Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado
Facultad de Psicología
Unidad de Posgrado

Dimensiones de la calidad de vida y afrontamiento al estrés en personas con obesidad

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Psicología con mención en Psicología Clínica

AUTOR

Walter Angel PORTAL REÁTEGUI

ASESOR

Dra. Ana Gloria DÍAZ ACOSTA

Lima, Perú

2023



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Portal, W. (2023). *Dimensiones de la calidad de vida y afrontamiento al estrés en personas con obesidad*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología, Unidad de Posgrado]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Walter Angel Portal Reátegui
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	06848225
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-4325-3409
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Ana Gloria Díaz Acosta
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	07940596
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-2720-0195
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Carlos Alberto Arenas Iparraguirre
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06508316
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Rosa Elena Huertas Rosales
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08975381
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Antonio Serpa Barrientos
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	41225216
Miembro del jurado 3	
Nombres y apellidos	Betty Giovanna Peña Tomás

Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	42214998
Datos de investigación	
Línea de investigación	Psicología Clínica y de la Salud
Grupo de investigación	INNOVA SALUD
Agencia de financiamiento	------
Ubicación geográfica de la investigación	Edificio: Medicina Complementaria-CAMEC-Hospital III-S-Angamos-EsSalud País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: San Isidro Avenida: Emilio Cavenecia 365 Latitud: -12.1078919 Longitud: -77.0394444
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2022
URL de disciplinas OCDE	Psicología (incluye terapias de aprendizaje, habla, visual y otras discapacidades físicas y mentales) https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.01.02

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)

FACULTAD DE PSICOLOGÌA

Av. Germán Amezaga n.° 375–Ciudad Universitaria-Teléfono: 6197000-3208

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS DE GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA

Siendo las 14:00 horas del dia miércoles 22 de noviembre de 2023, en el Auditorio "Raúl González Moreyra" de la Facultad de Psicologia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Ciudad Universitaria, Av. Germán Amezaga n.° 375 Lima), el Jurado Examinador de Tesis presidido por el Dr. Carlos Alberto Arenas Iparraguirre e integrado por:

Dr. Carlos Alberto Arenas Iparraguirre	(Presidente)
Dra. Ana Gloria Díaz Acosta	(Asesora)
Mg. Antonio Serpa Barrientos	(Miembro)
Dra. Rosa Elena Huerta Rosales	(Informante)
Mg. Betty Giovanna Peña Tomás	(Informante)

Se reunió para la sustentación pública para optar el Grado Académico de Magister en Psicología con mención en Psicología Clínica del Bachiller **WALTER ANGEL PORTAL REÁTEGUI** quien procedió a la exposición de la Tesis titulada **DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA Y AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN PERSONAS CON OBESIDAD,** con el fin de optar el Grado Académico de **MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA** con mención en Psicología Clínica.

Concluida la exposición, se procedió a la calificación correspondiente, de acuerdo con la Escala de Calificación que aparece en el articulo 8.° del Reglamento para el otorgamiento del Grado Académico de Magíster, obteniendo la siguiente calificación.

16 DIECISÉIS (BUENO)

A continuación el Presidente del Jurado Examinador recomienda que la Facultad de Psicología acuerde otorgar el Grado Académico de:

MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA

CON MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Se extiende la presente ACTA a las 3:20 del 22 de noviembre de 2023.

.....

Dr. Carlos Alberto Arenas Iparraguirre
Presidente

Dra. Ana Gloria Díaz Acosta
Asesor

Mg. Antonio Serpa Barrientos
Miembro

Dra. Rosa Elena Huerta Rosales
Informante

Mg. Betty Giovanna Peña Tomás
Informante

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Vicerrectorado de Investigación y Posgrado

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo ANA GLORIA DÍAZ ACOSTA en mi condición de asesora acreditada con la Resolución Decanal N°000496-2023-D-FPSI/UNMSM de la tesis, cuyo título es DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA Y AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN PERSONAS CON OBESIDAD, presentado por el bachiller Walter Angel Portal Reátegui para optar el grado de Magister en Psicología con mención en Psicología Clínica. CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante el software de similitud textual, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de 12% de similitud, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional.**

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del grado/título correspondiente.

UNMSM

Firmado digitalmente por DIAZ ACOSTA Ana Gloria FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 16.05.2024 07:26:31 -05:00

Firma del Asesor

DNI: 07940596

Nombres y apellidos del asesor: Ana Gloria Díaz Acosta

Huella digital

Dedicatoria

A mi esposa Gladys, por su amor, comprensión, apoyo incondicional y estímulo constante en todas mis aspiraciones.

Agradecimientos

A quienes lucharon por encaminarme hacia la paz, mis progenitores, él desde la milicia y ella desde la comunidad; a mis hermanas que me iniciaron en las letras y en la fe; a mi esposa y amados hijos, quienes son fuente de mi satisfacción y alientan mí existir.

A la Dra. Ana Gloria Díaz Acosta, quien con sus enseñanzas contribuyó a mi desarrollo profesional.

INDICE GENERAL

Dedicatoria ..... **ii**
Agradecimientos iii
INDICE GENERAL iv
INDICE DE TABLAS vi
INDICE DE FIGURAS………ix
RESUMEN x
ABSTRACT xii
INTRODUCCIÓN ……..xii
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA……15
1.1 Situación Problemática 15
1.2 Formulación Del Problema 17
1.3 Justificación 18
1.4 Objetivos 19
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO 21
2.1 Marco Filosófico – Epistemológico De La Investigación 21
2.2 Antecedentes De Investigación 22
2.3 Bases Teóricas De La Investigación 51
2.4 Formulación De Hipótesis 89
CAPITULO III. METODOLOGÍA 92
3.1 Tipo y Diseño de Investigación 92
3.2 Unidad de Análisis 93
3.3 Población de Estudio 93
3.4 Tamaño de muestra 93
3.5 Selección de muestra 97
3.6 Técnicas de Recolección de Datos 98
3.6.1 Variables ……..98
3.6.2 Instrumentos Utilizados ……..……98
3.7 Consideraciones Éticas 101

3.8 Técnicas De Análisis Estadísticos 101

CAPITULO IV. RESULTADOS 103

4.1 Análisis De Resultados 103

4.2 Prueba De Normalidad 105

4.3 Prueba De Hipótesis General 106

4.4 Prueba De Hipótesis Específicas 108

4.5 Diferencias Entre Las Variables Investigadas Con Las Variables Sociodemográficas…. 112

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN 122

5.1 Discusión 122

CONCLUSIONES 126

RECOMENDACIONES 128

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 129

ANEXOS 154

INDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Niveles de obesidad.…….…….…... 94

Tabla 2. Niveles de estudio…….…….…….…….....94

Tabla 3. Sexo……..……..……..... 95

Tabla 4. Edad…….……...…..……..... 95

Tabla 5. Estado civil…….…….…..……. 96

Tabla 6. Percepción de la satisfacción económica……97

Tabla 7. Consistencia interna del WHOQOL BREF…….…….….. ……...99

Tabla 8. Consistencia interna del COPE…….…..……100

Tabla 9. Estadísticos descriptivos de calidad de vida……..…….……...103

Tabla 10. Estadísticos descriptivos de calidad de vida……..…… 104

Tabla 11. Estadísticos descriptivos de grados de obesidad…… …..105

Tabla 12. Pruebas de normalidad de la calidad de vida…….……..…….....105

Tabla 13. Pruebas de normalidad de los estilos de afrontamiento……..……106

Tabla 14. Relación de las dimensiones de calidad de vida y estilos de afrontamiento…….....107

Tabla 15. Relación entre dimensiones de calidad de vida y afrontamiento en obesidad grado I …….108

Tabla 16. Relación entre dimensiones de calidad de vida y afrontamiento en obesidad grado II 109

Tabla 17. Relación entre dimensiones de calidad de vida y afrontamiento en obesidad grado III 111

Tabla 18. Diferencias de las variables según nivel de obesidad…….……...….112

Tabla 19. Diferencias entre las variables con sexo según nivel de obesidad grado I……..113

Tabla 20. Diferencias entre las variables con sexo según nivel de obesidad grado II…….....114

Tabla 21. Diferencias entre las variables con sexo según nivel de obesidad grado III…….. 115

Tabla 22. Diferencias entre las variables con nivel de estudios según nivel de obesidad grado I…….....116

Tabla 23. Diferencias entre las variables con nivel de estudios según nivel de obesidad grado II……...117

Tabla 24. Diferencias entre las variables con nivel de estudios según nivel de obesidad grado III……...……...118

Tabla 25. Diferencias entre las variables con edad agrupada según nivel de obesidad grado I……..…119

Tabla 26. Diferencias entre las variables con edad agrupada según nivel de obesidad grado II……..…….…120

Tabla 27. Diferencias entre las variables con edad agrupada según nivel de obesidad grado III…….…..…121

Tabla 28. Análisis de consistencia interna de WHOQOL-BREF: correlación ítem-test y variación si ítem es eliminado……..…...165

Tabla 29. Análisis de consistencia interna de la dimensión salud física - WHOQOL-BREF: correlación ítem-test y variación si ítem es eliminado…….…….166

Tabla 30. Análisis de consistencia interna de la dimensión salud psicológica - WHOQOL-BREF: correlación ítem-test y variación si ítem es eliminado……..…….....166

Tabla 31. Análisis de consistencia interna de la dimensión relaciones sociales - WHOQOL-BREF: correlación ítem-test y variación si ítem es eliminado…….166

Tabla 32. Análisis de consistencia interna de la dimensión ambiente - WHOQOL-BREF: correlación ítem-test y variación si ítem es eliminado……..…..…..167

Tabla 33. Índices de ajuste del WHOQOL-BREF ……..……167

Tabla 34. Estructura factorial del WHOQOL-BREF …… 168

Tabla 35. Análisis de consistencia interna de la dimensión centrado en el problema - COPE: correlación ítem-test y variación si ítem es eliminado……....170

Tabla 36. Análisis de consistencia interna de la dimensión centrado en la emoción - COPE: correlación ítem-test y variación si ítem es eliminado……..…..171

Tabla 37. Análisis de consistencia interna de la dimensión otros estilos - COPE: correlación ítem-test y variación si ítem es eliminado……..…..171

Tabla 38. Índices de ajuste del COPE…….....172

Tabla 39. Estructura factorial del COPE……..…...172

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Dominios de la calidad de vida en el Whoqol-Bref…..……..... 54

Figura 2. Procesos implicados en la psicopatogenia del estrés..…….……..……. 58

Figura 3. Valoración primaria y secundaria en el modelo transaccional del estrés…… 61

Figura 4. Modelo procesual del estrés……..…. 64

Figura 5. Estrategias del afrontamiento en esquemas……..……..... 70

Figura 6. Medición en pliegue del tricep para estima porcentual de grasa corporal…… 78

Figura 7. Tipo de investigación……..... 92

Figura 8. Diagrama de modelo factorial del WHOQOL-*BREF*…… 169

Figura 9. Diagrama de modelo factorial del COPE…..……..... 174

RESUMEN

La presente investigación correlaciona las variables calidad de vida y afrontamiento al estrés en adultos con obesidad. El diseño de investigación fue de tipo correlacional. La muestra es de 182 pacientes, 156 mujeres y 26 varones, con diferentes grados de obesidad. Se utilizaron los cuestionarios WHOQOL-BREF y COPE de Carver. Los estadísticos Kolmogorov-Smirnov y Shapiro Wilk evidencian distribución de la muestra que no procede de una población normal. El estadístico rho de Spearman evidencia correlación fuerte y positiva entre la dimensión salud psicológica de la calidad de vida y los estilos centrado en el problema en pacientes con obesidad grado I y con el estilo centrado en la emoción en general. Asimismo, se encontró correlación fuerte y negativa de la calidad de vida con otros estilos. En pacientes con obesidad grado II, se encontró correlación directa significativa en salud psicológica y relaciones sociales con el estilo centrado en la emoción y correlación inversa significativa entre la dimensión salud física con otros estilos. En la obesidad grado III se encontró correlación directa significativa entre la dimensión ambiente con el estilo centrado en el problema. Los pacientes con obesidad presentan mala calidad de vida y por lo general estilos de afrontamiento desadaptativos.

Palabras Clave: Calidad de vida, afrontamiento al estrés, obesidad.

ABSTRACT

The present research work correlates the variables quality of life and coping with stress in adults with obesity. The research design was correlational. The sample is 182 patients of both sexes, 156 women and 26 men, with different degrees of obesity. The WHOQOL-BREF and Carver COPE questionnaires were used. The Kolmogorov-Smirnov and Shapiro Wilk statistics show sample distribution that does not come from a normal population. Spearman's rho statistic shows a strong and positive correlation between the psychological health dimension of quality of life and problem-focused styles in patients with grade I obesity and with the emotion-focused style in general. Likewise, a strong and negative correlation of quality of life with other styles was found. In patients with grade II obesity, a significant direct correlation was found in psychological health and social relationships with the emotion-focused style and a significant inverse correlation between the physical health dimension and other styles. In grade III obesity, a significant direct correlation was found between the environment dimension and the problem-focused style. Obese patients present poor quality of life and generally maladaptive coping styles.

Key Words: Quality of life, coping with stress, obesity.

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida es un constructo multidimensional, cuando se relaciona con la salud, incluye diversos componentes, entre ellos el aspecto físico, psicológico, social, ambiental, cultural, (Oblitas L. 2017, pág. 256); así también, incluye aspectos socioeconómicos, el acceso a servicios básicos de salud (bienestar material objetivo), relaciones saludables con el ambiente físico, social y comunitario (Ardila, 2003); de esta manera, la calidad de vida incluye aspectos objetivos como las condiciones de vida y aspectos subjetivos como la satisfacción que el individuo percibe sobre su vida. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), mediante el indicador del índice de desarrollo humano (IDH) para el Perú señala que, el tiempo de vida saludable, el acceso al conocimiento y la vida digna, para el Perú, lo ubica en un nivel de vida alto (IDH = 0.777, puesto 79 de 189 países), en el 2019 (IPE-2021), esto refleja de manera general la calidad de vida en el país; el manejo inadecuado del afronte a la pandemia del SARS COV-19, deterioró la calidad de vida, pues para el primer semestre del año 2021, el Perú estaba en último lugar de América Latina, debajo de Uruguay, Ecuador, Brasil, Argentina, Colombia y Chile; siendo su IDH de 74 según el portal de emprendedores del Perú pqs.pe (PQS-2021).

En relación a los modos de afrontamiento al estrés que utilizan los adultos con obesidad se conoce poco en nuestro medio, de allí su importancia para conocer según el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento COPE (*Coping Estimation*), elaborado por Carver et al. (1989), adaptada en el Perú por Casuso (1996), manteniendo su estructura original, de 3 factores, con el propósito de conocer los estilos de afrontar el estrés, sean

centrado en el problema, centrado en la emoción u otros estilos, que emplean los pacientes con algún tipo de obesidad.

En relación a la obesidad patológica es de relevancia en la presente investigación, de ahí que conocer la relación de la calidad de vida en adultos con algún nivel de obesidad, además del tipo de afrontamiento al estrés que utilizan, es importante, más aún, conociendo las repercusiones y vulnerabilidad de esta condición de obesidad. Ante la situación actual de pandemia por el nuevo virus (SARS-CoV2), que pone en mayor riesgo a los pacientes con obesidad las complicaciones diabéticas, hipertensivas; incrementan la severidad que provoca el COVID-19. Evidencias tangibles en el índice de mortalidad en estos pacientes a causa de su vulnerabilidad al ser contagiado con este virus; en este sentido el Sistema Informático Nacional de Defunciones (Sinadef) reconoce que el 85.5% de muertes por COVID-19 tenían la condición de obesidad y así lo anunció el Ministerio de Salud (MINSA), publicado por la Agencia peruana de noticias (Andina, 03 de Agosto de 2020).

La obesidad desde hace décadas como enfermedad no transmisible, es un problema de primer orden en la salud en todo el orbe, alcanzando diversos grupos etarios que afecta su calidad de vida y producen impactos importantes en el funcionamiento de diversos órganos, como el riñón, el hígado y el sistema circulatorio entre otros. Por otra parte, Baile y Gonzáles (2013) señalan que esta enfermedad tiene vertientes desde la herencia hasta los inadecuados hábitos alimentarios y no menos importante el sedentarismo. La condición de obesidad trae consigo problema psicológico que se inicia desde la insatisfacción con el esquema corporal, mengua el autoconcepto, disminuye la

autorregulación emocional, depresión que afecta el conjunto específico de su cotidiano vivir.

Este estudio se divide del siguiente modo, el primer capítulo orientado al planteamiento del problema, que describe la problemática del paciente con obesidad en torno a la calidad de vida y el afrontamiento al estrés, permitiendo desarrollar los fundamentos teóricos del planteamiento del problema, así como los argumentos que sostienen los objetivos de la investigación. La muestra es de 182 pacientes, de 20 a 74 años de edad, de ambos sexos. El segundo capítulo describe en detalle la forma en que se desarrolló el estudio señalando la cantidad de participantes, procedimientos de recolección de la muestra y análisis de los datos obtenidos. En el tercer capítulo se presentan los resultados obtenidos y su descripción, donde se incluyen tablas estadísticas descriptivas e inferenciales y figuras.

Al finalizar se presenta la bibliografía y anexos, en donde se incorporan el consentimiento informado, los instrumentos de medición y la ficha sociodemográfica.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación problemática

En la población peruana el exceso de peso es un problema de salud pública, pues el 62% de población mayor de 15 años, está con sobrepeso y obesidad, de los cuales 300,000 personas se encuentran con grado mórbido, es decir, Obesidad grado III (MINSA, 2023). El Instituto Nacional de estadística e Informática (INEI) en conjunto con La Encuesta Demográfica y de Salud (ENDES) muestran la tendencia del crecimiento de la obesidad en los mayores de 15 años, del 2013 al 2021; siendo la prevalencia de obesidad el 2013 del 18.3%, el 2017 de 21.0%, el 2020 del 24.6% y el 2021 del 25.8% (MINSA, 2021).

En nuestro país, la obesidad tiene una prevalencia alta, en relación al nivel mundial, pues según registros en Our World in Data (2022), los adultos mayores de 18 años, tenían prevalencia del 19.1%. En ese sentido, Morocho, J. y Llallahui, W. (2022), señalan de un lado, que las comorbilidades están relacionadas con diversos tipos de cánceres, hipertensión y diabetes; de otro lado, estas comorbilidades de obesidad en el Perú, generan un alto costo económico, existiendo inacción de parte del gobierno, por no considerarla como enfermedad, que se refleja en la ausencia de educación preventiva o alfabetización alimentaria en el país, acorde a la dimensión del problema. Asimismo, cabe señalar que el número de profesionales especializados en obesidad es insuficiente (World Obesity Federation, 2021b), por estas razones, las personas con exceso de peso, al no tener dolencias o sintomatologías significativas, prescinden del servicio sanitario (Quichua et al., 2021). Por otra parte, Villena (2017) afirma que los adultos con obesidad severa

necesitan ser derivados a centros médicos, con profesionales de alta especialización en obesidad.

La pandemia del COVID-19 agravó la obesidad, que es un factor de riesgo para múltiples enfermedades crónicas (Petrova, D., Salamanca-Fernández, E., 2020). Igualmente, la calidad de vida en la población peruana se afectó de forma negativa, por el largo distanciamiento social, establecida como medida gubernamental, también por el déficit en ingresos económicos, aunado a un sistema sanitario deficiente para atender el inicio y progresión de los contagios por COVID-19. Ballena, C., Cabrejos, L. et al, (2021), encuentran sedentarismo, alimentación poco saludable, problemas de sueño, miedo, inadecuado afronte al estrés, entre otras dificultades que son transversales a las diversas etapas del ciclo de vida de las personas.

Dentro de esta perspectiva, la obesidad es una Enfermedad Crónica No Transmisibles (ECNT), que se caracterizan por tener limitantes funcionales, lenta evolución y deterioro progresivo: teniendo una comorbilidad importante a las enfermedades cardiovasculares, según Barboza Palomino, E. (2020).

La Organización Mundial de Salud (OMS, 2018), señalaba que las ECNT eran causantes del 69% de mortalidad en general, correspondiendo el 21% a las enfermedades cardiovasculares: por lo que la OMS insta a los gobiernos a financiar programas de prevención para identificar y disminuir los factores de riesgo, de la obesidad, del sedentarismo, de la mala alimentación, dislipidemias e hipertensión, entre otras, a fin de mejorar la esperanza y la calidad de vida.

Dentro de este marco, la persona con obesidad a través del tiempo va desarrollando resistencia a cambios de hábitos saludables en su alimentación; siendo a la vez poco adherente al seguimiento de dietas y con ello se genera limitaciones en su actividad

cotidiana, aunado a su volumen corporal condición que le lleva a dolores graduales según edad, mialgias diferentes, dolores articulares, ciática, discopatías, entre otros, los cuales se presentan sedentarismo progresivo; sumado a estas condiciones, su inadecuado afrontamiento al estrés crónico, debilita su participación social, disminuyendo su vinculación interpersonal, que afecta progresivamente su autopercepción y valía personal, Guzmán, R., del Castillo, A. y García, M., (2010).

La pandemia COVID-19 agravó la salud mental en los habitantes de la ciudad de Lima, Saavedra, J., Aliaga-Giraldo, K., Nicolás-Hoyos, Y., & colaboradores (2020), en un estudio epidemiológico transversal, correlacional, en 1823 adultos, entrevistados por vía telefónica, utilizaron una variedad de escalas y cuestionarios relacionados a la salud mental; ellos encontraron que el 57.2% presentó un nivel de estrés de moderado a severo, la prevalencia en las mujeres fue mayor que en los varones (60.3% y 46.9%, respectivamente); de esta manera, el género femenino fue más vulnerable que el masculino, evidenciando nivel moderado de estrés en mayor cuantía.

Como resultado de las consideraciones señaladas anteriormente, surge la siguiente interrogante:

1.2 Formulación Del Problema

El problema general se inscribe en la interrelación de las variables: dimensiones de la calidad de vida, afrontamiento al estrés y grado de obesidad según grupo etario. De este modo el problema genérico sería la correlación entre las dimensiones de la calidad de vida y los estilos de afrontamiento al estrés en las personas de 20 a74 años, con obesidad en sus diferentes grados.

1.2.1 *Problema General*

Es así que, el problema general se expresa del siguiente modo:

PG: ¿Cuál es la relación entre las dimensiones de la calidad de vida y los estilos de afrontamiento al estrés, en adultos con obesidad de un hospital de Lima Metropolitana?

1.3 Justificación

Justificación teórica: Esta investigación tiene por finalidad aportar con el conocimiento sobre la vinculación existente entre las dimensiones de la calidad de vida y los estilos de afrontamiento al estrés en personas con algún grado de obesidad; conociendo las diferencias de edades de los participantes, entre 20 a 74 años a más y pertenecientes a ambos sexos.

También cabe precisar que hay ausencia o muy pocos programas conocidos para prevenir y/o tratar la obesidad como problema multidimensional en el adulto, y el estilo de afrontamiento al estrés que estas personas tienen, sabiendo que éste es un problema creciente a nivel nacional y considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) fuente generadora de otras complicaciones coadyuvantes como los cuadros hipertensivos, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes tipo 2, entre otras. Pese a existir factores genéticos, hábitos alimenticios inadecuadas, propensión al consumo de comida rápida, y elementos contextuales estresantes diversos, pues depende ello de la evaluación que hacen de la situación problema, precisa incorporar más elementos para tener líneas base para estudios futuros en la preparación de actividades de primer nivel en salud y el tratamiento de tal enfermedad desde sus aspectos psicológicos.

Justificación práctica: Su utilidad práctica está en el que la información nos servirá para elaborar intervenciones más precisas en cuanto al afrontamiento al estrés y en cuanto al como la calidad de vida de estos pacientes se ve afectada, en sus diferentes dominios: físico, psicológico, social y ambiental, según el WHOQOL-BREF; esto nos servirá para la elaboración más precisas de programas preventivos, recuperativos y psicoeducativos según grado de obesidad y grupo etario al cual pertenecen.

1.4 Objetivos

1.4.1 *Objetivo General*

Determinar la relación entre las dimensiones de la calidad de vida y los estilos de afrontamiento al estrés en personas adultas con obesidad, de un hospital de Lima.

1.4.2 *Objetivos Específicos*

Determinar la relación entre las dimensiones de la calidad de vida y los estilos de afrontamiento al estrés en personas con obesidad grado I, en un hospital de Lima.

Determinar la relación entre las dimensiones de la calidad de vida y los estilos de afrontamiento al estrés en personas con obesidad grado II, en un hospital de Lima.

Determinar la relación entre las dimensiones de la calidad de vida y los estilos de afrontamiento al estrés en personas con obesidad grado III, en un hospital de Lima.

Comparar las dimensiones de la calidad de vida y los estilos de afrontamiento al estrés en personas con obesidad de un hospital de Lima, según grado de obesidad.

Comparar las dimensiones de la calidad de vida y los estilos de afrontamiento al estrés en personas con grado I, II y III de obesidad en un hospital de Lima, según sexo.

Comparar las dimensiones de la calidad de vida y los estilos de afrontamiento al estrés en personas con grado I, II y III de obesidad en un hospital de Lima, según grado de estudios.

Comparar las dimensiones de la calidad de vida y los estilos de afrontamiento al estrés en personas con grado I, II y III de obesidad de un hospital de Lima, según edad.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Filosófico – Epistemológico De La Investigación

La investigación se circunscribe en relación a los temas de calidad de vida, afrontamiento al estrés y la enfermedad de la obesidad en los adultos. Se concibe al ser biopsicosocial en continua interdependencia con el contexto, a la salud y enfermedad como un proceso continuo; así también se concibe al estrés desde el marco teórico de la psicología cognitiva, junto a la calidad de vida y la obesidad, son aspectos que tienen un marco multidisciplinario, multicausal. La epistemología que se enmarca en nuestra investigación obedece a la propuesta de Kuhn (Macbeth et al., 2014), la cual se enmarca en la sociología de la ciencia, obedeciendo el desarrollo de la ciencia a múltiples paradigmas, propios de las revoluciones científicas como manifestaciones históricas de una comunidad de científicos (Gergen, 2001).

La epistemología planteada por Kuhn (Kuhn, 1971) inserta en la sociología de la ciencia, las comunidades más que los individuos, son agentes básicos del objeto de la ciencia como sujeto y esas comunidades contienen valores cognitivos específicos con los cuales se comprometen, de allí que su enfoque pueda ser llamado reconstructivo, sin dejar de considerar la lógica de Popper (Bunge, 2002), quien había planteado una epistemología muy rigurosa, su visión racionalista crítica se asentaba en estudios lógicos donde los diseños experimentales buscaban mostrar la evidencia sujeta a control, que apoyaba la falsedad de la hipótesis nula; para Popper (Macbeth et al., 2014) constatar una teoría radicaba en su refutación mediante contraejemplo, buscando así la falsabilidad, pues el falsacionismo constituía un pilar en la ciencia.

Se aborda el enfoque cognitivista de la psicología para tratar el estrés y su afrontamiento, planteando hipótesis en afirmación y nulas, usando el método hipotético-deductivo, que sostiene que la actividad científica mayormente está regida por lineamientos temáticos y metodológicos, insertados en el paradigma histórico vigente.

2.2 Antecedentes De Investigación

2.2.1 *A Nivel Internacional*

Lobato, S., y cols. (2022), realizan un análisis bibliométrico, recogen información de países con mayores cantidades de publicaciones, seleccionando a 10 países, con 82 publicaciones en el periodo 1980-2020, siendo la búsqueda relacionada a la importancia de los contaminantes ambientales, su impacto en la obesidad, la esperanza de vida y la calidad de vida, y en cómo el COVID-19 (Coronavirus disease) o enfermedad del Coronavirus, incrementó más este problema de salud pública. Se centraron en el trinomio contaminación ambiental-alimentación-epigenética, se encontró que inicialmente fueron los metales pesados y los contaminantes aéreos fueron principales, ahora se evalúa su incidencia temporal, el rol de las partículas inferiores a 2.5 micras (PM2.5) o material particulado respirable y sus efectos en mayor cuantía de las enfermedades cardiovasculares y bronco respiratorios, además de la obesidad; sin embargo, la alimentación continúa siendo factor etiológico de la obesidad y la metilación del ADN fue encontrada como su mecanismo epigenético.

Primo, D., et al. (2021), investigan en España en 35 pacientes obesos sedentarios, la práctica del ejercicio físico durante 12 semanas, ejercicios de fuerza del tren superior e inferior y caminata de 1500 mts., en menor tiempo y su incidencia en el peso, CC. e IMC,

en los valores bioquímicos (colesterol, HDL., triglicéridos, niveles de glucosa, resistencia a la insulina) y en la calidad de vida, a través de plataforma on line, con adecuado seguimiento; encuentran disminución de masa grasa en general, disminución de resistencia a insulina y aumento de indicadores de la calidad de vida.

Janjetic, M., Oliva, M., et al. (2020), realizan una investigación en Argentina, en mujeres adultas de 40 a 65 años, en una muestra de 128 mujeres pre y post menopaúsicas, con una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 60.2%, en quienes evaluaron la calidad de vida relacionada con la percepción del estrés y el perfil antropométrico. La calidad de vida percibida en esta investigación, mediante el WHOQOL-BREF, encontró que el 22.7% consideró muy buena, el 33.6% bastante buena, el 28.1% la consideró normal y el 15.6% regular; sin embargo, las mujeres con sobrepeso y obesidad de esta muestra percibía peor su calidad de vida que las que tenían normopeso, de tal manera que conforme aumenta el índice de masa corporal (IMC), disminuye la calidad de vida (CV) en la cual las dimensiones físico y psicológico presentan relación inversa con el IMC, mientras que relaciones sociales y ambiente no presentó asociación de significancia con el IMC. Además, encontraron asociación inversa entre la percepción del estrés (evaluada con PSS-10) con la CV y con sus cuatro dimensiones o dominios, es decir a mayor percepción de estrés, menor calidad de vida.

Alarco, G., Cancio-Bello, C., Agramonte, A. y Lorenzo, A. (2019), realizaron un estudio exploratorio-descriptivo en Cuba, sobre el autocuidado en mujeres con obesidad, con una muestra intencional de casos-tipo en 10 mujeres con obesidad, de edades entre 40 y 53 años. Encontraron, dentro de la dimensión física, seis de ellas presentan autocuidados en su salud (ejercicio. Alimentación, controles de salud, adherencia a tratamientos, conocimiento sobre obesidad). Respecto al autocuidado psicológico, encontramos la

mayor vulnerabilidad en casi todas, siete mujeres no lo promueven, evidencian estados de ánimo negativos (ansiedad, depresión, poca autovaloración y autorreflexión, insatisfacción en su imagen corporal, restricción de proyectos a futuro, afrontamiento pasivo a la enfermedad). En relación a la dimensión social del autocuidado, se encontró que fue la mejor atendida (percepción positiva de su ambiente, siendo el ocio y esparcimiento poco promovido), de tal manera que se constituye en un factor que promueve protección de la salud. Limitaciones en este estudio son los pocos estudios previos de autocuidados de pacientes con obesidad y el tamaño de la muestra.

Ruíz Martinez, A., et al. (2018), realizaron una investigación referida a los síntomas psicopatológicos y la calidad de vida en mujeres y hombres, utilizaron como instrumentos de medición, el SCL-90-R como el WHOQOL-BREF (Junta de Andalucía, 2010), y aplicaron en población no clínica (n=465), en el ámbito comunitario, del DF México, encontraron mayor psicopatología en el género femenino, siendo éstas la obsesión, compulsión, somatización, depresión; mientras que en el género masculino se encontró prevalencia de obsesión-compulsión, ideas paranoides y somatizaciones. En relación a la calidad de vida se encontró agrado con la vida en general; el orden de incidencia en la calidad de vida en ambos géneros es, la salud física, la salud psicológica, las relaciones sociales y el medio ambiente, aunque las diferencias se dan en las puntuaciones, más altas para el género femenino; es decir, menor calidad de vida que para los del género masculino. Los autores reflexionan sobre estas diferencias halladas según género, en la relación síntomas psicopatológicos y calidad de vida, manifestando que los síntomas no necesariamente se encuentra en población clínica u hospitalaria, que la inequidad entre ambos géneros se evidencia en lo económico, político, social, cultural,

incidiendo esto en los determinantes sociales de la salud y en específico en la salud mental, requiriendo para ello un mayor trabajo en la comunidad como en la atención primaria.

Mercado (2016), en Chile, realiza una revisión bibliográfica de la Calidad de vida percibida en personas obesas, encuentra que la comorbilidad con patologías digestivas, neurológicas y psicológicas se asocian a una mala calidad de vida; de otro lado, encuentran deterioro y reducción en las expectativas de vida en población obesa Wei-Jei et al. (2002). La esperanza de vida en estos pacientes de 60 años, se reduce en cuatro años, respecto a los normopeso de 60 años según Monteverde y Novak (2008).

Chagas y Neves (2015), en Brasil, estudiaron la calidad de vida en obesidad mórbida, usando el WHOQOL BREF, de diferentes clases económicas (ABEP, 2012),

Encontraron que, el dominio medio ambiente, estaba más deteriorado y el más preservado el dominio social. De manera similar el dominio físico presentaba mayores limitaciones motoras en los mayores de 40 años. Las mujeres tuvieron puntajes menores en calidad de vida respecto a los varones. Además, encontraron que, a menor instrucción y deprivación económica, menor puntaje en calidad de vida.

