_del_estr%C3%A9s

Manrique, H. (2017). Impacto de la obesidad en la salud reproductiva de la mujer adulta.

Rev. Perú Ginecol Obstet., 63(4), 607-614.

http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/2036/pdf_493

Martínez J.A, Moreno, M.J., Marques-Lopes, I., Martí. A. (2002) Causas de obesidad. *Anales*

Sis San Navarra 25 (1). 17-27. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0811>

Macht, M.; Haupt, C. y Ellgring, H. (2005). The perceived function of eating is changed during examination stress: A field study. *Eating Behaviors*, 6 (2), 109-112.

[https://doi: 10.1016/j.eatbeh.2004.09.001](https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2004.09.001)

Małachowska A, Jeżewska-Zychowicz M. Does Examining the Childhood Food Experiences

Help to Better Understand Food Choices in Adulthood? *Nutrients*. 2021 Mar

18;13(3):983. [https://doi: 10.3390/nu13030983](https://doi.org/10.3390/nu13030983). PMID: 33803655; PMCID:

PMC8002996.

Masten, A. S. (2018). Resilience Theory and Research on Children and Families: Past,

Present, and Promise. *Journal of Family, Theory y Review*, 10(1), 12-31

<https://doi.org/10.1111/jftr.12255>

McEwen, B.S. (1998). Protective and Damaging Effects of Stress Mediators. *N Engl J Med*

338 (3). 171-179 [https://doi: 10.1056/NEJM199801153380307](https://doi.org/10.1056/NEJM199801153380307).

- McEwen, B.S. (2007). The physiology and neurobiology of stress and adaptation, Central role of the brain *Physiol. Rev* 87(3):873-904. <https://doi:10.1152/physrev.00041.2006>.
- Melgosa, J. (1994). *¡Sin estrés!* Madrid: Editorial Safeliz.
- Méndez-Sánchez, N. y Uribe, M. (2002). *Obesidad. Epidemiología, fisiopatología y manifestaciones clínicas*. Ed. Manual moderno. México
- Miguez, A. M., Muñoz, A. J., Llorente, B. P., García, E. D., y Pérez, M. R. (2007). Seguridad del paciente y calidad asistencial. *Revista clínica española*, 207(9), 456-457
<https://www.revclinesp.es/es-seguridad-del-paciente-calidad-asistencial-articulo-13109837>
- Mikulic, I. M. & Crespi, M. C. (2008). Adaptación y validación del Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Moos (CRI-A) para adultos. *Anuario de investigaciones*, 15, 305-312, UBA, Bs.As. Argentina.
<https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139944030.pdf>
- Miles, P. (2003). Living in relation to mystery: Addressing Mind, Body and Spirit. *Advances*, 19(2): 22-23 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14579807/>
- Ministerio de Salud (2005) Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación (2005). Encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles
http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000553cnt-2014-10_encuesta-nacional-factores-riesgo-2005_informe-breve-final.pdf.
- Ministerio de Salud (2007) Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Encuesta nacional de nutrición y salud

<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000257cnt-a08-ennys-documento-de-resultados-2007.pdf>.

Ministerio de Salud (2011) Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Segunda encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles

http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/fr_encuesta-nacional-factores-riesgo-2011.pdf.

Ministerio de Salud (2013) Presidencia de la Nación. Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. Orientaciones para su prevención, diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires

<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000378cnt-sobrepeso-obesidad-ninos.pdf>.

Ministerio de Salud, (2014^a) Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad en adultos. Buenos Aires http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000302cnt-2013-11_gpc_obesidad-2013.pdf.

Ministerio de Salud (2014b) Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Tercera encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles

<http://www.msal.gov.ar/images/stories/publicaciones/pdf/11.09.2014-tercer-encuentro-nacional-factores-riesgo.pdf>.

