



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN XVI PONIENTE DEL ESTADO DE MÉXICO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON URGENCIAS No. 61  
NAUCALPAN, ESTADO DE MÉXICO

**OBESIDAD Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ENTRE 40 A 59  
AÑOS DE EDAD EN LA UMF 97**

MARZO 2015 A FEBRERO 2018

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
**MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

CANEK TENORIO GARCÍA

ASESORA:

DRA. IDANIA CLAUDIA GÓMEZ MÉNDEZ



NAUCALPAN, ESTADO DE MÉXICO

2018



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**OBESIDAD Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ENTRE 40 A 59  
AÑOS DE EDAD EN LA UMF 97**

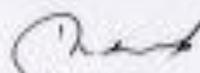
**OBESIDAD Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ENTRE 40 Y 59 AÑOS DE  
EDAD EN LA UMF 97**

**Tesis que para obtener el Diploma de:  
Médico Especialista en Medicina Familiar**

**Presenta.**

**Dr. Canek Tenorio García**

**AUTORIZACIONES**



**Dra. Rosa María Piña Nava**

**Coordinador Auxiliar de Educación en Salud Estado de México Poniente**



**Dr. Rodolfo Hernández Ruiz**

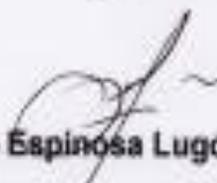
**Director de la Unidad de Medicina Familiar con Urgencias No. 61**

**Sede del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del  
IMSS**



**Dr. José Luis Morales Aceves**

**Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de  
Medicina Familiar con Urgencias No. 61**



**Dr. Mauricio Espinosa Lugo**

**Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos  
Generales del IMSS**



**Dra. Idania Claudia Gómez Méndez**

**Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de  
Medicina Familiar No 97**

**Asesor Metodológico**

**OBESIDAD Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ENTRE 40 A 59 AÑOS  
DE EDAD EN LA UMF 97**

Tesis que para obtener el Grado de  
Médico Especialista en Medicina Familiar

Presenta

**Canek Tenorio García**

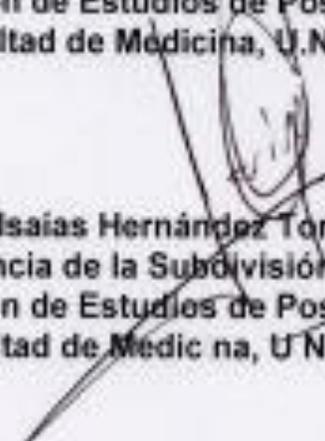
**AUTORIZACIONES**



**Dr. Juan José Mazon Ramirez**  
Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar  
División de Estudios de Posgrado  
Facultad de Medicina, U.N.A.M



**Dr. Geovani López Ortiz**  
Coordinador de Investigación de la Subdivisión de Medicina Familiar  
División de Estudios de Posgrado  
Facultad de Medicina, U.N.A.M



**Dr. Isaias Hernández Torres**  
Coordinador de Docencia de la Subdivisión de Medicina Familiar  
División de Estudios de Posgrado  
Facultad de Medicina, U.N.A.M



**Dirección de Prestaciones Médicas**  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1503  
H GRAL ZONA NUM 58, MÉXICO PONIENTE, ESTADO DE

FECHA 14/09/2015

**DR. CANEK TENORIO GARCIA**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**"Obesidad y calidad de vida de los pacientes entre 40 a 59 años de edad en la UMF 97"**

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2015-1503-39

ATENTAMENTE

**DR.(A). FEDERICO PACHECO GOMEZ**  
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1503

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN ESTADO DE MEXICO PONIENTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE PRESTACIONES MEDICAS  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**“Obesidad y calidad de vida de los pacientes entre 40 a 59 años de edad  
en la UMF 97”**

**Investigador principal: Nombre:** Canek Tenorio García

**Área de adscripción:** Consulta Externa Medicina Familiar

**Lugar de trabajo:** Unidad de Medicina Familiar 97. Alumno del primer año del curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales de IMSS

**Teléfono:** 53594040 Ext.:118

**Correo electrónico:** [canektenorio@msn.com](mailto:canektenorio@msn.com)

**Investigador Asociado:**

**Nombre:** Idania Claudia Gómez Méndez

**Área de adscripción:** Coordinación de Educación e Investigación en Salud.

**Lugar de trabajo:** Unidad de Medicina Familiar 97.

**Teléfono:** 53594040 Ext.:117

**Correo electrónico:** [idania.gomez@imss.gob.mx](mailto:idania.gomez@imss.gob.mx)/ [clotmed@hotmail.com](mailto:clotmed@hotmail.com)

## **AGRADECIMIENTOS:**

## RESUMEN

**Introducción:** México tiene uno de los primeros lugares de obesidad a nivel mundial un 14 % de su población la padece, lo cual ha sido demostrado en las diferentes encuestas ENSANUD, afectando en forma negativa la calidad de vida aumentando la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

**Objetivo:** Evaluar la influencia de la obesidad en la calidad de vida de los pacientes entre 40 y 59 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar 97.

