



Factores psicosociales relacionados con obesidad en adolescentes: un estudio de casos y controles

Psychosocial factors related to obesity among adolescents: a case-control study

Fatores psicossociais relacionados à obesidade em adolescentes: um estudo caso-controle

ARTÍCULO ORIGINAL



Escanea en tu dispositivo móvil
o revisa este artículo en:
<https://doi.org/10.33996/repsi.v8i22.184>

 **Andrea Naveda Meléndez¹**
andrifabi1997@gmail.com

 **Sofía Naveda Meléndez²**
sofianavedamelendez@gmail.com

 **Omar Naveda Romero³**
sofianavedamelendez@gmail.com

¹Universidad "Yacambú". Barquisimeto, Venezuela

²Universidad "Fermín Toro". Barquisimeto, Venezuela

³Clínica "Santa Cruz". Barquisimeto, Venezuela

Recibido 3 de junio 2025 / Aceptado 25 de julio 2025 / Publicado 11 de septiembre 2025

RESUMEN

La obesidad infantil y en adolescentes se considera un importante problema de salud pública asociado a problemas psicosociales. Para determinar factores psicosociales relacionados con obesidad en adolescentes, se realizó un estudio de casos y controles donde se aplicó una encuesta a 128 adolescentes con obesidad y 128 con estatus de peso normal que incluyó un autoinforme de adolescentes (ADA). El ADA mostró un Alfa de Cronbach de 0,70 o superior, con medidas de Kaiser-Meyer-Olkin aceptables y esfericidad de Bartlett con $p < 0,0001$ en todos sus factores. Los factores psicosociales relacionados con obesidad en adolescentes fueron: depresión-ansiedad (RO=1,871; IC95%: 1,281–2,732; $p=0,001$), resiliencia-prosocialidad (RO=0,176; IC95%: 0,110–0,283; $p<0,0001$), ocupación de la madre (RO=1,999; IC95%: 1,032–3,872; $p=0,040$) y el uso de teléfono inteligente (RO=3,779; IC95%: 1,327–10,758; $p=0,013$). La presencia de reactivos de depresión-ansiedad, una menor resiliencia-prosocialidad, la ocupación de la madre y el uso de teléfono inteligente pueden ser factores relacionados con obesidad en adolescentes.

Palabras clave: Adolescencia; Factores psicológicos; Factores sociodemográficos; Obesidad

ABSTRACT

Childhood and adolescent obesity is considered a major public health problem associated with psychosocial problems. To determine psychosocial factors related to obesity among adolescents, a case-control study was conducted. A survey was administered to 128 obese adolescents and 128 with normal weight status. The survey included an adolescent self-report questionnaire (ASR). The ASR showed a Cronbach's alpha of 0,70 or higher, with acceptable Kaiser-Meyer-Olkin measures and Bartlett's sphericity test with $p < 0,0001$ for all factors. Psychosocial factors associated with obesity in adolescents were: depression-anxiety (OR=1,871; 95%CI: 1,281–2,732; $p=0,001$), resilience-prosociality (OR=0,176; 95%CI: 0,110–0,283; $p<0,0001$), maternal occupation (OR=1,999; 95%CI: 1,032–3,872; $p=0,040$), and smartphone use (OR=3,779; 95%CI: 1,327–10,758; $p=0,013$). The presence of depression-anxiety items, lower resilience-prosociality, maternal occupation, and smartphone use may be factors associated with obesity in adolescents.

Key words: Adolescence; Obesity; Psychological factors; Sociodemographic factors

RESUMO

A obesidade infantil e adolescente é considerada um importante problema de saúde pública associado a questões psicosociais. Para determinar os fatores psicosociais relacionados à obesidade em adolescentes, foi realizado um estudo de caso-controle. Um questionário foi aplicado a 128 adolescentes obesos e 128 com peso normal. O questionário incluiu um questionário de autorrelato para adolescentes (APA). O APA apresentou um alfa de Cronbach de 0,70 ou superior, com medidas de Kaiser-Meyer-Olkin aceitáveis e teste de esfericidade de Bartlett com $p < 0,0001$ para todos os fatores. Os fatores psicosociais associados à obesidade em adolescentes foram: depressão-ansiedade (OR=1,871; IC95%: 1,281–2,732; $p=0,001$), resiliência-pró-socialidade (OR=0,176; IC95%: 0,110–0,283; $p<0,0001$), ocupação materna (OR=1,999; IC95%: 1,032–3,872; $p=0,040$) e uso de smartphone (OR=3,779; IC95%: 1,327–10,758; $p=0,013$). A presença de itens de depressão-ansiedade, menor resiliência-pró-socialidade, ocupação materna e uso de smartphone podem ser fatores associados à obesidade em adolescentes.

Palavras-chave: Adolescência; Fatores Psicológicos; Fatores sociodemográficos; Obesidade

INTRODUCCIÓN

La obesidad infantil y en adolescentes se considera un importante problema de salud pública del siglo XXI que ha alcanzado proporciones epidémicas (Sahoo et al., 2015). Se ha definido como un problema de índole médico, pero en realidad resulta ser un problema complejo en el cual se envuelven la interacción de factores genéticos, biológicos, ambientales, psicológicos, culturales y sociales, manifestando de esta manera su etiología multifactorial (Domínguez-Vásquez, Olivares, y Santos, 2008).