Cardona-Arias y Higuita-Gutiérrez (2014), Realizaron una revisión sistemática y encontraron 548 artículos que referenciaban la medición de la calidad de vida con el WHOQOL-BREF, en el periodo 2002-2012, encontraron que, en las Américas, el país con mayor cantidad de estudios lo tiene Brasil (136 artículos), le sigue China (82 artículos), la población total fue de 234 414 individuos. Se encontró que, en los subgrupos estudiados hubo mayor interés en enfermedades crónicas, por su morbimortalidad alta y las discapacidades a que conlleva, y por los trastornos mentales y del comportamiento, en los cuales también se afectan las capacidades cognitivas, sociales, familiares y laborales.

Zavala et al. (2010), realizan una encuesta sobre calidad de vida y salud en el 2006 en Chile, en población adulta, encuentran bajos niveles de acciones rutinarias, bajos niveles nutricionales en vegetales con fibra y niveles altos de índice de masa corporal (IMC) en las diversas edades. En cuanto a los factores estresantes, no se halló relación significativa entre actividad o sedentarismo, sólo ligera tendencia en ese sentido y nivel de mayor estrés en los niveles socioeconómicos bajos.

Urzúa y Caqueo-Urízar (2012), en Chile, hacen una revisión del concepto calidad de vida (CV), encuentran que Ferrans (1990) lo sitúa como el bienestar personal en relación a satisfacción e insatisfacción de importancia para sí; Hornquist (1982) la CV la relaciona con la satisfacción de necesidades en lo físico, psicológico, social de actividades; Shaw (1997) les da importancia a lo individual, familiar y social como dotaciones que recibe la persona, eso cuantifica su calidad de vida según ecuación propuesta; Lawton (2001), involucra en los factores multidimensionales de la CV las valoraciones intrapersonales, socio-normativos y ambientales de las personas. También, Urzúa y Jarne relacionan la calidad de vida y afrontamiento en diversas patologías crónicas (Urzúa & Jarne, (2010).

Guillén, R. (2022), en México, realizó un estudio en 50 mujeres adultas, sobre las atribuciones y estrategias de afrontamiento que realizan de sí mismas, tenían edades entre 18 y 48 años y un índice de masa corporal (IMC) mayor a 27. Las pacientes con obesidad (55% de la muestra), atribuyeron en parte su obesidad al control externo de su condición de salud afectada por la diabetes y/o problema cardiovascular; como estrategia de afrontamiento, atribuyen como control interno a sus síntomas que afectan su salud física, principalmente; atribuyen sus conductas y cogniciones a la carencia de control económico, de disciplina horaria, de mantener alimentación inadecuada, sedentarismo y mantener sus

síntomas. Atribuyen que la condición de obesidad, les afecta las emociones, la autoestima, generando estrés y ansiedad. Atribuyen su obesidad en el factor relaciones interpersonales, a la crítica, discriminación, burlas, también perciben efecto adverso en su trabajo, en su grupo amical, familia-pareja; atribuyen su obesidad en el factor emociones, que esta condición les genera tristeza, enojo, ansiedad, incrementando su comer; de esta manera ven afectadas las dimensiones salud física, en un 66 % de la muestra total, y su salud psicológica en un 96% refiere que se vincula a su sobrepeso la depresión, el estrés, la ansiedad, el enojo, la incomodidad, la insatisfacción, frustración e inseguridad. Sus principales estrategias de afrontamiento son las conductas sedentarias, la apatía, indiferencia a los otros, conducta de comer como mitigador de ansiedad. Propone la investigadora programas de intervención psicológica en obesidad, siguiendo el modelo cognitivo conductual, teniendo en cuenta los factores psicológicos encontrados en la población con obesidad.

Area, M., (2021), en Argentina, realiza una investigación cuantitativa no experimental transaccional, sobre las estrategias de afrontamiento en 44 personas, de ambos sexos, adultas obesas, de edades de 50 a 64 años de edad y las creencias irracionales que tienen estos. Encontró que el estilo de afrontamiento más usado es el centrado en el problema, siendo la estrategia más ejecutada el de desarrollo personal en ambos sexos y mayormente en mujeres la reevaluación positiva y en los varones la resolución de problemas; entre las creencias irracionales más utilizados están el sentir miedo ante cualquier cosa desconocida, contar con algo más grande y fuerte que uno mismo; otra creencia irracional es que la inactividad, la paciencia y el ocio indefinido aumenta la felicidad.

Gonzales, R., Ruiz, A., et al., (2021), realizaron un estudio en 286 obesos (as), en México, con edades que están en el rango de 20 a 40 años; relación entre el bienestar psicológico (BP) con en el apoyo Sociofamiliar y el apoyo de amigos, la investigación mostró que no existe relación entre el BP y el IMC; sin embargo, el BP de los pacientes obesos es favorecido por el mayor uso del afrontamiento centrado en la solución de problemas (estilo adaptativo o racional) y autofocalización negativa (estilo de afrontamiento desadaptativo o emocional), además del apoyo familiar, constituyéndose así en factores predictivos preventivos para protocolos de intervención en población con obesidad.

Cofre, A., Jara, B., Palma, D., Cea, F. & Riquelme, E. (2020), en Chile, investigaron en 86 adultas con obesidad (63 mujeres y 23 hombres) el estrés, la regulación emocional y la autoeficacia percibida. Estos investigadores encontraron en la obesidad tipo II las más altas puntuaciones a excepción de la autoeficacia en general; sin embargo, a pesar de haber diferencias significativas según grado de obesidad en las variables de estrés, confianza y resolución de problemas y de situaciones inesperadas. También, se encuentra relación positiva leve entre estrés y regulación emocional, estrés e índice de masa corporal (IMC); de otro lado, la regulación emocional tiene correlación inversa con autoeficacia percibida y leve relación con el IMC. De estos resultados, las personas obesas tipo I, tienen mayor adaptación al estrés y a las dificultades de regulación emocional, les siguen los de obesidad tipo III en relación a los de tipo II; mientras que los obesos tipo II alcanzan niveles altos de estrés y dificultades en su regulación de emociones. Finalmente, encuentran los investigadores relación directa entre estrés y edad y relación inversa entre regulación emocional y autoeficacia general.

Arce, E., et. al, (2020), estudiaron en 140 mujeres universitarias entre 18 y 54 años el estrés académico, la actividad física, la composición corporal y la habilidad emocional, en cuyos resultados evidenciaron que, a mayores puntajes de estrés académico, hay puntajes más altos de índice de masa corporal (IMC), mayor porcentaje de grasa corporal, y a mayor nivel de estrés académico menores puntajes de regulación y comprensión emocional. También hallaron, que los mayores puntajes de regulación emocional están asociados a menores puntajes en IMC, menor porcentaje de grasa y menor intensidad de estrés; la mayor parte de estudiantes tienen niveles bajos de actividad física.

Terrazas-Romero, M., Flores-Boyso, G., Zenil-Magaña, N., Landa-Ramírez, E., Reséndiz-Barragán, A. (2018), realizaron una investigación en México, en 101 pacientes candidatos a cirugía bariátrica, en estado de obesidad II con comorbilidades (IMC > 35) y obesos mórbidos (IMC > 40), entre mujeres y hombres, en rango de edad de 17-70 años, siendo 82 las mujeres participantes y 19 los varones. Estos investigadores estudiaron la relación entre estrategia de afrontamiento al estrés, percepción de calidad de vida y nivel del IMC. Encontraron que los evaluados usaron el afrontamiento centrado en la acción, centrado a la solución de problemas, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social. Las estrategias más usadas, se relacionan negativamente con la calidad de vida. Además, se obtiene correlación positiva débil entre el afrontamiento emocional y la calidad de vida. No se obtuvieron correlaciones entre el IMC y los estilos de afrontamiento.

Sánchez (2016), en España, en su estudio sobre estilos de personalidad, afrontamiento y satisfacción en profesionales sanitarios en relación con la salud, en 211 profesionales de hospitales especializados y de nivel primario de salud; aplicó entre otros cuestionarios, el COPE-Brief, los más jóvenes usaron mayormente el estilo de

afrontamiento centrado en el problema, frente a los de edad promedio. En el caso de las mujeres, usaron mayormente estilos desadaptativos y enfocado en la emoción, comparados a los varones; en hombres jóvenes y en mujeres de edad promedio, se halló que usaban en mayor grado el acudir a la religión ante dificultades generadoras de cargas estresantes.

Shimanoe (2015), junto a colaboradores, en Japón, investigaron en una muestra de 12 045 personas, en edades de 40 a 69 años. Usaron el cuestionario COPE-Brief, evaluaron percepción del estrés y las estrategias de afrontamiento, en relación al IMC; hallaron que los hombres más jóvenes tuvieron más probabilidad de tener sobrepeso/obesidad y usaban la reevaluación positiva y resolución de problemas, la desconexión mostró asociación inversa con el IMC, la asociación inversa entre desconexión e IMC fue más evidente en niveles más altos de estrés, en bajo, en medio y en alto nivel de estrés; en ese orden, además de tener status administrativos y profesionales y dormían menos tiempo que los que no tenían sobrepeso u obesidad. Las mujeres en sobrepeso u obesidad que eran de edad mayor, comparadas con las que no tenían sobrepeso u obesidad, percibían mayor estrés, usaban la búsqueda de apoyo emocional con menos frecuencia, trabajaban menos, con menores niveles de educación, eran menos bebedoras de alcohol y tenían niveles altos de actividad física. Los resultados sugieren asociación positiva débil entre el estrés psicosocial y la adiposidad, no hallaron relación significativa entre estrés percibido e IMC en ninguno de los dos sexos.

Kapsou et al. (2010) en Grecia, realizan una contribución empírica a la construcción Validación del afrontamiento dimensional del COPE-Brief con una muestra de habla griega; en 1127 individuos, donde los resultados sugieren que el COPE-Brief muestran medidas útiles de estrategias de afrontamiento al estrés de orden transcultural,

tal como lo propone Carver et al., confirmando la estructura multidimensional. En este estudio los individuos confían en el manejo específico como en el afrontamiento amplio, sea el afrontamiento activo, evitativo, búsqueda de apoyo y expresión de sentimientos negativos para afrontar al estrés, dimensiones que pueden relacionarse a factores demográficos cómo género y educación las cuales tienen ramificaciones para la psicopatología y calidad de vida.

Lobato, S., Bucio, M., Salomón, V. (2022), en México, realizan una bibliometría de publicaciones científicas relacionadas a la obesidad y su relación con contaminantes ambientales, la alimentación y la genética. Ellos, usando la base de datos Web of Science, hallaron 577 artículos originales y 77 revisiones; encontraron que contaminantes ambientales a largo plazo, considerado el material respirable particulado de 2.5 micras o menor a ello ($PM_{2.5}$), el más dañino para la salud, de forma líquida o sólida en el aire, y reconocen que la salud ambiental, constituye un paradigma nuevo en el estudio de la prevalencia de la obesidad; la OMS en el 2021 ya anunciaba que de 174 ciudades de América Latina y el Caribe, solo 12 (7%) cumplieron con la pauta PM2.5 que recomendaba este organismo; mientras que India, Pakistan y república China eran las ciudades con peor calidad de aire (La República, 4 abril 2022); Además, los investigadores identificaron a la alimentación como la principal etiología de la obesidad, confirmando también la vinculación de las etapas periconcepcional, fetal y temprana de la infancia, conllevan a la futura iniciación de obesidad en la adultez y el síndrome metabólico. Finalmente, los investigadores señalan la importancia de los mecanismos epigenéticos en el desarrollo de la obesidad, planteando vectores de investigación en la obesidad: metilación del ADN, estrés oxidativo y $PM_{2.5}$.

Bastías, F., Gómez, D., Ortiz, M. (2022). Realizaron un estudio no experimental, transversal, en Chile, en una muestra de 344 personas entre 50 y 83 años, de los cuales el 55.8 % eran mujeres, con obesidad el 38% de la muestra, de estos el 28.4 % con obesidad grado I, el 7.5 % con obesidad grado II y el 2.6 % con obesidad grado III, estos investigadores estudiaron el estigma de peso, la dieta mediterránea y la obesidad, entre sus hallazgos están que la dieta mediterránea pierde su efecto predictor de la obesidad al añadir la variable estigma de peso, lo cual confirma que la estigma de peso es predictor importante para el aumento de IMC, evidenciándose que la sola conducta alimentaria no es suficiente para explicar la obesidad. El estigma de peso compromete la ingesta, que es reconfortante e incidente en el aumento del IMC, por el alto consumo alimenticio de alta densidad de calorías; compromete además la desregulación metabólica que genera el estrés percibido elevado, producto de la estigmatización, incidiendo en masa corporal y volumen. En este estudio no se halló relación directa entre síntomas depresivos, como el estrés, a la obesidad.

Gárate, I., Valdés del Olmo, L., Bayona, A., Martínez, J. (2021). Realizan una revisión sistemática sobre la relación entre obesidad y estrés laboral, desde España. De 177 referencias, 12 estudios cumplieron con criterios de inclusión. Si bien es cierto que el estrés laboral está aumentando en los últimos años, también lo está el IMC, varios estudios en esta revisión reportan correlación entre estrés laboral e IMC, aunque la dirección es difusa; Otros estudios reportan que a mayor número de horas laboradas y turnos trabajados, mayor es el IMC y finalmente; en mujeres se incrementa más que en hombres el IMC ante el estrés laboral, sin embargo; las limitaciones están en que se tomaron diversos tipos de estudios: longitudinales, transversales, de cohortes y un estudio clínico.

De esta manera, no se puede concluir enfáticamente que haya relación directa entre estrés laboral y aumento del IMC.

López, J., Garcés de los Fayos, J. y López García, J. (2021), en España, investigaron la obesidad desde un enfoque biopsicosocial, en 111 personas con y sin síndrome de edorexia, estudian este síndrome dado como una posibilidad de alteración mental, debido a la regulación propia del apetito en la condición obesa; para ello intervienen con los cuestionarios CSE, BFQ y CRI-A, correspondiendo al síndrome de edorexia, cuestionario de personalidad de los 5 grandes y a la respuesta de afrontamiento, respectivamente. La edorexia (lat. *Edo y orexis: comer y apetito respectivamente*), es un trastorno donde la percepción alimenticia es continua, sin control, diario y tiene por finalidad aliviar de momento lo que genera hábito; las conductas presentes relacionadas al consumo en exceso de alimentos y la evitación de estos. La edorexia incide en las conductas que son difíciles de resolver para los pacientes obesos, estas son la dependencia, la evitación, déficit en respuestas emocionales y limitación en la percepción del bienestar psicológico (Hernández, J. Ledón, L. y Mendoza, J., 2018). Asimismo, López, Garcés de los Fayos y López García, encontraron que la actividad física en sí no tiene relación con el IMC, es independiente a la obesidad; el mayor consumo alimenticio se relaciona con el estilo de afrontamiento centrado en las emociones (búsqueda de recompensa, evitación); la regulación emocional es un precursor del comportamiento alimenticio en la obesidad; el síndrome de edorexia puede ser buen predictor de la obesidad, ya que no se dispone de conductas y habilidades y/o recursos para afrontar la inhibición, desinhibición de alimentos de forma más autocontrolada.

Muñiz, N. (2021), realiza un trabajo de fin de grado, una revisión crítica de 21 artículos de carácter cualitativos y cuantitativos, en el periodo 2010-2019, en el país

Vasco, España, sobre la estigmatización de parte de los profesionales de salud a las personas con obesidad; para esto usó diversas bases de datos, como Medline Ovid, PsycINFO, CINAHL, Cochrane y Web of Science, ScienceDirect. Encuentra que existe estigma en diversas profesiones: medicina, enfermería, fisioterapia, Investigadores en obesidad y futuros profesionales sanitarios. Mayormente atribuyen la obesidad a la falta de voluntad, desagradables de tratar, incapacidad de adherencia a tratamientos, mantención de pérdida del peso logrado. El sesgo de peso se atribuye a la falta de recursos para su afronte como profesionales como a sus actitudes, esto les afecta en sentimientos de culpa, deshumanización hacia los pacientes, disminución y/o evitación de búsqueda de atención profesional, se encuentra en algunos casos que a mayor grado de estigmatización de los profesionales mayor IMC. En esta dirección, Sánchez-Carracedo, D., (2021), hacen una revisión de artículos entre 2010 al 2021, en bases de datos realizaron búsquedas bibliográficas en las bases de datos ISI Web of Science y PsychINFO, encontraron estos investigadores que la estigmatización está bastante extendida en la sociedad; entornos de salud, educación, laboral, la familia, medios de comunicación impresos-digitales, salud pública; afecta de manera negativa la salud en los psicológico y fisiológico, siendo factible incremento de enfermedades asociadas. El error que supone el estigma es que en el paciente obeso hay falta de autodisciplina y responsabilidad, ignorando su complejidad multifactorial. Su abordaje no sólo nos debe acercar a los derechos humanos y la justicia social, requiere avances en prevención y tratamientos, teniendo en cuenta a los colegios profesionales, organizaciones, medios de comunicación, autoridades de salud-educación públicas, compromiso gubernamental sobre el estigma del peso y favorecer una diferente concepción pública de la obesidad, acorde al conocimiento científico actual (Rubino, F. et. al, 2020).

En relación a la asistencia de los pacientes con obesidad, Burlandy, L. et al. (2020), en Brasil, investigan en 92 municipios en Rio de Janeiro, entre el 2014-2018, la atención básica en personas con obesidad, mediante grupos focalizados y entrevistas por profesionales y gestores de la atención básica y de las Áreas Técnicas de Alimentación y Nutrición (ATAN). Estos investigadores encontraron que el actual modelo asistencial médico es frágil en muchos aspectos para enfrentar la enfermedad multifactorial como la obesidad, encuentran frustración e impotencia en los profesionales diversos que atienden, por la falta de adherencia a los procedimientos terapéuticos y se ocupan de generar documentos para la prevención de esta condición, la falta de preparación para afrontarla, la necesidad de actuar a nivel multiprofesional, requerimientos de políticas públicas para afectar los ambientes obesogénicos. Se requiere de políticas gubernamentales en relación a la corresponsabilización entre el profesional-usuario, a fin de evitar extremos culpa y/o ser víctima; la valoración de beneficios diferente a la disminución de peso, que resignifique la concepción de adherencia; trabajo multidisciplinario para contextualizar el binomio salud-enfermedad, para la autoconfrontación del profesional con sus sentimientos y estigmas relacionadas a la obesidad.

Malo-Serrano et al. (2017), en relación a la obesidad en el mundo, publican un artículo sobre la obesidad en el mundo, refieren que actualmente, las personas obesas son el doble en número a los de bajo peso. Para las Américas las cifras según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), visto en: (OPS, 2016), 360 millones tienen sobrepeso y obesidad (el 58% de habitantes); de estos, las tasas más elevadas están en Chile tiene con 63% de la población con sobrepeso u obesidad, México 64% y Bahamas 69%. En América Latina y el Caribe, en más de 20 países las mujeres tienen 10 puntos porcentuales más que los hombres. También estos autores

sostienen que el IMC elevado, relaciona con problemas metabólicos (resistencia a la insulina, colesterol elevado y triglicéridos); riesgo de problemas cardiovasculares: coronariopatías y accidentes cerebrovascular (ACV); aumento de diabetes tipo 2; riesgo para enfermedades osteoarticulares y algunos cánceres.

Wagner et al. (2017), en Florianópolis-Brasil, realizaron una investigación en relación al transcurso de la vida social y económica, y la adiposis en los adultos, en el 2016. Usaron análisis transversal de un estudio de cohortes para población adulta en cantidad de 1222, en edades de 22 a 63 años); llegando a la conclusión en el estudio que, la condición socioeconómica en la trayectoria de vida, tiene influencia en las medidas de la masa del cuerpo, la circunferencia de cintura y la adiposidad, siendo diferentes en ambos géneros. Estos resultados conducen a tomar medidas gubernamentales que deberían considerar que el trayecto de vida social y económica a fin de incidir en el exceso de peso.

Santana-Cárdenas (2016), en México, realizan una revisión sistemática en relación a investigaciones sobre conducta alimentaria, obesidad y estrés laboral, denominando a su estudio: Relación del estrés laboral con la conducta alimentaria y la obesidad: Consideraciones teóricas y empíricas, sus hallazgos son que las personas con tensión y estrés laboral tienden a comer más incrementando su IMC, por lo cual incrementa su peso corporal, haciéndose factible que los que tienen sobrepeso u obesidad, tendrían mayor probabilidad de presentar alteraciones en su conducta alimentaria. Se encuentra que las mujeres son más vulnerables que los varones, en relación al estrés. Así también, señalan la importancia de avanzar en programas de afrontamiento emocional se asocien a planes dietéticos, ya que la obesidad y el estrés generan disminución en rendimiento, en capacidad productiva, y ausentismo en el trabajo.

López y Garcés (2016), sostienen que se debería seguír la linea de investigación, de cómo influye el estrés y los factores psicológicos que constituyen en el problema de peso excesivo, correlacionar la intensidad de estos factores y el aumento del IMC, ya que ellos no encuentran regresión lineal entre el deporte por si solo y el aumento del IMC; sin embargo, refieren ser de importancia la practica de ejercicios físicos para prevenir el sobrepeso y obesidad. En su estudio correlacional sobre conductas de riesgo y variables psicológicas con la obesidad, en una muestra compuesta de 18 personas con obesidad y sin obesidad, evaluaron hábitos alimentarios, estilos de vida y variables psicológicas, encontraron alta significación con un rho de Pearson al 0,001 entre las variables estrés ambiental, estrés antes y durante la ingesta, con el IMC; hallándo a la vez correlación negativa significativa del aumento del consumo de alimentos en ausencia del deporte con el IMC.

Gómez (2015), en España, realizó un estudio en adultos con adiposis en grado mórbido, post intervención de banda gástrica, estudia la influencia de este procedimiento en el periodo del 2005 al 2014, en los cambios que se dan en sus costumbres alimenticias, en sus características personales, en las alteraciones psíquicas y su calidad de vida. La muestra fue de 262 pacientes, cuyas edades van de 18 a 67 años, se les aplicó entre tests y cuestionarios el WHOQOL BREF, el SCL-90-R, entre otros. Los resultados muestran que la calidad de vida en esta población es deficitaria en las áreas de la salud relacionado a lo físico y la salud relacionada a lo psicológico; hallándose molestias psicológicas y alto puntaje para depresión y somatización.

Romero-Pérez et al. (2014), en Colombia, hizo un estudio sobre el sobrepeso y la obesidad se asocian a mayor prevalencia de síntomas menopaúsicos y deterioro severo de la calidad de vida, realizado en una muestra de 2167 mujeres colombianas, incluye

mujeres sin enfermedad en rango de edad 40 a 59 años, de diferentes etnias/razas, se usó la escala Menopause Rating Scale (MRS), escala autoaplicada de calidad de vida, con validación española y en algunos países de Latinoamérica; cuenta con tres dominios: somático, psicológico y urogenital. Se encuentra que a medida que aumentaba el IMC, se evidencia el deterioro progresivo en los tres dominios; en relación al sobrepeso y obesidad, se encontró menoscabo severo nivel de vida, ajustado respecto a los años, la hipertensión, los usos de terapia hormonal y cigarrillo.

2.2.2 *A Nivel Nacional*

Tenorio-Mucha, J., Romero-Albino, Z., Roncal-Vidal, V., Cuba-Fuentes, M. (2021), investigan la calidad de vida (CV) de adultos mayores durante la pandemia por COVID-19, pertenecientes a Centro del Adulto Mayor (CAM) de la seguridad social. Se intervino por llamadas telefónicas a 99 adultos, de los cuales el 84.9% son mujeres en edad promedio de 73.1 años, en su mayoría con nivel educativo superior y con apoyo familiar. La calidad de vida se evaluó con EQ-5D-3L, la depresión con la escala de depresión geriátrica (GDS) y la ansiedad con el cuestionario de Desorden de ansiedad generalizada (GAD-7). Los pacientes con obesidad fueron 15, en calidad de vida (CV) obtuvieron una media de 70, por tener un puntaje menor al promedio 78.9, en la escala análoga de CV., lo cual indica bajo nivel de calidad de vida, datos que eran notorios previos a la pandemia; además se halló problemas de insomnio, y muchos registraron sentimientos de soledad y abandono. Los indicadores de ansiedad y depresión se relacionan con una menor valoración en la escala de analógica de CV.

Queirolo, S., Barboza, M., Ventura-León, J., (2020), estudian la calidad de vida en adultos institucionalizados en 300 adultos mayores de 65 años, de un asilo en Lima

Metropolitana. Estos investigadores concluyen que el cuestionario de calidad de vida WHOQOL-OLD, de la OMS, tiene validez empírica y fiabilidad para su medición de la calidad de vida.

Vaca (2020), en su tesis sobre la percepción del adulto mayor sobre su calidad de vida, de un centro integral de atención (CIAM), realizó en el 2018 una investigación descriptiva transversal, en 50 adultos mayores, usando el Whoqol-Bref, , encontró que el 54% percibe su calidad de vida favorable y el 23 % desfavorable, de manera general; en el dominio físico el 54 % percibe su calidad de vida como favorable, en el dominio psicológico el 68% lo percibe de manera favorable; mientras que en el dominio social, el 52% lo percibe de manera favorable, concluye que la percepción desfavorable está relacionada a las dificultades de pareja y con la familia, considerando que el centro integral del adulto mayor, no tenía buena organización con la comunidad; mayormente el Whoqol-Bref se viene aplicando en enfermedades crónicas discapacitantes como enfermedad renal, diabetes, entre otras, es menor la investigación de la calidad de vida en personas aparentemente sanas, de allí que es importante la aplicación del WHOQOL-BREF en la etapa adulto mayor, en la cual se ven disminuidas algunas capacidades.

Chacchi (2018), investiga la calidad de vida en el adulto mayor en un centro del adulto mayor (CAM) de Lima Metropolitana 2017, utiliza el Whoqol-Bref, en muestra de 93 personas adultas mayores en el CAM Tayta Wasi. El 70% obtuvo nivel regular de mejora de vida y el 17% de mejora de vida era mala. Similares puntuaciones se encontraron en la dimensión física (70%), dimensión psicológica (71%) y en la dimensión social (68%), por tanto, predomina en los adultos mayores niveles de calidad de vida regular. En relación a mala calidad de vida, presentan en el dominio salud física el 15%, en el dominio salud psicológica el 11% y el 13% en la dimensión social; siendo sus

malestares, dificultad para la escucha en la dimensión física, en lo psicológico dificultades para el buen dormir y sentimientos de tristeza con ganas de llorar, realizando actividad regular en compañía familiar en el dominio de salud social. De manera diferente, aplicando el Whoqol-Bref en pacientes oncológicos, Ruiz (2017), en su tesis Conocimiento sobre autocuidado y su relación con la calidad de vida de los pacientes con quimioterapia de la Clínica Oncosalud – 2017, aplica a 46 pacientes, encontrando que si existe una relación directa entre el conocimiento de autocuidado, referido al mantenimiento de su higiene, su estado nutricional, su salud en general, además del autoestima y ánimo con la calidad de vida, en el paciente que recibe quimioterapia.

Cjahua (2017), realizó una tesis relacionada a la composición de categorías más importantes y algunos modelos de minería de datos, con la finalidad de encontrar los diversos elementos influyentes sobre cómo los habitantes de Lima perciben la calidad de vida, realizada el 2014, usando una encuesta publicada por el Instituto de Opinión Pública de la PUCP (IOP-PUCP), en muestra de 1920 personas, se establecieron 10 índices que miden los factores de mayor importancia en personas de 18 años a más, del cómo perciben la calidad de vida, pertenecientes a Lima-Este, Lima-Oeste, Lima-Norte y Lima-Sur, ven afectados algunos componentes como la movilidad y transporte, el ambiente, la economía y la salud, entre otros; destacando sobre todos como componentes más influyentes en la calidad de vida, la cultura ciudadana, el medio ambiente, la educación y la salud.

Márquez-Montero (2011), en su tesis calidad de vida vinculada a salud en población migrante rural-urbana y población urbana en Lima, Perú, usaron el WHOQOL-Bref, en una muestra de 307 personas, siendo el 57% de sexo femenino y el 62.2% migrantes, encontrando que los migrantes presentan en el nivel general de la calidad de vida menor puntuación en relación a la población urbana, siendo sus áreas más

deterioradas, el ambiente y la salud psicológica, percibiendo de mejor manera la salud física. Encuentra que, los que tienen enfermedad cardiaca y aquellos con diabetes tipo 2 presentan disminución en su nivel de vida en relación a la salud (CVRS); en sus factores, de componentes físicos, asociados a la CVRS están el género, la edad, el IMC, la hemoglobina glucosilada y la diabetes mellitus; en los pacientes con cardiopatía coronaria, los factores que se asocian a la CVRS en su componente mental se encuentran: la edad, el género, condición civil, nivel socio-económico, la historia previa de enfermedad coronaria y comorbilidades; mientras que la diabetes mellitus en estos pacientes se muestra como factor independiente.

Vera (2007), investiga el nivel de vida en adultos, entre 68 y 80 años, el significado de ésta para sí y para su familia; fueron 16 familias las estudiadas. Entre sus hallazgos encontró que las vivencias percibidas como tranquilizadoras, amorosas, de apoyo y protección de la familia, con la posibilidad de tener derechos de libertad para decidir, expresarse y comunicarse están asociadas al nivel de vida. Así de esta manera, entre las necesidades primarias se ubican al amor y el afecto, mientras que para alcanzar la realización personal es indispensable contar con el apoyo familiar.

Luyo, A. y Oyos, L. (2022). Investigaron, el nivel de ansiedad, depresión y estrés en pobladores del distrito de Carmen de La Legua-Reynoso en el contexto de pandemia por COVID-19, en el Callao. La investigación fue transversal, descriptiva y relacional; usaron un muestreo de tipo no probabilístico, aplicando 140 cuestionarios vía virtual por plataforma Facebook. El cuestionario escogido fue el Dass-21 para definir la presencia y severidad de la ansiedad, depresión y estrés. Encontraron, que el 61,4 % tenían ansiedad, tenían depresión el 57,9 % y estrés el 55,7 % de los evaluados. El estrés reportó un nivel

severo, con el 14 % en el género masculino y extremadamente severo en el género femenino, con el 20,5 %, de los evaluados.

Flores et al., (2021), en Puno-Perú, realizaron una investigación sobre el estrés, la actividad física y su relación con el IMC en docentes universitarios en pandemia, mediante una encuesta autoadministrada en línea por Google drive, en una población de 1150 docentes universitarios y una muestra probabilística de 234 docentes aleatoria simple (150 hombres y 84 mujeres). Encontraron que se incrementaron los niveles de estrés por el aumento del sedentarismo, la poca actividad física en los adultos y adultos mayores, por disminución del gasto energético y exceso de alimentación con productos poco saludables, hipercalóricos; teniendo como consecuencia el incremento del índice de masa corporal (IMC); así también, se incrementaron la ansiedad generada por largo periodo de aislamiento Estos investigadores encontraron que los catedráticos varones presentan mayor actividad física moderada y alta en relación a las mujeres. Del total de docentes (234), 39 tenían estrés por mal afrontamiento (89.74 %), 87 tenían estrés por presión laboral (8.05 %), 15 tenían estrés por creencias desadaptativas (100 %), 48 tenían estrés por depresión (18.75 %), y 45 tenían estrés por ansiedad (55.56 %). De esta manera, cuando los catedráticos tienen mayor nivel de actividad física baja, el 67.5%, presentan estrés por presión laboral el 91.9%; estrés por mal afrontamiento el 10.2%, estrés por ansiedad el 44.4%, estrés por depresión el 81.2% y estrés por creencias desadaptativas el 100%. De otro lado, cuando los catedráticos tienen mayor nivel de actividad física alta, el 8.9%, presentan estrés laboral el 6.9%; mientras que el estrés por creencias desadaptativas, por depresión y por ansiedad ninguno lo presenta (0 %); si la actividad física de los catedráticos es en nivel moderado, el estrés por mal afrontamiento alcanza la mayor parte de este grupo, 20 personas (51.28 %), además de presentar estrés por ansiedad, 25

catedráticos (55.56 %). En relación al IMC, existe una leve relación significativa negativa entre IMC y actividad física. Los varones presentan niveles mayores en sobrepeso y obesidad I con tendencia prevalente a obesidad I y II, en relación a las mujeres que tienen tendencia prevalente a sobrepeso-obesidad I, II, III y IV.

La condición de obesidad, es uno de los factores asociados a la mortalidad en pacientes hospitalizados por Coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-Cov-2), una investigación de Vences, M., Pareja-Ramos, J. & colaboradores (2021), en un hospital en nuestro país, de una muestra de 813 pacientes adultos con diagnóstico de COVID-19; encontraron que, 573 fueron varones (70.47 %) y 240 mujeres (29.52 %), 210 pacientes (el 25.9%) tenían obesidad, y con otras comorbilidades al COVID-19 (que son también de la obesidad) 277 pacientes tenían hipertensión arterial (34.1%) y 169 pacientes tenían diabetes mellitus (20.8%). Otra investigación, en 120 pacientes (60% de la muestra son varones) con edad promedio de 50 años, con COVID-19, en un hospital en Huancayo, usando balanza de bioimpedancia, se encontró que la masa grasa corporal y la masa visceral son criterios de lo severo que pueda llegar a ser el COVID-19 (Retamozo, F., y cols. 2022); estos estudios refrendan a la obesidad como predictora, significativa como condición de gravedad del COVID-19, de mortalidad en los casos de hospitalización por COVID-19, luego de ser ajustadas por comorbilidades, edad, sexo, según la investigación que hacen Petit, N. y colaboradores (2020), en EE.UU., en una muestra de 218 pacientes con obesidad I, II y III.

