

Artículo Original

Estilo de vida y estado nutricional en estudiantes de posgrado: caracterización de sus dimensiones asociadas

Lifestyle and nutritional status among graduate students: characterization of associated dimensions

Estilo de vida e estado nutricional entre estudantes de pós-graduação: caracterização de dimensões associadas

Elizabeth Avila-Angulo^a , Jaime Antonio Rivera Taboada^b 

^aUniversidad Autónoma Gabriel René Moreno, Santa Cruz, Bolivia.

^bPetrex S.A., Santa Cruz, Bolivia.

Cómo citar: Avila-Angulo, E., & Rivera Taboada, J. A. (2026). Estilo de vida y estado nutricional en estudiantes de posgrado: caracterización de sus dimensiones asociadas. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 34, e4278. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.cto430942783>

Resumen

El sobrepeso y la obesidad representan un problema de salud pública creciente en poblaciones con alto nivel educativo expuestas a factores estresantes. El objetivo de este estudio fue caracterizar las dimensiones del estilo de vida asociadas al estado nutricional en estudiantes de posgrado de una universidad pública de Santa Cruz, Bolivia. Se empleó un diseño descriptivo y transversal con una muestra no probabilística de 309 estudiantes, evaluados mediante la Escala Estilo de Vida (EEV), la cual es una versión modificada de 25 ítems basada en el Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP) de Walker et al. (1987) y adaptada por Días et al. (2008). Los datos se procesaron mediante estadística descriptiva en IBM SPSS v.26. Los resultados indicaron una prevalencia de sobrepeso u obesidad del 69% (IMC promedio: 27.37 kg/m²). Según los puntos de corte originales del instrumento, el 77% de los participantes se clasificó con un estilo de vida no saludable. En el análisis por niveles, predominó un perfil “medio”, observándose que las dimensiones de alimentación (69% en nivel medio) y actividad física (46% en nivel bajo) presentaron los puntajes más bajos, en contraste con puntuaciones superiores en autorrealización y responsabilidad por la salud. Se concluye que existe

Recibido Nov. 7, 2025; 1ª Revisión Dic. 1, 2025; Aceptado Mayo 21, 2026.



Este es un artículo publicado en acceso abierto (Open Access) bajo la licencia Creative Commons Attribution (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite su uso, distribución y reproducción en cualquier medio, sin restricciones siempre que el trabajo original sea debidamente citado.

una disparidad entre las conductas de autocuidado y la ejecución de hábitos de vida saludables, lo que requiere intervenciones institucionales integrales.

Palabras clave: Estilo de Vida, Sobrepeso, Obesidad, Estudiantes.

Abstract

Overweight and obesity represent a growing public health problem in populations with high educational levels exposed to stressors. This study aimed to characterize lifestyle dimensions associated with the nutritional status of graduate students at a public university in Santa Cruz, Bolivia. A descriptive, cross-sectional design was used with a non-probabilistic sample of 309 students, who were assessed using the Lifestyle Scale (EEV), a 25-item modified version based on the Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP) by Walker et al. (1987) and adapted by Díaz et al. (2008). Data were processed using descriptive statistics in IBM SPSS v.26. The results indicated a 69% prevalence of overweight or obesity (mean BMI: 27.37 kg/m²). According to the instrument's original cut-off points, 77% of participants were classified as having an unhealthy lifestyle. In the level-based analysis, a "medium" profile predominated; the nutrition (69% at medium level) and physical activity (46% at low level) dimensions showed the lowest scores, contrasting with higher scores in self-actualization and health responsibility. These findings indicate a disparity between self-care behaviors and the adoption of healthy lifestyle habits, highlighting the need for comprehensive institutional interventions.

Keywords: Lifestyle, Overweight, Obesity, Students.

Resumo

O sobrepeso e a obesidade representam um problema de saúde pública crescente em populações com alto nível educacional expostas a fatores estressantes. Este estudo teve como objetivo caracterizar as dimensões do estilo de vida associadas ao estado nutricional de estudantes de pós-graduação de uma universidade pública de Santa Cruz, Bolívia. Empregou-se um delineamento descritivo e transversal, com amostra não probabilística de 309 estudantes, avaliados por meio da Escala de Estilo de Vida (EEV), uma versão modificada de 25 itens baseada no Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP), de Walker et al. (1987), e adaptada por Díaz et al. (2008). Os dados foram processados por meio de estatística descritiva no IBM SPSS v.26. Os resultados indicaram prevalência de sobrepeso ou obesidade de 69% (IMC médio: 27,37 kg/m²). De acordo com os pontos de corte originais do instrumento, 77% dos participantes foram classificados como tendo estilo de vida não saudável. Na análise por níveis, predominou um perfil "médio"; as dimensões alimentação (69% em nível médio) e atividade física (46% em nível baixo) apresentaram as pontuações mais baixas, contrastando com pontuações superiores em autorrealização e responsabilidade pela saúde. Esses achados indicam uma disparidade entre as condutas de autocuidado e a adoção de hábitos de vida saudáveis, evidenciando a necessidade de intervenções institucionais abrangentes.

Palavras-chave: Estilo de Vida, Sobrepeso, Obesidade, Estudantes.