De acuerdo con Newson y Rashidi (2024) los factores psicológicos y sociales suelen pasarse por alto tanto en las evaluaciones de investigación como en las intervenciones terapéuticas. Descuidar los factores psicosociales podría perjudicar las intervenciones. De allí la importancia de investigar las creencias, expectativas, características sociales y los aspectos psicológicos de niños y adolescentes con obesidad.

En ese sentido, resulta importante destacar que se ha observado que el 57% de los niños entre 8 y 12 años de edad con obesidad pueden presentar un diagnóstico psicológico (Sepúlveda, Solano, Blanco, Lacruz y Graell, 2018). También es necesaria una conceptualización amplia de estos problemas para una intervención alineada estratégicamente que permita una

implementación eficaz a nivel individual, familiar, organizacional, comunitario, e incluso político.

Por otra parte, se han diseñado una serie de herramientas para la evaluación psicosocial de niños y adolescentes, con base a entornos de Psicología basada en evidencias. Uno de los instrumentos desarrollados son los autoinformes de adolescentes (ADA), como instrumentos de evaluación psicológica con adecuadas propiedades psicométricas e invarianza factorial, como el Youth Self-Report (Achenbach y Dumenci, 2001), la escala de bienestar psicológico para jóvenes de Casullo (Casullo, 2002), o el inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes (del Barrio, Aluja y Spielberger, 2004). Donde a través de cuestionarios y evaluaciones autoadministradas, los adolescentes pueden proporcionar datos valiosos sobre sus propias experiencias y perspectivas.

De esta forma, las interrelaciones entre la obesidad y los trastornos psicosociales son complejas; sin embargo, la importancia de reconocer los riesgos psicosociales que enfrentan los niños con obesidad de todas las edades tiene importantes implicaciones. Es por ello que el objetivo primario de este estudio fue determinar los factores psicosociales que puedan estar relacionados con la obesidad en adolescentes, explorando, además, la utilización sistemática de un ADA.

MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio de casos y controles realizado en la ciudad de Barquisimeto, estado Lara, Venezuela, entre enero del año 2022 y diciembre del 2024. Donde fue realizada una encuesta que incluyó un ADA, una encuesta de factores sociales y consentimiento informado en un grupo de 256 adolescentes.

A través de un muestreo no probabilístico consecutivo fueron evaluados adolescentes con edades comprendidas entre 12 y 18 años, que acudieron a consulta de psicología o pediatría. Aquellos con criterios de obesidad fueron incluidos como grupo de casos, mientras, el grupo control se conformó con adolescentes no obesos. Fueron excluidos adolescentes con dificultades de comprensión lectora, discapacidades intelectuales o físicas que impidieran la correcta comprensión y ejecución de respuestas en el autoinforme, con enfermedad subyacente grave o con medicación por enfermedades crónicas.

Para el cálculo del tamaño de la muestra, conociendo la prevalencia regional de obesidad en adolescentes del 8,5% reportada en un estudio previo (Morales y Montilva, 2014), lo que supone una proporción de controles del 8,5%, con una proporción calculada de casos del 21,8%, con un odds ratio (OR) esperado de 3 y con un nivel de confianza del 95%, con una potencia del 80% y con 1 control por cada caso, la muestra se estimó

en 128 casos de adolescentes con obesidad y 128 adolescentes no obesos, con corrección de Yates; para un total de 256 individuos. El programa utilizado para el cálculo de la muestra fue el Epidat 3.1.

Procedimiento de recolección de datos

Se registraron los hallazgos del examen clínico-psicológico y las mediciones antropométricas de los participantes. La altura y el peso se midieron con una báscula con tallimetro calibrado marca Health o meter. Se calculó el índice de masa corporal (IMC) con la fórmula: peso en kilogramos/ (talla en metros)².

A cada adolescente y su representante que fueron abordados durante la consulta se les explico el propósito del estudio y sus objetivos. A aquellos dispuestos a colaborar se les aplicó la encuesta. El cuestionario ADA aplicado durante el estudio contiene un autoinforme, como instrumento de autovaloración desarrollado por Daset y colaboradores (Daset et al., 2021). Es un instrumento de evaluación para jóvenes de entre 12 y 18 años de edad, de ambos sexos, aplicado para obtener un perfil psicológico general del adolescente informando sobre la existencia de problemas psicopatológicos, a partir de un cuestionario con ítems preestablecidos y con una escala tipo Likert, en formato de autorespuestas, con un intervalo de respuesta entre 0 ('Nada de acuerdo') y 4 ('Muy de acuerdo').

Para los fines de este estudio se empleó la versión abreviada para poder realizar una toma de forma más sencilla y realizar un cribado básico en el menor tiempo posible (Tabla 1). El cuestionario está compuesto por 24 ítems que se agrupan en seis factores: depresión-ansiedad (ítems 1 - 4), disocial con comportamiento adictivo (ítems 5 - 8), desregulación disruptiva del estado de ánimo y comportamiento disocial (ítems 9 - 12), ansiedad social (ítems 13 - 16), resiliencia-

prosocialidad (ítems 17 - 20) y obsesión-compulsión (ítems 21 - 24), con cuatro ítems por cada factor. Los valores de fiabilidad del Alfa de Cronbach en el cuestionario original de Daset y colaboradores fueron: depresión-ansiedad, $\alpha = 0,78$; disocial con comportamiento adictivo, $\alpha = 0,91$; desregulación disruptiva del estado de ánimo y comportamiento disocial, $\alpha = 0,81$; ansiedad social, $\alpha = 0,69$; resiliencia-prosocialidad, $\alpha = 0,76$; y obsesión-compulsión, $\alpha = 0,65$.