Leguia (2019), en su tesis calidad de vida y estrategias de afrontamiento en adultos mayores de Lima Metropolitana en la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC), investigó la correlación de las mediciones del WHOQOL-OLD, WHOQOL-BREF, instrumentos de calidad de vida de la OMS (1999), con el cuestionario COPE-28, en 150

personas adultas entre 63 a 93 años de edad, pertenecientes a comunidad parroquial, que en su mayoría son casados, de ingresos promedio, con prácticas de actividades como el ocio y con apoyo familiar, la autora, refiriendo que la calidad de vida se puede manifestar como positiva o negativa, concluye que la dimensión psicológica y social correlaciona de modo bajo y positivo con el afrontamiento enfocado en la tarea, lo cual no ocurre con la dimensión capacidad sensorial, autonomía, que tienen correlación baja y negativa, en relación al modo de afrontamiento enfocado en la tarea. De otro lado, en la dimensión física y ambiental, no encontró correlación significativa con otras estrategias de afrontamiento.

Huamaní y Paredes (2018), en su tesis estrés y estrategias de afrontamiento: estudio en familiares de pacientes con cáncer en la ciudad de Lima, 2018, en la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC); utilizando como instrumentos de evaluación, el COPE-28, llamada también Brief COPE, que tienen las dimensiones Afrontamiento Activo y Evitativo; además del instrumento EEP-14 (la Escala de Estrés Percibido). Las autoras encontraron que el estrés negativo evidencia correlación positiva y en grado significativo con el afrontamiento evitativo, en los familiares de los pacientes oncológicos. De otro lado, también hallaron que el estrés positivo correlaciona con el afrontamiento activo (planificación, afrontamiento directo, búsqueda de apoyo emocional y espiritual) en estos familiares de pacientes con cáncer. También hallaron correlación positiva y significativa del estrés positivo con el nivel de instrucción, siendo que, a mayor instrucción, mejor respuesta adaptativa al estrés, a nivel perceptivo.

Fujiki Pereyra, Verónica (2016) investiga en Lima Metropolitana, aquellos estilos de afronte al estrés que usan los pacientes psoriásicos, para ello utilizó la Escala COPE de Carver, Scheier & Weintraub (1989) con adaptación de Casuso (1996); aplicada a un

grupo de 86 personas de edades de 20 a 65 años, en población de adultos con diagnóstico de psoriasis. Encontró que, estos pacientes usan frecuentemente el afronte enfocado en lo emocional, siendo las de género femenino, quienes usan significativamente el modo buscar apoyo social y recurrir a la práctica religiosa; y el género masculino, los adultos con edad intermedia, prefieren realizar el afronte enfocado en el problema referido al desentendimiento mental y otros estilos (desadaptativos).

Cassaretto y Chau (2016), publican artículo científico afrontamiento al estrés: adaptación del cuestionario COPE en universitarios de Lima, realizan una revisión de diferentes estudios sobre las propiedades psicométricas del COPE, en versiones diferentes, con diferentes cantidades de ítems, sean de 52, 53, 60, 62, 64 ítems, aplicados en diversos países a nivel mundial; variando en estos la cantidad de factores o estilos que agrupan a los modos, sean de 3 factores o estilos (primera versión original de Carver et al.), 4 factores, 5 y hasta 6 factores, concluyendo que ciertos modos o estrategias se presentan con mayor debilidad; otros con mayor carga factorial, mayor a .30 (criterios establecidos por Carver et al. en 1989). En esta revisión se muestra la importancia de que, a pesar de aplicarse en muestra universitaria, también se aplica a adultos, tal es el caso de Lyne y Roger (2000), en EE.UU., aplicaron a 587 adultos, intentaron replicar el COPE propuesto de Carver (1989) de 13 estilos o factores originales, de 52 ítems (primera versión), y al no obtener resultados similares; agregaron a 60 ítems, haciendo 15 factores, en esta tercera reorganización del COPE, añadiendo más ítems, en estilo uso de alcohol/drogas y también en el estilo uso del humor, encontrando el esquema trifactorial. De otro lado, es el caso de Ingledew y cols., (2013), para buscar la relación del afrontamiento y las conductas de salud, en Reino Unido, estos autores encontraron similitud con los tres factores o estilos de Carver et al. usando el COPE con 60 ítems, con

15 estilos de afrontamiento; por último, describen que en Rumania, validaron una traducción del COPE, los autores Crasovan y Sava en el 2013, en 1009 adultos, eliminan algunas escalas de bajos índices de confiabilidad, tras análisis factorial confirmatorio, sus estudios revelan mayor consistencia con 4 factores similares, encontrados por Carver y colaboradores en 1989, siendo estos: los tres estilos de afrontamiento ya conocidos, hallaron índice de consistencia interna, tanto para estrategias como para escalas o estilos en niveles buenos, oscilan entre 0.48 y 0.92 para estrategias y 0.72 a 0.84 para escalas.

Cassaretto y Chau (2016), tras someter tres modelos a análisis factoriales confirmatorios, encuentran respaldo en las anteriores investigaciones, la organización en un factor la escala apoyo social y liberación de emociones en correspondencia al afronte socioemocional; otro aspecto que encuentran es la integración entre las escalas del estilo desadaptativo que se orientan a la desconexión o evitación; finalmente manifiestan la dificultad que conlleva la medición del afrontamiento, pero necesaria, teniendo en cuenta que el modo disposicional del afrontamiento es complementario con el modo situacional, además considerar el contexto sociocultural de los evaluados, sin dejar de lado la especificidad en el afrontamiento ante circunstancias adaptativas a una enfermedad crónica, la etapa de vida, la demanda académica, entre otras, las cuales son propias de nuestra población y contexto en cuanto a la salud. La aplicación del COPE de 60 ítems se hizo en 300 estudiantes universitarios.

Cassaretto et al. (2003), Casaretto y Chau (2006) usan el instrumento original de Carver et al., estudian el afronte de los pacientes con insuficiencia renal terminal; quienes encontraron que estos pacientes emplean más el estilo enfocado en la emoción, seguido del estilo enfocado en el problema y por debajo de ellos, el estilo desadaptativo.

Guevara et al. (2001), publican un artículo sobre estilos de afrontamiento al estrés en pacientes drogadependientes, en una población de 88 pacientes drogadependientes, de edades 18-47 años, pertenecientes a tres comunidades terapéuticas de tres conos (norte, centro y sur) de Lima utilizan el COPE en versión original de 52 items, escala Likert, encuentran que los dos estilos usados por los drogadependientes, son los propuestos por Carver et al. (1989), y coinciden con lo encontrado por Casuso (1996) a su vez suponen sobre el menor uso de los afrontamientos la negación y el desentendimiento conductual, que serían características de la población sana como de la que son propias de su estudio consumidores de alcohol, pasta básica de cocaína (PBC) y marihuana, Los resultados hallados respecto al uso del estilo de afrontamiento preferente en los drogodependientes es el afronte enfocado en el problema y son menos empleados los estilos desadaptativos.

Masias, C, Oswaldo, W. (2023), investigan la asociación entre la obesidad y la depresión en pacientes adultos, la muestra fue de 385 pacientes, de estos, el 87% presentó síntomas de depresión en algún nivel y más del 91.2% tenían obesidad y depresión. Los obesos con depresión tenían edad media de 38 años y mayormente de obesidad grado I; mayor prevalencia del sexo femenino 73.7 % y con estudios secundarios el 47.2 %. Se concluyó que hay asociación de la obesidad y depresión, siendo doble la posibilidad de depresión en los pacientes con obesidad que son sedentarios; los factores socioeconómicos ligados a la depresión son el ingreso mensual y la actividad física.

Salhuana, A., Varela K. (2022). Hacen una investigación en una muestra de 658 pacientes adultos mayores (AM), de un hospital general en Lima, en el periodo julio 2017 a febrero 2020, sobre el sobrepeso, la obesidad y los factores relacionados a ello. Estos autores encuentran que el 14.3 % de AM tienen obesidad, siendo factores significativos al sobrepeso y obesidad, la pertenencia al género femenino, nivel de instrucción,

comorbilidades como: hipertensión arterial, diabetes tipo 2, osteoartrosis, limitaciones en la funcionalidad y su dependencia, y el deterioro cognitivo. Otro hallazgo fue que la medición más precisa para la evaluación de la obesidad central fue el perímetro abdominal (PA), siendo necesarios mayores estudios a fin de establecer puntos de corte, tanto para IMC como para el PA, en la determinación de obesidad en los AM.

Rodas, L. (2022), realizó una revisión sistemática con metaanálisis usando buscadores como Pubmed/Medline, SCOPUS, Web of Science, Cochrane Library y EMBASE, con incidencia en obesidad, índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal (PA) y déficit de vitamina D. Cinco artículos tenían una población muestral aproximada de 17,700 personas con obesidad, medidas con el IMC, y dos artículos con el PA., en todos los estudios relacionaban la vitamina D con la obesidad. Se encontró relación estadística significativa en el adulto mayor entre obesidad y déficit de vitamina D; sin embargo, se requieren mayores estudios en ancianos con puntos de corte más homogéneos y evitar la probable causalidad inversa.

Rojas Pérez Palma, K. (2022). Realiza una investigación en una muestra de 91 pacientes, con la finalidad de investigar cómo se relacionan el índice de masa corporal (IMC), la obesidad abdominal y la severidad de psoriasis en pacientes adultos. De estos, el 12.5% tenían obesidad, el 35.4 % sobrepeso y el 70.8% obesidad abdominal. Se halló relación significativa entre el IMC y gravedad de la psoriasis en pacientes ambulatorios adultos el 2021. Contrariamente, no se encontró asociación entre obesidad abdominal y gravedad en la psoriasis en estos pacientes.

Pajuelo et al. (2019), en su investigación: El sobrepeso, la obesidad y la obesidad abdominal en la población adulta del Perú; concluyen que es relevante el estudio de la obesidad en la salud pública en el Perú, por ser una epidemia en el siglo XXI, a nivel

mundial. Los autores señalan que, basados en la primera Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) en el periodo que va de 1975 al 2012, la prevalencia ascendió de 33.9% a 60.2% (aumento en 26.3%); en la cual predomina el sobrepeso que creció de 24.9% a 40.5% (aumento de 15.6%); mientras que, la obesidad creció del 9% al 19.7% (aumento de 10.7%), situación que se agrava por haberse duplicado la población en ese periodo de 37 años (1975-2012), en la encuesta los encuestados el 2012 fueron 20488 personas (ENAHO-2012), también amerita diferenciar que la prevalencia de sobrepeso en el género masculino (41.5%) es mayor que la obesidad en el género femenino (23.4%), cifras comparables a Argentina y Chile. Estas dos variables por grupo etario, disminuye por riesgos asociados al pasar los 60 años, debido a la obesidad sarcopénica (pérdida de masa corporal), las zonas geográficas más afectadas, por el sobrepeso y obesidad, son las zonas costeras, urbanas de mayor pobreza, donde a excepción de Moquegua, 1 de cada 4 personas presentaban obesidad en estas zonas. Los departamentos como Tacna (33.9%), Ica (30.1%), Madre de Dios (28.3%), Lima (25.9%) y Tumbes (24.6%); Los departamentos de Lima, Ica y Lambayeque, presentan mayor riesgo por la presencia de Obesidad abdominal (42.6%, 42.5% y 42.2%, respectivamente); Por otra parte, la obesidad ventral en el sexo femenino fue del 23.4%, respecto al masculino que fue del 15.7%. Asimismo, en la región costera Tumbes, Ica y Tacna, 1 de 3 mujeres presentan obesidad y de manera similar en Madre de Dios.

Para una mejor medición de grasa abdominal se usó el índice de circunferencia de cintura (CC), pues da mejores pronósticos para enfermedad cardiometabólica, que el IMC, se encontró en la población del Perú que el 33.6% presenta obesidad abdominal, con una prevalencia de 51.2% para el género femenino y de 14.8% para el género masculino, superando los 89.4 cm de CC y el género femenino superaba los 87.9 cm., de CC, al

encontrar puntajes mayores se evidencia riesgo cardiovascular. Los autores refieren que estudios revelan que de 63 países en 11 regiones (incluida América Latina), el corte del índice de cintura era 96.4 cm vs 89.7 cm; aunque la OMS recomienda el corte en 102 cm. versus 88 cm., en población caucásica; en este estudio (Perú), la diferencia es de 1.5 cm en la CC, con independencia de su estado nutricional y es de 3 cm en personas con obesidad. Además, encontraron mayor predominancia de obesidad en mujeres cuyas edades se encontraban entre 40-49 años, con el 23.5 % de obesidad y para el grupo etario 50-59 años, 25.2% de obesidad, en habitantes de la costa; considerando que esta relación aumenta según edad; de 20 a 29 años es de 9.7%, de 30 a 39 años es de 20.6% y a partir de 60 años a más decrece a 20.2%, considerando la obesidad sarcopénica como factor probable.

Pajuelo et al. (2019), en un artículo científico publicado como la obesidad en el Perú, refiere que la predominancia del exceso de grasa corporal y la adiposis en los participantes de los hogares peruanos muestran una problemática sanitaria, donde la etapa adulta supera a la de los niños. Datos de una encuesta nacional de hogares en el Perú (ENAHO) y datos de la OMS, en los años 2012 al 2014, evidencian que entre las edades de 5-9 años hay incremento en adiposidad al 14.8%; en la etapa adulta, en las edades 20-29 años hay un incremento en obesidad alcanzando el 12.6%, incrementándose 2.7 puntos porcentuales, con predominio de la zona rural en relación a la urbana. En la pobreza extrema esta prevalencia es mayor y alcanza el 15.2% de la población nacional, aumentando 8.6 puntos porcentuales respecto a la medición anterior. Es así que, el nivel económico bajo y el grupo de 20-29 años tienen mayor vulnerabilidad a la adiposidad.

Alvarez-Dongo et al. (2012) y colaboradores, investigaron el aumento de peso en el cuerpo y su exceso expresado en adiposidad, su preponderancia y los determinantes

sociales en población peruana, basado en una muestra censal de hogares en los años 2009 y 2010, los resultados mostraron que el predominio en exceso de peso es variable por grupo etario y región departamental. Este predominio de sobrepeso se hace creciente desde la edad de 20 años, siendo la relación como sigue: en adultos jóvenes 1 de 3, en adultos 2 de 5, en adulto mayor 1 de 5. La obesidad infantil en edades de 5 a 9 años es semejante a adultos jóvenes.

2.3 Bases Teóricas De La Investigación

2.3.1 *La Calidad De Vida*

A fines del siglo XVIII e inicios del XIX, la calidad de vida como concepto que hoy se conoce, pueden relacionarse a las referencias anteriores sobre el cuidado de la salud personal, pasando por preocupación por la salud e higiene pública y privada, cuidado de las aguas (Moreno, B., Ximénez, C. 1996), llegando a alcanzar los derechos humanos en la cual se incluía derechos civiles y laborales, accesibilidad a los bienes económicos, dieta y alimentación, tasa de mortalidad, esperanza de vida al nacer, sistema de escolarización, condición de vivienda y territorio habitado, hasta convertirse como concepto en la inquietud por la propia vivencia en lo cotidiano, en su vida social, su salud, su relación con las otras personas y con el ambiente (Sanabria, M., 2016).

La calidad de vida como concepto, ha ido cambiando en el tiempo, Malo-Larrea, A. et al. (2020) hacen una revisión sistemática sobre el origen, evolución e investigaciones sobre la calidad de vida. Se puede iniciar los acercamientos al origen del término Calidad de Vida, en un tiempo de recesión mundial, la década de 1930, Arthur Pigou, economista, estudia la economía del bienestar, cuantificando los costos sociales del gobierno y hallar

el producto social obtenido fuera de los gastos implicados. En 1954, después de la segunda guerra mundial, creció la necesidad de conocer el bienestar social en los diversos países; es así que, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en 1954 a través de una comisión de expertos delimitan los términos: estándar, norma y nivel de vida, los cuales serían usados a nivel internacional para su medición. El nivel de vida serían las condiciones reales en el que se vive. De esta manera, se procuraba medir los 12 componentes del nivel de vida, explícitos en un informe en 1961: la salud, alimentación y nutrición, las condiciones de vivienda, el empleo y condiciones de trabajo, la educación, seguridad social, vestido, esparcimiento, libertades humanas, ahorro y consumo, vestido, transporte.

En la década de los 70 del siglo XX, se introducían términos como bienestar social, en base a factores económico-social-territorial, en los EE.UU. (Smith, D. & Stutz, F., 1974), buscando equiparar en una población la equidad y la justicia social. En esta década se abre paso considerar el estado psicológico y su relación con las condiciones sociales y objetivas, entonces se miden percepciones de satisfacción en general (incluye vivienda, localidad, relaciones de pareja, felicidad-infelicidad, entre otros), Campbell, A., et al. (1976).

En 1994, la OMS define la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales entre otros (Botero de Mejía, B., Pico, M., 2007).

Asimismo, en 1995, la OMS, a través del grupo WHOQOL, realiza mediciones de la calidad de vida asociadas a la salud (CVRS), que contempla varias dimensiones en la vivencia de la persona, tomando en cuenta lo multidimensional, la variabilidad de sentimientos y la etapa vital de la persona en el tiempo en el cual cursa una enfermedad, estas son las variables que deben valorarse en la calidad de vida (Schwartzmann, 2003). Por otro lado, se enfatiza en la importancia de medir la calidad de vida en el adulto mayor con enfermedades crónicas y situaciones cambiantes de estrés, las cuales demanda procesos de adaptación continuos.

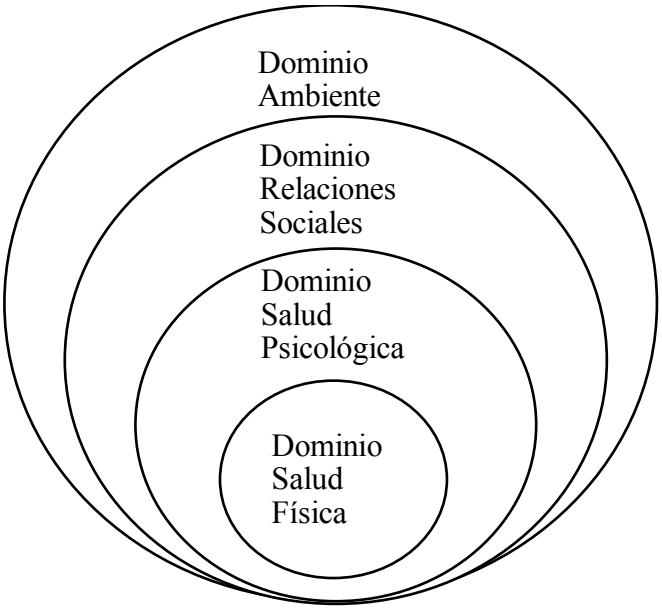
La calidad de vida, de este modo se relaciona al estilo de vida positivo y el bienestar, es la fuente necesaria y esencial para mejorar las condiciones de vida en términos generales; siendo la promoción de lo saludable, desde sus diversas perspectivas, orientar el autocuidado en las acciones cotidianas que le permiten valorar sus acciones en pro de una mayor fortaleza que le permita alcanzar estilos de vida saludables, en concordancia con el ambiente, la cultura, la sociedad y la familia (Whoqol-Calidad de Vida, Medición de la calidad de vida, Organización Mundial de la Salud). El concepto de calidad de vida está sujeto a variación en función del país en su nivel de desarrollo, en función de la cultura, y de los grupos sociales que lo habitan (Ardila, R., 2003).

La calidad de vida en el adulto mayor, deben considerar su sentido vital, su contexto cultural, sus valores, su modo de relación con sus propios objetivos de vida; de tal manera que, su nivel de vida tiene que orientarse al bienestar subjetivo y psicológico a fin de alcanzar una buena vida (Monchietti y Krzemien, 2002; Eamon O´Shea, 2003). En ese sentido, la organización panamericana de la salud (OPS), viene recomendando a los países, a través de la publicación continua, de estrategias relacionadas al envejecimiento

saludable para la década 2021-2030 (OPS, 2021); la OPS lidera estas estrategias para las Américas; allí señalan que, envejecer de manera saludable es un proceso continuo donde se optimizan oportunidades con el objetivo de mantener, mejorar, la salud física y mental, la independencia y la calidad de vida a lo largo de la vida.

Figura 1

Dimensiones de la Calidad de Vida en el Whoqol-Bref



Fuente. Adaptación de modelo propuesto de la calidad de vida por la OMS, 1996.

Sobre las áreas y facetas del WHOQOL-BREF (OMS, 1996), se pueden organizar en cuatro dimensiones, de los seis que se plantearon en el WHOQOL-100 (OMS, 1996) se agruparon en cuatro, para el WHOQOL-BREF (World health organization quality of life-Bref), estas dimensiones y sus respectivas facetas son:

Salud física. - Relacionado a energía-fatiga, dolor-malestar, sueño-descanso, movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia a medicinas y ayudas médicas, capacidad laboral.

Salud psicológica. - En relación a imagen corporal-apariencia, sentimientos negativos-positivos, autoestima, pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración, religión / espiritualidad / creencias personales.

Relaciones sociales. - Referido a relaciones personales, apoyo social, actividad sexual.

Ambiente. - En relación a disponibilidad económica, libertad y seguridad física, sistema sanitario y social: accesibilidad y calidad, ambiente del hogar, oportunidades de adquirir información y habilidades nuevas, participación en, y oportunidades de recreo / ocio, ambiente físico (contaminación / ruido / tráfico / clima), transporte, visualizado en figura 1.

De modo global la percepción de la calidad de y la salud general, se incluyen en una pregunta, para cada aspecto, de las 24 facetas, en el WHOQOL-100.

2.3.2 *Estrés Y Ansiedad En La Ciudad De Lima*

Saavedra, J. y cols. (2022), realizan un estudio epidemiológico, transversal-correlacional, sobre el impacto de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental de la población de Lima Metropolitana, mediante llamadas telefónicas, utilizaron variados cuestionarios y escalas relacionadas a la salud mental; entre sus hallazgos en una muestra de 1823 personas mayores de 18 años, que el 60.3% de la muestra presentó ´percepción de estrés moderado y un 4.0% severo, para el sexo femenino, en octubre del 2020; mientras que, en el sexo masculino se halló 46.9% de percepción de estrés en nivel moderado y un 2.8% en nivel severo o alto, el cuestionario usado fue la escala de percepción de estrés, PSS-10. Los niveles de ansiedad también se incrementó más en mujeres que en hombres; comparativamente, en el 2012 la prevalencia en el género

femenino era del 2.1% en Lima, a octubre del 2020 se incrementó al 8.3%, mientras que en los hombres, en el 2012 la prevalencia era del 1.7% y subió al 5.0% en el 2020, en población de adultos en Lima Metropolitana, alcanzando una población total de 432 mil los afectados, siendo el aumento de prevalencia en promedio del 2012 del 1.9% poblacional al 6.7% en el 2020.

Datos publicados en el 2018, por el IOP-PUCP, en una muestra de 1203 personas de zonas urbano-rural, de 18 a 45 años, aplicadas en noviembre del 2017, encontraron que el 80% de éstas, mayormente mujeres padecen de estrés. Además, que en Lima-Callao se evidencia mayor estrés que en zonas rurales, siendo nuevamente las mujeres para el caso de depresión, de las zonas más pobres -estrato C y D/E- las que registran depresión, en grado frecuente el 20.9% y alguna vez el 42.7%. En relación al estrés, la ansiedad y otros relacionados en pacientes evaluados con diagnóstico de obesidad, podemos mencionar el registro en consultas en periodo 2018 – 2020, en un hospital de Lima Metropolitana, encontramos diagnósticos relacionados en el problema de obesidad.

Las mujeres con obesidad y estrés no especificado superan a los varones en proporción, situación que evidencia la vulnerabilidad física, psicológica y social en el género mujer. Otro aspecto a mencionar es el trastorno de ansiedad generalizada (F41.1), no especificada (F41.9), y el Trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2), según CIE-10.

Evidencian los diagnósticos asociados a la obesidad, la ansiedad (F41.1, F41.8, F41.9), en un total de 6,459. Asimismo, el total de personas con diagnóstico de F41.2 alcanzan la suma de 3,410 en los periodos que va del 2018-2020a. Además, es alto el grado de niveles de ansiedad en mujeres que, en hombres. Es así que la mayor cantidad de personas atendidas con obesidad son de género femenino, donde intervienen criterios

de vulnerabilidad del género femenino a la enfermedad asociada al estrés, la ansiedad y al trastorno mixto (ansioso-depresivo F41.2).

2.3.3 *Modelos Teóricos Del Estrés En El Proceso Salud-Enfermedad*

En relación al estrés, podemos señalar que la clasificación estadística internacional de enfermedades, en su décima versión (CIE-10), incluye la sección reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación; así como en la versión revisada del DSM-IV del APA (2002), en el eje IV a los llamados problemas psicosociales y del entorno, se hace mención a la intensidad del estrés previo al inicio de la patología; además vemos las diferencias de éste con la quinta versión revisada, DSM-5®, (APA, 2014), en cuanto al trastorno de estrés postraumático se explicitan más los criterios de estresores traumáticos, Criterio A; se elimina el criterio A2 sobre la reacción subjetiva al evento traumático, entre otros cambios, mostrando otra vez la importancia del estrés para su estudio. El estrés agudo a diferencia del estrés postraumático, se diferencia por la exposición breve e intensa a estresores que sobrepasan la capacidad de adaptación; su aparición es súbita y reversible.

A. Modelo De Dohrenwend Y Dohrenwend (1978)

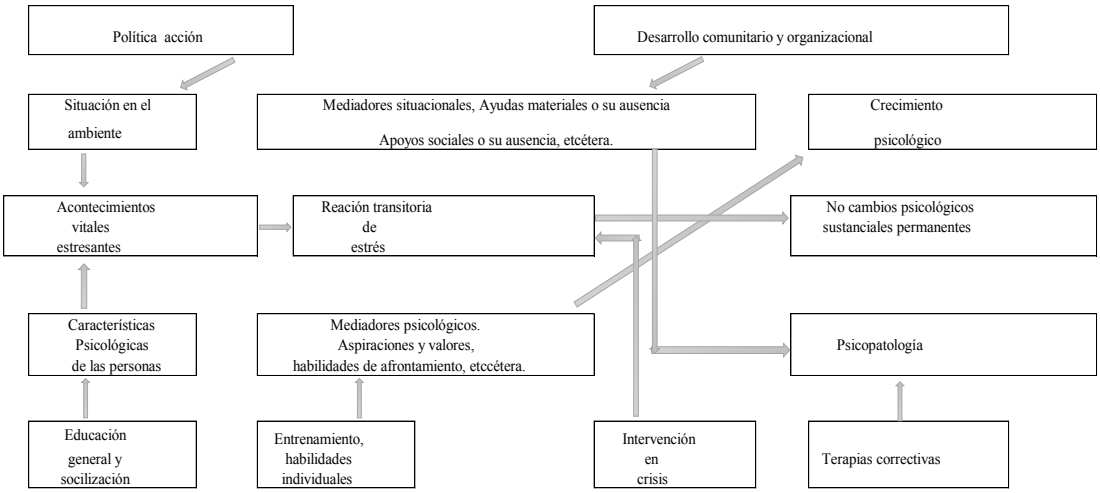
Complementa al modelo de Sandin, ya que precisa los procesos implicados en la psicopatogenia del estrés, que se inicia en primer lugar con los diversos sucesos vitales estresantes, sujetos a variables psicológicas personales en función del previo contexto educativo y de socialización, los mismos que por situaciones ambientales y por políticas transversales, se han generado.

En segundo lugar, la respuesta de estrés está en función de mediadores situacionales provenientes de la organización y el desarrollo de la comunidad (ejemplo:

apoyo social), como también de factores mediadores psicológicos provenientes de aprendizajes y entrenamiento de habilidades previas (ejemplo: estilo de afrontamiento, creencias, valores); por último se evidencian los resultados que dadas las circunstancias mediadoras de la respuesta de estrés, incluyendo las crisis, se pueden dar: La superación de la crisis, mediante la generación de nuevas capacidades adaptativas logrando el crecimiento y desarrollo personal; que el individuo no logre ningún cambio; que desarrolle psicopatologías demandantes de terapias correctivas para superar dicho trastorno, visto en figura 2.

Figura 2

Procesos Implicados en la Psicopatogenia del Estrés



Fuente. Modelo de Dohrenwend y Dohrenwend (1978; cfr. Barrón, 1977, p. 88 y Oblitas, 2017. p. 145).

B. El Estrés Como Respuesta En La Enfermedad Crónica

El Estrés, en tanto transacción entre sujeto y ambiente, implica en su manifestación, elementos cognitivos, demandas psicosociales, recursos, variables disposicionales de personalidad, estrategias de afronte como respuestas del sujeto en

diversos niveles (Sandin, 2003), elementos de importancia en este estudio ya que se imbrica en la formación de patologías crónicas como hipertensión arterial y patologías coronarias, además que el estrés genera algunas respuestas fisiológicas y cambios orgánicos que a nivel metabólico se traducen en aumento de la producción de glucosa, mayor liberación de ésta, aumento de ácidos grasos libres (a la sangre), acrecentamiento en los niveles de colesterol y triglicéridos en plasma como del transporte de oxígeno; incrementando la secreción gástrica, la tasa respiratoria y la actividad tiroidea, entre muchas respuestas fisiológicas, éstas asociadas a un estilo inadecuado de vida (sedentarismo, falta de ejercicio, alimentación poco saludable ricas en grasas saturadas y picar entre comidas) conducen a la enfermedad llamada obesidad, Oblitas (2017).

C. El Estrés: Abordaje Psicobiológico Y Psicosociológico

El estudio del estrés siguió diferentes momentos en su acepción, dependiendo de la disciplina científica, usado en el campo de la ingeniería y la física en el siglo XVII aludía a la deformación sufrida por los materiales tras una presión, sin la cual se rompían o deformaban, Cooper (2004). Así al estrés lo relacionaban con la elasticidad de los materiales, cuando sufrían presión o carga, y el cambio sufrido en su forma o estructura en la zona de estrés era llamada strain.

El uso de este concepto pasó luego a la biología y psicosociología. Los aportes de Cannon (1923), sobre homeostasis en relación a la autorregulación fisiológica de los organismos, introducía el término en la medicina, cuando propone que ante una amenaza el organismo está expuesto a estímulos amenazantes, mantiene independencia del medio externo, modificando su fisiología por acción del sistema nervioso, autónomo y endocrino, hallando aumento de las respuestas a nivel de corteza suprarrenal, secreción aumentada

de catecolaminas, ante el estrés, así como cuando hace referencia a la respuesta fight or flight descrita por Kemeny (2003), donde los factores psicológicos potencialmente pueden incidir negativamente, en las condiciones físicas, emocionales e inmunitarias; evidencia así el cómo el organismo responde fisiológicamente para atacar la amenaza o huir de ella; actualmente pelear (fight) hace mención a responder ante las respuestas agresivas ante el estrés, siendo el volar (flight) considerada como la retirada social, incluso el retiro por el uso de drogas o alcohol.

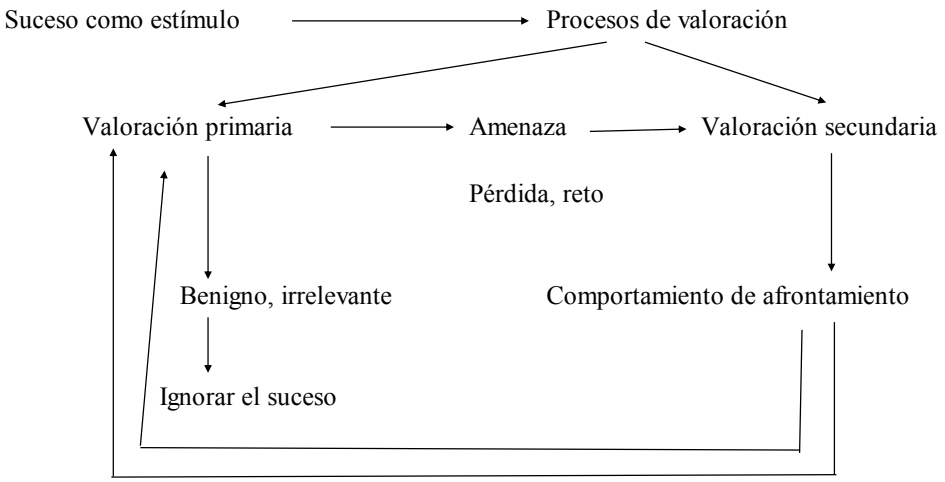
Desde Selye (1976), en el siglo XX, quien veía como síndrome de adaptación general al proceso de desadaptación-desequilibrio fisiológico que experimentaba el individuo expuestos a estímulos estresores que sobrepasaban sus demandas de manejo o ajuste, pese a que inicialmente tras la búsqueda de las consecuencias fisiológicas los estrógenos y testosterona ante situaciones estresantes; al exponer a ratas a diversos estresores: frío extremo y fatiga encontró el mismo patrón de respuestas fisiológicas, todos los estresores conllevaron a incrementar el tamaño de la corteza suprarrenal, disminución del timo y glándulas linfáticas, ulceración de estómago y duodeno. Debido a estos hallazgos Selye en 1956, desarrolla la noción del síndrome general de adaptación (SGA), señala que ante la exposición prolongada al estrés se agotará al sistema, siendo la respuesta inespecífica en sí misma, a los diversos estresores. Él considera tres fases en el SGA, la alarma, la resistencia y la fase de agotamiento, la cual habla del fracaso a la amenaza y agotamiento de recursos fisiológicos en la búsqueda de logro, como lo refiere Taylor (2007). Selye nos habla del estrés biológico, la respuesta fisiológica del organismo ante el estresor nocivo, lo cual es la perspectiva médica basada en el conductismo clásico estímulo-respuesta (E-R), si bien su teoría tuvo énfasis inicial en el estímulo, terminó enfatizando su teoría en la respuesta.