**Material y Métodos:** Estudio observacional, prospectivo, lineal. Se aplicó el cuestionario IWQOL-Lite en español Al total de la muestra 386 pacientes,(obtenida a partir de un nivel de confianza deseado de 95 ( $\alpha=0.05\%$ ), y un nivel de precisión ( $\delta$ ) de 0.03) adscritas en la UMF 97 que cumplieron con los criterios de inclusión, en el periodo de Agosto del 2015 a Octubre del 2016.

**Resultados:** 254 mujeres ( 66%) y 132 hombres (34%), El promedio de edad fue de 50 años, la media de peso fue 84.78 Kg, La estatura el promedio fue de 1.57 metros, 255 pacientes tenía obesidad grado I (67%), 110 tenía obesidad grado II (28%) y 21 obesidad grado III (5%).85 % de los pacientes presenta un resultado elevado en puntaje total del cuestionario 9.06% un puntaje medio y 5.6% puntaje bajo, lo que se considera menor percepción en la calidad de vida. Las dimensiones de calidad de vida las más afectadas fueron el trabajo en su valor más alto con 330 pacientes, seguido de la preocupación en público y la autoestima con 328 pacientes.

**Conclusiones:** Existe una relación de intensidad media entre la obesidad con la calidad de vida relacionada con la salud.

**Palabras clave:** Obesidad, Calidad de Vida, influencia

## INDICE

## PAGINA

<b>1. MARCO TEÓRICO</b> .....	1
1.1 Antecedentes.....	1
1.2 Planteamiento del problema.....	17
1.3 Pregunta de Investigación .....	17
1.4 Objetivos .....	18
1.4.1 Objetivo general .....	18
1.4.2 Objetivo específico .....	18
1.5 Justificación.....	19
1.6 Hipótesis de trabajo... ..	19
<b>2. MATERIAL Y METODOS</b> .....	20
2.1 Tipo de estudio.....	20
2.2 Características del grupo en estudio .....	20
2.3 Criterios de inclusión .....	20
2.4 Criterios de exclusión .....	20
2.5 Criterios de eliminación .....	21
2.6 Tamaño de la muestra .....	21
2.7 Definición de variables .....	22
2.8 Descripción general del estudio .....	23
2.9 Análisis de datos .....	24
2.10 Recursos humanos financieros.....	24
2.11 Consideraciones éticas .....	24
2.12 Factibilidad .....	25
<b>3. RESULTADOS</b> .....	26
<b>4. DISCUSIÓN</b> .....	31
<b>5. CONCLUSIONES</b> .....	34
<b>6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	38
<b>7. ANEXOS</b> .....	43

# 1. MARCO TEÓRICO

## 1.1 Antecedentes

En la actualidad, México ocupa los primeros lugares de prevalencia mundial de obesidad en la población adulta (30%). De 1980 a la fecha, la prevalencia de obesidad y sobrepeso en México se ha triplicado, alcanzando proporciones alarmantes<sup>1</sup>. La Encuesta Nacional de Salud 2000 se observó que 24% de los adultos en nuestro país la padecían y, actualmente, con mediciones obtenidas por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006), se encontró que alrededor de 30% de la población mayor de 20 años (mujeres, 34.5%, hombres, 24.2%) tiene obesidad<sup>1, 3</sup>. En la actualidad, más del 70 % de la población adulta (mujeres, 71.9 %; hombres, 66.7 %), entre los 30 y los 60 años, tiene exceso de peso. La prevalencia de sobrepeso es más alta en hombres (42.5 %) que en mujeres (37.4 %), mientras que la prevalencia de obesidad es mayor en las mujeres (34.5%) que en los hombres (24.2 %). En relación con esta diferencia de sexo, la obesidad es más común en la población con escasos recursos y nivel educativo bajo<sup>1, 2, 4</sup>.

De acuerdo con los hallazgos de la ENSANUT 2012, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de cinco años ha registrado un ligero ascenso a lo largo del tiempo, casi 2 puntos porcentuales (pp.) de 1988 a 2012 (de 7.8% a 9.7%, respectivamente), sobretodo en la región norte del país que alcanzó una prevalencia de 12% en 2012<sup>2</sup>. Respecto a la población en edad escolar (de 5 a 11 años de edad), la prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en 2012, a partir de los criterios de la OMS, fue de 34.4% (19.8 y 14.6%, respectivamente). Para las niñas, esta cifra es de 32% (20.2 y 11.8%, respectivamente) y para los niños es casi 5 pp mayor 36.9% (19.5 y 17.4%, respectivamente)<sup>4</sup>. Estas prevalencias en niños en edad escolar representan alrededor de 5. 664. 870 niños con sobrepeso y obesidad en el ámbito nacional. En los adolescentes 35% tiene sobrepeso u obesidad. En el ámbito nacional esto

representa alrededor de 6 325 131 individuos entre 12 y 19 años de edad <sup>4,5,6</sup>.

De 1988 a 2012, el sobrepeso en mujeres de 20 a 49 años de edad se incrementó de 25 a 35.3% y la obesidad de 9.5 a 35.2%. Afortunadamente en el último periodo de evaluación (de 2006 a 2012), la prevalencia agregada de sobrepeso y obesidad en adultos ha mostrado una reducción en la velocidad de aumento, que era cercana al 2% anual (en el periodo 2000-2006) para ubicarse en un nivel inferior al 0.35 % anua <sup>2,4,5</sup>.