Tabla 1. Cuestionario ADA (Autoinforme de adolescentes, Daset et al., 2021).

N°	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Muy
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
10					
20					
21					
22					
23					
24					

Además, se le asoció una encuesta para obtener los datos sociales del adolescente. Se aplicó en dos contextos: sala de consulta de psicología y en consultorio de pediatría, en ambos casos, salas privadas. Antes de la aplicación de los protocolos (encuesta social y ADA) se le solicitó el consentimiento informado de los adultos a cargo de los menores, y el consentimiento de los propios adolescentes. Previo a la aplicación del instrumento, se leyó las instrucciones y se aseguró la comprensión del adolescente.

Si durante la administración de los cuestionarios surgían preguntas o dudas sobre el llenado o sobre algún término que no se conociera, se suministró la información necesaria en un lenguaje apropiado, con el cuidado de no sugerir o influir en las respuestas. Dado el caso de que alguna pregunta ocasionara alguna incomodidad o ansiedad en el adolescente, se habló con el participante para ofrecer la ayuda necesaria. También se les explicó que tenían derecho a interrumpir en cualquier momento la prueba sin tener ningún tipo de consecuencia. Hubo una revisión final del protocolo, basados en que los ítems con omisiones o con respuestas dobles dejaban invalidado el autoinforme.

Se recolectaron datos a partir de la información obtenida. Se utilizó una ficha de recolección de datos, diseñada específicamente para recopilar las variables de interés. Se creó una base de datos codificados para proteger la confidencialidad.

Variables

La obesidad en los adolescentes (variable dependiente) se diagnosticó según las curvas de percentiles, para edad y sexo del IMC del I Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana del Proyecto Venezuela (Espinoza, 2004). Todos aquellos con IMC entre percentil 10 y percentil 90 fueron considerados con estatus de peso normal. Se consideró obesidad cuando el IMC fue superior al percentil 95. Todas las mediciones antropométricas fueron realizadas por pediatra.

Las variables independientes evaluadas quedaron incluidas en los factores psicosociales estimados. Los factores psicológicos fueron obtenidos a través del ADA en su versión abreviada (Daset et al., 2021) distribuidos en seis factores, en un formato de autovaloración escrito en papel. Para calcular cada factor del cuestionario se sumaron los valores correspondientes a cada respuesta de los ítems específicos para cada factor, con valores totales que oscilan entre 0 y 16.

Los factores sociales evaluados fueron: edad, género (femenino y masculino), práctica deportiva, número de hermanos, hábito tabáquico, ocupación de la madre (ama de casa, empleada, independiente), estado civil de los padres (casados, divorciados, solteros), y el uso de teléfono inteligente.

Se consideró práctica deportiva a la pertenencia y realización de algún deporte organizado, con prácticas de al menos tres veces a la semana. Por hábito tabáquico se consideró el consumo de dos o más cigarrillos por semana, en las últimas tres semanas previas a la aplicación del ADA. En cuanto a la ocupación de la madre se consideró empleada, si trabajaba a un empleador o empresa, e independiente, si se dedicaba a actividades comerciales por cuenta propia, ofreciendo sus servicios a clientes sin tener un contrato laboral formal con una empresa, o ama de casa, si se dedicaba a realizar exclusivamente las tareas necesarias para el funcionamiento cotidiano del hogar. Todo adolescente con un teléfono móvil para uso personal con o sin supervisión de padres o representantes independientemente del tiempo de uso fue considerado con teléfono inteligente.

Plan de análisis

El programa SPSS *Statistics*[®], versión 17.0, se utilizó en el análisis estadístico. El ADA fue sometido a un análisis de confiabilidad mediante el método de consistencia interna a través del Coeficiente Alfa de *Cronbach*. Además, de una medida estadística de idoneidad de los datos en un análisis factorial de *Kaiser-Mayer-Olkin* (KMO) y un test de esfericidad de *Bartlett*. El análisis descriptivo incluyó medias y desviación estándar (DE) para variables cuantitativas y porcentajes para variables cualitativas.

Las variables comparadas: obesidad y factores psicosociales fueron estudiadas por medio de análisis bivariable. Se utilizó χ^2 de *Pearson* para contrastar datos cualitativos y prueba *t* de *Student* para contrastar datos cuantitativos (incluyó prueba de *Levene* para igualdad de varianzas). Se consideró significativo toda $p < 0,05$. Finalmente, se realizó un análisis multivariable con modelo de regresión logística binaria, en el que se incluyeron aquellas variables independientes que mostraron asociación significativa con obesidad (variable dependiente) como co-variables de la regresión. Se utilizó un método de: Introducir, como método de entrada de las variables en el modelo de regresión logística. Se calculó, además: R^2 de *Nagelkerke* y la prueba de bondad de ajuste de *Hosmer y Lemeshow*. La probabilidad predicha por el modelo de regresión permitió la elaboración de una curva ROC (*receiver operating characteristic*). El área bajo la curva fue estimada en forma no paramétrica, con un intervalo de confianza del 95%.