D. Modelo Transaccional Del Estrés

Lazarus y Folkman (1986) y Launier (1987), proponen el patrón cognitivo transaccional del estrés, pese a que el estudio de Lazarus se diseñó para estudiar las defensas del yo, o las respuestas ante la amenaza, las cuales hacen frente a situaciones nuevas o cambiantes, que desarrolla el individuo mediante un proceso valorativo primario o secundario. La valoración primaria examina el estímulo en su condición, puede ser irrelevante, benigna positiva o estresante. De otro lado, los factores posibles que generan estrés son estímulos de tres tipos, los factores estresantes posibles que perjudican, los que amenazan y los que desafían, figura 3.

***Figura* 3**

Valoración Primaria y Secundaria en el Modelo Transaccional del Estrés



Fuente. Modelo transaccional inicial del estrés de Lazarus. (Bennett, 2008) p. 366. Adaptado de Lovallo (1997: 77).

Si los sucesos no se valoran en estas tres acepciones son sucesos benignos y se ignora el suceso. La valoración secundaria, son sucesos que surgen a la vez que las

primarias, donde se valoran los recursos propios y capacidades disponibles de afrontamiento del factor estresante. Así, para Lazarus el estrés surge por el desajuste entre demandas y recursos percibidos, cambiantes en el tiempo, es un proceso dinámico.

Lazarus (1984), modifica su teoría, considerando al estrés dentro de un campo más genérico de emociones; Smith propone que la valoración primaria se compone de dos valoraciones secuenciales, la de relevancia motivacional -suceso valorado como relevante para sus metas actuales-, y la otra la congruencia motivacional – grado en que percibe como compatible para las metas actuales-. El estrés se daría probablemente de ser la relevancia alta y la competencia limitada.

Lazarus añade en la valoración primaria a la propia persona (el Yo), que al hacer evaluaciones experimenta amenaza a su autoestima, la cual se relaciona con las emociones de ira, sentimientos de culpa, ansiedad por ver amenazada su existencia, así se relacionan las situaciones con las emociones que la preceden:

Pérdida/daño: tristeza, depresión, angustia, desesperanza

Amenaza: Ansiedad, miedo, ira, celos

Reto: preocupación, esperanza, confianza.

Los aportes de Lazarus y Smith, complejizaron más la valoración secundaria, Smith hace cuatro valoraciones y Lazarus hace tres valoraciones (combina los puntos dos y tres), donde se refiere al potencial de afrontamiento:

Responsabilidad interna/externa (culpa/mérito, Lazarus).

Potencial de afrontamiento centrado en los problemas

Potencial de afrontamiento centrado en las emociones

Expectativa futura sobre el cambio de situación.

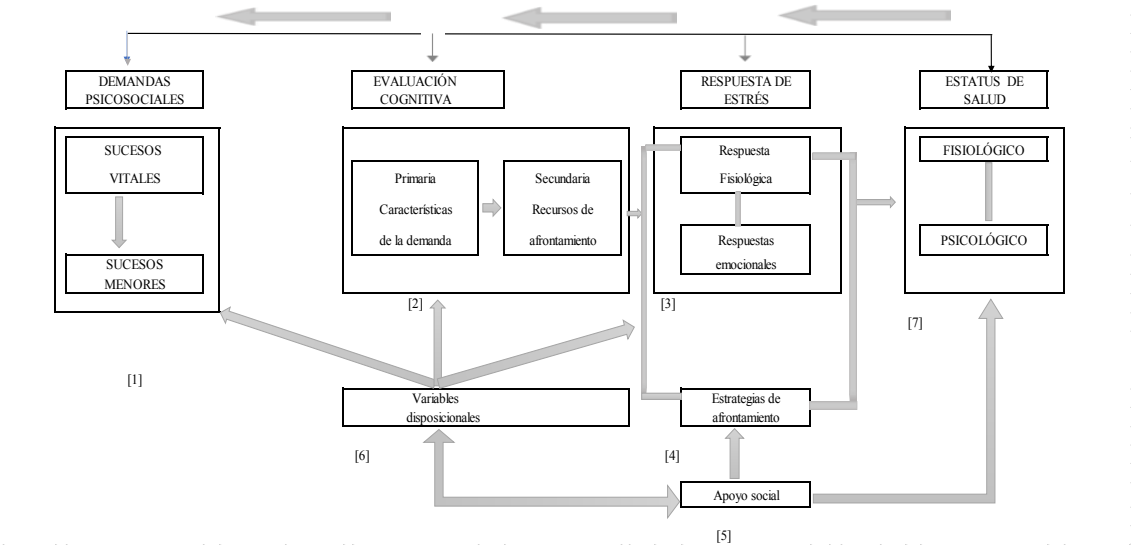
De este modo se resaltan el valor de las emociones y cogniciones como elementos interrelacionados en una transacción continúa y dinámica. Finalmente, la reevaluación, consiste en modificar la evaluación hecha, según se vaya recibiendo nueva información, Vázquez (2016).

E. Modelos Integradores Explicativos Del Estrés

Explicar el estrés implica recurrir a modelos multimodales, por tratarse de variables complejas interactuantes, específicas y globales, donde la transacción sujeto ambiente es aceptada por la generalidad, siendo importante en estos: procesos cognitivos, demandas psicosociales, recursos materiales, sociales y personales; variables disposicionales de personalidad, estrategias de afrontamiento, respuestas individuales como se refiere en Oblitas (2017). Aquí se enmarca el modelo procesual del estrés de Sandin (2003), el cual hace referencia a las relaciones de varios factores; como las exigencias psicosociales, las valoraciones cognitivas, las situaciones cambiantes, la manera de responder y afrontar al estrés, el soporte social que recibe y el estado saludable en el que se halla la persona en ese momento que se expresan en las interacciones y retroalimentaciones de estas variables que se ven en la figura 4.

Figura 4

Modelo Procesual del Estrés



Fuente. Psicología de la salud y calidad de vida (Oblitas, 2017. p. 224).

F. Estrés Y Afrontamiento

El afrontamiento al estrés pasa por etapas adaptativas y capacidades de afrontamiento las cuales suponen niveles de interacción: biológico, psicológico e interpersonal y sociocultural, Butcher et al. (2007). El afrontamiento está relacionado a la vulnerabilidad, en el estrés, de haber experiencia mala a afrontamientos ante situaciones difíciles probablemente eso haga más vulnerable ante las nuevas adversidades. A esto llamamos tolerancia al estrés. Niveles de estrés elevados (tener a un familiar enfermo grave o con enfermedad psiquiátrica, por ejemplo), suponen amenaza para sentirse bien y generan conductas dirigidas a aliviar la tensión; sin embargo, el fracaso adaptativo puede conllevar a bajas de las defensas inmunológicas, conllevando ello a enfermedades físicas.

El afrontamiento puede estar orientado al problema, evitándolo, afrontándolo directamente, o encontrar un compromiso razonable, en función de la circunstancia. Puede estar orientado a la defensa, cuando se hallan amenazados los sentimientos de auto valía, a causa del estrés, la conducta se orienta a proteger el yo. La defensa puede darse por el llanto, conductas de luto cual mecanismos de defensa u otras respuestas como la represión o negación, las cuales permiten aliviar la tensión y proteger al individuo del daño y desvalorización. La forma de percibir el estrés como su afrontamiento serían los factores importantes en la vivencia del estrés, ya que hay diferencias inter e intrasujetos en el modo de percibir la situación de estrés y en la relación individuo-entorno como significativos en la teoría cognitiva de Lazarus. El afrontamiento es definido como los esfuerzos que hace la persona, tanto a nivel cognitivo como conductual, de manera prolongada y variable, a fin de sobrellevar las exigencias particulares del entorno o propias de sí, las cuales considera que lo sobrepasa en sus recursos propios (Ferreras, 2015). Los estilos de afrontamiento, atribuibles a rasgos de personalidad, desempeñan un rol importante cuando los eventos se vivencian como estresantes. El afrontamiento cual variable, constituye la mediación entre las situaciones de estrés y el propio estrés experimentado; ambos sostienen tres etapas en el afrontamiento, donde su evaluación es diferente de la situación amenazante, que provoca afronte distinto. Puente (2015), plantea tres etapas para el afrontamiento al estrés y son:

Anticipación**.** Etapa donde el suceso estresante aún no ocurre y la evaluación está en función de probabilidad de ocurrencia, su momento y naturaleza, el proceso cognitivo valora si puede manejar esta amenaza y que estrategias puede usar (valoración secundaria), entre las cuales pueden ser el distanciamiento, la evitación de pensamiento

relacionados a la amenaza, la negación de sus implicaciones. El afrontamiento permitirá la prevención del daño posible u obtención de beneficio.

Impacto o confrontación**.** Se da cuando el suceso ya empezó y el sujeto compara la ocurrencia con su anticipación sobre ello, hallar las diferencias no previstas para controlar o afrontar el suceso, pueda que lo lleve a que reevalúe o redefina nuevamente la situación.

Post-impacto o post-confrontación. Aunque el suceso estresante haya culminado, se generan nuevos procesos anticipatorios, ya que en el proceso se dan cambios por efecto de evaluaciones y reevaluaciones del suceso como del entorno. Lazarus refiere que el afrontar no es lo mismo que dominar la situación. El afrontamiento eficaz sería el que modifica en sentido positivo las relaciones entre individuo-situación. Según las circunstancias el mejor afrontamiento sería el que permite hacer llevadera la situación si no se puede dominar, sea minimizándola, aceptándola o negándola.

Según la función orientadora, el afrontamiento puede ser de dos formas:

Afrontamiento dirigido al problema, el cual intenta modificar el problema, en la que la situación es plausible de cambio (factibilidad), las estrategias son dirigidas a modificar el ambiente y así mismo, además de ser parecidas a las de resolución de problemas (definir, buscar soluciones viendo costo-beneficio, elección y aplicación) y éstas pueden estar dirigidas a modificar la presión ambiental, recursos, obstáculos, entre otros o ser dirigidas a autoayuda, para el mejor manejo del problema, por lo cual buscará valorar los gradientes de pretensión, la reducción de participación, buscar vías diferentes de recompensa, desarrollar novedosos aprendizajes que demanda y medios para conseguirlos.

Afrontamiento enfocado en la emoción, el cual busca la regulación de la respuesta en el ámbito de las emociones que genera la situación de estrés; ocurre cuando después de valorar la situación estresante se comprende la imposibilidad de modificar el ambiente, también son estrategias que disminuyen el grado de malestar emocional, utilizando para ello la evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, las comparaciones positivas, la reevaluación positiva de sucesos negativos, aceptación de responsabilidad, parafraseando a Folkman y Lazarus 1980 – 1985 (Puente, 2015. p.521).

Los tipos de afrontamiento coexisten, sin embargo, saber cómo se diferencian los individuos en sus formas de usar diversas estrategias para afrontar el estrés nos permite conocer las diferencias interindividuales. El afrontamiento es independiente del resultado que se obtenga, por ello una estrategia no es mejor o peor, está en función del contexto en el que se da. En 1980 Lazarus y Folkman crean la escala de modos de afrontamiento, revisada en 1985, en 1986 tras análisis factorial hallan ocho subescalas, o formas de afrontamiento del estrés, estrategias centradas en el problema y centradas en la emoción, posteriormente en 1988 establecen dos escalas o estilos para añadir un tercer estilo en 1989.

Los modos de afrontamiento al estrés, son estrategias, conductas o tácticas para hacer frente al evento estresor, estrategias que agrupadas configuran estilos diferentes de afrontamiento: centrado en el problema, centrado en la emoción y desadaptativos o poco útiles; estos modos o estrategias propuestas por Carver (1997) se pueden describir a continuación:

Afrontamiento activo. - Conductas relacionadas a realizar actos directos, con el aumento de empeño para reducir la eventualidad del estrés. Actuar con el propósito de dar solución al problema. Respuesta orientada a controlar el problema de modo activo.

Planificación. Elaborar estrategias mentales y la secuencia en pasos a para afrontar el evento estresor, a fin de obtener control sobre la situación estresante.

Supresión de actividades competentes. Obviar las conductas eficientes capaces de modificar las situaciones estresantes; es decir, dejar de realizar actividades que supriman el afronte de la situación problema.

Postergación del afrontamiento. Dejar la continuación del evento estresor, esperando un tiempo adecuado para el afronte de la situación obstáculo.

Ir al encuentro de la ayuda social por razones útiles. - Conductas de recurrir hacia otros buscando orientación, consejería, para resolver la situación que genera estrés; buscar la ayuda de otras personas para hacer frente al problema generador de estrés.

Ir al encuentro del apoyo social por causas emotivas. - Son conductas referidas al buscar la simpatía y comprensión de los otros al manifestar las propias emociones y conseguir la ayuda emocional.

Reinterpretación positiva y crecimiento. Conductas orientadas a ver el lado positivo de la situación-evento estresante, que favorezca sus competencias, aprendizaje y desarrollo personal.

Aceptación. Conductas orientadas a la conformidad del suceso estresante, como real, sin pretenderlo modificar. Reconocer que el estresor no puede modificarlo.

Acudir a la religión. Referida a conductas relacionadas a la práctica de religiosidad/espiritualidad como guía para reinterpretar el evento generador de estrés o como modo usado para el afronte del estrés.

Negación. Conducta de ignorar o rechazar el problema existente como suceso estresante, consiste en negar la realidad del evento generador de estrés.

Enfocar / Liberar emociones. Conductas de centrarse en el malestar emocional, aumentando la conciencia de ello, para su expresión como forma de liberar, ventilar, ante la situación estresante.

Desentendimiento conductual. Reducción de los esfuerzos para enfrentar la situación generadora de estrés; desentenderse de la situación estresante dando respuestas mediante conductas de evitación ante evento estresor interferente.

Desentendimiento mental. Implica realizar otras actividades a fin de distraer la actividad mental, dejando de ser direccionada al evento estresor, olvidándose de momento de la situación estresante.

A diferencia de Lazarus (1984), Steptoe (1991) menciona las estrategias cognitivas y las estrategias conductuales, lo cual lo registra Gil-Monte, 2014.

Estrategias centradas en el problema:

Carácter conductual: Actuación explícita del evento estresor (ejemplo: Intentar controlar, resolver el problema, evitar - escapar de la situación).

Carácter cognitivo: Enfrentar al problema con cambio perceptual (ejemplo: Atender lo positivo de situación, redefinir estresor, cambiar la amenaza a su seguridad, por oportunidad de logro y crecimiento personal).

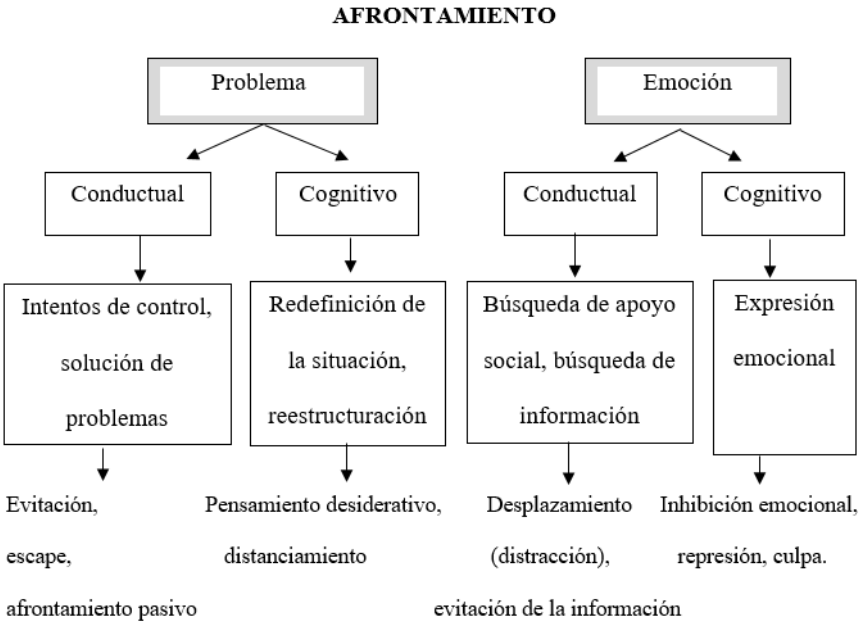
Estrategias centradas en la emoción:

Carácter conductual: Buscan mejorar las consecuencias de los estresores. Acciones poco relevantes para cambiar el evento estresor, ante respuesta frustrada al estrés. Conductas de desplazamiento: beber, fumar, comer, sarcasmo en diálogo, buscar apoyo social y de información del problema.

Carácter cognitivo: Acciones usadas para el manejo de alteraciones emocionales generadas por situación estresante, ejemplo: Expresar emociones, reprimirlas, negarlas, entre otras, evidenciado en la Figura 5.

Figura 5

Estrategias del Afrontamiento en Esquemas



Fuente. Clasificación de estrategias de afrontamiento, Gil-Monte (2014) p. 36.

La literatura registra que las mujeres usan más la búsqueda de apoyo social, tal vez por sus recursos de verbalización y comunicación, dice Soriano (1994). Chan, (1994), refiere que las estrategias usadas varían según las culturas, se usan con más frecuencia el autocontrol, la búsqueda de apoyo social y la evitación; a tener en cuenta son los valores puestos en juego. Son estrategias funcionales centradas en el problema: el afrontamiento activo, busca de soluciones y apoyo social; otras son: planificación, optimismo, autocontrol, reestructuración positiva, buen humor; las disfuncionales serían:

autoinculpación, pesimismo, negación, conductas y pensamientos de escape, ampararse a fantasías o acudir al pensar mágico.

Carver y colaboradores (1989) siguieron las estrategias teóricas de Lazarus y Folkman, además de un modelo de auto-regulación, desarrollan el Coping Estimation (COPE) que traducido al español Estimación de Afrontamiento. Lo novedoso del COPE es su evaluación del afrontamiento como respuesta situacional, además de disposición estable. Pese a las críticas referidas al instrumento por considerar al afrontamiento como condición de disposición estable; mientras que Lazarus y Folkman (1986) lo consideran como proceso dinámico, cambiante, dependiendo su naturaleza del momento de la transacción estresante; es por ello que el afrontamiento como proceso debe:

> Hacer referencias a pensamientos, sentimientos y acciones específicas, descartando informes hipotéticos.
>
> Examinarse en situaciones y contexto específico, pues su valor predictivo de estilos generales de afrontamiento es muy bajo.
>
> Estudio del comportamiento en periodos temporales diferentes, a fin de observar los cambios en los sujetos producto de cambios en las demandas y evaluaciones que hace del entorno. Todo esto según Lazarus y Folkman, 1986; Lazarus, 1991.

Se sabe que la multifuncionalidad entre las estrategias de afrontamiento además de las importancias de las dimensiones entre sí, están sujetas a los aspectos disposicionales como situacionales de la transacción estresante particular, en tiempo y contexto específico. El afrontamiento tiene implicancias multicausales, interacciones personales, contextos socioculturales, circunstancias diversas de la vida, y estas influencias son mutuas entre variables individuales y situacionales, evidenciándose causalidad recíproca, Depchman (1984) y Folkman (1986), citado en Macías et al. (2013). Los aportes de

Lazarus y Folkman, 1986, en cuanto exigen del individuo tomar decisión y la estrategia de afrontamiento individual privilegia la dimensión social; En el afronte enfocado en la emoción, la persona evidencia imposibilidad de hacer frente y modificar las condiciones que le producen estrés, por lo que se vale de recursos cognitivos a fin de disminuir la alteración emocional, como evitación, tomar distancia, minimizar el hecho, atención selectiva, comparaciones positivas y sacar el valor positivo de los sucesos negativos, para Lazarus y Folkman, son la reevaluación cognitiva, como forma de afrontamiento que busca el cambio del significado situacional sin darse el cambio objetivo (Park & Folkman, 1997). De otro lado el afrontamiento enfocado en el problema, se da cuando el individuo evalúa la situación estresante como factibles de cambio, tolerable, según Amarís M. (2013); para ello puede dirigirse directamente ante el evento, planificar, suprimir otras actividades, buscar apoyo social. El afrontamiento es parte de los recursos psicosociales para afrontar al estrés, aparte de ser mediadora en los rasgos de personalidad, Macías et al. (2013), describen que el afrontamiento es una variable manifiesta que expresa el gradiente de calidad de vida y bienestar psicológico. Los estudios realizados muestran lo importante que es el afrontamiento en la comprensión de la adaptación realizada por una persona en su contexto, para la percepción de su calidad de vida en sus grados positivos o negativos (Folkman et al., 1986; Font, 1990; Hernández, 1991; Waters & Moore, 2002; Gol & Cook, 2008, citado en Macías et al., 2013).

2.3.4 *La Obesidad Como Problema Multidimensional*

La obesidad según el World Obesity Atlas 2023 (World Obesity 2023), predice que, en el mundo, los niños y adolescentes del 2020 al 2035, pasarán de 103 a 208 millones de niños y adolescentes obesos, duplicando en población porcentual

de 10% al 20%. En el caso de las niñas predice, un incremento poblacional de 72 millones a 175 millones en los años 2020 al 2035, siendo este incremento del 8% al 18 %. En el caso de los adultos mayores de 20 años, la prevalencia en el periodo 2020 al 2035; en el caso de los varones, es de 347 millones a 690 millones, lo cual significa un incremento poblacional de obesidad del 8% al 18%; asimismo, las mujeres pasarán de 466 millones a 842 millones con obesidad, es decir, su incremento poblacional será del 18% al 27%. En la región de las Américas (norte, centro y sur), predicen en el periodo del 2020 al 2035, un incremento en la población infantil y adolescente masculina del 20% al 33%, pasando de 24 a 35 millones de personas con obesidad. En la población femenina, el incremento será del 16% a 26%, esto es de 18 millones a 27 millones de personas obesas. Los adultos varones, en esta misma región, del 2020-2035, presentarán una prevalencia que se incrementaría del 32% al 47%, lo cual evidencia que será la población más afectada, pasando de 111 millones a 187 millones; igualmente, las mujeres con obesidad, entre los años 2020 al 2035 presentarán una prevalencia del 37% al 49%, es decir, pasando de 135 millones a 208 millones. El impacto económico en el sobrepeso y obesidad en Las Américas, se incrementaría de 870 US$ billones a 1,450 US$ billones. En el Perú, la prevalencia de obesidad en el 2020 al 2035 en los varones se incrementará hasta el 30% En el caso de las mujeres en este mismo periodo se presentará un incremento del 37.5% aproximadamente. De esta manera, la obesidad en el Perú en los adultos sería muy alta para el 2035. En relación a la obesidad infantil, en el periodo 2020-2035, el incremento sería muy alto, pasando del 12% a 18% y en las niñas se incrementaría del 8% al 14% de su población. El Perú ocupa el puesto 65 de183 países con obesidad, en el ranking mundial (World Obesity Federation, 2022).

Las intervenciones para la disminución de la obesidad, es cada vez más creciente en el mundo, siendo un desafío mayor, en esta época post pandemia, donde los hábitos han cambiado en la mayoría de las regiones del Perú. En ese sentido, la intervención en la obesidad, debe ser multidisciplinario con enfoque psicosocial, basado en la multiplicidad de factores convergentes, por tratarse de situaciones complejas, en tal sentido se puede considerar a la obesidad como un padecimiento multicausal en la cual convergen factores importantes para su desarrollo, como lo genético y los relacionados con la conducta, personalidad y el ambiente (Ortiz, 2005).

Asimismo, la obesidad tiene componentes biopsicosociales y educativos que presenta la persona, cuyo desarrollo se da lenta y gradualmente, que es resultante de la pérdida de la homeostasis entre el consumo de alimentos y la disminución energética (Guillén, R., 2014). En esta enfermedad, se rompe la homeostasis fisiológica y psicosocial, ya que se altera las funciones orgánicas y metabólicas, las demandas energéticas y la factibilidad de reposición de manera saludable de alimentos energéticos, por muchas carencias ambientales, sociales, económicas, laborales, psicológicas, entre otras, en el marco de comprensión del ser biopsicosocial-ecocultural. Esta ruptura de equilibrio consigo mismo y con el medio favorece el sobrepeso y obesidad, por tanto, complicaciones con comorbilidades cada vez mayores según edad, género, gradiente económico, entre otros. En el proceso de anabolismo hay ganancia de alimento para ser transformado, el cual se inicia con la ingesta, precipitada por el hambre, en función del equilibrio adquisición-gasto de energía-materia. De otro lado, el catabolismo, se da por la degradación de los alimentos o nutrientes, adquiridos por ingesta a fin de la obtención de energía para la reconstrucción orgánica.

En relación al aspecto ambiental y la obesidad, Lobato, S., Bucio, M., Villegas, R. (2021), en México, señalan cuatro periodos del estudio de la obesidad, un primer momento relacionaban a la obesidad con la contaminación del aire (década de los 80 en adelante), en la cual los gases hidrocarburos tenían mayor importancia, este paradigma fue el del gen ahorrador (genotipo heredado que privilegia el almacenamiento de energía para preservar la supervivencia), se transmite el fenotipo de obesidad, considerando para su tratamiento el desequilibrio entre ingesta y gasto energético; Un segundo momento, considera el periodo 2009 al 2012, la epigenética cumple rol fundamental centrándose en: La contaminación del ambiente y sus compuestos dañinos en el aire y en el origen del desarrollo de la salud y la enfermedad (DOHaD, developmental origins of health and disease), dejando atrás el rol de la herencia fenotípica en el origen de la obesidad; la enfermedad cardiovascular y la metilación del ADN. Un tercer momento sería del 2013 al 2014, aumenta investigaciones en la contaminación del ambiente, centrándose en efectos sobre el asma; DOHaD, el estilo de vida y los determinantes sociales como causal de la obesidad; y el estrés oxidativo consecuencia de la metilación del ADN; El cuarto momento, el actual, inicia el 2015 en el cual el desequilibrio entre ingesta y gasto energético entra en crisis para explicar la etiología y tratamiento de la obesidad; el nuevo paradigma para explicar causal y tratamiento de la obesidad, incluiría a los contaminantes ambientales, capaces de alterar los niveles endocrinos, de los neurotransmisores, la expresión epigenética, alterar la microbiota intestinal, entre otros cambios específicos a la mitocondria, entre otros; además, se considera la relación materno-fetal y paterno-fetal como elementos de influencia en el desarrollo de la obesidad infantil y desencadenantes en la edad adulta a la obesidad u otras enfermedades, estamos en un tiempo de abundancia más que de escasez, la adaptación en la epigenética se está modificando.

A. Los Grados De Obesidad Y Sus Técnicas De Medición.

La condición de la obesidad en la humanidad, por ser cada vez más creciente ha sido considerado como una pandemia mundial, hecho que al verse confrontada con la nueva pandemia mundial del COVID-19, se ha puesto en evidencia el alto nivel de mortalidad principalmente en este tipo de población a nivel global y esto debido a las diversas comorbilidades que tiene, como diabetes, hipertensión arterial, enfermedad cardiaca, enfermedad renal, accidente cerebro vascular (ACV), entre otras. El colapso sanitario en casi la totalidad de los países evidencia el manejo inadecuado de políticas en salud pública, en salud mental, en inversión del capital humano, ya que las economías se han visto reducidas, aumentando los niveles de pobreza, incrementando las brechas sociales por las grandes pérdidas de empleos laborales a causa del confinamiento, el riesgo a contaminarse, la falta de protocolos bien direccionados para evitar el contagio, la falta de atención en salud preventiva, con la promoción de estilos de vida saludables, el freno de las grandes empresas de aceptar rápidamente las reglamentaciones del uso del etiquetado en los productos procesados, mediante señalizaciones como el octógono nutricional, entre otros, según cada país. La obesidad tiene diferentes características según la CIE-10 de la OMS, se describen varios tipos de obesidad, generadas por diferentes causales, sean por calorías en exceso, debido a la inducción de drogas y por otros tipos de obesidad, incluyendo aquellas no especificadas.

En la obesidad la mayor relevancia es la cantidad de grasa abdominal, por encima del exceso de grasa corporal, el cual genera la alteración metabólica según talla sexo, grupo etario y gasto energético, este exceso de tejido graso al predisponer a enfermedades sistémicas, acorta la esperanza de vida del que la padece. Normalmente se considera en

mujeres, un exceso en grasa corporal cuando el intervalo porcentual es de 20 a 25 sobre el peso del cuerpo; mientras que para los varones el porcentaje va de 15 a 18 del peso corporal, exceder estos límites los coloca en una situación de aumento de peso y adiposis. La condición de obesidad se da cuando la masa en el cuerpo en el género femenino es superior al 32% de su peso y en el género masculino supera el 25% de su peso.

Baile y Gonzáles (2013), sugiere la evaluación de la obesidad desde tres perspectivas:

Estimación de la condición corporal, analiza el exceso de grasa como característica biológica, asimismo la estimación del estado nutricional analiza los cambios fisiológicos alimentarios y la estimación psicosocial analiza las variables psicológicas probables causales de la obesidad.

La antropometría permite realizar las mediciones del peso corporal, a pesar que el IMC no es el mejor dato para establecer el nivel de adiposis, se precisa de procedimientos y algunas técnicas para la determinación de la obesidad, algunas de estas son:

Los procedimientos clínicos, que se basan en el uso de aparatos de bioimpedancia, que permiten medir la masa adiposa y la masa magra corporal; otro procedimiento es la medición diferenciada de la masa adiposa y masa magra corporal en seco y bajo el agua; un tercer procedimiento es registrar en los tejidos del cuerpo, la captación fotónica, que se denomina absorción dual mediante rayos x.

Procedimiento de estimar los pliegues cutáneos, consiste en medir de tres a siete pliegues con un calibre, con uso de fórmulas matemáticas, los pliegues elegidos son a nivel de pecho, abdomen y muslo anterior para el género masculino, y para el género femenino se mide el muslo anterior, tricipital y supra espinal, según Aristizábal (2007), Baile y Gonzáles (2013).

Procedimiento de estimar el porcentaje de adiposis en brazo, se realiza midiendo la circunferencia en brazo (C), con el cáliper, se mide la altura del bíceps/tríceps (P), referenciado esto para medir el porcentaje de grasa total corporal. Con estos datos se hacen los cálculos para hallar en el brazo: el perímetro magro [C – (3,145 x P)], el área magra [PMB2 / (4 x 3,145)] y el área grasa [(P x C) / 2] – [(3,145 X P2) / 4]; siendo P = perímetro, M = magro(a), A = área, G = grasa, B = Brazo. Estableciendo, de esta manera, ser factible hallar la proporción de grasa en el brazo, siguiendo formula: AGB x 100 / AGB + AMB, Baile y Gonzáles (2013), visualizado en la figura 6.

Figura 6

Medición en Pliegue del Tricep para Estima Porcentual de Grasa Corporal



Fuente. Fotografía de aplicación de técnica de estimación de porcentaje de grasa corporal. http://www.entrenamientoysalud.com/archivos/imagenes/antro.jpg

Establecer las mediciones de los grados de obesidad, demanda muchos estudios previos para dar valoraciones de acuerdo al peso, talla, cantidad de masa grasa; siendo la medida de más fácil acceso, para las diferentes culturas y poblaciones, la relación entre

peso e índice de masa corporal (IMC); estableciendo así la OMS ciertos criterios según grados:

Grado I, exceso de peso en 10 al 25% del peso normal, esperado en teoría.

Grado II, exceso de peso en 25 al 40% del peso normal, esperado en teoría.

Grado III, exceso de peso mayor al 40% del peso normal, esperado en teoría.

Para medir obesidad se utiliza el IMC propuesto por Quetelet, resultante de dividir peso(kg)/talla^2 (mt). En los adultos el peso normal esperado se considera el rango de un IMC de 20-24, de 25 a 29.9 de IMC es sobrepeso y obesidad, en grados diversos los indicadores de IMC $\geq$ 30, indican niveles mayores de riesgo; señalando por otro lado, que existe obesidad grado IV que es de riesgo extremo, donde el IMC $\geq$ 50; Sin embargo, en la investigación utilizamos la clasificación dada por la OMS (1997). El riesgo para la salud, según el grado I, II y III de obesidad, son el riesgo moderado, el riesgo alto y el muy alto respectivamente; siendo a su vez, el IMC mayor o igual a 30-34.9, mayor o igual a 35-39.9 y mayor o igual a 40 para los grados I, II y III, respectivamente.

B. Aspectos Biológicos.

Estos aspectos están relacionados con la ingesta de alimentos que están relacionadas por el equilibrio hambre-saciedad y factores confluyentes, como el apetito, lo placentero, lo social y cultural (Guillen, R., 2014). También en el binomio hambre-saciedad, elementos importantes son: el hipotálamo, que controla la producción-regulación del glucostato, lipostato, colesterostato y aminoácido estático; el hígado, que regula la conducta alimenticia, a través de las acciones del piruvato, lactato, glicerol, aminoácidos y otros ácidos grasos, que regulan el glucógeno, del cual dependen los glucosensores encargados del metabolismo del azúcar.