Introducción

El sobrepeso y la obesidad representan una de las principales epidemias no transmisibles del siglo XXI, con graves consecuencias para la salud física, mental y social de las personas. Según la Organización Mundial de la Salud (2025a), más de 1.900 millones de adultos en el mundo tienen sobrepeso y de ellos, más de 650 millones viven con obesidad. Estas cifras reflejan un crecimiento sostenido que no solo responde a factores biológicos, sino también a transformaciones profundas en los estilos de vida contemporáneos (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Desde una perspectiva biopsicosocial, la salud no se entiende únicamente como la ausencia de enfermedad, sino como el resultado de la interacción dinámica entre factores biológicos, psicológicos y sociales (Engel, 1977). En este sentido, los estilos de vida —entendidos como patrones estables de comportamiento relacionados con la alimentación, la actividad física, el manejo emocional, las relaciones interpersonales y la toma de decisiones sobre la salud— desempeñan un papel central en la prevención y el desarrollo del sobrepeso y la obesidad (Sánchez-Carracedo, 2021).

Un marco teórico especialmente útil para abordar esta complejidad es el Modelo de Estilo de Vida Saludable propuesto por Walker et al. (1987), el cual identifica seis dimensiones interrelacionadas que influyen en el bienestar integral: (a) hábitos alimentarios, (b) actividad física y ejercicio, (c) manejo del estrés, (d) apoyo interpersonal, (e) autorrealización y (f) responsabilidad por la salud. Este modelo ha sido validado en diversos contextos culturales y poblacionales, y ha demostrado su utilidad para comprender cómo las personas perciben y gestionan su salud en la vida cotidiana (Enríquez-Reyna et al., 2022). Por tanto, las dimensiones propuestas por estos autores tienen como finalidad proteger y promover la salud mediante un estilo de vida que reduce la probabilidad de que una persona sufra enfermedades o lesiones. El componente de promoción de la salud, en este contexto, se entiende como un patrón multidimensional de acciones y percepciones autoiniciadas, orientado a mantener o mejorar el bienestar, la autorrealización y la realización personal (Pender & Pender, 1980).

En esta misma línea, los trabajos realizados por Levecque et al. (2017) y Evans et al. (2018) explican que, en el caso de los estudiantes de posgrado, esta población enfrenta desafíos únicos que pueden comprometer su estilo de vida saludable. Las exigencias académicas intensas, la inestabilidad financiera, la falta de tiempo, el aislamiento social y los altos niveles de estrés percibido son factores frecuentemente reportados en esta etapa educativa. Estudios recientes han documentado que los posgraduantes presentan tasas elevadas de conductas de riesgo, como el consumo excesivo de alimentos ultraprocesados, la inactividad física prolongada y estrategias inadecuadas de afrontamiento del estrés, lo que incrementa su vulnerabilidad al sobrepeso y la obesidad (Ramón-Arbués et al., 2019).

Sin embargo, la mayoría de la investigación existente se ha centrado en la medición objetiva de estos factores en poblaciones generales, lo que deja una brecha importante en la comprensión de cómo los propios estudiantes de posgrado perciben la relación entre sus estilos de vida y su estado de peso. La percepción subjetiva es un componente crítico, ya que influye directamente en la motivación, la autoeficacia y la disposición al cambio conductual (Bandura, 1998; Prochaska & Velicer, 1997). Comprender estas percepciones permite diseñar intervenciones más pertinentes, culturalmente sensibles y centradas en las necesidades reales de los estudiantes.

En este contexto, el presente estudio se propone caracterizar las dimensiones del estilo de vida asociadas al estado nutricional en estudiantes de posgrado de una universidad pública en Santa Cruz, Bolivia. Al explorar de manera integral factores como los hábitos

alimentarios, la actividad física, el manejo del estrés y la autorrealización, se busca no solo describir la autopercepción de esta población sobre el sobrepeso y la obesidad, sino también generar evidencia científica localmente situada. El propósito final es que estos hallazgos fundamenten el diseño de políticas universitarias y programas de promoción de la salud orientados a las demandas y perfiles de los profesionales en formación avanzada en la región.

Metodología

Diseño y participantes

El presente estudio adopta un diseño observacional, descriptivo y transversal. La población de estudio estuvo compuesta por 309 estudiantes de posgrado de una universidad pública de Santa Cruz, Bolivia, quienes completaron un cuestionario en línea de carácter anónimo. La recolección de datos se llevó a cabo en dos fases: de octubre a noviembre de 2024 y de febrero a julio de 2025.

Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia. La muestra incluyó a la totalidad de los postulantes que aceptaron participar voluntariamente en la investigación y cumplieron con los criterios de inclusión establecidos.

Criterios de selección

Los criterios de inclusión fueron: ser estudiante de posgrado, contar con una inscripción oficial en las unidades de posgrado de la universidad pública que oferta los programas de maestría en Educación Superior y Educación Especial, poseer un grado académico mínimo de licenciatura y haber aceptado voluntariamente participar en el estudio.

Por el contrario, se establecieron los siguientes criterios de exclusión: estar matriculado en otros programas de maestría distintos a los mencionados; presentar una discapacidad visual que dificulte la lectura del cuestionario.