Aspectos éticos

El estudio se rigió por el Capítulo I de los deberes éticos en el área de la investigación y del Capítulo III de los deberes éticos relativos con recursos e instrumentos de trabajo psicológico del Código de ética profesional de la Federación de Psicólogos de Venezuela (Federación de Psicólogos de Venezuela, 2013). Se utilizó un formulario de consentimiento informado para la participación voluntaria de los sujetos incluidos en el estudio

y de sus representantes legales. Se garantizó la confidencialidad de los datos recolectados y el anonimato de los participantes.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El ADA de Daset y colaboradores (Daset et al., 2021) resultó estable y confiable, mostrando

un Alfa de *Cronbach* de 0,70 o superior, con una medida de KMO con rangos aceptables y la prueba de esfericidad de *Barlett* con una significancia menor a 0,0001 en todos los factores del autoinforme Tabla 2.

Tabla 2. Fiabilidad y adecuación muestral de la escala utilizada para el estudio.

Factor	Alfa de Cronbach	KMO	Esfericidad de Bartlett ^a
Depresión-ansiedad	0,71	0,66	$\chi^2=227,8; p < 0,0001$
Disocial con comportamiento adictivo	0,78	0,63	$\chi^2=571,0; p < 0,0001$
Desregulación disruptiva y comportamiento disocial	0,70	0,60	$\chi^2=260,7; p < 0,0001$
Ansiedad social	0,71	0,61	$\chi^2=617,0; p < 0,0001$
Resiliencia-prosocialidad	0,74	0,75	$\chi^2=224,7; p < 0,0001$
Obsesión-compulsión	0,86	0,65	$\chi^2=575,7; p < 0,0001$

KMO: índice de adecuación muestral de *Kaiser-Meyer-Olkin*

^aGrados de libertad: 6

La media del factor de Depresión-ansiedad fue de $1,0 \pm 1,9$; en el factor ansiedad social $0,4 \pm 1,2$ y en la resiliencia-prosocialidad $12,6 \pm 2,3$. La media de edad fue de $15,1 \pm 2,0$ años. El 53,9% fueron de género masculino. El 7,4% tuvo hábitos

tabáquicos. El 35,2% de las madres eran amas de casa. El 52,0% de los adolescentes tenían teléfono inteligente. Las demás características generales de la población estudiada están descritas en la Tabla 3.

Tabla 3. Características generales de la población de estudio.

Variables		N = 256
Estatus de peso	Normal, n (%)	128 (50)
	Obesidad, n (%)	128 (50)
Factores psicológicos ^a	Depresión-ansiedad, media (DE)	1,0 (1,9)
	Disocial con comportamiento adictivo, media (DE)	0,2 (0,9)
	Desregulación disruptiva y comportamiento disocial, media (DE)	0,3 (0,9)
	Ansiedad social, media (DE)	0,4 (1,2)
	Resiliencia-prosocialidad, media (DE)	12,6 (2,3)
	Obsesión-compulsión, media (DE)	0,6 (1,5)
Factores sociales	Edad en años, media (DE)	15,1 (2,0)
	Género	
	Femenino, n (%)	118 (46,1)
	Masculino, n (%)	138 (53,9)
	Práctica deportiva, n (%)	21 (8,2)
	Número de hermanos, media (DE)	1,0 (0,9)
	Hábito tabáquico, n (%)	19 (7,4)
	Ocupación de la madre	
	Ama de casa, n (%)	90 (35,2)
	Empleada, n (%)	76 (29,7)
	Independiente, n (%)	90 (35,2)
	Estado civil de los padres	
	Casados, n (%)	140 (54,7)
Divorciados, n (%)	79 (30,9)	
Solteros, n (%)	37 (14,5)	
Uso de teléfono inteligente, n (%)	133 (52,0)	

^aADA versión abreviada de Daset y colaboradores de 24 ítems.

En el análisis bivariable se observa que el factor depresión-ansiedad ($0,6 \pm 1,5$ vs. $1,5 \pm 2,1$; $p < 0,0001$) y ansiedad social ($0,1 \pm 0,5$ vs. $0,6 \pm 1,6$; $p = 0,001$) fueron significativamente superiores en el grupo con obesidad. De la misma forma, el factor resiliencia-prosocialidad ($14,5 \pm 1,4$ vs. $10,8 \pm 1,4$; $p < 0,0001$) fue significativamente inferior en el grupo de adolescentes con obesidad. Además, las proporciones de ocupación de la madre (ama de casa: 40,6% vs. 29,7%; empleada: 32,8% vs. 26,6%

y trabajadora independiente: 26,6% vs. 43,8%; $p = 0,015$) mostraron diferencias significativas entre los grupos de estatus de peso, con predominio de la proporción de madres trabajadoras en el grupo de adolescentes con obesidad. Por otra parte, la proporción de adolescentes con teléfono inteligente (30,5% vs. 73,4%; $p < 0,0001$) predominó significativamente en el grupo de adolescentes con obesidad Tabla 4.

Tabla 4. Análisis bivariable: Factores psicosociales según estatus de peso.