C. Aspectos Psicológicos Que Intervienen En La Obesidad.

El abordaje de la obesidad desde la ciencia de la psicología, se ha referenciado con mayores logros desde el enfoque cognitivo conductual, ya que la obesidad como tal no es una condición que surge repentinamente, sino ésta va afectando progresivamente, por su impacto, en la personalidad y sus diversas dimensiones, la cual según progreso en edad, género, condición socioeconómica, salud física, social y ambiental, es decir, va modificando su biografía personal, por su complejidad multisistémica y el desarrollo que tiene. El apoyo psicológico, junto a la dieta, el ejercicio físico, la modificación de hábitos de vida, estilo de vida, son parte integral en programas de intervención en el sobrepeso y obesidad, Tárraga et al. (2014); el abordaje del paciente con obesidad es integral, personalizado, desde la perspectiva bio-psico-social. Son de importancia en el abordaje, la motivación, la comunicación y la relación clínica, visto en Vásquez et al. (2019), conocido es que los pacientes con obesidad pueden tener síntomas de ansiedad y/o depresión, sin embargo; se menciona algunos de mayor incidencia a continuación:

Síntomas de ansiedad, la ansiedad como síntomas conductuales puede evidenciarse, si la elección a fin de moderar la ansiedad es cierto tipo de comida, se recurrirá a ello en horario diurno o nocturno sin demanda energética del organismo, lo cual genera aumento de peso y éste se convierte en estimulo que genera más ansiedad; por el incremento de respuesta fisiológica de la ansiedad, esta conducta se constituye en un círculo vicioso con el incremento de peso. En algunos casos puede generar otros síntomas como insomnio, somatizaciones corporales, herpes, enfermedades coadyuvantes a la obesidad: diabetes tipo II, hipotiroidismo, trastorno neurológico, entre éstos neuralgia del trigémino o parálisis facial, hipertensión arterial, reflujos, artrosis, problemas cardiovasculares, enfermedad renal, así como también síntomas psicológicos como:

Síntomas depresivos, la depresión se caracteriza por el negativismo del pensamiento, el retraimiento social, el sentimiento de tristeza, la autopercepción negativa de sí con sentimientos de minusvalía por discriminación social e inadecuación en los diversos servicios utilizados, como el transporte público, el ascensor, las escaleras, el ir a la playa, el comprar ropa o trajes, entre otros.

La insatisfacción corporal es otro elemento que se añade a la baja autoestima en estos pacientes, el factor económico es de importancia para acceder a una mejor calidad de vida, asumir dietas moderadas, regular ejercicios y afrontar un tratamiento integral en lo psico-socio-ambiental, favorecería la mejora del ánimo y la calidad de vida en estos pacientes, sin descuidar el tratamiento farmacológico según comorbilidad hallada en lo individual.

Imagen corporal distorsionada, la imagen corporal se estructura desde el autorreconocimiento en los primeros años de vida como representación corporal, para luego ser autopercepción corporal, ésta está ligada estrechamente a los conceptos de autoimagen, autoestima e identidad, elementos importantes en la formación de la personalidad, en muchos casos la obesidad ya se evidencia en la infancia, en la adolescencia se tiene mayor conciencia y trae problemas como la recurrencia a sustancias adictivas como dulces, frituras, harinas, chocolates, alcohol, tabaco, entre otros. La imagen corporal en los pacientes con obesidad puede afectarse en tres componentes: La forma o figura corporal, referido al esquema corporal, que en su proceso formativo sigue el desarrollo céfalo-caudal, incrementando su percepción de tamaño y limite corporal; las personas con obesidad pueden tener distorsión perceptual de alguna región, zona o el tamaño global corporal, generándole rechazo a su propia apariencia e inseguridad emocional. Un segundo componente es el contenido corporal, lo cual, al tener alteración

perceptual, la persona con obesidad puede presentar alteración perceptual interoceptiva, lo cual le dificulta graduar sensaciones internas relacionadas al factor hambre y saciedad, frio y caliente, dolor y cansancio, tensión y distensión, pueden tener problemas para identificar emociones y afectos (Vásquez et al., 2019). Un tercer componente es el significado corporal, el paciente con obesidad muestra vergüenza y timidez por la discriminación social, ante el modelo de belleza percibida para estos tiempos, que culturalmente con la globalización, los medios masivos de información, le dan mayor connotación.

La Desregulación emocional y falta de control de impulsos, la regulación emocional favorece el reconocimiento y procesamiento emocional, y favorece el funcionamiento productivo a corto y largo plazo (Leahy, Tirch y Napolitano (2011), Reyes y Tena (2016). De otro lado la desregulación se manifiesta como un exceso intensificado de las emociones (abruma y es intrusiva), o como inhibición en exceso (disociar, despersonalización, desrealización o adormecimiento emocional). La falta de control de impulsos en los pacientes con obesidad, está ligado al Síndrome de Edorexia el cual como problema mental es causante y mantenedor del apetito disfuncional caracterizado por la deficiencia del control de impulsos que conlleva al apetito descontrolado y desmesurado ante un estímulo. La población obesa padece un problema mental que altera mecanismos reguladores del peso, por estímulos excesivos del sistema límbico e incremento de liberación de dopamina, en López y Garcés (2016).

Trastorno por atracón, es el comer en un tiempo corto gran cantidad de alimentos, en relación a lo que la mayoría podría hacerlo en contextos similares, acompañando a este comer la pérdida de control sobre esta ingesta en lo que dura la acción. Este trastorno no

incluye conductas compensatorias propias de la bulimia (inducción de vómito, uso de laxantes, entre otros).

Otras alteraciones psicológicas, estudios reportan además de los ya mencionados, que en el sobrepeso y la obesidad se encuentran el trastorno de pánico, trastorno por evitación, siendo las personas de género femenino más vulnerables que los del género masculino (Pickering, Chou y cols., entre los años 2001 a 2007); Baile y González, en el 2011a, señalan entre las alteraciones encontradas en población con obesidad, alteraciones como deficiente calidad de vida en relación a la salud, insatisfacción corporal incrementada, déficit en auto valía, trastorno de personalidad y mayor consumo en sustancias procesadas, entre otras.

El abordaje de la obesidad como desde la perspectiva psicosocial, como condición, demanda una mayor capacitación profesional, incluyendo a los profesionales de salud mental, ya que estudios revisados reportan que hay estigmatización no sólo de las personas hacia esta condición, sino de los propios profesionales sanitarios, entre ellos, médicos, enfermeras, rehabilitadores físicos, incluso profesionales de salud mental, Baile Ayensa, J., (2018); asimismo señala, en general, que los pacientes obesos son percibidos por los profesionales sanitarios como menos inteligentes, inactivos, con poca fuerza volitiva, vagos o perezosos, antihigiénicos, feos, entre otros adjetivos; estas actitudes en el ámbito sanitario se relaciona con una disminución en la calidad de atención al paciente, incidiendo en los pacientes en la demora para la búsqueda de atención/evaluación y exámenes auxiliares que requieren, así también, disminuye la motivación y adherencia a tratamientos por ser vista la obesidad como un problema individualizado.

De otro lado, Gómez-Pérez, D., et al. (2017), realiza una revisión de artículos relacionados al impacto del estigma de la obesidad en víctimas y equipos de salud, manifiestan los autores, que la estigmatización se da en igualdad hacia hombres y mujeres, siendo las mujeres las que reportan peor calidad de vida y bienestar, mayor disminución de la autoestima que los varones, los varones reportan mayores problemas en el ámbito laboral. La estigmatización a sí mismas que se hacen los que tienen obesidad como los que no tienen redundan en consecuencias negativas como la evitación de entornos saludables, la poca adherencia a controles y tratamientos de especialistas. Así también, los pacientes con obesidad tienen que afrontar las barreras físicas, el rechazo social, la discriminación laboral-salarial, diversos desajustes psicológicos, que conducen a usar como estrategia el mayor consumo de alimentos altos en calorías, rechazo de dietas y restricciones en la actividad física.

D. Aspectos Socioambientales Y Culturales En La Obesidad.

La globalización como proceso de integración económica, cultural, política, social, tecnológica y de cambios en el comportamiento humano, favoreció los patrones de consumo alimenticio poco saludables y como consecuencia los cambios en el estilo de vida, propiciando el sedentarismo y una población mundial creciente en condiciones de obesidad (Méndez, A., et al., 2023). La palabra globesidad es acuñada en el 2001, en un informe de la Organización Mundial de la Salud (WHO), es mencionada y resulta de unir los términos globalización y obesidad, Fojo, F., (Revista Galenus, Volumen 30/Año 5 / Número 2, 2012). La globesidad trajo consigo: neoliberalismo, desregulación aliementicia en favor de productos procesados, marketing, dominio de estilos de vida

poco saludables, dependencia de la tecnología, publicidad masiva alimenticia del consumo de azucares, grasas saturadas, sal, oleaginosas, soya, jarabe de alto contenido de fructuosa, de bajo costo, baja calidad, acceso rápido, bien difundidas por el estilo de vida norteamericano; los países más afectados son los de bajo y medio bajo nivel económico y social, en países de mayores niveles económicos hay asociación directa de la globalización y la obesidad, la globalización incrementa la propensión a la obesidad y sobrepeso; mientras que, la globalización económica presenta relación inversa (Méndez, A., et al., 2023).

Los cambios que generó la globalización, el acceso a internet y medios masivos de información, dieron paso a cambios culturales y desarmonías en el estilo de vida de las personas en occidente, pues se evidenciaron las brechas entre sobrealimentación y pobre alimentación en el Perú, a pesar de ser predominantemente agrícola, se evidenció:

Acceso fácil y permanente al alimento, el empresariado copiaba modelos de inversión en cadenas de tiendas de comida rápida, comida embolsada, empaquetada, con menor calidad de componentes orgánicos naturales y saludables. Las parcelas fueron disminuyendo, así también el cambio de sembríos en función de una mayor exportación de productos. La comida rápida influyó en el crecimiento de sobrepeso y obesidad en el país, así también los cambios en el estilo de vida asumidos en las ciudades.

Generalización de la comida rápida y altamente calórica, evidenciada en productos altos en azúcar, alto en sodio, alto en grasa, alto en colorante, saborizantes y preservantes, tanto para niños como para adultos, mostrándose en variedad de insumos, conocidos como comida chatarra. Se evidencia en puestos de tiendas, ambulantes expendedores de helados, gelatinas, galletas, chocolates, gaseosas, entre otros; así también restaurantes y centros comerciales. Productos que se impone en la sociedad y con propagandas televisadas, en

revistas y diarios se ofrece como un producto sabroso, rico, que te da bienestar y te hace feliz.

Reducción de la alimentación en base a vegetales, el consumo de frutas y verduras es en poca cantidad en los habitantes de las ciudades, de allí las promociones y leyes de promoción de alimentos saludables, loncheras saludables, en contraste de producción de leyes y regulaciones de la alimentación saludable, el etiquetado octogonal de productos embolsados y empaquetados. En la ciudad, el comer frutas todos los días resulta de gran gasto económico para las familias y esto es poco accesible a la economía en general del poblador de la ciudad de Lima.

Falta de promoción para realizar actividad física a diario, se evidencia que las ciudades, distritos, algunas urbanizaciones y mayormente pueblos jóvenes, fueron realizados, construidas sin planeamiento ambiental, los más afectados son las localidades más pobres, pues carecen de parques, de losas deportivas, y otros ambientes libres para realizar actividad física, así también no ha sido materia importante en la educación del niño y el adolescente en las últimas décadas; todos estos factores contribuye a no realizar el gasto energético cotidiano para reducir el consumo excesivo de alimento poco saludable, contribuyendo así al incremento de peso en la población.

Promoción del ocio sedentario, esta actividad se ve reducida por actividades sedentarias con el uso de tecnología: televisión, celular, tablet, computadora, donde el juego es virtual y cada vez menos social e interactivo.

Reducción de la buena práctica del buen dormir, la presencia de luz artificial aumenta, el acostarse temprano se retrasa y la cena es más nocturna; así encontramos, que son prácticas de paseo el salir de noche e ir a centros comerciales donde se expenden alimentos en horas nocturnas, esto es costumbre en gran cantidad de pobladores, los fines

de semana, siendo cada vez más común que de esta experiencia también participen adolescentes y niños en salidas familiares. La no recuperación adecuada por un buen dormir generará tensión y malestar durante el día, el cual, de verse sometido a una práctica común, redundará en el aumento de ansiedad y estrés, los cuales podrían llevar a un mayor consumo de energía durante el día. Como es sabido el trabajo en la ciudad demanda mucho gasto energético, pues los trabajadores usan más horas de lo indicado por los empleadores, llevando trabajo a casa y gastando esfuerzo en el viaje para llegar a centro laboral.

E. Sobrepeso Y Obesidad En El Perú.

En el Perú, a nivel nacional, hay mayor interés en tratar de solucionar problemas con necesidades alimentarias, en niños por desnutrición crónica con el almuerzo saludable, que el abordaje de la obesidad en niños y adultos como enfermedad, Lai et al. (2022); La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), para los años 2013, el 20.2%, en el 2017, la obesidad alcanza el 22.0%, el 2020, la obesidad alcanza a nivel nacional el 26.3% y en el 2021, el porcentaje alcanza el 27.4, evidenciándose un incremento en la prevalencia de la obesidad en mayores de 15 años a nivel nacional (Morocho J., y Llallahui, W., 2022). El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2022) en su publicación: Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles 2022, señala que la obesidad en mayores de 15 años, tiene una prevalencia nacional de 25.6% en general, siendo en mujeres el 29.8% de la población total; mientras que en hombres la prevalencia es del 21.2%. El exceso de peso en mayores de 15 años a nivel nacional alcanza el 63.1%; por diferencia de sexo, en mujeres la prevalencia de exceso de peso es del 66.3% y en hombres del 59.6%, siendo mayor en área urbana (66.3%), que en área rural (48.9%). Por regiones, es mayor en la costa (68.0%), que en la selva (55.9%)

y sierra (54.3%); observando así un crecimiento sostenido de este problema de salud pública. Este crecimiento de prevalencia, ya era evidente en reportes del INEI en años anteriores, del 2016 al 2018, la obesidad se incrementó de 18.3% a 22.7% en personas de 15 a más años (INEI, 2019) y para el área urbana creció de 22.4% a 25.3%; según sexo en hombres de 14.0% a 19.3% y en mujeres de 22.5 a 26.0% a nivel nacional, datos que recoge el INEI del Cuestionario de Salud de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), cuando se trata del exceso de peso (sobrepeso y obesidad) a nivel nacional se incrementa en este periodo 2016-2018, de 53.8 a 60.0% y para Lima Metropolitana se incrementó en este mismo lapso de tiempo de 63.0% a 65.9%.

La prevalencia y su crecimiento en el país, nos muestra la poca importancia que se le da a esta problemática de manera transversal, pues requiere intervenciones integrales para los diversos grupos etarios, regiones, con mejoras en salud, educación, medioambiente, políticas, leyes, monitorización, entre otras acciones.

Considerando el confinamiento debido a los sucesos de pandemia para este tiempo actual, evidentemente la alimentación ha cambiado, el sedentarismo ha aumentado, el estrés se ha incrementado junto a otros problemas psicológicos. También cabe mencionar la falta de regulación de spots publicitarios de alimentos no saludables, la poca actividad física en la población por falta de espacios de recreación cercanos a casa, incidencias crecientes de ambientes obesogénicos (lugares de expendio de alimento poco saludables); además de tener en el sistema educativo limitaciones transversales en cursos, materias y mallas curriculares relacionadas a nutrición, ecología y ambiente saludable, educación física, salud psicológica, y otros relacionadas al abordaje de este problema multidimensional.

2.3.4.6 Sobrepeso Y Obesidad En Un Hospital De Lima Metropolitana.

En una publicación de EsSalud (2015) a nivel nacional, se muestra en una muestra de usuarios asegurados (n = 7 283 426) que, el 35.4% tienen obesidad, según perímetro abdominal; en mujeres 68.6%, en hombres 31.4%. Las mujeres casi duplica la casuística respecto a los varones. Lo cual evidencia problema de salud pública a nivel nacional. En relación asegurados con obesidad en EsSalud, por grupo etario, sexo, educación y ocupación en el 2015, el 40.6% tenían edades de 40-59 años, de 12-39 años el 36.4%, y el 23.0% de 60 años a más; así, la obesidad por nivel educativo alcanza nivel superior 47.7% y secundaria 38.8%; por grupo ocupacional, empleados el 66.8% e independientes el 19.3%. En comorbilidad se encuentran la enfermedad cardiovascular en un 51.2%, diabetes mellitus, colesterol y triglicéridos altos, hipertensión arterial, infección del tracto urinario, cálculo renal e insuficiencia renal entre otras. Así también, en una institución de salud privada de Lima Metropolitana, se observa que la frecuencia en la obesidad diagnosticada, predomina en el sexo femenino sobre el masculino, en los grupos etarios de 20-39 años y de 40-59 años en mayor grado, 60 a más años disminuye la tendencia; en lo que va del 2018 al 2020, siendo la población 40 a 59 años, femenina, la más afectada; obteniendo así datos, como grupo poblacional de importancia para realizar programas de intervención en sobrepeso y para la prevención de obesidad.

2.4 Formulación De Hipótesis

2.4.1 *Hipótesis general*

HG: Existe correlación estadística significativa entre dimensiones de la calidad de vida y los estilos de afrontamiento al estrés en personas con algún grado de obesidad.

2.4.2 *Hipótesis específicas*

H_1: Existe correlación estadística significativa entre las dimensiones de la calidad de vida y los estilos de afrontamiento al estrés en personas con obesidad grado I de un hospital de Lima.

H_2: Existe correlación estadística significativa entre las dimensiones de la calidad de vida y los estilos de afrontamiento al estrés en personas con obesidad grado II de un hospital de Lima.

H_3: Existe correlación estadística significativa entre las dimensiones de la calidad de vida y los estilos de afrontamiento al estrés en personas con obesidad grado III de un hospital de Lima.

H_4: Existen diferencias estadísticas significativas entre las dimensiones de la calidad de vida y los estilos de afrontamiento al estrés en personas con obesidad de un hospital de Lima, según grado de obesidad.

H_5: Existen diferencias estadísticas significativas entre las dimensiones de la calidad de vida y los estilos de afrontamiento al estrés en personas con obesidad grado I, II y III de un hospital de Lima, según sexo.

H_6: Existen diferencias estadísticas significativas entre las dimensiones de la calidad de vida y los estilos de afrontamiento al estrés en personas con obesidad grado I, II y III de un hospital de Lima, según nivel de estudios.

H_7: Existen diferencias estadísticas significativas entre las dimensiones de la calidad de vida y los estilos de afrontamiento al estrés en personas con obesidad grado I, II y III de un hospital de Lima, según edad.

2.5 Definición De Variables Y De Conceptos Principales

Se describen los conceptos principales relacionados al tema, como es la calidad de vida, la obesidad, el estrés, el afrontamiento al estrés.

Calidad de vida. - Es el de estilo de vida positiva, que hace del bienestar una condición necesaria y esencial en la búsqueda de la calidad de vida, que consiste en la evaluación objetiva y subjetiva formada por el bienestar físico, psicológico, social y ambiental, percibida como individuo y grupo.

Obesidad. – Es una patología sistémica, multifactorial, inflamatoria crónica, que denota el desequilibrio entre consumo y gasto energético, que produce acumulación de tejido adiposo, cuyos factores etiológicos surgen de la interrelación genética-ambiental y factores psicosociales, que en conjunto conducen a riesgos en la salud de modo progresivo.

Estrés. - Es el desajuste del organismo ante las exigencias internas/externas las cuales sobrepasan a los recursos individuales y este fracasa en su adaptación.

Afrontamiento al estrés. – Son las formas diferentes de realizar conductas cambiantes, que surgen desde las cogniciones, con el propósito de resolver las exigencias específicas, tanto externas como internas orientadas a fortalecer los requerimientos personales del individuo.

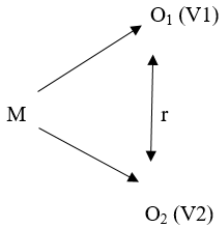
CAPITULO III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y Diseño de Investigación

El enfoque es cuantitativo en tanto se pretende describir la realidad de manera objetiva y usando métodos estadísticos (Hernández et al., 2017). El diseño usado fue no experimental, dado que el autor no realizó la manipulación de las variables investigadas (Hernández et al., 2017). De acuerdo al objetivo principal es conocer la relación entre dos variables se hará uso de un tipo correlacional transversal (Sánchez et al., 2018; Hernández et al., 2017), estos diseños describen las relaciones de las variables y dichas relaciones se dan dentro de un tiempo determinado. Es decir, el presente estudio busca hallar probables relaciones en las variables que se miden para observar cómo estas variables covarían entre sí, en sentido (positivo o negativo) y grado de significancia (alta y muy alta). Gráficamente el diseño de la investigación queda representado en la figura 7.

Figura 7

Tipo de investigación



Donde:

M = muestra, pacientes con obesidad.

O_1 = Observación en variable 1 (V1), Calidad de vida.

O_2 = Observación en variable 2 (V2), Afrontamiento al estrés.

Fuente. Correlacional es el tipo de estudio para Hernández et al., 2017; mientras que, para Sánchez et al., 2018, es considerado el diseño de la investigación. Elaborado por el autor

3.2 Unidad de Análisis

Paciente con diagnóstico de obesidad, varón o mujer, entre 20 y 74 años que es atendido en un hospital de Lima Metropolitana.

3.3 Población de Estudio

El grupo poblacional de investigación está constituido por pacientes con la enfermedad no transmisible de obesidad, de ambos sexos, con edad entre 20 y 74 años que se atendieron en un hospital de Lima Metropolitana.

3.4 Tamaño de muestra

La muestra de estudio estuvo conformada por 182 pacientes con diagnóstico de obesidad en grado I, II y III, de ambos sexos, con edad de 20 a 74 años, con diferentes niveles de estudio, de diversa condición de estado civil y todos derivados con diagnóstico realizados por áreas de endocrinología, nutrición y otras que son atendidos en un hospital de Lima Metropolitana, los datos descriptivos del cuestionario sociodemográfico se muestran en la tabla 1.

En la tabla 1, se observa que obesidad en grado I, tienen 91 pacientes, el 50% de la muestra; obesidad en grado II, lo conforman 60 pacientes, esto es el 33% de la muestra y obesidad en grado III, tiene a 31 pacientes, que es el 17% del total de la muestra, la cual son 182 pacientes, esto es el 100%.

Tabla 1

Niveles de obesidad

Obesidad y grados	I	II	III	Total
Frecuencia (f)	91	60	31	182
Porcentaje (%)	50	33	17	100

Fuente. Grados de obesidad I, II y III, medida por el índice de masa corporal. Elaborado por el autor

En cuanto al nivel de estudio, frecuencia y medida porcentual de los pacientes con algún grado de obesidad se observa en tabla 2.

En tabla 2, el nivel analfabeto lo constituyen 5 pacientes, esto es el 3%; el nivel de estudios primario está conformado por 15 pacientes, esto es el 8%; el nivel de estudios secundario tiene 91 pacientes, esto es el 50%; el nivel de estudios técnico o universitario está conformada por 71 pacientes, esto es el 39%, del total de la muestra que son 182 pacientes, conforman el 100%.

Tabla 2

Niveles de estudio

Nivel de estudio	Frecuencia	Porcentaje (%)
Analfabeto	5	3
Primario	15	8
Secundario	91	50
Técnico o universitario	71	39
Total de pacientes	182	100

Fuente. Descripción del nivel de estudios con frecuencias y porcentajes de los pacientes con diagnóstico de obesidad en grado I, II y III. Elaborado por el autor

En la tabla 3, en cuanto al sexo en pacientes con obesidad, frecuencia y porcentaje se observa: los pacientes con algún grado de obesidad de sexo masculino son 26, esto es el 14% de la muestra total; mientras que los del sexo femenino lo conforman 156 pacientes, esto es el 86% de la muestra total que son 182 pacientes, esto es el 100%.

Tabla 3

Sexo

Sexo en pacientes con obesidad	**Frecuencia (f)**	**Porcentaje (%)**
Masculino	26	14
Femenino	156	86
Total	182	100

Fuente. Descripción del sexo con frecuencias y porcentajes de los pacientes con diagnóstico de obesidad en grado I, II y III. Elaborado por el autor

En la tabla 4, en relación a la edad por grupo etario y frecuencia de pacientes con algún grado de obesidad se evidencia: Los pacientes de 20 a 39 años son 24 (el 13%) del total; los de 40 a 59 años lo conforman 108 pacientes (el 59%) de la muestra total; mientras que los pacientes con algún grado de obesidad de 60 a 74 años, son 50 pacientes (el 28%), del total de la muestra, que son el 100%, 182 pacientes.

Tabla 4

Edad

Edad (Rango en años)	**20 a 39**	**40 a 59**	**60 a 74 años**	**Total**
Frecuencia (f)	24	108	50	182
Porcentaje (%)	13	59	28	100

Fuente. Descripción de la edad con frecuencias y porcentajes de los pacientes con diagnóstico de obesidad en grado I, II y III. Elaborado por el autor

En la tabla 5, del total de la muestra (182), 40 son solteros (as), que es el 22% del total; 28 pacientes pertenecen al estado civil conviviente, esto es el 15% del total; 73 son casados (as), el 40% del total; 20 son separados (as), el 11% del total; 10 pacientes son divorciados (as), esto es el 6%; 11 son viudos (as), esto es el 6% del total de la muestra que son 182 pacientes, lo cual constituye la muestra al 100%.

Tabla 5

Estado civil

Estado civil	**Soltero**	**Conviviente**	**Casado**	**Separado**	**Divorciado**	**Viudo**	**Total**
Frecuencia (f)	40	28	73	20	10	11	182
Porcentaje (%)	22	15	40	11	6	6	100

Fuente. Descripción del estado civil con frecuencias y porcentajes de los pacientes con diagnóstico de obesidad en grado I, II y III. Elaborado por el autor

En la tabla 6, con respecto a la percepción de la satisfacción económica en pacientes con obesidad, 18 perciben nada de satisfacción (10% del total); 85 perciben un poco de satisfacción económica (47%), ambos puntajes suman 103 y se perciben por debajo de lo normal en satisfacción económica (57% del total); 76 pacientes se perciben en nivel normal de satisfacción económica, es el 42%; sólo 3 pacientes refieren nivel bastante de satisfacción económica, que es 2% del total y ningún paciente se percibe en un nivel totalmente de satisfacción económica, esto es el 0%; del total que es el 100%, de esta manera la percepción de la satisfacción económica (P. S. Econ.).

Tabla 6

Percepción de la satisfacción económica

P. S. Econ.	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente	Total
Frecuencia (f)	18	85	76	3	0	182
Porcentaje (%)	10	47	42	2	0	100

Fuente. Descripción de la percepción de la satisfacción económica con frecuencias y porcentajes de los pacientes con diagnóstico de obesidad en grado I, II y III. Elaborado por el autor

3.5 Selección de muestra

El tipo de muestreo elegido fue por conveniencia (Hernández, et al., 2017), dado que los casos seleccionados eran por las facilidades brindadas por la institución y accesibles al investigador, además se cumplir con los criterios señalados líneas más abajo. De este modo, la muestra se eligió conforme llegaban a consultorio con algún grado de obesidad, incluye los diversos diagnósticos de obesidad según manual CIE-10.

3.5.1 *Criterios De Inclusión*

Personas con diagnóstico clínico de Obesidad.

Personas con edad entre 20 a 74 años

Personas de cualquier nivel educativo.

Personas con obesidad que aceptaron el consentimiento informado.

Personas que completaron en su integridad los cuestionarios y escala.

3.5.2 *Criterios De Exclusión*

Personas con diagnóstico asociado a Incapacidad física limitante.

Personas con diagnóstico principal de trastorno mental F20.0.

Gestantes, o personas en post parto con 1 año de antigüedad.

Personas con índice de masa corporal (IMC) por debajo de 30.

Personas menores de 20 años y mayores de 75 años.

3.6 Técnicas de Recolección de Datos

3.6.1 Variables

Variable correlacionada : Calidad de vida.

Estilo de afrontamiento al estrés.

Variables sociodemográficas : Género.

Edad.

Nivel de estudio.

3.6.2 Instrumentos Utilizados

A. *La Escala De Calidad De Vida, WHOQOL-BREF*

Propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004), con adaptación española, la cual también se trabajó en adultos chilenos, Espinoza et al. (2011); esta escala no tiene puntos de corte, siendo a mayor puntuación, mayor calidad de vida, establecida en cuatro dimensiones, siendo la dimensión 1, Salud Física; dimensión 2, Salud psicológica; la dimensión 3, Relaciones sociales; dimensión 4, Relaciones con el ambiente. Para este estudio, se consideró la publicación de escala de calidad de vida WHOQOL-BREF de Torres y Rioseco (2008), compuesto por 26 ítems.

Castillo (2014), hace una adaptación para Chiclayo del WHOQOL-BREF aplicando en artritis reumatoide, usó rangos de 20 puntos para datar niveles de calidad de vida, nivel bajo a partir de 20 puntos, nivel normal de 40 a 60 puntos, alto y de 80 a 100

puntos nivel muy alto; mantuvo la estructura formal de la adaptación española y encontró un buen nivel de validez y confiabilidad.

La OMS en cuanto al WHOQOL-BREF, señala que en la calificación se considera el puntaje de 0 a 100. Espinoza et al. (2011), en su versión española, aporta la apreciación global de la calidad de vida; relacionando mayor puntaje con mayor nivel de calidad de vida.

En la tabla 7, se observa la consistencia interna encontrada en el WHOQOL BREF, la confiabilidad obtenida mediante el omega (ω), fue de .790, .815, .688 y .775 y el rango en el que sitúa, para las dimensiones salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente, respectivamente. Valores considerados por De Vellis como aceptables (García, 2005).

Tabla 7

Consistencia interna del WHOQOL BREF

Dimensiones de calidad de vida	**Número de ítems**	**Omega de McDonald (ω)**	***IC 95%***
Salud física	7	.790	.744-.836
Salud psicológica	6	.815	.774-.857
Relaciones sociales	3	.688	.611-.857
Ambiente	8	.775	.726-.825

Fuente: ω = Estadístico Omega de Mc Donald (Hayes & Coutts, 2020), IC 95% = Rango del índice de confiabilidad al 95%. Elaborado por el autor

B. ***El Cuestionario De Modos De Afrontamiento Del Estrés (COPE)***

Respecto al afrontamiento al estrés, el cuestionario elaborado por Carver et al. (1989), denominado COPE, basado en el instrumento original WOC (Ways of Coping) elaborado por Folkman y Lazarus. Casuso (1996), en el Perú realizó la adaptación del instrumento aplicándolo a 817 estudiantes en una universidad privada de Lima y en otra

pública. En el análisis de validez halló una composición factorial de trece escalas con eigenvalues que fueron mayores a 1,1 mediante el análisis de rotación varimax con cargas factoriales favorables. En la confiabilidad encontró valores alfa de Cronbach de 0,68 para las estrategias enfocadas en el problema, de 0,75 para las estrategias centradas en la emoción y 0,77 para otras estrategias de afrontamiento, denominado también estrategias no adaptativas.

En la tabla 8, se encuentra dentro de este estudio la confiabilidad, obtenida mediante el omega **(**ω) de Mc Donald, con un índice de confiabilidad (IC) al 95% fue de .844, .841 y .801, y el rango en el que se sitúa [IC 95%], para los estilos de afrontamiento centrado en el problema, centrado en la emoción y otros estilos, respectivamente. Valores considerados por De Vellis como respetables (García, 2005)

Tabla 8

Consistencia interna del COPE

Estilos de afrontamiento	Número de ítems	Omega de McDonald (ω)	IC 95%
Estilo centrado en el problema	20	.844	.812-.877
Estilo centrado en la emoción	20	.841	.807-.877
Otros Estilos	12	.801	.758-.844

Fuente: ω = Estadístico Omega de Mc Donald, (Hayes & Coutts, 2020), IC 95%= Rango del índice de confiabilidad al 95%. Elaborado por el autor

C. *Cuestionario Sociodemográfico*

El Cuestionario Sociodemográfico, tiene ítems elementales los cuales proporcionarán información suficiente para clasificar a los pacientes en el grado de obesidad que le corresponde, teniendo en cuenta el peso y talla, según fórmula para IMC; brinda información del grupo etario de pertenencia, según clasificación previa, nivel de

educación, como también datos de género, grado de estudio y percepción económica. Ver anexo.

3.7 Consideraciones Éticas

Se toma en cuenta los principios éticos señalados por la APA (2016) como respeto a la persona (valorando su autonomía y protegiendo la confidencialidad de datos), beneficencia, no maleficencia y justicia, mediante el proceder a informar oportunamente al paciente de las intenciones del estudio, de las consecuencias de los mismos, también se pondrá en ejecución el consentimiento informado, la cual será firmado por el paciente; asimismo se aplicará los cuestionarios y la escala elegida, además se devolverá la información oportunamente, hechos los correctivos, a fin de deslindar dudas que tenga el paciente, esto se hará en modo presencial en el consultorio psicológico. Así, se presentan los protocolos de Consentimiento Informado, cuestionario sociodemográfico de datos básicos, Escala WHOQOL-BREF, Cuestionario de afrontamiento al estrés COPE y formato de entrega de resultado.

3.8 Técnicas De Análisis Estadísticos

Se aplicó las pruebas y elaboró la base de datos, se hizo los análisis descriptivos para la calidad de vida, para los estilos de afrontamiento al estrés, las medias, frecuencias, desviación estándar, varianza y coeficiente de variación; frecuencia y porcentaje para los grados de obesidad, según índice de masa corporal (IMC). Para realizar el correspondiente análisis inferencial se utilizó, los estadísticos de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk, para contrastar la hipótesis nula, que los datos muestrales proceden de poblaciones

normales; en la calidad de vida, los estilos de afrontamiento al estrés y los modos de afrontamiento al estrés. Finalmente, para establecer correlación entre la calidad de vida, estilos de afrontamiento y modos de afrontamiento al estrés con los diferentes grados de obesidad, se usó el coeficiente *r* de Spearman, y como estimador del efecto el r^2 (pequeño de .01 a .09, mediano de .10 a .29, y grande de .30 a más; Dominguez-Lara, 2017). Las comparaciones de las variables según género fueron usando el *U* de *Mann Whitney* con su estimador del efecto el *r* de Rosenthal (pequeño de .10 a .29, mediano de .30 a .49, y grande de .50 a más; Dominguez-Lara, 2017); mientras las comparaciones según grado de obesidad, nivel de estudios y edad agrupada fueron con el X^2 de *Kruskall* Wallis con su estimador del efecto (ε^2), la épsilon cuadrada (pequeño de .04 a .24, mediano de .25 a .63, y grande de .64 a más; Ferguson, 2009). Para hallar la consistencia interna de los instrumentos utilizados, se emplea los estadísticos Omega de Mc Donald (ω), usando el software Jamovi, de acceso libre, para abrir en https://www.jamovi.org/, Elosua, P., Egaña, M. (2020); además se usan los programas de SPSS v.27.

