

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el sobrepeso y la obesidad se han convertido en problemas de salud pública de creciente preocupación, afectando de manera significativa a adolescentes entre 14 y 18 años. Según la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia de estas condiciones ha aumentado en las últimas décadas, generando impactos negativos no solo en la salud física, sino también en el bienestar psicológico.

Diversos estudios han mostrado que los factores psicológicos como la baja autoestima, la ansiedad y la depresión, lo cual es fundamental en el desarrollo y mantenimiento de estas condiciones. No obstante, existe una necesidad de profundizar en la relación entre dichos factores y el sobrepeso/obesidad en jóvenes, dado que la adolescencia es una etapa vulnerable en la que se construyen las bases del bienestar físico y emocional.

Es una etapa crucial para el desarrollo de la capacidad de regulación emocional ya que los jóvenes aprenden progresivamente a reconocer, comprender y gestionar sus propias emociones y a interpretar las de los demás. Por ello, es fundamental no solo esperar que los adolescentes "superen" sus cambios de humor, sino enseñarles explícitamente estrategias de manejo emocional y crear espacios seguros donde puedan expresar y procesar sus sentimientos.

El cerebro adolescente también muestra una respuesta particular al estrés. Debido a que ciertas áreas cerebrales aún están en desarrollo, los adolescentes pueden procesar y reaccionar al estrés de manera diferente a los adultos, lo que podría incrementar su vulnerabilidad a desarrollar problemas de salud mental relacionados con el estrés, como la ansiedad y la depresión.

Existe una sólida y preocupante asociación entre el sobrepeso/obesidad en la adolescencia y un mayor riesgo de problemas de salud mental. Los adolescentes con obesidad presentan con mayor frecuencia síntomas de depresión, trastornos de ansiedad, baja autoestima, insatisfacción con la imagen corporal y síntomas relacionados con trastornos de la conducta alimentaria en comparación con sus pares de peso saludable. Esta carga psicosocial puede deteriorar significativamente su vida.

La presente investigación tiene como objetivo analizar los principales factores psicológicos asociados al sobrepeso y obesidad en adolescentes de 14 a 18 años, la finalidad es identificar estrategias preventivas y terapéuticas que contribuyan a mejorar su calidad de vida.

Este estudio se justifica por su relevancia en el ámbito de la salud pública y su aporte al diseño de intervenciones psicosociales integrales que consideren tanto el aspecto físico como emocional de los adolescentes afectados.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Y JUSTIFICACIÓN

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

I. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia, etapa comprendida entre los 14 y 18 años, representa un periodo crítico de transición biológica, psicológica y social. En estos años, los individuos experimentan cambios físicos acelerados, consolidan su identidad y enfrentan presiones académicas y sociales crecientes, lo que los hace especialmente vulnerables a diversas problemáticas de salud con repercusiones en la vida adulta (Unicef, 2021) Actualmente, existe una preocupación mundial respecto al aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad, así como del deterioro de la salud mental en adolescentes. Lejos de ser fenómenos aislados, la evidencia señala una relación compleja y bidireccional entre el estado nutricional y el bienestar psicológico (OMS, 2021)

Un índice de masa corporal elevado no solo incrementa el riesgo de enfermedades físicas como diabetes tipo 2, hipertensión y patologías cardiovasculares, sino que, de manera inmediata, impacta negativamente en la autoestima, la satisfacción con la imagen corporal y la integración social (Velásquez y Salinas, 2019) Además, factores psicológicos como la ansiedad, el estrés percibido, las estrategias de afrontamiento y la capacidad de regulación emocional influyen directamente en los hábitos alimentarios y el nivel de actividad física, perpetuando estados nutricionales no saludables (Aliaga, Suxo y Aguilar, 2014) Este fenómeno genera un ciclo en el cual el malestar psicológico contribuye al aumento de peso y, a su vez, este aumento refuerza el malestar emocional.

En Bolivia, y específicamente en el departamento de Tarija, esta problemática adquiere una dimensión particularmente alarmante. Según un estudio nacional de UNICEF (2020), Tarija presenta la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en jóvenes de 5 a 18 años, alcanzando un 45,6% (Ruegenberg Jerez, et al., 2020) Este dato, que supera significativamente la media nacional, posiciona a Tarija como un epicentro de esta crisis de salud pública, sugiriendo que se realicen intervenciones para evitar complicaciones futuras. Alicia Aliaga, responsable nacional del programa de enfermedades

no transmisibles, corroboró esta cifra al reportar que 4 de cada 10 niños, niñas y adolescentes en Tarija presentan obesidad, siendo mayor en escolares, conforme a los datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y el Ministerio de Educación.

En este contexto, el propósito central de la investigación es determinar la relación entre el índice de masa corporal y factores psicológicos en adolescentes de 14 a 18 años en la ciudad de Tarija.

Siendo la variable principal los factores psicológicos, estos se conceptualizan como *elementos modificables vinculados a actitudes, pensamientos, emociones y conductas del individuo, relevantes y abordables mediante intervenciones psicológicas* (Dennison, 2009: p4)

Dado que el concepto de factores psicológicos vinculados con el índice de masa corporal es amplio, este estudio se centra en cuatro dimensiones esenciales: ansiedad, estrés percibido, estrategias de afrontamiento y regulación emocional.

Ansiedad se define como una respuesta emocional derivada del miedo, entendiendo el miedo como la valoración de un peligro y la ansiedad como el estado negativo que surge al estimular dicho miedo (Beck, 2010: p22) Es un sistema de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva, que se activa ante la anticipación de situaciones percibidas como amenazantes, imprevisibles o incontrolables, poniendo en riesgo los intereses vitales de la persona (Beck, 2010) Este estado duradero está condicionado por factores como la percepción de adversidad, la incontrolabilidad, la incertidumbre y la indefensión, reafirmando la premisa de que “el modo en que pienso afecta el modo en que siento”, base de la teoría cognitiva (Beck y Clark, 2012)

Por su parte, la **regulación emocional** se entiende como el proceso mediante el cual las emociones cotidianas se gestionan para alcanzar metas personales y adaptaciones sociales y biológicas. Este manejo implica entrenamiento, contención, evitación, modulación y capacidad de mantenimiento emocional (Eisenberg & Spinrad, 2004: p2) Desde esta perspectiva, la regulación emocional permite al individuo utilizar diversas estrategias para gestionar sus estados emocionales (Garrido, 2006)

Las **estrategias de afrontamiento** se describen como esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio, destinados a manejar situaciones externas o internas que se perciben como

amenazantes o desbordantes para los recursos individuales (Lazarus & Folkman, 1986: p164) Estas estrategias permiten al individuo enfrentar estresores ambientales o emocionales, desarrollando respuestas adaptativas según las circunstancias (Lazarus, 1986) Es fundamental explorar las estrategias de afrontamiento empleadas por adolescentes con sobrepeso, considerando que disponen de un repertorio amplio, aunque no siempre son conscientes de ello (Soriano, 2002)

El **estrés percibido** se define como la relación entre el individuo y su entorno, valorada como amenazante o desbordante de sus recursos personales, poniendo en peligro su bienestar. Según el modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman, el nivel de estrés percibido depende de la evaluación cognitiva que realiza la persona sobre una situación específica y de cómo interpreta y responde a los eventos estresantes en su entorno (Lazarus, 1984)

A **nivel internacional**, existen investigaciones relevantes que respaldan la importancia de los factores psicológicos en la obesidad. Por ejemplo, en Argentina, un estudio realizado por González Di Mura, Casari, González Pancher y Vega (2017) encontró que el tratamiento integral de la obesidad produce cambios significativos en el bienestar psicológico de los pacientes. El trabajo evaluó autoconcepto, síntomas ansiosos y depresivos, y predisposición al cambio al inicio y al final de un programa de seis meses, utilizando instrumentos validados como la Escala Verbal de Autoconcepto, el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo y el Inventario de Depresión. Los resultados evidencian la eficacia de los programas multidisciplinarios, subrayando la necesidad de abordar la obesidad desde una perspectiva integral, dado su carácter de problema de salud global (González, 2017)

Una investigación titulada “Factores psicológicos asociados a la obesidad en niños, niñas y adolescentes”, realizada por Castro Jaramillo y Betancur Patiño de la Universidad Católica de Pereira, concluyó que la obesidad infantil y adolescente está estrechamente vinculada a diversos factores psicológicos que influyen tanto en su desarrollo como en su mantenimiento. Entre los trastornos más frecuentes asociados a esta condición se encuentran la ansiedad, la depresión, el TDAH, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y los trastornos del espectro autista (TEA). Todos ellos pueden afectar la conducta alimentaria y emocional de niñas, niños y adolescentes, siendo la ingesta de alimentos un modulador emocional importante, especialmente en quienes presentan baja reactividad emocional, pérdida de control y dificultades para expresar sus emociones. La baja autoestima, influida por los estándares de belleza cultural, también desempeña un rol relevante, particularmente en el caso de las

niñas con un índice de masa corporal más elevado. Además, la exposición a situaciones de maltrato o traumas puede potenciar la ingesta compulsiva como mecanismo de afrontamiento ante el malestar psicológico. Estos factores, junto con la estigmatización social que enfrentan quienes viven con obesidad, generan un ciclo de dificultades emocionales y físicas que resulta difícil de romper sin intervenciones adecuadas (Castro, 2016)

En la Universidad de Antioquia se llevó a cabo una investigación sobre los aspectos psicológicos que inciden en el fenómeno de la obesidad, concluyendo que esta condición está influida por múltiples factores psicológicos interrelacionados que agravan tanto su desarrollo como su mantenimiento. Rasgos de personalidad como el neuroticismo y la impulsividad resultan determinantes, ya que dificultan la adopción de hábitos saludables. El estrés crónico, a través de la liberación de cortisol, incrementa el apetito y contribuye a la aparición de patrones alimentarios poco saludables. Asimismo, la ingesta emocional se presenta como un mecanismo para mitigar emociones negativas mediante la alimentación. La depresión, a menudo asociada a la estigmatización social, puede profundizar el problema, lo que evidencia la necesidad de un abordaje multidimensional para la comprensión y tratamiento de la obesidad (Tamayo, 2014)

A **nivel nacional**, un estudio realizado en Oruro titulado “Características familiares y depresión como factores de riesgo para obesidad en escolares” aborda los aspectos psicológicos relacionados con la obesidad infantil, destacando la asociación entre síntomas depresivos y el aumento de los percentiles de IMC en niñas y niños. Se observó que quienes experimentan síntomas depresivos presentan una mayor predisposición al desarrollo de obesidad, resaltando la importancia de la percepción corporal y la influencia del entorno social en la autoestima y el bienestar emocional. Si bien no se encontró una diferencia significativa en la obesidad según el sexo, las niñas con síntomas depresivos presentaron puntajes más elevados en comparación con los niños (Ballardes, 2012)

Por otro lado, la investigación “Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con la ansiedad y depresión en adolescentes de secundaria de la ciudad de La Paz” evidenció que factores psicológicos como la ansiedad y la depresión guardan una relación significativa con los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Se identificó una correlación positiva entre la ansiedad y los TCA (0,48), observando que el 86% del grupo de riesgo de TCA presentaba ansiedad (Mérida Pérez, 2013)

En Santa Cruz, un análisis sobre los aspectos cognitivos y los hábitos de conducta alimentaria en estudiantes universitarios con obesidad reveló que estos tienden a percibir su condición como normal y muestran una baja conciencia sobre los factores específicos asociados a la obesidad. Frecuentemente, se consideran personas saludables y satisfechas con su vida cotidiana. El estudio resalta que el ideal cultural de una figura corporal esbelta, especialmente para las mujeres, genera insatisfacción y sentimientos de culpa, lo que conduce a estrategias poco efectivas, como dietas restrictivas y metas poco realistas. No obstante, no todas las personas con obesidad reaccionan de la misma manera ante estos determinantes. Los resultados subrayan la necesidad de investigaciones más específicas y programas de intervención dirigidos a mejorar la imagen corporal, la autoestima y el bienestar general de las y los estudiantes. Bersh enfatiza que los tratamientos eficaces deben ser multidisciplinarios, incorporando educación, nutrición, atención médica y un enfoque en los aspectos psicológicos y conductuales para lograr cambios sostenibles en el estilo de vida (De Blas, 2015)

A **nivel regional**, se realizó un estudio en la ciudad de Tarija para analizar el impacto de la obesidad en la población local. Según la Encuesta de Demografía y Salud 2016 (EDSA) del Instituto Nacional de Estadística (INE), el 27,4% de las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) presentan obesidad en Tarija, situando al departamento en el tercer lugar a nivel nacional, solo por detrás está Santa Cruz y Beni. Cabe destacar que el estudio no incluyó datos sobre obesidad en la población masculina. De acuerdo con Elva Gisbert, responsable del Programa Departamental de Nutrición y Alimentación, el sobrepeso y la obesidad afectan tanto el rendimiento laboral como la autoestima y el bienestar psicoafectivo. Además, incrementan el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, afecciones cardiovasculares, problemas cardíacos y artrosis, ya que el peso excesivo somete a los huesos a una carga mayor de la que pueden soportar (Rivera, 2017, s/p)

El Servicio Departamental De Salud Tarija informa que este departamento presenta la mayor proporción de población infantil menor de cinco años, con obesidad o sobrepeso superando la media nacional. Según la EDSA, en 2008 el 11,4% de la población infantil tarijeña presentaba obesidad o sobrepeso, frente a una media nacional de 10,1%. Para 2016, Tarija alcanzó el primer lugar con un 20% (Rivera, 2019)

Un artículo titulado "Factores psicológicos asociados a trastornos de conducta alimentaria en mujeres de la ciudad de Tarija" identificó que todas las participantes presentaban estilos de apego inseguro, predominando el tipo inseguro-evitativo. Asimismo, se observó que los rasgos de

personalidad como agresividad, neuroticismo, obsesión e inseguridad son más frecuentes en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Los factores emocionales, en especial la dificultad en la regulación emocional y la alexitimia, se asocian estrechamente con la persistencia de estos trastornos a lo largo del tiempo. Los modelos estéticos corporales, promovidos social y mediáticamente, actúan como factores precipitantes, alimentando la búsqueda de la delgadez característica de trastornos como la anorexia y la bulimia. Esta presión social genera malestar corporal, agravado por experiencias de acoso escolar durante la infancia y adolescencia. Además, la mayoría de las personas con TCA provienen de familias con antecedentes de sobrepeso o presencia de personas con sobrepeso en su entorno. La exposición constante a dietas restrictivas y la preocupación excesiva por el peso, promovidas principalmente por la figura materna, son comunes en las familias de mujeres con TCA. Finalmente, el estudio destaca que muchas mujeres jóvenes adultas en Tarija desarrollan un trastorno alimentario crónico debido al estigma y al escaso conocimiento social sobre estas patologías (Julio Mercado, 2023)

Por otro lado, la tesis titulada “Características psicológicas que presentan las mujeres con obesidad de la ciudad de Tarija”, elaborada por Gabriel Arias en 2020, señala que este grupo presenta un perfil psicológico caracterizado por baja integración, escasa fortaleza del Súper Yo, alta inseguridad y elevados niveles de tensión. En cuanto a la ansiedad, las mujeres con obesidad mórbida (grado 3) experimentan los niveles más altos, las mujeres divorciadas son las que presentan mayor ansiedad. La autoestima en este grupo es, en general, de nivel medio-bajo, con mayor afectación en el ámbito social y en quienes presentan mayor grado de obesidad. Además, las mujeres con obesidad muestran una preocupación moderada por su imagen corporal, intensificándose en función del grado de obesidad. Las mujeres divorciadas manifiestan la mayor preocupación, seguidas por las solteras, mientras que las casadas presentan menor inquietud extrema (Arias, 2020)

Tomando en cuenta todos los antecedentes citados se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación que existe entre el Índice de Masa Corporal (IMC) y los factores psicológicos ansiedad, estrés percibido, estrategias de afrontamiento y regulación emocional en personas de 14 a 18 años de la ciudad de Tarija durante el año 2025?

1.2. JUSTIFICACIÓN

El análisis de los factores psicológicos vinculados al índice de masa corporal en adolescentes de 14 a 18 años de la ciudad de Tarija reviste gran importancia para la comunidad científica, dado que la adolescencia es una etapa crucial en el desarrollo humano, marcada por profundos cambios físicos, emocionales y sociales. Durante este periodo, el Índice de Masa Corporal (IMC) no solo funciona como un indicador nutricional, sino que también puede asociarse con la salud mental.

Diversas investigaciones han demostrado que el sobrepeso y la obesidad en adolescentes guardan relación con niveles elevados de ansiedad, estrés percibido y dificultades para regular las emociones, lo que incide negativamente en el bienestar integral de esta población y aumenta el riesgo de desarrollar trastornos psicológicos en la adultez.

La obesidad infantil y juvenil constituye actualmente un problema de salud pública mundial. Según datos del Ministerio de Salud de Bolivia, Tarija presenta el mayor porcentaje de obesidad infantil en el país, con un 45,7% de niños y adolescentes entre 5 y 18 años afectados, cifra que supera considerablemente la media nacional del 36% (El País, 2020: s/p) Este dato destaca la necesidad urgente de comprender y abordar los factores subyacentes, entre los cuales los aspectos psicológicos desempeñan un papel fundamental. A pesar de la creciente preocupación por el incremento de casos de sobrepeso en la población joven, los enfoques clínicos y preventivos suelen centrarse en cuestiones físicas como la dieta y el ejercicio, dejando de lado las dimensiones emocionales y cognitivas que inciden en la adopción de hábitos saludables.

Como afirman diversos autores, *“Los factores psicológicos, como el estrés, la baja autoestima y los trastornos emocionales, son frecuentes entre personas con sobrepeso y pueden representar barreras para la adopción de hábitos saludables”* (Collins y Bentz, 2009: P3)

La investigación sobre los factores psicológicos asociados al sobrepeso en adolescentes tiene un impacto significativo en la sociedad, especialmente considerando que Tarija ocupa el primer lugar en obesidad infantil a nivel nacional (El País, 2020)

Este trabajo busca aportar evidencia empírica sobre la relación entre el IMC y ciertos factores psicológicos en adolescentes de 14 a 18 años, con el objetivo de fortalecer las estrategias de intervención integral que contemplen tanto la salud física como la emocional. Identificar los patrones de asociación entre el estado nutricional y variables como la ansiedad, el estrés percibido, las estrategias de afrontamiento y la regulación emocional permitirá contribuir al diseño de programas psicoeducativos, clínicos y comunitarios orientados a promover el bienestar adolescente desde una perspectiva multidimensional.

La presente investigación tiene una relevancia social considerable, ya que el sobrepeso en personas menores de 19 años representa un problema de salud pública en Tarija, posicionando al departamento como líder nacional en obesidad. Esta situación afecta no solo el bienestar físico, sino también el psicológico de quienes la padecen. Con el incremento de la prevalencia del sobrepeso en esta población, se intensifican las consecuencias emocionales y sociales derivadas de la condición, tales como la ansiedad, el estrés y las dificultades en la regulación emocional (Bonilla, 2019)

Los factores psicológicos asociados al sobrepeso influyen directamente en la calidad de vida y en la efectividad de los tratamientos para el control del peso. La presente investigación aporta conocimientos que permiten un mayor entendimiento de los factores psicológicos relacionados con el sobrepeso en adolescentes menores de 19 años en la ciudad de Tarija.

Este análisis no solo profundiza en las variables individuales que pueden contribuir al sobrepeso, sino que también ofrece una visión integrada de cómo interactúan y afectan la salud integral de los jóvenes. En primer lugar, al evaluar el nivel de ansiedad mediante el inventario de Beck, se obtendrá un panorama más preciso de cómo la ansiedad influye en los comportamientos alimentarios y en la actividad física de los adolescentes. La ansiedad puede fomentar patrones de alimentación poco saludables y una menor actividad física, contribuyendo así al aumento de peso.

En segundo lugar, la exploración de las estrategias de afrontamiento permitirá comprender cómo los adolescentes gestionan el estrés y los desafíos emocionales cotidianos. Este análisis identificará las estrategias, tanto adaptativas como desadaptativas, asociadas con un mayor riesgo de sobrepeso y obesidad. Por ejemplo, el estudio podrá evidenciar que la evitación o la alimentación emocional pueden agravar el problema del sobrepeso, mientras que estrategias de afrontamiento

eficaces, como la búsqueda de apoyo social o la resolución activa de problemas, ofrecen mecanismos de protección ante esta condición.

En tercer lugar, el estudio sobre la regulación emocional aporta información sobre la capacidad de las personas adolescentes para gestionar sus emociones. Las dificultades en la regulación emocional, tales como la impulsividad o la baja tolerancia a la frustración, pueden estar estrechamente vinculadas al desarrollo de sobrepeso. Analizar este aspecto permitió comprender cómo estos desafíos emocionales inciden en la adopción de hábitos alimentarios poco saludables.

Así mismo, el estrés percibido fue evaluado para identificar cómo los adolescentes con sobrepeso interpretan y responden a situaciones consideradas estresantes o desafiantes. Esta medición identificó las principales fuentes de estrés, como la imagen corporal, la presión social, las relaciones interpersonales o las expectativas familiares, y analizar sus repercusiones en el bienestar emocional y la capacidad de afrontamiento (Collins y Bentz, 2009; Bonilla, 2019)

En conjunto, estos aportes teóricos brindarán un marco integral para el análisis de los factores psicológicos vinculados al sobrepeso en adolescentes, evidenciando cómo se interrelacionan y afectan su salud global. Este conocimiento enriquecerá la literatura especializada y servirá de base para desarrollar estrategias de intervención y prevención más eficaces y adaptadas a las necesidades de la juventud de Tarija.

Los resultados obtenidos proporcionaron información valiosa para instituciones educativas y de salud, facilitando el desarrollo de programas que aborden la ansiedad, la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento en estudiantes. Asimismo, permitirán a las autoridades de salud pública formular políticas y proyectos orientados a disminuir la prevalencia de sobrepeso en adolescentes, promoviendo estilos de vida saludables y el bienestar integral. Las familias y cuidadores podrán beneficiarse de una comprensión más profunda de los factores psicológicos que inciden en los hábitos alimentarios, fortaleciendo su apoyo. Finalmente, el sector académico podrá utilizar estos hallazgos para ampliar el conocimiento en los ámbitos de psicología y nutrición, favoreciendo la investigación y el diseño de nuevas estrategias de prevención y tratamiento.

CAPÍTULO II

DISEÑO TEÓRICO

CAPÍTULO II

DISEÑO TEÓRICO

2.1. PROBLEMA

¿Cuál es la relación que existe entre el Índice de Masa Corporal (IMC) y los factores psicológicos ansiedad, estrés percibido, estrategias de afrontamiento y regulación emocional en personas de 14 a 18 años de la ciudad de Tarija durante el año 2025?

2.2. OBJETIVO GENERAL

Analizar los factores psicológicos asociados al sobrepeso y la obesidad en adolescentes de 14 a 18 años, comparándolos con aquellos presentes en adolescentes con un índice de masa corporal (IMC) bajo y saludable.

2.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el Índice de Masa Corporal (IMC) como indicador de comparación entre bajo peso, peso saludable, sobrepeso y obesidad en personas de 14 a 18 años, de ambos sexos, habitantes de la ciudad de Tarija.
2. Establecer el nivel de ansiedad, asociado a IMC bajo, IMC saludables, sobrepeso y obesidad en personas de ambos sexos de 14 a 18 años, habitantes de la ciudad de Tarija.
3. Evaluar el nivel de estrés percibido y los factores dominantes, asociado a IMC bajo, IMC saludables, sobrepeso y obesidad en personas de ambos sexos de 14 a 18 años, habitantes de la ciudad de Tarija.
4. Analizar las dimensiones de regulación emocional observadas en personas de ambos sexos de 14 a 18 años, que presentan IMC bajo, IMC saludable o sobrepeso y obesidad.

5. Identificar la prevalencia de estrategias de afrontamiento que manejan las personas de 14 a 18 años, de ambos sexos, frente a situaciones estresantes asociadas a IMC bajo, IMC saludable, Sobrepeso y obesidad.

2.4. HIPÓTESIS

1. El índice de sobrepeso/ obesidad en personas de 14 a 18 años en la ciudad de Tarija tienen un nivel superior al promedio nacional.
2. Los adolescentes de 14 a 18 años con sobrepeso/ obesidad en la ciudad de Tarija presentan ansiedad moderada.
3. Los adolescentes de 14 a 18 años con sobrepeso/ obesidad tiene un alto nivel de estrés percibido.
4. Los adolescentes de 14 a 18 años con sobrepeso/ obesidad en la ciudad de Tarija presentan una deficiente regulación emocional.
5. Los adolescentes de 14 a 18 años con sobrepeso/ obesidad emplean principalmente las estrategias de afrontamiento de evitación de problemas y retirada social.

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Peso e Índice de Masa Corporal (IMC): El peso y mejor el IMC es un indicador global del estado nutricional, simple y de gran valor (Lambert Adolphe Quetelet, 1832: p3)	Unidimensional	$IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{Talla (m}^2\text{)}$	El Índice de Masa Corporal (IMC) Lambert Adolphe Quetelet (1832) Desnutrido: Menos de 18.53 Normal: 18.5 – 24.93 Sobrepeso: 25 – 29.93 Obeso: Mayor o igual

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Ansiedad <i>“Una respuesta emocional provocada por el miedo. En consecuencia, el miedo “es la valoración del peligro; la ansiedad es el estado de sentimiento negativo evocado cuando se estimula el miedo”</i> (Beck, 2010: p22)	Somática Afectiva-Cognitiva	Síntomas físicos Asociados con la ansiedad. Síntomas cognitivos y afectivos asociados a la ansiedad	Inventario de Ansiedad de Beck BAI, (1988) 0-7 (ansiedad mínima) 8-15 (ansiedad leve) 16-25 (ansiedad moderada) 26-63 (ansiedad grave)
Estrés percibido <i>“Una relación particular entre el individuo y el ambiente, que es evaluada por aquel como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”</i> (Sanz Carrillo cita a Lazarus y Folkman, 1986, p. 43)	Tensión, Irritabilidad y Fatiga Aceptación Social de los conflictos Energía y Diversión Sobrecarga	Malhumor, Cansancio, Intranquilidad, Tensión, Sensación de prisa, Dificultad de relajación, Sensación de presión. Aislamiento, situaciones conflictivas, frustración, presión de otras personas., sensación de críticas. Sentirse descansado, energía, miedo al futuro, alegría. Demasiadas cosas que hacer y decisiones que tomar, preocupaciones.	Cuestionario de Estrés Percibido (CEP) de Levenstein 1930. Adaptado por Sanz-Carrillo et al. (2002) Bajo $\leq 0,62$ Medio $> 0,62$ & $\leq 0,80$ Alto $> 0,80$ Bajo ≤ 12 Medio > 12 & $\leq 16,75$ Alto $> 16,75$ Bajo $\leq 10,25$ Medio $> 10,25$ & ≤ 15 Alto > 15 Bajo $\leq 8,25$ Medio $> 8,25$ & ≤ 12 Alto > 12 Bajo ≤ 6 Medio > 6 & $\leq 7,75$ Alto $> 7,75$

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
	Satisfacción por autorrealización	Hacer cosas que realmente le gustan, Temor de no alcanzar todas sus metas, sensación de obligación	Bajo $\leq 3,25$ Medio $> 3,25$ & ≤ 6 Alto > 6 Escala global Bajo $\leq 0,62$ Medio $> 0,62$ & $\leq 0,80$ Alto $> 0,80$
	Miedo y Ansiedad	Temor al futuro, agobio por la responsabilidad	
Regulación Emocional Se define como el " <i>Proceso de iniciar, mantener, modular o cambiar la ocurrencia, intensidad o duración de los estados afectivos internos y los procesos fisiológicos, a menudo con el objetivo de alcanzar una meta</i> " (Gratz cita a Thompson, 1994: p. 106)	No aceptación de respuestas emocionales	Dificultad para aceptar emociones negativas.	La Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS), desarrollada por (Gratz y Roemer ,2004) Escala tipo Likert de 5 opciones de respuestas. 1 = Casi nunca (0-10% de las veces) 2 = A veces (11-35% de las veces) 3 = Algunas veces (36-65% de las veces) 4 = La mayor parte del tiempo (66-90% de las veces) 5 = Casi siempre (91-100% de las veces)
	Dificultades en el control de impulsos	Problemas para controlar comportamientos cuando se experimentan emociones fuertes.	
	Dificultad para alcanzar metas	Interferencia de las emociones en la realización de objetivos.	No aceptación de respuestas emocionales:

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
	Falta de conciencia emocional	Falta de atención a los propios estados emocionales.	Ítems 11, 12, 21, 23, 25, 29.
	Falta de claridad emocional	Dificultad para identificar qué emociones se están sintiendo.	Dificultades en el control de impulsos: Ítems 3, 14, 19, 26, 33.
	Acceso limitado a estrategias de regulación emocional	Percepción de que no se tienen estrategias efectivas para manejar las emociones.	Dificultades para alcanzar metas: Ítems 13, 18, 20, 26, 28. Falta de conciencia emocional: Ítems 2, 6, 8, 10, 17, 34. Falta de claridad emocional: Ítems 5, 9, 16, 24, 27. Acceso limitado a estrategias de regulación emocional: Ítems 4, 7, 15, 31, 35. Puntuaciones más altas indican más dificultades en la regulación emocional. Puntuaciones más bajas reflejan una mejor capacidad para regular las emociones.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Las estrategias de afrontamiento <i>“Un esfuerzo cognitivo y conductual en constante cambio para manejar situaciones externas y/o internas específicas que se considera que exceden o abruman los recursos del individuo”</i> (Cano García cita a el modelo de Lazarus y Folkman (1986: p164)	Resolución de problemas	Estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce.	Escala de Estrategias de Afrontamiento (CSI) de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989), adaptada por Cano, Rodríguez y García (2006)
	Reestructuración cognitiva	Estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante.	Escala de 4 puntos: Nunca (1) Pocas veces (2) A veces (3) Frecuentemente (4)
	Apoyo social	Estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional.	Resolución de problemas (REP) 01+09+17+25+33
	Expresión emocional	Estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés.	Reestructuración cognitiva (REC) 06+14+22+30+38 Apoyo social (APS) 05+13+21+29+37
	Evitación de problemas	Estrategias que incluyen la negación, evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante.	Expresión emocional (EEM) 03+11+19+27+35 Evitación de problemas (EVP) 07+15+23+31+39 Pensamiento desiderativo (PSD) 04+12+20+28+36

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
	Pensamiento desiderativo	Estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante.	Retirada social (RES) 08+16+24+32+40
	Retirada social	Estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante.	Autocrítica (AUC) 02+10+18+26+34
	Autocrítica	Estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.	

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

El presente capítulo sustenta esta investigación sobre los principales factores psicológicos relacionados con el índice de masa corporal en personas de 14 a 18 años en la ciudad de Tarija.

Se aborda una conceptualización general de la adolescencia y del índice de masa corporal, seguida de una revisión detallada de los factores psicológicos relevantes para el estudio, tales como la ansiedad, la regulación emocional, las estrategias de afrontamiento y el estrés percibido.

A lo largo del capítulo, se expondrán los conceptos clave y teorías fundamentales que explican la relación entre estos factores y la presencia de sobrepeso u obesidad, en correspondencia con los objetivos específicos de la investigación.

3.1.- ÍNDICE DE MASA CORPORAL

3.1.1 Definición de índice de masa corporal

El Índice de Masa Corporal (IMC) es una herramienta ampliamente reconocida a nivel internacional para la evaluación del estado nutricional, relacionando el peso de una persona con su estatura según los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Desarrollado por Lambert Adolphe Jacques Quételet a finales del siglo XIX (Arce, 2024), el IMC permite estimar la proporción de masa corporal mediante la fórmula: peso en kilogramos dividido entre la talla en metros al cuadrado (kg/m^2).

De acuerdo con la OMS, el IMC facilita la identificación de condiciones como sobrepeso y obesidad, siendo este último uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de diversas enfermedades crónicas. Se considera que una persona presenta sobrepeso cuando su IMC se encuentra entre 25 kg/m^2 y $29,9 \text{ kg/m}^2$. Es importante señalar que un valor elevado de IMC incrementa significativamente el riesgo de padecer patologías asociadas al exceso de grasa corporal (Organización Mundial de la Salud, 2018)

3.1.2 Clasificación de la OMS

El Índice de Masa Corporal (IMC), también conocido como índice de Quetelet, es una medida ampliamente utilizada para evaluar la relación entre el peso y la altura de una persona. Este cálculo matemático ayuda a determinar si un individuo tiene un peso bajo, normal, sobrepeso u obesidad. Es una herramienta de detección inicial para identificar posibles problemas de salud relacionados con el peso.

A partir de un valor de 25.0, el incremento en el IMC está correlacionado con un mayor riesgo de padecer problemas de salud relacionados con el exceso de adiposidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido el IMC como el principal indicador para evaluar el estado nutricional. Sin embargo, es fundamental destacar que la clasificación utilizada para la población adulta no es aplicable a los adolescentes. Mientras que para los adultos se emplean rangos fijos de IMC (por ejemplo, sobrepeso a partir de 25 kg/m²), la evaluación en adolescentes debe considerar los cambios continuos y rápidos de su crecimiento y desarrollo fisiológico, que varían significativamente con la edad y el sexo. Por esta razón, la OMS recomienda el uso de tablas de crecimiento y percentiles de IMC ajustados por edad y sexo.

Para el presente estudio, se utilizó una clasificación basada en la tabla de referencia del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de 2019, la cual adapta los valores de la OMS para la población de 14 a 18 años. Esta clasificación categoriza a los individuos en cuatro estados nutricionales, los cuales se describen a continuación de manera detallada:

IMC: Rangos por sexo y estado para personas de 14 a 18 años.		
ESTADO	FEMENINO	MASCULINO
BAJO	15.8 – 19.5	16.0 – 18.9
SALUDABLE	19.6 – 23.2	19.0 – 22.6
SOBREPESO	23.3 – 27.2	22.7 – 26.0
OBESIDAD	27.3 – 31.8	26.1 – 30.6

3.1.3. Definición de IMC bajo

El IMC bajo se define como una condición nutricional en la que la relación entre el peso corporal y la talla se encuentran por debajo del rango saludable establecido para la edad y el sexo del adolescente. Según la OMS (2019), este estado puede deberse a una ingesta calórica insuficiente, desnutrición o la presencia de enfermedades subyacentes. Durante la adolescencia, el estado de IMC bajo no solo afecta el crecimiento y el desarrollo físico, sino que también incrementa el riesgo de problemas de salud, como deficiencias de micronutrientes, debilitamiento del sistema inmunológico y, en el caso de las mujeres, alteraciones menstruales. Desde el ámbito psicológico, diversas investigaciones evidenciaron la relación entre IMC bajo, insatisfacción corporal y la aparición de trastornos de la conducta alimentaria (Smolak, 2004)

3.1.4. Definición de IMC saludable

El IMC saludable se define como el que la relación peso/talla es adecuada para la edad y género del adolescente, manteniendo el riesgo de morbilidad y mortalidad en niveles bajos. Esta condición refleja un equilibrio adecuado entre el consumo y el gasto energético, siendo esencial para el crecimiento y desarrollo físico y cognitivo durante la adolescencia. Mantener un IMC saludable en esta etapa resulta fundamental tanto para prevenir enfermedades crónicas en la vida adulta como para promover una imagen corporal positiva y fortalecer la salud mental (CDC, 2020) Así mismo, este estado nutricional se asocia con una mayor autoestima y una menor probabilidad de experimentar presiones sociales y psicológicas vinculadas al sobrepeso y la obesidad.