Instrumentos

Los datos se obtuvieron mediante un cuestionario validado denominado Escala Estilo de Vida (EEV), la cual es una versión modificada de 25 ítems basada en el Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP). El cuestionario empleado es una herramienta en línea autoadministrada que comprende dos secciones. La Sección 1 abarca variables como edad, género, peso y estatura. La sección 2 corresponde al cuestionario de estilo de vida desarrollado por Walker et al. (1987), y su versión en español publicada en 1990 y modificada el 2008 por Díaz et al. (2008), es una herramienta adaptada a este contexto y crucial para evaluar los comportamientos que promueven la salud, está compuesta de 25 ítems con opciones del 1 al 4 y recopila datos sobre la alimentación, actividad y ejercicio, manejo de estrés, apoyo interpersonal, autorealización y responsabilidad en la salud.

Se llevó a cabo un estudio piloto con una muestra de 20 estudiantes de posgrado, con características similares a las de la población objetivo, pero que no formaron parte del estudio principal, con el fin de evaluar la claridad y la comprensión del instrumento. La consistencia interna se determinó mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniéndose un valor global de 0,77. Este resultado confirma una fiabilidad adecuada de la escala en este contexto, situándose dentro de los rangos convencionales para la investigación objeto de estudio.

En cuanto a la evaluación del cuestionario, para facilitar la comunicación de resultados, se definieron tres categorías ordinales basadas en percentiles internos del puntaje total: <P33 (perfil bajo), P33-P66 (perfil medio) y >P66 (perfil alto). Estas categorías se emplearon con fines descriptivos, mientras que los análisis de resultados se basaron en la distribución de frecuencias y las puntuaciones directas obtenidas por los estudiantes de posgrado con relación a sus hábitos o estilos de vida, estableciendo un perfil de conductas promotoras de salud en relación a tres criterios: Alto, Medio y Bajo.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó con el IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 26.0, y Microsoft Excel versión 2019. Se aplicó la estadística descriptiva, calculando frecuencias, porcentajes, media, desviación estándar, valor mínimo, valor máximo y el índice de confianza, para sintetizar los datos de género, edad y medidas antropométricas, así como las dimensiones asociadas al estilo de vida. La normalidad de la distribución de las variables se comprobó mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. En cuanto al IMC, se calculó como el peso en kilogramos dividido por la altura en metros al cuadrado (kg/m²). Los participantes se clasificaron según las categorías de IMC de la Organización Mundial de la Salud (2025b): bajo peso (IMC < 18,5 kg/m²), peso normal (IMC 18.5-24.9 kg/m²), sobrepeso (IMC 25-29.9 kg/m²), obesidad de clase 1 (IMC 30-34,9 kg/m²), obesidad de clase 2 (IMC 35-39.9 kg/m²) y obesidad de clase 3 (IMC ≥ 40 kg/m²).

Resultados

La fase de análisis comprendió una muestra final de 309 estudiantes de posgrado de una universidad pública, cuya participación voluntaria permitió identificar patrones significativos en sus conductas promotoras de la salud. Por tanto, los resultados destacan un patrón distintivo: si bien las personas con obesidad demuestran motivación interna y redes interpersonales de apoyo, persisten déficits sustanciales en la ejecución conductual de actividades que promueven la salud, en particular en la actividad física, la responsabilidad por la salud y la regulación del estrés. Este perfil multidimensional subraya la necesidad de intervenciones integradas que aborden los factores conductuales, psicológicos y sociales del estilo de vida en poblaciones con obesidad.

La Tabla 1 describe las características sociodemográficas y antropométricas de la población de estudio, compuesta por 309 estudiantes de posgrado, con una distribución por sexo de 163 mujeres (53%) y 146 hombres (47%). La edad media general de la cohorte fue de 35,87 años (DE ± 9,74), con un rango entre 22 y 72 años. Se observó que los participantes masculinos presentaban una media de edad ligeramente superior (36,97 años, DE ± 10,9) en comparación con las mujeres (34,9 años, DE ± 8,48).

Tabla 1. Características sociodemográficas y antropométricas.

Variable	Mujeres (n = 163)	Hombres (n = 146)	Total (N = 309)
Edad (años)			
Media (DE±)	34,90 (8,48)	36,97 (10,90)	35,87 (9,74)
Rango [Min – Max]	[22 – 59]	[22 – 72]	[22 – 72]

Nota: N = 309; n = submuestra; DE± = desviación estándar; IMC = índice de masa corporal. Los valores de los grados de obesidad se basan en los criterios de clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Tabla 1. Continuação...

Variable	Mujeres (n = 163)	Hombres (n = 146)	Total (N = 309)
IMC (kg/ m ²)			
Media (DE±)	26,58 (4,56)	28,26 (4,12)	27,37 (4,43)
Estado Nutricional, n (%)			
Bajo Peso	0 (0%)	1 (1%)	1 (0%)
Peso normal	65 (40%)	29 (20%)	94 (30%)
Sobrepeso	62 (38%)	74 (51%)	136 (44%)
Obesidad (Grados I-III)	36 (22%)	42 (28%)	78 (25%)

Nota: N = 309; n = submuestra; DE± = desviación estándar; IMC = índice de masa corporal. Los valores de los grados de obesidad se basan en los criterios de clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Respecto a las medidas antropométricas, el peso promedio del total de la muestra fue de 76,04 kg (DE ± 15,37), siendo mayor en los hombres (84,49 kg, DE ± 13,5) que en las mujeres (68,46 kg, DE ± 12,81). En cuanto a la estatura, la media general fue de 1,66 metros (DE ± 0,09), con una diferencia esperada entre sexos: los hombres registraron una talla promedio de 1,73 m (DE ± 0,06) y las mujeres, de 1,6 m (DE ± 0,06).