CAPITULO IV. RESULTADOS

4.1 Análisis De Resultados

4.1.1 *Resultados Descriptivos*

A continuación, se presentan los resultados descriptivos en las dimensiones de calidad de vida (media, desviación estándar, varianza y coeficiente de variación) obtenidos en la muestra de pacientes con algún grado de obesidad.

Como se muestra en la Tabla 9, el coeficiente de variación (CV) nos permite comparar los resultados obtenidos, de tal modo que se observa que las puntuaciones en la dimensión relaciones sociales se encuentra CV= 47%, que son las más dispersas, y las más homogéneas son las del dominio ambiente, con un CV= 30%.

La dimensión salud física de la calidad de vida tiene como M = 44.70, en salud psicológica obtiene M = 44.34; en relaciones sociales presenta M= 40.82 y en ambiente obtuvo M = 46.69. Resultados que indican que, para todos los pacientes con obesidad, en las cuatro dimensiones de la calidad de vida, las medias se encuentran por debajo de 50.

Tabla 9

Estadísticos descriptivos de la calidad de vida

Dimensiones de la Calidad de vida	N	Media (M)	D. E.	V	CV
Salud física	182	44.70	15.940	254.068	36%
Salud psicológica	182	44.34	16.866	284.467	38%
Relaciones sociales	182	40.82	19.209	369.000	47%
Ambiente	182	46.69	14.015	196.413	30%

Fuente. N=Muestra; (M) =Media; D.E.=Desviación Estándar; V=Varianza; CV=Covarianza. Elaborado por el autor

A continuación, en la Tabla 10, se presentan los resultados descriptivos en estilos de afrontamiento, obtenidos en la muestra de pacientes con algún grado de obesidad. Se observa que en el estilo centrado en la emoción se encuentra una media de 13.38 con un coeficiente de variación del 19%, en el estilo centrado en el problema se encuentra una media de 12.90 con un coeficiente de variación de 20%; mientras que, para los otros estilos se encuentra una media de 7.07 y un coeficiente de variación de 24%, de esta manera se observa que en el estilo centrado en la emoción y el estilo centrado en el problema, obtienen los valores más altos que los otros estilos que tiene el valor más bajo.

Tabla 10

Estadísticos descriptivos de los estilos de afrontamiento al estrés

Estilos de afrontamiento	N	Media (M)	D. E.	Varianza	CV
Estilo centrado en el problema	182	12.9093	2.54477	6.476	20%
Estilo centrado en la emoción	182	13.3874	2.53832	6.443	19%
Otros estilos	182	7.0797	1.73001	2.993	24%

Fuente. N=Muestra; (M) =Media; D.E.=Desviación Estándar; V=Varianza; CV=Covarianza. Elaborado por el autor

En la Tabla 11, en relación a los grados de obesidad según índice de masa corporal, se presentan los resultados descriptivos, frecuencia y porcentaje obtenidos en la muestra de pacientes. El grado I de obesidad presenta el 50% de la muestra. El grado II de obesidad presenta el 33.0% de la muestra. El grado III presentan el 17.0% de la muestra. De esta manera se observa que el porcentaje más alto se encuentra en el grado I; mientras que el porcentaje más bajo se encuentra en el grado III.

Tabla 11

Estadísticos descriptivos de los grados de obesidad

Grados de obesidad	***f***	***%***
Grado I (IMC ≥ 30 a 34.9)	91	50.0
Grado II (IMC ≥ 35 a 39.9)	60	33.0
Grado III (IMC ≥ 40)	31	17.0
Total	182	100.0

Fuente. f = Frecuencia; % = Porcentaje; IMC = Índice de masa corporal. Elaborado por el autor

4.2 Prueba De Normalidad

Para valorar si la muestra pertenece a poblaciones normales, se emplean los estadísticos de Kolmogorov-Smirnov y de Shapiro-Wilk asociados a sus respectivos niveles críticos (Sig.) en los resultados en la calidad de vida. Ambos estadísticos permiten contrastar la hipótesis nula de que los datos muestrales proceden de poblaciones normales.

En la Tabla 12, se observan que los niveles críticos (*Sig.*) son menores de .05, los estadísticos de Kolmogorov-Smirnov y de Shapiro-Wilk, se concluye que los resultados no proceden de poblaciones normales, se rechazó la hipótesis de normalidad porque el nivel crítico (Sig.) es menor que el nivel de significación establecido .05.

Tabla 12

Pruebas de normalidad de la calidad de vida

Dimensiones de la Calidad de vida	**Kolmogorov-Smirnov[a] (K-S)**			**Shapiro-Wilk (Sh-W)**		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Salud física	.116	182	.000	.975	182	.002
Salud psicológica	.104	182	.000	.981	182	.016
Relaciones sociales	.146	182	.000	.965	182	.000
Ambiente	.126	182	.000	.974	182	.002

Fuente. gl = Grado de libertad; Sig. = Nivel de significancia; Estadístico = K-S, Sh-W. [a]Corrección de Lilliefors. Elaborado por el autor

La Tabla 13, evidenció el rechazo a la hipótesis de normalidad porque el nivel crítico (Sig.) es menor que el nivel de significación establecido (.05); se observan que, los niveles críticos son mayores de .05, en el caso de estilo centrado en el problema con valor K-S = .200* y el estilo centrado en la emoción, con valor K-S = .200*, lo cual permite concluir que estos resultados proceden de poblaciones normales; por el contrario, en otros estilos de afrontamiento no presentan una distribución normal.

Tabla 13

Pruebas de normalidad de los estilos de afrontamiento

Estilos de afrontamiento	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Estilo centrado en el problema	.047	182	.200*	.992	182	.407
Estilo centrado en la emoción	.034	182	.200*	.995	182	.768
Otros Estilos	.091	182	.001	.981	182	.016

Fuente. gl = Grado de libertad; Sig. = Nivel de significancia; *. La correlación es significativa en el nivel .05 (bilateral). Estadístico = K-S, Sh-W. [a]Corrección de Lilliefors. Elaborado por el autor

4.3 Prueba De Hipótesis General

Para realizar la prueba de hipótesis general, utilizamos el estadístico *rho* de Spearman para obtener el coeficiente de correlación y los niveles críticos entre la variable calidad de vida y los estilos de afrontamiento al estrés, a fin de comprobar la hipótesis planteada. En la siguiente tabla, se presenta la información referida al coeficiente *rho* de Spearman, aquí aparecen los valores del coeficiente de correlación y el nivel crítico asociado a cada coeficiente (Sig.) por cada cruce de las variables calidad de vida y estilos de afrontamiento en adultos con algún grado de obesidad.

En la Tabla 14, se observa correlaciones significativas al .01 en calidad de vida y el estilo centrado en el problema, en la salud psicológica de la calidad de vida presenta

valor *rho*=.242**, tamaño del efecto r^2=.059 y la dimensión ambiente del estilo centrado en el problema con valor *rho*=.203** (r^2=.041) ; Por otro lado, se encuentra correlación negativa entre salud psicológica y otros estilos con un valor *rho*=-.192** (r^2=.037); Por último, se encuentra correlación significativa al .05, entre la calidad de vida y el estilo centrado en la emoción; en la dimensión salud psicológica y el estilo centrado en la emoción con un valor *rho*=.178* (r^2=.032); siendo la correlación negativa entre salud física con otros estilos con un valor *rho*=-.185* (r^2=.034). El tamaño de efecto asociado a las correlaciones significativas fue de tipo pequeña (Domínguez-Lara, 2017). Estos datos son significativos para señalar la existencia relevante de correlación entre las variables de la calidad de vida y los estilos de afrontamiento al estrés.

Tabla 14

Relación de las dimensiones de la calidad de vida y estilos de Afrontamiento

Dimensiones de la Calidad de vida	Estadístico	Estilo centrado en el problema	Estilo centrado en la emoción	Otros estilos
Salud física	*Rho*	.063	.019	-.185*
	Sig.	.399	.796	.013
	r^2	.004	.000	.034
Salud psicológica	*Rho*	.242**	.178*	-.192**
	Sig.	.001	.016	.009
	r^2	.059	.032	.037
Relaciones sociales	*Rho*	.092	.125	-.093
	Sig.	.219	.092	.212
	r^2	.008	.016	.009
Ambiente	*Rho*	.203**	.139	-.098
	Sig.	.006	.062	.189
	r^2	.041	.019	.010

Fuente. Rho=Estadístico rho de Spearman; Sig. = Nivel de significancia; El signo menos (-), es correlación negativa; **. La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral); *. La correlación es significativa en el nivel .05 (bilateral). r^2, tamaño del efecto (Domínguez-Lara, 2017). Elaborado por el autor

4.4 Prueba De Hipótesis Específicas

4.4.1 *Relación Entre las Dimensiones de la Calidad De Vida Y Afrontamiento En Obesidad Grado I*

Se presenta, la correlación rho y el tamaño del efecto en obesidad I en la Tabla 15.

En la Tabla 15, hay correlaciones significativas al .05 entre salud psicológica y estilo centrado en el problema presentando un valor *rho* = .240 y tamaño de efecto pequeño r^2=.058. Significando esto que para los pacientes con obesidad grado I, su condición de calidad de vida en salud psicológica se encuentra en relación directa y positiva con el afrontamiento centrado en el problema, estilo usado como respuesta al afrontamiento al estrés.

Tabla 15

Relación entre las dimensiones de la calidad de vida y afrontamiento en obesidad grado I

Dimensiones de la Calidad de vida	Estadístico	Estilo centrado en el problema	Estilo centrado en la emoción	Otros estilos
Salud física	*Rho*	.086	.001	-.117
	Sig.	.419	.991	.270
	r^2	.007	.000	.014
Salud psicológica	*Rho*	.240*	.134	-.178
	Sig.	.022	.207	.091
	r^2	.058	.018	.032
Relaciones sociales	*Rho*	.180	.038	-.082
	Sig.	.088	.718	.437
	r^2	.032	.001	.007
Ambiente	*Rho*	.187	.033	-.181
	Sig.	.077	.754	.087
	r^2	.035	.001	.033

Fuente. Rho=Estadístico rho de Spearman; Sig. = Grado de significancia; El signo menos (-), es correlación negativa; *. La correlación es significativa en el nivel .05 (bilateral). r^2= Tamaño del efecto (Domínguez-Lara, 2017). Elaborado por el autor

4.4.2 *Relación Entre las Dimensiones de la Calidad De Vida Y Afrontamiento En Obesidad Grado II*

En la Tabla 16, se observa el grado de correlación rho y el tamaño del efecto (r^2), para el grado II de obesidad. Se observa que se presenta correlación negativa significativa al .05 entre salud física y otros estilos con un valor *rho*=-.277 y tamaño del efecto r^2=.077, así como correlación positiva significativa al .05 entre el estilo centrado en la emoción con las dimensiones salud psicológica, con un valor *rho* = .320 y relaciones sociales con un valor *rho* = .284; ambos, con tamaños del efecto pequeño r^2=.102 y r^2=*.081,* respectivamente.

Tabla 16

Relación entre dimensiones de la calidad de vida y afrontamiento en obesidad grado II

Dimensiones de la Calidad de vida	Estadístico	Estilo centrado en el problema	Estilo centrado en la emoción	Otros estilos
Salud física	*Rho*	.040	.075	-.277*
	Sig.	.759	.571	.032
	r^2	.002	.006	.077
Salud psicológica	*Rho*	.243	.320*	-.121
	Sig.	.062	.013	.358
	r^2	.059	.102	.015
Relaciones sociales	*Rho*	-.014	.284*	-.024
	Sig.	.914	.028	.857
	r^2	.000	.081	.001
Ambiente	*Rho*	.053	.163	-.062
	Sig.	.687	.212	.638
	r^2	.003	.027	.004

Fuente. Rho= Estadístico rho de Spearman; Sig. = Grado de significancia; El signo menos (-), es correlación negativa; *. La correlación es significativa en el nivel .05 (bilateral). r^2= Tamaño del efecto (Dominguez-Lara, 2017). Elaborado por el autor

4.4.3 *Relación Entre Las Dimensiones de la Calidad De Vida Y Afrontamiento En Obesidad Grado III*

En la Tabla 17, se observa el grado de correlación rho y el tamaño del efecto (r^2), para el grado III de obesidad, se encuentra que hay correlación significativa al .05 entre la dimensión ambiente y el estilo centrado en el problema, con un valor *rho*=.393 y tamaño del efecto r^2=.154; significando esto que, los pacientes con grado III de obesidad presentan correlación positiva baja entre la dimensión ambiente de la calidad de vida y el estilo de afrontamiento al estrés centrado en el problema y una variabilidad del 2.3% debido al tamaño del efecto pequeño, explica el 2.3% de la variación total (r^2=.154); además, existe correlación baja negativa entre las dimensiones de la calidad de vida salud física, salud psicológica y relaciones sociales (*rho*=-.212, *rho*=-.264, *rho*=-.166, respectivamente) con los otros estilos, a nivel del tamaño del efecto, en estas dimensiones de la calidad de vida, el tamaño del efecto es bajo (.4%, .7%, .2% respectivamente), explicando menos del 1% de la varianza total.

Tabla 17

Relación entre las dimensiones de la calidad de vida y afrontamiento en obesidad grado III

Dimensiones de la Calidad de vida	Estadístico	Estilo centrado en el problema	Estilo centrado en la emoción	Otros estilos
Salud física	*Rho*	.064	-.004	-.212
	Sig.	.731	.983	.253
	r^2	.004	.000	.045
Salud psicológica	*Rho*	.265	.032	-.264
	Sig.	.150	.866	.152
	r^2	.070	.001	.070
Relaciones sociales	*Rho*	.057	.017	-.166
	Sig.	.759	.929	.374
	r^2	.003	.000	.028
Ambiente	*Rho*	.393*	.144	.038
	Sig.	.029	.439	.840
	r^2	.154	.021	.001

Fuente. *Rho*=estadístico rho de Spearman; Sig. = Grado de significancia; El signo menos (-), es correlación negativa; *. La correlación es significativa en el nivel .05 (bilateral). r^2= Tamaño del efecto (Dominguez-Lara, 2017). Elaborado por el autor

4.5 Diferencias Entre Las Variables Investigadas Con Las Variables Sociodemográficas

4.5.1 *Diferencias entre las variables investigadas con nivel de obesidad*

La Tabla 18, indica que no hubo diferencias en el nivel de significancia (*Sig*.), se encontró presencia de algunas diferencias significativas a nivel del tamaño del efecto (ε^2 mayor a .01). Dentro de la variable dimensión de la calidad de vida, estas fueron en las dimensiones salud psicológica (ε^2 =.010) siendo el mayor rango promedio en pacientes con obesidad de grado I y en la dimensión ambiente (ε^2 =.010) con mayor rango promedio en pacientes con obesidad grado III. Respecto a los tres estilos de afrontamiento, todos ellos, obtuvieron un tamaño de efecto pequeño (ε^2 de .011 a .023), obtuvieron un más alto rango promedio el grupo de pacientes con obesidad en grado II.

Tabla 18

Diferencias de las variables dimensiones de la calidad de vida y estilos de afrontamiento, según grado de obesidad

Variables	Rango promedio según nivel de obesidad			*Chi-Cuadrado* X^2	*Sig.*	ε^2
	Grado I (n=91)	Grado II (n=60)	Grado III (n=31)			
Calidad de vida	93.82	86.56	94.24	.790	.674	.004
Salud física	94.80	88.47	87.68	.723	.697	.004
Salud psicológica	95.60	84.04	93.89	1.830	.400	.010
Relaciones sociales	93.82	85.14	97.00	1.411	.494	.008
Ambiente	90.24	87.68	102.60	1.753	.416	.010
Estilo centrado en el problema	88.40	99.33	85.44	2.055	.358	.011
Estilo centrado en la emoción	83.90	101.37	94.71	4.117	.128	.023
Otros Estilos	86.39	99.58	90.85	2.278	.320	.013

Fuente: n = Número de personas, X^2 = Chi cuadrado; Sig.= Grado de significancia, ε^2= épsilon cuadrado, estimador del tamaño del efecto (Field, 2013). Elaborado por el autor

4.5.2 *Diferencias entre las variables investigadas con sexo según nivel de obesidad*

En la Tabla 19, se aprecia diferencias en el nivel de significancia (*Sig.)*, en el estilo de afrontamiento centrado en el problema (*r*=-.266), obtuvieron un más alto rango promedio en varones con grado de obesidad I. De manera complementaria, a nivel del tamaño del efecto se apreció en el estilo centrado en la emoción (*r*=-.137), obteniendo un más alto rango promedio en varones con grado de obesidad I.

Tabla 19

Diferencias entre las variables con sexo según nivel de obesidad grado I

Variables	Rango promedio según sexo		*U de Mann-Whitney (U)*	*Sig.*	*r*
	Mujer (n=76)	**Varón (n=15)**			
Calidad de vida	45.93	46.37	564.5	.953	-.006
Salud física	46.39	44.03	540.5	.752	-.033
Salud psicológica	45.09	50.60	501.0	.459	-.078
Relaciones sociales	46.73	42.30	514.5	.548	-.063
Ambiente	45.93	46.37	564.5	.953	-.006
Estilo centrado en el problema	42.88	61.80	333.0	.011	-.266
Estilo centrado en la emoción	44.39	54.17	447.5	.190	-.137
Otros Estilos	45.68	47.63	545.5	.793	-.028

Fuente: n = Número de personas; U= Estadístico U de Mann-Whitney; Sig.= Grado de significancia; el signo menos (-), es correlación negativa; r = r de Rosenthal, estimador del tamaño del efecto (Dominguez-Lara, 2017). Elaborado por el autor

En la Tabla 20, en los pacientes con obesidad de grado II, se muestra que no hay diferencias en un nivel significativo (sig.); sin embargo, a nivel del tamaño del efecto (ε^2 mayor a .01), se identificó en la variable calidad de vida que hubo diferencias en la calidad de vida (r=-.115), y sus dimensiones salud física (r=-.148), relaciones sociales (r=-.114), y ambiente (r=-.218), todas ellas, a favor de las mujeres. Respecto a los estilos de afrontamiento centrado en el problema (r=-.124) y centrado en la emoción (r=-.127), obtuvieron una mayor presencia en los varones.

Tabla 20

Diferencias entre las variables con sexo según nivel de obesidad grado II

Variables	Rango promedio según sexo		*U de Mann-Whitney (U)*	*Sig.*	*r*
	Mujer (n=53)	**Varón (n=7)**			
Calidad de vida	31.23	25.00	147.0	.390	-.115
Salud física	31.43	23.43	136.0	.266	-.148
Salud psicológica	30.03	34.07	160.5	.573	-.075
Relaciones sociales	31.22	25.07	147.5	.390	-.114
Ambiente	31.88	20.07	112.5	.093	-.218
Estilo centrado en el problema	29.72	36.43	144.0	.353	-.124
Estilo centrado en la emoción	29.70	36.57	143.0	.341	-.127
Otros Estilos	30.51	30.43	185.0	1	-.001

Fuente: n = Número de personas; U= Estadístico U de Mann-Whitney; Sig.= Grado de significancia; el signo menos (-), es correlación negativa; r = r de Rosenthal, estimador del tamaño del efecto (Dominguez-Lara, 2017). Elaborado por el autor

En la Tabla 21, en los pacientes con obesidad de grado III, se aprecian que no hay diferencias a nivel significativo (sig.), con un tamaño del efecto (ε^2 mayor a .01), en la variable calidad de vida (r=-.282) en sus dimensiones salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente (r con valores de -.272, -.271, -.192 y -.241, respectivamente), en favor de los varones respecto a las mujeres y en relación a los estilos de afrontamiento centrado en la emoción (r=-.183) y otros estilos (r=-.175), obtuvieron una mayor presencia los varones.

Tabla 21

Diferencias entre las variables con sexo según nivel de obesidad grado III

Variables y dimensiones	Rango promedio según sexo		*U de Mann-Whitney (U)*	*Sig.*	*r*
	Mujer (n=27)	**Varón (n=4)**			
Calidad de vida	395.00	101.00	17.0	.027	-.282
Salud física	396.50	99.50	18.5	.033	-.272
Salud psicológica	396.50	99.50	18.5	.033	-.271
Relaciones sociales	407.00	89.00	29.0	.154	-.192
Ambiente	400.50	95.50	22.5	.062	-.241
Estilo centrado en el problema	425.00	71.00	47.0	.712	-.053
Estilo centrado en la emoción	456.00	40.00	30.0	.173	-.183
Otros Estilos	455.00	41.00	31.0	.193	-.175

Fuente: n = Número de personas; U= Estadístico U de Mann-Whitney; Sig.= Grado de significancia; el signo menos (-), es correlación negativa; r = r de Rosenthal, estimador del tamaño del efecto (Dominguez-Lara, 2017). Elaborado por el autor

4.5.3 Diferencias entre las variables investigadas con nivel de estudios según nivel de obesidad

En la Tabla 22, en los pacientes con obesidad de grado I, no se aprecian diferencias a un nivel significativo (sig.), en contraste a nivel del tamaño del efecto hay presencia de diferencias significativas (ε^2 mayor a .01), a nivel de la variable calidad de vida (ε^2=-.054) y todas sus dimensiones (ε^2 de .013 y .075) hubo diferencias a favor de los pacientes con técnico superior. Respecto a los estilos de afrontamiento hay tamaño de efecto pequeño (ε^2 de .039 a .047), todos ellos, obtuvieron una mayor presencia en pacientes sin estudios.

Tabla 22

Diferencias entre las variables con nivel de estudios según nivel de obesidad grado I

Variables y dimensiones	Rango promedio según nivel de estudios				*Chi-Cuadrado* (X^2)	*Sig.*	ε^2
	Sin estudios (n=1)	Primaria (n=8)	Secundaria (n=46)	Técnica superior (n=36)			
Calidad de vida	40.50	29.88	44.47	51.69	4.860	.182	.054
Salud física	28.00	43.06	44.49	49.08	1.211	.750	.013
Salud psicológica	64.50	33.31	46.27	47.96	2.561	.464	.028
Relaciones sociales	62.50	33.19	46.03	48.35	2.613	.455	.029
Ambiente	30.50	29.56	43.41	53.39	6.748	.080	.075
Estilo centrado en el problema	87.00	41.38	43.01	49.71	3.960	.266	.044
Estilo centrado en la emoción	91.00	51.56	45.74	43.85	3.507	.320	.039
Otros Estilos	84.50	58.06	43.37	45.61	4.269	.234	.047

Fuente: n = Número de personas; Chi-Cuadrado= X^2; Sig.= Grado de significancia; ε^2=épsilon cuadrado, estimador del tamaño del efecto (Field, 2013). Elaborado por el autor

En la tabla 23, en los pacientes con obesidad de grado II, no hubo diferencias a un nivel significativo (sig.), pero hay presencia de diferencias a nivel del tamaño del efecto (ε^2 mayor a .01). A nivel de la variable calidad de vida (ε^2=.143) y todas sus dimensiones (ε^2 de .061 a .151), hubo diferencias a favor de los pacientes con técnico superior. Respecto a los estilos de afrontamiento centrado en el problema (ε^2=.028) y la emoción (ε^2=.057), obtuvieron una mayor presencia en pacientes con estudios primarios; mientras que en otros estilos de afronte (ε^2=.102), fue mayor en los pacientes sin estudios.

Tabla 23

Diferencias entre las variables con nivel de estudios según nivel de obesidad grado II

Variables y dimensiones	Rango promedio según nivel de estudios				*Chi-Cuadrado* (X^2)	*Sig.*	ε^2
	Sin estudios (n=3)	Primaria (n=7)	Secundaria (n=24)	Técnica superior (n=26)			
Calidad de vida	6.00	28.14	28.79	35.54	8.436	.038	.143
Salud física	12.17	31.64	30.73	32.10	3.580	.311	.061
Salud psicológica	6.83	31.36	27.42	35.85	8.777	.032	.149
Relaciones sociales	8.00	30.07	28.56	35.00	7.118	.068	.121
Ambiente	9.33	25.07	28.02	36.69	8.886	.031	.151
Estilo centrado en el problema	26.00	36.43	31.92	28.12	1.652	.648	.028
Estilo centrado en la emoción	27.33	37.50	33.40	26.31	3.391	.335	.057
Otros Estilos	43.67	35.07	33.85	24.65	6.000	.112	.102

Fuente: n = Número de personas; Chi-Cuadrado= X^2; *Sig.*=Grados de significancia; ε^2=*épsilon cuadrado*, estimador del tamaño del efecto (Field, 2013). Elaborado por el autor

En la tabla 24, en los pacientes con obesidad de grado III, hay presencia de diferencias significativas a nivel del tamaño del efecto (ε^2 mayor a .01), no hubo diferencias a nivel significativo (sig.). Así, en la variable calidad de vida (ε^2=.103) y sus dimensiones (ε^2 de .085 a .112), excepto en salud física (ε^2=.097), hubo diferencias a favor de los pacientes con técnico superior; mientras que en salud física lograron un mejor puntaje aquellos pacientes sin estudios. Respecto a los estilos de afrontamiento centrado en la emoción (ε^2=.059) y otros estilos (ε^2=.055), obtuvieron una mayor presencia en pacientes con estudios secundarios; mientras que en el estilo centrado en el problema (ε^2=.064), fue mayor en los pacientes con técnico superior.

Tabla 24

Diferencias entre las variables con nivel de estudios según nivel de obesidad grado III

Variable y dimensiones	Rango promedio según nivel de estudios			*Chi-Cuadrado* (X^2)	*Sig.*	ε^2
	Sin estudios (n=1)	Secundaria (n=21)	Técnica superior (n=9)			
Calidad de vida	5.00	15.00	19.56	3.102	.212	.103
Salud física	20.50	14.10	19.94	2.896	.235	.097
Salud psicológica	4.00	15.48	18.56	2.537	.281	.085
Relaciones sociales	2.50	15.36	19.00	3.358	.187	.112
Ambiente	3.50	15.29	19.06	3.079	.214	.103
Estilo centrado en el problema	5.00	15.67	18.00	1.931	.381	.064
Estilo centrado en la emoción	6.50	17.19	14.28	1.780	.411	.059
Otros Estilos	6.00	17.02	14.72	1.660	.436	.055

Fuente: n = Número de personas; Chi-Cuadrado= X^2; Sig.=Grado de significancia; ε^2= épsilon cuadrado, estimador del tamaño del efecto (Field, 2013). Elaborado por el autor

4.5.4 *Diferencias entre las variables investigadas con edad agrupada según nivel de obesidad*

En la Tabla 25, en los pacientes con obesidad de grado I, se observa que hay presencia de algunas diferencias a nivel del tamaño del efecto (ε^2 mayor a .01); sin embargo, no hubo diferencias significativas (sig.). De este modo, en la variable calidad de vida (ε^2=.020) y sus dimensiones (ε^2 de .012 a .037), excepto salud psicológica, hubo diferencias a favor de los pacientes con edad de 20 a 39 años. Respecto al estilo de afrontamiento centrado en el problema (ε^2=.021), obtuvieron una mayor presencia en pacientes con edad de 20 a 39 años; mientras que en el estilo de afrontamiento centrado en la emoción (ε^2=.010) y otros estilos de afronte (ε^2=.016), fue mayor en los pacientes de 60 a 74 años.

Tabla 25

Diferencias entre las variables con edad agrupada según nivel de obesidad grado I

Variable y dimensiones	Rango promedio según edad agrupada			*Chi-cuadrado* (X^2)	*Sig.*	ε^2
	20-39 años (n=11)	40-59 años (n=51)	60 a 74 años (n=29)			
Calidad de vida	54.23	43.17	47.86	1.801	.406	.020
Salud física	53.36	44.41	46.00	1.045	.593	.012
Salud psicológica	44.09	44.92	48.62	.432	.806	.005
Relaciones sociales	56.27	42.40	48.43	2.918	.232	.032
Ambiente	57.27	42.18	48.45	3.345	.188	.037
Estilo centrado en el problema	55.55	43.56	46.67	1.894	.388	.021
Estilo centrado en la emoción	40.32	45.44	49.14	.943	.624	.010
Otros Estilos	45.50	43.37	50.81	1.474	.478	.016

Fuente: n = Número de personas; Chi-Cuadrado= X^2; Sig.=Grado de significancia; ε^2= *épsilon cuadrado*, estimador del tamaño del efecto (Field, 2013). Elaborado por el autor

En la tabla 26, en los pacientes con obesidad de grado II, se observa presencia de algunas diferencias significativas a nivel del tamaño del efecto (ε^2 mayor a .01); sin embargo, no hubo diferencias significativas (sig.). A nivel de la variable calidad de vida (ε^2=.032) y sus dimensiones salud psicológica (ε^2=.031) y relaciones sociales (ε^2=.071), hubo diferencias a favor de los pacientes con edad de 20 a 39 años. Respecto al estilo de afrontamiento centrado en el problema (ε^2=.036), obtuvieron una mayor presencia en pacientes con edad de 40 a 59 años. En el resto de casos no hubo diferencias significativas (sig.), ni del tamaño del efecto.

Tabla 26

Diferencias entre las variables con edad agrupada según nivel de obesidad grado II

Variable y dimensiones	Rango promedio según edad agrupada			*Chi-Cuadrado* (X^2)	*Sig.*	ε^2
	20-39 años (n=9)	40-59 años (n=36)	60 a 74 años (n=15)			
Calidad de vida	37.28	28.42	31.43	1.913	.384	.032
Salud física	33.83	29.85	30.07	.390	.823	.007
Salud psicológica	37.61	29.56	28.50	1.808	.405	.031
Relaciones sociales	40.67	27.56	31.47	4.185	.123	.071
Ambiente	32.17	29.18	32.67	.521	.771	.009
Estilo centrado en el problema	28.44	33.08	25.53	2.130	.345	.036
Estilo centrado en la emoción	31.67	30.61	29.53	.088	.957	.001
Otros Estilos	32.11	30.00	30.73	.109	.947	.002

Fuente: n = Número de personas; Chi-Cuadrado= X^2; Sig.=Grado de significancia; ε^2=*épsilon cuadrado*, estimador del tamaño del efecto (Field, 2013). Elaborado por el autor

En la Tabla 27, en los pacientes con obesidad de grado III, si bien no hubo diferencias significativas a nivel de *p*-valor (sig.), si las hubo a nivel del tamaño del efecto (ε^2 mayor a .01). A nivel de la variable calidad de vida (ε^2=.059) y todas sus dimensiones (ε^2 de .047 a .073), hubo diferencias a favor de los pacientes con edad de 20 a 39 años. Respecto a los estilos de afrontamiento (ε^2 de .017 a .064), obtuvieron una mayor presencia en pacientes con edad de 60 a 74 años.

Tabla 27

Diferencias entre las variables con edad agrupada según nivel de obesidad grado III

Variable y dimensiones	Rango promedio según edad agrupada			*Chi-Cuadrado* (X^2)	*Sig.*	ε^2
	20-39 años (n=4)	40-59 años (n=21)	60 a 74 años (n=6)			
Calidad de vida	21.13	14.71	17.08	1.781	.411	.059
Salud física	22.25	15.07	15.08	2.197	.333	.073
Salud psicológica	21.50	15.02	15.75	1.720	.423	.057
Relaciones sociales	21.13	14.93	16.33	1.603	.449	.053
Ambiente	18.63	14.67	18.92	1.422	.491	.047
Estilo centrado en el problema	10.63	16.26	18.67	1.935	.380	.064
Estilo centrado en la emoción	11.00	16.88	16.25	1.416	.493	.047
Otros Estilos	13.63	15.93	17.83	.520	.771	.017

Fuente: n = Número de personas; Chi-Cuadrado= X^2; Sig.=Grado de significancia; ε^2=*épsilon cuadrado*, estimador del tamaño del efecto (Field, 2013). Elaborado por el autor

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

5.1 Discusión

Los resultados de la presente investigación se analizaron en función de los objetivos propuestos, que están referidos a la relación entre la calidad de vida y los estilos de afrontamiento al estrés, en pacientes con obesidad.

En respuesta a la hipótesis general, se evidencia alta relación entre la salud psicológica y el estilo enfocado en el problema en los pacientes con obesidad grado I y II, igualmente se halla alta relación entre la dimensión ambiente y el estilo centrado en el problema en pacientes con obesidad I y III; así también, se halló correlación entre la dimensión relaciones sociales con el estilo centrado en el problema, indicando que estas correlaciones evidencian baja calidad de vida en estos pacientes, hallazgos semejantes a lo encontrado por Area, M. (2021), Gonzales, R. y cols. (2021), Janjetic, M. et al. (2020), Ruiz et al., (2018). Terrazas-Romero, M. y cols. (2018), Mercado, M. (2016).; Huamaní Domínguez y Paredes Ayala, (2018), Fujiki Pereyra (2017), Sánchez (2016), Kapsou et al. (2010) quienes señalan el mayor uso del estilo centrado en el problema; lo cual, también es refrendado por Cardona-Arias e Higuita-Gutierrez, (2014), y Guevara et al. (2014), Urzúa y Jarne (2010), que el estilo centrado en el problema es empleado por pacientes crónicos.