3.1.5. Definición de sobrepeso y obesidad

El **sobrepeso** se define como la acumulación excesiva de grasa corporal que excede el umbral considerado saludable para la edad y el sexo. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) lo señala como un factor de riesgo relevante para el desarrollo de enfermedades crónicas, incluso en la adolescencia, tales como la diabetes tipo 2, hipertensión arterial y trastornos ortopédicos. Es importante destacar que el sobrepeso en adolescentes trasciende el plano físico, pues su impacto psicológico está ampliamente documentado. Diversos estudios han encontrado una relación significativa entre el sobrepeso, la disminución de la autoestima, la aparición de síntomas depresivos y una percepción negativa de la imagen corporal (Puhl & Latner, 2007) Las consecuencias

psicosociales pueden afectar negativamente las relaciones interpersonales y el desempeño académico de los adolescentes.

El sobrepeso implica un exceso de peso corporal con respecto a la talla, mientras que la obesidad consiste en un exceso de grasa corporal (Sánchez, 2004: p6)

De acuerdo con la OMS, *el sobrepeso es una enfermedad crónica caracterizada por el aumento de la grasa corporal, asociada a un mayor riesgo para la salud.*

Por su parte, la obesidad se reconoce como una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, manifestada por una acumulación anormal o excesiva de grasa corporal que representa un grave riesgo para la salud (OMS, 2019) Considerada una epidemia global, la obesidad adolescente se ha vinculado con un aumento significativo en el riesgo de complicaciones médicas graves, tales como dislipidemias, apnea del sueño y alteraciones hepáticas. A nivel psicológico, la obesidad constituye un factor predisponente para el desarrollo de trastornos del estado de ánimo, mayores niveles de estrés y una notable disminución en la calidad de vida relacionada con la salud (Fulton, Puhl, & Luedicke, 2012) Además, el estigma social y la discriminación asociados al exceso de peso pueden agravar los problemas emocionales y fomentar estrategias de afrontamiento poco adaptativas.

Pocas enfermedades crónicas han mostrado un incremento tan alarmante en la mayoría de los países como el sobrepeso y la obesidad, situación que preocupa a las autoridades sanitarias por sus graves repercusiones físicas, psicológicas y sociales (Moreno, 2012: p124)

Desde una perspectiva de salud pública, el sobrepeso constituye un problema prioritario debido a su alta prevalencia, particularmente entre jóvenes de 15 a 29 años, y su relación con el aumento de la mortalidad por enfermedades no transmisibles.

Tanto el sobrepeso como la obesidad elevan el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles como enfermedades cardiovasculares, ciertos tipos de cáncer y diabetes, consideradas por la OMS como patologías relacionadas con la alimentación. La inadecuada alimentación y el desequilibrio nutricional figuran entre los principales factores de riesgo de estas enfermedades a nivel global. (OMS, 2019)

Finalmente, la OMS establece definiciones estandarizadas para el sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes de 5 a 19 años, basadas en las desviaciones estándar respecto a la mediana de las referencias de crecimiento para edad y sexo.

- **Sobrepeso:** Se define como un índice de masa corporal (IMC) para la edad que supera una desviación estándar ($>+1$ DE) respecto a la mediana de las referencias de crecimiento establecidas por la OMS.
- **Obesidad:** Se considera obesidad cuando el IMC para la edad se sitúa por encima de dos desviaciones estándar ($>+2$ DE) sobre la mediana de referencia de crecimiento. (OMS, 2025)

Resulta fundamental señalar que la obesidad no se limita a un exceso de peso, sino que constituye una enfermedad crónica y multifactorial caracterizada por la acumulación patológica de grasa corporal, la cual afecta de manera significativa la salud de quienes la padecen (OMS, 2025). La adolescencia, y en particular el periodo comprendido entre los 14 y 19 años representa una etapa clave en el desarrollo físico y psicológico, ya que los hábitos adquiridos durante estos años suelen consolidarse y persistir en la vida adulta. Por ello, la obesidad en adolescentes constituye un factor predictivo importante de obesidad y comorbilidades en etapas posteriores de la vida.

La presencia de obesidad en la adolescencia está asociada con un incremento en el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), que son responsables de la mayor carga de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Entre estas enfermedades destacan las cardiovasculares, como las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares, la diabetes mellitus tipo 2, los trastornos musculoesqueléticos (por ejemplo, la osteoartritis), así como diversos tipos de cáncer, incluyendo aquellos de endometrio, mama, ovario, próstata, hígado, vesícula biliar, riñón y colon. Cabe señalar que el riesgo de padecer ECNT aumenta aún con incrementos leves en el índice de masa corporal (IMC) y se incrementa progresivamente conforme este aumenta (OMS, 2025).

Más allá de las repercusiones físicas, la obesidad adolescente implica una carga psicosocial considerable. Las personas adolescentes con sobrepeso y obesidad suelen experimentar estigmatización, discriminación y acoso, factores que contribuyen a la disminución de la autoestima, el surgimiento de ansiedad, depresión, trastornos de la conducta alimentaria y un bajo rendimiento

escolar. Además, la obesidad en la infancia y adolescencia se relaciona con una mayor probabilidad de persistencia en la adultez, así como un incremento en la mortalidad prematura y la discapacidad. La dimensión económica tampoco es menor; los costos asociados al tratamiento de la obesidad y sus complicaciones representan una carga importante tanto para los sistemas de salud como para la productividad social (OMS, 2025)

El análisis de los factores psicológicos vinculados al sobrepeso y la obesidad resulta esencial, ya que influyen en la aparición, mantenimiento y abordaje de estas condiciones. Variables como la ansiedad, el estrés percibido y los estilos de afrontamiento inciden de manera relevante en los hábitos alimenticios y el nivel de actividad física. Comprender estos aspectos permite el diseño de intervenciones integrales y efectivas, orientadas no solo a la prevención y el tratamiento, sino también a la disminución del riesgo de recaídas, atendiendo tanto el bienestar físico como mental.

3.2.- ANSIEDAD

3.2.1. Definición de ansiedad

La ansiedad ha sido definida de diversas maneras. En esta investigación se enfatizan las definiciones propuestas por Beck. Según este autor, la ansiedad puede entenderse como una respuesta emocional desencadenada por el miedo, donde el miedo representa la valoración de un peligro y la ansiedad constituye el estado afectivo negativo que surge ante la percepción de una amenaza (Beck, 2010: p. 22). Este fenómeno se caracteriza por su persistencia y se manifiesta como una sensación duradera de aprensión, que además del miedo incluye percepciones de aversibilidad, falta de control, incertidumbre, vulnerabilidad e incapacidad para alcanzar resultados esperados.

La ansiedad suele presentarse de forma espontánea, inesperada y recurrente, incluso en ausencia de un estímulo amenazante, siendo provocada por una amplia gama de situaciones o señales externas e internas que, aunque inocuas, generan una sensación de amenaza de baja intensidad (Díaz Kuaik & de la Iglesia, 2019; citando a Barlow, Clark & Beck, 2012)

Por otra parte, Beck y Clark describen la ansiedad como un sistema complejo de respuestas conductuales, fisiológicas, afectivas y cognitivas que se activa ante la anticipación de eventos o circunstancias percibidas como peligrosas o potencialmente amenazantes, caracterizadas por su imprevisibilidad e incontrolabilidad, y que podrían afectar intereses vitales del individuo. Esta

definición subraya el carácter duradero de la ansiedad y contempla factores cognitivos adicionales al miedo, tales como la percepción de adversidad, la sensación de indefensión y la incapacidad para obtener resultados deseados. En este enfoque, se resalta la premisa de la teoría cognitiva: “El modo en que pienso afecta el modo en que siento” (Beck & Clark, 2012: p. 67)

3.2.2. Ansiedad y sobrepeso

La ansiedad constituye una respuesta natural del organismo frente a situaciones percibidas como amenazantes, manifestándose mediante reacciones tanto físicas como psicológicas. Este mecanismo, presente desde el nacimiento y fundamental para la supervivencia, puede activarse ante peligros externos y también frente a amenazas internas, subjetivas o incluso inconscientes.

En personas con sobrepeso, la ansiedad tiende a intensificarse, especialmente cuando la causa subyacente resulta desconocida para quien la experimenta. En estos casos, el acto de comer puede convertirse en una estrategia para mitigar temporalmente la ansiedad; sin embargo, cuando este patrón se repite, se genera un círculo vicioso: la ansiedad conduce a la ingesta de alimentos, que provoca un aumento de peso, incrementando así nuevamente la ansiedad. Este ciclo perpetúa la problemática del sobrepeso, siendo la ansiedad generalizada de carácter persistente y moderada intensidad la que muestra una mayor asociación con la obesidad (Saldaña, Del Castillo, & García, 2010)

La ansiedad surge cuando la persona se percibe en peligro; en quienes presentan sobrepeso u obesidad, esto puede involucrar temores como miedo al abandono, a los propios impulsos, a la inestabilidad, al fracaso en el logro de metas o a experiencias traumáticas previas. Para aliviar dicha ansiedad, recurren a la comida, porque el acto de masticar produce una relajación momentánea (Tarrillo, 2018)

3.2.3. Modelo cognitivo

El modelo cognitivo de la ansiedad desarrollado por Beck constituye la base del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), instrumento que permite evaluar la intensidad de los síntomas ansiosos en las personas. Beck, pionero en la terapia cognitiva, propuso este enfoque para explicar cómo los pensamientos y creencias distorsionadas influyen en las emociones y conductas relacionadas con la ansiedad. A través de este modelo, se identifican cinco factores causales que predisponen al individuo

a experimentar ansiedad, los cuales pueden manifestarse de manera combinada o individual según cada persona (Quispe, 2021):

- El primer factor es la genética, cuya influencia hereditaria ha sido demostrada especialmente en el sistema nervioso vegetativo, el cual resulta lábil y susceptible a las sugerencias. No obstante, la activación de esta predisposición genética depende también del entorno, las experiencias vividas y el contexto social, así como de antecedentes familiares.
- El segundo factor corresponde a las enfermedades somáticas, que cumplen dos funciones en relación con la ansiedad: por un lado, generan malestar y molestias físicas; por otro, la presencia de síntomas somáticos no excluye la coexistencia de ansiedad, por lo que es importante considerar este diagnóstico en la valoración médica.
- El tercer factor son los traumas psicológicos, relevantes tanto en la infancia como en la adultez, ya que eventos traumáticos durante el desarrollo aumentan la vulnerabilidad ante situaciones similares, mientras que traumas en la etapa adulta pueden desencadenar respuestas ansiosas frente a amenazas percibidas, aunque estas carezcan de objetividad.
- El cuarto factor es la ausencia de mecanismos de afrontamiento, que facilita el rápido desarrollo de la ansiedad al impedir que la persona gestione eficazmente las amenazas, incluso cuando estas son inexistentes. La percepción de falta de recursos para enfrentar una situación genera mayor ansiedad que la amenaza en sí, y la evaluación constante del riesgo frente a los recursos disponibles frecuentemente lleva a una sobreestimación de los riesgos.
- El quinto factor son los pensamientos, ideas, creencias y procesamiento cognitivos distorsionados, principales fuentes de predisposición ansiosa. Estas cogniciones poco realistas y amenazantes se activan ante eventos que el individuo asocia con sus esquemas previos, impulsando emociones y conductas ansiosas, incluso en ausencia de peligros reales, como parte de una respuesta involuntaria cuyo fin principal es la supervivencia.

Cabe señalar que, en ciertos casos, la aparición de problemas importantes o la acumulación de dificultades menores pueden desencadenar la ansiedad.

3.2.4. Dimensiones de ansiedad

De acuerdo con Aaron T. Beck y sus colaboradores, el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) evalúa principalmente dos dimensiones interrelacionadas de la ansiedad: la dimensión somática y la dimensión afectiva-cognitiva.

- a) **Dimensión somática:** Abarca los síntomas físicos asociados a la ansiedad, tales como palpitaciones, sudoración, temblores, mareos y dificultad para respirar. Dichas manifestaciones reflejan la activación fisiológica del sistema nervioso simpático ante situaciones percibidas como amenazantes (Beck, 1988)
- b) **Dimensión afectiva-cognitiva:** Comprende síntomas mentales y emocionales, incluyendo miedo, preocupaciones excesivas, dificultades de concentración y una persistente sensación de nerviosismo. Estos síntomas evidencian el impacto de la ansiedad sobre los procesos de pensamiento y las emociones, generando una percepción continua de peligro y preocupación (Beck, 1988)

3.3.- ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

3.3.1. Definición de estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento se definen como *“Un esfuerzo cognitivo y conductual en constante cambio para manejar situaciones externas y/o internas específicas que se considera que exceden o abruman los recursos del individuo”* (Lazarus, & Folkman, 1986: p164)

3.3.2. Estrategias de afrontamiento en relación con el sobrepeso

Las estrategias de afrontamiento vinculadas al sobrepeso se refieren a los mecanismos que emplean las personas para gestionar el estrés y las emociones que pueden incidir en el desarrollo y mantenimiento de problemas relacionados con el peso corporal. Quienes presentan sobrepeso suelen enfrentar desafíos emocionales y psicológicos como ansiedad, depresión y baja autoestima, los cuales pueden influir en los patrones alimentarios y en la motivación para realizar actividad física. Una gestión adecuada de estas emociones contribuye a disminuir la tendencia a recurrir a la comida como vía de alivio emocional (Guillén, 2020)

Disponer de una red de apoyo efectiva y poner en práctica técnicas de relajación son estrategias que favorecen la capacidad de mantener hábitos saludables y afrontar las dificultades vinculadas al sobrepeso. La habilidad para regular las emociones se reconoce como un factor relevante en la percepción de los estresores, facilitando que las personas se sientan menos amenazadas y más capacitadas para manejar situaciones complejas (Ramírez, 2021)

El desarrollo de habilidades de afrontamiento emocional efectivas se asocia con mejores resultados en el tratamiento del sobrepeso y una mayor calidad de vida. Dichas competencias fortalecen la seguridad personal y la capacidad para enfrentar los retos que implica el manejo del peso, promoviendo un abordaje integral y saludable hacia el bienestar (González, 2021)

3.3.3. Modelo Transaccional del Estrés

El Modelo Transaccional de Estrés y Afrontamiento, desarrollado por Lazarus y Folkman (1984), propone que el afrontamiento es un proceso dinámico de evaluación y reevaluación de las estrategias disponibles para enfrentar situaciones percibidas como amenazantes o que exceden los recursos individuales. Su principal función es reducir o mitigar los efectos negativos del estrés psicológico (Lazarus, 1984)

Ante la presencia de eventos estresores, las personas realizan dos tipos de evaluación: la primaria, en la que valoran si el evento es dañino, desafiante o irrelevante; y la secundaria, donde consideran si poseen los recursos y capacidades necesarios para afrontar dicha situación, concepto clave vinculado a la autoeficacia percibida. Esta evaluación secundaria determina en gran medida las estrategias de afrontamiento elegidas, ya que las personas tienden a recurrir a mecanismos cognitivos y conductuales que median entre la percepción del estrés y la correspondiente adaptación somática y psicológica (Rodríguez et al., 2016)

La teoría de los estilos de afrontamiento, previa al modelo transaccional, destaca la clasificación realizada por Carver, quien identifica 14 estilos agrupados en dos grandes categorías: afrontamiento orientado a la resolución del problema y afrontamiento orientado a la emoción (Gómez et al., 2024)

Las estrategias delineadas por Lazarus y Folkman se dividen en afrontamiento dirigido a la acción acciones enfocadas en modificar o alterar la situación problemática y afrontamiento dirigido a la emoción acciones encaminadas a regular las respuestas emocionales generadas por el problema. Las estrategias orientadas a la emoción predominan cuando la evaluación determina que no es posible modificar las condiciones amenazantes del entorno, mientras que las orientadas al problema se emplean cuando tales condiciones se consideran susceptibles de cambio (Lazarus y Folkman, 1984)

3.3.4. Dimensiones de las estrategias de afrontamiento

La Escala de Estrategias de Afrontamiento (CSI) contempla diversas dimensiones que representan las formas en que las personas enfrentan situaciones estresantes:

- 1) Resolución de problemas:** Comprende estrategias cognitivas y conductuales dirigidas a modificar o eliminar la fuente de estrés. Se caracterizan por un enfoque proactivo y orientado a la acción, permitiendo afrontar directamente los factores estresantes.
- 2) Reestructuración cognitiva:** Consiste en modificar la percepción o interpretación de la situación estresante, promoviendo una visión más positiva o menos amenazante y reduciendo así el impacto emocional del evento.
- 3) Apoyo social:** Hace referencia a la búsqueda de apoyo emocional en el entorno cercano, ya sea con amistades, familiares o profesionales. Esta estrategia resulta fundamental ya que el acompañamiento y consejo de otras personas pueden facilitar la gestión saludable del estrés.
- 4) Expresión emocional:** Incluye mecanismos para la liberación saludable de emociones asociadas al estrés, como la comunicación verbal, escritura o manifestaciones artísticas, lo cual contribuye a evitar la acumulación de afectos negativos.
- 5) Autocrítica:** Se refiere a la tendencia a culparse o criticarse a sí misma por la aparición del evento estresante o por la forma de manejarlo. Aunque frecuente, esta estrategia puede resultar perjudicial y perpetuar el ciclo de estrés.

- 6) **Evitación de problemas:** Implica la negación o eludir pensamientos y conductas relacionados con la situación estresante. Si bien puede proporcionar alivio momentáneo, suele incrementar el estrés a largo plazo.
- 7) **Retirada social:** Consiste en aislarse del círculo y agravar el malestar emocional (Lazarus, 1984, citado por Cano, 2007)

3.4.- REGULACIÓN EMOCIONAL

3.4.1. Definición de regulación emocional

La regulación emocional se define como el proceso mediante el cual las personas inician, mantienen, modulan o modifican la ocurrencia, intensidad o duración de sus estados afectivos internos y respuestas fisiológicas, generalmente con el objetivo de alcanzar una meta específica (Grazt, citado en Thompson, 1994, p. 106). Este proceso implica la utilización de diversas estrategias para monitorear, evaluar y ajustar tanto emociones positivas como negativas, orientando su gestión hacia fines concretos (Thompson, 1994)

Las emociones ejercen una influencia significativa sobre la elección de alimentos y los hábitos alimenticios. La evidencia empírica indica que este impacto es especialmente notorio en personas con sobrepeso. Sin embargo, no es la emoción en sí la responsable de una ingesta excesiva, sino más bien la manera en que la persona afronta y regula dicha emoción (Sánchez, 2012)

De acuerdo con Koole (2009), las personas tienen la capacidad de modificar su conducta y respuestas emocionales en función de las situaciones, intereses o motivos que experimentan. Esto implica la posibilidad de incrementar, mantener o disminuir emociones positivas como negativas, demostrando una flexibilidad adaptativa en la gestión emocional.

3.4.2. Relación de la regulación emocional y el sobrepeso

La regulación emocional desempeña un papel fundamental en el desarrollo y el mantenimiento del sobrepeso, ya que las dificultades para gestionar las emociones suelen llevar a recurrir a la alimentación como estrategia de afrontamiento. En personas que presentan problemas para manejar el estrés, la ansiedad o la tristeza, es común que utilicen la comida para obtener alivio emocional, lo

que frecuentemente se traduce en una ingesta excesiva de alimentos poco saludables (Martínez & Sánchez, 2021) Esta incapacidad para regular las emociones se manifiesta a través de una mayor impulsividad y una baja capacidad de autocontrol, factores que dificultan la planificación y favorecen la búsqueda de gratificación inmediata mediante el consumo de productos altos en calorías y grasas.

Este fenómeno está estrechamente vinculado con las funciones ejecutivas, es decir, los procesos cognitivos que intervienen en la toma de decisiones y el control de impulsos. Cuando la regulación emocional es deficiente, la persona tiende a emplear estas funciones de manera menos eficaz, lo que dificulta la adopción de comportamientos saludables y promueve decisiones orientadas al placer inmediato, como el consumo de alimentos poco nutritivos. Además, el estrés percibido y la ansiedad incrementan la tensión emocional, lo que puede reducir aún más la capacidad de autocontrol y potenciar hábitos alimenticios que favorecen el sobrepeso.

En jóvenes menores de 19 años, la deficiente regulación emocional no solo afecta el manejo de la alimentación, sino que también puede agravar otros factores psicológicos, como el aumento de la ansiedad y el estrés. Esto genera un ciclo negativo: las emociones no reguladas conducen a conductas alimentarias poco adecuadas, las cuales empeoran el estado emocional e incrementan el estrés y la ansiedad. Si este ciclo no se interrumpe, puede consolidar patrones de conducta poco saludables, dificultando el mantenimiento de un peso adecuado a largo plazo. Por tanto, abordar la regulación emocional resulta esencial para mejorar la relación de las personas jóvenes con la comida y promover un estilo de vida más saludable (Martínez & Sánchez, 2021)

3.4.3. Modelo de Regulación Emocional de Thompson

El modelo de regulación emocional de Thompson, desarrollado en 1994, constituye una referencia fundamental para comprender cómo las personas gestionan sus emociones de manera adaptativa ante las demandas del entorno. Desde una perspectiva neurobiológica, Thompson plantea que las diferencias individuales en la regulación emocional deben ser evaluadas considerando tanto los objetivos personales como las circunstancias inmediatas en las que se experimentan las emociones; el logro de metas es un elemento central, ya que orienta el proceso de regulación emocional y proporciona sentido a las acciones individuales (Thompson, 1994)

Thompson distingue entre procesos intrínsecos y extrínsecos encargados de supervisar, evaluar y modificar las reacciones emocionales, subrayando la importancia de la adaptación al contexto desde etapas tempranas del desarrollo, cuando las personas comienzan a expresar sus emociones. Además, resalta la influencia del lenguaje y la cultura en la regulación emocional. La interacción entre emoción y cognición cobra especial relevancia, pues permite dar significado a las experiencias emocionales y facilita una integración flexible y adaptativa de ambos componentes. Por ello, este modelo enfatiza la capacidad de las personas para ajustar sus respuestas emocionales en función de sus objetivos y del contexto (Moreno, Luz, & Moreno J, 2023)

3.4.4. Dimensiones de la regulación emocional

La Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS), desarrollada por Gratz y Roemer (2004) a partir de la teoría de Thompson, evalúa seis dimensiones fundamentales de la regulación emocional:

- a) **Conciencia:** Evalúa el nivel de atención y reconocimiento que una persona tiene sobre sus propias respuestas emocionales. La conciencia constituye el primer paso para una regulación emocional efectiva.
- b) **Claridad:** Mide la capacidad para identificar y diferenciar con precisión las emociones experimentadas, lo cual facilita la comprensión de los estados emocionales y la selección de estrategias de afrontamiento adecuadas.
- c) **No aceptación:** Se refiere a la presencia de actitudes negativas hacia la vivencia de emociones negativas, lo que puede intensificar el malestar y dificultar la regulación efectiva.
- d) **Estrategias:** Valora la percepción de falta de recursos para regular las emociones en momentos de malestar, reflejando la creencia de impotencia ante emociones intensas.
- e) **Metas:** Examina la dificultad para mantener la concentración y continuar con las actividades cuando se experimentan emociones negativas, lo que puede afectar el rendimiento ante situaciones estresantes.

- f) Impulsos:** Evalúa las dificultades para controlar el comportamiento bajo la influencia de estados emocionales negativos, lo que puede conducir a respuestas impulsivas o desadaptativas.

Gratz y Roemer (2004) destacan que estas dimensiones permiten identificar áreas específicas de dificultad en la regulación emocional, facilitando el diseño de intervenciones más personalizadas y eficaces.

3.5. ESTRÉS PERCIBIDO

3.5.1. Definición del estrés percibido

En el presente trabajo, el abordaje del estrés percibido se fundamenta en la conceptualización propuesta por Lazarus y Folkman (1986, p. 43), quienes lo definen como “*una relación particular entre el individuo y el ambiente, evaluada por la persona como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar*”. Esta definición es la base sobre la cual Levenstein desarrolló el Cuestionario de Estrés Percibido (*Perceived Stress Questionnaire* o PSQ)

3.5.2 La relación del estrés percibido y el sobrepeso/obesidad

Diversos estudios han evidenciado una relación entre elevados niveles de estrés ya sea de tipo académico, psicosocial general o crónico y una mayor prevalencia de sobrepeso u obesidad, así como un índice de masa corporal (IMC) superior en adolescentes. Personas jóvenes con obesidad suelen reportar o percibir niveles de estrés superiores en comparación con sus pares sin obesidad. El estrés puede influir de manera directa en los comportamientos relacionados con el peso, favoreciendo la ingesta emocional (consumo incrementado de alimentos, especialmente aquellos ricos en grasas y azúcares, como respuesta a emociones negativas) y, al mismo tiempo, disminuir la actividad física. Asimismo, el estigma asociado a la obesidad representa una fuente crónica de estrés psicosocial (Quintero et al., 2016)

El estrés se manifiesta como una reacción ante situaciones de tensión o preocupación que afectan el funcionamiento integral del organismo y pueden generar diversos problemas de salud. Esta condición puede presentarse en el transcurso de las actividades cotidianas, como resultado de demandas personales, familiares, académicas o profesionales que superan los recursos o capacidades

individuales. Sus manifestaciones, tanto agudas como crónicas, provocan desequilibrios fisiológicos; los factores estresantes pueden desencadenar trastornos mentales y metabólicos, incidiendo en los procesos cognitivos y conductuales debido a la activación del eje hipotálamo-pituitario-adrenal. Dicho eje estimula la secreción de cortisol por parte de las glándulas suprarrenales, lo que repercute en alteraciones del sueño y modificaciones en los hábitos alimenticios, favoreciendo cambios en el peso corporal, acumulación de grasa abdominal y el incremento en el consumo de alcohol y tabaco.

Por lo tanto, el estrés se ha vinculado con el desarrollo de sobrepeso y obesidad debido a su capacidad para modificar la conducta alimentaria favoreciendo la ingesta de alimentos hipercalóricos y reducir la actividad física. El aumento de peso constituye un factor de riesgo para numerosas enfermedades, como diabetes mellitus tipo 2, ciertos tipos de cáncer, hipertensión arterial y trastornos gastrointestinales. El sobrepeso y la obesidad resultan de una acumulación anormal y excesiva de grasa que afecta la salud, siendo reconocidos como problemas de salud pública por su alta prevalencia (Carpio, Carvajal & Betancourt, 2023)

3.5.3 Modelo transaccional formulado por Lazarus y Folkman

De acuerdo con el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1984), el estrés se concibe como una interacción dinámica entre la persona y su entorno, donde el contexto es evaluado como amenazante y desbordante respecto a los recursos disponibles, lo que pone en riesgo el bienestar del individuo. Bajo esta perspectiva, el estrés no se origina únicamente a partir de eventos externos, sino que la evaluación cognitiva realizada por la persona desempeña un papel central. Así, la teoría transaccional del estrés plantea que la evaluación cognitiva consiste en atribuir significados a los acontecimientos en función del bienestar percibido (Moretti & Medrano, 2014, p. 69)

Este modelo distingue tres modalidades de evaluación: primaria, secundaria y reevaluación. La evaluación primaria se refiere al proceso mediante el cual la persona valora cognitivamente cada interacción o demanda, sea interna o externa, identificando si representa una amenaza, daño o pérdida, desafío o beneficio. La naturaleza de esta valoración tiene un impacto diferencial sobre el individuo. Posteriormente, la evaluación secundaria corresponde a la valoración de los recursos personales disponibles, si son suficientes o deficitarios, para afrontar la situación identificada en la evaluación primaria (Moretti, 2014)

3.5.4. Dimensiones del estrés percibido

En el Cuestionario de Estrés Percibido de Levenstein se identifican seis dimensiones principales:

- a) **Tensión, irritabilidad y fatiga:** Por tensión se entiende la sensación de rigidez muscular, presión corporal y dificultades para relajarse, así como manifestaciones físicas como dolores de cabeza. La irritabilidad se refleja en respuestas emocionales intensas o desproporcionadas ante situaciones cotidianas, junto con malhumor, impaciencia y dificultad para mantener la calma. La fatiga implica un cansancio persistente y falta de energía, incluso después del descanso, lo cual puede afectar la concentración y el desempeño diario.
- b) **Aceptación social de conflictos:** Incluye el aislamiento, entendido como la percepción de soledad o desconexión social, y la conflictividad, que se manifiesta en dificultades para gestionar relaciones interpersonales o en una frecuente sensación de confrontación con otras personas. Esta dimensión también considera la inseguridad o el desánimo en el contexto social, lo que puede afectar la autoestima y la motivación.
- c) **Energía y disfrute:** Hace referencia a la capacidad de sentirse renovado tras el descanso, así como a experimentar vitalidad y motivación para afrontar las tareas diarias. La alegría y el disfrute de las actividades cotidianas reflejan una actitud positiva y una adecuada gestión del estrés.
- d) **Sobrecarga:** Se relaciona con la percepción de recibir demandas constantes y excesivas, tanto en el ámbito personal como profesional. Incluye la sensación de tener demasiadas responsabilidades, lo que puede generar sentimientos de estar abrumado y dificultades para cumplir con las obligaciones.
- e) **Satisfacción por la autorrealización:** Implica el disfrute y la satisfacción personal al realizar actividades significativas y alineadas con los propios intereses y valores. Considera la capacidad de encontrar propósito y sentido en la vida diaria, así como el equilibrio entre deseos personales y obligaciones.

- f) Miedo y ansiedad:** Esta dimensión contempla la preocupación por el futuro y la incertidumbre, anticipando posibles dificultades o situaciones desconocidas. La ansiedad se manifiesta como inquietud o nerviosismo ante el estrés, pudiendo presentar síntomas físicos como sudoración, palpitaciones o dificultades respiratorias (Carrillo, 2002)

3.6. INVESTIGACIONES SOBRE LOS PRINCIPALES FACTORES PSICOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL SOBREPESO

A **nivel internacional** se han desarrollado múltiples investigaciones relevantes sobre los factores psicológicos asociados al sobrepeso y la obesidad. Entre ellas, destaca el estudio realizado en Argentina por González Di Mura, Casari, González y Vega (2017), el cual identificó cambios significativos en el bienestar psicológico de pacientes obesos tras un tratamiento integral. Este trabajo subraya la importancia de una intervención multidisciplinaria que incluya el abordaje psicológico para enfrentar la obesidad como un problema de salud global. Se analizaron variables como autoconcepto, síntomas ansiosos y depresivos, así como la predisposición al cambio, mediante instrumentos como la Escala Verbal de Autoconcepto, el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo y el Inventario de Depresión, evidenciando mejoras notables en todos los factores evaluados.

Por otro lado, Castro Jaramillo y Betancur Patiño (2016) en su investigación “Factores psicológicos asociados a la obesidad en niños, niñas y adolescentes”, señalan que la obesidad infantil y adolescente está estrechamente vinculada a trastornos como ansiedad, depresión, TDAH, TEPT y TEA, los cuales afectan la conducta alimentaria y emocional. La ingesta compulsiva se evidencia como un mecanismo de afrontamiento ante el malestar psicológico, especialmente en adolescentes con baja autoestima y dificultades para expresar emociones, exacerbadas por estándares culturales y situaciones de estigmatización social.

Asimismo, Tamayo y Restrepo (Universidad de Antioquia, 2014), concluyeron que factores de personalidad como el neuroticismo y la impulsividad dificultan el establecimiento de hábitos saludables, mientras que el estrés crónico favorece patrones de alimentación poco saludables mediante el aumento de cortisol. La depresión y la estigmatización social agravan el problema, destacando la necesidad de un enfoque multidimensional para el tratamiento y la comprensión de la obesidad.

En el **ámbito nacional**, Ballardes, Philco, Rivero y Cortez (2012) realizaron en Oruro un estudio sobre “Características familiares y depresión como factores de riesgo para obesidad en escolares”, evidenciando que los síntomas depresivos incrementan la predisposición a la obesidad infantil. Se resalta la influencia del entorno social y la percepción corporal en la autoestima y bienestar emocional de los y las escolares, observando que las niñas con síntomas depresivos presentan puntuaciones más elevadas en comparación con los niños.

Por su parte, Mérida y López (2013) en La Paz exploraron la “Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con la ansiedad y depresión en adolescentes de secundaria”, determinaron una correlación positiva entre la ansiedad y los TCA (0,48), con un 86% de los adolescentes en riesgo de trastornos alimentarios presentando ansiedad.

Finalmente, en Santa Cruz, De Blas (2015) analizó los aspectos cognitivos y los hábitos alimentarios en estudiantes universitarios con obesidad, encontrando que estos tienden a percibir su condición como normal, presentan baja conciencia de los factores asociados y suelen considerarse saludables y satisfechos. Sin embargo, el ideal cultural de una figura corporal esbelta genera insatisfacción y culpa, especialmente en mujeres, lo que deriva en estrategias ineficaces para la pérdida de peso. El estudio recomienda implementar programas de intervención multidisciplinarios que refuercen la imagen corporal, la autoestima y el bienestar general, integrando educación, nutrición, atención médica y apoyo psicológico para lograr cambios sostenidos en el estilo de vida.

3.7. ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA ADOLESCENCIA Y RESPUESTA AL ESTRÉS

La adolescencia constituye una etapa de transición compleja entre la niñez y la adultez, caracterizada por profundos cambios biológicos, psicológicos y sociales que moldean la identidad y la adaptación del individuo (UNICEF, 2024). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), abarca de los 10 a los 19 años, y el rango de 14 a 18 años corresponde a las fases media y tardía, donde se consolidan los procesos físicos, cognitivos y emocionales fundamentales para la vida adulta, durante esta etapa, el desarrollo somático incluye la culminación de la pubertad y el rápido crecimiento físico, con diferencias marcadas por género: las mujeres alcanzan antes la madurez corporal, mientras los varones prolongan su desarrollo hasta los 17 o 18 años (UNICEF, 2024)

Sin embargo, la adolescencia no puede comprenderse únicamente desde lo biológico, sino como un proceso dinámico atravesado por factores culturales, familiares y sociales. En el contexto actual incrementa los desafíos psicosociales como la sobreexposición tecnológica, las presiones de imagen, el consumo de sustancias y la falta de coordinación entre familia y escuela generan tensiones adicionales y elevan el riesgo de problemas emocionales (Hidalgo & Ceñal, 2014)

La adolescencia es también una etapa inherentemente estresante debido a las múltiples exigencias de adaptación personal, social y académica. Entre las principales fuentes de estrés se encuentran las presiones académicas relacionadas con el rendimiento y el futuro universitario; las dificultades sociales, como los conflictos entre pares, el rechazo, la presión de grupo y la exposición a redes sociales; los conflictos familiares derivados de la búsqueda de autonomía o de situaciones económicas complejas; las preocupaciones personales sobre la imagen corporal, la identidad y la sexualidad emergente; y los factores ambientales, como la inseguridad o los entornos familiares disfuncionales.

Aunque un cierto nivel de estrés puede ser adaptativo y motivador, su intensidad o cronicidad puede sobrepasar los recursos de afrontamiento del adolescente, afectando su salud física, emocional y conductual (Weiss & Molitor, 2008)

Las respuestas al estrés incluyen síntomas fisiológicos como dolores de cabeza, alteraciones del sueño o fatiga; síntomas emocionales como ansiedad, irritabilidad o tristeza; y síntomas conductuales como aislamiento, bajo rendimiento escolar, conductas agresivas o consumo de sustancias. Para hacer frente al estrés, los adolescentes emplean distintas estrategias de afrontamiento: centradas en el problema (buscar soluciones directas), centradas en la emoción (regular el malestar mediante distracción o relajación), basadas en el apoyo social (recurrir a familia o amigos), o basadas en el significado (reinterpretar positivamente la situación). Sin embargo, también pueden recurrir a estrategias evitativas o desadaptativas, como la negación, el aislamiento o las conductas de riesgo (Ochoa et al., 2022)

Existen diferencias de género en la elección de estrategias , las mujeres tienden a usar afrontamiento emocional y apoyo social, mientras que los varones optan por soluciones prácticas o distracción física (Weiss & Molitor, 2008) El estrés crónico o mal gestionado se asocia con un mayor riesgo de trastornos mentales como ansiedad, depresión o trastornos alimentarios (Ochoa et al., 2022), lo que subraya la importancia de fortalecer la resiliencia, la regulación emocional y las redes de apoyo en esta etapa vital.

CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. ÁREA A LA CUAL PERTENECE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio se centra en los factores psicológicos de relacionados con el sobrepeso y la obesidad en adolescentes de entre 14 y 18 años. Este trabajo pertenece al ámbito de la **psicología clínica** y busca analizar de manera integral al individuo, evaluando variables como la ansiedad, las estrategias de afrontamiento, la regulación emocional y el estrés percibido. El objetivo principal es identificar la relación entre estos factores psicológicos y el estado nutricional de los adolescentes, con el propósito de comprender de forma más precisa las influencias psicológicas en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad.

“La psicología clínica se caracteriza por abordar de manera metódica y científica los factores que influyen en la salud mental y en la conducta adaptativa de las personas. A través de la investigación, evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención, se busca aliviar el malestar subjetivo y el sufrimiento que afectan al individuo humano” (Wikipedia, 2018: SP)

4.2. TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo **descriptivo**, ya que se seleccionaron un conjunto de variables relacionadas con el fin de realizar una descripción detallada de las mismas, sin abordar explicaciones causales ni emplear diseños experimentales. De acuerdo con Sampieri, el propósito teórico de los estudios descriptivos radica en profundizar la comprensión de los fenómenos o conceptos, así como en ampliar las bases teóricas que orientan el análisis de un problema (Hernández & Lucio, 2014)

Así mismo, el estudio se clasifica como **correlacional**, pues permitió examinar las variables de la muestra seleccionada y determinar el grado de relación entre ellas. De manera específica, se analizaron factores psicológicos como la ansiedad, las estrategias de afrontamiento, la regulación emocional y el estrés percibido en adolescentes con sobrepeso y obesidad, cuyas edades oscilaban entre los 14 y 18 años en la ciudad de Tarija. Estas variables se midieron en los mismos sujetos para identificar patrones de asociación y explorar sus interacciones en el contexto particular del sobrepeso

y la obesidad en esta población. Tal como señalan Hernández y Lucio (2014), los estudios correlacionales se orientan a observar el grado de asociación entre dos o más variables sin manipularlas directamente.

El enfoque metodológico adoptado fue **cuantitativo**, orientado a generar conocimiento científico y dar respuesta a la pregunta de investigación mediante el análisis numérico de los datos obtenidos. Las variables se evaluaron a través de instrumentos estandarizados de respuesta cerrada, y la información recolectada fue analizada mediante técnicas de estadística inferencial. Los baremos se construyeron tomando como base las medias poblacionales, y los resultados se reportaron utilizando estadística descriptiva, lo que permitió aceptar o rechazar las hipótesis planteadas. Este enfoque siguió un proceso secuencial, deductivo y riguroso, que incluyó la formulación del problema, la revisión teórica, la recolección y análisis de datos con herramientas estadísticas (Hernández & Lucio, 2014).

Finalmente, el diseño de la investigación fue de corte **transversal**, lo que implicó la recolección de datos en un único momento temporal, sin seguimiento a los participantes. Este tipo de diseño proporcionó una visión general de la situación en un momento específico, permitiendo identificar relaciones entre las variables sin observar su evolución en el tiempo. La investigación se centró en adolescentes de 14 a 18 años y los datos se obtuvieron de manera simultánea en una sola etapa. Según la literatura, los estudios transversales son útiles para estimar la magnitud y la distribución de ciertas características en una población determinada en un momento dado (Hernández & Lucio, 2014; Wikipedia, 2018)

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1. Población

La población del presente estudio estuvo conformada por 712 estudiantes de secundaria matriculados en Colegio Tercera Orden Franciscana de la ciudad de Tarija, cuyas edades oscilan entre los 14 y 18 años, de los cuales 52.03% son varones y 47.97% de mujeres (Ministerio de Educación de Bolivia, ficha técnica en <https://seie.minedu.gob.bo>).

La población se caracterizó con las siguientes variables:

Variables de inclusión.

- I. Estudiantes que cursen nivel secundario en el Colegio Tercera Orden Franciscana.
- II. Estudiantes entre 14 y 18 años de edad.
- III. Estudiantes que vivan en la ciudad de Tarija.
- IV. Estudiantes que aceptaron el consentimiento informado para participar en la investigación

Variables de exclusión.

- I. Estudiantes que rechazaron y no firmaron consentimiento informado.
- II. Estudiantes menores de 14 años y mayores de 18 años.

Variables socio demográficas.

- I. Sexo: hombres y mujeres.
- II. Edad: a) 14 b)15 c)16 d)17 e)18
- III. Nivel educativo: a) nivel secundario

4.3.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por 258 estudiantes del nivel secundario del Colegio Tercera Orden Franciscana de la ciudad de Tarija, con edades entre 14 y 18 años, que cumplieron con los criterios de inclusión, constituyendo el 36.24% de la población.

Muestreo no probabilístico.

Esta población fue seleccionada de manera no probabilística, ya que se consideraron todos los estudiantes que se encontraban en el nivel secundario, 4º, 5º y 6º de secundaria y que autorizaron su participación mediante el consentimiento informado. Se excluyeron aquellos estudiantes que no cumplieron con los criterios establecidos o que no firmaron el consentimiento.

Las muestras no probabilísticas implican un procedimiento de selección basado en las características específicas de la investigación, en lugar de criterios estadísticos que buscan

generalizar a toda la población. Este enfoque es común en estudios cuantitativos y cualitativos que requieren la selección de individuos o casos "típicos" sin necesariamente garantizar su representatividad estadística dentro de un grupo determinado. Su utilidad radica en su capacidad para adaptarse a diseños de estudio que priorizan una elección cuidadosa y controlada de casos con características previamente definidas en el planteamiento del problema, por encima de una representatividad estadística. (Hernández Sampieri, 2014, p. 109)

4.4. MÉTODOS

Los métodos que se emplearon en esta investigación se los describe a continuación.

A) Según el grado de integración o desintegración del fenómeno de estudio

Método Analítico

La investigación se desarrolló bajo un **enfoque analítico**, orientado a identificar y desglosar las características fundamentales de los factores psicológicos vinculados al sobrepeso en personas menores de 18 años en la ciudad de Tarija. El estudio tuvo como propósito principal evaluar variables como ansiedad, estrés percibido, regulación emocional y estrategias de afrontamiento en esta población, permitiendo un análisis detallado de cómo cada factor incide en el fenómeno del sobrepeso. Este procedimiento proporcionó una base sólida para futuras investigaciones en la temática.

De acuerdo con Gutiérrez (1990, p. 133), el método analítico se define como aquel “*que distingue las partes de un todo y procede a la revisión ordenada de cada uno de los elementos por separado*”.

B) Según el tipo de razonamiento empleado para sacar las conclusiones:

Método deductivo

Se utilizó el **método deductivo**, el cual facilitó la obtención de conclusiones específicas a partir de principios generales previamente definidos. Este enfoque permitió aplicar instrumentos diseñados para recolectar datos relevantes, los cuales fueron analizados mediante un razonamiento lógico y estructurado. Los resultados adquirieron significado al ser comparados con parámetros establecidos en baremos, favoreciendo así una interpretación precisa y fundamentada.

De acuerdo con Cano (1975, p. 42), el método deductivo se entiende como “*una forma de razonamiento que parte de una verdad universal para obtener conclusiones particulares*”, lo que otorgó solidez metodológica al proceso de validación de hipótesis y a la organización sistemática de los hallazgos del estudio.

C) Según el grado de manipulación de las variables:

El método **no experimental** (método de campo o naturalista), fue seleccionado para el análisis de los factores psicológicos asociados al sobrepeso en personas de 14 a 18 años en la ciudad de Tarija. Este enfoque permitió observar y analizar las variables en su contexto real, sin manipulación directa por parte de quienes investigaron. El principal objetivo de esta metodología fue obtener una representación precisa y objetiva del fenómeno, facilitando la comprensión de la interacción entre los factores psicológicos en el entorno cotidiano. Este diseño permitió asegurar la validez ecológica de los resultados, garantizando que los hallazgos reflejaran las condiciones en las que ocurre el fenómeno estudiado.

D) Según el procedimiento para la recolección de los datos

Para la recolección de datos se utilizó la entrevista interpersonal con instrumentos estructurados como el registro antropométrico de peso y talla, la determinación matemática del IMC y las pruebas psicológicas que se detallan más adelante.

4.5. TÉCNICAS

Las técnicas fueron las siguientes:

Cuestionario

Para la recolección de datos se empleó un cuestionario estructurado: el **Cuestionario de Estrés Percibido (CEP)**, adaptación de Sanz-Carrillo del *Perceived Stress Questionnaire* (PSQ) de Levenstein. Se eligió este método por su idoneidad para la recolección sistemática de información específica. Acorde con Narváez (2007, p. 5), el uso de cuestionarios estandariza la recopilación de datos y favorece la objetividad en su posterior análisis, lo cual fue fundamental para los propósitos de este estudio.

La aplicación de los instrumentos se realizó en una única sesión presencial, decisión motivada por factores logísticos y por requerimientos institucionales. El estudio se desarrolló durante el horario de la materia de Educación Física, siendo este el único tiempo disponible para trabajar con los

aproximadamente 30 estudiantes participantes en cada clase. A esto se sumó la solicitud de la dirección del establecimiento para utilizar una metodología que garantizara la privacidad, fuera rápida y minimizara la interrupción de las actividades académicas. En conjunto, estas condiciones confirmaron que la aplicación inmediata y centralizada del cuestionario era la opción más viable para asegurar la participación completa de la muestra y cumplir con los objetivos del estudio en el tiempo asignado.

Inventario

Adicionalmente, se utilizó la técnica de inventarios, cuyo propósito fue registrar características y conductas de las personas evaluadas sin jerarquizarlas ni calificarlas como correctas o incorrectas. Las respuestas obtenidas reflejaron únicamente el nivel de conformidad o desacuerdo de quienes participaron ante los diferentes enunciados presentados. Un ejemplo representativo de esta técnica es el Inventario de Ansiedad de Beck, empleado para medir los niveles de ansiedad en la muestra. De acuerdo con la American Psychological Association (2018), los inventarios consisten en listas de elementos, generalmente en forma de preguntas, que posibilitan la descripción y análisis de conductas, intereses y actitudes de las personas evaluadas.

Escala

La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de escalas tipo Likert, una técnica que permite jerarquizar las respuestas de los participantes en un continuo de intensidad (p. ej., de "totalmente en desacuerdo" a "totalmente de acuerdo"). Se emplearon dos instrumentos específicos basados en este formato: la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS; Gratz & Roemer) y la Escala de Estrategias de Afrontamiento (CSI; Tobin, adaptación de Cano et al.), ambas diseñadas para evaluar aspectos concretos del comportamiento y las emociones. Este procedimiento es consistente con lo expuesto por Salas y Cárdenas (2008, p. 145), quienes afirman que *“las escalas son un método eficaz que ofrece respuestas directas y facilita el análisis sistemático de los datos”*.

4.6 INSTRUMENTOS

La tabla siguiente resume las variables, métodos, técnicas e instrumentos empleados en la presente investigación, en función de los métodos y técnicas a los cuales corresponden.

VARIABLES	MÉTODOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Índice de Masa Corporal (IMC)	Antropometría	Peso y talla	Registro de peso y talla con instrumentos calibrados
Ansiedad	Test psicológicos	Inventario	Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, 1988)
Estrés Percibido	Test psicológicos	Cuestionario	Cuestionario de Estrés Percibido (CEP) de Levenstein, adaptado por Sanz-Carrillo et al. (2002)
Regulación Emocional	Test psicológicos	Escala	Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (Gross 1994)
Estrategias de Afrontamiento	Test psicológicos	Escala	Escala de Estrategias de Afrontamiento (CSI) de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989), adaptada por Cano, Rodríguez y García (2006)

4.6.1 Inventario de Índice de Masa Corporal (IMC)

Autor: Lambert Adolphe Quetelet

Objetivo del test: Medir el índice de masa corporal de los participantes para evaluar su estado nutricional.

Técnica: Inventario

Historia de creación y baremación

El Índice de Masa Corporal (IMC) es un indicador antropométrico desarrollado en 1832 por el matemático y astrónomo belga Lambert Adolphe Quetelet. Concebido como una fórmula sencilla para estimar el estado nutricional, se calcula dividiendo el peso de una persona en kilogramos por el cuadrado de su altura en metros ($\text{peso}/\text{talla}^2$). Dada su simplicidad y eficacia, el IMC ha sido adoptado globalmente como una medida estándar para clasificar a los individuos en categorías como IMC bajo o desnutrición, IMC saludable, sobrepeso y obesidad. En la actualidad, constituye una herramienta esencial en estudios de salud pública y nutrición para evaluar el estado de salud a nivel poblacional.

Validez y confiabilidad

El IMC es un indicador simple y fiable que ha demostrado ser un predictor válido de la adiposidad corporal en numerosos estudios epidemiológicos. Su alta confiabilidad y facilidad de uso lo hacen adecuado para su aplicación en diversas poblaciones y contextos.

Procedimiento de aplicación y corrección

La medición del peso y la altura de los participantes se realiza utilizando una báscula y un tallímetro. El IMC se calcula mediante la fórmula:

$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / \text{Talla (m}^2\text{)}.$$

Ejemplo: Altura: 165 cm (1,65 m). Peso: 68 kg

Cálculo: $\text{IMC} = 68 \div 1,65^2 (2,7225) = 24,98$.

Para clasificar la muestra estudiada según los resultados del IMC, se utilizaron los valores referenciales publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2019 para personas de 2 a 20 años.

Valores referenciales de Índice de Masa Corporal por sexo y edad. OMS, 2019

NIÑAS					NIÑOS				
Edad	Bajo peso	Peso saludable	Sobrepeso	Obesidad	Edad	Bajo peso	Peso saludable	Sobrepeso	Obesidad
2	14,0	11,5	18,0	19,1	2	14,7	12,2	18,1	19,3
3	14,0	13,9	17,2	18,3	3	14,3	14,3	17,3	18,2
4	13,7	15,1	16,8	18,0	4	14,0	15,2	16,9	17,8
5	13,5	15,2	16,8	18,3	5	13,8	15,3	16,8	17,9
6	13,4	15,3	17,1	18,8	6	13,7	15,4	17,0	18,4
7	13,4	15,4	17,6	19,7	7	13,7	15,5	17,4	19,1
8	13,5	15,7	18,3	20,7	8	13,8	15,7	18,0	20,0
9	13,7	16,1	19,1	21,8	9	14,0	16,0	18,6	21,1
10	14,0	16,6	20,0	23,0	10	14,2	16,4	19,4	22,2
11	14,4	17,2	20,9	24,1	11	14,6	16,9	20,2	23,2
12	14,8	18,0	21,7	25,3	12	15,0	17,5	21,0	24,2
13	15,3	18,8	22,6	26,3	13	15,5	18,2	21,6	25,2
14	15,8	19,6	23,3	27,3	14	16,0	19,0	22,7	26,1
15	16,3	20,2	24,0	28,1	15	16,6	19,8	23,5	26,8
16	16,8	20,7	24,7	28,9	16	17,1	20,5	24,2	27,6
17	17,2	21,0	25,2	29,6	17	17,7	21,1	24,9	28,3
18	17,6	21,3	25,7	30,3	18	18,2	21,7	25,7	29,0
19	17,8	21,4	26,1	31,0	19	18,7	22,2	26,4	29,7
20	17,8	22,0	26,5	31,8	20	19,1	22,8	27,0	30,6

Fuente: IMSS según valores de OMS, México, 2019.

En base de los datos referenciales de la tabla precedente, se seleccionaron los valores correspondientes al rango de edad de los participantes en la presente tesis, ajustándolos luego a los valores encontrados en la muestra para construir parámetros reales de clasificación por el estado del IMC, principalmente en sobrepeso y obesidad por ser el objeto de estudio.

Rangos del IMC según el estado nutricional y por sexo

IMC: Rangos por sexo y estado para personas de 14 a 18 años.		
ESTADO	FEMENINO	MASCULINO
BAJO	15.8 – 19.5	16.0 – 18.9
SALUDABLE	19.6 – 23.2	19.0 – 22.6
SOBREPESO	23.3 – 27.2	22.7 – 26.0
OBESIDAD	27.3 – 31.8	26.1 – 30.6

Fuente:OMS, 2019

4.6.2 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Autor: Aaron T. Beck

Objetivo del test: Evaluar la intensidad de la ansiedad en los participantes.

Técnica: Inventario

Historia de creación y baremación

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) es un instrumento psicométrico desarrollado por el psiquiatra Aaron T. Beck (1988) con el objetivo de cuantificar la severidad de los síntomas ansiosos, especialmente en contextos clínicos. El inventario consta de 21 ítems que exploran diversas manifestaciones de la ansiedad, tales como síntomas fisiológicos (mareos, palpitaciones) y cognitivos (nerviosismo). El fundamento teórico del BAI se enmarca en el modelo cognitivo de Beck, el cual conceptualiza la ansiedad como el resultado de una valoración cognitiva en la que el individuo sobrestima la amenaza de un estímulo y subestima su capacidad para afrontarlo. Esta distorsión cognitiva activa las respuestas fisiológicas y emocionales cuya intensidad durante la última semana es evaluada por el inventario, proporcionando así una medida del estado de ansiedad. Debido a su extendido uso y su alta frecuencia de citación en investigaciones científicas, el BAI se ha consolidado como un instrumento de referencia en la evaluación de la ansiedad.

Validez y confiabilidad

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) es un instrumento psicométrico ampliamente reconocido y validado para la cuantificación de la severidad de los síntomas de ansiedad en una

diversidad de poblaciones y contextos clínicos. Sus propiedades psicométricas han sido rigurosamente evaluadas, demostrando una notable robustez tanto en su fiabilidad como en su validez.

En lo que respecta a la **fiabilidad**, el BAI exhibe una excelente consistencia interna. Los estudios reportan coeficientes Alfa de Cronbach que oscilan consistentemente entre .90 y .94, lo cual indica una elevada homogeneidad entre sus ítems y confirma que miden de manera cohesiva el constructo de la ansiedad. Adicionalmente, la estabilidad temporal del inventario ha sido corroborada mediante análisis de fiabilidad test-retest. Se han obtenido coeficientes de correlación que varían entre 0.67 y 0.93 en intervalos de una semana, y se mantienen significativos, alrededor de 0.62, tras un período de siete semanas, lo que subraya la consistencia de las puntuaciones a lo largo del tiempo.

En cuanto a su **validez**, el BAI demuestra una sólida validez convergente al correlacionarse de manera significativa con otras medidas estandarizadas de ansiedad. La evidencia incluye correlaciones positivas con la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A, $r=0.51$), el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI, con coeficientes de r entre 0.47 y 0.58) y la subescala de ansiedad del *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R, $r=0.81$). Estas asociaciones confirman que el BAI mide eficazmente el constructo para el cual fue diseñado. No obstante, también se observa una correlación moderada con instrumentos que evalúan la depresión, como el Inventario de Depresión de Beck (BDI, $r=0.61$) y la subescala de depresión del SCL-90-R ($r=0.62$). Esta superposición es conceptualmente coherente con la alta comorbilidad y el solapamiento sintomático documentado en la literatura clínica entre los trastornos de ansiedad y depresivos.

Desde la perspectiva de la **validez de constructo**, el análisis factorial del BAI ha permitido identificar una estructura bidimensional que evalúa tanto los componentes somáticos como los subjetivo-cognitivos de la ansiedad. El primer factor agrupa ítems que describen manifestaciones fisiológicas, tales como mareos, temblores y palpitaciones (ítems 1, 2, 3, 6, 7, 11, 12, 13, 15, 18, 19, 20 y 21). El segundo factor se centra en síntomas subjetivos, incluyendo la incapacidad para relajarse, miedos y aprensión (ítems 4, 5, 8, 9, 10, 14, 16 y 17). Esta distinción factorial no solo enriquece la interpretación clínica de los resultados al permitir un análisis más matizado del perfil sintomático del individuo, sino que también refuerza la comprensión teórica de la ansiedad.

Procedimiento de aplicación y corrección

El Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI) es un instrumento de autoinforme, compuesto por 21 ítems, diseñado para medir la severidad de la sintomatología ansiosa en adultos y adolescentes. Su propósito es cuantificar la intensidad con la que los participantes han experimentado un conjunto de síntomas comunes de la ansiedad durante la última semana.

Cada ítem describe una manifestación específica de la ansiedad, abarcando componentes somáticos (p. ej., palpitaciones, sensación de ahogo), afectivos (p. ej., nerviosismo) y cognitivos (p. ej., mareos). Para cada síntoma, el individuo debe valorar el grado de malestar experimentado utilizando una escala de tipo Likert de cuatro puntos, definida de la siguiente manera:

0: Nada en absoluto.

1: Levemente (no me molestó mucho).

2: Moderadamente (fue incómodo, pero podía tolerarlo).

3: Severamente (me resultó muy difícil de tolerar).

El puntaje total del inventario se calcula mediante la sumatoria de las puntuaciones asignadas a cada uno de los 21 ítems, resultando en un rango que oscila entre 0 y 63. Un puntaje más elevado es indicativo de una mayor severidad de la sintomatología ansiosa. Para su interpretación clínica, el puntaje total se compara con puntos de corte estandarizados que permiten clasificar la severidad en distintos niveles. Aunque pueden encontrarse ligeras variaciones en la literatura científica, los puntos de corte más comúnmente citados, propuestos en el manual original del instrumento, son los siguientes (Beck, 1988):

Rangos de puntuación	Nivel de severidad
0-7	Ansiedad mínima
8-15	Ansiedad leve
16-25	Ansiedad moderada
26-63	Ansiedad grave

Fuente: (Beck, 1988)

4.6.3. Cuestionario de Estrés Percibido (CEP)

En la presente investigación, se utilizó el Cuestionario de Stress Percibido (PSQ) de Levenstein en su versión adaptada al español por Sanz-Carrillo. La elección del PSQ se justifica por su enfoque multidimensional y su capacidad para ofrecer una evaluación más detallada y matizada de la experiencia de estrés en comparación con otros instrumentos de propósito similar, como la Escala de Estrés Percibido (PSS) de Cohen, que se centra fundamentalmente en la medida en que las situaciones de la vida son valoradas como impredecibles, incontrolables y sobrecargantes, el PSQ proporciona un análisis más exhaustivo a través de la evaluación de múltiples facetas del estrés. La adaptación de Sanz-Carrillo ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas en adolescentes, garantizando su fiabilidad y validez.

Una de las principales ventajas del PSQ es su estructura factorial, que permite diferenciar diversas dimensiones de la respuesta al estrés, tales como la tensión, la sobrecarga, la falta de alegría, las preocupaciones y el cansancio. Este desglose ofrece una comprensión más profunda de los componentes específicos que contribuyen a la percepción global de estrés del individuo, facilitando así el diseño de intervenciones más focalizadas y precisas. Adicionalmente, el PSQ se distingue por evaluar tanto los componentes cognitivos como los emocionales de la respuesta al estrés, proporcionando una visión integral de la experiencia subjetiva del sujeto.

Autor: Levenstein S. Adaptado por Sanz Carrillo

Objetivo del test: Evalúa el grado en que la persona percibe las situaciones como estresantes.

Técnica: Cuestionario

Historia de creación y baremación

El Cuestionario de Estrés Percibido (PSQ), desarrollado por Levenstein et al. (1993), es un instrumento diseñado para medir el estrés desde una perspectiva subjetiva, centrada en la valoración cognitiva y emocional que el individuo realiza tanto de las situaciones estresantes como de sus propias reacciones. Su marco conceptual se alinea con los modelos transaccionales del estrés, como el

propuesto por Lazarus y Folkman, que postulan que el estrés surge de la percepción de un desequilibrio entre las demandas del entorno y los recursos personales para afrontarlas.

El objetivo principal del PSQ es cuantificar el estrés percibido para su aplicación en la investigación psicosomática, con un énfasis particular en su capacidad para predecir resultados de salud adversos. Una de sus características distintivas y ventajosas es su flexibilidad temporal, ya que permite evaluar el estrés en dos marcos de tiempo diferenciados: una forma general, que aborda el estrés experimentado en los últimos uno o dos años, y una forma reciente, enfocada en el estrés agudo del último mes. Esta dualidad confiere al PSQ versatilidad para realizar evaluaciones del estado actual y seguimientos longitudinales, una cualidad que lo distingue de otros instrumentos de medición.

Siendo el diseño de la tesis de corte **transversal**, con recolección de datos en un único momento temporal que no implica seguimiento a los participantes, se decidió utilizar el PSQ en su forma reciente para determinar la percepción al stress agudo en el último mes.

Validez y confiabilidad

El Cuestionario de Estrés Percibido (CEP) ha demostrado ser un instrumento válido y confiable para evaluar el nivel de estrés percibido en diversos contextos. Su eficacia radica en su capacidad para captar cómo los individuos evalúan las situaciones estresantes en función de sus recursos y demandas percibidas. Es ampliamente utilizado en investigaciones de psicología y salud pública, mostrando resultados consistentes en términos de validez y confiabilidad.

Fiabilidad

La fiabilidad del Cuestionario de Estrés Percibido (PSQ), en su puntuación total, ha demostrado consistentemente un nivel de consistencia interna que oscila entre bueno y excelente. Diversos estudios reportan coeficientes alfa de Cronbach que con frecuencia exceden el valor de 0.90, lo que indica una alta covarianza entre los ítems del instrumento. De manera congruente, la validación de la versión española del cuestionario, llevada a cabo por Sanz-Carrillo et al. (2002), corroboró estas adecuadas propiedades psicométricas.

No obstante, al analizar la consistencia interna de los factores o subescalas que componen el PSQ, se observa una mayor variabilidad en los resultados reportados en la literatura. Mientras que

algunas investigaciones presentan coeficientes alfa adecuados para las distintas dimensiones, con valores que se sitúan en rangos como 0.70-0.88, 0.85-0.87 y hasta 0.91, otros estudios han identificado una menor consistencia en factores específicos, sugiriendo que ciertas subescalas podrían ser menos homogéneas en su contenido.

En lo que respecta a la estabilidad temporal del instrumento, la Forma General del PSQ evidencia una buena fiabilidad test-retest. El estudio original de desarrollo del cuestionario reportó un coeficiente de correlación (r) de 0.82. Investigaciones subsecuentes han confirmado esta estabilidad, con coeficientes que se encuentran en un rango citado de 0.80 a 0.86. El estudio de validación español de Sanz-Carrillo et al. (2002) también aportó evidencia de una sólida fiabilidad test-retest para esta versión del instrumento.

Por su parte, la forma reciente del cuestionario, diseñada para medir un estado de estrés más fluctuante y dependiente del último mes, presenta, como es teóricamente esperado, una mayor variabilidad en sus puntuaciones a lo largo del tiempo y, por ende, coeficientes de fiabilidad test-retest más moderados en comparación con la Forma General.

Validez

La validez del Cuestionario de Estrés Percibido (CEP) está sólidamente establecida a través de múltiples fuentes de evidencia psicométrica que confirman su robustez y utilidad en diversos contextos. En lo que respecta a la **validez de constructo**, se encuentra respaldada por numerosos análisis factoriales. Aunque la estructura factorial específica puede presentar variaciones entre diferentes estudios, los análisis revelan consistentemente que los ítems del cuestionario miden dimensiones cognitivas y emocionales de la percepción del estrés. Dicha estructura es congruente con el marco teórico transaccional del estrés que sustenta el instrumento.

La evidencia de **validez convergente** es igualmente sólida. El PSQ exhibe correlaciones positivas y teóricamente coherentes con medidas de constructos afines, tales como ansiedad, depresión, neuroticismo, *burnout* y sintomatología somática. Además, muestra una asociación significativa con otras métricas de estrés, como la Escala de Estrés Percibido (PSS) de Cohen y el estrés general autoinformado.

Asimismo, el cuestionario ha demostrado una notable **validez de criterio y predictiva**, siendo eficaz en la predicción de resultados de salud adversos. Las investigaciones han verificado su capacidad para pronosticar la incidencia de sintomatología física menor, el riesgo de hospitalizaciones y la exacerbación de condiciones médicas crónicas, como la colitis ulcerosa. Esta capacidad predictiva lo consolida como una herramienta de gran valor para la investigación en el campo de la salud psicosomática.

La aplicabilidad transcultural del CEP ha sido confirmada a través de rigurosos procesos de adaptación. La **versión española**, validada por Sanz-Carrillo et al. (2002), demostró su pertinencia y utilidad en el contexto español, siendo empleada desde entonces en múltiples estudios. La robustez de esta versión se extendió a poblaciones específicas, como se evidencia en la investigación de Ubach y Santacana (2013), quienes la validaron en un contexto migratorio con 350 migrantes peruanos. En dicho estudio, se hallaron correlaciones significativas (medias y altas) entre el estrés post-migratorio y los síntomas de salud mental evaluados por el *Talbieh Brief Distress Inventory* (TBDI; Ritsner, Ravinowitz, & Sluzberg, 1995).

Otro ejemplo destacado es la **adaptación alemana** de Fliege et al. (2005), que desarrolló una versión abreviada de 20 ítems con una estructura de cuatro factores (preocupación, tensión, alegría y demandas). Esta versión fue validada mediante análisis factorial confirmatorio en una muestra de 1,808 participantes, demostrando una excelente solidez estructural con un rango de alfa de Cronbach entre 0.70 y 0.88 para las subescalas, y entre 0.80 y 0.88 para la puntuación total en distintas muestras.

Finalmente, la **fiabilidad** del PSQ es consistentemente alta, tanto en términos de consistencia interna como de estabilidad temporal. Los coeficientes alfa de Cronbach obtenidos en estudios internacionales para las subescalas se sitúan en un rango de 0.70 a 0.88, mientras que para la puntuación total alcanzan valores de hasta 0.94. Estos índices, que reflejan una notable homogeneidad entre los ítems, confirman que el cuestionario mide el constructo de estrés percibido de forma precisa y estable en diversas poblaciones.

Procedimiento de aplicación y corrección

La estructura original del PSQ consta de 30 ítems que incluyen formulaciones tanto positivas como negativas para mitigar el sesgo de aquiescencia. Algunos ejemplos de ítems son: "Se siente

descansado/a", "Siente que se le hacen demasiadas demandas", "Está irritable o de mal humor", "Se siente solo/a o aislado/a", "Se siente cansado/a", "Se siente frustrado/a", "Se siente tenso/a", "Tiene muchas preocupaciones", "Se siente criticado/a o juzgado/a", "Se siente mentalmente agotado/a".

El formato es un cuestionario autoadministrado. La escala de respuesta es tipo Likert de 4 puntos, donde los participantes indican la frecuencia con la que experimentan cada estado o situación. La versión de Sanz-Carrillo utiliza una escala que va de 1 ("casi nunca") a 4 ("casi siempre").

Corrección y cálculo de la puntuación bruta

Para la cuantificación del estrés percibido mediante el PSQ, se siguió el procedimiento de calificación estandarizado por Levenstein et al., el cual asegura que una puntuación total más alta indique consistentemente un mayor nivel de estrés.

1. Inversión de Ítems Positivos. El cuestionario incluye ítems formulados tanto en sentido negativo (indicando presencia de estrés, p. ej., "sentirse agobiado") como positivo (indicando ausencia de estrés, p. ej., "sentirse descansado"). Para mantener la consistencia direccional de la escala, las puntuaciones de los ítems positivos deben ser invertidas antes del cálculo total. Este proceso de recodificación se realiza de manera que una puntuación alta en un ítem positivo refleje una baja contribución al estrés total. En la escala de respuesta de 1 a 4, la inversión se aplicó de la siguiente manera: $1 \rightarrow 4$, $2 \rightarrow 3$, $3 \rightarrow 2$ y $4 \rightarrow 1$. Ejemplo: Si la escala de respuesta para cada ítem va de 1 a 4 (donde 1 podría ser "casi nunca" y 4 "usualmente"): Para un ítem negativo como "Me siento tenso", una puntuación de 4 indicaría alto estrés y se mantendría como 4.

Para un ítem positivo como "Me siento relajado", una puntuación de 4 (usualmente me siento relajado) en realidad indica bajo estrés. Para que contribuya correctamente a la puntuación total de estrés, se invierte. Si la escala es de 1 a 4, la inversión podría calcularse como $(\text{Valor Máximo de la Escala} + 1) - \text{Puntuación Original}$. En este caso, sería $(4 + 1) - 4 = 1$. Así, una respuesta de "usualmente me siento relajado" (4) se convierte en 1 para el cálculo de la puntuación total de estrés. De manera similar, un 1 ("casi nunca me siento relajado") se convertiría en un 4.

El objetivo de invertir la puntuación de los ítems formulados positivamente es asegurar la consistencia en la dirección de la puntuación. De esta manera, una puntuación total más alta en el cuestionario siempre significará un nivel más alto del constructo medido (por ejemplo, más

estrés), y una puntuación más baja siempre significará un nivel más bajo. Esto simplifica la interpretación de los resultados totales y permite análisis estadísticos correctos.

2. **Cálculo del Índice Global de Estrés Percibido.** Una vez recodificados los ítems positivos, se calcula la suma bruta de las puntuaciones de los 30 ítems. A partir de este valor, se obtiene el índice global de estrés percibido, que oscila entre 0 (nivel mínimo de estrés) y 1 (nivel máximo de estrés), mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Índice PSQ} = (\text{Suma Bruta Total} - 30) / 90$$

3. **Interpretación de la Puntuación.** De acuerdo con los autores originales, el PSQ no cuenta con puntos de corte establecidos para categorizar los niveles de estrés. Por lo tanto, la interpretación de los resultados se realiza a partir del valor continuo del índice (0 a 1), utilizándose para comparaciones entre distintos grupos, condiciones o mediciones a lo largo del tiempo.
4. **Consideraciones sobre Adaptación:** Para el presente análisis, es fundamental tener en cuenta la validación del instrumento para la población española realizada por Sanz-Carrillo et al. (2002). Dicho estudio identificó una estructura factorial diferente a la del modelo original, compuesta por seis factores principales, lo cual puede influir en el análisis e interpretación de las subescalas:

Factor	Descripción
Tensión-Inestabilidad-Fatiga	Refleja síntomas de tensión física y mental, inestabilidad emocional y cansancio.
Aceptación Social de Conflictos	Podría referirse a cómo se percibe el manejo de conflictos interpersonales.
Energía y Diversión	Evalúa la presencia de vitalidad, disfrute y experiencias positivas.
Sobrecarga	Mide la percepción de tener demasiadas demandas o responsabilidades.
Satisfacción para autorrealización	Relacionado con la percepción de logro de metas personales y satisfacción.
Miedo y ansiedad	Evalúa la presencia de temores, preocupaciones y síntomas ansiosos.

Fuente: (Sanz Carrillo, 2002)

5. Interpretación de los resultados. Se realiza siguiendo estos pasos:

- a) Se suman los puntajes asignados a cada ítem y se transforman en un índice normalizado (rango 0–1). Un valor más alto, próximo a 1, indica una mayor percepción de estrés.
- b) Una vez obtenido el índice, para determinar el nivel de stress se utilizan puntos de corte que varían según la muestra y el contexto, a saber:
 - Bajo estrés: índices cercanos a 0.
 - Medio estrés: índices en un rango intermedio.
 - Alto estrés: índices próximos a 1.