La obesidad es un problema que tiene causas diversas; es producto de los acelerados cambios económicos y de forma de vida que ha experimentado la humanidad durante el último siglo y que en México han tenido especial impacto en tiempos mucho más recientes. El crecimiento económico, la urbanización, la revolución agrícola y la tercerización de la economía han conducido a que la población mexicana disponga de alimentos como nunca antes en su historia, al tiempo que ha reducido considerablemente su actividad física, debido al abandono de las ocupaciones tradicionales y su sustitución por trabajos sedentarios, que implican mucho menos esfuerzo corporal, ya sea por el desarrollo de tecnologías que sustituyen a la energía humana o por el hecho de que se realizan detrás de un escritorio o un mostrador <sup>7,10,11</sup>.

Antiguo mal de los grupos dominantes poseedores de riqueza, que tenían mucha comida y poca actividad, es hoy una epidemia que se ha extendido entre toda la población y se ha multiplicado hasta convertirse en un problema de salud pública <sup>1</sup>. La esperanza de vida en México ha aumentado notablemente y con ello la presión sobre los servicios de seguridad social, que tienen cada vez más dificultades para satisfacer la creciente demanda con sistemas de financiamiento esencialmente fiscales. De ahí que se haya vuelto necesario abordar el tema de la obesidad como parte relevante de la agenda pública, pues la presión sobre la sanidad que ya representa el tratamiento de las enfermedades crónico degenerativas asociadas a la obesidad y el sobrepeso puede ser simplemente catastrófica en unos cuantos años. Según estimaciones de la Unidad de Análisis

Económico de la Secretaría de Salud, el gasto total atribuible al sobrepeso y la obesidad pueden pasar de los cerca de 80 mil millones de pesos actuales a alrededor de 150 mil millones hacia 2017. De los 35 millones de mexicanos adultos (7 de cada 10) padecen sobrepeso u obesidad. Estas personas estarán enfermas, en promedio, durante 18,5 años de su vida <sup>11,13</sup>. El sobrepeso y la obesidad causan diabetes de tipo 2, diversas formas de cáncer y enfermedades cardiovasculares <sup>8,9</sup>. La Secretaría de Salud ha calculado que este fenómeno costó a México 42.246 millones de pesos (3.067 millones de dólares de los Estados Unidos) en atención de la salud en 2008, es decir, el 0,3% del PIB, y 25.099 millones de pesos (1.822 millones de dólares), es decir, el 0,2% del PIB en muertes prematuras. De aquí a 2017, los costes directos de la obesidad aumentarán a 78 millones de pesos (5.650 millones de dólares), ya en la actualidad, el 15% del gasto total en atención de la salud en México se destina al tratamiento de la diabetes. <sup>6, 7, 11,12</sup>.

Se define obesidad como un exceso de adiposidad y peso corporal, que puede ser perjudicial para la salud. Es una enfermedad multifactorial, compleja asociada frecuentemente con enfermedades crónicas degenerativas, su aparición y desarrollo se relaciona principalmente con antecedentes genéticos, factores ambientales, conductuales, patologías de base y nivel socioeconómico <sup>9, 10,17</sup>.

La fisiología de la obesidad es muy sencilla: aumento reservas energéticas por aumento de la ingesta calórica y/o disminución del gasto energético. Debido a su prevalencia, la obesidad se ha convertido en un motivo de consulta muy frecuente <sup>13,18</sup>.

Para realizar las funciones celulares vitales, la actividad física diaria y mantener la temperatura corporal, así como para la utilización de nutrientes se requiere de energía que es obtenida a partir de los componentes combustibles de los alimentos y bebidas (hidratos de carbono, lípidos, proteínas y alcohol) mediante el metabolismo energético. El metabolismo basal constituye el 60-75% del gasto energético total al día, consistente en el requerimiento de energía de una persona en proceso físico y mental, necesario para el mantenimiento de los procesos

vitales. La energía que se consume en la actividad física voluntaria e involuntariamente, depende de factores como la composición corporal, la intensidad y duración y eficacia del ejercicio. Las calorías ingeridas y gastadas deben ser iguales para mantener el mismo peso corporal. Ingerir más calorías de las que se gastan traducirá en un aumento de peso; y viceversa <sup>14, 15,16</sup>.

El peso corporal se ha utilizado como medida indirecta del grado de adiposidad, que no es fácil de medir con las pruebas habituales, introduciéndose así el concepto de índice de masa corporal (IMC), el cual se calcula dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de la talla en metros (kg/m<sup>2</sup>) es una indicación simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos, tanto a nivel individual como poblacional. El IMC constituye la medida poblacional más útil del sobrepeso y la obesidad, pues la forma de calcularlo no varía en función del sexo ni de la edad en la población adulta y con base al criterio propuesto por la OMS, se considera peso bajo < 18.5; peso normal 18.5-24.9; sobrepeso > 25, y divide a la obesidad en grado I (IMC de 30.0 a 34.9), grado II (IMC de 35.0 a 39.9) y grado III (IMC > 40). (OMS (2006) Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. <sup>4,14</sup>

La atención integral de las Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) requiere de intervenciones de alto impacto que pueden aplicarse mediante un enfoque de atención primaria que refuerce la detección precoz y el tratamiento oportuno. Para conseguir el máximo efecto, se deben formular políticas públicas saludables que promuevan la prevención y el control de las ECNT y reorientar los sistemas de salud para que cubran las necesidades de las personas que sufren esas enfermedades <sup>15,17</sup>.