El Índice de Masa Corporal (IMC) promedio para el total de participantes se situó en 27,37 kg/m² (DE ± 4,43), lo que, de acuerdo con la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, corresponde a la categoría de sobrepeso. Al desglosar por sexo, los hombres presentaron un IMC medio mayor (28,26 kg/m², DE ± 4,12) que las mujeres (26,58 kg/m², DE ± 4,56).

La distribución de la muestra según las categorías de IMC revela una prevalencia notable de exceso de peso. Solamente el 30% (n=94) de los estudiantes se encontraba en el rango de peso normal. La condición más frecuente fue el sobrepeso, que afectó al 44% de la población (n=136). Cabe destacar que este último fue más prevalente en los hombres (51%) que en las mujeres (38%). En conjunto, las categorías de obesidad (Grados I, II y III) agruparon al 25% (n=78) de los participantes, siendo la Obesidad Grado I la más común (19%, n=59). La obesidad, en sus distintos grados, también fue más frecuente en los varones (28%) que en las mujeres (22%). Por el contrario, el peso normal fue una condición predominantemente femenina (40% frente a 20% en hombres). Solo se identificó un caso (0,3%) de bajo peso en un participante masculino.

Por lo expuesto, los resultados indican que la población de estudiantes de posgrado objeto de estudio presenta, en promedio, un IMC dentro del rango de sobrepeso, con una alta prevalencia acumulada de sobrepeso y obesidad (69%), la cual es más acentuada en la población masculina.

Estilo de vida no Saludable

Para el análisis de los resultados, se procedió a la baremación de los puntajes directos del Cuestionario de Estilo de Vida (Walker et al., 1987) en tres niveles normativos: Bajo, Medio y Alto. No obstante, para contrastar estos hallazgos con los criterios de clasificación dicotómica originales del instrumento, se agruparon los datos en las categorías “No Saludable” y “Saludable”. Según este último criterio, se identificó que el 77% de la muestra presenta un estilo de vida no saludable, mientras que el 23% se sitúa en la categoría saludable. Estos valores reflejan una concentración de los puntajes

en los rangos inferiores de la escala, lo cual coincide con la distribución observada en el análisis por niveles detallado anteriormente.

Respecto a la percepción global del estilo de vida, los resultados obtenidos tras la baremación de las puntuaciones directas permitieron clasificar a los participantes en tres niveles de desempeño: bajo, medio y alto. Esta organización de los datos integra las dimensiones de alimentación, actividad física, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud.

De acuerdo con los datos representados en la Figura 1, se observa que la mayoría de los estudiantes de posgrado se sitúa en el nivel medio (67%), seguido por un 21% que se ubica en el nivel alto, mientras que el 12% restante se percibe en un nivel bajo de conductas promotoras de salud. Esta distribución indica que la muestra se concentra en el rango intermedio de la escala para las dimensiones analizadas.

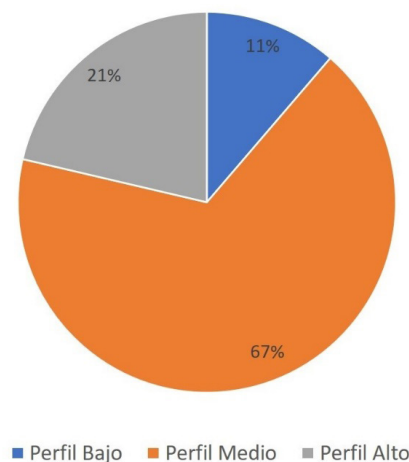


Figura 1. Percepción del estilo de vida.

Fuente: Elaboración propia.

Al contrastar los niveles extremos, se identificó que el grupo con un perfil alto (21%) reportó puntuaciones más altas en las dimensiones de alimentación, ejercicio físico y estrategias de afrontamiento del estrés. No obstante, este segmento es menor en comparación con el nivel medio, evidenciando que la mayoría de la población evaluada se mantiene por debajo del rango óptimo de ejecución conductual. Finalmente, el nivel bajo (12%) representa al grupo con la menor frecuencia de conductas promotoras de salud en todas las dimensiones evaluadas.

El análisis de las dimensiones del estilo de vida en la población del estudio, todos con sobrepeso y obesidad (grados I, II y III), reveló patrones heterogéneos: las seis dimensiones del estilo de vida evidenciaron que la obesidad no es solo una condición biológica o metabólica, sino que también está profundamente relacionada con factores conductuales, psicológicos y sociales. Los datos indican que las intervenciones deben ser multidimensionales, abordando no solo la dieta y la actividad física, sino también el estrés, la autorresponsabilidad, el apoyo social y el crecimiento personal (Figura 2).