De acuerdo con los puntos de corte, en la presente investigación se utilizaron los valores que se exponen en la siguiente tabla:

Escala de interpretación del PSQ	
Indice	Significado
0.0 - 0.299	Bajo stress
0.3 - 0.599	Stress moderado
0.6 - 1.0	Alto stress

Fuente: (Sanz Carrillo, 2002)

Aplicando los valores de la tabla, primero se obtuvo el índice global PSQ y luego se obtuvieron los valores de cada factor analizando las preguntas en el siguiente orden:

Conformación de factores del PSQ por preguntas

Factores	Preguntas (Nº)	Puntaje	
		Mínimo	Máximo
Tensión, irritabilidad y fatiga	3, 8, 10, 14, 15, 16, 26, 27 y 30	9	36
Aceptación Social de conflictos	5, 6, 12, 17, 19, 20 y 24	7	28
Energía y diversión	1, 13, 21, 25 y 29	5	20
Sobrecarga	2,4,11,18	4	16
Satisfacción por autorrealización	7,9,23	3	12
Miedo y Ansiedad	22,28	2	8

Fuente: (Sanz Carrillo, 2002)

4.6.4. Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)

Autor: Gratz y Roemer

Objetivo del test: Evaluar las dificultades en la regulación emocional.

Técnica: Escala

Historia de creación y baremación

La Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS, por sus siglas en inglés: Difficulties in Emotion Regulation Scale) fue desarrollada por Gratz y Roemer (2004) con el objetivo de proporcionar una evaluación multidimensional e integral de la desregulación emocional. Este instrumento se ha consolidado como una herramienta fundamental en el estudio de trastornos emocionales y psicológicos, permitiendo cuantificar las dificultades que los individuos experimentan al regular sus emociones. La escala se compone de 36 ítems que se distribuyen en seis dimensiones teóricamente fundamentadas:

1. **No aceptación de las respuestas emocionales:** Tendencia a experimentar emociones secundarias negativas en respuesta a las propias emociones.
2. **Dificultades para implicarse en conductas dirigidas a metas:** Problemas para concentrarse y llevar a cabo tareas cuando se experimenta malestar emocional.
3. **Dificultad en el control de los impulsos:** Problemas para mantener el control del comportamiento bajo estados emocionales negativos.
4. **Falta de conciencia emocional:** Dificultad para prestar atención y ser consciente de las propias emociones.
5. **Falta de claridad emocional:** Dificultad para identificar y comprender las emociones que se están sintiendo.
6. **Estrategias de regulación emocional limitadas:** Percepción de tener pocas estrategias efectivas para modular las emociones una vez que se han activado.

Propiedades psicométricas: Validez y Confiabilidad

La validez y confiabilidad de la DERS han sido sólidamente respaldadas por una amplia base de evidencia empírica en diversas poblaciones y contextos culturales.

En su estudio fundacional, Gratz y Roemer (2004) demostraron una estructura factorial de seis dimensiones y reportaron una excelente consistencia interna, con coeficientes alfa de Cronbach superiores a 0.80 para las subescalas y un alfa global de 0.93. La robustez de sus propiedades psicométricas ha sido corroborada consistentemente en adaptaciones internacionales, como la realizada para la población española por Hervás y Jódar (2008), así como en estudios llevados a cabo en Estados Unidos (Hallion et al., 2018), Ecuador (Reivan-Ortiz et al., 2020) y Chile (Guzmán-González et al., 2014), entre otros.

La **validez de constructo** de la escala se ve reforzada por su validez convergente, demostrada a través de correlaciones significativas con medidas de constructos relacionados como la ansiedad, la depresión y el estrés. Asimismo, su validez divergente ha sido confirmada mediante bajas correlaciones con constructos no relacionados teóricamente.

En cuanto a la **confiabilidad**, además de su sólida consistencia interna, la DERS ha mostrado una adecuada estabilidad temporal en estudios test-retest, indicando que las puntuaciones son estables a lo largo del tiempo. Estos hallazgos consolidan a la DERS como un instrumento preciso y fiable para la evaluación de la desregulación emocional en el ámbito clínico y en el de la investigación. Los participantes deben responder cada ítem utilizando una escala Likert de 5 puntos, donde:

1. Casi nunca. (significando que la afirmación rara vez se aplica al participante).
2. A veces.
3. Con bastante frecuencia.
4. Casi siempre.
5. Siempre. (significando que la afirmación es altamente representativa de la experiencia del participante).

El procedimiento de aplicación es sencillo, ya que el cuestionario puede ser autoadministrado o aplicado de manera individual en un entorno tranquilo, garantizando confidencialidad. El tiempo

promedio de respuesta oscila entre 10 y 15 minutos, dependiendo de la comprensión lectora del participante y su nivel de reflexión.

Para la corrección, se suman las puntuaciones de cada ítem en las subescalas correspondientes, obteniendo un puntaje total por cada dimensión. Luego, estos puntajes se combinan para calcular el puntaje global, el cual refleja el nivel general de dificultades en la regulación emocional.

Interpretación

La puntuación se obtiene sumando las respuestas a los ítems después de invertir la puntuación de aquellos formulados en sentido positivo (en la versión de 36 ítems, son los ítems 1, 2, 6, 7, 8, 10, 17, 20, 22, 24, 34). Se calcula una puntuación total y puntuaciones para cada una de las subescalas sumando los ítems correspondientes.

La interpretación general es que puntuaciones más altas indican mayores dificultades en la regulación emocional, es decir, mayor desregulación emocional. Las puntuaciones en las subescalas permiten identificar las áreas específicas donde radican las mayores dificultades (p. ej., problemas con la aceptación emocional, con el control de impulsos, con la claridad, etc.). (Gross, 1994)

Rango de puntuación	Interpretación
Muy baja (0 – 66)	El individuo muestra una capacidad relativamente alta para regular sus emociones.
Baja (66 -77)	
Media (78 - 103)	El individuo presenta dificultades moderadas para regular sus emociones
Alta (104 - 136)	El individuo muestra dificultades significativas en la regulación emocional.
Muy alta (137 – 180)	

Fuente: (Gatz y Roemer, 2004)

Para determinar los rangos de puntuación con la precisión necesaria, las calificaciones obtenidas de la población fueron analizadas con percentiles, determinándose los siguientes valores que facilitan la clasificación de la muestra investigada según las dificultades de regulación emocional.

Rango de puntuación		Dimensiones en la regulación emocional (DERS)						
		No Aceptación	Metas	Impulsividad	Conciencia	Estrategia	Claridad	General
Muy Bajo	p01 - p05	0 - 6	0 - 7	0 - 7	0 - 13	0 - 10	0 - 9	0 - 66
Bajo	p06 - p25	7 - 9	8 - 10	8 - 10	14 - 17	11 - 13	10 - 12	67 - 77
Medio	p26 - p75	10 - 18	11 - 16	11 - 16	18 - 23	14 - 22	13 - 16	78 - 103
Alto	p76 - p95	19 - 26	17 - 21	17 - 24	24 - 27	23 - 30	17 - 19	104 - 136
Muy Alto	p96 - Más	27 - 30	22 - 25	25 - 30	28 - 30	31 - 40	20 - 25	137 - 180

Fuente: (Gratz y Roemer, 2004)

4.6.5 Escala de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

Autor: Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal

Objetivo del test: Evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los participantes.

Técnica: Escala

Historia de creación y baremación

La Escala de Estrategias de Afrontamiento (CSI) fue desarrollada por Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal en 1989 y adaptada por Cano, Rodríguez y García en 2006. El CSI fue diseñado para evaluar las estrategias que las personas utilizan para enfrentar situaciones estresantes. La escala consta de 40 ítems que miden diversas estrategias de afrontamiento, como la resolución de problemas, la reestructuración cognitiva y el apoyo social. La adaptación realizada por Cano et al. en 2006 mejoró la aplicabilidad del CSI en contextos hispanohablantes, asegurando su validez y confiabilidad en diferentes poblaciones.

Validez y confiabilidad

Diversos estudios han confirmado que la CSI es un instrumento válido para medir las estrategias de afrontamiento. Por ejemplo, en la versión española adaptada por Cano, se ha demostrado que la escala mantiene su **validez de constructo**. Este hallazgo ha sido respaldado por análisis

factoriales que han identificado las dimensiones subyacentes que explican el afrontamiento en situaciones estresantes, tales como afrontamiento emocional, resolución de problemas y evitación.

En cuanto a la **confiabilidad**, la CSI ha mostrado ser un instrumento confiable, con un coeficiente Alfa de Cronbach superior a 0.80 en múltiples estudios, lo que indica una alta consistencia interna en sus subescalas. Por ejemplo, en un estudio realizado en Panamá por González et al. (2017), la confiabilidad del instrumento fue excelente, con un coeficiente de 0.930. Además, se realizó un análisis factorial exploratorio que identificó una estructura de cuatro dimensiones principales: estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción, estrategias dirigidas a la solución de problemas, estrategias de evitación y estrategias de reevaluación. Este análisis también indicó que la validez del instrumento era adecuada, con una medida de adecuación de la muestra Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) superior a 0.90, respaldada por pruebas estadísticas que confirmaron la consistencia de la estructura.

En conclusión, la Escala de Estrategias de Afrontamiento (CSI) ha demostrado ser un instrumento válido y confiable tanto en su versión original como en su adaptación española

Procedimiento de aplicación y corrección

El presente instrumento tiene como finalidad la identificación de las estrategias de afrontamiento que los individuos emplean ante situaciones de dificultad o estrés. Se informa a los participantes que no existen respuestas correctas o incorrectas y que su colaboración es tanto voluntaria como confidencial.

El procedimiento de aplicación se desarrolla en dos fases. En la primera, se solicita a la persona que describa de manera narrativa una situación estresante que haya experimentado. En la segunda, el participante debe valorar cada uno de los 40 ítems del inventario, indicando el grado en que utilizó dicha estrategia de pensamiento o comportamiento en la situación previamente descrita.

Este inventario se estructura como un cuestionario de autoinforme, que incluye una sección inicial para la descripción narrativa. Para la valoración de los ítems, se utiliza una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos, adaptada por Cano et al., con las siguientes opciones: 0 ("En absoluto"), 1 ("Un poco"), 2 ("Bastante"), 3 ("Mucho") y 4 ("Totalmente").

El Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) está diseñado para su aplicación en poblaciones de adultos y adolescentes. Su versatilidad permite emplearlo en una amplia gama de contextos estresantes y ha sido validado en diversas poblaciones, tanto generales como clínicas, incluyendo, por ejemplo, pacientes con enfermedades crónicas y población penitenciaria.

Sistema de puntuación e interpretación

La interpretación de los resultados se fundamenta en el perfil de puntuaciones obtenido en las ocho estrategias primarias de afrontamiento. Puntuaciones elevadas en una escala específica indican una mayor frecuencia en el uso de dicha estrategia para manejar el estresor descrito. Con el fin de contextualizar los resultados, las puntuaciones directas pueden ser contrastadas con datos normativos, como los baremos percentiles proporcionados por Cano et al. (2006), lo que permite determinar la frecuencia relativa de uso de cada estrategia en comparación con una muestra de referencia.

Es crucial señalar que la estructura jerárquica de orden superior propuesta por Tobin (escalas secundarias y terciarias) no obtuvo un respaldo empírico robusto en la adaptación española de Cano et al. (2006). Los autores concluyeron que sus hallazgos no justificaban la agrupación de las estrategias primarias según las dimensiones de foco (dirigidas al problema o a la emoción) o de dirección (compromiso o evitación) en su muestra de estudio. Por consiguiente, la aproximación interpretativa más rigurosa y válida para esta versión del instrumento debe centrarse exclusivamente en el análisis del patrón conformado por las ocho estrategias primarias, considerándolas como constructos independientes. Se desaconseja, por tanto, el uso de categorías más amplias que carecen de validación empírica en este contexto específico. Las 8 estrategias primarias evaluadas en esta adaptación son:

Estrategia Primaria	Siglas	Ítems (versión 40 ítems)	Descripción Breve
Resolución de Problemas	REP	01 + 09 + 17 + 25 + 33	Estrategias cognitivas y conductuales para eliminar el estrés modificando la situación.
Autocrítica	AUC	02 + 10 + 18 + 26 + 34	Tendencia a culparse a sí mismo por la situación o su manejo.
Expresión Emocional	EEM	03 + 11 + 19 + 27 + 35	Liberar las emociones que surgen durante el estrés.

Estrategia Primaria	Siglas	Ítems (versión 40 ítems)	Descripción Breve
Pensamiento Desiderativo	PSD	04 + 12 + 20 + 28 + 36	Desear que la realidad no fuera estresante; fantasear con alternativas.
Apoyo Social	APS	05 + 13 + 21 + 29 + 37	Búsqueda de apoyo emocional en otros.
Reestructuración Cognitiva	REC	06 + 14 + 22 + 30 + 38	Modificar cognitivamente el significado de la situación para hacerla menos amenazante.
Evitación de Problemas	EVP	07 + 15 + 23 + 31 + 39	Negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el estresor.
Retirada Social	RES	08 + 16 + 24 + 32 + 40	Aislarse de amigos, familiares y otros como reacción al estrés.

(Cano, 2007)

4.7. Procedimiento de investigación

El presente estudio se desarrolló a través de un procedimiento metodológico estructurado en las siguientes fases:

Fase I: Revisión de Literatura y Gestión Institucional

Inicialmente, se realizó una revisión exhaustiva de la literatura científica para identificar y analizar los factores psicológicos asociados al sobrepeso y la obesidad en adolescentes. Este análisis permitió construir un marco teórico sólido que fundamentó la selección de un conjunto ecléctico de instrumentos complementarios para abordar las variables de estudio.

Paralelamente, se gestionaron los permisos institucionales necesarios. Se estableció contacto con la dirección del Colegio Tercera Orden Franciscana, obteniendo la autorización para llevar a cabo la investigación. Como condición, se estipuló que la recolección de datos debía realizarse de manera individual y confidencial para salvaguardar el bienestar emocional de los estudiantes. Asimismo, se coordinó con el docente de Educación Física la asignación de espacios y horarios adecuados para la administración de los instrumentos.

Fase II: Selección de Instrumentos

Para la evaluación de cada variable psicológica definida en los objetivos, se seleccionaron instrumentos estandarizados, validados y adaptados para la población de estudio, garantizando adecuados niveles de confiabilidad. La batería de instrumentos seleccionada fue la siguiente:

- **Índice de Masa Corporal (IMC):** Calculado a partir de mediciones antropométricas de peso y talla, siguiendo protocolos estandarizados.
- **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI):** Para la evaluación de la sintomatología ansiosa.
- **Cuestionario de Estrés Percibido (PSQ):** Versión de Levenstein et al., para medir la percepción subjetiva del estrés.
- **Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS):** Para identificar desafíos en la gestión de las respuestas emocionales.
- **Escala de Estrategias de Afrontamiento (CSI):** Desarrollada por Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, para evaluar los estilos de afrontamiento.

Fase III: Estudio Piloto

Previo a la recolección principal de datos, se condujo un estudio piloto con una muestra reducida de cinco estudiantes. El objetivo fue evaluar la claridad de los ítems, estimar el tiempo requerido para la aplicación completa y verificar la pertinencia del orden de presentación de los instrumentos. Los resultados permitieron realizar ajustes logísticos y metodológicos para optimizar el proceso definitivo.

Fase IV: Selección de la muestra y Recolección de datos

La selección de los participantes se rigió por los siguientes criterios de inclusión:

- Ser estudiante activo del nivel secundario en el Colegio Tercera Orden Franciscana.
- Tener una edad comprendida entre los 14 y 18 años.
- Residir en la ciudad de Tarija.
- Haber otorgado el consentimiento informado para participar voluntariamente.

Se excluyeron a los estudiantes que no firmaron el consentimiento informado y a los que estaban fuera del rango etario (14 a 18 años).

El proceso de recolección de datos se llevó a cabo en las instalaciones del colegio. Primero, se realizaron las mediciones de peso y talla de forma individual y en un espacio privado, con el fin de preservar la confidencialidad y evitar la exposición de los participantes.

Posteriormente, en el aula, se administraron los cuestionarios psicológicos. Para asegurar la confidencialidad y prevenir situaciones de estigmatización o burla, el proceso se organizó en dos grupos (femenino y masculino). A cada estudiante se le entregó un cuadernillo con los instrumentos y se le proporcionaron instrucciones claras sobre cómo completarlos. Cada sesión tuvo una duración aproximada de 45 a 60 minutos y fue supervisada para resolver cualquier duda.

Fase V: Procesamiento y Análisis de datos

Una vez completada la recolección, los datos fueron sistematizados y tabulados en una base de datos de Microsoft Excel. Dado el carácter cuantitativo de los instrumentos, se realizó un análisis estadístico descriptivo, calculando frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central, así como cruces de variables y comparación de medias para explorar las relaciones entre los factores estudiados.

Fase VI: Interpretación de resultados y Redacción del informe final

La etapa final consistió en la interpretación de los resultados estadísticos a la luz del marco teórico establecido, lo que permitió contrastar las hipótesis de investigación y formular conclusiones pertinentes a los objetivos. Finalmente, se procedió a la redacción del informe final, el cual presenta de manera detallada los hallazgos cuantitativos, acompañados de sus correspondientes análisis, gráficos interpretativos y conclusiones.

4.8. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	GESTIÓN 2024					GESTIÓN 2025								
	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov
Revisión Bibliográfica	X	X												
Prueba Piloto					X									
Selección de los instrumentos		X	X											
Selección de la Muestra			X	X										
Recojo de la información						X	X	X	X					
Procesamiento de la Información										X	X	X		
Redacción del informe final													X	X

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

CAPÍTULO VI

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

5. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Este capítulo presenta los resultados obtenidos en la investigación luego de procesar y analizar los datos recolectados con los diversos instrumentos. Los datos fueron revisados para asegurar coherencia, claridad y especificidad, posteriormente organizados en una base de datos cuantitativos y cualitativos. Para el análisis se aplicaron medidas estadísticas de tendencia central y de dispersión, cuyos resultados se muestran en tablas y gráficos, acompañados de interpretaciones relacionadas con los objetivos específicos de la tesis.

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

Los participantes en el presente estudio fueron 258 estudiantes del nivel secundario, matriculados en la Unidad Educativa Tercera Orden Franciscana de la ciudad de Tarija, de los cuales 143 (55.43%) eran varones y 115 (44.57%) mujeres, distribuidos en el rango etario de 14 a 18 años de los cuales 231 (89.53%) se concentran entre 15 a 17 años.

5.2. RESULTADOS RELACIONADOS CON EL OBJETIVO 1

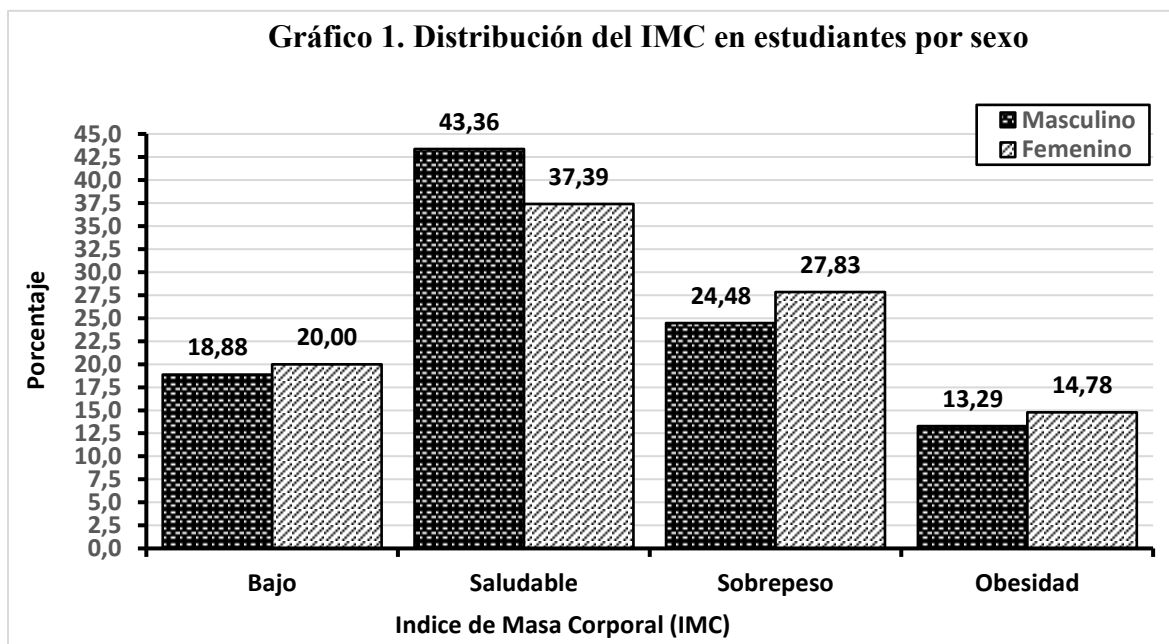
El Objetivo Específico 1 de la tesis establece “*Determinar el Índice de Masa Corporal (IMC) como indicador de comparación entre bajo peso, peso saludable, sobrepeso y obesidad en personas de 14 a 18 años, de ambos sexos, habitantes de la ciudad de Tarija*”, siendo el marcador de logro las características distintivas del IMC.

Con los datos de peso y talla, se ha estimado el índice de masa corporal, encontrándose que el mayor porcentaje de estudiantes presenta un índice de masa corporal saludable (40,70%). Aunque no es altamente significativo, llama la atención que aproximadamente 2 de cada 10 estudiantes (19,38%) tenga un IMC bajo, propio de un estado de desnutrición. De los 258 estudiantes participantes, 103 (39,92%) acusaron IMC combatible con sobrepeso (25,97%) y obesidad (13,95%).

CUADRO N° 1

1. Distribución del IMC en estudiantes por sexo						
IMC	Sexo				Total	
	M		F			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo	27	18,88	23	20,00	50	19,38
Saludable	62	43,36	43	37,39	105	40,70
Sobrepeso	35	24,48	32	27,83	67	25,97
Obesidad	19	13,29	17	14,78	36	13,95
Total	143	55,43	115	44,57	258	100,00

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Cuadro 1

La frecuencia de índice de masa corporal saludable, diferenciado por sexo es mayor en varones (43,36%) que en Mujeres (37,39%). El IMC bajo es ligeramente superior en mujeres (20,0%) que en varones (18,88%), aunque la diferencia no es estadísticamente significativa. También con ligeras diferencias, sin significado estadístico, las frecuencias de sobrepeso y obesidad en varones y mujeres son comparables (37,77% y 42,61% respectivamente). De manera general, en las mujeres se observa la tendencia dominante de mayores frecuencias de IMC con valores altos compatibles con sobrepeso y obesidad.

En el Cuadro 2 se analizan los valores promedio del Índice de Masa Corporal (IMC) en adolescentes varones de 14 a 18 años en Tarija para el año 2025, segmentados por estado nutricional: IMC bajo, IMC saludable, sobrepeso y obesidad. El gráfico revela una preocupante coexistencia de malnutrición por déficit (IMC bajo) y por exceso (sobrepeso y obesidad) en la población estudiada, un fenómeno conocido como la doble carga de la malnutrición. Se observa una tendencia marcada hacia el sobrepeso y la obesidad a partir de los 15 años, mientras que el bajo peso se mantiene presente en todos los grupos de edad.

CUADRO N2

2. Valores promedio y estado del IMC en varones por edad					
N (143)	Edad (años)	Bajo	Saludable	Sobrepeso	Obesidad
11	14	17,36	20,51	24,78	-
52	15	17,83	20,81	24,91	31,11
48	16	16,96	20,36	24,34	29,35
25	17	17,24	20,79	24,68	27,95
7	18	18,01	-	24,39	28,09
Total:143/258					

Fuente: Elaboración propia

El sobrepeso está presente de manera consistente en todas las edades, con valores promedio de IMC que oscilan entre 24.34 y 24.91. Esto indica que los adolescentes en esta categoría se encuentran en el límite superior de la normalidad, en tanto que la obesidad muestra la variación más alarmante:

- * **14 años:** No se registra un valor promedio para la obesidad, sugiriendo una ausencia o muy baja prevalencia en este grupo.
- * **15 años:** La obesidad aparece de forma abrupta y alcanza su IMC promedio más alto (31.11), lo que clasifica a este grupo con Obesidad de Clase I. Este dato sugiere que los 15 años podrían ser una edad crítica para el desarrollo de la obesidad severa.
- * **16 a 18 años:** Aunque el valor promedio disminuye ligeramente después de los 15 años, se mantiene elevado, oscilando entre 27.95 y 29.35, valores que se encuentran en el rango de sobrepeso alto, rozando la obesidad.

El promedio de IMC para el rango saludable es notablemente estable entre los 14 y 17 años, con valores que se mantienen alrededor de 20.5. Sin embargo, se presenta una anomalía significativa a los 18 años, donde se registra un valor de 0.00 para el IMC saludable. Esta ausencia es un dato crítico que podría indicar que, en la muestra de esta edad, no se encontraron individuos dentro del rango de peso considerado saludable, contrastando con la fuerte presencia de las otras tres categorías.

El IMC bajo es una constante en todos los grupos de edad, con valores de IMC promedio que van desde 16.96 (a los 16 años) hasta 18.01 (a los 18 años). La persistencia de esta condición a lo largo de la adolescencia evidencia que la desnutrición sigue siendo un problema relevante en esta población. A pesar de la presencia de desnutrición, la tendencia general a partir de los 15 años se inclina hacia el sobrepeso y la obesidad, lo cual representa un factor de riesgo importante para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles en la edad adulta

A continuación, se analizan los resultados de IMC obtenidos en mujeres de 14 a 18 años, lo cual permitirá comparar similitudes y diferencias con los varones. En el Cuadro 3 el análisis revela una doble carga de malnutrición, donde coexisten tanto la desnutrición (IMC bajo) como el exceso de peso (sobrepeso y obesidad) en la población de adolescentes mujeres. La tendencia general muestra un problema significativo de obesidad a partir de los 15 años.

CUADRO N3

3. Valores promedio y estado de IMC en mujeres por edad					
(N= 115/258)	Edad (años)	Bajo	Saludable	Sobrepeso	Obesidad
8	14	18,66	20,98	24,35	-
35	15	18,53	21,79	24,36	31,82
41	16	19,28	21,18	25,00	30,10
30	17	18,48	21,70	24,97	31,57
1	18	-	20,96	-	-

Fuente: Elaboración propia

En mujeres, el sobrepeso se mantiene constante entre los 14 y 17 años, con un IMC promedio que ronda los 24.7. La obesidad presenta un panorama más preocupante, está ausente a los 14 años, pero emerge con valores muy altos a los 15 años (IMC de 31.82) y a los 17 años (IMC de 31.57). Estos valores corresponden a Obesidad de Clase I y señalan edades críticas para su desarrollo.

Afortunadamente, el IMC saludable está presente en todas las edades. Los valores promedio de IMC para esta categoría son estables, manteniéndose en un rango ideal entre 20.96 y 21.79.

El IMC bajo es una condición persistente entre los 14 y 17 años, con promedios de IMC que oscilan entre 18.48 y 19.28. La ausencia de esta categoría a los 18 años es un dato notable.

A los 15 y 17 años las adolescentes mujeres destacan como los puntos con la mayor severidad de la obesidad, lo que sugiere que son etapas de alta vulnerabilidad para el aumento excesivo de peso en las adolescentes. A los 18 años, se registra un valor promedio para el IMC saludable (20.96). Las categorías de bajo peso, sobrepeso y obesidad aparecen en cero.

Al comparar los datos de IMC de ambos sexos, la similitud más importante es la Doble Carga de Malnutrición. Tanto varones como mujeres enfrentan simultáneamente problemas de desnutrición (bajo peso) y de exceso de peso (sobrepeso y obesidad). Esto indica que no se trata de un problema aislado, sino de un desequilibrio nutricional generalizado en la población adolescente de la región.

En ambos grupos, los 15 años marcan un punto de inflexión dramático donde la obesidad aparece de forma abrupta y con valores de IMC promedio muy elevados. Esto sugiere que los factores de riesgo (sociales, biológicos o de comportamiento) se intensifican fuertemente en esta etapa de la adolescencia para ambos sexos. El sobrepeso es un problema persistente y estable en casi todas las edades tanto en varones como en mujeres, manteniéndose en el límite superior del rango saludable.

Por otro lado, las principales discrepancias entre varones y mujeres de 14 a 18 años son:

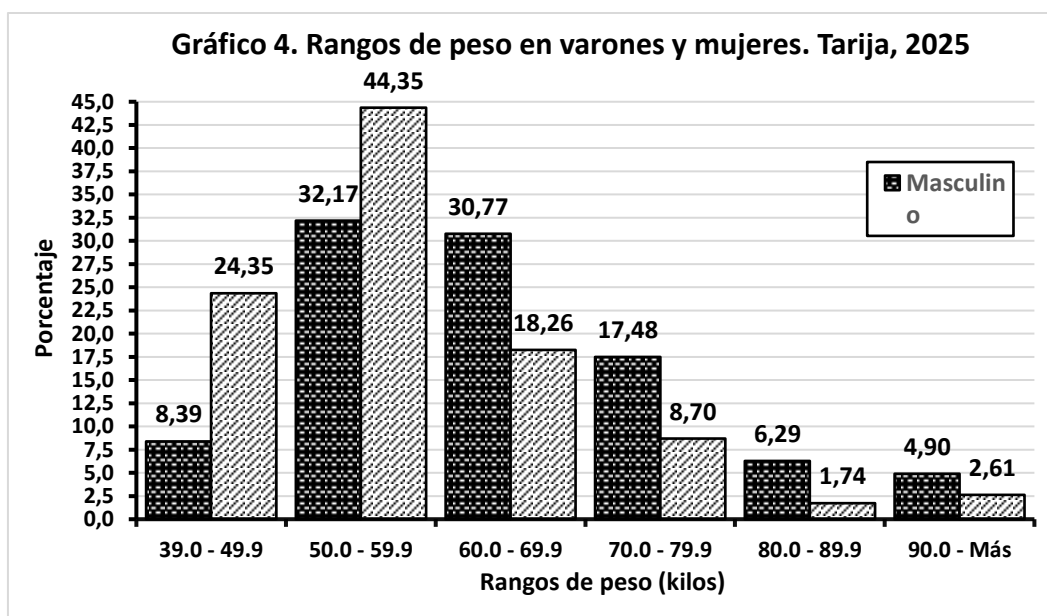
- * **Obesidad.** En varones la obesidad presenta un pico único y muy marcado a los 15 años (IMC de 31.11), para luego disminuir ligeramente, pero mantenerse alta. En mujeres la obesidad muestra dos picos de alta intensidad a los 15 años (31.82) y a los 17 años (31.57). Esto sugiere que las mujeres podrían tener más de un período de alta vulnerabilidad al aumento de peso severo durante la adolescencia.
- * **IMC Bajo (Desnutrición).** En los varones la desnutrición es un problema que persiste en todas las edades analizadas, desde los 14 hasta los 18 años; en tanto que en mujeres la desnutrición está presente entre los 14 y 17 años.

Por último, se analizan peso y talla por edad y sexo con el propósito de identificar cuál de las dos medidas influye directamente sobre el IMC, En relación al peso se observan diferencias claras en la distribución entre adolescentes varones y mujeres. La tendencia general es que el peso de los varones está distribuido en rangos más altos y de forma más amplia, mientras que el peso de las mujeres está más concentrado en rangos más ligeros.

CUADRO N° 4

4. Rangos de peso en varones y mujeres						
Peso (kg)	Sexo				Total	
	M		F			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
39.0 - 49.9	12	8,39	28	24,35	40	15,50
50.0 - 59.9	46	32,17	51	44,35	97	37,60
60.0 - 69.9	44	30,77	21	18,26	65	25,19
70.0 - 79.9	25	17,48	10	8,70	35	13,57
80.0 - 89.9	9	6,29	2	1,74	11	4,26
90.0 - Más	7	4,90	3	2,61	10	3,88
Total	143	55,43	115	44,57	258	100,00

Fuente: Investigación propia



La característica más notable es la altísima concentración de mujeres en el rango de 50.0 - 59.9 kg, que representa al 44.35% de la población femenina. Sumando los dos primeros rangos (39.0-49.9 kg y 50.0-59.9 kg), se encuentra que casi el 70% de las adolescentes mujeres pesan menos de 60 kilos. El porcentaje de mujeres disminuye drásticamente a medida que aumenta el peso. Hay muy pocas representantes en los rangos de 80 kg en adelante (1.74% y 2.61%).

A diferencia de las mujeres, el peso de los varones no está tan concentrado en un solo rango. Aunque el rango más frecuente también es el de 50.0 - 59.9 kg (32.17%), el siguiente rango, 60.0 - 69.9 kg (30.77%), es casi igual de común. Una proporción muy significativa de varones se encuentra en los rangos de peso más elevados, más del 28% de los adolescentes varones pesan 70 kg o más (17.48% + 6.29% + 4.90%). Existe una "cola" notable en la distribución hacia los pesos más altos, indicando que un grupo considerable de varones tiene un peso corporal elevado para su edad.

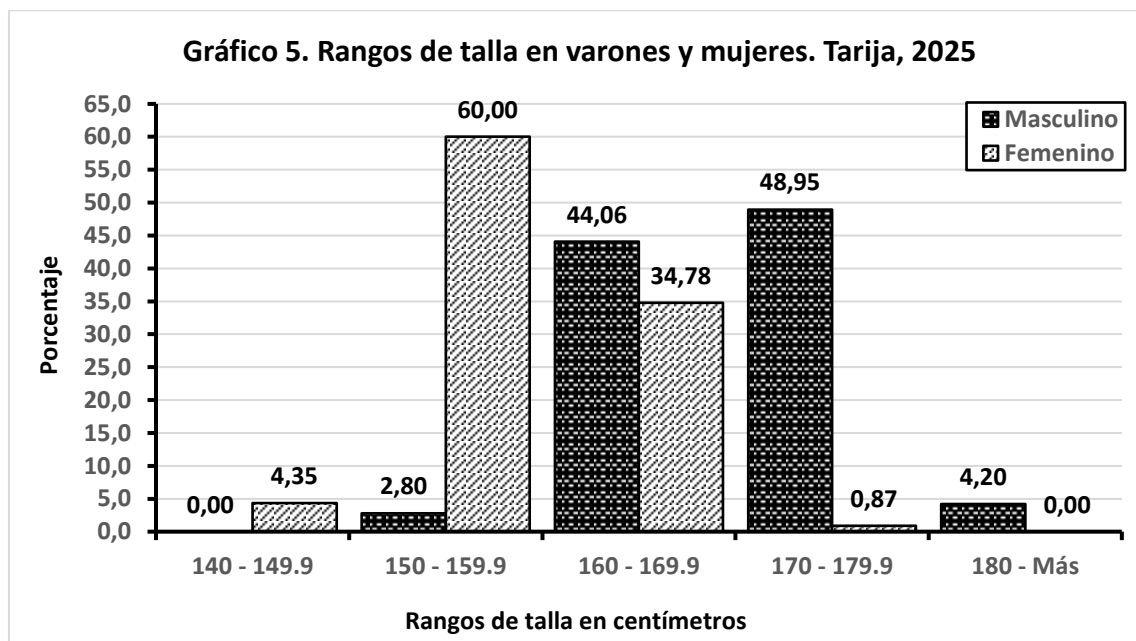
Viendo la información de IMC por edad y sexo, combinada con el peso por sexo, se confirma el problema generalizado de malnutrición, aparentemente dominado por el exceso de peso (sobrepeso y obesidad). La causa subyacente es una distribución de peso corporal que se ha desplazado hacia valores muy altos para una parte significativa de la población adolescente, tanto en hombres como en mujeres, lo cual puede confirmar que el problema del sobrepeso y la obesidad en los adolescentes de Tarija está fundamentado en una alta frecuencia de pesos corporales elevados, siendo esta tendencia más dispersa y pronunciada en los varones que en las mujeres.

En el Cuadro 5 se ilustra claramente el dimorfismo sexual en la estatura durante la adolescencia. Las mujeres presentan una estatura promedio menor y una distribución mucho más concentrada en un rango específico, mientras que los varones son, en promedio, más altos y su talla se distribuye de manera más amplia en rangos superiores.