La situación actual del sobrepeso y la obesidad en México requiere que se implemente una política integral, multisectorial y con una coordinación efectiva, a fin de lograr cambios en los patrones de alimentación y actividad física que permitan la prevención de enfermedades crónicas y la reducción de la prevalencia de sobrepeso y obesidad <sup>14,20</sup>.

En respuesta al crecimiento de esta epidemia, la OMS promovió la Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud para la prevención de enfermedades crónicas, a la cual México se adhirió en 2004. En el año 2010 se actualizó en nuestro país la Norma Oficial Mexicana NOM-008- SSA3-2010,28 en la que se establecen los criterios sanitarios para regular el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, particularmente las disposiciones para el tratamiento médico, quirúrgico y nutricional.

La OMS, en el Plan de acción 2008-2013 de su Estrategia Mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, establece como uno de sus objetivos fomentar intervenciones para reducir los principales factores de riesgo modificables de enfermedades no transmisibles, entre ellos el consumo de tabaco, las dietas no saludables, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol.

En nuestro país, la estrategia contra el sobrepeso y la obesidad, descrita en el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, establece 10 objetivos prioritarios 19,21:

- Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social.
- Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable.
- Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas.
- Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo.

- Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud.
- Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y favorecer una alimentación complementaria adecuada a partir de los seis meses de edad.
- Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos añadidos en los alimentos.
- Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo las grasas trans de origen industrial.
- Orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos, poniendo accesibles y a su disposición alimentos procesados que se lo permitan, e incluyendo en restaurantes y expendios de alimentos, tamaños de porciones reducidas.
- Disminuir el consumo diario de sodio, reduciendo la cantidad de sodio adicionado y aumentando la disponibilidad y accesibilidad de productos de bajo contenido o sin sodio.

Los primeros seis objetivos dependen principalmente de la voluntad individual y de la existencia de condiciones y oferta adecuadas que permitan, por ejemplo, aumentar la actividad física y consumir agua potable, frutas y verduras. Los otros cuatro objetivos requieren de una decidida participación del gobierno, de los sectores sociales y de la industria alimentaria y restaurantera para, por ejemplo, disminuir la cantidad de azúcares y de sodio añadidos a los alimentos, reducir al mínimo las grasas trans de origen industrial, orientar al consumidor en la preparación casera de los alimentos y fomentar en él la prestación de atención en el tamaño de las porciones.

El acuerdo establece cuatro acciones horizontales que consideran siempre como requerimiento fundamental la transversalidad para lograr cada uno de los 10 objetivos consensuados:

- Información, educación y comunicación: promover el acceso a la información y la toma de decisiones educadas y basadas en evidencia en la población, para mejorar la calidad de su alimentación, incrementar la actividad física y, en general, promover estilos de vida saludables.
- Abogacía, corregulación y regulación: con la participación de autoridades, la sociedad civil y la industria, promover una alimentación correcta y la mayor actividad física.
- Monitoreo y evaluación: el seguimiento y evaluación de cada objetivo y sus acciones es necesario para identificar oportunidades de mejoramiento, asegurar el cumplimiento de las acciones y corregir posibles fallas.
- Investigación: existe una agenda de investigación básica, clínica, epidemiológica y de sistemas de salud para sustentar la toma de decisiones sobre prevención de obesidad y enfermedades crónicas.

La prevención de la obesidad en los lactantes y los niños pequeños debe considerarse un asunto de mayor prioridad. Para esos grupos, las principales estrategias de prevención son las siguientes:

- Promover la lactancia materna exclusiva.
- Evitar la adición de azúcares y almidones a la leche del biberón.
- Enseñar a las madres a aceptar la capacidad de su hijo para regular el aporte calórico, en lugar de alimentarlo hasta que haya acabado el plato.
- Asegurar la ingesta de micronutrientes necesaria para promover un crecimiento lineal óptimo.

En el caso de los niños y los adolescentes, para prevenir la obesidad es necesario:

- Promover un estilo de vida activo.
- Limitar las horas de televisión.
- Fomentar el consumo de frutas y verduras.
- Restringir la ingesta de alimentos ricos en energía y pobres en micronutrientes (por ejemplo, aperitivos envasados).
- Restringir la ingesta de refrescos azucarados.