Variable	Estatus de peso		p ^b
	Normal N = 128	Obesidad N = 128	
Factores psicológicos ^a			
Depresión-ansiedad ^c , media (DE)	0,6 (1,5)	1,5 (2,1)	<0,0001
Disocial con comportamiento adictivo, media ^c (DE)	0,1 (0,6)	0,3 (1,1)	0,094
Desregulación disruptiva y comportamiento disocial, media (DE)	0,2 (0,9)	0,3 (1,0)	0,728
Ansiedad social ^c , media (DE)	0,1 (0,5)	0,6 (1,6)	0,001
Resiliencia-prosocialidad, media (DE)	14,5 (1,4)	10,8 (1,4)	<0,0001
Obsesión-compulsión, media (DE)	0,5 (1,4)	0,6 (1,6)	0,430
Factores sociales			
Edad en años, media (DE)	15,3 (2,0)	14,9 (2,1)	0,148
Género			0,210
Femenino, n (%)	54 (42,2)	64 (50,0)	
Masculino, n (%)	74 (57,8)	64 (50,0)	
Práctica deportiva, n (%)	12 (9,4)	9 (7,0)	0,494
Número de hermanos, media (DE)	1,0 (0,9)	1,0 (0,8)	0,941
Hábito tabáquico, n (%)	7 (5,5)	12 (9,4)	0,233
Ocupación de la madre			0,015
Ama de casa, n (%)	52 (40,6)	38 (29,7)	
Empleada, n (%)	42 (32,8)	34 (26,6)	
Independiente, n (%)	34 (26,6)	56 (43,8)	
Estado civil de los padres			0,202
Casados, n (%)	64 (50,0)	76 (59,4)	
Divorciados, n (%)	46 (35,9)	33 (25,8)	
Solteros, n (%)	18 (14,1)	19 (14,8)	
Uso de teléfono inteligente, n (%)	39 (30,5)	94 (73,4)	<0,0001

^aADA versión abreviada de Daset y colaboradores de 24 ítems

^b χ^2 de Pearson para datos cualitativos y prueba *t* de Student para datos cuantitativos

^cTest de Levene con significancia menor de 0,05

La Tabla 5, muestra el análisis de regresión logística binaria multivariable. En ella se observa que los factores psicosociales relacionados con obesidad en adolescentes fueron: depresión-ansiedad (RO=1,871; IC95%: 1,281 – 2,732; p=0,001), resiliencia-prosocialidad (RO=0,176; IC95%: 0,110 – 0,283; p<0,0001), ocupación de la madre (RO=1,999; IC95%: 1,032 – 3,872; p=0,040)

y el uso de teléfono inteligente (RO=3,779; IC95%: 1,327 – 10,758; p=0,013). Con resiliencia-prosocialidad con RO < 1 y con coeficiente Beta negativo, por lo que su relación con obesidad es inversa. El modelo clasifica correctamente el 93,0% de los casos. La R² de Nagelkerke fue de 0,843; lo que significa que el 84,3% de la varianza observada en la variable obesidad

queda explicada por las variables incluidas en el modelo. La prueba de bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow fue de 0,466; lo que indica

que el modelo se ajusta bien a los datos y cuenta con una excelente capacidad predictiva.

Tabla 5. Factores psicosociales asociados a obesidad según análisis de regresión logística binaria multivariable.

VARIABLES	β	OR	95% IC		p
Depresión-ansiedad	0,626	1,871	1,281	2,732	0,001
Ansiedad social	0,265	1,303	0,720	2,358	0,382
Resiliencia-prosocialidad	-1,735	0,176	0,110	0,283	<0,0001
Ocupación de la madre	0,692	1,999	1,032	3,872	0,040
Uso de teléfono inteligente	1,329	3,779	1,327	10,758	0,013
Constante	19,816	4,035E8			<0,0001

β : Coeficiente β OR: Odds ratio IC: Intervalo de confianza
 El modelo clasifica correctamente al 93,0% de los casos
 R^2 de Nagelkerke = 0,843
 Prueba de Hosmer y Lemeshow = 0,466

La Figura 1, muestra la curva ROC del modelo de regresión. El área bajo la curva estimado fue de 0,976 (95% IC 0,961 – 0,991; $p < 0,0001$).

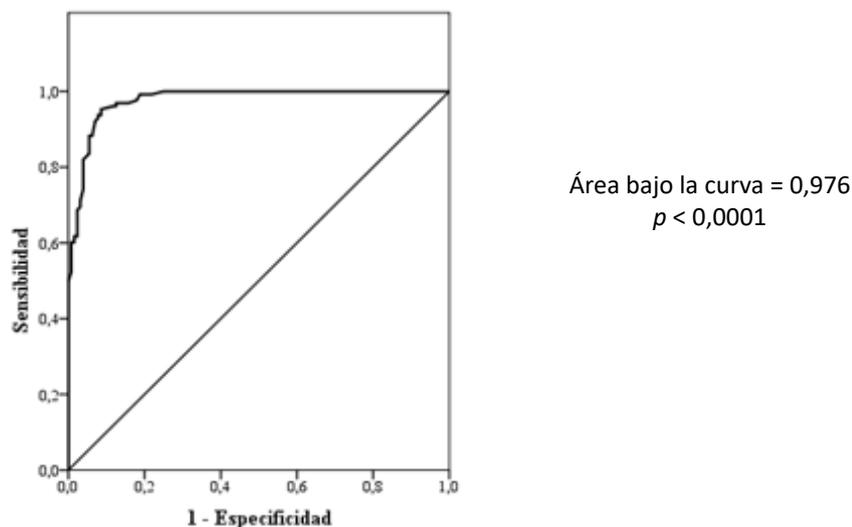


Figura 1. Curva ROC para factores psicosociales asociados a obesidad en adolescentes según modelo de regresión.