Ministerio de Salud (2023): Guía de Práctica Clínica Nacional Sobre Diagnóstico y tratamiento de la Obesidad. <https://iah.salud.gob.ar/doc/Documento3.pdf>

- Molerio Pérez O., Arce González M. A., Otero Ramos I. & Achón Z., (2011) *El estrés como factor de la hipertensión arterial esencial. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología* 4 (1)
- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032005000100007
- Montt D., Koppmann, A. & Rodríguez, R. (2005) Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*. 16(4). 282-288
- <https://www.bing.com/search?pglt=41&q=Montt+et+al.%2C+2005+D.+Montt%2C+A.+Koppma>
- Monterrey, P., y Porrata, C. (2001). Procedimiento gráfico para la evaluación del estado nutricional de los adultos según el índice de masa corporal. *Rev Cubana Aliment Nutr*, 15(1), 62-67.
- <https://www.researchgate.net/publication/262068529%0APROCEDIMIENTO>
- Monterrey, A. L., Gonzalez de Rivera, J. L., De las Cuevas, C., y Rodríguez, P. F. (1991). El índice de reactividad al estrés (IRE): ¿rasgo o estado? *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 18(1), 23-27.
- <https://luisderivera.com/wp-content/uploads/2012/02/1991-EL-INDICE-DE-REACTIVIDAD-AL-ESTRES-IRE-RASGO-O-ESTADO1.pdf>
- Moos, R. (1994): *Life Stressors and Social Resources Inventory Psychological Assessment Resources*. Inc. Florida. USA.
- Mora Giral, M. & Raich Escursell, R. M. (1994). Naturaleza continua versus naturaleza categorial de la bulimia nerviosa. *Psiquis*, 15 (3); 123, 39-48.
- <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=249438>

- Moral, J., González, M. T., & Landero, R. (2011). Estrés percibido, ira y burnout en amas de casa mexicanas. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2(2), 123-143
https://www.researchgate.net/publication/277270184_Estres_percibido_ira_y_burnout_en_amas_de_casa_mexicanas
- Morillo-Sarto H, López-Del-Hoyo Y, Pérez-Aranda A, Modrego-Alarcón M, Barceló-Soler A, Borao L, Puebla-Guedea M, Demarzo M, García-Campayo J, Montero-Marin J. 'Mindful eating' for reducing emotional eating in patients with overweight or obesity in primary care settings: A randomized controlled trial. *Eur Eat Disord Rev*. 2023 Mar;31(2):303-319. [http://doi: 10.1002/erv.2958](http://doi:10.1002/erv.2958). Epub 2022 Nov 17. PMID: 36397211; PMCID: PMC10100015
- Morgan, M, & Siddighi, S, (2002) “*Clínicas obstétricas y ginecológicas*”. Mc Graw- Hill, Mexico, 1051-1052.
- Mossavar-Rahmani Y, Tinker LF, Huang Y, Neuhouser ML, McCann SE, Seguin RA, et al. (2013) Factors relating to eating style, social desirability, body image and eating meals at home increase the precision of calibration equations correcting self-report measures of diet using recovery biomarkers: findings from the Women’s Health Initiative. *Nutr J*. 2013;12:63 [http://doi: 10.1186/1475-2891-12-63](http://doi:10.1186/1475-2891-12-63)
- Moscoso, M. (2009). De la mente a la célula: Impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología. *Liberabit*, 15(2), 143-152.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272009000200008

- Moscoso, M. S. (2010). El estrés crónico y la terapia cognitiva centrada en mindfulness: Una nueva dimensión en psiconeuroinmunología. *Persona: Revista de la Facultad de Psicología*, (13), 11-29. <https://doi.org/10.26439/persona2010.n013.262>
- Moscoso, M. S. (2014). El estudio científico del estrés crónico en neurociencias y psicooncología. *Persona: Revista Facultad de psicología* (17), 53-70.
<https://doi.org/10.26439/persona2014.n017.288>
- Muller JE, Tofler GH, Stone PH. (1989) *Circadian variation and triggers of onset of acute cardiovascular disease*". *Circulation* 79 (4) :733-744
[http://doi: 10.1161/01.cir.79.4.733](http://doi:10.1161/01.cir.79.4.733)
- Muñoz, S.; Vega, Z.; Berra, E.; Nava, C.; Gómez, G. (2015) Asociación entre estrés, afrontamiento, emociones e IMC en adolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 17(1), 11-29.
<https://www.redalyc.org/pdf/802/80242935002.pdf>
- Mur de Vú, C. (2014). La integración científica de la psiquiatría en la medicina contemporánea: Psiconeuroendocrinoinmunología y otras áreas [Sesión científica] *Anales de la Universidad de Zaragoza Vol. CIV 2014*
<http://www.ramz.es/WebRAMZ/PdfServlet?mod=documentos&archivo=RAMZ%20Anales%202014.pdf>
- Najmanovich, D., y Lennie, V. (2004). Pasos hacia un pensamiento complejo en salud.
Claves psicoanal. salud 13(21): 70-76
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-434191?lang=es>
- Navarro, V. (1998). Concepto actual de la salud pública. Martínez, F., Castellanos, P.L., Navarro, V., *Salud Pública*, 49-54