CUADRO N° 5

5. Rangos de talla en varones y mujeres						
Talla (cm)	Sexo				Total	
	M		F			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
140 - 149.9	0	0,00	5	4,35	5	1,94
150 - 159.9	4	2,80	69	60,00	73	28,29
160 - 169.9	63	44,06	40	34,78	103	39,92
170 - 179.9	70	48,95	1	0,87	71	27,52
180 - Más	6	4,20	0	0,00	6	2,33
Total	143	55,43	115	44,57	258	100,00

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Cuadro 5

El dato más destacable es que el 60.00% de las adolescentes mujeres se encuentran en el rango de 150 - 159.9 cm. Esto indica una homogeneidad muy alta en la estatura de este grupo. Sin embargo, sumando los rangos principales, casi el 95% de las jóvenes miden entre 150 y 169.9 cm. La presencia de mujeres por encima de 1.70 m es mínima (menos del 1%). La estatura media de las adolescentes de este grupo se sitúa claramente en el rango de 150-159.9 cm.

A diferencia de las mujeres, la talla de los varones se concentra en dos rangos principales y más altos: 160 - 169.9 cm (44.06%) y 170 - 179.9 cm (48.95%). Prácticamente el 98% de los varones miden más de 1.60 m, aunque existe un grupo minoritario pero significativo (4.20%) de varones con una estatura de 1.80 m o más, un rango en el que no hay representación femenina. Finalmente, la estatura media de los varones es notablemente superior a la de las mujeres, ubicándose en algún punto entre los rangos de 160 y 180 cm.

Con los datos de peso y talla, es posible entender a cabalidad por qué las tasas de sobrepeso y obesidad son tan altas. En mujeres, la causa del sobrepeso/obesidad radica en que la mayoría de ellas (60%) tiene una estatura relativamente baja (1.50 - 1.59 m) con un peso más común en el rango de 50-59.9 kg. Una adolescente de 14 a 18 años que mide 1.55 m y pesa 60 kg tiene un IMC de 25.0, el límite exacto del sobrepeso. Cualquier peso superior a ese, dentro de esa estatura tan común, resultará en un diagnóstico de sobrepeso u obesidad. Esto explica perfectamente las altas cifras del Cuadro y Gráfico 2.

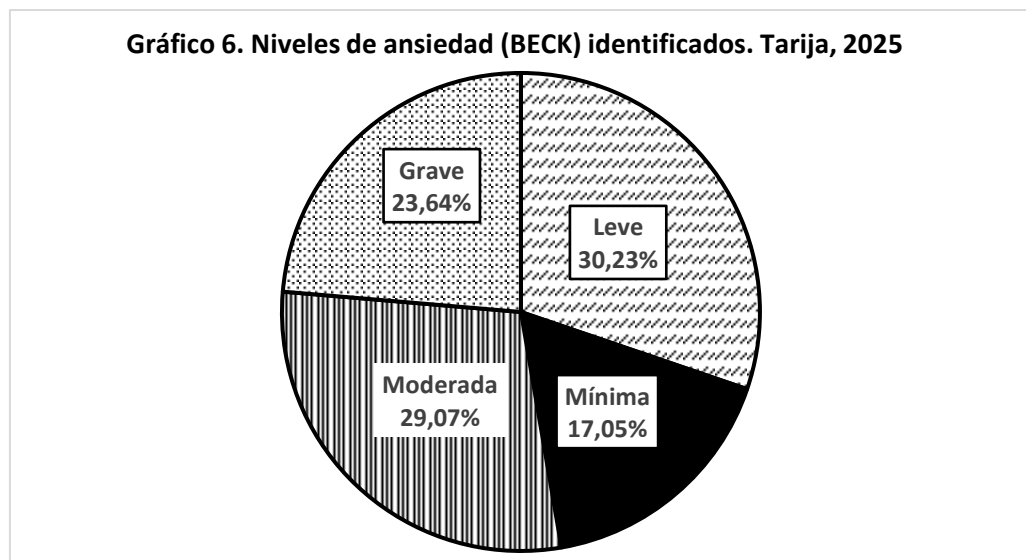
Por el contrario, la causa del sobrepeso/obesidad en varones consisten en que la mayoría de estos tiene una estatura más alta (principalmente entre 1.60 y 1.79 m), con una distribución de peso mucho más elevada, con un gran porcentaje por encima de 60, 70 e incluso 80 kg. Un adolescente varón de 14 a 18 años, que mide 1.70 m y pesa 75 kg tiene un IMC de 25.95 (sobrepeso). Si pesa 85 kg, su IMC sube a 29.4 (casi obesidad). Esto explica con total claridad las alarmantes cifras de sobrepeso y obesidad del Gráfico 1.

En resumen, los datos recabados muestran un panorama completo y coherente de la situación nutricional de los adolescentes en Tarija para 2025. Aparentemente existe una crisis de salud pública caracterizada por una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en ambos sexos. La causa fundamental es una discordancia entre el peso y la talla: las distribuciones de peso corporal son excesivamente altas para las estaturas características de esta población adolescente, tanto en hombres como en mujeres.

5.3 RESULTADOS RELACIONADOS CON EL OBJETIVO 2

El Objetivo Específico 2 de la tesis indica: *Establecer el nivel de ansiedad, asociado a IMC bajo, IMC saludables, sobrepeso y obesidad en personas de ambos sexos de 14 a 18 años, habitantes de la ciudad de Tarija.*

Inicialmente se analiza la frecuencia general de niveles identificados en la muestra de 258 estudiantes de ambos sexos, presentando los resultados en el gráfico circular que muestra la distribución de los niveles de ansiedad, medidos mediante la Escala de Ansiedad de Beck. Los resultados indican una presencia significativa de síntomas de ansiedad en este grupo, con casi un tercio de los adolescentes experimentando niveles de leves a moderados.



Fuente: Cuadro 6

Ansiedad leve (30.23%) es la categoría más prevalente; lo que representa casi un tercio de la población con síntomas que, si bien son leves, pueden generar malestar ocasional e interferir ligeramente en su vida cotidiana.

Le sigue ansiedad moderada (29.07%), demostrando que otro tercio de los adolescentes experimenta síntomas son persistentes y notorios, afectando probablemente de manera constante su funcionamiento diario, requiriendo un mayor esfuerzo para sobrellevar las actividades académicas y sociales.

Es alarmante que casi una cuarta parte de la población estudiada (aproximadamente 1 de cada 4 adolescentes o 23,64%) presente un nivel de ansiedad grave. Esto sugiere la presencia de síntomas intensos y frecuentes que muy probablemente interfieren de manera significativa en su calidad de vida, su rendimiento académico y su bienestar emocional. Este grupo requeriría una evaluación profesional y posible intervención.

El grupo menos numeroso es el que acusa ansiedad mínima (17.05%). Representa a los adolescentes que reportaron muy pocos o ningún síntoma de ansiedad, considerándose dentro del rango normal y sin afectación en su vida diaria, aunque no deben dejar de preocupar.

La suma de los niveles leve, moderada y grave (82.94%) sugiere que una abrumadora mayoría de los adolescentes en este estudio experimenta algún grado de sintomatología ansiosa. Más de la mitad de los adolescentes (52.71%) se encuentran en los niveles de ansiedad moderada y grave, lo que indica una necesidad potencial de servicios de apoyo y salud mental para una parte significativa de esta población.

En el Cuadro 6 se presenta la distribución porcentual de los cuatro niveles de ansiedad (Leve, Mínima, Moderada y Grave), medidos por la escala de Beck, en adolescentes de 14 a 18 años en Tarija.

CUADRO N° 6

6. Frecuencia de ansiedad por edad (BECK)									
Edad (años)	N°	Nivel de ansiedad							
		Leve		Mínima		Moderada		Grave	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
14	19	5	6,41	2	4,55	5	6,67	7	11,48
15	87	26	33,33	13	29,55	24	32,00	24	39,34
16	89	30	38,46	12	27,27	29	38,67	18	29,51
17	55	13	16,67	15	34,09	15	20,00	12	19,67
18	8	4	5,13	2	4,55	2	2,67	0	0,00
Total:258		78	30,23	44	17,05	75	29,07	61	23,64 = 100%

Fuente: Elaboración propia

En los adolescentes de 14 años el nivel de ansiedad predominante es el Grave (11.4%), lo cual es un dato preocupante considerando la menor edad del grupo estudiado. Los niveles de ansiedad Leve (6.4%), Mínima (4.5%) y Moderada (6.7%) son relativamente bajos en comparación con otras edades.

A los 15 años se presenta un pico alarmante en la ansiedad Grave, alcanzando el 39.3%, el valor más alto de todo el grupo participante, que también muestra una alta prevalencia de ansiedad Leve (33.3%) y Moderada (32.0%). Indicando que es la edad con la mayor carga general de sintomatología ansiosa de la muestra.

En los estudiantes de 16 años el nivel de ansiedad más común es el Leve (38.4%), que también es el pico más alto para esta categoría en todo el estudio. Aunque la ansiedad Grave disminuye respecto a los 15 años, sigue siendo muy alta (29.5%).

La contribución de los estudiantes de 17 años destaca principalmente en el nivel Mínima (34,0%), siendo la edad que más aporta a esta categoría. Sin embargo, también mantiene una contribución significativa a los casos de ansiedad Grave (19,6%), confirmando que los niveles sintomáticos se extienden a las edades más avanzadas.

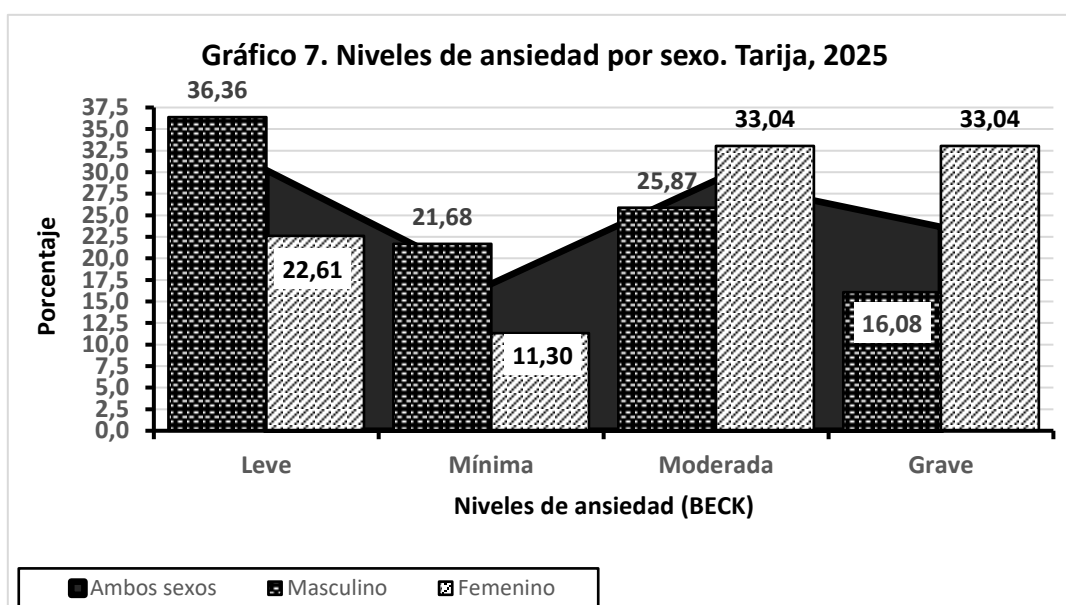
A los 18 años se observa un descenso drástico y muy notable en todos los niveles de ansiedad, debido a la mínima cantidad de muestra comparada con las edades anteriores. Las frecuencias observadas de ansiedad Grave (0.0%), Leve (5.1%), Mínima (4.5%) y Moderada (2.7%), no son estadísticamente válidos para extrapolar a mayor población de 18 años de edad, considerándolos resultados por efecto de la muestrea mínima.

De la misma manera que se analizó la frecuencia de niveles de ansiedad por edad, en el Cuadro 7 se compara la prevalencia de los cuatro niveles de ansiedad de Beck entre adolescentes de sexo masculino y femenino, sin discriminar edad. Al analizar la información, emerge una diferencia clara y significativa en cómo se distribuyen los niveles de ansiedad entre varones y mujeres.

CUADRO N° 7

7. Frecuencia de ansiedad por sexo (BECK)						
Nivel de Ansiedad	Sexo					
	M		F		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Leve	52	36,36	26	22,61	78	30,23
Mínima	31	21,68	13	11,30	44	17,05
Moderada	37	25,87	38	33,04	75	29,07
Grave	23	16,08	38	33,04	61	23,64
Total	143	55,43	115	44,57	258	100,00

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

Los niveles con menor frecuencia relativa corresponden a ansiedad Leve y Mínima. En estos niveles, los varones presentan porcentajes más altos que las mujeres; ansiedad Leve es 36.36% en varones frente a 22.61% en mujeres, mientras que la ansiedad Mínima llega a 21.68% en varones y 11.30% en mujeres (casi el doble). Este hallazgo sugiere que los hombres son más propensos a reportar síntomas de ansiedad de baja intensidad.

En los niveles clínicamente significativos de ansiedad Moderada y Grave, la tendencia se invierte completamente con frecuencias más altas. Aquí, las mujeres (femenino) muestran porcentajes

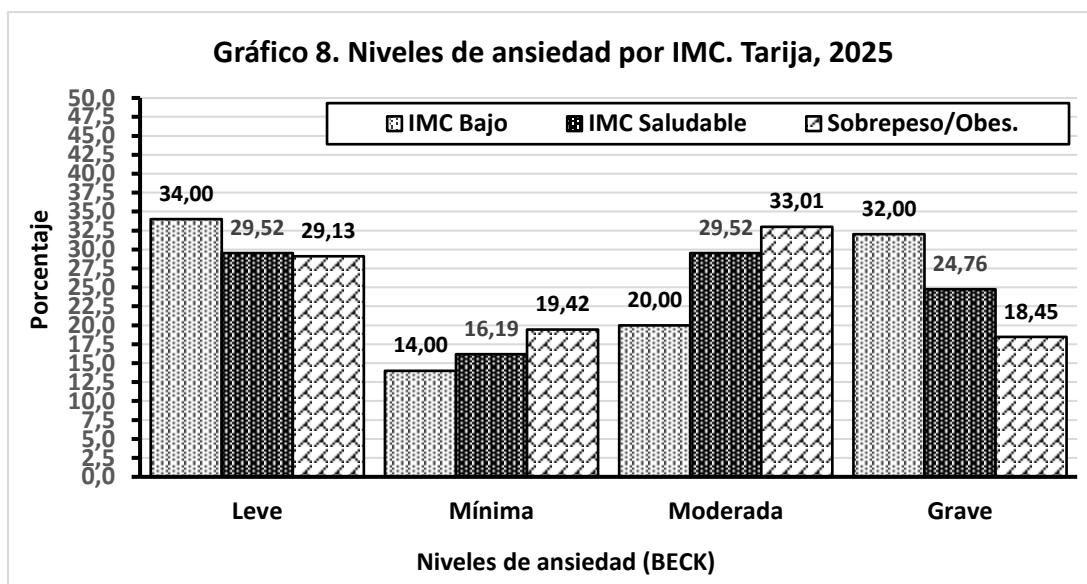
notablemente superiores, ansiedad Moderada de 33.04% frente a 25.87% en varones. Ansiedad Grave llega al doble en mujeres (33.04%) comparada con varones (16.08%).

El hallazgo más importante es que la experiencia de la ansiedad en esta población adolescente parece estar fuertemente diferenciada por el sexo. No es que un sexo tenga más "ansiedad" en general, sino que manifiestan diferentes niveles de severidad. Las adolescentes mujeres constituyen un grupo de mayor riesgo para desarrollar formas de ansiedad más severas (Moderada y Grave). Por el contrario, los adolescentes varones, tienden a experimentar con más frecuencia síntomas leves o mínimos, que, si bien indican la presencia de ansiedad, son menos incapacitantes.

Por último, se compara los porcentajes de adolescentes que experimentan diferentes niveles de ansiedad, según la clasificación de la escala de Beck, desglosados en tres categorías de Índice de Masa Corporal (IMC): IMC Bajo, IMC Saludable y Sobrepeso/Obesidad, como se muestra.

CUADRO N° 8

8. Niveles de ansiedad por IMC						
Nivel de ansiedad	Indice de Masa Corporal (IMC)					
	Bajo		Saludable		Sobrepeso/Obes.	
	N°	%	N°	%	N°	%
Leve	17	34,00	31	29,52	30	29,13
Mínima	7	14,00	17	16,19	20	19,42
Moderada	10	20,00	31	29,52	34	33,01
Grave	16	32,00	26	24,76	19	18,45
Total	50	19,38	105	40,70	103	39,92



Fuente: Elaboración propia

El hallazgo más significativo es que el grupo con IMC Bajo presenta el porcentaje más alto de ansiedad Grave con un 32.00%. Este valor es considerablemente superior al del grupo con IMC Saludable (24.76%) y casi duplica al del grupo con Sobrepeso/Obesidad (18.45%). De manera similar, el grupo de IMC Bajo también registra la prevalencia más alta de ansiedad Leve (34.00%). Esto sugiere que los adolescentes con bajo peso en esta población son los más vulnerables a experimentar los extremos del espectro de la ansiedad (tanto leve como, y más preocupante, grave).

El grupo con Sobrepeso/Obesidad muestra el porcentaje más alto de ansiedad Moderada (33.01%), superando a los otros dos grupos. Contrariamente a lo que se podría suponer, este grupo presenta el porcentaje más bajo de ansiedad Grave (18.45%) y también registran la prevalencia más alta de ansiedad Mínima (19.42%). Esto podría indicar que, si bien la ansiedad está presente en adolescentes con sobrepeso/obesidad, tiende a manifestarse con intensidad moderada y no severa.

Los adolescentes con IMC Saludable no lideran en los niveles extremos de ansiedad. Sus porcentajes de ansiedad Leve y Moderada son idénticos (29.52%). Su nivel de ansiedad Grave (24.76%) se sitúa en un punto medio entre el grupo de bajo peso y el de sobrepeso.

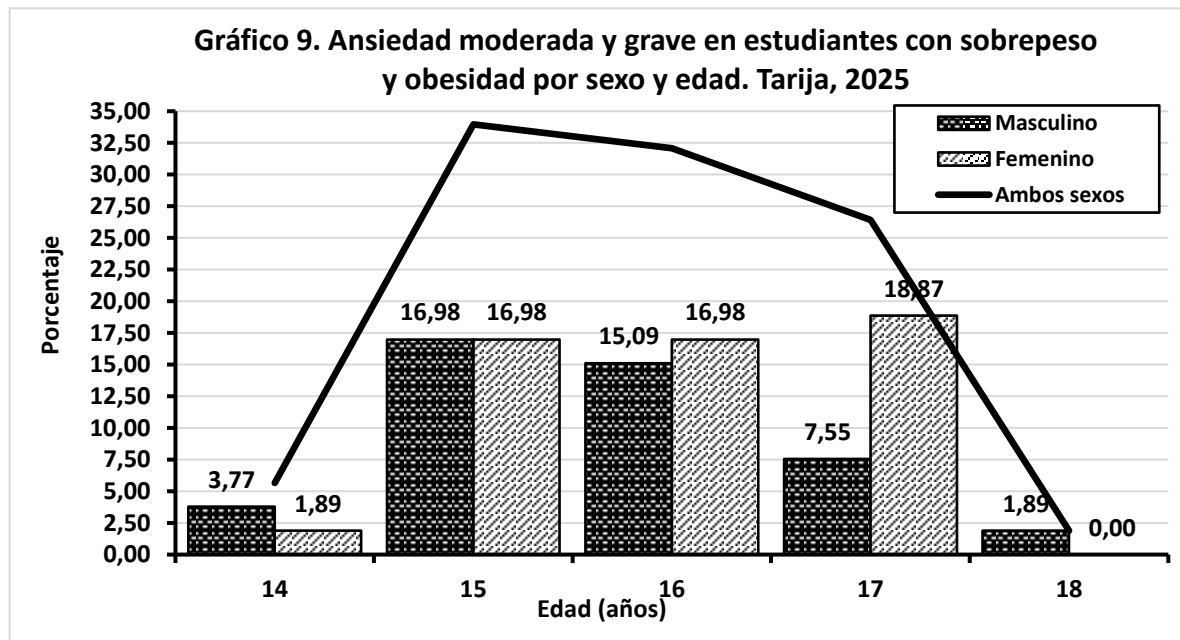
Discriminando la frecuencia de ansiedad Moderada y Grave en adolescentes con sobrepeso/obesidad, se observa cómo varía la distribución de la ansiedad moderada y grave en este subgrupo de estudiantes.

Los datos se presentan en porcentajes y se separan por sexo (masculino y femenino), además de mostrar una línea de tendencia general resultante de la sumatoria de frecuencias de ambos sexos (columna total en el cuadro 9).

CUADRO N° 9

9. Frecuencia de ansiedad moderada y grave por edad y sexo en estudiantes con sobrepeso y obesidad						
Edad (años)	Sexo					
	M		F		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
14	2	3,77	1	1,89	3	5,66
15	9	16,98	9	16,98	18	33,96
16	8	15,09	9	16,98	17	32,08
17	4	7,55	10	18,87	14	26,42
18	1	1,89	0	0,00	1	1,89
Total	24	45,28	29	54,72	53	100,00

Fuente: Elaboración propia



La tendencia general muestra un aumento drástico de la ansiedad desde los 14 años, alcanzando su punto más alto a los 15 años. A partir de esa edad, la prevalencia combinada comienza a descender de manera progresiva hasta llegar a su nivel más bajo a los 18 años. La edad de 15 años parece ser un punto de inflexión crítico, tanto en hombres como en mujeres, la prevalencia de ansiedad se dispara en comparación con los 14 años, alcanzando un valor idéntico y elevado del 16.98% para ambos sexos.

Al comparar los datos entre hombres y mujeres, surgen diferencias notables, especialmente después de los 15 años. La prevalencia de ansiedad en los varones comienza en un 3.77% a los 14 años, alcanza su punto máximo a los 15 años (16.98%) y, a partir de ahí, muestra una tendencia descendente constante: disminuye a 15.09% a los 16 años, baja significativamente a 7.55% a los 17, y llega a un mínimo de 1.89% a los 18 años.

La prevalencia en las mujeres comienza más baja que en los hombres, con un 1.89% a los 14 años, al igual que los varones, experimenta un salto abrupto a los 15 años (16.98%), sin embargo, a diferencia de los varones, la prevalencia en las mujeres se mantiene alta y constante en 16.98% a los 16 años y alcanza su punto máximo a los 17 años (18.87%) para caer a los 18 años a 1.89% debido a la población muestral reducida en esta edad.

5.4. RESULTADOS RELACIONADOS CON EL OBJETIVO 3

El tercer Objetivo Específico de la tesis busca *Evaluar el nivel de estrés percibido y los factores dominantes, asociado a IMC bajo, IMC saludable, sobrepeso y obesidad en personas de ambos sexos de 14 a 18 años, habitantes de la ciudad de Tarija.*

La presentación de resultados comienza con el análisis del índice de estrés percibido (PSQ) en una escala normalizada de 0 a 1, desglosando los datos por edad y sexo. La observación más destacada es que las adolescentes mujeres reportan un índice de estrés percibido consistentemente más alto que los adolescentes varones en todos los grupos de edad, lo cual establece una clara y consistente brecha de género en la percepción del estrés.

CUADRO N° 10

10. Índice de estrés percibido por edad y sexo			
Edad (años)	Sexo		
	Varones	Mujeres	Total
14	0.38	0.51	0.45
15	0.40	0.49	0.45
16	0.40	0.47	0.44
17	0.38	0.48	0.43
18	0.32	0.53	0.43
Promedio	0.39	0.48	0.44

Fuente: Elaboración propia

El hallazgo más destacado es que, en promedio y en cada grupo de edad, las adolescentes mujeres reportan un índice de estrés percibido consistentemente más alto (0.48) que los varones (0.39). Esta diferencia sugiere que, en esta muestra de población, las mujeres adolescentes tienden a percibir su vida como más estresante, incontrolable y abrumadora en comparación con sus pares masculinos.

Al observar los datos por edad, se pueden identificar que el nivel de estrés percibido, en general, es más alto a los 14 y 15 años (0.45) y luego muestra una ligera disminución gradual a los 16 (0.44) y se estabiliza a los 17 y 18 años (0.43). Esto podría indicar que el inicio de la adolescencia es percibido como el período más estresante.

El estrés percibido en varones comienza en 0.38 a los 14 años, tiene un ligero pico a los 15 y 16 años (0.40) y luego disminuye a los 18 años (0.32). El punto más bajo de estrés para los hombres es a los 18 años. Por el contrario, en mujeres el punto más alto de estrés percibido se da a los 14 años (0.51); luego disminuye y fluctúa, pero se mantiene elevado, repuntando nuevamente a los 18 años (0.53) a un nivel incluso superior al inicial. Esto indica que, para las mujeres en este grupo, el final de esta etapa adolescente (18 años) es un período de estrés percibido particularmente alto.

A continuación, se analiza la distribución del índice de estrés percibido PSQ en ambos sexos, discriminando valores promedio generales para cada uno de los seis factores que componen la escala, (Cuadro 11). Estos datos complementan el anterior análisis al no solo indicar el nivel de estrés, sino

también de dónde proviene ese estrés. Al analizar los factores, es posible entender qué áreas de la vida son las más estresantes para los adolescentes de esta muestra. Los datos comparan las respuestas entre adolescentes de sexo masculino (M) y femenino (F), en un rango de edad de 14 a 18 años. Los valores representan el nivel promedio de estrés percibido para cada factor.

CUADRO N° 11

11. Índice de estrés percibido por factores PSQ y sexo			
Factores PSQ	Sexo		
	Masculino	Femenino	Total
Factor 1 (Tensión, Irritabilidad y Fatiga)	0.37	0.47	0.42
Factor 2 (Aceptación Social de Conflictos)	0.33	0.45	0.39
Factor 3 (Energía y Diversión)	0.40	0.48	0.44
Factor 4 (Sobrecarga)	0.42	0.50	0.46
Factor 5 (Satisfacción por Autorrealización)	0.50	0.52	0.51
Factor 6 (Miedo y Ansiedad)	0.43	0.56	0.50

Fuente: Elaboración propia

El análisis de los datos revela una marcada diferencia en la percepción del estrés entre adolescentes de sexo femenino y masculino. El hallazgo más consistente es que las participantes femeninas presentan puntuaciones significativamente más altas en los seis factores evaluados, lo que indica una mayor percepción de estrés en todas las dimensiones medidas en comparación con sus pares masculinos.

A nivel general, los factores que más contribuyen al estrés en la muestra total son el Factor 5 (Satisfacción por la Autorrealización), con un índice de 0.51, y el Factor 6 (Miedo y Ansiedad), con 0.50. Es crucial señalar que una puntuación elevada en factores con una valencia positiva, como “Satisfacción”, se interpreta como una ausencia de dicha cualidad; por lo tanto, estos resultados señalan la falta de satisfacción y la presencia de miedo como las principales fuentes de estrés para este grupo de adolescentes. En contraste, el Factor 2 (Aceptación Social de Conflictos) presenta el índice general más bajo (0.39), sugiriendo que es una fuente de estrés de menor impacto relativo.

El análisis específico por sexo revela perfiles de estrés diferenciados, a pesar de que ambos grupos identifican los mismos tres factores como los más problemáticos (Sobrecarga, Satisfacción y Miedo). La principal fuente de estrés para las adolescentes mujeres es el Factor 6 (Miedo y Ansiedad), que alcanza un valor de 0.56, la puntuación más elevada de todo el estudio. Le siguen en importancia el Factor 5 (Satisfacción por la Autorrealización) con 0.52 y el Factor 4 (Sobrecarga) con 0.50. El factor de menor incidencia para ellas es, al igual que en la muestra general, el Factor 2 (Aceptación Social de Conflictos) (0.45). En contraste, para los adolescentes masculinos la principal fuente de estrés es el Factor 5 (Satisfacción por la Autorrealización), con una puntuación de 0.50. A continuación, se sitúan el Factor 6 (Miedo y Ansiedad) con 0.43 y el Factor 4 (Sobrecarga) con 0.42. Nuevamente, el Factor 2 (Aceptación Social de Conflictos) es el que genera una menor percepción de estrés (0.33).

Al examinar las diferencias numéricas entre ambos perfiles, se observa que la mayor brecha se encuentra en el Factor 6 (Miedo y Ansiedad), con una diferencia de 0.13 puntos entre mujeres (0.56) y hombres (0.43). Esto subraya que la experiencia de miedo y ansiedad es desproporcionadamente más intensa en el grupo femenino. Diferencias notables también se aprecian en el Factor 1 (Tensión) (0.10 puntos) y el Factor 2 (Aceptación) (0.12 puntos).

La menor brecha se registra en el Factor 5 (Satisfacción por la Autorrealización), con solo 0.02 puntos de diferencia que no es estadísticamente significativa. Aunque es el principal estresor para los hombres y el segundo para las mujeres, este dato indica que la preocupación por la autorrealización es un desafío significativo y casi universal para ambos sexos en esta etapa vital.

En el Cuadro 12 se presentan los puntajes promedio de seis factores de la Escala de Estrés Percibido, comparando a adolescentes varones (14-18 años) según su estado de Índice de Masa Corporal (IMC), que se divide en tres categorías: Bajo, Saludable y Sobrepeso/Obesidad.

CUADRO N° 12

12. Índice de estrés percibido por factores y estado del IMC en varones			
Factores	Estado del IMC		
	Bajo	Saludable	Sobrepeso/Obesidad
Factor 1 (Tensión, Irritabilidad y Fatiga)	0.36	0.39	0.35
Factor 2 (Aceptación Social de Conflictos)	0.34	0.34	0.31
Factor 3 (Energía y Diversión)	0.43	0.42	0.37
Factor 4 (Sobrecarga)	0.42	0.43	0.41
Factor 5 (Satisfacción por Autorrealización)	0.48	0.49	0.51
Factor 6 (Miedo y Ansiedad)	0.41	0.47	0.40

Fuente: Elaboración propia

El análisis de la percepción de estrés en función de las categorías del Índice de Masa Corporal (IMC) Bajo, Saludable y Sobrepeso/Obesidad revela patrones de variación específicos para cada uno de los seis factores estudiados. A continuación, se detalla la relación observada entre cada factor y el estado nutricional.

- **Factor 1: Tensión, irritabilidad y fatiga.** Los niveles de estrés reportados son relativamente homogéneos entre los grupos, con puntuaciones de 0.36 (IMC Bajo), 0.39 (IMC Saludable) y 0.35 (Sobrepeso/Obesidad). Resulta notable que el grupo con IMC Saludable presente el nivel más elevado, un hallazgo que contrasta con la suposición de que el sobrepeso podría asociarse a una mayor tensión. Sin embargo, la mínima dispersión en los datos sugiere que el IMC no es un diferenciador significativo para este factor.
- **Factor 2: Aceptación social de conflictos.** Este factor presenta los niveles de estrés más bajos del estudio (promedio general de 0.33). Se observa una ligera tendencia decreciente al aumentar el IMC: los grupos de IMC Bajo y Saludable comparten una puntuación de 0.34, la cual desciende a 0.31 en el grupo con Sobrepeso/Obesidad. Esto podría sugerir una menor aceptación de su condición o una mayor sensibilidad al conflicto social en este último grupo.
- **Factor 3: Energía y diversión.** Se identifica una relación inversamente proporcional entre la percepción de estrés en este factor y el IMC. El grupo con IMC Bajo reporta el nivel más alto (0.43), seguido por el grupo Saludable (0.42), mientras que el grupo con Sobrepeso/Obesidad

presenta el nivel más bajo (0.37). Esto indica que los individuos con un peso inferior al saludable perciben un mayor nivel de estrés en esta área.

- **Factor 4: Sobrecarga.** De forma similar al Factor 1, los niveles de estrés por sobrecarga son consistentemente altos y estables en las tres categorías: 0.42 (Bajo), 0.43 (Saludable) y 0.41 (Sobrepeso/Obesidad). Este factor constituye una de las fuentes de estrés más relevantes para la población estudiada (promedio general de 0.42), independientemente de su categoría de peso.
- **Factor 5: Satisfacción por autorrealización.** Este factor, interpretado como el estrés asociado a la búsqueda de la satisfacción y autorrealización, no solo presenta las puntuaciones más altas del estudio (promedio general de 0.50), sino que es el único que muestra una clara tendencia ascendente con el IMC. La puntuación pasa de 0.48 en el grupo de IMC Bajo a 0.49 en el Saludable, alcanzando su máximo de 0.51 en el grupo con Sobrepeso/Obesidad. Este hallazgo contraintuitivo sugiere que, a mayor IMC, se intensifica la percepción de estrés vinculada a la autorrealización.
- **Factor 6: Miedo y ansiedad.** El comportamiento de este factor es no lineal. El grupo con IMC Saludable reporta el nivel de estrés más elevado (0.47), mientras que los grupos en los extremos de peso, IMC Bajo (0.41) y Sobrepeso/Obesidad (0.40), presentan niveles inferiores y similares entre sí. Este patrón podría indicar que las presiones y ansiedades evaluadas por este factor son percibidas con mayor agudeza por los individuos dentro del rango de peso normativo.

En resumen, el análisis comparativo revela perfiles de estrés complejos y distintivos para cada categoría de IMC. El grupo con IMC Bajo se caracteriza por registrar el mayor nivel de estrés en el factor Energía y diversión (0.43), pero simultáneamente el menor en Satisfacción por autorrealización (0.48). Contrario a lo esperado, el grupo con IMC Saludable reporta los niveles más elevados en tres de los seis factores: Tensión (0.39), Sobrecarga (0.43) y Miedo y ansiedad (0.47).

Esto podría indicar que, pese a su estado nutricional óptimo, el grupo con IMC Saludable experimenta mayores presiones psicológicas. El grupo con Sobrepeso/Obesidad presenta un perfil particular: registra el nivel más alto de estrés en Satisfacción por autorrealización (0.51), mientras

que, paradójicamente, reporta los niveles más bajos en Tensión (0.35), Aceptación social (0.31), Energía (0.37) y Miedo (0.40).

De la misma manera, se analiza el índice de estrés percibido por factores obtenido en adolescentes mujeres siendo la característica más destacada y consistente que todos los factores de estrés percibido alcanzan su punto máximo en el grupo de adolescentes con un IMC Saludable.

CUADRO N° 13

13. Índice de estrés percibido por factores y estado del IMC en mujeres			
Factores	Estado del IMC		
	Bajo	Saludable	Sobrepeso/Obesidad
Factor 1 (Tensión, Irritabilidad y Fatiga)	0.47	0.51	0.45
Factor 2 (Aceptación Social de Conflictos)	0.45	0.48	0.42
Factor 3 (Energía y Diversión)	0.48	0.49	0.46
Factor 4 (Sobrecarga)	0.47	0.53	0.49
Factor 5 (Satisfacción por Autorrealización)	0.48	0.55	0.50
Factor 6 (Miedo y Ansiedad)	0.55	0.60	0.53

Fuente: Elaboración propia

El análisis de los datos correspondientes a la población de adolescentes mujeres revela un patrón de estrés percibido notablemente consistente y diferenciado en función del estado de su Índice de Masa Corporal (IMC). A diferencia de la variabilidad observada en la población masculina, en las adolescentes mujeres emerge una tendencia inequívoca: el grupo con un IMC clasificado como Saludable reporta sistemáticamente los niveles más elevados de estrés en la totalidad de los seis factores evaluados.

La distribución de las puntuaciones evidencia que la mayor carga psicológica se concentra en el grupo de IMC saludable. El Factor 6 (Miedo y Ansiedad) se destaca como el principal estresor, alcanzando la puntuación más alta de todo el estudio (0.60) en este grupo, y presentando un promedio general de 0.56, lo que subraya su impacto transversal en toda la muestra femenina.