Discusión

Las consecuencias de la obesidad en niños y adolescentes no solo incluyen problemas de salud física, sino también, pueden afectar el bienestar social, conductual y emocional del que la padece. Un aspecto de vital importancia para la determinación del perfil psicológico del adolescente es la herramienta diagnóstica a emplear. Múltiples escalas han sido desarrolladas con tal fin, como: el Inventario de Evaluación de la Personalidad para Adolescentes (Morey, 2007), o la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Ryff y Keyes, 1995), entre otros. Sin embargo, otros autores han aportado evidencia de que algunos adolescentes pueden dar respuestas inexactas en un cuestionario autoadministrado con mucha frecuencia (Fan et al., 2006).

Más allá de estas controversias, la evaluación psicológica de los adolescentes con una enfermedad crónica como la obesidad resulta crucial para la comprensión de las dimensiones del problema, que se extiende más allá de las características biológicas de la propia enfermedad. Si bien, estas escalas para evaluar el ajuste psicológico de niños y adolescentes es uno de los instrumentos más utilizados, se han publicado pocos artículos sobre el perfil psicológico de niños y adolescentes con obesidad a través de los mismos (Beynon, 2023; Donnchadha, Bramham y Greene, 2023).

En esta investigación se utilizó el ADA versión abreviada desarrollado por Daset y colaboradores (Daset et al., 2021), el cual mostró una fiabilidad aceptable con buena consistencia interna, a juzgar por su alfa de Cronbach, medida de KMO y la prueba de esfericidad de Barlett. A través de este autoinforme se pudo explorar el perfil psicológico de un grupo de adolescentes, con dos diferentes estatus de peso: normal y obesidad. Con esta herramienta a la que se le asoció una encuesta breve de datos sociales se pudo determinar que la presencia de reactivos de depresión-ansiedad, una menor resiliencia-prosocialidad, la ocupación de la madre y el uso de teléfono inteligente constituyeron factores relacionados con obesidad en adolescentes en la regresión logística.

Se ha determinado que los niños y adolescentes con obesidad presentan altos niveles de ansiedad y depresión, baja autoestima y mayores dificultades para regular sus emociones, similar a los hallazgos de este estudio. Por lo tanto, la detección y el tratamiento de estas afecciones son de suma importancia para lograr los objetivos terapéuticos (Vourdoumpa et al., 2024; Seyler et al., 2025). Por otra parte, resalta el factor de ansiedad social; que si bien, no resultó significativo en la regresión logística, sí fue un factor asociado a obesidad en adolescentes en el análisis bivariable. Se ha observado una correlación positiva entre las puntuaciones medias

de alimentación emocional y ansiedad social en adolescentes obesos (Efe, Özbey, Erdem y Hatipoğlu, 2020).

La resiliencia, en particular la resiliencia emocional, puede ser un factor protector contra la obesidad del adolescente. Se ha demostrado que hay una asociación significativa entre la resiliencia emocional infantil y el peso corporal (Foster y Weinstein, 2019). Por otra parte, la baja resiliencia y la percepción de sobrepeso/obesidad se han asociado de forma independiente con la insatisfacción con el tamaño corporal (Borinsky, Gaughan y Feldman-Winter, 2019).

Otros estudios han determinado que un IMC más alto tiene un efecto negativo en la resiliencia psicológica (Uzum, Kara, Şirin y Kaymaz, 2023). En esta investigación los adolescentes con obesidad mostraron niveles de resiliencia-prosocialidad menores a los adolescentes con estatus normal de IMC. Esta observación podría estar relacionada con diversos factores, como la discriminación, el acoso, el apoyo social percibido y la baja autoestima. Además, la baja resiliencia puede ser un indicador de experiencias adversas pasadas y problemas psicológicos actuales. Esto resulta importante, al considerar que un factor modificable como la resiliencia tiene un potencial significativo para el tratamiento de la insatisfacción corporal, de posibles trastornos alimentarios y de la obesidad en los adolescentes.

Diversos estudios han documentado un vínculo entre la ocupación de la madre y la obesidad infantil y en adolescentes, pero los mecanismos de esta relación no son claros (Anderson, Butcher y Schanzenbach, 2019; Datar, Nicosia y Shier, 2014). Datos similares han sido observados en este estudio. La literatura ha explorado una variedad de mecanismos específicos que podrían explicar tal vínculo. Los posibles factores descritos son: el tiempo que los niños y adolescentes pasan viendo televisión, y esto a su vez incrementa el sedentarismo y el consumo de 'snacks'; las madres trabajadoras tienen menos tiempo de preparar comidas saludables; las madres trabajadoras proporcionan menos desayunos y tienen un entorno alimentario familiar menos saludable (Datar et al., 2014; Fitzsimons y Pongiglione, 2019; Swyden et al., 2017).