<https://ifdcsluis-slu.infed.edu.ar/sitio/material-de-estudio-del-ano-2013/upload/navarro.pdf>

Nguyen-Rodríguez, S. T.; Chou, C.-P.; Unger, J. B. y Spruijt-Metz, D. (2008). bmi as a moderator of perceived stress and emotional eating in adolescents. *Eating Behaviors*, 9 (2), 238-246. [http://doi: 10.1016/j.eatbeh.2007.09.001](http://doi:10.1016/j.eatbeh.2007.09.001)

Nussbaum, M. C. (2008). *Paisajes del pensamiento: la inteligencia de las emociones* (Vol. 2). Grupo Planeta. Bs. As.

Oatley, K & Jenkins, J. M. (1996). *Understanding emotions*. Oxford: Blackwe ll Publishers

Ogden, S.Z. Yanovski, M.D. Carroll, K.M. Flegal. (2007) The epidemiology of obesity. *Gastroenterology*. 132(6):2087- 102 [http://doi: 10.1053/j.gastro.2007.03.052](http://doi:10.1053/j.gastro.2007.03.052)

Ogden, J., Ratcliffe, D. y Snowdon-Carr, V. (2019). British obesity metabolic surgery society endorsed guidelines for psychological support pre and post-bariatric surgery. *Clinical Obesity*, 9. [http// doi: 10.1111/cob.12339](http://doi:10.1111/cob.12339).

Olivares A. (1999) Conductas de afrontamiento al estrés en adolescentes pre-universitarios. *Enfermería Global* 19, Academias Fleming y Bardet. Arequipa.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200007

Organización Internacional del Trabajo (2005). Factores psicosociales en el trabajo: reconocimiento y control. <http://www.ilo.org/public/english/employment/strat/kilm/kilm01.htm>

Organización Internacional del Trabajo (2002) *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el trabajo*

<https://www.insst.es/documents/94886/161958/Sumario+del+Volumen+I.pdf/18ea3013-6f64-4997-88a1-0aadd719faac?t=1526457520818>

Organización Mundial de la Salud (2004). Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_w eb.pdf.

Organización Mundial de la Salud (2014). Datos y cifras. 10 datos sobre la obesidad <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>.

Organización Mundial de la Salud (2015). Centro de prensa. Obesidad y sobrepeso. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.

Organización Mundial de la Salud. (2018). Obesidad y sobrepeso. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Organización Mundial de la Salud OMS. (2021). Obesidad y sobrepeso. Datos y cifras. Organización Panamericana de la Salud (2007). Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud <http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/pdf/reg-strat-cncds.pdf>.

Ortega Lozano, R. (2022) El cuerpo como un todo y no como la suma de partes: La propuesta holística de Walter B. Cannon. *Critica. Revista Hispanoamericana De Filosofía* 54 (162) 29-55
<https://doi.org/10.22201/iifs.18704905e.2022.1382>

Ortega Navas, M.C. (2014) La educación emocional y sus implicaciones en la salud *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía* 21(2):462

[http// doi:10.5944/reop.vol.21.num.2.2010.11559](http://doi:10.5944/reop.vol.21.num.2.2010.11559)