Le siguen en magnitud el Factor 5 (Satisfacción por la Autorrealización) y el Factor 4 (Sobrecarga), con picos de 0.55 y 0.53 respectivamente en el mismo grupo de IMC saludable. El hallazgo en el Factor 5 es particularmente paradójico; una puntuación elevada en "Satisfacción" en un contexto de alto estrés general sugiere que esta no refleja un estado de bienestar, sino más bien una alta exigencia o una búsqueda de autorrealización que se constituye como un estresor significativo.

De manera similar, el Factor 3 (Energía y Diversión) alcanza su valor máximo (0.49) en el grupo saludable. Este dato, en un contexto de tensión elevada, podría interpretarse no como una vitalidad positiva, sino como un estado de hiperactivación o energía de carácter nervioso. Finalmente, el Factor 1 (Tensión, Irritabilidad y Fatiga) y el Factor 2 (Aceptación Social de Conflictos) replican este mismo patrón, con puntuaciones máximas de 0.51 y 0.48 en el grupo de IMC saludable.

A partir de este análisis factorial, se definen tres perfiles claros:

- **Grupo con IMC Saludable.** Funciona como el epicentro del estrés percibido. Presenta la mayor carga psicológica en todas las dimensiones, reflejando un posible estado de preocupación constante y alta activación fisiológica y emocional.
- **Grupo con Sobrepeso/Obesidad.** Reporta consistentemente los niveles más bajos de estrés en todos los factores, aunque los valores se mantienen en un rango significativo (≥ 0.42), indicando que no están exentas de estrés.
- **Grupo con IMC Bajo.** Ocupa una posición intermedia, con niveles de estrés inferiores a los del grupo saludable pero superiores a los del grupo con sobrepeso/obesidad.

Al poner los dos conjuntos de datos uno al lado del otro, emergen diferencias muy significativas en cómo los adolescentes varones y mujeres perciben el estrés en relación con su Índice de Masa Corporal (IMC). La primera observación es que las adolescentes mujeres reportan niveles de estrés percibido más altos que los varones en prácticamente todos los factores y en todas las categorías de IMC. Los puntajes de las mujeres (que van de 0.42 a 0.60) son consistentemente más elevados que los de los varones (que van de 0.31 a 0.51).

En las mujeres el patrón de los factores es uniforme y consistente. Para los 6 factores, sin excepción, el nivel de estrés más alto se encuentra en el grupo con IMC Saludable. Gráficamente, todos los factores seguirían una curva de "U invertida". En los varones el patrón es mixto y variable, no hay una única tendencia. Algunos factores disminuyen con el IMC (Energía, Aceptación), uno aumenta (Satisfacción) y otros alcanzan su pico en el grupo saludable (Tensión, Miedo, Sobrecarga). Esto sugiere que la experiencia de estar en un IMC "saludable" es cualitativamente diferente y, aparentemente, más estresante para las mujeres que para los varones en esta muestra.

Por último, se analiza el índice de estrés percibido por factores en adolescentes varones y mujeres con sobrepeso y obesidad observándose una tendencia clara y consistente en los seis factores evaluados, las adolescentes mujeres reportan niveles de estrés significativamente más altos que los varones en la misma condición. El promedio general para las mujeres es de 0.48, mientras que para los varones es de 0.38, lo que indica una diferencia marcada en la percepción global del estrés.

CUADRO N14

14. Índice de estrés percibido por factores y sexo en estudiantes con sobrepeso y obesidad. Tarija, 2025		
Factores	Sexo	
	Masculino	Femenino
Factor 1 (Tensión, Irritabilidad y Fatiga)	0.35	0.45
Factor 2 (Aceptación Social de Conflictos)	0.31	0.42
Factor 3 (Energía y Diversión)	0.37	0.46
Factor 4 (Sobrecarga)	0.41	0.49
Factor 5 (Satisfacción por Autorrealización)	0.51	0.50
Factor 6 (Miedo y Ansiedad)	0.40	0.53

Fuente: Elaboración propia

Uno de los hallazgos más evidentes es que las estudiantes de sexo femenino reportan un índice de estrés percibido consistentemente más alto que sus pares de sexo masculino en todos y cada uno de los seis factores medidos. La brecha más significativa entre sexos se observa en el Factor 6 (Miedo y Ansiedad), donde las mujeres tienen un índice de 0.53, mientras que los hombres registran un 0.40. Esto indica que el miedo y la ansiedad son una fuente de estrés considerablemente mayor para las adolescentes mujeres en este grupo de estudio. La diferencia más pequeña, aunque todavía notable, se

encuentra en el Factor 5 (Satisfacción por Autorrealización), con un índice de 0.51 para las mujeres y 0.50 para los hombres.

El comportamiento del estrés para cada factor tiene las siguientes características en adolescentes varones y mujeres con sobrepeso/obesidad:

- **Factor 1 (Tensión, Irritabilidad y Fatiga):** Las mujeres (0.45) perciben niveles más altos de estrés relacionados con estos síntomas físicos y emocionales en comparación con hombres (0.35).
- **Factor 2 (Aceptación Social de Conflictos):** Este es el factor que genera el menor nivel de estrés para ambos sexos (Femenino: 0.42; Masculino: 0.31). Aun así, la percepción de estrés es mayor en las mujeres.
- **Factor 3 (Energía y Diversión):** La falta de energía y diversión es una fuente de estrés más sentida por las adolescentes (0.46) que por los adolescentes (0.37).
- **Factor 4 (Sobrecarga):** La sensación de estar sobrecargado genera un estrés significativamente mayor en las mujeres (0.49) que en los hombres (0.41).
- **Factor 5 (Satisfacción por Autorrealización):** Este factor representa una de las fuentes de estrés más altas para ambos grupos. La insatisfacción con los logros y el desarrollo personales es casi igual de estresante para hombres (0.51) y mujeres (0.50).
- **Factor 6 (Miedo y Ansiedad):** Es el factor que provoca el nivel más alto de estrés percibido en las mujeres (0.53) y el tercero más alto en los hombres (0.40) después de los factores 5 y 4.

Las adolescentes con sobrepeso y obesidad en este estudio perciben niveles de estrés significativamente más altos que los hombres en todas las áreas evaluadas. Para ambos sexos, los factores relacionados con la autorrealización (Factor 5) y el miedo y la ansiedad (Factor 6) son los que generan mayor estrés. Esto podría estar vinculado a presiones sociales, imagen corporal y preocupaciones sobre el futuro. La "Aceptación Social de Conflictos" (Factor 2) es el factor que menos estrés parece generar en general, aunque la diferencia entre sexos se mantiene. Factores como la sobrecarga de actividades o responsabilidades y la falta de energía y diversión también son importantes contribuidores al estrés, especialmente en el caso de las mujeres.

Los resultados obtenidos sugieren que las estudiantes mujeres con sobrepeso u obesidad son un grupo particularmente vulnerable al estrés, especialmente en lo que respecta a la ansiedad, el miedo y la satisfacción personal. Los hombres, aunque con niveles más bajos, también experimentan un estrés considerable por la insatisfacción con su autorrealización.

5.5. RESULTADOS RELACIONADOS CON EL OBJETIVO ESPECIFICO 4

El objetivo específico 4 indica: *Analizar las dimensiones de regulación emocional observadas en personas de ambos sexos de 14 a 18 años, que presentan IMC bajo, IMC saludable o sobrepeso y obesidad.*

El análisis del Cuadro 15 revela importantes tendencias sobre las dificultades en la regulación emocional en adolescentes de 14 a 18 años. Los datos reflejan la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS), donde puntuaciones más altas indican mayores dificultades para manejar las emociones. En general, los resultados sugieren que los adolescentes en este rango de edad en Tarija presentan, en promedio, dificultades en la regulación de sus emociones, con puntuaciones que oscilan entre 83 y 101 puntos. A continuación, se presenta la interpretación detallada de los datos globales luego de procesar el total de respuestas brindadas por los 258 participantes.

CUADRO N° 15

15. Promedio global de puntuaciones DERS por edad y sexo			
Edad	M	F	Ambos sexos
14	88	99	92
15	89	98	93
16	89	101	94
17	83	95	90
18	85	84	85

Fuente: Elaboración propia

El análisis de la trayectoria de las dificultades emocionales entre los 14 y 18 años, revela tendencias significativas tanto en el desarrollo por edad como en las diferencias de género. El promedio general evidencia que la adolescencia media es un período de alta vulnerabilidad,

alcanzando un pico de desregulación emocional a los 16 años, con una puntuación de 94. A partir de este punto, se inicia una tendencia descendente progresiva hasta los 18 años, lo que podría sugerir el desarrollo de mejores estrategias de regulación en la adolescencia tardía.

La observación más consistente a lo largo del período analizado es la brecha de género. En todos los grupos de edad, las adolescentes mujeres reportan puntuaciones promedio de desregulación emocional significativamente más altas que sus pares varones, excepto a la edad de 18 años, donde el promedio de los varones es un punto mayor al de las mujeres. Esta divergencia es más pronunciada a los 16 años, donde la puntuación de las mujeres (101) excede a la de los hombres (89) por 12 puntos. El desglose cronológico por edad muestra lo siguiente:

A los 14 años, la brecha ya es notable, con una puntuación de 99 para las mujeres frente a 88 para los hombres, a los 15 años, se observa un ligero incremento en ambos grupos, alcanzando 98 y 89 respectivamente.

A los 16 años, se registra el punto máximo de dificultades para ambos sexos, siendo especialmente agudo en las mujeres (101), mientras que a los 17 años, comienza un descenso sostenido para ambos, con puntuaciones de 95 para las mujeres y 83 para los hombres, la más baja para ellos en todo el registro.

Finalmente, a los 18 años, la tendencia a la baja continúa, alcanzando los valores mínimos del período para ambos sexos, con 84 para las mujeres y 85 para varones. Cabe señalar que la menor participación de estudiantes en esta edad podría influir en estos resultados.

Tras el análisis de los datos globales, se procede a examinar los promedios de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS), discriminando los resultados según las seis dimensiones que la componen y diferenciando por sexo (masculino y femenino), además de incluir un promedio general para ambos grupos. Es importante destacar que puntuaciones más elevadas en la DERS reflejan mayores dificultades en la regulación emocional.

CUADRO N° 16

16. Promedio global de puntuaciones por dimensiones DERS y sexo			
Dimensiones	Masculino	Femenino	Ambos sexos
No Aceptación	13	15	14
Metas	13	14	13
Impulsividad	13	15	14
Conciencia	19	21	20
Estrategia	17	20	18
Claridad	14	14	14

Fuente: Elaboración propia

El resultado para el sexo femenino presenta puntuaciones promedio más altas que el masculino en casi todas las dimensiones, con la única excepción de "Claridad", donde las puntuaciones son idénticas. Esto sugiere que, en esta muestra, las mujeres reportan mayores dificultades para regular sus emociones en comparación con los adolescentes varones.

Las dimensiones con las puntuaciones más elevadas para ambos sexos, que representan las áreas de mayor dificultad, son "Conciencia" (promedio global de 20) y "Estrategia" (promedio global de 18). Esto indica que las mayores dificultades de los adolescentes en general se relacionan con la falta de conciencia emocional y el acceso limitado a estrategias de regulación. Por otro lado, el área de menor dificultad, con la puntuación más baja para ambos sexos es "Metas" (promedio global de 13), lo que sugiere que la capacidad de mantener un comportamiento dirigido a metas a pesar de experimentar emociones negativas es el área de menor dificultad reportada por este grupo.

Desglosando el análisis por cada una de las seis dimensiones y comparando los promedios por sexo, se observa lo siguiente:

- **No Aceptación (de las respuestas emocionales).** Las adolescentes (15) muestran una mayor tendencia a tener respuestas secundarias negativas (como vergüenza o culpa) hacia sus propias emociones en comparación con los varones (13). En general, existe una dificultad moderada en aceptar las propias emociones.

- **Metas (Dificultad para implicarse en conductas dirigidas a metas).** Es la dimensión con la puntuación promedio más baja. Aunque las mujeres (14) reportan una dificultad ligeramente mayor que los hombres (13), en general, los adolescentes de la muestra parecen ser capaces de concentrarse y seguir con sus tareas a pesar de estar experimentando malestar emocional.
- **Impulsividad (Dificultades en el control de impulsos).** Las adolescentes (15) reportan mayores dificultades para mantener el control de su comportamiento cuando experimentan emociones negativas que los adolescentes varones (13).
- **Conciencia (Falta de conciencia emocional).** Es la dimensión con la puntuación más alta para ambos sexos, indicando que es el área de mayor dificultad. Tanto hombres como mujeres reportan problemas para prestar atención y ser conscientes de sus propias emociones. La dificultad es notablemente más alta en el sexo femenino (21) que en el masculino (19).
- **Estrategia (Acceso limitado a estrategias de regulación emocional).** Esta es la segunda área con mayor puntuación. Indica que los adolescentes sienten que tienen pocas estrategias efectivas para manejar sus emociones una vez que se sienten mal. La diferencia entre sexos es significativa, con las mujeres (20) reportando un acceso mucho más limitado a estas estrategias en comparación con los hombres (17).
- **Claridad (Falta de claridad emocional).** Esta es la única dimensión en la que no hay diferencia entre sexos. Ambos grupos reportan un nivel idéntico de dificultad para comprender y nombrar las emociones que están sintiendo.

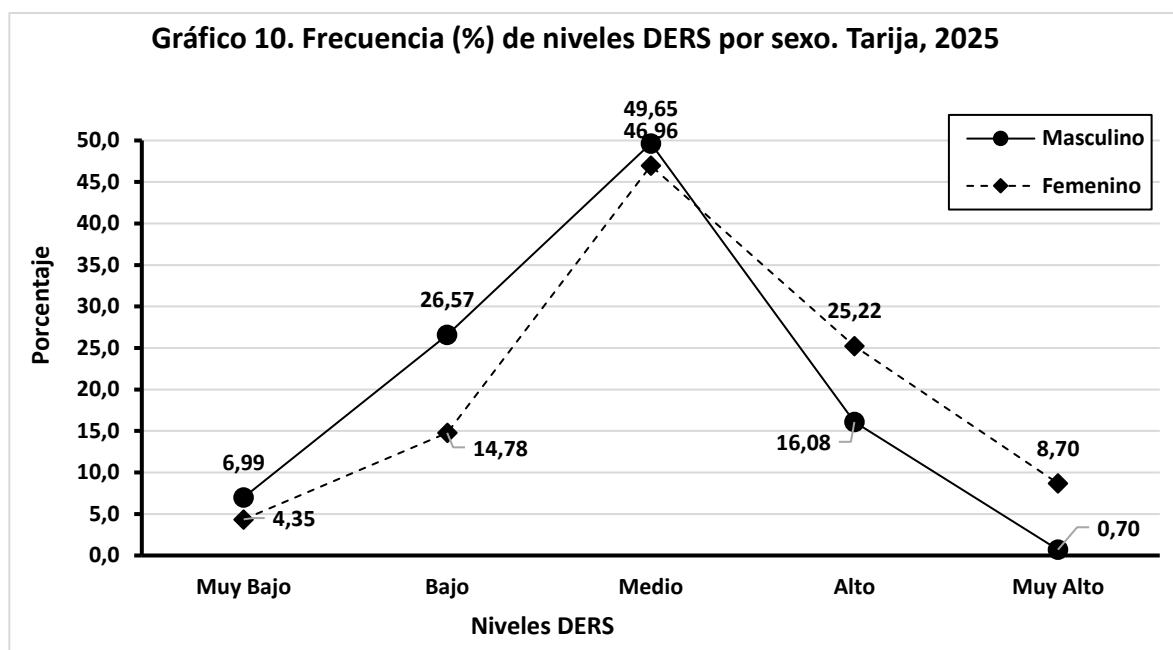
De acuerdo con los resultados, existe una brecha de género consistente donde las adolescentes mujeres reportan mayores dificultades en la regulación emocional que sus pares varones en todas las áreas evaluadas, excepto en "Claridad emocional". Las diferencias más marcadas se encuentran en las dimensiones de Estrategia (+3 puntos) y Conciencia (+2 puntos). Los datos sugieren que si bien los adolescentes en Tarija enfrentan desafíos en la regulación emocional, especialmente en ser conscientes de sus emociones y saber cómo manejarlas, estas dificultades son reportadas con mayor intensidad por el sexo femenino.

Los datos, presentados en el Cuadro 17, muestran la distribución porcentual de los niveles de dificultad en la regulación emocional (medidos por la escala DERS) en un grupo de adolescentes de 14 a 18 años, diferenciados por sexo (masculino y femenino). La escala clasifica las dificultades en cinco niveles: Muy Bajo, Bajo, Medio, Alto y Muy Alto.

CUADRO N° 17

17. Frecuencia (%) de niveles por sexo		
Niveles de dificultad	Sexo	
	Masculino	Femenino
Muy Bajo	6,99	4,35
Bajo	26,57	14,78
Medio	49,65	46,96
Alto	16,08	25,22
Muy Alto	0,70	8,70
Total	100%	100%

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Cuadro 17

Tanto para el grupo masculino como para el femenino, el nivel medio de dificultad en la regulación emocional es el más frecuente. Casi la mitad de los adolescentes de ambos sexos se ubican en esta categoría (49.65% de los hombres y 46.96% de las mujeres).

Esto sugiere que una dificultad moderada para regular las emociones es la característica más común en la población estudiada.

Al analizar las diferencias entre adolescentes hombres y mujeres, se observan patrones distintos, especialmente en los extremos de la escala. Un porcentaje considerablemente mayor de hombres se encuentra en los niveles "Muy Bajo" (6.99% vs. 4.35%) y "Bajo" (26.57% vs. 14.78%) en comparación con las mujeres. Sumando ambas categorías, el 33.56% de los hombres presenta dificultades bajas o muy bajas, mientras que solo el 19.13% de las mujeres se encuentra en este rango. Esto indica que es más común que los adolescentes varones reporten tener pocas dificultades para regular sus emociones.

La tendencia se invierte en los niveles más altos. Un porcentaje significativamente mayor de mujeres se ubica en los niveles "Alto" (25.22% vs. 16.08%) y, de forma muy marcada, en "Muy Alto" (8.70% vs. 0.70%). Sumando estas categorías, el 33.92% de las mujeres presenta dificultades altas o muy altas, en comparación con solo el 16.78% de los hombres. Esto sugiere que las adolescentes mujeres de la muestra tienden a reportar mayores niveles de dificultad en la regulación emocional que sus pares varones.

Si además del análisis por sexo, éste se realiza por edad para identificar una posible evolución cronológica de los niveles de dificultad tanto para varones como para mujeres, se obtienen los resultados siguientes. En el Cuadro 18 se expone la distribución porcentual de los niveles de dificultad en la regulación emocional en adolescentes varones de 14 a 18 años, clasificadas en cinco niveles muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto. En términos generales, la mayoría de los adolescentes se ubica en un nivel medio de dificultades (49.65%), lo que indica que es común enfrentar un grado moderado de desafíos para manejar las emociones en esta etapa del desarrollo.

CUADRO N° 18

18. Frecuencia (%) de niveles DERS por edad en varones						
Edad	Niveles de dificultad					
	Muy Bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto	%
14	9,09	18,18	54,55	18,18	0,00	100%
15	3,85	30,77	50,00	13,46	1,92	100%
16	4,17	22,92	54,17	18,75	0,00	100%
17	16,00	32,00	36,00	16,00	0,00	100%
18	14,29	14,29	57,14	14,29	0,00	100%
Total	6,99	26,57	49,65	16,08	0,70	100%

Fuente: Elaboración propia

Aproximadamente un tercio de la muestra (33.56%) presenta dificultades bajas o muy bajas, lo que sugiere que una parte considerable de los jóvenes tiene una adecuada capacidad para regular sus emociones. Por otro lado, un 16.08% se encuentra en niveles altos de dificultad, representando un subgrupo significativo que podría estar en riesgo emocional, mientras que los niveles muy altos, indicativos de desregulación severa, son extremadamente raros (0.70%).

Al analizar la distribución por edad, se observan patrones específicos; a los 14 años, más de la mitad (54.55%) de los adolescentes se sitúa en el nivel medio, con niveles bajo y alto igualmente presentes en 18.18% cada uno, y sin casos reportados en muy alto. A los 15 años, predomina el nivel medio (50%), siendo este grupo el que mayor porcentaje de nivel bajo tiene (30.77%), y el único que registra un pequeño porcentaje en nivel muy alto (1.92%), aunque sigue siendo poco frecuente.

Los adolescentes de 16 años presentan nuevamente una mayoría en nivel medio (54.17%) y el segundo porcentaje más alto en nivel alto (18.75%), evidenciando que casi uno de cada cinco tiene dificultades notables. Sin embargo, a los 17 años, el patrón cambia levemente, con un predominio menor del nivel medio (36%), acompañado de los porcentajes más altos en niveles muy bajo (16%) y bajo (32%), lo que indica una mejor regulación emocional en comparación con otros grupos.

Finalmente, a los 18 años, el nivel medio alcanza su máxima concentración (57.14%), mientras que las dificultades bajas y altas se distribuyen equitativamente en 14.29%, sin presencia de casos en

nivel muy alto. Aparentemente la norma para esta muestra es presentar dificultades emocionales moderadas, con una baja prevalencia de problemas severos, aclarando que, por el tamaño reducido de muestra en esta edad, los resultados no son extrapolables a una mayor cantidad de adolescentes.

En síntesis, las variaciones por edad evidencian que los adolescentes de 17 años parecen manejar mejor sus emociones, mientras que los de 15 y 16 años registran mayores porcentajes en niveles altos de dificultad, lo que sugiere la necesidad de enfoques específicos para cada grupo etario.

A continuación, se analizan los niveles de dificultad en la escala DERS en adolescentes mujeres por edad.

CUADRO N° 19

19. Frecuencia (%) de niveles DERS por edad en mujeres						
Edad	Niveles de dificultad					%
	Muy Bajo	Bajo	Muy Bajo	Alto	Muy Bajo	
14	0,00	12,50	50,00	37,50	0,00	100%
15	8,57	14,29	45,71	28,57	5,71	100%
16	2,44	17,07	41,46	26,83	12,20	100%
17	6,67	13,33	53,33	16,67	10,00	100%
18	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	100%
Total	4,35	14,78	46,96	25,22	8,70	100%

Fuente: Elaboración propia

En términos generales, la categoría predominante es el nivel medio, que agrupa al 46.96% de la muestra, indicando que casi la mitad de las jóvenes presentan un grado promedio de desafíos para manejar sus emociones. Sin embargo, es importante destacar que el nivel alto, es el segundo más frecuente con un 25.22%, y sumado al nivel muy alto (8.70%), se observa que aproximadamente un tercio (33.92%) de las adolescentes enfrenta dificultades importantes en esta área. Las dificultades bajas se presentan en un 14.78%, mientras que solo un 4.35% se encuentra en el nivel muy bajo, mostrando una capacidad desarrollada para la regulación emocional en una minoría.

Al analizar por edad, las adolescentes de 14 años tienen una marcada concentración en nivel medio (50%) y el porcentaje más alto en nivel alto (37.50%), sin casos en niveles extremos.

A los 15 años se registra la distribución más amplia, con presencia en todos los niveles y un 8.57% en muy bajo y 5.71% en muy alto, destacando la variabilidad emocional en esta edad. A los 16 años el nivel medio es menor (41.46%), pero es el grupo con mayor porcentaje en muy alto (12.20%), sugiriendo un pico de dificultades severas, además de un 17.07% en nivel bajo; las adolescentes de 17 años presentan la mayor proporción en nivel medio (53.33%), con un 10% en muy alto, y menor presencia en nivel alto (16.67%) en comparación con edades previas. Finalmente, el grupo de 18 años muestra una distribución homogénea y atípica, con el 100% en nivel medio y ausencia total en los demás niveles, por las limitaciones en el tamaño muestral.

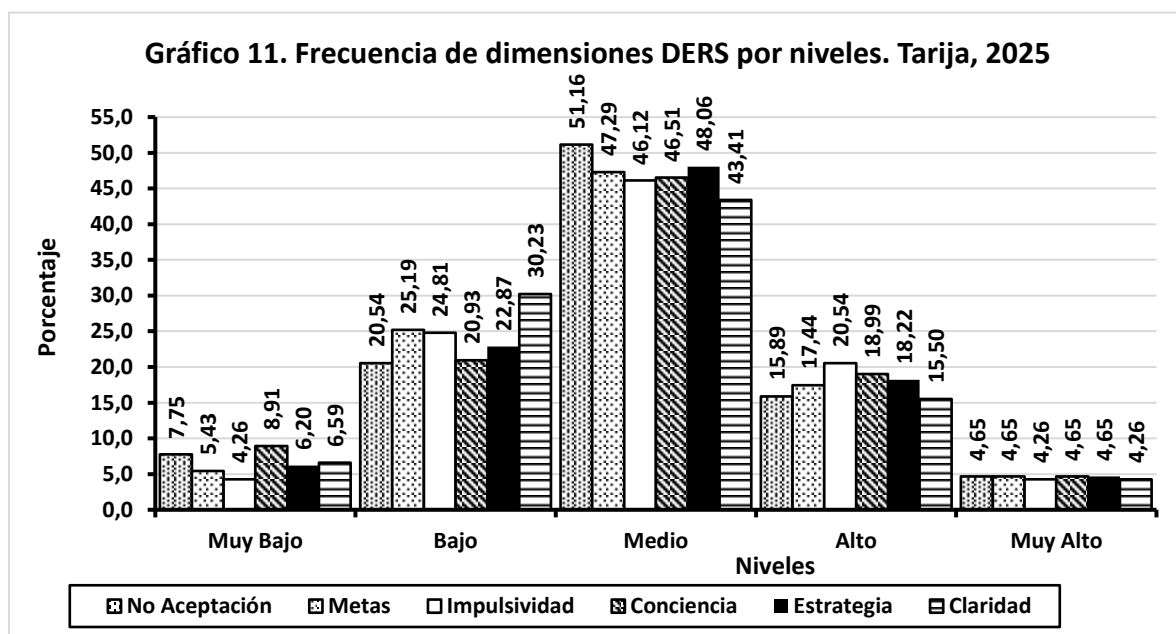
En síntesis, la adolescencia femenina muestra una tendencia general hacia niveles medios y altos de dificultad en la regulación emocional, con un subgrupo importante que enfrenta dificultades severas, especialmente a los 16 años, lo que indica la necesidad de intervenciones focalizadas para apoyar el desarrollo emocional durante esta etapa crítica.

A seguir se entrecruzan la frecuencia de dimensiones DERS con los niveles de dificultad en la regulación emocional. Los datos muestran la distribución porcentual de los adolescentes encuestados en diferentes niveles de dificultad (Muy Bajo, Bajo, Medio, Alto, Muy Alto) para cada una de las seis dimensiones de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS).

CUADRO N° 20

20. Frecuencia (%) de dimensiones de la DERS por niveles de dificultad						
Niveles	Dimensiones DERS					
	No Aceptación	Metas	Impulsividad	Conciencia	Estrategia	Claridad
Muy Bajo	7,75	5,43	4,26	8,91	6,20	6,59
Bajo	20,54	25,19	24,81	20,93	22,87	30,23
Medio	51,16	47,29	46,12	46,51	48,06	43,41
Alto	15,89	17,44	20,54	18,99	18,22	15,50
Muy Alto	4,65	4,65	4,26	4,65	4,65	4,26
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Cuadro 20

La observación más destacada es que la gran mayoría de los adolescentes se concentra en el nivel Medio de dificultad en todas las dimensiones, seguido por el nivel Bajo. Los niveles extremos (Muy Bajo y Muy Alto) presentan los porcentajes menores. Esto sugiere que, en general, la población de adolescentes estudiada experimenta dificultades moderadas en su regulación emocional, no siendo comunes ni la ausencia total de dificultades ni la presencia de dificultades muy severas.

Interpretando los resultados por nivel de dificultad, se observa que el Nivel Medio es el nivel predominante en todas las dimensiones, con porcentajes que van desde el 43.41% hasta el 51.16%. "No Aceptación" es la dimensión con el porcentaje más alto en este nivel (51.16%). Esto indica que la dificultad más común y de nivel moderado entre los adolescentes es la no aceptación de sus propias respuestas emocionales. Le siguen de cerca las dificultades para acceder a "Estrategias" de regulación (48.06%) y para actuar orientado a "Metas" cuando se experimentan emociones negativas (47.29%).

El segundo grupo más grande es el Nivel Bajo, lo que significa que un número considerable de adolescentes (entre el 20% y el 30%) reporta tener pocas dificultades. La dimensión de "Claridad" emocional tiene el porcentaje más alto en este nivel (30.23%). Esto puede significar que los adolescentes tienen una buena claridad sobre las propias emociones o que, entre quienes tienen pocas dificultades, la falta de claridad es el problema menos frecuente.

Un grupo más pequeño pero significativo (entre el 15% y el 20%) se ubica en un nivel alto de dificultad. Este podría ser considerado un grupo de riesgo. La dimensión de "Impulsividad" destaca en este nivel con el porcentaje más elevado (20.54%). Esto es un hallazgo importante: para los adolescentes que tienen altas dificultades en la regulación emocional, el problema principal es el control de los impulsos cuando se sienten abrumados por sus emociones.

En los niveles extremos de muy bajo y muy alto, se observa que menos del 9% de los adolescentes se ubica en el nivel Muy Bajo, lo que indica que es poco común tener una capacidad de regulación emocional excepcionalmente buena. Menos del 5% de la muestra presenta dificultades muy severas atribuibles al nivel Muy Alto. Aunque es el grupo más pequeño, es clínicamente el más significativo, ya que estos adolescentes probablemente requieran intervención profesional. Las dificultades en este nivel están distribuidas de manera muy similar entre todas las dimensiones.

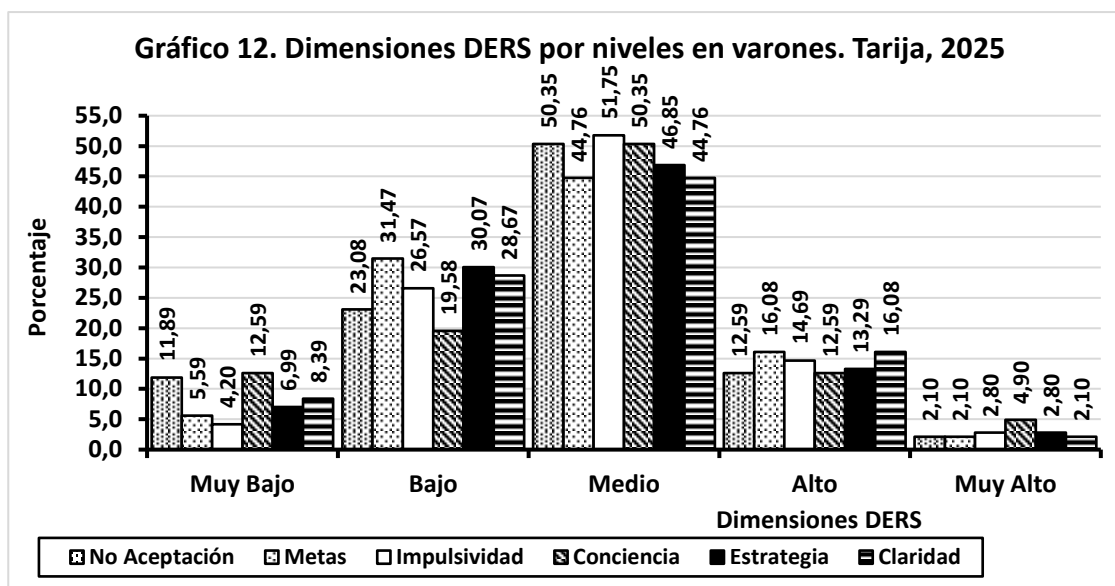
Con el interés de descubrir diferencias de género en el cruzamiento de dimensiones DERS con niveles de dificultad, se presenta un análisis detallado de las seis dimensiones de la regulación emocional evaluadas mediante la escala DERS en adolescentes varones de 14 a 18 años, distribuidos en cinco niveles de dificultad Muy Bajo, Bajo, Medio, Alto y Muy Alto.

Un patrón general que destaca en los resultados es que la mayoría de los jóvenes se sitúa en el nivel "Medio" para todas las dimensiones, seguido por el nivel "Bajo", lo cual indica que, en términos generales, estos adolescentes enfrentan dificultades moderadas para regular sus emociones, sin llegar a presentar una desregulación severa

CUADRO N° 21

21. Dimensiones de la DERS en varones						
Niveles	Dimensiones					
	No Aceptación	Metas	Impulsividad	Conciencia	Estrategia	Claridad
Muy Bajo	11,89	5,59	4,20	12,59	6,99	8,39
Bajo	23,08	31,47	26,57	19,58	30,07	28,67
Medio	50,35	44,76	51,75	50,35	46,85	44,76
Alto	12,59	16,08	14,69	12,59	13,29	16,08
Muy Alto	2,10	2,10	2,80	4,90	2,80	2,10
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Cuadro 21

En la dimensión de No Aceptación, el 50.35% se encuentra en nivel medio, reflejando una dificultad moderada para aceptar sus propias emociones sin juzgarlas, aunque un 14.69% experimenta dificultades que podrían implicar autocrítica o rechazo emocional. En cuanto a la dimensión Metas, que mide la capacidad para mantener conductas orientadas a objetivos frente a emociones negativas, el 44.76% está en nivel medio y un 18.18% en niveles altos, evidenciando que las emociones pueden interferir en su rendimiento y metas personales. La impulsividad es la dimensión con mayor frecuencia en nivel medio (51.75%), y presenta también un 17.49% de estudiantes con dificultades altas o muy altas para controlar comportamientos impulsivos bajo estrés, marcando un área crítica de intervención.

La Conciencia emocional muestra una distribución más polarizada, con un 50.35% en nivel medio y porcentajes iguales (12.59%) en los niveles Muy Bajo y Alto, lo que indica que mientras algunos adolescentes son muy conscientes de sus emociones, otros tienen dificultades para identificarlas. Respecto al acceso a estrategias de regulación, el 46.85% percibe una capacidad moderada, pero un 16.09% se siente con escasas o ninguna herramienta para manejar emociones, lo cual puede generar cierta desesperanza. La dimensión Claridad emocional revela que 44.76% enfrenta una dificultad media para identificar y nombrar sus emociones, mientras que un 18.18% muestra confusión significativa que dificulta la autorregulación.

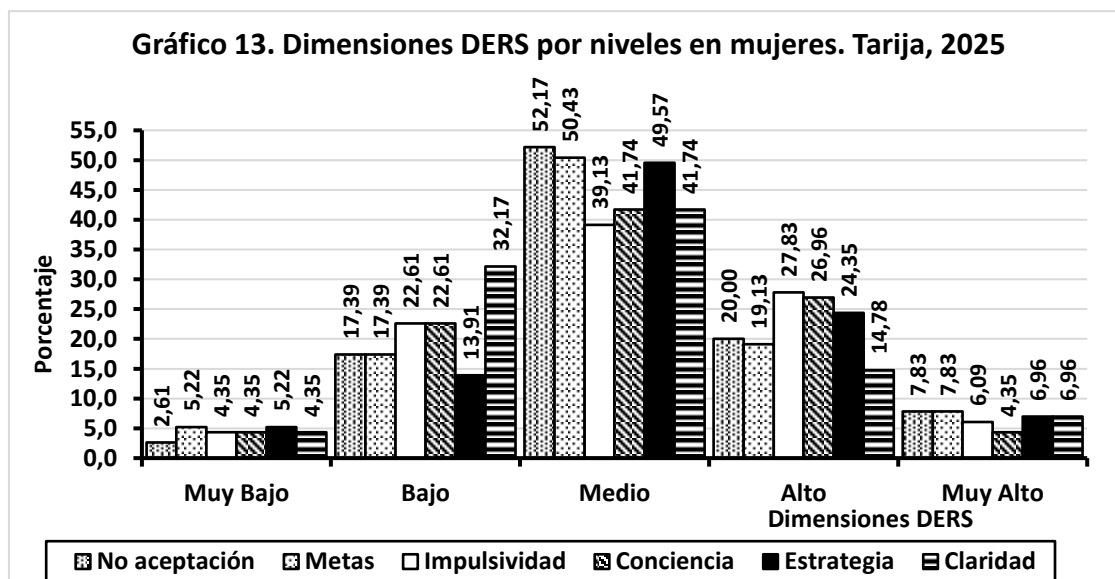
Estos resultados describen un perfil adolescente predominante con dificultades emocionales moderadas, con retos especialmente marcados en el control de impulsos, la aceptación y la conciencia emocional. Además, un subgrupo de 15% a 18% enfrenta niveles altos o muy altos de dificultad, constituyendo un grupo de riesgo que podría apoyarse con intervenciones psicológicas focalizadas.