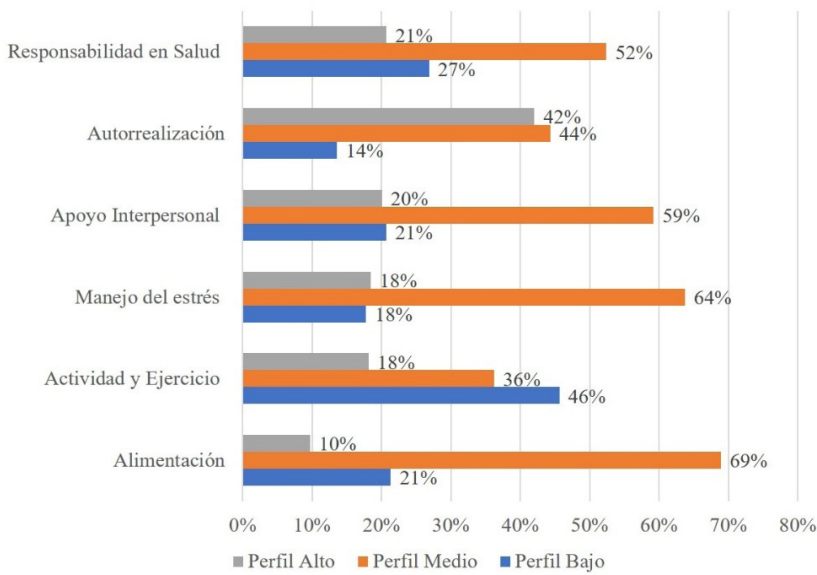


Figura 2. Estilo de vida por dimensiones.

Fuente: Elaboración propia.

El gráfico muestra la distribución de tres perfiles —Bajo, Medio y Alto— en seis dimensiones del estilo de vida: alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud (Figura 2). Esta visualización complementa los hallazgos descritos en el texto y revela patrones heterogéneos que explican la percepción global de los estudiantes de posgrado.

Alimentación y actividad física

En la dimensión de Alimentación, predomina el perfil medio con un 69%, seguido por el perfil bajo (21%) y el perfil alto (10%). Por el contrario, en Actividad y Ejercicio, la mayor concentración de la muestra se sitúa en el perfil bajo (46%), mientras que el nivel medio y alto presentan un 36% y 18%, respectivamente.

Manejo del estrés y apoyo interpersonal

Respecto al manejo del estrés, el 64% de los participantes se ubica en un perfil medio, con una distribución equitativa del 18% tanto para el perfil alto como para el bajo. En cuanto al Apoyo Interpersonal, se observa una tendencia similar con un predominio del perfil medio (59%), seguido por el perfil bajo (21%) y el perfil alto (20%).

Autorrealización y responsabilidad en salud

La dimensión de Autorrealización destaca por presentar la mayor proporción en el perfil alto (42%) comparada con el resto de las dimensiones, casi equiparando al perfil medio (44%), mientras que solo un 14% se sitúa en el perfil bajo. Finalmente, en Responsabilidad en Salud, la mayoría se encuentra en el perfil medio (52%), con un 27% en el perfil bajo y un 21% en el perfil alto.

El predominio del perfil medio en la mayoría de las dimensiones confirma la interpretación previa: los estudiantes poseen cierta conciencia y prácticas favorables,

pero estas no son suficientemente integrales para consolidar un estilo de vida óptimo. La combinación de fortalezas psicosociales (autorrealización, apoyo interpersonal) con debilidades conductuales (actividad física, alimentación y manejo del estrés) subraya la necesidad de estrategias multidimensionales que aborden tanto factores individuales como contextuales.

Discusión

Este estudio descriptivo analizó la autopercepción de los factores de estilo de vida entre 309 estudiantes de posgrado de una universidad pública y examinó estas percepciones según el estado nutricional. El índice de masa corporal (IMC) promedio identificado fue de 27,37 kg/m² sitúa a la muestra dentro del rango de sobrepeso, según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (2025b). Los principales hallazgos descriptivos revelaron una alta prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad (69%), un predominio de un perfil de estilo de vida “medio” autorreportado en la mayoría de las dimensiones y puntuaciones notablemente bajas en las dimensiones de actividad física, ejercicio y hábitos alimentarios. Estos hallazgos son llamativos dada la formación académica de los participantes, puesto que todos tienen un título de licenciatura y, en algunos casos, una maestría previa. Esto sugiere una brecha crítica entre el conocimiento teórico sobre los comportamientos promotores de la salud y su aplicación práctica en la vida diaria. En cuanto a la clasificación global, el 77% de los participantes se sitúa en la categoría de estilo de vida no saludable, según los puntos de corte originales del instrumento. Esta distribución se corresponde con la alta prevalencia de malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) identificada en la caracterización del estado nutricional de la muestra.

En cuanto a las dimensiones de estilo de vida autopercebida, prevalece el perfil medio, destacando la alimentación con un 69% en esta categoría y la actividad física (46% en la categoría de perfil bajo), ambas directamente asociadas con el sobrepeso y la obesidad. Sin embargo, esta situación ya ha sido destacada en el estudio de Padilla-Raygoza et al. (2017) y Castillo-Arriaga et al. (2006) estos autores identificaron que más del 50% de la muestra, a pesar de presentar un IMC en los rangos de sobrepeso u obesidad, se percibía a sí misma con un estilo de vida saludable. Esta percepción los llevaba a considerar que sus hábitos alimentarios eran adecuados y, por lo tanto, no requerían modificarse.