Ozier, A.; Kendrick, W.; Leeper, J.; Knol, L.; Perko, M. y Burnham, J. (2008). Overweight and obesity are associated with emotion and stress-related eating as measured by the eating and appraisal due to emotions and stress questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*, 108 (1), 49-56. [http//doi: 10.1016/j.jada.2007.10.011](http://doi: 10.1016/j.jada.2007.10.011)

Paoli Bolio, F. (2020): Multi- Inter-, and Transdisciplinarity *Problema anuario de filosofía. teoría. Derecho 13 Ciudad de México ene./dic. 2019 Epub 19-Mayo-2020*

<https://doi.org/10.22201/ijj.24487937e.2019.13>

Pasca, A. J. & Montero, J. C. (2015). *El Corazón del Obeso. Intermédica 25, Books médicos*
<https://booksmedicos.org/el-corazon-del-obeso/>

Peiró J.M. (1993) *Control del estrés laboral*. Eudema, Madrid.

Penny, E. (2023). Obesidad, gran problema de la salud mundial. *Revista argentina de medicina*, 11(2), 132-135
<http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/836>

Pilnik, S. D. (2010). El concepto de alostasis: un paso más allá del estrés y la homeostasis. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 30(1), 7-12.
https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/6974_7-12-articulo-pilnik.pdf

Perpiñá, C., y Baños, R. (1990). Distorsión de la imagen corporal: un estudio en adolescentes. *Anales de Psicología*, 6 (1), 1-10 <https://revistas.um.es/analesps/article/view/28101>

Penzo, W. (1990). *Psicología médica*. Barcelona: Salvat Editores.

- Pessoa, L. (2008). On the relationship between emotion and cognition. *Nature reviews neuroscience*, 9(2), 148-158 <https://www.nature.com/articles/nrn2317>
- Poblete, O & Bächler R (2016) Interacción y emoción: una propuesta integradora. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* 25 (1) 57-66
<https://www.redalyc.org/exportarcita.oa?id=281946989007>
- Pompa Guajardo, E. G., y Meza Peña, C. (2017). Ansiedad, estrés y obesidad en una muestra de adolescentes de México. *Universitas Psychologica*, 16(3), 1-11.
<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-3.aeom>
- Raich, R. M.; Mora, M.; Soler, A.; Ávila, C.; Clos, I.; Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7, (1), 51-66.
<https://journals.copmadrid.org/clysa/art/f2217062e9a397a1dca429e7d70bc6ca>
- Ramírez LE, Negrete LNL, Tijerina SA. (2012) El peso corporal saludable: Definición y cálculo en diferentes grupos de edad. *Salud Publica y Nutr.* , 13(4): 466-474.
<https://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/issue/view/71>
- Ramos, R. R., y Pérez, J. R. (2009). Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE), el Pensamiento Complejo y la Medicina Naturista. *Medicina naturista*, 3(2), 86- 91.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3017265>
- Ramos Linares, V., Piqueras Rodríguez, J. A., Martínez González, A. E., y Oblitas Guadalupe, L. A. (2009). Emoción y Cognición: Implicaciones para el tratamiento. *Terapia psicológica*, 27(2), 227-237.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000200008>

Ray, O. (2004). The revolutionary health science of psychoendoneuroimmunology: a new paradigm for understanding health and treating illness. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1032: 35-51

<https://doi.org/10.1196/annals.1314.004>

Reiche, E. M. V., Nunes, S. O. V., y Morimoto, H. K. (2004). Stress, depression, the immune system, and cancer. *The lancet oncology*, 5(10), 617-62

[http://doi: 10.1016/S1470-2045\(04\)01597-9](http://doi:10.1016/S1470-2045(04)01597-9)

Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar, F. y Sánchez-Sosa, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *Applied Medicine*, 5(3), 455-462.