Entre las medidas complementarias, hay que modificar el entorno para aumentar la actividad física en las escuelas y comunidades, crear más oportunidades para las relaciones familiares, limitar la exposición de los niños pequeños a la intensa publicidad de alimentos ricos en energía y bajos en micronutrientes, y ofrecer la información y las herramientas necesarias para hacer elecciones correctas en materia de alimentación <sup>21,22,24</sup>

Una evaluación de las políticas nacionales de la OCDE y otros países de la Unión Europea muestra que los gobiernos están aumentando los esfuerzos para fomentar una cultura de alimentación saludable y vida activa. La mayoría tienen iniciativas dirigidas a los niños en edad escolar, como cambios en los alimentos servidos en las escuelas, mejores instalaciones para actividades físicas y educación en salud, entre ellas alentar el “transporte activo” (andar en bicicleta y caminar) y la recreación activa, ya que las personas que presentan un acumulo de grasa corporal y la presencia de enfermedades asociadas a ella, sin mencionar que debido a la preocupación de la sociedad por la delgadez y el culto al cuerpo, las personas obesas, sienten una gran presión social que deriva en la estigmatización, el deterioro de la interacción social, la no aceptación de la imagen corporal y la baja autoestima, lo que afecta a su salud psicológica, su bienestar y

por tanto a su calidad de vida (CV)<sup>23,24,25</sup>.

La utilización del concepto de Calidad de Vida puede remontarse Aristóteles cuando apunta que la mayoría de las personas conciben la 'buena vida' como lo mismo que 'ser feliz'. Aristóteles destaca que la felicidad es materia de debate, que significa diferentes cosas para personas diferentes y en momentos diferentes: cuando se enferma, la salud es felicidad; cuando se es pobre, lo es la riqueza <sup>26,27</sup>.

Pero el origen académico de la idea de Calidad de Vida se remonta a mediados de los años 60 del siglo XX, alrededor del movimiento de Indicadores Sociales desarrollado a partir de las actividades de la Escuela de Chicago. El auge de este movimiento, aunque en período de prosperidad, coincidió con un clima político y social de cuestionamiento del crecimiento económico como principal objetivo político e indicador social de primer orden. En palabras de Hagerty fue un «movimiento nuevo que alcanzó el apoyo de los ciudadanos que, a su vez, esperaban un soporte científico para sus causas» <sup>26, 27,28</sup>.

En este contexto, el concepto Calidad de Vida nació como una alternativa a la cuestionada sociedad de la opulencia y, con el tiempo, derivó desde el significado de bienestar de las poblaciones basado en dimensiones materiales, hacia un constructo más complejo que incluiría también aspectos como la calidad del entorno, las relaciones sociales o la salud <sup>26,28</sup>.

Durante las décadas de los 70 y 80 la Calidad de Vida fue conceptualizada principalmente como bienestar objetivo o social. El concepto de bienestar social incluiría todo aquello de lo que el ser humano obtiene satisfacción, así como su distribución dentro de la sociedad, refiriéndose no sólo a lo que produce una mayor o menor Calidad de Vida sino, también, a quién lo consigue, cómo lo consigue y dónde lo consigue <sup>27</sup>. Las condiciones objetivas de vida son prominentes en la llamada aproximación escandinava al bienestar. La asunción teórica de esta aproximación objetiva es que existen las llamadas necesidades básicas y que satisfacerlas determinará el bienestar de la población. Esta aproximación ha

estado muy influida por los informes sociales comparativos, especialmente el Programa de Desarrollo de Indicadores Sociales de la OCDE (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos) establecido en 1970. En dicho programa se explicita que los indicadores sociales deben ser considerados como una etapa hacia la medida de la Calidad de Vida, aunque la OCDE, ante la variedad terminológica, aún adoptaba el término bienestar social, o bienestar global de los individuos, no porque fuera más preciso, sino porque era el que se utilizaba más y de forma más independiente de cualquier disciplina particular (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, 1981).

Una segunda aproximación, en la tradición anglosajona de bienestar como Calidad de Vida, se apoya en la investigación americana sobre salud mental. Aunque también utiliza indicadores objetivos, esta perspectiva enfatiza el bienestar subjetivo, y tiene que ver con la experiencia de los individuos sobre sus vidas, siendo el resultado final de condiciones de vida y procesos de evaluación. Los indicadores más importantes de bienestar subjetivo son medidas de satisfacción y felicidad, aunque la investigación basada en estos indicadores diverge en considerar perspectivas unitarias o constructos multidimensionales a partir de un potencialmente ilimitado número de dimensiones o dominios.

La tercera aproximación, basada en la noción germana de Calidad de Vida, integraría las dos anteriores, centrándose en la combinación de condiciones objetivas de vida y bienestar subjetivo en diferentes dominios, incluyendo componentes cognitivos y afectivos, de lo que derivaría una tipología de situaciones: 1. Bienestar: o coincidencia entre buenas condiciones de vida y bienestar subjetivo positivo; 2. Disonancia: buenas condiciones de vida pero bienestar subjetivo negativo; 3. Privación: malas condiciones de vida coincidiendo con bajo bienestar subjetivo; 4. Adaptación: malas condiciones de vida pero alto bienestar subjetivo <sup>26,27,28,31</sup>.

Actualmente, existe consenso respecto a que la Calidad de Vida tiene que ver con la consideración de las condiciones de vida y las evaluaciones subjetivas,

siendo la estrategia de investigación imperante. La mayoría de las agencias que recogen datos de bienestar nacional incluyen tanto indicadores objetivos como subjetivos en sus sistemas de estadísticas sociales. La expresión Calidad de Vida ha llegado a ser ampliamente usada, no sólo por profesionales de diversas disciplinas, sino también por políticos, planificadores, medios de comunicación y por la sociedad en general.