Asimismo, en los resultados encontrados, referente al impacto en la salud psicológica, en la salud ambiental y en las relaciones sociales, que tienen los pacientes con obesidad grado I y III, ven restringidas sus capacidades, que vulnera su autoestima, autopercepción en su imagen corporal, bienestar psicosocial y ambiental, que se refleja en la discriminación en los diversos espacios sociales, considerando incluso el sanitario,

similares resultados encontrados en Mercado, M. (2016); Chagas y Neves, (2015); Lobato, S. et al., (2022, 2021); Gonzales, R. y cols. (2021); Ruiz et al. (2018); Bastias, F. Gómez, D., y cols. (2022); Muñiz, N., (2021); Sánchez-Carracedo, D., (2021); Baile A., J. (2018); Cjahua (2017).

En cuanto a las dimensiones de la calidad de vida y el estilo de afrontamiento centrado en la emoción; los resultados evidencian alta relación entre la salud psicológica y el estilo centrado en la emoción, en los pacientes con adiposidad grado I; además se halló, alta relación entre la dimensión relaciones sociales y el estilo centrado en la emoción en los pacientes con adiposidad grado II.

Igualmente, se encontró en la dimensión relaciones sociales de la calidad de vida, alta relación con el estilo centrado en la emoción; del mismo modo en el dominio ambiente de la calidad de vida se observa alta relación con el estilo centrado en la emoción. Por otro lado, la relación es alta y negativa en la dimensión salud física con el estilo centrado en la emoción. Estos hallazgos guardan relación con lo encontrado por González, R., y cols. (2021), Fujiki Pereyra (2016), Sánchez (2016), Shimanoe (2015), Cassaretto y Chau (2006), quienes hallaron mayor uso del estilo centrado en la emoción, es decir que los pacientes obesos, tienen dificultad de regulación emocional, que es expresión de la relación negativa que se asocia con otros estilos de afrontamiento: tal como lo encontraron Arce, E. et al., (2020); Gonzalez, R., y cols. (2021).

Por otra parte, se encontró nivel bajo en calidad de vida en sus cuatro dimensiones, en los pacientes con obesidad grado I y II; quienes utilizan el estilo de afrontamiento centrado en la emoción, lo cual significa que estos pacientes, ante el estrés buscan comprensión de otras personas para lograr mayor apoyo y a través de este, obtener más soporte emocional.

Asimismo, se encontró relación alta negativa entre calidad de vida y la dimensión salud física con los otros estilos en pacientes obesos con grado II; también, se halló en salud psicológica relación alta y negativa con los otros estilos de afrontamiento en obesidad II y III; igualmente, existe relación alta negativa entre la dimensión ambiente otros estilos de afrontamiento, en obesidad grado I. Estos hallazgos señalan baja calidad de vida para los tres grados de adiposidad, así como también se encuentran niveles altos de malestar emocional; resultados que señalan los estilos desadaptativos, que frecuentemente emplean estos pacientes; resultados corroborados en los estudios realizados por Guillén, R. (2022), Cassaretto y Chau (2016), Shimanoe (2015), Cassaretto y Chau (2006), Guevara et al. (2014).

En respuesta a los aspectos contextuales sociodemográficos de los pacientes con obesidad en grado I, II y III, según sexo, edad, nivel de estudios, se encuentran los siguientes resultados:

En relación sexo, los pacientes con grado I, II y III de obesidad, en ambos sexos, se encuentran puntajes bajos en calidad de vida. Hallazgo similar a los que halló Guillén, R., (2022), Janjetic, M., Oliva, M. et al. (2020), Terrazas-Romero, M. y cols. (2018), Pajuelo et al. (2019), Ruiz-Martínez et al. (2018), Jacovljevick y cols. (2017), Santana-Cardenas (2016), Chagas y Neves (2015), Romero-Pérez et al. (2014). Hubo pequeñas diferencias, en calidad de vida a favor de las mujeres en en el grado de obesidad II y III, es decir los varones tuvieron menor calidad de vida para estos grados que las mujeres, por lo tanto, mayor vulnerabilidad, teniendo ambos sexos baja calidad de vida, Hallazgo similar encontrado en Ruiz Martinez, A. et al., (2018).

En relación al grupo etario; se observa que las personas con obesidad grado I, entre las edades de 20 a 39 años, emplean con mayor frecuencia el estilo centrado en el

problema; frecuencia que disminuye conforme se incrementan los grados II y III. En este grupo etario ve más afectada la salud psicológica, salud física, las relaciones sociales y ambiente.

Los que tenían adiposidad en nivel II y III, en el rango de edades entre 40 a 59 años usan mayormente el estilo centrado en la emoción. En cuanto al grupo etario de 60 a más años, con grado de obesidad III, presenta relación significativa entre el dominio ambiente de la calidad de vida con el estilo de afrontamiento centrado en el problema; además presenta un puntaje bajo y negativo entre el dominio salud física de la calidad de vida con el estilo de afrontamiento centrado en la emoción. Por otra parte, se encontró, un puntaje bajo y negativo entre los dominios salud física, salud psicológica, relaciones sociales de la calidad de vida con otros estilos de afrontamiento, lo cual indica que a menor calidad de vida mayor uso de estilos desadaptativos.

En cuanto al nivel de estudios técnico o universitario en relación al estilo de afrontamiento, se encontró que el afronte enfocado en el problema se utiliza más; a diferencia del afrontamiento centrado en la emoción, el cual emplean mayormente los niveles primario, secundario y analfabeto. Hallazgos similares que fueron encontrados por Area, M. (2021), Shimanoe (2015).

CONCLUSIONES

Los resultados muestran alta y positiva correlación significativa entre la calidad de vida y los tres estilos de afrontamiento al estrés, en pacientes con obesidad.

Las mujeres con grado de obesidad I tienen bajo nivel en calidad de vida en relación a los varones; es decir, a mayor grado de obesidad en mujeres, su condición es más vulnerable en relación a los hombres y usan mayormente el estilo centrado en la emoción. En los varones, con grado de obesidad II, su calidad de vida se encuentra más disminuida en relación a las mujeres, y usan los estilos centrados en el problema y centrado en la emoción. En cuanto al grado III de obesidad, las mujeres presentan estilos desadaptativos y estilo centrado en la emoción.

En relación a la obesidad en grado I, se encontró bajo nivel en calidad de vida en la dimensión salud psicológica en los pacientes, quienes a su vez utilizan modos de afrontamiento de desentendimiento conductual y poca búsqueda de apoyo social.

En cuanto a la obesidad en grado II, los resultados señalan que los pacientes presentan baja calidad de vida en salud física, psicológica y en relaciones sociales; a su vez recurren al uso elevado de liberación de emociones y desentendimiento conductual lo cual desfavorece la adherencia al tratamiento.

En referencia a la obesidad en grado III, estos pacientes presentan bajo nivel de calidad de vida en las dimensiones salud física, psicológica, relaciones sociales y relación con el ambiente; siendo su estilo de afrontamiento la elevada expresión de liberación y malestar emocional y desentendimiento conductual, desfavoreciendo su toma de conciencia de la gravedad de su condición de salud.

En cuanto al sexo, aunque no hubo diferencias significativas, ambos sexos presentan disminución en su calidad de vida en las cuatro dimensiones: salud física, salud psicológica, ambiente, y relaciones sociales.

En cuanto a la instrucción, los pacientes con obesidad I, II y III, evidencian en los resultados: los que tienen mayor nivel de instrucción emplean el afrontamiento centrado en el problema; mientras que, el afrontamiento centrado en la emoción es más usado en los niveles primario, secundario y en los analfabetos.

Así también, en torno a la edad, los pacientes con obesidad I y II, que tenían de 20 a 39 años su calidad de vida es baja, y usan el estilo centrado en el problema. Los pacientes con obesidad II y III, que tenían de 40 a 59 años su calidad de vida igualmente es baja y mayormente emplearon el estilo centrado en la emoción, similar resultado en el grupo etario de 60 a 74 años, quienes además emplearon el estilo desadaptativo.

RECOMENDACIONES

Siendo nuestro país pluricultural se sugiere realizar estudios en las personas con obesidad en las diversas regiones, a fin de precisar metodologías de intervención psicológica, en la medida que la calidad de vida de estas personas se encuentra más afectada.

Se recomienda estudios con mayor población de pacientes con obesidad, considerando validación del Whoqol-Bref por regiones, por ser la obesidad una enfermedad multifactorial y por tener un país pluricultural y multiétnico.

Impulsar el desarrollo de guías psicoeducativas orientadas a prevenir la obesidad en la población, promocionando los estilos saludables en los diferentes grupos etarios.

Igualmente sugerimos continuar con similares investigaciones por la complejidad pluridimensional de la obesidad que se encuentra en casi todas las latitudes.

Se concluye mencionando que es una tarea pendiente en salud pública la creación de programas integrales, dirigidos a la prevención del sobrepeso y la obesidad, por su alto riesgo y comorbilidades que afectan la salud y disminuyen la calidad de vida en las comunidades del país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEP (2012). Critério de classificação econômica Brasil. https://www.abep.org/criterio-brasil

Alarco, G., Cancio-Bello, C., Agramonte, A. y Lorenzo, A. (2019). Autocuidado en mujeres de mediana edad con obesidad. *Rev Cubana Endocrinol vol.30 no.3 Ciudad de la Habana sept.-dic. 2019* http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532019000300003

Alvarez-Dongo, D.; Sanchez-Abanto, J.; Gomez-Guizado, G. & Tarqui-Mamani, C. (2012). Sobrepeso y obesidad: Prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 29*(3), 303-313. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342012000300003&script=sci_abstract

Andina (03 de agosto de 2020). *El 85.5 % de pacientes fallecidos por covid-19 padecía obesidad*. https://andina.pe/agencia/noticia-el-855-pacientes-fallecidos-covid19-padecia-obesidad-808418.aspx

APA (2002). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - Texto revisado*. EL SEVIER MASSON, S.A.

APA (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, (DSM-5®), 5.a Ed*. Arlington, VA.

APA (2016). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. https://www.apa.org/ethics/code

Aravena, M. M. (2016). Calidad de vida percibida en personas obesas. *Integración Académica en Psicología, 4*(11), 88-92. https://www.alfepsi.org/wp-content/uploads/2016/05/Integracion-Academica-en-Psicologia-V4N11.pdf#page=92

Arce, E., Azofeifa-Mora, C., Morera-Castro, M. Rojas-Valverde, D. (2020). Asociación entre estrés académico, composición corporal, actividad física y habilidad emocional en mujeres universitarias. *MHSalud, 2020, 17(2), julio-diciembre, ISSN: 1659-097X. Universidad Nacional Costa Rica.*

DOI: https://doi.org/10.15359/mhs.17-2.5

Redalyc: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=237062748004

Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 35, núm. 2, 2003, pp. 161-164. Fundación Universitaria Konrad Lorenz Bogotá, Colombia. https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf

Area, Maria L. (2021). Estudio de creencias irracionales y estrategias de afrontamiento en adultos con obesidad del centro integral de obesidad y sobrepeso (CIOS) en el año 2021 de la ciudad de Salta, Argentina. *Sistema de bibliotecas de la universidad católica de Salta, Argentina. Facultad de artes y ciencias. Documento del repositorio institucional UCASAL.*

http://bibliotecas.ucasal.edu.ar/opac_css/index.php?lvl=cmspage&pageid=24&id_notice=69871

Baile, A. J., (2018). Discriminación por obesidad perspectiva psicosocial. *Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.).* www.edicionespiramide.es

Baile, A.J. & Gonzáles, C.M. (2013). *Intervención Psicológica en Obesidad*. Pirámide.

Banco Mundial (16 de abril de 2020). *Perú Panorama general-Banco Mundial*. https://www.bancomundial.org/es/country/peru/overview

Barboza P. E. (2020). Prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en Perú. *Rev Cuid. Mayo - Agosto 2020; 11(2): e1066 http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1066*

Barrón, A. (1977). Estrés psicosocial y salud. En M. I. Mendieta, *Estrés y salud* (pp. 71-94). Promolibro.

Bastías, F., Gómez, D., & Ortiz, M. (2022). Estigma de peso, dieta mediterránea y obesidad. *Nutrición Hospitalaria, 39*(3):554-561. http://dx.doi.org/10.20960/nh.03908

Bennett, V. M. (2008). *Psicología de la salud*. Pearson educación, S.A.

Brown, T. (2015). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research* (2a ed.). The Guilford Press.

Bunge, M. (2002). *Filosofía de la Psicología*. Siglo XXI.

Burlandy, L., Mazalotti, M., Cerqueira, L., Cunha, M., Bocca, C., Raimondi, S., Simões, L., Silva, T., Neves, D., & Rodriguez, T. (2020). Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública, 36*(3):e00093419. http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00093419

Butcher, J. N., Mineka, S., & Holley, J. M. (2007). *Psicología Clínica*. Pearson Educación, S.A.

Ballena, C., Cabrejos, L., Davila, Y., Gonzales, C., Mejía, G., Ramos, V., & Barboza, J. (2021). Impacto del confinamiento por COVID-19 en la calidad de vida y salud

mental. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, *14*(1), 87-89. http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.141.904

Botero de Mejía, B., & Pico, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud, 12*, 11-24. http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf

Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). Quality of American Life, The: Perceptions, Evaluations, and Satisfactions. Russell Sage Foundation. http://www.jstor.org/stable/10.7758/9781610441032

Cardona-Arias, J.G. & Higuita-Gutiérrez, L.F. (2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Revista Cubana de Salud Pública, 40*(2), 175-189. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200003

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine, 4*, 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 267-283. https://doi.org/10.1037//0022-3514.56.2.267

Carver. C, S., & Scheier. M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. Journal of Personality and Social Psychotogy, 66, 184-195. https://doi.org/10.1037/0022-3514.66.1.184

Cassaretto M., & Chau, C. (2016). Afrontamiento al Estrés: Adaptación del Cuestionario COPE en Universitarios de Lima. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y*

Evaluación Psicológica, 42(2), 95–109. https://www.aidep.org/sites/default/files/articles/R42/Art9.pdf

Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H., & Valdéz, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología, 21*(2), 363–392. https://doi.org/10.18800/psico.200302.006

Castillo, D. (2014). *Calidad de vida y depresión en pacientes con artritis reumatoide de un centro hospitalario, Chiclayo 2012* [Tesis de licenciatura, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. Repositorio USAT. https://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/342

Castillo, E., Campos, N., Moreno, T., Murillo, H., Roja, Y., Rivas, E. (2019). Estilos de afrontamiento, depresión, ansiedad, niveles de autoestima y riesgo cardiovascular en adolescentes obesos. *Revista cubana de cardiología y cirugía cardiovascular. Vol. 25, N° 1 (2019). https://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/830*

Casuso, L. (1996). *Adaptación de la prueba COPE sobre estilos de afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima* [Tesis de licenciatura, PUCP]. PUCP

Cofre, A., Jara, B., Palma, D., Cea, F. & Riquelme, E. (2020). Obesidad: Autoeficacia percibida, regulación emocional y estrés. *Psic.: Teoría e Pesquisa, Brasilia, 2020 v. 36, e36411.* DOI: https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e36411

Chacchi, D. (2018). *Calidad de vida del adulto mayor en un CAM de Lima Metropolitana 2017* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Cybertesis. https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/7773

Chagas, M., & Neves, S. (2015). Evaluación de la calidad de vida de personas con obesidad mórbida de los estudios. *Goiâna, 42*(4), 465-479.

https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-evaluacion-calidad-vida-pacientes-sometidos-X1665579609481107

Cjahua, C. (2017). *Componentes principales categóricos y modelos de minería de datos, para determinar los factores que más influyen en la percepción de la calidad de vida de los limeños, 2014* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Cybertesis. https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/7473

Cooper, P.D. (2004). *Stress a Brief History*. Blackwell.

Dominguez-Lara, S.A. (2017). *Magnitud del efecto, una guía rápida.* Educación Médica, 19(4), 251-254. https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.002

Elosua, P., Egaña, M., (2020). *Psicometría aplicada Guía para el análisis de datos y escalas con jamovi*. Universidad del País Vasco, Euskal Herriko Unibertsitateko Argitalpen Zerbitzua. https://web-argitalpena.adm.ehu.es/pdf/USPDF201508.pdf

El Peruano (16 de Julio de 2018). Aprueban Manual de Advertencias Publicitarias en el marco de lo establecido en la ley N° 30021, Ley de promoción de la alimentación saludable para niños, niñas y adolescentes, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 017-2017-SA . *El Peruano*, pp. 58-63.

Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M.J., Lucas-Carrasco, R., & Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista Médica de Chile, 139*(5), 579-586. http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000500003

EsSalud (2015). *Perfil Epidemiológico de la Población Asegurada por redes Asistenciales y sus Elementos Condicionantes. EsSalud*.

http://repositorio.essalud.gob.pe/jspui/bitstream/ESSALUD/722/1/171.%20perf_epidem_poblac_aseg_r_asistenc_elemen_condici_2015.pdf

Ferguson, Ch. (2009). An effect size primer: A guide for clinicians and researchers. *Professional Psychology: Research and Practice, 40*(5), 532–538. https://psychology.okstate.edu/faculty/jgrice/psyc5314/AnEffectSizePrimer_2009.pdf

Ferrans C. E. (1990b). Developement of a quality of life index for patients with cancer. *Oncology Nursing*, *17*, 15-21. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2342979/

Field, A. (2013). Descubrimiento de estadísticas con IBM SPSS Statistics. Cuarta edición, SAGE. *Los Ángeles, Londres, Nueva Delhi, Singapur, Washington DC.*

Flores, A. et al. (2021). Actividad física, estrés y su relación con el índice de masa corporal en docentes universitarios en pandemia. *Revista de Investigación en Comunicación y Desarrollo, 12(3), 175-185 Jul-Set 2021.* https://doi.org/10.33595/2226-1478.12.3.528

Fojo, F., (2012). Globesidad. *Revista Galenus, Volumen 30/Año 5 / Número 2, 2012*. https://www.galenusrevista.com/?Globesidad

Fujiki Pereyra, V. (2016). Estilos de Afrontamiento en Adultos que padecen de Psoriasis en lima Metropolitana*. Lima: Universidad de Lima, Escuela de Humanidades, Carrera de Psicología.*

https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/3281

http://doi.org/10.26439/ulima.tesis/3281

Gárate, I., Valdés del Olmo, L., Bayona, A., Martínez, J. (2021). Relación entre la obesidad y el estrés laboral: una revisión sistemática. *Med. segur. trab. [online]. 2021, vol.67, n.263, pp.112-127.*

https://dx.doi.org/10.4321/s0465-546x2021000200004.

García, C. (2005). La medición en ciencias sociales y en la psicología, en *Estadística con SPSS y metodología de la investigación*, de Landeros, R. & González, M. (comp.), Trillas.

Gergen, K. J. (2001). Psychological science in a postmodern context. *American Psychologist, 56*(10), 803-813. https://doi.org/10.1037//0003-066x.56.10.803

Gil-Monte, P. R. (2014). *Manual de psicosociología aplicada al trabajo y la prevención de los riesgos laborales*. Pirámide.

González, R., Ruiz, A., González, N., Van Barnevedld, H., Vázquez, R. (2021), México. Apoyo socio-familiar y afrontamiento al estrés asociado al bienestar psicológico en personas con obesidad. *Acta de investigación psicológica. Vol. 11 Número 3-setiembre-diciembre 2021*

DOI: https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2021.3.390

Gómez, M. S. (2015). *Análisis en población obesa mórbida de los cambios en cuanto a hábitos alimentarios, personalidad, malestar psicológico y calidad de vida tras cirugía bariátrica y la asociación con la pérdida de peso postcirugía* [Tesis doctoral, Universidad de Extremadura]. Dehesa. Repositorio Institucional de la Universidad de Extremadura. http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/3945/TDUEX_Suarez_Gomez_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Gómez-Pérez, D. et al., (2017). Estigma de obesidad, su impacto en las víctimas y en los equipos de salud: una revisión de la literatura. *Rev Med Chile 2017; 145: 1160-1164. https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v145n9/0034-9887-rmc-145-09-1160.pdf*

Guevara, G., Hernández, H., & Flores, T. (2001). Estilos de afrontamiento al estrés en pacientes drogadependientes. *Revista de Investigación en Psicología, 4*(1), 53-65. https://doi.org/10.15381/rinvp.v4i1.5007

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

Guillén, R. (2014). *Psicología de la obesidad. Esferas de vida. Complejidad y multidisciplina*. Manual moderno®.

Guzmán Saldaña, M., Del Castillo A., A Y García M. (2010). *Obesidad un enfoque multidisciplinario. Cap. 13. Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad, pp. 201-218.* https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI_EvaluInter/Meli_Garcia/8.pdf

Hayes, A. & Coutts, J. (2020). Use Omega en lugar de Alpha de Crombach para estimar la Confiabilidad. Pero… *Rev. Métodos y medidas de comunicación. Vol. 14, 2020 – Edición 1, pp. 1-24*. http://dx.doi.org/10.1080/19312458.2020.1718629

Haas, B. (1999). Clarification and integration of similar quality of life concepts. *Journal of nursing Scholarships*, *31*, 215-220. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10528449/

Hernández, J. Ledón, L. y Mendoza, J., (2018). Identificación y consecuencias de la Edorexia. *Revista cubana de endocrinología. 2018;29(3)* http://scielo.sld.cu

Hernández, R., Fernandez, C. & Baptista, P. (2017). *Metodología de la investigación* (6ta Ed.). Mc Graw Hill Education

Hornquist J.O. (1982). The concept of quality of life. *Scandinavian Journal of Social Medicine, 10*, 57-61. https://doi.org/10.1177/140349488201000204

Hu, L.T., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, *3*(4), 424–453. https://doi.org/10.1037/1082-989X.3.4.424

Huamaní, J.A., & Paredes, A.C. (2018). *Estrés y estrategias de afrontamiento: Estudio en familiares de pacientes con cáncer en la ciudad de Lima, 2018* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. Repositorio de la UPC. https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/625147/Huaman%c3%ad_dj.pdf?sequence=1&isAllowed=y

INEI (2022). Instituto nacional de estadística e informática. *Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles 2022.* Web: www.inei.gob.pe mayo, 2023. https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2022/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2022.pdf

INEI (2019). *Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2018*. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1657/index1.html

INEI-ENDES. (2014). *Perú. Encuesta demográfica y de salud familiar*. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)

IOP-PUCP (2018). *Una mirada a la salud mental desde la opinión de los peruanos-Boletin N° 150*. http://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/112469

INSTITUTO PERUANO DE ECONOMÍA -IPE (2021). *¿Qué es el índice de desarrollo humano?*. 26 de noviembre del 2021. *https://www.ipe.org.pe/portal/indice-de-desarrollo-humano-idh/*

Janjetic, M., Oliva, M., et al. (2020), Calidad de vida y su relación con la percepción de estrés y el perfil antropométrico en mujeres adultas. *Rev Chil Nutr 2020; 47(2): 217-223*

http://dx.doi.org/10.4067//S0717-75182020000200217

Junta de Andalucía (2010). *Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF*. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/18-WHOQOL-BREF.pdf

Kapsou, M., Panayiotou, G., Kokkinos, C. M., & Demetriou, A. G. (2010). Dimensionality of coping: an empirical contribution to the construct validation of the brief-COPE with a Greek-speaking sample. *Journal of health psychology, 15*(2), 215–229. https://doi.org/10.1177/1359105309346516

Kemeny, M. (2003). An interdisciplinary research model to investigate psychosocial cofactors in dsease: Application to HIV-1 pathogenesis. *Elsevier, Brain, Behavior and Inmunity, 17*(1), 62-72. https://doi.org/10.1016/s0889-1591(02)00069-7

Kuhn, T. S. (1971). *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de cultura económica.

Lai, J., Clarke, J., de Wildt, G., Meza, G., Addo, M.A., Gardiner, E., & Khana, D. (2022). Healthcare professionals´perceptions of childhood obesity in Iquitos, Peru: a cualitative study. *BMC Health Services Research, 22(1), 175. https://doi.org/10.1186/s*12913-022-07519-z.

Lawton, M. (1999). Quality of life in chronic illness. *Gerontology*, *45*, 181-183. https://doi.org/10.1159/000022083

Lazarus, F.S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.

Lazarus, F.S. (1984). *Stress Appraisal and Coping. 2ª ed*. Springer Publishing Company.

Leguia, A.D. (2019). *Calidad de vida y estrategias de afrontamiento*. [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. Repositorio de UPC. https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/625815/Legu%c3%adaC_A.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Lobato, S., Bucio, M., Salomon, V. (2022). La obesidad y su relación con los contaminantes ambientales, la alimentación y los mecanismos epigenéticos. *Salud(i)Ciencia 25 (2022) 82-90*
http://www.scielo.org.ar/pdf/siic/v25n2/1667-8990-siic-25-02-82.pdf
www.dx.doi.org/10.21840/siic/168068

Lobato, S., Bucio, M., Villegas, R. (2021). La obesidad y la contaminación ambiental: paradigmas y revoluciones científicas. *Salud(i)Ciencia 24 (2021) 294-303*
http://www.scielo.org.ar/pdf/siic/v24n6/1667-8990-siic-24-06-293.pdf
www.dx.doi.org/10.2184/siic/165762

López, J., Garcés de los Fayos, J. y López García, J. (2021). Síndrome de Edorexia: un posible problema mental de la autorregulación del apetito en obesidad. *Rev Esp Nutr Comunitaria 2021; 27(4).* https://renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC_2021_4_11._RENC-D-20-0083R.pdf

López, J. L., & Garcés, 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://revista.nutricion.org/PDF/JOSELUIS-LOPEZ.pdf

López-Mato, A. M. (2004). *Psiconeuroinmunoendocrinología II*. Polemos.

Luyo, A. y Oyos, L. (2022). Nivel de ansiedad, depresión y estrés en pobladores del distrito de Carmen de La Legua-Reynoso en tiempo de pandemia por COVID19 - Callao, 2022. https://hdl.handle.net/20.500.12394/12426 https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/12426

Macbeth, Gu., Cortada, N., & Razumiejczyk, E. (2014). *Perspectivas en Epistemología de la Psicología*. https://www.researchgate.net/publication/228754866/download

Macías, M.A., Madariaga, C., Valle, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe, 30*(1), 123-145. https://www.redalyc.org/pdf/213/21328600007.pdf

Malo-Serrano, M., Castillo, N., & Pajita, D. (2017). La obesidad en el mundo. *Anales de La Facultad de Medicina, 78*(2), 173-178. http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v78n2/a11v78n2.pdf

Márquez-Montero, G. (2011). Calidad de vida vinculada a salud en población migrante rural-urbana y población urbana en Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 28*(1), 35-41. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342011000100006&script=sci_abstract

Méndez, A. et al., (2023). La globesidad: un análisis espacio-temporal, 1980-2015. *Economía, Sociedad y Territorio, vol. xxiii, núm. 72, 2023, 661-689. DOI: http://dx.doi.org/10.22136/est20231827 https://www2.cmq.edu.mx/index.php/est/article/view/1827/1987*

Mercado, M. (2016). Calidad de vida en personas obesas. *Integración Académica en Psicología*, *4*(11), 88-92. https://integracion-

academica.org/attachments/article/132/08%20Personas%20obesas%20-%20MMercado.pdf

MINSA (2021). Documento técnico: Plan nacional de la estrategia sanitaria. *Sobrepeso y Obesidad en la población peruana. https://observateperu.ins.gob.pe/images/archivos/situacion-nutricional/a_sobrepeso_obesidad_poblacion_peruana/sobrepeso_y_obesidad_en_la_poblaci%C3%B3n_peruana_2021-c.pdf*

MINSA (2022). *R.M. N. 158-2022, Lima 02 de marzo 2022*. Documento técnico: Plan nacional de prevención y control de sobrepeso y de la obesidad en el contexto de la COVID-19, 2022

MINSA (2023). *Nota de prensa: Nutricionistas advierten que 7 de cada 10 peruanos sufre de exceso de peso.* https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/720469-minsa-nutricionistas-advierten-que-7-de-cada-10-peruanos-sufre-de-exceso-de-peso

Monchietti, A., & Krzemien, D. (2002). Envejecimiento femenino: participación social significativa y salud. *Psiquiatría.com, 6*(1), 1-7. https://psiquiatria.com/psicogeriatria/envejecimiento-femenino-participacion-social-significativa-y-salud/

Monteverde, M., & Novak, M.M. (2008). Obesidad y esperanza de Vida en México Obesity and life expectancy in Mexico. *National Institute Of Health, 6*(1), 1-11. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4332706/

Morocho, J., Llallahui, W. (2022). Educación y Obesidad en el Perú:2013-2021. *Tesis, Universidad del Pacífico-Escuela de Posgrado.* https://orcid.org/0000-0001-8759-9244

Moreno, B., Ximénez, C. (1996). Cuarta parte: Evaluación en Psicología de la Salud. En Buela, G., Carballo, V. y Sierra, C. *Manual de evaluación en psicología Clínica y de la salud* (pp. 1045-1070). Madrid: Siglo Veintiuno, 1996.

Moscoso, M. (2014). El estudio científico del estrés crónico en neurociencias y psicooncología. *Persona, 17*, 53-70. https://www.redalyc.org/pdf/1471/147137147003.pdf

Muñiz, N. (2021). La vida con obesidad en el sistema sanitario. Análisis narrativo de la estigmatización sufrida en el sistema sanitario hacia las personas con obesidad. *Gasteizko erizaintzako, Universidad del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitatea, Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco. https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/53403/TFG_Mu%C3%B1iz.pdf?sequence=1*

Oblitas, L. (2017). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Cengage Learning, S.A.

ONU (1954). Definición y medición del nivel de vida. *Naciones Unidas, Nueva York, 1961*. E/CN.3/270/Rev. 1 E/CN.5/353 https://unstats.un.org/unsd/publication/seriese/seriese_cn3_270_rev1s.pdf

OMS (1986). *La carta de Otawa para la promoción de la salud*. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/

OMS (1996). ¿Qué calidad de vida? *Foro mundial de la salud, 17*(4), 385-387 https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264

OMS (1996). *Programa de salud mental WHOQOL Calidad de vida*. http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-calidad-01.pdf

OMS (2004). *THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIVE (WHOQOL)-BREF*. https://www.who.int/tools/whoqol

OMS (27 de diciembre de 1996). *Whoqol-Bref Introducction, administration, scoring and generic version of the assessment. World Health Organization Geneva*. https://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf?ua=1

OMS (2018). Organización Mundial de la Salud. *Enfermedades no transmisibles.*

OMS. (2018). Organización mundial de la salud. *Enfermedades no transmisibles: perfiles de países 2018.* https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/ncds/per-es.pdf?sfvrsn=ff78b8c4_36&download=true

OMS (2021). Organización mundial de la salud. *Obesidad y sobrepeso*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

OMS (2022). Organización mundial de la salud. *Las nuevas Directrices mundiales de la OMS sobre la calidad del aire tienen como objetivo evitar millones de muertes debidas a la contaminación del aire.* https://www.who.int/es/news/item/22-09-2021-new-who-global-air-quality-guidelines-aim-to-save-millions-of-lives-from-air-pollution

OPS (2023). *La OPS insta a hacer frente a la obesidad, principal causa de enfermedades no transmisibles en las Américas.* 3 de marzo 2023. https://www.paho.org/es/noticias/3-3-2023-ops-insta-hacer-frente-obesidad-principal-causa-enfermedades-no-transmisibles

OPS (2016). *Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe 2016*. https://iris.paho.org/handle/10665.2/33680

Organización Panamericana de la Salud (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud-Décima Revisión- CIE 10*. Programa de Publicaciones de la OPS.

OPS (2021). https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable

Ortiz, E. (2005). Complejidad, nuevo paradigma en la salud. *Innovación y Ciencia, XII*(1-2), 37-42. https://xdoc.mx/documents/complejidad-nuevo-paradigma-en-la-salud-5e10f275b8602

Our World in Data (2022). Obesity. https://ourworldindata.org/obesity

Pajuelo, J., Torres, L., Agüero, R. & Bernui, I. (2019). El sobrepeso, la obesidad y la obesidad abdominal en la población adulta del Perú. *Anales de la Facultad de Medicina, 80*(1), 21-27. http://dx.doi.org/10.15381/anales.v80i1.15863

Pettit NN, MacKenzie EL, Ridgway JP, Pursell K, Ash D, Patel B, Pho MT. Obesity is Associated with Increased Risk for Mortality Among Hospitalized Patients with COVID-19. Obesity (Silver Spring). 2020 Oct;28(10):1806-1810. doi: 10.1002/oby.22941. Epub 2020 Aug 25. PMID: 32589784; PMCID: PMC7362135.

Petrova, D., Salamanca-Fernández, E., (2020). La obesidad como factor de riesgo en personas con COVID-19: posibles mecanismos e implicaciones. *Elsevier, Vol. 52. Núm. 7. Páginas 496-500 (Agosto-Septiembre 2020)*. https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-obesidad-como-factor-riesgo-S0212656720301657

PQS, *El portal de emprendedores del Perú.* https://pqs.pe/actualidad/economia/peru-ocupa-el-puesto-77-de-83-paises-en-el-ranking-de-calidad-de-vida/#:~:text=El%20Per%C3%BA%20alcanza%20un%20%C3%8Dndice,un%20ranking%20realizado%20por%20Numbeo.

Primo, D., García, J., Izaola, O., San Cristóbal, C., Piñer, R. De Luis, D. (2021). Estudio en vida real de una plataforma “online” para la prescripción de ejercicio físico a

pacientes obesos: efecto sobre los parámetros antropométricos y bioquímicos, y sobre la calidad de vida. *Rev. Nutr Hosp 2022; 39(2):337-347*

DOI: http://dx.doi.org/10.20960/nh.03842

Puente, A. (2015). *Psicología contemporánea básica y aplicada*. Pirámide.