<https://doi.org/10.22201/fesz.20075502e.2022.12.45.84859>

Rod, N H, Grønbaek, M. Schnohr, P. Prescott, E. Kristensen, E.T. (2009) Perceived stress as a risk factor for changes in health behaviour and cardiac risk profile: a longitudinal study. *Journal International of Medicine* 265 (5) 467-475.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2009.02124.x>

Robbins Stephen (2009) *Comportamiento organizacional*, Pearson education, México.

https://frrq.cvg.utn.edu.ar/pluginfile.php/15550/mod_resource/content/0/ROBBINS%20comportamiento-organizacional-13a-ed-_nodrm.pdf

Rodríguez, R. (2006). Psicología Integrativa. Un enfoque holístico. *Medicina Naturalista*, 1 (9), 439-441. [https/ Dialnet-PsicologiaIntegrativa-1959991.pdf](https://Dialnet-PsicologiaIntegrativa-1959991.pdf)

Rodríguez Carlos A (2015) Estrés y respuesta inmune. *Avances* 3, 18-21

<https://docplayer.es/1280172-Estres-y-respuesta-inmune.html>

Rodríguez García, J. (2019) Relación entre estrés y obesidad. *Entetextos 11*(32), 1-11

<https://doi.org/10.59057/iberoleon.20075316.201932125>

Rodríguez G. (2010) Efectos de un plan de técnicas de estudio en los estudiantes del primer semestre de la escuela de Enfermería. Decanato de Medicina. Universidad Centro occidental. En el Perú, *Enfermería Global 19*, 4-5 <http://www.ucla.edu.ve>

Rodríguez-Marín, J. (1996). Psicología social de la salud. *Síntesis. Psicología de la salud* Universidad Miguel Hernandez. Alicante. España

Dialnet-PsicologiaSocialDeLaSalud-8875704%20(1).pdf

Rosenbaum, S., Stubbs, B., Ward, P. B., Steel, Z., Lederman, O., & Vancampfort, D. (2015). The prevalence and risk of me-tabolic syndrome and its components among people with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Metabolism 64*(8), 926–933. [http://doi: 10.1016/j.metabol.2015.04.009](http://doi:10.1016/j.metabol.2015.04.009)

Rosmond, R., (2011) El estrés crónico se asocia a obesidad de tipo abdominal. *Obesity Reviews 5* (4):177-81 <http://doi:10.1111/j.1467-789X.2004.00151.x>

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), pp. 316-331.

Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14 (8), pp. 626-631

Rutzstein, G. (1997). El aspecto central de la anorexia nerviosa, *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 2 (1) 103-128.

Saldaña, C. y Rossell, R. (1988). *Obesidad*. Martínez Roca. Bs. As.

Sánchez Segura M., González García R., Marsán Suárez V. y Macías Abraham, C.

“Asociación entre el estrés y las enfermedades infecciosas, autoinmunes, neoplásicas y cardiovasculares”, *Rev Cubana Hematol Inmunol Med Transf* 2 (3).

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S0864-02892006000300002&lng=es&tlng=es

Sandi C, Venero C, Cordero M.I. (2000) “Estrés, Memoria y Trastornos Asociados.

Implicaciones en el Daño Cerebral y el Envejecimiento”. Colección Ariel

Neurociencia. Editorial Ariel. Bs. AS

Sandín, B., & Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE) : desarrollo y validación preliminar. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 8(1), 39–53.

<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3941>

Santana-Cárdenas, Soraya. (2016). Relación del estrés laboral con la conducta alimentaria y la obesidad: Consideraciones teóricas y empíricas. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 7(2), 135-143

<https://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2016.07.002>

Santos J.A, (2004) *Manual Motivación y Adaptación Ocupacional*. Motal. San Salvador, El Salvador: Acción Consultores.

Sapolsky, R.M. (1996). Why stress is bad for your brain. *Science* 273 (5276): 749-750.

<http://doi: 10.1126/science.273.5276.749>

Selye, H. (1936) A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature* 138, 32-33

<https://doi.org/10.1038/138032a0>

Selye, H. (1951) The General-Adaptation-Syndrome. *Annual Review of Medicine* 1951 2(1)