El concepto Calidad de Vida, que inicialmente fue monopolizado por economistas y políticos para referirse al bienestar material, ha sido utilizado también como medida de resultados en salud, enfermedad y tratamientos, perspectiva que ha llegado a dominar la bibliografía sobre Calidad de Vida. Esto ha derivado en la acuñación del término Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Desde los años 90, la disconformidad con el modelo biomédico ha provocado un debate sobre la necesidad de aproximaciones más holísticas o globales para su comprensión, más allá del estricto discurso médico<sup>26,27</sup>.

Pueden encontrarse definiciones diversas que coinciden en reconocer la multidimensionalidad del concepto y, en menor medida, que se trata de una valoración subjetiva de la realidad material, sin existir acuerdo en el número o la naturaleza de las dimensiones o dominios a considerar. En la base de la diversidad de definiciones se halla la orientación conceptual del investigador, la heterogeneidad de contextos en los que el concepto es usado, las medidas a utilizar, la finalidad de la evaluación y el sujeto que realiza la valoración, esto es, diferentes perspectivas y enfoques, dominios e indicadores seleccionados, y escalas de análisis (individual o poblacional)<sup>27,28</sup>.

En ausencia de una definición aceptada universalmente, se argumenta que la mayoría de las personas en las sociedades occidentales están familiarizadas con la expresión Calidad de Vida y tienen una comprensión intuitiva de su significado. En este sentido, Calidad de Vida sería un concepto o idea general pero también un constructo social o formulación que ayudaría a comprender esta idea creada. El término Calidad de Vida tendría utilidad como indicador de intenciones

de los investigadores, aunque, cuanto más se especifique y acuerde sobre bases empíricas, mayor probabilidad que las investigaciones tengan relevancia para el desarrollo y la comprensión del constructo <sup>27</sup>.

Una definición influyente, por provenir de un organismo internacional, es la elaborada por el Grupo de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL Group), que destaca el carácter subjetivo de la valoración al referir la Calidad de Vida a «las percepciones de los individuos de su posición en la vida en el contexto cultural y de valores en el que viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. En una aproximación de complementariedad de perspectivas, pero dando también valor a la evaluación realizada por los individuos, ofrece una definición según la cual Calidad de Vida es un «constructo universal, definido tanto objetiva como subjetivamente, donde los dominios objetivos comprenderían medidas culturalmente relevantes de bienestar objetivo, y los dominios subjetivos comprenderían la satisfacción con las diferentes dimensiones ponderadas por su importancia para el individuo» <sup>26,27</sup>.

Precisamente por su multidimensionalidad y carácter controvertido, algunos investigadores quieren abandonar el concepto Calidad de Vida, mientras otros opinan que la multiplicidad es inevitable, o consideran potencialmente productivo este pluralismo en las interpretaciones. Existe un acuerdo generalizado en lo concerniente a que el concepto Calidad de Vida es un constructo multidimensional, que se construye sobre áreas, dominios o componentes diversos, que no se explica por un solo elemento sino por la combinación o interrelación de todos ellos. Sin embargo, es difícil encontrar concreción sobre las dimensiones que deben ser consideradas, y las investigaciones suelen ser unitarias, circunscritas a aquellos aspectos que los investigadores consideran relevante la orientación conceptual para los objetivos concretos de sus disciplinas particulares. <sup>26</sup>.

La salud es uno de los pocos dominios o dimensiones sobre el que parece existir acuerdo en cuanto a su participación en la Calidad de Vida, y diversos estudios demuestran la asociación entre salud (medida objetiva y subjetivamente),

y bienestar subjetivo y satisfacción con la propia salud. La influencia del estado de salud suele ser sobre-estimada en estudios enfocados en salud y Calidad de Vida, por lo que, en tanto se amplíe la riqueza y diversidad del conjunto de predictores de la Calidad de Vida global, probablemente disminuya el impacto relativo del estado de salud <sup>25,26,32</sup>.

Pero la Calidad de Vida además de subjetiva es también objetiva, y dentro de cada unidad o nivel de análisis, que distingue entre individuos, familia, comunidad, grupos específicos, regiones, países, se deben incluir indicadores objetivos y subjetivos. Subjetivar el concepto Calidad de Vida es un error conceptual, por cuanto los esfuerzos por mejorar la Calidad de Vida de los ciudadanos se podrían reducir a cambiar las percepciones de éstos sobre la realidad. Obviar la evaluación subjetiva, u objetivar la Calidad de Vida, ofrece una imagen incompleta de la realidad, siendo la evaluación de la satisfacción global con la vida particularmente necesaria para valorar el éxito de las políticas sociales <sup>26,27</sup>.