Estos patrones de comportamiento no pueden interpretarse únicamente desde una perspectiva individual o psicológica. Es fundamental contextualizarlos en el entorno socioeconómico adverso que atraviesa Bolivia en los últimos años, marcado por inflación persistente, inestabilidad económica, inestabilidad laboral, desabastecimiento intermitente de alimentos básicos y recortes en los servicios públicos (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2024; Instituto Nacional de Estadística, 2025). Si bien el presente estudio no recopiló variables socioeconómicas directamente, informes nacionales, regionales e internacionales indican de manera consistente que las crisis económicas transforman los entornos alimentarios y restringen las oportunidades para la actividad física, especialmente entre las poblaciones con recursos económicos limitados (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 2018; Zapata et al., 2022). Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (2023, p. 3) explica que “[...] la falta de acceso económico o asequibilidad de una dieta saludable observada en toda la región también está asociada a diferentes indicadores socioeconómicos y nutricionales”. En este contexto, las personas con un alto nivel de

concienciación sobre la salud pueden verse obligadas a priorizar la asequibilidad y la disponibilidad sobre la calidad nutricional, lo que resulta en un mayor consumo de alimentos ultraprocesados y calóricos, una estrategia adaptativa comúnmente observada en entornos afectados por la inseguridad alimentaria. Esta situación ya ha sido observada en estudios realizados por Zapata et al. (2022, p. 9) en cuyos hallazgos establece que en “[...] la alimentación de la población argentina un tercio de la energía es aportada por productos ultraprocesados, cifra que coincide con los hallazgos de estudios de mercado realizados para Argentina y la región”, valores similares de esta ingesta energética han sido reportados con valores similares para México (29,8%) y Chile (28,6%)

Por otro lado, estudios realizados por Riffle et al. (1989), Saadat et al. (2018), Liu et al. (2022) y Buzgan (2023) encuentran consistentemente una asociación positiva entre la autopercepción, la responsabilidad, la autorrealización y la adopción de hábitos saludables. Niveles más altos de responsabilidad y autorrealización se asocian con mejores opciones de salud, como una mejor nutrición, actividad física y gestión del estrés, especialmente entre jóvenes y estudiantes. En consecuencia, la coexistencia de una alta prevalencia de sobrepeso con una autopercepción de responsabilidad y autorrealización con respecto a la percepción de una salud moderada a alta sugiere una desconexión entre las actitudes relacionadas con la salud y la práctica constante de conductas que la promueven. Este patrón —conciencia y motivación sin traducción conductual— también se ha documentado en poblaciones universitarias, donde las exigencias académicas, las limitaciones de tiempo y las responsabilidades competitivas dificultan la adopción de rutinas saludables sostenibles (Omidvar et al., 2018) Así también, el estudio realizado por Omidvar et al. (2018) concluyó que situaciones familiares como la insatisfacción marital afectan negativamente la nutrición, el manejo del estrés, la responsabilidad en la salud y la autorrealización. En concordancia con esta perspectiva, se ha señalado que “[...] en el manejo de la obesidad, las intervenciones deben ser personalizadas, considerando no solo la salud física, sino también la dinámica psicosocial que influye en el individuo” (Yalçın & Abaoğlu, 2026, p. 12). Bajo este abordaje integral, se vuelve evidente que, en la presente muestra, la baja participación en actividad física (puntuaciones medias de 4,53 en el grupo con obesidad y 5,15 en el grupo con sobrepeso), junto con puntuaciones dietéticas subóptimas (medias que oscilan entre aproximadamente 15,1 y 15,5), es consistente con el predominio de un perfil de estilo de vida intermedio y la alta prevalencia de sobrepeso, lo que evidencia una percepción sesgada de lo que son los hábitos alimenticios. Por otro lado, “[...] el uso excesivo de Internet y los medios digitales puede tener efectos perjudiciales en las actividades al aire libre, el sueño y el aprendizaje” (Pan et al., 2025, p. 6).

La dimensión de gestión del estrés mostró puntuaciones medias en todos los grupos, lo que se relaciona con los factores estresantes bien documentados inherentes a la formación de posgrado —como la alta carga de trabajo, la presión por el rendimiento y el conflicto de roles— que pueden influir en los patrones de alimentación y la actividad física (AlHamlan et al., 2025). Asimismo, la evidencia indica que las estrategias de afrontamiento constituyen un recurso protector frente al estrés percibido y favorecen una mejor adaptación psicológica ante demandas y exigencias contextuales sostenidas (Silva et al., 2024). Una capacidad moderada para gestionar el estrés puede contribuir a conductas desadaptativas episódicas, como la alimentación emocional y la reducción del ejercicio, que no siempre se reflejan en los autoinformes transversales, pero sí en indicadores antropométricos como el IMC. El apoyo interpersonal también se mantuvo en un nivel moderado. Si bien el apoyo social puede mitigar el estrés, por sí solo puede

ser insuficiente para impulsar cambios de comportamiento sin apoyos estructurales o programáticos complementarios (Acoba, 2024).