327-342 doi=10.1146%2Fannurev.me.02.020151.001551

- Selye, H. (1956) *The stress of life*. MacGraw Hill: New York .
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410–421. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410>
- Silva J. (2008). Sobrealimentación Inducida por la Ansiedad, Parte II: Un Marco de Referencia Neurocientífico para el Desarrollo de Técnicas Psicoterapéuticas y Programas de Prevención. *Terapia Psicológica*, 26(1), 99-115.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100009>
- Smith AD, Sanchez N, Reynolds C, Casamassima M, Verros M, Annameier SK, Melby C, Johnson SA, Lucas-Thompson RG, Shomaker LB. (2020) Associations of parental feeding practices and food reward responsiveness with adolescent stress-eating. *Appetite*. 2020 Sep 1;152:104715. doi: 10.1016/j.appet.2020.104715. Epub 2020 Apr 18. PMID: 32315656; PMCID: PMC8260175.
- Souto, A., (2013) Regulación Emocional y Estrés Académico en Estudiantes de Fisioterapia [Tesis doctoral, Universidade da Coruña]. Repositorio Universidade da Coruña.
http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/11719/SoutoGestal_AntonioJose_TD_2013.pdf?sequence=4
- Stavroula, L., Griffiths, A. & Cox, T. (2004). La Organización del Trabajo y Estrés. *Institute of Work, Health & Organizations*, 3(1), 3-9.
https://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf
- Swarth, J. (2021) *Estrés y Nutrición*. *The Experimental Psychology 4 (1)*
<https://revistanutricionclinicametabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/article/view/353/542>

- Terrazas-Romero ME, Flores-Boyso GJ, Zenil-Magaña NT, (2018) Estrategias de afrontamiento para el manejo del estrés y su relación con el nivel de obesidad y calidad de vida en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. *Gac Med Mex.*154(5):569-574. <http://doi: 10.24875/GMM.18004175>
- Ticona Benavente, SB., Paucar Quispe, G., Llerena Callata, G. (2006) Nivel de estrés y estrategias de afrontamiento en estudiantes de la facultad de enfermería. *Revista electrónica enfermería global* 19, 1-18
<https://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/docencia1.pdf>
- Toro, J. (2006). *Medios de comunicación y trastornos del comportamiento alimentario*, cap. 8. En Mancilla Díaz & Gómez Pérez-Mitré (comp.), *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. México: El Manual Moderno
- Trucco, M. (2002). Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 40(2), 8-19.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600002>
- Varela, C., Andrés, A. & Saldaña, C. (2020) The behavioral pathway model to overweight and obesity: coping strategies, eating behaviors and body mass index. *Eat Weight Disord* 25, 1277–1283 (2020). <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00760-2>
- Vázquez, I. A. (2015). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Vázquez Valverde, C., Crespo López, M. & Ring, J. M. (2003). Estrategias de afrontamiento. En A. Bulbena Vilarrasa, G. E. Berrios & P. Fernández de Larrinoa Palacios, *Medición clínica en psiquiatría y psicología* (pp. 425-435). Barcelona: Masson.
- Vecina Jiménez, M. L. (2006). Emociones positivas. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 9 – 17.

<https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=1280>

Vega, Z.; Martínez, L.; Nava, C. y Soria, R. (2010). Calidad de red como variable moduladora de depresión en adolescentes estudiantes de nivel medio. *Liberabit*, 16 (1), 105-112.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272010000100011

Vega, Z.; Muñoz, S.; Berra, E.; Nava, C. y Gomez, G. (2012). Identificación de emociones desde el modelo de Lazarus y Folkman: propuesta del cuestionario de estrés, emociones y afrontamiento. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15 (3).

<https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/33644>

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina interna*, 33(1), 7-11. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003

Walsh, F. (2005). Resiliencia familiar: un marco de trabajo para la práctica clínica. *Sistemas Familiares*, 21(1-2), 76-97.

<https://www.redalyc.org/pdf/264/26416966005.pdf>

Walsh, F. (2016a). Family resilience: a developmental systems framework. *European Journal of Developmental Psychology*, 13(3), 313-324.