Una de las aproximaciones a la Calidad de Vida con mayor desarrollo ha sido desde la investigación en salud, la describe como una «perspectiva centrada en el paciente y el bienestar individual, que identifica la definición de salud como definición de Calidad de Vida». Se ha considerado la salud como uno de los principales dominios responsable de la Calidad de Vida. Esta creencia proviene, en gran parte, de la propia definición de salud como un «estado de completo bienestar físico, mental y social». La Calidad de Vida constituye un marco conceptual en el que los temas relacionados con la salud pueden ser revisados positivamente y de forma holística. El constructo Calidad de Vida, como noción más subjetiva, multifactorial e individual que otras utilizadas para evaluar el estado de salud de poblaciones e individuos (como Deficiencia, o Minusvalía), integra una nueva dimensión: la salud perceptual, en sus componentes físicos, psíquicos y sociales <sup>27</sup>.

La transición del término Calidad de Vida desde las ciencias sociales a la investigación en salud se ha visto acompañada por una prioridad pragmática: la construcción de escalas, técnicas o instrumentos de medida. En evaluación de tecnologías de salud de la calidad del cuidado sanitario o de los servicios de salud, la búsqueda de medidas se intensificó en los años 80, y el concepto de estado de salud se expandió hasta llegar a contener completamente el concepto Calidad de Vida. En ocasiones, esta contribución se ha realizado más en términos metodológicos (elaboración, comprobación y análisis estadístico) que de reflexión conceptual sobre la propia noción de Calidad de Vida <sup>26, 27,28</sup>.

Desde el ámbito de la salud, Calidad de Vida se ha definido como un «término popular que expresa un sentido global de bienestar, incluyendo aspectos de felicidad y satisfacción con la vida como un conjunto. Es amplio y subjetivo más que específico u objetivo y su significado difiere entre individuos y grupos. Un área de consenso es que la noción Calidad de Vida es extraordinariamente amplia y conceptualmente compleja. Y el Grupo de Calidad de Vida de la OMS define Calidad de Vida como un «concepto amplio afectado de manera compleja por la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y su interrelación con características relevantes del entorno... Calidad de Vida se refiere a una evaluación subjetiva inmersa en un contexto cultural, social y medioambiental... Calidad de Vida no puede ser equiparada con estado de salud, satisfacción con la vida, estado mental, o bienestar. Más bien es un concepto multidimensional» (WHOQOL Group, 1995) <sup>28,32</sup>,

Se usa frecuentemente el término Calidad de Vida Relacionada con la Salud como un concepto multidimensional y que esta multidimensionalidad debe ser preservada en su análisis e interpretación <sup>29,30</sup>. Entre las dimensiones o subdominios se incluyen capacidad funcional, estado físico, funcionamiento social, vida familiar, funcionamiento ocupacional, control sobre la propia salud, satisfacción con el tratamiento, bienestar emocional, comunicación, espiritualidad, sexualidad, estigmas, autoestima, o imagen corporal <sup>31,32</sup>.

Para el consenso estadounidense, «el concepto Calidad de Vida Relacionada con la Salud y sus determinantes han evolucionado desde los años 80 para abarcar aquellos aspectos de la Calidad de Vida global que pueden afectar la salud, tanto física como mental. A escala individual los subdominios incluirían: percepción de la salud física, percepción de la salud mental, riesgos de salud, estado funcional, apoyo social, y estado socioeconómico. A escala comunitaria o social, la Calidad de Vida Relacionada con la Salud incluiría también los recursos, condiciones, políticas y prácticas que influyen sobre las percepciones que la población tiene sobre su salud y estado funcional» (Centers for Disease, Control and Prevention, 2000). El debate entre la consideración de perspectivas globales de Calidad de Vida frente a perspectivas dominio-específicas sigue abierto. Algunos autores argumentan que la falta de fundamentos teóricos puede limitar el progreso en Calidad de Vida Relacionada con la Salud por varias razones: incumplimiento de la secuencia epistemológica normal (formulación de teoría, comprobación y contraste con teorías alternativas), riesgo de explicaciones tautológicas y perspectiva única. Sin embargo, como base para la generación de resultados de políticas de salud, este pragmatismo es de utilidad en la evolución teórica de esta nueva disciplina <sup>32,33,34</sup>.

En los últimos años se han desarrollado varios instrumentos de perfil específicos para obesidad. La principal desventaja de la mayoría de estos instrumentos es la limitada validación empírica, debido a su implementación reciente. El instrumento de impacto del peso en la calidad de vida (The impact of weight on quality of life: IWQOL-Lite) desarrollado por Kolotkin (2001), es un auto informe de 31 ítems en su versión abreviada, que consiste en la puntuación de cinco dimensiones: función física, autoestima, vida sexual, preocupación en público y trabajo. Fue empleada una escala de Likert en cada pregunta: siempre, frecuentemente, a veces, rara vez y nunca, opciones a las cuales se les adjudicaron valores de 1, 2, 3, 4 y 5, respectivamente. Este instrumento permite observar las propiedades psicométricas que intervienen. El cuestionario IWQOL es el primer instrumento específicamente desarrollado para evaluar la calidad de vida

en personas con sobrepeso. La consistencia interna de confiabilidad del instrumento presenta un rango de a 0.94 para las cinco dimensiones o escalas, y presenta un 0.96 para la puntuación total. La versión en español del IWQOL-Lite, fue sometida a evaluación de confiabilidad y validez en 2008 en Bogotá, Colombia; Asimismo, en 2008, en México, se evaluó la reproducibilidad y sensibilidad de este cuestionario con resultados de buena reproducibilidad y sensibilidad para identificar diferencias entre grupos de obesos y cambios luego de la realización de tratamiento. Se encontró, confiable y sensible para la investigación de la calidad de vida en mexicanos en la mayoría de las poblaciones latinoamericanas <sup>34, 35,36</sup>.