La educación de posgrado en Bolivia se orienta principalmente a la especialización académica y profesional y a menudo requiere que los estudiantes equilibren sus estudios con sus responsabilidades laborales y familiares, sumado a esto, los diversos roles que deben asumir. En este contexto, suele existir una ausencia de estructuras institucionales que faciliten o promuevan hábitos de vida saludables, como el acceso a alimentos nutritivos asequibles, programas organizados de actividad física o iniciativas para el manejo del estrés. Desde una perspectiva de salud pública, esta brecha institucional representa una oportunidad perdida para integrar la promoción de la salud en los entornos de educación superior en el nivel de posgrado. En combinación con la inestabilidad socioeconómica actual, estas limitaciones estructurales dificultan aún más el mantenimiento de la actividad física regular, la regulación eficaz del estrés y una nutrición equilibrada. En consecuencia, incluso las personas con un nivel educativo avanzado en este estudio mostraron una percepción de perfiles de estilo de vida moderados a bajos y una identificación clínica del predominio de hábitos poco saludables, lo que subraya la necesidad de estrategias intersectoriales que vinculen las políticas educativas y la salud pública para promover entornos más saludables para las poblaciones de posgrado.

Conclusión

El presente estudio ofrece una visión general de las percepciones sobre el estilo de vida asociadas al sobrepeso y la obesidad entre estudiantes de posgrado de una universidad pública. Los hallazgos revelan una prevalencia preocupante de sobrepeso u obesidad, con un 69% de los participantes clasificados como sobrepeso u obesidad y un IMC promedio dentro del rango de sobrepeso (27,37 kg/m²). A pesar de su nivel académico avanzado y de su presunto conocimiento de hábitos saludables, la mayoría de los estudiantes (77%) reportaron un estilo de vida no saludable en general, lo que evidencia una desconexión entre la comprensión teórica y la adherencia práctica a dichos hábitos.

El análisis de las dimensiones del estilo de vida mostró que la actividad física y los hábitos alimentarios fueron los dominios más comprometidos, con puntuaciones de autopercepción bajas o moderadas. Por el contrario, el apoyo interpersonal, la autorrealización y la responsabilidad por la salud mostraron valores relativamente más altos, lo que sugiere que los participantes mantienen cierto grado de conciencia y motivación hacia el autocuidado, pero no logran traducir estas actitudes de forma consistente en cambios de comportamiento concretos. El predominio de un perfil de estilo de vida “medio” en la mayoría de las dimensiones refleja, además, una adopción fragmentada e inconsistente de hábitos saludables. Estos resultados subrayan la naturaleza multifactorial del sobrepeso y la obesidad, en la que convergen factores conductuales, psicológicos y sociales. La coexistencia de una alta conciencia de la salud con una baja adherencia a las prácticas sanitarias apunta a barreras estructurales y contextuales, como la elevada carga académica y la inestabilidad socioeconómica que caracterizan el contexto boliviano. Por lo tanto, las estrategias para mejorar la salud de los estudiantes de posgrado deben ir más allá de la educación individual e integrar iniciativas institucionales y de salud pública que fomenten entornos propicios para la nutrición, la actividad física y el manejo del estrés.