<https://doi.org/10.1080/17405629.2016.1154035>

Wang Y. Wang, M.A. Beydoun, L. Liang, B. Caballero, S.K. Kumanyika (2008) Will all Americans become overweight or obese? estimating the progression and cost of the US obesity epidemic. *Obesity*.16 (10) 2323-30 [http//doi: 10.1038/oby.2008.351](http://doi:10.1038/oby.2008.351)

Woods-Giscombe, C. L., Lobel, M., Zimmer, C., Brooks, J., Sheffield-Abdullah, K., Bey, G., & Muhirwa, A. (2021). Use of food to cope with culturally relevant stressful life events is associated with body mass index in african American women. *Nursing research*, 70(5S), S53-S62. [http//doi: 10.1097/NNR.0000000000000532](http://doi:10.1097/NNR.0000000000000532)

Woolfolk Sara, Steven McCorkle, Brent Fountain, Sylvia Byrd. (2023) “El estrés y los hábitos alimenticios relacionados con las emociones”. *Universidad Estatal de Mississippi. Hoja de información 1822*. <http://msucares.com/espanol/pubs/is1822.pdf>

World Obesity Atlas [WOA] (2023) [World_Obesity_Atlas_2023_Report.pdf](#) [Internet]. https://www.worldobesityday.org/assets/downloads/World_Obesity_Atlas_2023_Report.pdf

Zukerfeld, R. (2011). *Psicoterapia en la Obesidad*. Buenos Aires: Letra Viva

Zukowska Z., (2007) El neuropéptido Y, y su receptor están implicados en la obesidad por estrés, *Nature Medicine* 13(7), 803-811 [http//doi: 10.1038/nm1611](http://doi:10.1038/nm1611)

8. APÉNDICE

Lo invitamos a colaborar en una Investigación que estamos desarrollando para una tesis doctoral sobre la relación entre el estrés y el sobrepeso y obesidad. Para ello, es fundamental su cooperación en el completamiento de este cuestionario, el mismo le llevará alrededor de 20 min. Es un cuestionario anónimo, en el que no existen respuestas correctas o incorrectas; es muy importante que procure no dejar ningún casillero sin contestar. Los resultados serán utilizados con fines de investigación y están protegidos por la Ley 25.336 (Protección de datos personales).
¡Muchas gracias por su participación!

Completar con una cruz (X) o número según corresponda

Género: Femenino Masculino.....

Edad: (completar con número)

Estado civil: Soltero.... Casado..... **Viudo...** **Divorciado....**
Otro..... (especificar)

Ocupación: Empleado Profesional..... Oficios Comerciante
Empresario..... Ama de casa..... Jubilado obrero.....
Estudiante..... Independiente.....

Máximo nivel de estudio alcanzado

Universitario completo..... universitario incompleto..... Posgrado.....

Terciario completo..... terciario incompleto

Secundario completo..... secundario incompleto.....

Primario completo..... primario incompleto.....

Historia de la obesidad. Peso actual Kg. Peso máximo..... altura.....cm.

¿Cuántos kilos de más cree que tiene?

¿Cuántos años hace que esta con sobrepeso u obesidad?.....

¿Siempre hizo dieta o tratamientos para adelgazar?.....

¿Cuánto hace que está en tratamiento?.....

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una "X" cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4

9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

NOMBRE:

EDAD:

FECHA EVAL:

1 Luché para resolver el problema 0 1 2 3 4
2 Me culpé a mí mismo 0 1 2 3 4
3 Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés 0 1 2 3 4
4 Deseé que la situación nunca hubiera empezado 0 1 2 3 4
5 Encontré a alguien que escuchó mi problema 0 1 2 3 4
6 Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente 0 1 2 3 4
7 No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado 0 1 2 3 4
8 Pasé algún tiempo solo 0 1 2 3 4
9 Me esforcé para resolver los problemas de la situación 0 1 2 3 4
10 Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché 0 1 2 3 4
11 Expresé mis emociones, lo que sentía 0 1 2 3 4
12 Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase 0 1 2 3 4
13 Hablé con una persona de confianza 0 1 2 3 4
14 Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas 0 1 2 3 4
15 Traté de olvidar por completo el asunto 0 1 2 3 4
16 Evité estar con gente 0 1 2 3 4
17 Hice frente al problema