La tendencia de frecuencias porcentuales en adolescentes mujeres es similar a la comentada en varones, observándose que la mayor concentración de jóvenes se encuentra en el nivel medio de dificultad para casi todas las dimensiones, lo que indica que estas adolescentes experimentan desafíos moderados pero persistentes para gestionar sus emociones. Destaca una proporción considerable que reporta dificultades elevadas, ubicándose en niveles alto y muy alto, arriesgando su bienestar.

CUADRO N° 22

22. Dimensiones de la DERS en mujeres						
Niveles	Dimensiones DERS					
	No Aceptación	Metas	Impulsividad	Conciencia	Estrategia	Claridad
Muy Bajo	2,61	5,22	4,35	4,35	5,22	4,35
Bajo	17,39	17,39	22,61	22,61	13,91	32,17
Medio	52,17	50,43	39,13	41,74	49,57	41,74
Alto	20,00	19,13	27,83	26,96	24,35	14,78
Muy Alto	7,83	7,83	6,09	4,35	6,96	6,96
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia



Al analizar cada dimensión, se observa que la No Aceptación de las respuestas emocionales, que se refiere a la dificultad para aceptar las propias emociones y que suele manifestarse con sentimientos de culpa, vergüenza o enojo hacia lo que se siente, afecta de forma importante a estas jóvenes. Más de la mitad (52.17%) presenta un nivel medio de dificultad, y sumando los niveles alto y muy alto, cerca del 28% enfrenta dificultades severas en aceptar sus emociones, evidenciando una lucha interna contra sus propias experiencias emocionales.

En la dimensión Metas, relacionada con la capacidad para mantener conductas orientadas a objetivos pese a emociones negativas, la mitad del grupo muestra dificultades moderadas y casi un cuarto niveles altos o muy altos, señalando que las emociones negativas interfieren significativamente en su rendimiento académico, personal y social.

Por otro lado, la dimensión de Impulsividad revela una alta prevalencia de dificultades, aunque el grupo más grande se sitúa en un nivel medio (39.13%), el 34% presenta niveles altos o muy altos, indicando una tendencia preocupante a responder de forma impulsiva ante la angustia emocional. La Conciencia emocional, entendida como la capacidad para prestar atención y reconocer las propias emociones, es también un área crítica, con 73% de las adolescentes enfrentando dificultades desde moderadas hasta severas, lo que limita su capacidad para procesar y manejar sus estados afectivos.

Una de las dimensiones más preocupantes es la percepción de acceso limitado a estrategias de regulación emocional. Casi la mitad de las jóvenes se ubica en un nivel medio, pero sumando los niveles altos y muy altos, más del 30% siente que carece de herramientas para influir positivamente en sus emociones, lo que puede derivar en sentimientos de desesperanza y vulnerabilidad ante el malestar emocional.

Finalmente, en la dimensión Claridad emocional, que mide la capacidad para identificar y nombrar con precisión las emociones, aunque un tercio del grupo reporta dificultades bajas, más del 60% presenta dificultades moderadas a severas, evidenciando que muchas adolescentes aún luchan para comprender plenamente sus experiencias emocionales.

Se concluye el informe de resultados bajo el objetivo específico 4, analizando la frecuencia de niveles de dificultad según el estado del índice de Masa Corporal (IMC). El análisis de la relación entre las dificultades en la regulación emocional, medidas con la escala DERS, y el Índice de Masa Corporal (IMC) en adolescentes de 14 a 18 años de Tarija muestra un patrón consistente en los tres grupos evaluados (IMC Bajo, IMC Saludable y Sobrepeso/Obesidad).

CUADRO N° 23

23. Frecuencia (%) de niveles DERS por estado del IMC						
Estado del IMC	Niveles de dificultad					
	Muy Bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto	Total
IMC Bajo	4,00	20,00	54,00	16,00	6,00	100%
IMC Saludable	4,76	22,86	46,67	21,90	3,81	100%
Sobrepeso/obesidad	7,77	20,39	47,57	20,39	3,88	100%

Fuente: Elaboración propia

En general, la mayoría de estudiantes se concentra en la categoría Media de dificultad, con porcentajes que oscilan entre el 46.67% y el 54.00%. Este hallazgo confirma que, independientemente del estado de IMC, la adolescencia se caracteriza por presentar un nivel moderado de desafíos en el manejo emocional, reflejando una etapa de transición en la que las habilidades regulatorias aún se encuentran en proceso de consolidación.

Sin embargo, al examinar los extremos, se evidencian diferencias significativas. El grupo con IMC Bajo no solo registra el mayor porcentaje en la categoría Media (54.00%), sino también la mayor proporción de adolescentes en el nivel Muy Alto de dificultad (6.00%), lo que sugiere que, aunque muchos de ellos enfrentan problemas moderados, existe un subgrupo más vulnerable a dificultades severas; además, este grupo presenta el porcentaje más bajo en el nivel “Muy Bajo” (4.00%), lo que indica que es menos común encontrar en ellos una regulación emocional óptima.

El grupo con IMC Saludable concentra el mayor porcentaje de adolescentes en el nivel Alto (21.90%) y, en conjunto con el nivel “Muy Alto” (3.81%), alcanza el porcentaje combinado más alto

de dificultades significativas (25.71%) entre los tres grupos, lo que resulta llamativo, ya que contradice la idea de que un peso saludable se asocia automáticamente con un mejor manejo emocional.

El grupo con Sobrepeso/Obesidad también se concentra en la categoría Media (47.57%), pero se distingue porque presenta el mayor porcentaje en el nivel Muy Bajo (7.77%), lo que revela que, de manera contraintuitiva, algunos adolescentes con exceso de peso muestran una regulación emocional muy eficaz. Al mismo tiempo, este grupo mantiene un equilibrio notable entre las categorías Bajo (20.39%) y Alto (20.39%), reflejando una distribución más simétrica que en los otros dos grupos.

En resumen, los resultados evidencian que el nivel medio de dificultad es la norma en la adolescencia, pero los extremos del IMC se asocian con patrones particulares, el IMC bajo con mayor riesgo de dificultades muy severas, el sobrepeso/obesidad con la presencia tanto de adolescentes con muy buena regulación emocional como de un porcentaje relevante con dificultades elevadas, y el IMC saludable con la mayor prevalencia de problemas de nivel alto. Estos hallazgos aclaran la importancia de no asumir que un IMC en el rango esperado garantiza un bienestar emocional adecuado, y destacan la necesidad de considerar intervenciones diferenciadas según el perfil de riesgo de cada grupo.

A continuación, se presenta el cruzamiento de datos entre niveles DERS con el estado de IMC en varones.

CUADRO N° 24

24. Frecuencia (%) de niveles DERS por estado del IMC en varones						
Estado del IMC	Niveles DERS					
	Muy Bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto	Total
IMC Bajo	3,70	29,63	48,15	14,81	3,70	100%
IMC Saludable	6,45	29,03	51,61	12,90	0,00	100%
Sobrepeso/obesidad	9,26	22,22	48,15	20,37	0,00	100%

Fuente: Elaboración propia

El análisis de los niveles de dificultades en la regulación emocional en varones adolescentes de Tarija, según su Índice de Masa Corporal (IMC), revela un patrón general en el que el nivel “Medio” predomina en los tres grupos, oscilando entre 48.15% y 51.61%, lo que indica que la mayoría de los adolescentes enfrenta desafíos moderados para gestionar sus emociones.

En el grupo con IMC Bajo, casi la mitad (48.15%) se ubica en el nivel Medio, mientras que un 14.81% presenta dificultades altas y un 3.70% muy altas, evidenciando que, aunque la tendencia central es la moderación, existe un subgrupo con problemas emocionales significativos. Los niveles bajos y muy bajos suman un 33.33% (29.63% y 3.70%), mostrando que también hay adolescentes con buena capacidad de regulación emocional dentro de este grupo.

Por su parte, los varones con IMC Saludable presentan la mayor proporción en el nivel Medio (51.61%), con un 12.90% en Alto y ningún caso en Muy Alto, mientras que los niveles Bajo y Muy Bajo representan 35.06% (29.03% y 6.45%), sugiriendo un perfil más equilibrado, donde la mayoría mantiene una regulación emocional moderada y un subgrupo significativo posee habilidades efectivas para manejar sus emociones.

Finalmente, en el grupo con Sobrepeso u Obesidad, aunque el nivel Medio también concentra al 48.15%, se observa un incremento en el nivel Alto (20.37%) y ausencia de Muy Alto, mientras que los niveles Bajo y Muy Bajo suman 31.48% (22.22% y 9.26%), lo que refleja que este grupo incluye tanto adolescentes con dificultades emocionales importantes como otros con capacidades de regulación destacadas.

En conjunto, estos datos muestran que, si bien la dificultad media para regular emociones es característica de la mayoría de los varones, los extremos del IMC se relacionan con perfiles más heterogéneos, evidenciando subgrupos con retos emocionales elevados y otros con regulación emocional efectiva.

CUADRO N° 25

25. Frecuencia (%) de niveles DERS por estado del IMC en mujeres						
Estado del IMC	Niveles DERS					
	Muy Bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto	Total
IMC Bajo	4,35	8,70	60,87	17,39	8,70	100%
IMC Saludable	2,33	13,95	39,53	34,88	9,30	100%
Sobrepeso/obesidad	6,12	18,37	46,94	20,41	8,16	100%

Fuente: Elaboración propia

En primer lugar, en el grupo con IMC bajo, se observa una clara predominancia en el nivel medio de dificultades, que concentra al 60.87% de las adolescentes, constituyéndose en el valor más elevado en esta categoría entre los tres grupos. A esto se suma que un 17.39% alcanza un nivel alto, mientras que los niveles bajo y muy bajo representan conjuntamente un 13.05% (8.70% y 4.35%, respectivamente). En el extremo, el 8.70% de este grupo experimenta dificultades muy altas.

En conjunto los resultados muestran que la mayoría de las adolescentes con IMC bajo tienden a ubicarse en un rango intermedio de dificultades emocionales, con una proporción moderada en niveles altos y muy altos, lo que refleja cierta concentración en la franja media, pero con presencia también de casos críticos.

En contraste, el grupo con IMC saludable presenta un patrón distinto y, a primera vista, contraintuitivo. Si bien la mayor proporción se mantiene en el nivel medio (39.53%), este porcentaje es el más bajo en esta categoría en comparación con los otros grupos. Más aún, un 34.88% de las adolescentes con peso saludable reporta un nivel alto de dificultades, siendo este el valor más elevado en dicha categoría entre todos los estados de IMC. También se observa que el 9.30% se ubica en el nivel muy alto, porcentaje que resulta el mayor de los tres grupos, aunque con diferencias poco marcadas respecto a los demás. En cuanto a las dificultades bajas, un 13.95% se sitúa en el nivel bajo y apenas un 2.33% en el nivel muy bajo, lo que convierte a este grupo en el que tiene la menor proporción de adolescentes con puntajes reducidos de dificultad. En síntesis, las adolescentes con IMC saludable no solo presentan menos concentración en la franja media, sino que destacan principalmente por la elevada proporción de dificultades altas, lo que desafía la expectativa de que un estado nutricional considerado adecuado se corresponda con una mejor regulación emocional.

Por último, las adolescentes con sobrepeso/obesidad muestran una distribución intermedia, aunque con matices diferenciadores. Casi la mitad de este grupo, un 46.94%, se encuentra en el nivel medio, mientras que un 20.41% se ubica en el nivel alto. Lo más llamativo en este grupo es que presenta la mayor proporción combinada en los niveles bajo y muy bajo (18.37% y 6.12%, respectivamente), sumando un 24.49%, lo que significa que, en comparación con los otros estados de IMC, aquí se concentra el mayor número de adolescentes con menos dificultades para regular sus

emociones. En cuanto al nivel muy alto, un 8.16% de las participantes se encuentra en esta categoría, siendo este el valor más bajo, aunque sin diferencias notables respecto a los otros grupos.

Este patrón sugiere que, aunque las adolescentes con sobrepeso u obesidad mantienen una fuerte presencia en el nivel medio, son también quienes más destacan por mostrar niveles bajos de dificultad en comparación con sus pares.

En conjunto, los datos revelan que en los tres grupos el nivel medio constituye la categoría más frecuente, pero con distintos matices, en el IMC bajo se observa la concentración más marcada en la franja media, en el IMC saludable se registra el mayor peso en el nivel alto y en el sobrepeso/obesidad se destacan los niveles bajos y muy bajos.

Los niveles muy altos de dificultad, por su parte, muestran cierta consistencia entre los grupos, con porcentajes que oscilan entre el 8.16% y el 9.30%. Este panorama evidencia que la relación entre el IMC y la regulación emocional en mujeres adolescentes es compleja y no responde a un patrón lineal, ya que un estado de IMC considerado saludable no garantiza necesariamente un mejor manejo emocional, mientras que los extremos del IMC, tanto bajo como elevado, reflejan dinámicas distintas de distribución en las dificultades emocionales.

5.6. RESULTADOS RELACIONADOS CON EL OBJETIVO ESPECIFICO 5

Los resultados se presentan alineados al objetivo específico 5 de la tesis que indica *Identificar la prevalencia de estrategias de afrontamiento que manejan las personas de 14 a 18 años, de ambos sexos, frente a situaciones estresantes asociadas a IMC bajo, IMC saludable, Sobrepeso y Obesidad.*

Como se indica en metodología, se aplicó la Escala de Estrategias de Afrontamiento (CSI) a 258 estudiantes, varones y mujeres, de 14 a 18 años en Tarija, que consta de 40 ítems divididos en 8 estrategias primarias que se valoran mediante una escala tipo Lickert de 5 puntos referidos al empleo de las estrategias frente a estresores incluidos en los 40 ítems: 0 ("En absoluto"), 1 ("Un poco"), 2 ("Bastante"), 3 ("Mucho"), 4 ("Totalmente"). Para cuantificar la frecuencia de uso de las estrategias, se identificó las respuestas 0 + 1 como "uso bajo", 2 "uso medio" y 3 + 4 "uso alto".

Mediante la suma total de respuestas a los 40 ítem se obtiene el índice general de afrontamiento; luego se obtiene la frecuencia de uso de cada estrategia sumando los ítems que están codificados para cada una de ellas. Puntuaciones más altas indican un uso más frecuente de esa estrategia específica para afrontar el estresor descrito.

En el Cuadro 26 se presenta el promedio global de puntuaciones totales de la escala de afrontamiento CSI, comparando varones y mujeres por edad.

CUADRO N° 26

26. Promedio global de puntuaciones CSI por edad y sexo.			
Edad	Sexo		Ambos sexos
	Masculino	Femenino	
14	77	79	77
15	77	84	80
16	82	83	82
17	69	84	77
18	86	79	82

Fuente: Elaboración propia

El análisis de las puntuaciones del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) en adolescentes de 14 a 18 años en Tarija revela diferencias significativas tanto por sexo como por edad. En términos generales, las adolescentes mujeres muestran un patrón de estabilidad y consistencia en el uso de estrategias de afrontamiento, con puntuaciones que se mantienen en un rango relativamente alto, entre 79 y 84 puntos, a lo largo de toda la adolescencia, reflejando el uso constante de estas estrategias durante este periodo de desarrollo. Por el contrario, los adolescentes varones presentan un patrón de puntuaciones mucho más variable, evidenciando fluctuaciones significativas que reflejan un desarrollo más inestable en la utilización de estas estrategias.

Al analizar los resultados por edad, se observa que a los 14 años ambos sexos presentan puntuaciones similares, con una ligera ventaja femenina (79 frente a 77), mientras que a los 15 años la brecha se amplía, alcanzando 84 puntos en las mujeres frente a 77 en los varones, lo que evidencia un aumento en la constancia y eficacia de las estrategias en las adolescentes y una relativa estabilidad en los varones.

A los 16 años, ambos grupos muestran valores cercanos (83 para mujeres y 82 para varones), siendo esta la edad con la menor diferencia entre sexos, lo que indica un equilibrio temporal en la aplicación de estrategias de afrontamiento. Sin embargo, a los 17 años se observa un cambio marcado en las mujeres mantienen su puntuación máxima (84 puntos), mientras que los varones sufren una caída a 69 puntos, constituyendo el punto crítico de mayor diferencia (15 puntos), lo que refleja una etapa de vulnerabilidad o dificultad particular en la regulación de afrontamiento en los adolescentes varones. Finalmente, a los 18 años, se produce una inversión en la tendencia en los varones alcanzan su puntuación más alta (86 puntos), superando a las mujeres, cuya puntuación disminuye a 79, nivel observado al inicio de la adolescencia. Este repunte masculino podría indicar un desarrollo tardío o una maduración en el uso de estrategias de afrontamiento hacia el final de la adolescencia.

En conjunto, los resultados sugieren que las mujeres tienden a mantener un patrón estable y consistente de afrontamiento, mientras que los varones muestran un desarrollo más volátil, con un período de dificultad a los 17 años seguido de un fuerte repunte a los 18, evidenciando diferencias importantes en la forma en que ambos sexos utilizan estrategias de afrontamiento durante la adolescencia en Tarija.

A partir de los resultados precedentes, se analiza el promedio global por puntuaciones, comparando varones y mujeres.

CUADRO N° 27

27. Promedio global de puntuaciones CSI por estrategias y sexo. Tarija, 2025			
Estrategia Primaria	Sexo		
	Masculino	Femenino	Ambos sexos
Resolución de Problemas (REP)	11	10	10
Autocrítica (AUC)	9	11	10
Expresión Emocional (EEM)	8	9	8
Pensamiento Desiderativo (PSD)	11	13	12
Apoyo Social (APS)	10	10	10
Reestructuración Cognitiva (REC)	11	10	11
Evitación de Problemas (EVP)	10	10	10
Retirada Social (RES)	9	10	10

Fuente: Elaboración propia

El análisis de las puntuaciones promedio en la escala de Estrategias de Afrontamiento (CSI) revela patrones diferenciados en la utilización de estrategias por sexo entre los adolescentes de 14 a 18 años en Tarija. En el caso de los varones, las estrategias más empleadas son la Resolución de Problemas, el Pensamiento Desiderativo y la Reestructuración Cognitiva, con puntuaciones promedio de 11 en cada una, lo que indica que los adolescentes tienden a afrontar las dificultades de manera activa y cognitiva, aunque también muestran cierta inclinación hacia el deseo de que las situaciones se resuelvan por sí solas.

En comparación, las adolescentes mujeres muestran una mayor tendencia al Pensamiento Desiderativo, con la puntuación más alta de todo el gráfico (13), seguida de la Autocrítica (11), lo que sugiere un estilo de afrontamiento más centrado en la emoción y en estrategias cognitivas de tipo pasivo o internalizado.

Otras estrategias reflejan diferencias menores entre sexos. La Resolución de Problemas es ligeramente más utilizada por los varones (11 frente a 10 en mujeres), mientras que las mujeres muestran puntuaciones superiores en Autocrítica (11 frente a 9 en varones), Expresión Emocional (9 frente a 8), Pensamiento Desiderativo (13 frente a 11) y Retirada Social (10 frente a 9). En contraste, en las estrategias de Apoyo Social y Evitación de Problemas no se observan diferencias, ya que ambos sexos presentan puntuaciones idénticas (10), evidenciando que buscar ayuda externa y evitar la confrontación directa con el problema son tácticas de afrontamiento igualmente utilizadas por hombres y mujeres. La Expresión Emocional, con 8 puntos, constituye la estrategia menos utilizada por los varones, lo cual puede estar asociado a normas de género que tradicionalmente desalientan la expresión abierta de emociones en los hombres.

En términos generales, los hallazgos destacan que los adolescentes varones tienden a un afrontamiento activo y cognitivo, mientras que las mujeres muestran un patrón más centrado en la internalización y en la autocrítica, con un uso particularmente alto del Pensamiento Desiderativo. Las diferencias de género más significativas se encuentran en estas dos estrategias, lo que podría reflejar aspectos de socialización y roles de género que influyen en la manera en que cada sexo enfrenta situaciones de estrés. Al mismo tiempo, la ausencia de diferencias en Apoyo Social y Evitación de Problemas sugiere que ciertas estrategias de afrontamiento son universales y compartidas por ambos

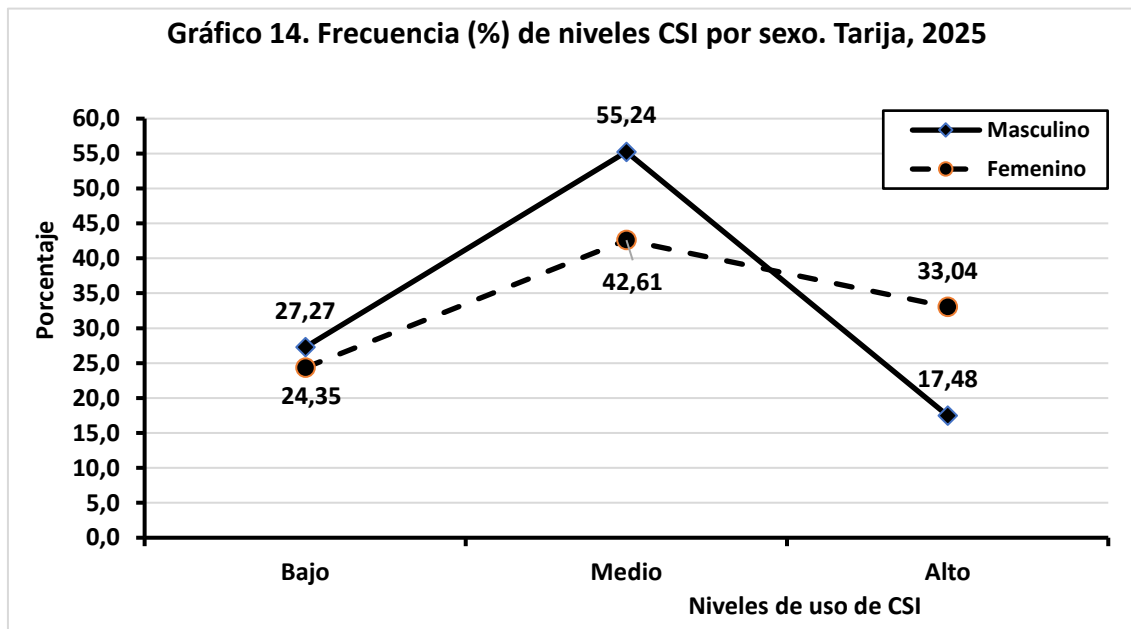
grupos, indicando que, más allá de las tendencias diferenciales, existen recursos comunes utilizados por los adolescentes para manejar situaciones difíciles.

El análisis precedente se complementa comparando la frecuencia con que adolescentes varones y mujeres, de 14 a 18 años, utilizan las estrategias de afrontamiento en general.

CUADRO N° 28

28. Frecuencia (%) de niveles CSI por sexo		
Niveles de uso	Sexo	
	Masculino	Femenino
Bajo	27,27	24,35
Medio	55,24	42,61
Alto	17,48	33,04
Total	100%	100%

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Cuadro 28

Tanto en varones como en mujeres el nivel predominante es el “Medio”; sin embargo, al comparar la magnitud de las frecuencias, se observan variaciones significativas comparando varones y mujeres. En los adolescentes varones, el 55.24% se concentra en el nivel medio, es decir que más de la mitad de ellos utiliza estrategias de afrontamiento con una intensidad intermedia. Este hallazgo

sugiere un patrón de homogeneidad, ya que la mayor parte de la población masculina tiende a situarse en un rango intermedio, mientras que los extremos nivel bajo y alto agrupan a porcentajes menores el 27.27% en el nivel bajo y el 17.48% en el nivel alto.

En contraste, la distribución femenina es más equilibrada entre los tres niveles, aunque el nivel medio es la categoría más frecuente en las adolescentes mujeres (42.61%), este valor es menor al de los varones, lo que indica una dispersión mayor en el grupo femenino. Destaca la proporción de mujeres en el nivel alto (33.04%), casi duplicando el porcentaje observado en los varones (17.48%). Este hallazgo refleja que la mayoría de las adolescentes mujeres emplea estrategias de afrontamiento de manera más sólida y eficaz. En cuanto al nivel bajo, el 24.35% de las mujeres se ubica en esta categoría, porcentaje similar al de los varones (27.27%), sugiere que en ambos sexos existe un subgrupo con dificultades para poner en práctica estrategias de afrontamiento adecuadas.

Los resultados permiten establecer perfiles diferenciados por sexo, mientras que los adolescentes varones muestran una tendencia clara a concentrarse en el nivel medio, con una menor presencia en los niveles alto y bajo, denotando un patrón uniforme pero con menor proporción de uso óptimo de estrategias, las adolescentes mujeres presentan un perfil heterogéneo, con una distribución más balanceada entre los tres niveles y una presencia considerablemente mayor en el nivel alto, lo que indica una capacidad superior para desplegar estrategias de afrontamiento más eficaces.

CUADRO N° 29

29. Frecuencia (%) de niveles de empleo de estrategias CSI por edad en varones				
Edad (años)	Nivel de empleo			Total
	Bajo	Medio	Alto	
14	27,27	63,64	9,09	100%
15	28,85	55,77	15,38	100%
16	18,75	58,33	22,92	100%
17	40,00	48,00	12,00	100%
18	28,57	42,86	28,57	100%

Fuente: Elaboración propia

El análisis de la distribución de los niveles de empleo de las estrategias de afrontamiento en adolescentes varones revela un predominio general del nivel Medio a lo largo de la adolescencia, aunque con variaciones notables según la edad. A los 14 años, la mayoría de los varones (63.64%) se concentra en este nivel, con una proporción considerable en el nivel Bajo (27.27%) y una presencia reducida en el nivel Alto (9.09%), lo que sugiere un inicio de la adolescencia caracterizado por el uso moderado de estrategias, aunque con una proporción importante que aún recurre a formas de afrontamiento poco eficaces. A los 15 años, la tendencia se mantiene con un 55.77% en el nivel Medio, pero se observa un ligero aumento tanto en el nivel Bajo (28.85%) como en el Alto (15.38%), lo que refleja una diversificación en la manera en que los adolescentes varones afrontan las dificultades.

El punto de mayor avance en la aplicación de recursos más adaptativos se observa a los 16 años, cuando el nivel Medio sigue siendo predominante (58.33%), pero destaca la reducción del nivel Bajo al porcentaje más bajo de todo el periodo (18.75%) y un aumento significativo del nivel Alto (22.92%). Este dato sugiere un fortalecimiento en la capacidad de afrontamiento y el inicio de un uso más frecuente de estrategias eficaces. Sin embargo, a los 17 años se produce una ruptura en la tendencia positiva el nivel Bajo aumenta abruptamente hasta convertirse en el más frecuente (40.00%), mientras que el nivel Medio desciende al 48.00% y el Alto se reduce al 12.00%. Este resultado refleja una etapa crítica de vulnerabilidad en la que una parte importante de los adolescentes varones recurre mayoritariamente a estrategias poco adaptativas para enfrentar las demandas emocionales o contextuales de esta edad.

Por último, a los 18 años se observa una mayor diversificación en la distribución el nivel Medio, aunque sigue siendo el más frecuente (42.86%), se equilibra con los niveles Bajo y Alto, ambos con el mismo porcentaje (28.57%). Es particularmente relevante que el nivel Alto alcance aquí su valor máximo, lo que indica que al final de la adolescencia algunos varones logran desarrollar estrategias de afrontamiento más sólidas y eficaces.

Estos resultados muestran que en la población masculina el nivel Medio de afrontamiento predomina a lo largo de la adolescencia, pero con una trayectoria marcada por fluctuaciones importantes un inicio relativamente homogéneo, un fortalecimiento a los 16 años, una crisis pronunciada a los 17 años y, finalmente, una diversificación y mayor presencia de estrategias de alto

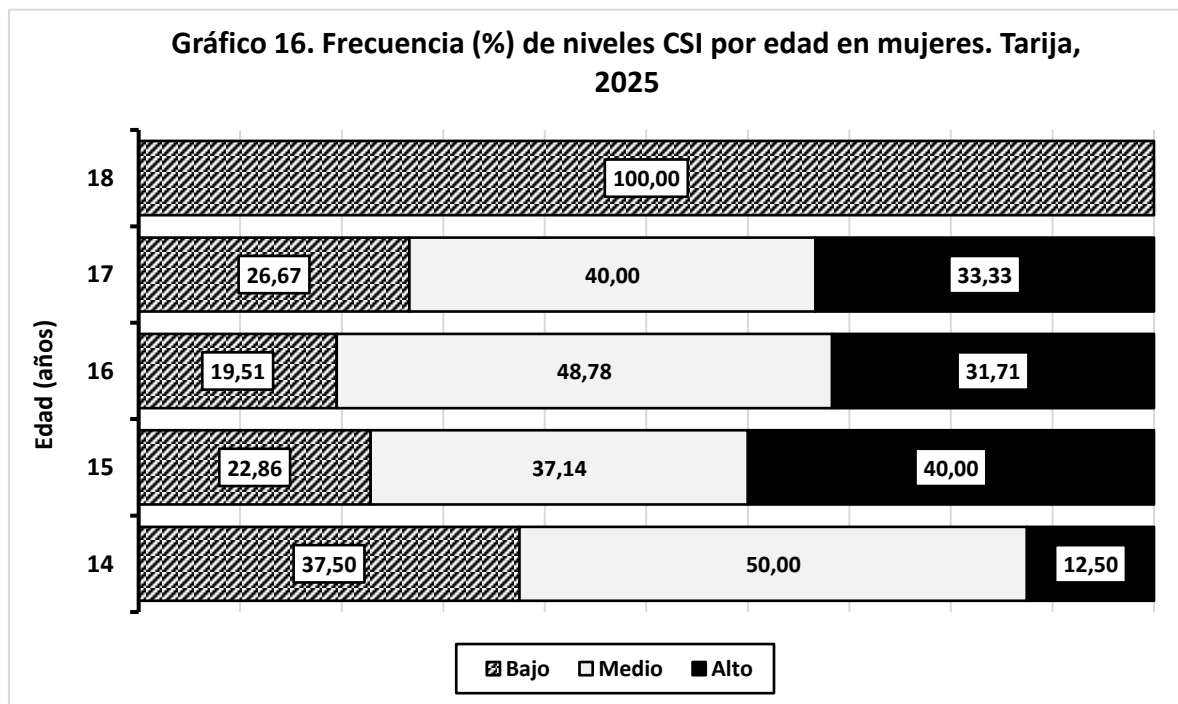
nivel a los 18. Este patrón refleja un proceso de desarrollo irregular, con momentos de avance y retroceso, en el que la edad de 17 años emerge como un punto crítico de vulnerabilidad en los adolescentes varones.

En la población de adolescentes mujeres se observa una dinámica particular y con mayor variabilidad en el uso de estrategias de afrontamiento a lo largo de la adolescencia.

CUADRO N° 30

30. Frecuencia (%) de niveles CSI por edad en mujeres				
Edad (años)	Nivel de empleo			Total
	Bajo	Medio	Bajo	
14	37,50	50,00	12,50	100%
15	22,86	37,14	40,00	100%
16	19,51	48,78	31,71	100%
17	26,67	40,00	33,33	100%
18	100,00	0,00	0,00	100%

Fuente: Elaboración Propia



A los 14 años predomina el nivel Medio (50.00%), acompañado de un porcentaje elevado en el nivel Bajo (37.50%) y una presencia menor en el nivel Alto (12.50%). A los 15 años se produce un cambio drástico, ya que el nivel Alto pasa a ser el más frecuente (40.00%), mientras que el nivel Medio desciende a 37.14% y el Bajo se reduce a 22.96%, lo cual sugiere un desarrollo temprano y significativo de estrategias más eficaces en esta etapa.

A los 16 años el nivel Medio recupera la primacía (48.78%), aunque el nivel Alto se mantiene elevado (31.71%) y supera con amplitud al nivel Bajo (19.51%). A los 17 años se consolida una distribución más equilibrada, con predominio compartido entre el nivel Medio (40.00%) y Alto (33.33%), mientras el nivel Bajo se mantiene en 26.67%. Finalmente, a los 18 años los resultados muestran un patrón extremo y homogéneo, ya que el 100% de las adolescentes se ubica en el nivel Medio, sin registrarse casos en los niveles Bajo ni Alto.

En síntesis, las mujeres presentan una tendencia más marcada hacia el uso de estrategias de afrontamiento de nivel Alto durante la adolescencia media (15 a 17 años), pero al llegar a los 18 años se observa una uniformidad total en el nivel Medio, lo que puede reflejar una estabilización en el manejo de estas estrategias hacia el final de la adolescencia.

En los datos siguientes se identifican las 8 estrategias de afrontamiento del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), cuyo uso se distribuye en niveles Bajo, Medio y Alto, lo que permite comprender cómo la población adolescente estudiada responde ante situaciones problemáticas.

CUADRO N° 31

31. Estrategias de afrontamiento por niveles				
Estrategias CSI	Nivel de empleo (%)			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Resolución de Problemas (REP)	28,68	52,71	18,60	100%
Autocrítica (AUC)	28,68	51,16	20,16	100%
Expresión Emocional (EEM)	25,19	50,00	24,81	100%
Pensamiento Desiderativo (PSD)	26,74	50,39	22,87	100%
Apoyo Social (APS)	25,97	48,45	25,58	100%
Reestructuración Cognitiva (REC)	27,91	51,94	20,16	100%
Evitación de Problemas (EVP)	26,36	52,71	20,93	100%
Retirada Social (RES)	26,74	54,65	18,60	100%

Fuente: Elaboración Propia

La tendencia más clara es el predominio del nivel “Medio” en todas las estrategias, lo que indica que los adolescentes suelen recurrir a sus recursos de afrontamiento de forma moderada, sin llegar a extremos de uso muy bajo o intensivo.

En el caso de la Resolución de Problemas, más de la mitad de los participantes (52.71%) recurre a esta estrategia de manera moderada, aunque un 28.68% la emplea poco y apenas un 18.60% la utiliza de forma elevada, lo que revela un uso limitado de una de las estrategias más adaptativas. La Autocrítica presenta un patrón similar, con predominio del nivel medio (51.16%), pero destaca que un 20.16% de los adolescentes tiende a emplearla de forma elevada, lo cual resulta preocupante por sus posibles efectos negativos sobre la autoestima. La Expresión Emocional también se utiliza en su mayoría de manera moderada (50.00%), aunque un 24.81% de los adolescentes tiende a exteriorizar sus emociones con mucha frecuencia, convirtiéndose en una de las estrategias más intensamente empleadas. Algo similar ocurre con el Pensamiento Desiderativo, donde el 50.39% lo usa moderadamente, pero casi una cuarta parte (22.87%) lo emplea en un nivel alto, lo que refleja cierta tendencia hacia la evasión a través de fantasías poco realistas.