Referencias

- Acoba, E. F. (2024). Social support and mental health: the mediating role of perceived stress. *Frontiers in Psychology*, 15, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1330720>.
- AlHamlan, A. W., AlDhafiri, D. A., AlHajri, N. A., AlHouli, A. H., AlHubaidah, S. M., AlJassar, A. M., AlMutairi, N. N., AlRabiah, A. S., Al-Sultan, A. T., & Qasem, W. (2025). The impact of academic stress on the lifestyle of university students in Kuwait. *BMC Public Health*, 25(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-23569-4>.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology & Health*, 13(4), 623-649. <https://doi.org/10.1080/08870449808407422>.
- Buzgan, E. I. (2023). The relationship of responsibility and self-actualization among today's youth. *Experimental Psychology*, 16(4), 75-87. <https://doi.org/10.17759/exppsy.2023160405>.
- Castillo-Arriaga, A., Delgado-Sánchez, V., & Carmona-Suazo, J. A. (2006). Percepción de riesgo familiar a desarrollar diabetes mellitus. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 44(6), 505-510.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE – CEPAL. (2024). *Panorama Social de América Latina y el Caribe 2024: desafíos de la protección social no contributiva para avanzar hacia el desarrollo social inclusivo*. Santiago de Chile: United Nations.
- Díaz, R., Márquez, E., & Delgado, R. (2008). *Escala de estilo de vida*. Peru: Universidad Nacional del Santa.
- Engel, G. L. (1977). La necesidad por un nuevo modelo médico: un reto para la biomedicina. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>.
- Enríquez-Reyna, M. C., Peche Alejandro, P., Ibarra González, Á. D., Gómez Infante, E. A., Villarreal Salazar, A. D. C., & Medina Rodríguez, R. E. (2022). Propiedades psicométricas de la versión en español del instrumento Health-Promoting Lifestyle Profile-II en universitarios mexicanos. *Enfermería Global*, 21(2), 398-423. <https://doi.org/10.6018/eglobal.490521>.
- Evans, T. M., Bira, L., Gastelum, J. B., Weiss, L. T., & Vanderford, N. L. (2018). Evidence for a mental health crisis in graduate education. *Nature Biotechnology*, 36(3), 282-284. <https://doi.org/10.1038/nbt.4089>.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA – INE. (2025, septiembre). *Boletín estadístico IPC: índice de precios al consumidor*. Bolivia: INE.
- Levecque, K., Anseel, F., De Beuckelaer, A., Van der Heyden, J., & Gisle, L. (2017). Work organization and mental health problems in PhD students. *Research Policy*, 46(4), 868-879. <https://doi.org/10.1016/j.respol.2017.02.008>.
- Liu, B., Tian, L., Yang, S., Wang, X., & Luo, J. (2022). Effects of multidimensional self-esteems on health promotion behaviors in adolescents. *Frontiers in Public Health*, 10, 847740. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.847740>.
- Omidvar, S., Faramarzi, M., Hajian-Tilak, K., & Nasiri Amiri, F. (2018). Associations of psychosocial factors with pregnancy healthy life styles. *PLoS One*, 13(1), 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191723>.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA – FAO. Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Programa Mundial de Alimentos & Organización Mundial de la Salud. (2018). *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo: Fomentando la resiliencia climática en aras de la seguridad alimentaria y la nutrición*. Rome: FAO.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS. (2023). *WHO acceleration plan to stop obesity*. Recuperado el 7 de noviembre de 2025, de <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ea789198-6336-45e3-adfd-7abb4b147b69/content>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS. (2025a). *Obesity and overweight*. Recuperado el 7 de noviembre de 2025, de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS. (2025b). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado el 7 de noviembre de 2025, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – OPS. (2023). *Informe ONU: 131 millones de personas en América Latina y el Caribe no pueden acceder a una dieta saludable*. Recuperado el 7 de noviembre de 2025, de <https://www.paho.org/es/noticias/19-1-2023-informe-onu-131-millones-personas-america-latina-caribe-no-pueden-acceder-dieta>
- Padilla-Raygoza, N., Paz-Salinas, K. C., Delgado-Sandoval, S. del C., & Olivera-Villanueva, G. (2017). Association of self-perception lifestyle with overweight. Obesity among people with a family history of type 2 diabetes: a cross sectional study. *International Journal of Tropical Disease & Health*, 21(3), 1-7. <https://doi.org/10.9734/IJTJDH/2017/31511>.
- Pan, X., Jiang, C., Wang, W., & Lin, J. (2025). Lifestyle factors associated with being overweight and obesity in children and adolescents: a cross-sectional study in Zhejiang, China. *Frontiers in Public Health*, 13, 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1551099>.
- Pender, N. J., & Pender, A. R. (1980). Illness prevention and health promotion services provided by nurse practitioners: predicting potential consumers. *American Journal of Public Health*, 70(8), 798-803. <https://doi.org/10.2105/AJPH.70.8.798>.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion : AJHP*, 12(1), 38-48. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>.
- Ramón-Arhués, E., Martínez Abadía, B., Granada López, J. M., Echániz Serrano, E., Pellicer García, B., Juárez Vela, R., Guerrero Portillo, S., & Saéz Guinoa, M. (2019). Eating behavior and relationships with stress, anxiety, depression and insomnia in university students. *Nutrición Hospitalaria*, 36(6), 1339-1345. <https://doi.org/10.20960/nh.02641>.
- Riffle, K. L., Yoho, J., & Sams, J. (1989). Health-promoting behaviors, perceived social support, and self-reported health of appalachian elderly. *Public Health Nursing*, 6(4), 204-211. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.1989.tb00598.x>.
- Saadat, S., Kalantari, M., & Kajbaf, M. (2018). La relación entre el estilo de vida promotor de la salud (HPL) y la autoeficacia académica entre los estudiantes. *Research in Medical Education*, 9(4), 30-38.
- Sánchez-Carracedo, D. (2021). Obesity stigma and its impact on health: a narrative review. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 69(10), 868-877.
- Silva, A. F. O., Barbosa, G. C., Monteiro, D. Q., Martins, G., & Gratao, A. C. M. (2024). Perception of stress, Burnout syndrome and coping strategies in caregivers of institutionalized older adults: a correlation study. *Cuadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 32, e3864. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoao398138641>.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76-81. <https://doi.org/10.1097/00006199-198703000-00002>.
- Yalçın, A., & Aboğlu, H. (2026). Assessment of adolescent obesity from the perspective of the Kawa (River) Model: a case report. *Cuadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 34, e4216. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.cto.425942162>.
- Zapata, M. E., Rovirosa, A., & Carmuega, E. (2022). Consumo de energía y nutrientes críticos según clasificación NOVA en la Argentina, tendencia temporal y diferencias según nivel de ingreso. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(5), 1-14. <https://doi.org/10.1590/0102-311xes252021>.

Contribución de los Autores

Elizabeth Avila Angulo fue responsable de la concepción del texto, organización de fuentes y/o análisis, investigación, metodología, administración del proyecto, redacción del texto, revisión y edición. Jaime Antonio Rivera Taboada apoyó la concepción del texto y en la revisión del texto final. Todos los autores aprueban la versión final del texto.

Disponibilidad de los datos

Los datos que respaldan los resultados de este estudio están disponibles a través del autor de correspondencia, previa solicitud razonable.

Autora para la correspondencia

Elizabeth Avila Angulo

e-mail: elizabetavila@hotmail.com

Editor de sección

Prof. Dr. Rodolfo Morrison Jarra