En cuanto al uso de teléfonos inteligentes, hay estudios que han revelado que el uso general de teléfonos inteligentes y el uso problemático de teléfonos inteligentes han mostrado una correlación positiva con el sobrepeso o la obesidad en estudiantes de primaria y secundaria, posiblemente asociado a varias actividades relacionadas con adicción al internet o por una asociación positiva entre el estrés académico y la adicción a los teléfonos inteligentes (Liu et al., 2018). Además, se ha descrito una asociación

entre el uso de tecnología digital y el incremento en el IMC en adolescentes, mediada en parte por la falta de sueño, lo que sugiere que los mecanismos subyacentes en esta relación podrían ser multifactoriales (Shen et al., 2021).

Esta investigación cuenta con importantes limitaciones. El tamaño de la muestra fue calculado considerando el tipo de estudio a realizar y sus objetivos, sin embargo, podría resultar pequeña en base a la magnitud del problema estudiado. No hubo evaluación del nivel socioeconómico. No se evaluó el número exacto de horas de trabajo de la madre, ni la situación laboral, o si desempeñaba trabajo remoto. También se desconoce cómo pasaban los adolescentes el tiempo libre. Se empleó un ADA de versión abreviada y no un autoinforme con mayor número de ítems para responder. Tampoco se evaluó el rendimiento académico de los encuestados. No hubo evaluación de los hábitos alimenticios individuales o familiares, ni de la influencia del grupo de pares o de los medios de comunicación, ni del distres parental o estilo de vida de los adolescentes.

CONCLUSIONES

A pesar de las limitaciones mencionadas, se puede concluir que el presente estudio muestra evidencia de que la presencia de reactivos

de depresión-ansiedad pueden ser factores relacionados con obesidad en adolescentes. Del mismo modo, los adolescentes con obesidad muestran una menor resiliencia-prosocialidad; y, además, la ocupación de la madre y el uso de teléfono inteligente pueden ser factores relacionados significativamente con obesidad en adolescentes. Además, este modelo de regresión logística tiene una capacidad discriminadora excelente para obesidad en adolescentes, basado en el área bajo la curva (0,976) de la curva ROC.

En tal sentido, es necesario desarrollar y aplicar estrategias de prevención e intervención que incluyan, no solo, la promoción de hábitos saludables entre adolescentes, sino también, se debe incluir las distintas acciones para fortalecer la regulación emocional, la autoestima y el desarrollo de habilidades sociales, como herramientas útiles para el proceso de adaptación durante esa etapa vulnerable, que tendrá un impacto significativo durante toda la vida. También es importante destacar la importancia del rol de la madre como modelo de comportamiento alimentario y físico, y la necesidad de medidas de control sobre el uso general y problemático del teléfono inteligente entre adolescentes.

CONFLICTO DE INTERESES. Los autores declaran que no existe conflicto de intereses para la publicación del presente artículo científico.

REFERENCIAS

- Achenbach, T. M. y Dumenci, L. (2001). Advances in Empirically Based Assessment: Revised Cross-Informant Syndromes and New DSM -Oriented Scales for the CBCL, YSR, and TRF: Comment on Lengua, Sadowksi, Friedrich, and Fisher. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(4), 699-702. doi:10.1037/0022-006X.69.4.699
- Anderson, P.M., Butcher, K.F., y Schanzenbach, D.W. (2019). Understanding recent trends in childhood obesity in the United States. *Economics y Human Biology*, New Findings in Economics and Human Biology: A special Issue in Honor of Founding Editor John Komlos 34, 16–25. Doi: 10.1016/j.ehb.2019.02.002
- Beynon, C. (2023). Association between children living with obesity and Mental Health problems: A data analysis of the Welsh Health Survey, UK. *BMC Public Health* 23:383. doi: 10.1186/s12889-023-15293-8
- Borinsky, S., Gaughan, J. P., y Feldman-Winter, L. (2019). Perceived overweight/obesity, low resilience, and body size dissatisfaction among adolescents. *Obesity research and clinical practice*, 13(5), 448–452. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2019.08.002>
- Casullo, M.M. (2002). Evaluación del bienestar psicológico. En: M. Casullo. *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica*. Buenos Aires: Paidós, pp. 11-29.
- Daset, L. R., Fernández, M. E., Costa-Ball, C. D., Peirano, N., Castelluccio, L. y López Soler, C. (2021). *Autoinforme de Adolescentes (ADA): Manual de aplicación, corrección e interpretación*. Montevideo: Universidad Católica del Uruguay. doi: <https://doi.org/10.22235/ada2021>
- Datar, A., Nicosia, N., y Shier, V. (2014). Maternal work and children's diet, activity, and obesity. *Social Science y Medicine*, 107, 196–204. Doi: 10.1016/j.socscimed.2013.12.022
- Del Barrio, V., Aluja, A., y Spielberger, C. (2004). Anger assessment with the STAXI-CA: Psychometric properties of a new instrument for children and adolescents. *Personality and Individual Differences*, 37(2), 227–244. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.08.014>
- Domínguez-Vásquez, P., Olivares, S., y Santos, J. L. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 58(3), 249-255. <https://www.alanrevista.org/ediciones/2008/3/art-6/>
- Donnchadha, S. Ó, Bramham, J., y Greene, C. (2023). Rethinking the association between overweight/obesity and ADHD in children: A longitudinal and psychosocial perspective. *Ir. J. Psychol. Med.* 40, 152–165. doi: 10.1017/ipm.2019.61
- Efe, Y. S., Özbey, H., Erdem, E., y Hatipoğlu, N. (2020). A comparison of emotional eating, social anxiety and parental attitude among adolescents with obesity and healthy: A case-control study. *Archives of psychiatric nursing*, 34(6), 557–562. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.09.007>
- Espinoza I. (2004). Guía práctica para la evaluación antropométrica del crecimiento, maduración y estado nutricional del niño y adolescente. *Arch Venez Pueri Pediat*, 67, S5 – S54
- Fan, X., Miller, B.C., Park, K., Winward, B.W., Christensen, M., Grotevant, H.D., y Tai, R.H. (2006). An Exploratory Study about Inaccuracy and Invalidity in Adolescent Self-Report Surveys. *Field Methods*, 18, 223-244. <https://doi.org/10.1177/152822X06289161>
- Federación de Psicólogos de Venezuela (FPV). (2013). Código de Ética Profesional. <https://fpv.org.ve/wp-content/uploads/codigodeetica.pdf>
- Fitzsimons, E., y Pongiglione, B. (2019). The impact of maternal employment on children's weight: Evidence from the UK. *SSM - Population Health*, 7, 100333. Doi: 10.1016/j.ssmph.2018.100333
- Foster, B. A., y Weinstein, K. (2019). Moderating Effects of Components of Resilience on Obesity Across Income Strata in the National Survey of Children's Health. *Academic pediatrics*, 19(1), 58–66. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2018.08.012>