Queirolo, S., Barboza, M., Ventura-León, J., (2020). Medición de la calidad de vida en adultos institucionalizados de Lima (Perú). *Revista electrónica de enfermería. Enfermería Global N° 60 Octubre 2020. Pp. 269-273.* https://doi.org/10.6018/eglobal.420681

https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n60/1695-6141-eg-19-60-259.pdf

Quichua, L., Trejo, D., Basilio, M., & Morales, J. (2021). Overweigth and Obesity among workers of de Public Transportation Service of Lima. *The Open Public Health Journal, 14, 154-159.* https://doi.org/10.2174/1874944502114010154

Retamozo, F., Montalvo, R., Ricaldi, O., Montalvo, M., Ninahuanca, C., Ochoa, S., Rojas, A. (2022). Exceso de grasa visceral asociado a severidad de COVID-19, cuantificado por bioimpedancia. *Boletin de Malariología y Salud Ambiental. Volumen LXII. Enero-Febrero, 2022. ISSN: 11690-4648.*

https://doi.org/10.52808/bmsa.7e5.621.005

Reyes, M.A., & Tena, E.A. (2016). *Regulación emocional en la práctica clínica una guía para terapeutas*. El Manual Moderno.

Rodriguez, D. (La República, 4 de abril, 2022). Ningún país cumplió con la mínima del umbral de calidad del aire, según la OMS.

https://www.larepublica.co/globoeconomia/ningun-pais-cumplio-con-la-minima-del-umbral-de-calidad-del-aire-segun-la-oms-

3337091#:~:text=El%20Informe%20y%20sus%20resultados,a%205%20%C2%B5g%2Fm%203%20.

Rojas Pérez Palma, K. (2022). Asociación del índice de masa corporal, obesidad abdominal y severidad de psoriasis en pacientes adultos ambulatorios de un establecimiento de salud privado, San Borja-Lima, 2021. *Universidad Nacional de San Marcos. Facultad de Medicina.* https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/19171/Rojas_pk.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Romero-Pérez, I., Monterrosa-Castro, A., & Paternina-Caicedo, A. (2014). El sobrepeso y la obesidad se asocian a mayor prevalencia de síntomas menopaúsicos y deterioro severo de la calidad de vida. *Salud Uninorte. Barranquilla, 30*(2), 180-191. http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v30n2/v30n2a09.pdf

Romero-Pérez, I., Monterrosa-Castro, Á., & Paternina-Caicedo, Á. (2014). El sobrepeso y la obesidad se asocian a mayor prevalencia de síntomas menopaúsicos y deterioro severo de la calidad de vida. *Salud Uninorte. Barranquilla-Colombia, 30*(2), 180-191. http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v30n2/v30n2a09.pdf

Rubino, F., Puhl, R. M., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Ryan, D. H., Mechanick, J. I., Nadglowski, J., Ramos Salas, X., Schauer, P. R., Twenefour, D., Apovian, C. M., Aronne, L. J., Batterham, R. L., Berthoud, H. R., Boza, C., Busetto, L., Dicker, D., De Groot, M., Eisenberg, D., Flint, S. W., … Dixon, J. B. (2020). *Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. Nature medicine, 26(4), 485–497*. https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x

Ruiz Martínez, A. O., González Arratia López Fuentes, N. I., González-Escobar, S.,

Aguilar Montes de Oca, Y. P., & Torres Muñoz, M. A. (2018). Relación entre síntomas psicopatológicos y calidad de vida en mujeres y hombres. *Liberabit*, *Revista Peruana de Psicología, 24*(1), 1-20. https://doi.org/10.24265/liberabit.2018.v24n1.07

Ruiz, N. (2017). *Conocimiento sobre autocuidado y su relación con la calidad de vida de los pacientes con quimioterapia de la Clínica Oncosalud – 2017* [Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio institucional de tesis y trabajos de Titulación de la UNMSM. https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6981/Ruiz_vn.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Saavedra, J. (2022). Estudio epidemiológico sobre el impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de la población de Lima Metropolitana. Rev. Médica de la Fundación Instituto Hipólito Unanue. Diagnóstico. Vol. 61 Núm. 3 (2022), pp. 147-186. https://doi.org/10.33734/diagnostico.v61i3.374

Salhuana, A., Varela, K. (2022). Sobrepeso, obesidad y factores relacionados en adultos mayores de un hospital general en lima, Perú. *Universidad Peruana cayetano Heredia. Facultad de medicina. 2022.* https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/12958/Sobrepeso_SalhuanaBellodas_Andrea.pdf?sequence=1

Sanabria, M., (2016). Calidad de Vida e Instrumentos de medición. *Trabajo de fin de grado. Facultad de Ciencias políticas, Sociales y de la comunicación.* Universidad de la Laguna, Teneriffe-España. https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3842/CALIDAD%20DE%20VIDA%20E%20INSTRUMENTOS%20DE%20MEDICION.pdf?sequence=1

Sánchez, H. & Reyes, C. (2009). *Metodología y diseños en la Investigación Científica*. Visión Universitaria.

Sánchez, H., Reyes, C. & Mejía, K. (2018). *Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística*. https://www.urp.edu.pe/pdf/id/13350/n/libro-manual-de-terminos-en-investigacion.pdf

Sandin, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 3*(1), 141-157. https://www.redalyc.org/pdf/337/33730109.pdf

Santana-Cárdenas, S. (2016). Relationship of work stress with eating behavior and obesity: Theorical and empirical considerations. *Mexican Journal of eating disorders, 7*(2), 135-143. https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.07.002

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería, 9*(2), 9-21. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002

SEEDO (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica (versión íntegra). *Revista española de obesidad*, 7-48. https://www.seedo.es/images/site/documentacionConsenso/Consenso_SEEDO_2007.pdf

Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Butterworth.

Shaw A. (1977). Defining the quality of life. *Hastings Center Report*, *7*, 11. https://doi.org/10.2307/3560715

Shimanoe, C., Hara, M., Nishida, Y., Nanri, H., Otsuka, Y., Nakamura, K., Higaki, Y., Imaizumi, T., Taguchi, N., Sakamoto, T., Horita, M., Shinchi, K., & Tanaka, K. (2015). Perceived stress and coping strategies in relation to body mass index: cross-sectional study of 12,045 Japanese men and women. *PloS one, 10*(2), e0118105. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0118105

Smith, D. M., & Stutz, F. P. (1974). The Geography of Social Well-Being. Annals of the Association of American Geographers, 64(4), 603–606. http://www.jstor.org/stable/2569514

Tárraga, L., Rosich, N., Panisello, J.., Gálvez, A., Serrano, J., Rodríguez-Montes, J., & Tárraga, P. (2014). Eficacia de las estrategias de motivación en el tratamiento del sobrepeso y obesidad. *Nutrición Hospitalaria, 30*(4), 741-748. https://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.30.4.7704

Taylor, S. E. (2007). *Psicología de la salud*. McGraw-Hill Interamericana.

Tenorio-Mucha, J., Romero-Albino, Z., Roncal-Vidal, V., Cuba-Fuentes, M. (2021). Calidad de vida de adultos mayores de la seguridad social peruana durante la pandemia por COVID-19. *Revista del cuerpo médico del HNAAA, Vol. 14 Supl. N° 1 (2021) / SARS COV 2, COVID-19 y pandemia.*

DOI: https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.14Sup1.1165

Terrazas-Romero, M., Flores-Boyso, G., Zenil-Magaña, N., Landa-Ramírez, E., Reséndiz-Barragán, A. (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.2018;154(5):569-574. DOI: 10.24875/GMM.18004175. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30407459/*

Torres M, Q. M., & Rioseco R, D. M. (2008). Calidad de vida de adultos mayores pobres

de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF. *Revista Médica de Chile, 136*(2), 325-333. http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000300007

Urzúa, A., & Jarne, A. (2008). Calidad de Vida y Estilos de Afrontamiento en Personas. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, *10*(2), 151-160. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552007000200016

Urzúa, M. & Caqueo-Urízar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica, 30*(1), 61-71. http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006

Vaca, A. (2018). *Percepción del adulto mayor de un centro integral de atención sobre su calidad de vida. Lima. 2018* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio institucional de tesis y trabajos de Titulación de la UNMSM. https://bit.ly/3jBActj

Varela, C., Andrés, A. & Saldaña, C. (2019). El modelo de la vía conductual del sobrepeso y la obesidad: estrategias de afrontamiento, conductas alimentarias e índice de masa corporal. Eat Weight Disord 25 , 1277–1283 (2020). https://doi.org/10.1007/s40519-019-00760-2

Vásquez, Cl., de Cos, A., Calvo, C., & Nomdedeu, C. (2019). *Manual de Obesidad*. Dikynson S. L.

Vences MA, Pareja-Ramos JJ, Otero P, Veramendi-Espinoza LE, Vega-Villafana M, Mogollón-Lavi J, Morales-Romero E, Olivera-Vera J, Meza C, Salas-Lazo LJ, Triveño A, Marín-Dávalos R, Carpio Rodriguez R, Zafra-Tanaka JH. Factores

asociados a la mortalidad en pacientes hospitalizados con COVID-19: una cohorte prospectiva en un hospital de referencia nacional peruano. *Medwave. 2021 Jul 5;21(6):e8231.* https://doi.org/10.5867/medwave.2021.06.8231

Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la facultad de medicina, 68*(3), 284-290. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832007000300012

Villena, J. (2017). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el Perú. *Revista Peruana de ginecología y Obstetricia. 63(4), 593-598.* http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v63n4/a12v63n4.pdf

Wagner, P., Jakovljevic, K., Bastos, J., Navarro, A. & Boing, A.F. (2018). Socio-economic life course and obesity among adults in Florianopolis, southern Brazil. *Gaceta Sanitaria*, *32*(3), 244-250. https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.01.006

Wei-Jei Lee, L., Po-Jui, Y., Weu, W., Ching-Mei, L., Po-Li, W., & Min-Te, H. (2002). Gastrointestinal quality of life following laparoscopic vertical banded gastroplasty. *Obesity Surgery, 12*(3), 819-824. https://link.springer.com/article/10.1381/096089202320995628

World Obesity Federation. (2021a). Comorbidities Perú. https://data.worldobesity.org/country/peru-171/comorbidities.pdf

World Obesity Federation. (2021b). Clinical care for obesity. *International survey with reports on 50 countries*. https://data.worldobesity.org/publications/wof-health-systems-final.pdf

World Obesity Federation (2022). World Obesity Atlas, March 2022. https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World_Obesity_Atlas_2022.pdf

World Obesity Federation (2023). World Obesity Atlas, March 2023. https://data.worldobesity.org/publications/?cat=19

WHOQOL Group. Programme on Mental Heallh. Division on Mental Health and Prevention of Substance Abuse. World Health Organization. *CH-1211 Geneva 27 Switzerland http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-calidad-01.pdf*

Zavala, J.P., Leraç, L, & Vio, F. (2010). Actividad física y dieta saludable, percepción de peso y estrés en población adulta de Chile: Análisis de la encuesta de calidad. *Archivos Latinoamericanos de Nutricion, 60*(4), 1-6. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222010000400001

ANEXOS

ANEXO A. ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

INDICACIONES: El siguiente cuestionario trata sobre datos básicos de su persona como de sus características en su modo de vivir. Marque con un aspa(X) donde corresponda y complete datos solicitados.

DATOS PERSONALES:

Edad en años:

20-39	40-59	60 a 74 años

Estado civil:

Soltero(a)	Conviviente	Casado(a)	Separado(a)	Divorciado(a)	Viudo(a)

Género:

Masculino	Femenino

Nivel de estudios:

Analfabeto	Primario	Secundario	Técnico - Universitario

Satisfacción económica:

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente

Datos recibidos:

Peso (Kgs.)	Talla (Mts.)

Gracias.

ANEXO B. CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO _____

Identificado con Documento de Identidad (D.N.I.) N° _____

Teniendo conciencia plena y sin coacción, manifiesto mi consentimiento para ser evaluado con el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento al Estrés – COPE y la Escala de Calidad de Vida WHOQOL- BREF, a fin de proveer datos para favorecer la intervención y tratamientos en la enfermedad hallada en mí, tal es LA OBESIDAD.

Habiendo recibido información que tales evaluaciones no tiene efectos adversos en mi salud extiendo la presente en señal de consentimiento firmo el presente documento:

_____ _____ _____

Firma del paciente Firma del testigo Firma del evaluador-Psicólogo

ANEXO C. ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL – BREF

Antes de empezar con la prueba nos gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted. Haga un círculo en respuesta correcta a contestar en el espacio en blanco.

Sexo: Hombre Mujer

¿Cuándo nació? Día Mes Año

¿Qué estudios tiene? Ninguno Primarios Medios Universitarios

¿Cuál es su estado civil? Soltero/a Separado/a Casado/a
Divorciado/a En pareja Viudo/a

¿En la actualidad, está enfermo? Sí No

Si tiene algún problema con su salud, ¿Qué piensa que es? _____
_____Enfermedad/Problema

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste **todas las preguntas**. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida ***durante las dos últimas semanas***. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4, quedando la respuesta de la siguiente forma:

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	(4)	5

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante Buena	Buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante Buena	Buena
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Rara-mente	Moderada-mente	Frecuente-mente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

Gracias por su ayuda

ENTREGA DE RESULTADOS

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

Conforme se acordó con Ud. Se procede a darle sus resultados de sus evaluaciones sobre:

1) ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF:

DOMINIOS		PUNTAJE BRUTO	PUNTAJES TRANSFORMADOS	
			4-20	0 - 100
SALUD FISICA	(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18			
SALUD PSICOLOGICA	Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)			
RELACIONES SOCIALES	Q20 + Q21 + Q22			
AMBIENTE	Q8+Q9 +Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24+Q25			

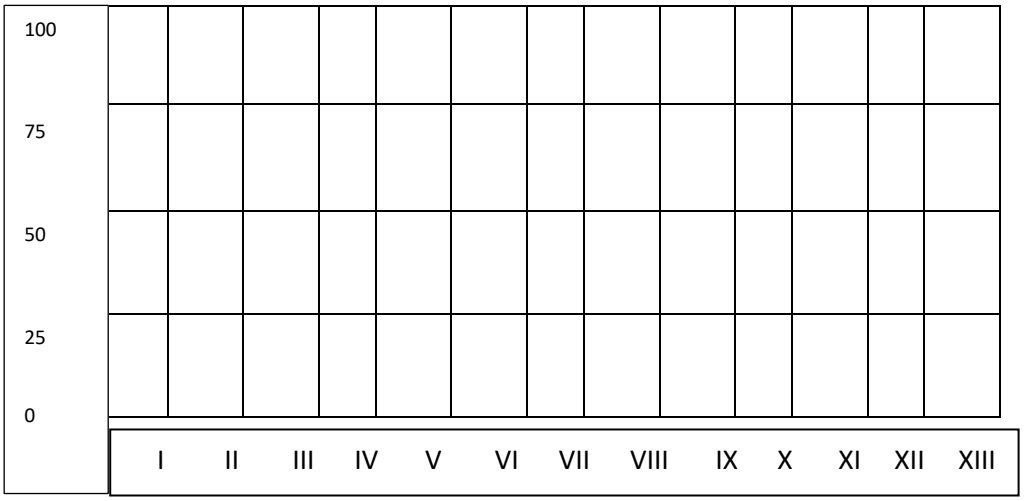
PERCEPCIÓN INDIVIDUAL DE: CALIDAD DE VIDA: _____SALUD GENERAL: _____

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES: _____

_____

2) CUESTIONARIO DE MODOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS (COPE) FORMA DISPOSICIONAL:

PERFIL DE AFRONTAMIENTO



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:_____

_____

_____

_____

Psicólogo: Walter Portal Reátegui- C.Ps.P. 4735 Fecha: / / MUCHAS GRACIAS.

RECIBIDO CONFORME (FIRMA) :

ANEXO D. COPE

INSTRUCCIONES:

Estamos interesados en conocer la forma cómo responden las personas cuando se enfrentan a diferentes tipos de problemas, dificultades o situaciones estresantes en sus vidas.

Hay muchas maneras de manejar esas situaciones. Este cuestionario te pide indicar qué es lo que *tú generalmente* haces o sientes cuando experimentas este tipo de situaciones. Naturalmente, en diferentes situaciones reaccionas en forma diferente, pero piensa *qué es lo que habitualmente haces tú.*

A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones sobre cómo actuar o sentir en esas situaciones. Señala en cada una de ellas sí coinciden o no con tu propia forma de actuar o sentir, de acuerdo a lo siguiente:

1 = Casi nunca hago esto
2 = A veces hago esto
3 = Usualmente hago esto
4 = Hago esto con mucha frecuencia

NO IMPORTA LO QUE LA MAYORÍA DIRÍA O HARÍA. ELIGE LA RESPUESTA MÁS ADECUADA PARA TI.

Qué es lo que *tú generalmente* haces o sientes cuando experimentas situaciones difíciles, estresantes.

Afirmaciones	**1. Casi nunca hago esto**	**2. A veces hago esto**	**3. Usualmente hago esto**	**4. Hago esto con mucha frecuencia**
1. Hago actividades adicionales para quitarme de encima el problema.				
2. Trato de idear una estrategia sobre lo que debo de hacer.				
3. Dejo de lado otras actividades para poder concentrarme en el problema.				
4. Me fuerzo a mí mismo (a) a esperar el momento apropiado para hacer algo.				
5. Le pregunto a personas que han tenido experiencias similares, qué hicieron.				
6. Hablo de mis sentimientos con alguien				
7. Busco el lado bueno en lo que está sucediendo				
8. Aprendo a vivir con el problema				
9. Busco la ayuda de Dios				
10. Me molesto y doy rienda suelta a mis Emociones				

Afirmaciones	**1. Casi nunca hago esto**	**2. A veces hago esto**	**3. Usualmente hago esto**	**4. Hago esto con mucha frecuencia**
11. Me rehúso a creer que eso ha sucedido				
12. Dejo de realizar intentos para conseguir lo que quiero				
13. Me dedico al trabajo o a otras actividades para no pensar en la situación estresante				
15. Hago un plan de acción				
16. Me concentro en tratar este problema y, si es necesario, dejo de lado otras cosas				
17. No hago nada hasta que la situación lo permita				
18. Trato de conseguir el consejo de alguien sobre qué hacer				
19. Trato de conseguir apoyo de amigos o parientes				
20. Intento ver el problema desde un punto de vista diferente, para hacerlo parecer más positivo				
21. Acepto que el hecho ha ocurrido y que no puede ser cambiado				
22. Pongo mi confianza en Dios				
23. Dejo salir mis sentimientos				
24. Me hago la idea de que nada ha ocurrido				
25. Dejo de intentar alcanzar mi meta				
26. Me voy al cine o veo televisión para Pensar menos en eso				
27. Hago paso a paso lo que debe hacerse				
28. Pienso bastante sobre los pasos que debo seguir				
29. No me dejo distraer por otros pensamientos o actividades				
30. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar demasiado rápido				
31. Hablo con alguien que pueda saber más de la situación				
32. Hablo con alguien sobre cómo me siento				
33. Aprendo algo de la experiencia				

Afirmaciones	1. Casi nunca hago esto	2. A veces hago esto	3. Usualmente hago esto	4. Hago esto con mucha frecuencia
34. Me acostumbro a la idea de que el hecho sucedió				
35. Intento encontrar consuelo en mi religión				
36. Siento que me altero mucho y expreso demasiado todo lo que siento				
37. Actúo como si no hubiese ocurrido				
38. Admito que no puedo lidiar con el problema, y dejo de intentar resolverlo				
39. Sueño despierto (a) con cosas distintas al problema				
40. Realizo acciones dirigidas a enfrentar el problema				
41. Pienso en cómo podría manejar mejor el problema				
42. Trato de evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos para enfrentar la situación				
43. Me controlo para no hacer las cosas apresuradamente				
44. Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto sobre el problema				
45. Busco la simpatía y la comprensión de alguien				
46. Trato que mi experiencia me haga, o me lleve a madurar				
47. Acepto la realidad de lo sucedido				
48. Rezo más que de costumbre				
49. Me molesto y soy consciente de ello				
50. Me digo a mí mismo (a) "esto no es real"				
51. Reduzco la cantidad de esfuerzo que pongo en solucionar un problema				
52. Duermo más de lo usual				

Muchas gracias

ANEXO E. Evidencias de validez de WHOQOL-BREF

A. Evidencia de validez de estructura interna de WHOQOL-BREF: confiabilidad

Tabla 28

Análisis de consistencia interna de WHOQOL-BREF: correlación ítem-test y variación si ítem es eliminado

Ítem	Media	Desviación estándar	Correlación ítem-test	Si ítem se elimina	
				Valor de alfa	Valor de omega
1	2.648	.819	.639	.911	.914
2	2.027	.768	.549	.913	.915
3	*3.022*	*1.072*	*.299*	*.918*	*.920*
4	2.533	.865	.350	.916	.918
5	2.791	.940	.700	.910	.912
6	3.269	.986	.630	.911	.913
7	2.786	.836	.486	.914	.916
8	2.791	.904	.584	.912	.914
9	2.841	.822	.586	.912	.915
10	2.709	.903	.631	.911	.914
11	2.610	.914	.505	.913	.916
12	2.357	.680	.541	.913	.916
13	2.896	.754	.455	.914	.917
14	*2.401*	*.891*	*.208*	*.918*	*.920*
15	3.456	1.011	.526	.913	.916
16	2.269	1.008	.376	.916	.918
17	2.593	.854	.675	.911	.913
18	2.802	.913	.680	.910	.913
19	2.764	.983	.735	.909	.911
20	2.841	.918	.595	.912	.914
21	2.302	.987	.448	.914	.917
22	2.769	1.036	.566	.912	.915
23	3.000	1.082	.587	.912	.914
24	3.401	.933	.499	.913	.916
25	2.681	1.086	.323	.917	.920
26	2.385	.932	.518	.913	.916

Tabla 29

Análisis de consistencia interna de la dimensión salud física - WHOQOL-BREF: correlación ítem-test y variación si ítem es eliminado

Ítem	Media	Desviación estándar	Correlación ítem-test	Si ítem se elimina	
				Valor de alfa	Valor de omega
3	3.022	1.072	.381	.786	.793
4	2.533	.865	.408	.775	.786
10	2.709	.903	.603	.740	.749
15	3.456	1.011	.561	.747	.755
16	2.269	1.008	.313	.796	.799
17	2.593	.854	.708	.722	.730
18	2.802	.913	.671	.726	.735

Tabla 30

Análisis de consistencia interna de la dimensión salud psicológica - WHOQOL-BREF: correlación ítem-test y variación si ítem es eliminado

Ítem	Media	Desviación estándar	Correlación ítem-test	Si ítem se elimina	
				Valor de alfa	Valor de omega
5	2.791	.940	.637	.760	.770
6	3.269	.986	.667	.752	.764
7	2.786	.836	.438	.802	.811
11	2.610	.914	.515	.787	.800
19	2.764	.983	.680	.749	.761
26	2.385	.932	.454	.801	.809

Tabla 31

Análisis de consistencia interna de la dimensión relaciones sociales - WHOQOL-BREF: correlación ítem-test y variación si ítem es eliminado

Ítem	Media	Desviación estándar	Correlación ítem-test	Si ítem se elimina	
				Valor de alfa	Valor de omega
20	2.841	.918	.571	.468	.468
21	2.302	.987	.374	.714	.714
22	2.769	1.036	.520	.527	.526

Tabla 32

Análisis de consistencia interna de la dimensión ambiente - WHOQOL-BREF: correlación ítem-test y variación si ítem es eliminado

Ítem	Media	Desviación estándar	Correlación ítem-test	Si ítem se elimina	
				Valor de alfa	Valor de omega
8	2.791	.904	.450	.739	.755
9	2.841	.822	.584	.717	.737
12	2.357	.680	.495	.736	.752
13	2.896	.754	.414	.745	.761
14	*2.401*	*.891*	*.183*	*.783*	*.792*
23	3.000	1.082	.609	.706	.714
24	3.401	.933	.602	.710	.723
25	2.681	1.086	.412	.750	.770

B. Evidencia de validez de estructura interna: Análisis factorial confirmatorio (AFC)

Tabla 33

Índices de ajuste del WHOQOL-BREF

	χ^2	*gl*	χ^2/gl	*CFI*	*TLI*	*SRMR*	*RMSEA* [*IC* 90%]
Factores correlacionados	379.849	246	1.54	.912	.902	.058	.055 [.044-.065]

Nota. χ^2: Chi cuadrado, *gl*: grados de libertad, *CFI*: Índice de Ajuste Comparativo, *TLI*: Índice de Tuker-Lewis, *SRMR*: raíz residual estandarizada cuadrática media, *RMSEA*: error cuadrático medio de aproximación.

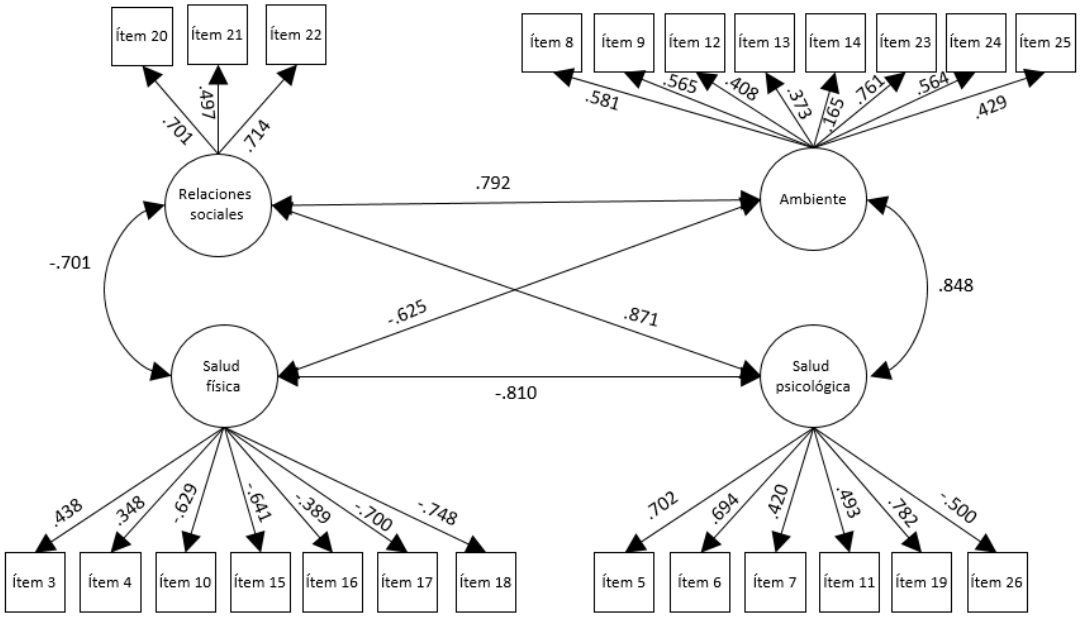
Tabla 34

Estructura factorial del WHOQOL-BREF

Factor	Ítem	Carga factorial	Error estándar	p-valor
Salud física	3	.438	.080	< .001
	4	*.348*	*.065*	*< .001*
	10	-.629	.061	< .001
	15	-.641	.070	< .001
	16	*-.389*	*.076*	*< .001*
	17	-.700	.054	< .001
	18	-.748	.058	< .001
Salud psicológica	5	.702	.062	< .001
	6	.694	.066	< .001
	7	.420	.061	< .001
	11	.493	.065	< .001
	19	.782	.063	< .001
	26	-.500	.067	< .001
Relaciones sociales	20	.701	.064	< .001
	21	.497	.075	< .001
	22	.714	.074	< .001
Ambiente	8	.581	.064	< .001
	9	.565	.057	< .001
	12	.408	.049	< .001
	13	*.373*	*.056*	*< .001*
	14	*.165*	*.070*	*.019*
	23	.761	.074	< .001
	24	.564	.067	< .001
	25	.429	.083	< .001

Figura 8

Diagrama de modelo factorial del WHOQOL-BREF



ANEXO F. Evidencias de validez de COPE

A. Evidencia de validez de estructura interna del COPE: Confiabilidad

Tabla 35

Análisis de consistencia interna de la dimensión centrado en el problema - COPE: correlación ítem-test y variación si ítem es eliminado

Ítem	Media	Desviación estándar	Correlación ítem-test	Si ítem se elimina	
				Valor de alfa	Valor de omega
1	2.379	1.048	.378	.844	.840
2	2.500	.979	.437	.841	.836
3	*2.418*	*1.052*	*.254*	*.849*	*.845*
4	2.648	.985	.356	.844	.840
5	2.610	1.075	.413	.842	.838
14	2.885	.843	.550	.837	.835
15	2.418	1.052	.527	.837	.833
16	2.357	1.045	.455	.840	.836
17	*2.181*	*1.022*	*.175*	*.852*	*.849*
18	2.731	.997	.491	.839	.834
27	2.747	.941	.550	.837	.835
28	2.890	.922	.507	.838	.834
29	2.264	1.065	.399	.843	.840
30	2.637	1.008	.404	.843	.839
31	2.687	1.028	.450	.841	.836
40	2.692	.971	.537	.837	.835
41	2.978	.841	.556	.837	.835
42	2.703	.916	.420	.842	.837
43	2.516	.996	.340	.845	.841
44	2.418	1.041	.474	.839	.834

Tabla 36

Análisis de consistencia interna de la dimensión centrado en la emoción - COPE: correlación ítem-test y variación si ítem es eliminado

Ítem	Media	Desviación estándar	Correlación ítem-test	Si ítem se elimina	
				Valor de alfa	Valor de omega
6	*2.313*	*1.105*	*.297*	*.845*	*.839*
7	2.841	.987	.558	.833	.829
8	2.593	1.082	.389	.840	.835
9	3.319	.890	.406	.839	.835
11	*2.258*	*1.064*	*.230*	*.847*	*.844*
19	2.489	1.034	.496	.835	.829
20	2.775	1.019	.646	.829	.826
21	2.571	.988	.384	.840	.835
22	3.390	.858	.415	.839	.835
24	2.154	1.141	.440	.838	.833
32	2.511	1.055	.446	.838	.832
33	3.159	.745	.481	.837	.833
34	2.670	.992	.456	.837	.832
35	2.956	1.155	.386	.841	.838
37	2.082	1.066	.445	.838	.832
45	2.484	1.081	.544	.833	.826
46	3.121	.845	.520	.835	.832
47	2.989	.904	.407	.839	.835
48	*2.802*	*1.139*	*.279*	*.846*	*.844*
50	2.264	1.065	.389	.840	.835

Tabla 37

Análisis de consistencia interna de la dimensión otros estilos - COPE: correlación ítem-test y variación si ítem es eliminado

Ítem	Media	Desviación estándar	Correlación ítem-test	Si ítem se elimina	
				Valor de alfa	Valor de omega
10	2.346	1.125	.491	.779	.782
12	2.011	1.014	.467	.782	.784
13	2.813	1.066	.303	.797	.799
23	2.604	1.096	.377	.791	.793
25	2.071	1.057	.407	.788	.791
26	2.538	1.187	.513	.777	.780
36	2.637	1.098	.457	.783	.786
38	2.132	1.021	.504	.779	.781
39	2.346	1.100	.483	.780	.783
49	2.797	.979	.531	.777	.779
51	2.055	.979	.462	.783	.785
52	1.824	1.042	.319	.796	.797

B. Evidencia de validez de estructura interna: Análisis factorial confirmatorio

Tabla 38

Índices de ajuste del COPE

	χ^2	*gl*	χ^2/gl	*CFI*	*TLI*	*SRMR*	*RMSEA* [*IC* 90%]
Factores correlacionados	2538.63	1271	2	.868	.862	.103	.074 [.070-.078]

Nota. χ^2: Chi cuadrado, *gl*: grados de libertad, *CFI*: Índice de Ajuste Comparativo, *TLI*: Índice de Tuker-Lewis, *SRMR*: raíz residual estandarizada cuadrática media, *RMSEA*: error cuadrático medio de aproximación.

Tabla 39

Estructura factorial del COPE

Factor	Ítem	Carga factorial	Error estándar	p-valor
Centrado en el problema	1	.465	.073	< .001
	2	*.392*	.071	< .001
	3	*.266*	.080	< .001
	4	*.355*	.075	< .001
	5	.508	.066	< .001
	14	.468	.061	< .001
	15	.505	.073	< .001
	16	.430	.075	< .001
	17	*.288*	.079	< .001
	18	.601	.064	< .001
	27	.561	.058	< .001
	28	.481	.065	< .001
	29	.416	.082	< .001
	30	.466	.070	< .001
	31	.545	.071	< .001
	40	.583	.056	< .001
	41	.519	.054	< .001
	42	.441	.069	< .001
	43	.408	.082	< .001
	44	.632	.061	< .001
Centrado en la emoción	6	.414	.079	< .001
	7	.572	.056	< .001
	8	.475	.071	< .001
	9	*.305*	.063	< .001
	11	*.314*	.079	< .001

	19	.628	.062	< .001
	20	.718	.051	< .001
	21	*.389*	.070	< .001
	22	*.280*	.063	< .001
	24	.486	.077	< .001
	32	.551	.068	< .001
	33	.436	.051	< .001
	34	.486	.061	< .001
	35	*.389*	.084	< .001
	37	.563	.072	< .001
	45	.690	.061	< .001
	46	.513	.055	< .001
	47	.422	.063	< .001
	48	*.306*	.083	< .001
	50	.460	.079	< .001
Otros estilos	10	.432	.090	< .001
	12	.420	.080	< .001
	13	.529	.088	< .001
	23	.515	.082	< .001
	25	.430	.091	< .001
	26	.902	.080	< .001
	36	.482	.082	< .001
	38	.543	.087	< .001
	39	.615	.083	< .001
	49	.486	.075	< .001
	51	.524	.083	< .001
	52	.408	.095	< .001

Figura 9

Diagrama de modelo factorial del COPE