Por otro lado, la búsqueda de Apoyo Social destaca como la estrategia con el mayor porcentaje en nivel “Alto” (25.58%), lo que sugiere que una parte importante de los adolescentes confía en el acompañamiento y consejo de otros como recurso clave, aunque también existe un grupo que recurre poco a esta opción (25.97%). La Reestructuración Cognitiva, otra estrategia considerada adaptativa, muestra un uso principalmente moderado (51.94%), pero con un bajo porcentaje en el nivel alto (20.16%), lo que indica que solo uno de cada cinco adolescentes logra reinterpretar las situaciones estresantes de forma intensiva.

En cuanto a la Evitación de Problemas, la mayoría la emplea de manera media (52.71%), aunque resulta llamativo que un 20.93% la utilice en un nivel elevado, lo cual puede representar un riesgo por la tendencia a posponer o negar las dificultades. Finalmente, la Retirada Social es la estrategia con mayor porcentaje en el nivel medio (54.65%), lo que muestra que el aislamiento se emplea con frecuencia moderada, mientras que un 18.60% la utiliza de forma elevada, aunque no llega a ser una conducta predominante.

De manera general, los resultados permiten inferir que los adolescentes tienden a recurrir a las estrategias de afrontamiento de manera moderada, evitando extremos de uso muy bajo o excesivamente alto. Sin embargo, se observa que, entre las estrategias adaptativas, la búsqueda de apoyo social y la expresión emocional son las más utilizadas de forma intensa, lo que refuerza la importancia de los vínculos interpersonales y la necesidad de compartir experiencias emocionales en esta etapa de desarrollo. En contraste, estrategias menos adaptativas como el pensamiento desiderativo y la evitación de problemas presentan porcentajes relativamente altos de uso en niveles elevados, lo que evidencia la presencia de respuestas de evitación cognitiva y conductual en una parte de la población. Finalmente, resulta llamativo que la resolución de problemas, a pesar de ser una de las estrategias más funcionales, aparezca entre las menos utilizadas en un nivel alto, lo que abre la posibilidad de promover intervenciones psicoeducativas orientadas a fortalecer en los adolescentes habilidades prácticas para enfrentar sus dificultades de manera más efectiva.

Para identificar las diferencias o similitudes entre varones y mujeres, respecto del nivel de empleo de las estrategias de afrontamiento, se analizan los resultados obtenidos en estudiantes varones

CUADRO N° 32

32. Estrategias de afrontamiento por niveles en varones				
Estrategias	Niveles de empleo (%)			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Resolución de Problemas (REP)	23,78	54,55	21,68	100%
Autocrítica (AUC)	26,57	60,84	12,59	100%
Expresión Emocional (EEM)	28,67	52,45	18,88	100%
Pensamiento Desiderativo (PSD)	30,77	51,75	17,48	100%
Apoyo Social (APS)	25,17	48,95	25,87	100%
Reestructuración Cognitiva (REC)	25,87	53,15	20,98	100%
Retirada Social (RES)	30,07	56,64	13,29	100%

Fuente: Elaboración Propia

Los datos muestran que, para todas las estrategias de afrontamiento sin excepción, el nivel de uso predominante entre los estudiantes varones es el Medio. En cada una de las ocho categorías, la

barra de color gris claro (Medio) es la más larga, representando aproximadamente a la mitad o más de la población encuestada. Esto sugiere que, en general, los adolescentes varones de este grupo no tienden a utilizar las estrategias de afrontamiento de manera extrema (ni muy alta ni muy baja), sino que aplican una variedad de ellas con una intensidad moderada.

Observando los porcentajes en la columna Alto, se puede identificar qué estrategias son empleadas con mayor frecuencia e intensidad por parte de los estudiantes. Apoyo Social (APS) es la estrategia con el porcentaje mayor en el nivel "Alto" (25.87%), significando que uno de cada cuatro estudiantes recurre de manera frecuente e intensa a buscar ayuda, consejo o consuelo en su red social (amigos, familia, etc.) para manejar sus problemas.

Le sigue Resolución de Problemas (REP) con 21.68% en el nivel "Alto". Esto indica que uno de cada cuatro de los jóvenes enfrenta activamente sus problemas, analizando la situación y planificando soluciones. Reestructuración Cognitiva (REC), con 20.98%, muestra que reinterpretar los problemas de manera más positiva es también una estrategia comúnmente utilizada a un nivel alto.

Las estrategias que, si bien también se ubican en la columna Alto, pero se emplean con menos frecuencia son: Autocrítica (AUC -12,59%), lo cual indica que la gran mayoría de los estudiantes no tiende a culparse o criticarse excesivamente a sí mismos cuando enfrentan dificultades y Retirada Social (RES -13,29%) que, contrastando con la frecuencia de Apoyo Social, en lugar de aislarse, los jóvenes prefieren buscar compañía.

En el Nivel "Bajo" se ubican las estrategias que son las menos empleadas. Tanto Pensamiento Desiderativo (PSD) como Retirada Social (RES) muestran un bajo uso (30,77%), significando que casi un tercio de los estudiantes no recurre a fantasías o a desear que los problemas desaparezcan por sí solos, lo cual puede interpretarse como un enfoque más práctico y realista, reforzando la idea de que el aislamiento no es una respuesta común en este grupo.

Realizando el mismo análisis cruzado del empleo de estrategias de afrontamiento por niveles, en mujeres, se observa que, a diferencia del grupo de varones donde el nivel "Medio" era predominantemente mayoritario, en el caso de las adolescentes mujeres la distribución de los niveles es más variada y polarizada en ciertas estrategias.

CUADRO N° 33

33. Estrategias de afrontamiento por niveles en mujeres				
Estrategias	Niveles de empleo (%)			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Resolución de Problemas (REP)	34,78	50,43	14,78	100%
Autocrítica (AUC)	31,30	39,13	29,57	100%
Expresión Emocional (EEM)	20,87	46,96	32,17	100%
Pensamiento Desiderativo (PSD)	21,74	48,70	29,57	100%
Apoyo Social (APS)	26,96	47,83	25,22	100%
Reestructuración Cognitiva (REC)	30,43	50,43	19,13	100%
Evitación de Problemas (EVP)	26,09	49,57	24,35	100%
Retirada Social (RES)	22,61	52,17	25,22	100%

Fuente: Elaboración Propia

El perfil de las estudiantes mujeres muestra una clara inclinación hacia estrategias de tipo emocional e interno entre las más utilizadas en el nivel Alto. La Expresión Emocional (EEM) es la estrategia con el porcentaje más alto en el nivel "Alto" (32.17%). Casi un tercio de las estudiantes exterioriza sus sentimientos y emociones de manera intensa como principal forma de afrontamiento.

Las estrategias Autocrítica (AUC) y Pensamiento Desiderativo (PSD) tienen un uso "Alto" muy elevado (29.57%). Esto indica que una gran parte de las estudiantes tiende a culparse a sí misma por los problemas y, simultáneamente, a fantasear o desear que las cosas fueran diferentes, en lugar de actuar directamente sobre el problema. Apoyo Social (APS) y Retirada Social (RES) registran 25.22% en nivel "Alto"; dato que revela que un cuarto de las estudiantes busca activamente ayuda en otros, mientras que otro cuarto, de igual magnitud, opta por aislarse socialmente.

Con menor frecuencia en el nivel Alto aparece Reestructuración Cognitiva (REC -19.13%), indicando que reinterpretar positivamente los problemas no es una de las respuestas primarias más frecuentes. Otra estrategia con menor empleo en el nivel Alto es Resolución de Problemas (REP), mostrando el porcentaje más bajo en dicho nivel (14.78%). Esto sugiere que el afrontamiento directo, analítico y enfocado en la solución es la estrategia de alta intensidad menos común entre las estudiantes.

Comparando las diferencias y similitudes entre varones y mujeres, surgen patrones de género muy claros en el uso de estrategias de afrontamiento en esta población. Por ejemplo:

La estrategia principal de alto uso es Apoyo Social (25,87%) en varones y Expresión Emocional (32,17%) en mujeres. Lo cual indica que los varones tienden a un afrontamiento más social y externo (buscar ayuda), mientras que las mujeres tienden a uno más emocional e introspectivo.

La estrategia de Autocrítica, de uso muy bajo (12,59%) en el nivel Alto por los varones, tiene un empleo muy alto en el mismo nivel por las mujeres (29,57%), siendo una de las diferencias más marcadas. Las mujeres son más del doble de propensas a usar la autocrítica a un nivel alto que los varones.

La estrategia de Resolución de Problemas, de uso moderadamente alto por los varones (21,68%), tiene el más bajo empleo por las mujeres (14,78%), indicando que los varones muestran una mayor tendencia a enfrentar los problemas de manera activa y planificada.

Otra diferencia entre adolescentes varones y mujeres es el empleo de la estrategia de Retirada Social. Mientras los varones acusan un uso muy bajo en el nivel Alto (13,29%), en las mujeres se observa casi el doble de uso en el mismo nivel (25,22%), es decir, que los varones evitan activamente el aislamiento como respuesta de alta intensidad. Para las mujeres, es una estrategia significativamente más común.

En cuanto a Pensamiento Desiderativo, los varones muestran un uso moderado en el nivel Alto (17,48%) y las mujeres muy alto en el nivel Alto (29,57%), acusando una tendencia mucho mayor a utilizar el pensamiento desiderativo (desear que el problema no existiera) como forma de afrontamiento.

En base de los datos precedentes se puede afirmar que el perfil de los varones de 14 a 18 años se orienta hacia la acción y la búsqueda de soluciones externas. Su principal estrategia es buscar Apoyo Social y aplicar la Resolución de Problemas. Notablemente, tienden a evitar respuestas internalizadas negativas como la Autocrítica y el aislamiento (Retirada Social). En cambio, el perfil de las mujeres de la misma edad se orienta hacia el procesamiento emocional e interno. Su principal estrategia es la Expresión Emocional, pero con un componente muy fuerte de Autocrítica y Pensamiento Desiderativo. Su respuesta social es ambivalente: un grupo busca apoyo, pero otro igualmente significativo se aísla.

En resumen, los datos sugieren que, ante una misma situación estresante, es más probable que un estudiante varón busque a sus amigos para resolver el problema, mientras que una estudiante mujer sea más propensa a expresar intensamente cómo se siente y a culparse por lo ocurrido.

Para finalizar el análisis de estrategias de afrontamiento, se compara su empleo por niveles y el estado del Índice de Masa Corporal (IMC), interpretando los datos del Cuadro 34 y del Gráfico 35 que muestran porcentajes del empleo en general.

CUADRO N° 34

34. Frecuencia (%) de niveles CSI por estado del IMC				
Estado del IMC	Niveles CSI			Total
	Bajo	Medio	Alto	
IMC Bajo	22,00	52,00	26,00	100%
IMC Saludable	24,76	48,57	26,67	100%
Sobrepeso/obesidad	29,13	49,51	21,36	100%

Fuente: Elaboración Propia

Los datos obtenidos muestran la distribución porcentual de los niveles de estrategias de afrontamiento (CSI), clasificados en Bajo, Medio y Alto, entre adolescentes de 14 a 18 años de Tarija según su estado nutricional medido por el Índice de Masa Corporal (IMC) durante el año 2025.

En los tres grupos de IMC Bajo, Saludable y Sobrepeso/Obesidad se observa que el nivel Medio de estrategias de afrontamiento es el más prevalente, con porcentajes que oscilan entre 48.57% y 52.00%, lo que indica que, independientemente de su estado nutricional, la mayoría de los adolescentes tiende a emplear un repertorio moderado de estrategias para manejar situaciones estresantes.

Al analizar cada grupo de manera específica, se observa que, en el grupo de IMC Bajo, el 22.00% de los adolescentes presenta un nivel Bajo de afrontamiento, el 52.00% se ubica en el nivel Medio y un 26.00% alcanza un nivel Alto. Esto evidencia que la mayoría cuenta con recursos de afrontamiento moderados, aunque una proporción ligeramente superior logra un nivel alto en comparación con los que se encuentran en el nivel bajo.

En el grupo con IMC Saludable, el nivel Bajo se presenta en un 24.76%, el nivel Medio en un 48.57% y el nivel Alto en un 26.67%, siendo este último el porcentaje más elevado entre los tres grupos, lo que sugiere que un estado nutricional saludable podría asociarse levemente con un mejor desarrollo de estrategias de afrontamiento. Por su parte, los adolescentes con sobrepeso u obesidad presentan el mayor porcentaje de nivel Bajo (29.13%), un nivel Medio del 49.51% y el menor porcentaje de nivel Alto (21.36%), lo que indica que este grupo es más vulnerable y dispone de menos recursos para enfrentar situaciones estresantes.

En resumen, se aprecia una tendencia creciente en el nivel Bajo de afrontamiento a medida que aumenta el IMC, pasando del 22.00% en el IMC bajo al 29.13% en sobrepeso/obesidad. De manera inversa, la proporción de adolescentes con nivel Alto disminuye con el aumento del IMC, siendo mayor en los grupos de bajo peso y saludable (26.00% y 26.67%, respectivamente) y menor en el grupo con sobrepeso/obesidad (21.36%). Estos hallazgos sugieren que el estado nutricional podría estar asociado al perfil de estrategias de afrontamiento, mostrando que los adolescentes con sobrepeso/obesidad constituyen un grupo más susceptible a presentar recursos de afrontamiento limitados, lo cual podría influir en su bienestar psicológico y en la gestión del estrés diario.

Para una mejor interpretación, se analizan los hallazgos diferenciados por sexo, siempre porcentajes del empleo general de todas las estrategias de afrontamiento, comenzando con los adolescentes varone.

CUADRO N° 35

35. Frecuencia (%) de niveles CSI por estado del IMC en varones				
Estado del IMC	Niveles CSI			Total
	Bajo	Medio	Alto	
IMC Bajo	29,63	62,96	7,41	100%
IMC Saludable	25,81	53,23	20,97	100%
Sobrepeso/obesidad	27,78	53,70	18,52	100%

Fuente: Elaboración Propia

En el análisis del perfil de estrategias de afrontamiento en adolescentes varones según su estado nutricional, reflejado en los datos precedentes, se observa que el nivel Medio de afrontamiento predomina de manera consistente en todas las categorías de IMC, superando siempre el 50%. Este patrón indica que, en general, la mayoría de los varones recurre a un uso moderado de estrategias para

manejar situaciones estresantes, independientemente de su peso. Sin embargo, al desglosar los datos por grupo de IMC, surgen diferencias relevantes que señalan distintas vulnerabilidades y recursos psicológicos.

En los varones con IMC Bajo, se identifica el perfil más preocupante. Aunque la mayoría (62.96%) se encuentra en el nivel Medio de afrontamiento, solo un 7.41% alcanza un nivel Alto, mientras que un significativo 29.63% se ubica en el nivel Bajo. Esto refleja que un porcentaje considerable de adolescentes con bajo peso carece de estrategias efectivas para enfrentar el estrés, lo que podría indicar una mayor susceptibilidad a la ansiedad, la frustración y dificultades para la regulación emocional. La combinación de un nivel Bajo relativamente elevado y un nivel Alto escaso sugiere una escasez de recursos adaptativos que podrían comprometer su bienestar psicológico.

En contraste, los varones con IMC Saludable presentan un perfil más equilibrado y adaptativo. En este grupo, el nivel Alto de afrontamiento aumenta significativamente hasta alcanzar el 20.97%, mientras que el nivel Bajo disminuye a 25.81%. Esto indica que los adolescentes con un estado nutricional saludable no solo mantienen una base de estrategias de afrontamiento moderadas, sino que además tienen un mayor porcentaje de jóvenes con recursos efectivos para manejar situaciones estresantes. Este perfil sugiere que un IMC saludable podría estar asociado con una mayor capacidad para enfrentar desafíos y manejar la presión emocional de manera constructiva.

Por otro lado, los varones con Sobrepeso/Obesidad muestran un perfil ligeramente menos adaptativo que el grupo saludable. Aunque el nivel Medio sigue siendo predominante, el nivel Alto disminuye levemente hasta el 18.52%, y el nivel Bajo aumenta a 27.78%. Esto refleja una tendencia hacia la vulnerabilidad, dado que un mayor porcentaje de adolescentes en esta categoría carece de estrategias de afrontamiento intensivas y eficaces, mientras que aquellos que sí las poseen son relativamente pocos. Este patrón podría señalar que el sobrepeso y la obesidad se asocian con un menor desarrollo de habilidades de afrontamiento, lo que podría repercutir en su capacidad para manejar el estrés de manera eficiente.

En síntesis, el análisis por IMC en varones evidencia que el estado nutricional se relaciona con diferencias importantes en el perfil de estrategias de afrontamiento. Los adolescentes con bajo peso muestran la mayor vulnerabilidad psicológica, con una escasez de recursos eficaces, mientras que los varones con peso saludable presentan el perfil más adaptativo. Por su parte, el grupo con sobrepeso u

obesidad se encuentra en una posición intermedia, mostrando un perfil menos favorable que el de los adolescentes con IMC saludable, pero más equilibrado que el de bajo peso. Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar el estado nutricional como un factor que puede influir en la capacidad de afrontamiento de los adolescentes varones, con implicaciones tanto preventivas como intervencionistas en el ámbito psicológico y educativo.

CUADRO N° 36

36. Frecuencia (%) de niveles CSI por estado del IMC en mujeres				
Estado del IMC	Niveles CSI			Total
	Bajo	Medio	Alto	
IMC Bajo	13,04	39,13	47,83	100%
IMC Saludable	23,26	41,86	34,88	100%
Sobrepeso/obesidad	30,61	44,90	24,49	100%

Fuente: Elaboración Propia

En el análisis del perfil de estrategias de afrontamiento en adolescentes mujeres según su estado nutricional, se observa un comportamiento notablemente distinto al de los varones, con una mayor variabilidad y patrones más positivos en ciertos grupos. En general, las mujeres muestran una capacidad más adaptativa para gestionar el estrés, aunque el sobrepeso y la obesidad siguen asociándose con vulnerabilidad, al igual que en los varones.

Entre las mujeres con IMC Bajo (bajo peso), se registra un perfil sorprendentemente favorable. La mayoría de las adolescentes (47.83%) presenta un nivel Alto de estrategias de afrontamiento, mientras que solo un 13.04% se ubica en el nivel Bajo. Este patrón contrasta fuertemente con el observado en los varones de IMC bajo, quienes muestran una proporción más elevada de nivel Bajo y menor de nivel Alto. Estos resultados sugieren que las mujeres con bajo peso poseen un repertorio de afrontamiento particularmente eficaz, utilizando activamente estrategias para manejar situaciones estresantes y regulando sus emociones de manera competente.

En el grupo de IMC Saludable, el nivel Medio se convierte en el más frecuente (41.86%), aunque el nivel Alto mantiene una presencia robusta con un 34.88%. Este perfil evidencia una

distribución equilibrada, donde una proporción significativa de adolescentes cuenta con estrategias intensivas de afrontamiento mientras que la mayoría mantiene un uso moderado. Se trata de un patrón claramente adaptativo que indica que la condición nutricional saludable en las mujeres está asociada con un desarrollo sólido de recursos psicológicos para enfrentar el estrés.

Por el contrario, las mujeres con Sobrepeso/Obesidad presentan el perfil más vulnerable dentro de su sexo. En este grupo, se observa el porcentaje más alto de nivel Bajo de afrontamiento (30.61%) y el más bajo de nivel Alto (24.49%). Esta distribución refleja una menor disponibilidad de estrategias eficaces y una mayor susceptibilidad frente al estrés, lo que podría repercutir negativamente en su bienestar emocional y su capacidad para manejar conflictos y presiones cotidianas.

En síntesis, el análisis por IMC en mujeres evidencia que el estado nutricional influye de manera significativa en las estrategias de afrontamiento. Mientras que el IMC bajo se asocia con un perfil altamente competente y adaptativo, el sobrepeso y la obesidad muestran un deterioro relativo en el uso de estas estrategias. El grupo con IMC saludable presenta un patrón intermedio, equilibrado y adaptativo, demostrando que, aunque el sexo femenino tiende a desarrollar recursos eficaces de afrontamiento, la condición de sobrepeso/obesidad representa un factor de riesgo que podría comprometer la gestión emocional y el manejo del estrés en la adolescencia.

Comparando los hallazgos entre hombres y mujeres de la misma edad, según su estado de IMC, se observa que:

- * El IMC bajo es la categoría con la diferencia más drástica entre sexos. Mientras los varones con IMC bajo muestran un perfil de afrontamiento pobre (7.41% Alto), las mujeres en esta condición exhiben el perfil más fuerte de todos los grupos analizados (47.83% Alto). Las estrategias de afrontamiento en adolescentes de IMC bajo parecen ser muy opuestas según el sexo.
- * Los adolescentes de 14 a 18 años que demuestran IMC saludable presentan perfiles adaptativos, pero las mujeres reportan un nivel de afrontamiento Alto significativamente mayor (34.88%) que los varones (20.97%). Esto sugiere que las adolescentes con IMC saludable podrían tener más recursos de afrontamiento que sus pares masculinos.

- * En sobrepeso/obesidad ambos sexos se asocian con el perfil menos adaptativo (mayor % de nivel Bajo y menor % de nivel Alto). Sin embargo, incluso en esta categoría, las mujeres con sobrepeso/obesidad tienen una mayor prevalencia de afrontamiento Alto (24.49%) que los varones en la misma situación (18.52%).

En resumen, las mujeres muestran un afrontamiento generalmente más alto en las tres categorías de IMC, las adolescentes mujeres tienden a reportar niveles de afrontamiento "Alto" con mayor frecuencia que los adolescentes varones.

A pesar de las diferencias de base, para ambos sexos la condición de sobrepeso u obesidad se asocia consistentemente con un perfil de afrontamiento menos eficaz en comparación con sus pares de peso saludable.

La diferencia más notable reside en el grupo de IMC bajo, donde los varones aparecen como un grupo de alta vulnerabilidad psicológica, mientras que las mujeres muestran una sorprendente resiliencia y capacidad de afrontamiento.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

La presente investigación se propuso analizar la relación entre el Índice de Masa Corporal (IMC) y factores psicológicos clave como la ansiedad, el estrés, la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento en adolescentes de Tarija, departamento con la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad adolescente en Bolivia. El hallazgo central es que esta relación no es lineal ni unidireccional, sino un fenómeno complejo, multifacético y fundamentalmente moderado por el género.

El estudio confirma la existencia de una "doble carga de la malnutrición", con un 39.92% de la muestra presentando sobrepeso u obesidad y un 19.38% con bajo peso. Esto significa que más de la mitad de los adolescentes (59.3%) se encuentra fuera del rango de IMC saludable, evidenciando una crisis de salud pública. Lejos de ser un mero indicador fisiológico, el IMC modula la intensidad y la naturaleza de las respuestas psicológicas, y genera efectos que varían drásticamente en función del género.

El desarrollo de la investigación permitió alcanzar satisfactoriamente cada uno de los objetivos específicos planteados, generando conclusiones detalladas que, en su conjunto, responden a la pregunta central del estudio.

En relación al primer objetivo específico, Fue plenamente alcanzado mediante la recolección de datos antropométricos de peso y talla de 258 estudiantes. Los resultados confirman y cuantifican la magnitud del problema de salud pública en la región. Se encontró que solo el 40.70% de los adolescentes posee un IMC saludable. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad asciende al 39.92%, una cifra que valida empíricamente las preocupaciones expresadas en la justificación del estudio, la cual señalaba a Tarija como un epicentro de esta problemática a nivel nacional.

La coexistencia de tasas elevadas de malnutrición por exceso (sobrepeso/obesidad) y por déficit (IMC bajo) dentro de la misma población adolescente es la manifestación clara del fenómeno de la "doble carga de la malnutrición". Esta situación sugiere la necesidad de investigaciones

posteriores que exploren la influencia de los determinantes sociales y ambientales en los patrones alimentarios y el estado nutricional de esta población..

El segundo objetivo específico, Se logró con éxito, revelando una relación compleja y no lineal entre el estado nutricional y la ansiedad. Se constató una alta prevalencia general de sintomatología ansiosa en la muestra, con un 52.71% de los adolescentes experimentando niveles de ansiedad entre moderados y graves, lo que constituye un hallazgo de salud mental significativo por sí mismo.

Sin embargo, la contribución más importante de este análisis es que el IMC no predice la presencia de ansiedad, sino que parece modular su intensidad. El grupo de adolescentes con IMC Bajo fue el que reportó el mayor porcentaje de ansiedad grave (32.00%). Por otro lado, el grupo con Sobrepeso/Obesidad presentó la mayor prevalencia de ansiedad moderada (33.01%).

Por lo tanto, se concluye que el bajo peso se asocia con un riesgo elevado de ansiedad severa (posiblemente por la vigilancia constante para mantener ese estado), mientras que el sobrepeso se vincula con una ansiedad crónica de intensidad moderada (relacionada con el malestar persistente y el estigma).

El tercer objetivo específico fue alcanzado ,y su análisis que demostró que el género es un predictor del estrés percibido significativamente más potente que el propio Índice de Masa Corporal. Las adolescentes mujeres reportaron niveles de estrés consistentemente más altos que sus pares varones en las seis dimensiones evaluadas por el Cuestionario de Estrés Percibido (CEP).

Al analizar la interacción entre género e IMC, se encontró que las adolescentes mujeres con un IMC Saludable son el grupo que reporta los niveles más altos de estrés percibido de toda la muestra, superando a las jóvenes con bajo peso y con sobrepeso/obesidad. Específicamente, este grupo alcanzó las puntuaciones más elevadas en todos los factores, incluyendo picos en "Miedo y Ansiedad" (índice de 0.60) y "Sobrecarga" (índice de 0.53).

Este patrón desmantela la suposición de que el peso corporal considerado "saludable" implica un bienestar psicológico. El alto costo emocional de este grupo se evidencia en las puntuaciones elevadas en las dimensiones de Miedo y Ansiedad (preocupación por el futuro y la incertidumbre) y

Sobrecarga (percepción de demandas excesivas). Estos indicadores sugieren que el estrés en las mujeres adolescentes no proviene de un estado de salud deteriorado, sino del esfuerzo por sostener un peso considerado socialmente aceptado y el temor a desviarse de esa norma. Por lo tanto, el estudio determina que la presión por la adhesión a un "cuerpo ideal" actúa como un agente patógeno en el contexto tarijeño, convirtiendo el estado de "normalidad" en una fuente significativa de angustia psicológica.

El cuarto objetivo fue se cumplió, identificando las principales dificultades para el conjunto de los adolescentes se localizaron en dos dimensiones de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS): la Falta de conciencia emocional (Conciencia) y el Acceso limitado a estrategias de regulación emocional (Estrategia). Esto indica que los jóvenes luchan, en primer lugar, por identificar y ser conscientes de lo que sienten y, en segundo lugar, por saber qué hacer con esas emociones una vez que las reconocen. Nuevamente, las adolescentes mujeres reportaron mayores dificultades en estas y casi todas las demás dimensiones.

El hallazgo más complejo surgió al cruzar estos datos con el IMC. Si bien el grupo con Sobrepeso/Obesidad enfrenta dificultades, también fue el que registró el mayor porcentaje de individuos en la categoría de "Muy Baja" dificultad para la regulación emocional (7.77%). Este resultado es contraintuitivo, especialmente al considerar que este mismo grupo demostró tener el repertorio de estrategias de afrontamiento más débil (como se verá en el siguiente objetivo).

Se concluye que esta baja dificultad no significa que sean emocionalmente competentes, sino que indica un mecanismo de evitación o desconexión. Si el adolescente no presta atención a sus emociones dolorosas o las ignora activamente, no reportará que le "cuesta" regularlas. Esta evitación afectiva es una estrategia desadaptativa que les permite ignorar o suprimir el malestar crónico asociado a su peso corporal.

El quinto objetivo fue alcanzado con éxito, identificando la influencia del género en las estrategias de afrontamiento. Primero, se confirmaron patrones de afrontamiento claramente diferenciados por género, los adolescentes varones mostraron una preferencia por estrategias activas y externas como la Resolución de Problemas y la Búsqueda de Apoyo Social. En contraste, las mujeres

tendieron a utilizar estrategias más internalizadas y centradas en la emoción, como la Expresión Emocional y, de manera notable, la Autocrítica.

La conclusión significativa de toda la tesis surge al analizar la interacción de estos patrones con el IMC. Se encontró que el grupo con Sobrepeso/Obesidad, en ambos sexos, presentaba el perfil de afrontamiento general más débil, con el mayor porcentaje de uso "Bajo" de estrategias y el menor porcentaje de uso "Alto". Sin embargo, la dinámica en la categoría de IMC Bajo fue radicalmente opuesta y polarizada por el género:

- * Los adolescentes varones con IMC Bajo exhibieron el perfil de afrontamiento más débil de todos los subgrupos estudiados, con un ínfimo 7.41% en el nivel de uso "Alto" de estrategias.
- * Las adolescentes mujeres con IMC Bajo mostraron, paradójicamente, el perfil de afrontamiento más fuerte y activo de todos los subgrupos, con un impresionante 47.83% en el nivel de uso "Alto".

En consecuencia, se concluye que los estilos de afrontamiento están fuertemente influenciados por el género. Más importante aún, el impacto psicológico del estado nutricional no es un hecho objetivo, sino que se interpreta a través de las normas y expectativas de género, produciendo resultados opuestos.

Una vez expuestas las conclusiones específicas, se procede a la verificación formal de las hipótesis planteadas al inicio de la investigación.

a) Hipótesis 1. *"El índice de sobrepeso/obesidad en personas de 14 a 18 años en la ciudad de Tarija tienen un nivel superior al promedio nacional."*

- * **Se confirma.** La investigación encontró una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad del 39.92% en la muestra estudiada. Este dato es superior al promedio nacional del 36% reportado por el Ministerio de Salud de Bolivia, citado en la justificación del problema. Por lo tanto, la evidencia empírica recolectada respalda directamente esta hipótesis.

b) Hipótesis 2. *"Los adolescentes de 14 a 18 años con sobrepeso/obesidad en la ciudad de Tarija presentan ansiedad moderada."*

- * **Se confirma.** Los resultados del análisis de ansiedad por categoría de IMC muestran que el grupo con Sobrepeso/Obesidad presenta la mayor prevalencia de "ansiedad moderada", con un 33.01%. Este nivel es el más característico para dicho grupo, confirmando la predicción de la hipótesis.

c) Hipótesis 3. *"Los adolescentes de 14 a 18 años con sobrepeso/obesidad tiene un alto nivel de estrés percibido."*

- * **Se confirma parcialmente.** La hipótesis se confirma de manera íntegra para las adolescentes mujeres con sobrepeso/obesidad, quienes reportan altos niveles de estrés en múltiples factores, especialmente en "Miedo y Ansiedad". Sin embargo, la hipótesis no se sostiene de la misma manera para los varones. Los adolescentes varones con sobrepeso/obesidad reportaron niveles de estrés *inferiores* en dimensiones clave como "Tensión, Irritabilidad y Fatiga" y "Miedo y Ansiedad" en comparación con sus pares de IMC saludable. Por lo tanto, la conclusión debe ser matizada: el alto estrés percibido en este grupo es una experiencia predominantemente femenina.

d) Hipótesis 4. *"Los adolescentes de 14 a 18 años con sobrepeso/obesidad en la ciudad de Tarija presentan una deficiente regulación emocional."*

- * **Se refuta la formulación original y se reinterpreta.** Si bien este grupo enfrenta desafíos, también contiene el mayor porcentaje de individuos que reportan una "Muy Baja" dificultad en la regulación emocional. Como se argumentó previamente, este resultado no sugiere una competencia emocional superior, sino que apunta a un mecanismo más complejo de supresión o evitación emocional. La deficiencia no radicaría en la gestión de las emociones, sino en el acceso y reconocimiento consciente de las mismas. Por lo tanto, la hipótesis original se refuta en favor de una interpretación más matizada.

e) Hipótesis 5. *"Los adolescentes de 14 a 18 años con sobrepeso/obesidad emplean principalmente las estrategias de afrontamiento de evitación de problemas y retirada social."*

- * **Se confirma.** Los datos confirman que el grupo con Sobrepeso/Obesidad presenta, en conjunto, el perfil de afrontamiento más débil, con el mayor porcentaje de individuos en

la categoría de uso "Bajo" de estrategias y el menor porcentaje en la categoría de uso "Alto". Su estilo de afrontamiento es comparativamente menos comprometido y más tendiente a la evitación que el de sus pares con IMC bajo o saludable.

6.2 RECOMENDACIONES

Derivadas directamente de las conclusiones de esta tesis, se formulan las siguientes recomendaciones dirigidas a distintos actores, con el objetivo de promover un abordaje integral de la salud adolescente en Tarija.

6.2.1. Para la práctica clínica y el apoyo psicoeducativo

Para los adolescentes varones (especialmente con IMC bajo). Las intervenciones deben centrarse en fortalecer la autoestima, desafiar los ideales masculinos rígidos que equiparan la valía con la fuerza física, y promover habilidades de conexión social para contrarrestar la tendencia a la retirada y el afrontamiento pasivo.

Para las adolescentes mujeres. Los programas deben incluir componentes de educación sobre consumo crítico de medios y redes sociales para deconstruir críticamente los ideales de delgadez, técnicas de manejo del estrés (dirigidas especialmente al grupo de peso saludable que vive bajo alta presión), y estrategias para construir una autoimagen y autovaloración que no dependan de la apariencia física.

Priorizar el entrenamiento en regulación emocional, considerando que la falta de conciencia emocional y de estrategias de manejo fueron los déficits más extendidos, se recomienda la implementación de talleres psicoeducativos en el ámbito escolar y comunitario. Estos talleres deben enfocarse en enseñar a los adolescentes a identificar, nombrar y aceptar sus emociones (conciencia) y en dotarlos de un repertorio amplio y flexible de estrategias de afrontamiento adaptativas (resolución de problemas, reestructuración cognitiva, búsqueda de apoyo funcional) para reemplazar la autocrítica y la evitación.

6.2.2 Para la salud pública y educación en general

Promover políticas de salud integrada, se insta a las autoridades sanitarias a superar los enfoques fragmentados que separan la nutrición de la salud mental. Toda política pública o programa destinado a abordar el sobrepeso y la obesidad en adolescentes debe incluir, de manera obligatoria y financiada, un componente de salud mental que aborde los factores psicológicos aquí identificados.

Es fundamental que el currículo de educación secundaria integre módulos obligatorios y transversales sobre salud mental, regulación emocional, habilidades de afrontamiento y consumo crítico de medios de comunicación. La educación formal no puede seguir ignorando la formación de competencias emocionales, que son tan cruciales para el bienestar como las académicas.

Las instituciones educativas deben trabajar activamente para crear un clima escolar que desincentive el acoso basado en la apariencia física y promueva una cultura de bienestar integral. Esto incluye garantizar el acceso a opciones de alimentación saludable y de asegurar la disponibilidad de servicios de apoyo psicológico confidenciales y accesibles dentro de la propia escuela.

6.2.3 Para la comunidad y la familia

Se recomienda desarrollar campañas de comunicación dirigidas a padres, madres y la comunidad en general. Estas campañas deben educar sobre la "doble carga de la malnutrición" y visibilizar las luchas psicológicas "ocultas" de los adolescentes, incluyendo la paradoja del estrés asociado al "peso ideal" en las mujeres. El objetivo es cambiar el discurso público, pasando de un enfoque en el peso a un enfoque en el bienestar.

Es necesario crear recursos prácticos que orienten a las familias sobre cómo comunicarse con sus hijos adolescentes acerca de la salud, la alimentación y la imagen corporal de una manera positiva y no enjuiciadora. Estas guías deben ofrecer alternativas al control y la crítica, fomentando la autonomía, la escucha activa y el apoyo emocional.

Apoyar e incentivar actividades comunitarias (deportivas, artísticas, culturales, de voluntariado) que ofrezcan a los adolescentes oportunidades para construir su identidad, autoestima y redes de apoyo en ámbitos no centrados en la apariencia física. Estos espacios son fundamentales para que los jóvenes desarrollen un sentido de valía basado en habilidades, talentos y contribuciones, y no solo en su imagen corporal.