0 1 2 3 4
18 Me critiqué por lo ocurrido
0 1 2 3 4
19 Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir 0 1 2 3 4
20 Deseé no encontrarme nunca más en esa situación
0 1 2 3 4
21 Dejé que mis amigos me echaran una mano
0 1 2 3 4
22 Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían 0 1 2 3 4
23 Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más 0 1 2 3 4
24 Oculté lo que pensaba y sentía 0 1 2 3 4
25 Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran
0 1 2 3 4
26 Me recriminé por permitir que esto ocurriera 0 1 2 3 4
27 Dejé desahogar mis emociones 0 1 2 3 4
28 Deseé poder cambiar lo que había sucedido
0 1 2 3 4
29 Pasé algún tiempo con mis amigos
0 1 2 3 4
30 Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo
0 1 2 3 4
31 Me comporté como si nada hubiera pasado

0 1 2 3 4
32 No dejé que nadie supiera como me sentía
0 1 2 3 4
33 Mantuve mi postura y luché por lo que quería 0 1 2 3 4
34 Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias
0 1 2 3 4
35 Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron 0 1 2 3 4
36 Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes 0 1 2 3 4
37 Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto 0 1 2 3 4
38 Me fijé en el lado bueno de las cosas 0 1 2 3 4
39 Evité pensar o hacer nada
0 1 2 3 4
40 Traté de ocultar mis sentimientos
0 1 2 3 4
Me consideré capaz de afrontar la situación 0 1 2 3 4

FIN DE LA PRUEBA

REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
PD							
PC							

A cumplimentar por el evaluador

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (claves de corrección)

Resolución de problemas (REP)	01+09+17+25+33
Autocrítica (AUC)	02+10+18+26+34
Expresión emocional (EEM)	03+11+19+27+35
Pensamiento desiderativo (PSD)	04+12+20+28+36
Apoyo social (APS)	05+13+21+29+37
Reestructuración cognitiva (REC)	06+14+22+30+38
Evitación de problemas (EVP)	07+15+23+31+39
Retirada social (RES)	08+16+24+32+40
Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (baremo)	

Pc	REP	AUT	EM	PSD	APS	REC	EVP	RES	PC
1	1								1
2	2			0	0	0			2
3	3			1	1	1			3
4	4		0	1	2	2			4
5	5		1	2	3	2	0		5
10	6		3	4	4	4	1		10
15	8		4	5	5	5	2	0	15
20	10		4	6	6	6	2	1	20
25	11		5	7	7	6	3	1	25
30	12	0	5	8	8	7	3	2	30
35	13	1	6	9	8	8	4	2	35
40	14	2	7	10	9	9	4	2	40
45	15	3	8	12	10	9	5	3	45
50	16	3	9	12	11	10	5	3	50
55	16	4	9	13	12	11	6	4	55
60	16	5	10	14	13	12	7	4	60

65	17	6	11	15	13	12	7	5	65
70	18	7	11	16	14	13	8	5	70
75	19	8	12	16	15	14	8	6	75
80	19	10	14	17	16	15	9	7	80
85	20	12	15	18	17	16	10	8	85
90	20	14	16	19	18	17	11	9	90
95	20	16	18	20	19	18	13	11	95
96	20	17	18	20	20	19	13	11	96
97	20	18	19	20	20	19	14	11	97
98	20	20	20	20	20	19	16	13	98
99	20	20	20	20	20	20	16	15	99

	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	
Media	14,25	5,11	8.95	11,66	10,93	10,17	5,81	3,93	Media
DT	5,01	5,05	5.05	5,05	5,12	4,94	3,89	3,53	DT
N	335	335	335	334	332	335	334	334	N

Corrección de la prueba

Se suman los valores marcados en cada ítem, según las siguientes subescalas:

Focalizado en la solución del problema (FSP): 1, 8, 15, 22, 29, 36.

Autofocalización negativa (AFN): 2, 9, 16, 23, 30, 37.

Reevaluación positiva (REP): 3, 10, 17, 24, 31, 38.

Expresión emocional abierta (EEA): 4, 11, 18, 25, 32, 39.

Evitación (EVT): 5, 12, 19, 26, 33, 40.

Búsqueda de apoyo social (BAS): 6, 13, 20, 27, 34, 41.

Religión (RLG): 7, 14, 21, 28, 35, 42.