- Liu, Q.Q., Zhang, D.J., Yang, X.J., Zhang, C.Y., Fan, C.Y., y Zhou, Z.K. (2018). Perceived stress and mobile phone addiction in Chinese adolescents: a moderated mediation model. *Comput Hum Behav*, 87, 247–53. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.06.006>.
- Morales, A., y Montilva, M. (2018). Obesidad global vs central y algunos factores de riesgo en adolescentes de un municipio venezolano. *Revista Venezolana De Salud Pública*, 2(2), 16–22. <https://revistas.uclave.org/index.php/rvsp/article/view/1467>
- Morey, L. (2007). Personality Assessment Inventory – Adolescent Professional Manual. Lutz: Psychological Assessment Resources. <https://2024.sci-hub.se/5865/c3ed62d43326a58541c7e5710fd638f4/morey2015.pdf>
- Newson, L., Sides, N., y Rashidi, A. (2024). The psychosocial beliefs, experiences and expectations of children living with obesity. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 27(1), e13973. <https://doi.org/10.1111/hex.13973>
- Ryff, CD, y Keyes, CLM (1995). La estructura del bienestar psicológico revisada. *Revista de Personalidad y Psicología Social*, 69 (4), 719–727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Sahoo, K., Sahoo, B., Choudhury, A.K., Sofi, N.Y., Kumar, R., y Bhadoria, A.J. (2015). Childhood obesity: Causes and consequences. *J. Fam. Med. Fam. Care*, 4, 187–192. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.154628>
- Sepúlveda, A.R., Solano, S., Blanco, M., Lacruz, T., y Graell, M. (2018). Prevalence of childhood psychological problems in overweight and obese Spanish children: identifying loss of control eating. *Psychiatry Research*, 267, 175–181. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.psychres.2018.06.019>
- Seyler, M., Barry, C., Loisel, A., Moro, M. R., Lachal, J., y Lefèvre, H. (2025). Anxiety disorders and major depressive disorders in 299 adolescents hospitalized for assessment of common obesity: A retrospective cohort study. *Archives de pediatrie: organe officiel de la Societe francaise de pediatrie*, 32(4), 261–265. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2025.01.004>
- Shen, C., Dumontheil, I., Thomas, M., Rösli, M., Elliott, P., y Toledano, M. (2021). Digital Technology Use and BMI: Evidence From a Cross-sectional Analysis of an Adolescent Cohort Study. *Journal of medical Internet research*, 23(7), e26485. <https://doi.org/10.2196/26485>
- Swyden, K., Sisson, S. B., Morris, A. S., Lora, K., Weedn, A. E., Copeland, K. A., y DeGrace, B. (2017). Association Between Maternal Stress, Work Status, Concern About Child Weight, and Restrictive Feeding Practices in Preschool Children. *Maternal and child health journal*, 21(6), 1349–1357. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2239-y>
- Uzun, M.E, Kara, Ö., Şirin, H., y Kaymaz, N. (2023). Examination of relationship factors between psychological resilience and social support in adolescent obesity. *Archives de Pédiatrie*, 30, 5, 277–282. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2023.02.008>.
- Vourdoumpa, A., Paltoglou, G., Manou, M., Mantzou, E., Kassari, P., Papadopoulou, M., Kolaitis, G., y Charmandari, E. (2024). Improvement in Symptoms of Depression and Anxiety and Cardiometabolic Risk Factors in Children and Adolescents with Overweight and Obesity Following the Implementation of a Multidisciplinary Personalized Lifestyle Intervention Program. *Nutrients*, 16(21), 3710. <https://doi.org/10.3390/nu16213710>