### **3.2 Planteamiento del problema**

La Obesidad es una alteración en el estado de salud, la cual va en aumento en México, ocupando actualmente el 2º lugar en adultos, hasta considerarse una epidemia, convirtiéndose en el reto más importantes de salud pública en el cual se afectan las capacidades físicas, el razonamiento y funcionamiento cognitivo así como la interacción social de los individuos; la obesidad está directamente relacionada con el riesgo de padecer enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT), mortalidad prematura y aumento en el costo social de la salud; además de que reducen la calidad de vida., por lo que se decide realizar en la presente investigación la evaluación de la obesidad y la calidad de vida de los pacientes en edad productiva, lo cual si se modifica en forma positiva puede tener un impacto importante en su salud y vida futura.

Por lo anterior en el presente trabajo se realiza la siguiente pregunta de investigación

¿Determinar cómo se correlaciona la obesidad y la calidad de vida en los pacientes de 40 a 59 años?

## **1.4 Objetivo del estudio**

### **1.4.1 Objetivo general**

Evaluar la influencia que tiene la obesidad en la calidad de vida de los pacientes entre 40 a 59 años de edad de la unidad de medicina familiar 97.

### **1.4.2 Objetivo específico**

- Categorizar los tipos de obesidad en pacientes de 40 a 59 años de edad en la UMF97.
- Conocer en qué sexo predomina la obesidad en la UMF97.
- Describir la calidad de vida de los pacientes con obesidad de 40 a 59 años.
- Analizar las dimensiones de calidad de vida más afectadas en pacientes de 40 a 59 años de edad en la UMF 97.

## **1.5 Justificación:**

La obesidad es un problema que atañe a la población mundial y en especial a los mexicanos, ya que los cambios de estilo de vida poco saludables como el sedentarismo, inactividad física y alimentación no balanceada aunado al abuso de nuevas tecnologías y los trabajos de escritorio; hacen que el aporte calórico de la alimentación sea siempre en una cantidad mayor a lo requerido en el día, teniendo cada vez más repercusión en la aparición de enfermedades crónicas degenerativas lo que conlleva a un deterioro en la calidad de vida de los pacientes, es por ello que se realiza esta investigación, para poder identificar en que dimensiones de la calidad de vida de los pacientes económicamente activos con obesidad se afecta más, para realizar acciones específicas y enviar a los diferentes servicios involucrados con el objetivo de poder mejorar tanto hábitos como calidad de vida a favor de tener un mejor pronóstico, con disminución de comorbilidades y deterioro de las mismas; haciendo del conocimiento al resto de los miembros del equipo interdisciplinario de la UMF 97 de los resultados para que puedan tomar acciones de mejora en la atención del derechohabiente.

## **1.6 Hipótesis:**

De trabajo: A mayor obesidad menor calidad de vida en pacientes de 40 a 59 años de edad.

### **Alternativa:**

La calidad de vida no es influenciada por la obesidad en pacientes de 40 a 59 años

## **2. MATERIAL Y MÉTODOS:**

Características del lugar donde se realizará el estudio

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) Número 97 de primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en Avenida 16 de Septiembre Esq. Allende No. 1, Colonia San Bartolo, Naucalpan, Estado de México, en la cual los pacientes acudieran por sus propios medios.

### **2.1 Tipo de estudio:**

Observacional: No se modificaron las variables.

Prospectivo: Porque se definieron previamente la recolección de datos y la información se recolectó en cuestionarios diseñados previamente

Transversal se realizó en un periodo de tiempo sin realizar seguimiento

Descriptivo no se hicieron comparaciones con un grupo control

### **2.2 Características del grupo en estudio**

Población de la UMF 97 adscritas a la unidad que tengan algún grado de obesidad sexo indistinto que acudieron a consulta por cualquier causa.

### **2.3 Criterios de inclusión:**

- Pacientes afiliados al IMSS y acudieron a consulta a la unidad de medicina familiar No. 97
- Pacientes que acudieron de forma regular a consulta de medicina familiar
- Ambos sexos,
- Edad de 40 a 59 años
- Firmaron el consentimiento informado
- Con IMC mayor a 30
- Que aceptaron participar en la investigación

### **2.4 Criterios de exclusión:**

- Los pacientes que cuentan con algún tipo de discapacidad.

- Pacientes no derecho habientes al servicio IMSS
- Pacientes menores a 39 años y mayores de 59 años de edad
- Pacientes con diagnóstico de cáncer,
- Pacientes con diagnóstico y tratamiento antidepresivo

## 2.5 Criterios de eliminación:

- Pacientes que sus datos no fueron confiables
- Llenado incompleto del cuestionario
- Pacientes que firmaron el consentimiento informado y posteriormente no aceptaron llenar el cuestionario
- Pacientes que no desearon continuar con el estudio

## 2.6 Tamaño de la muestra

El muestreo se realizó durante el periodo de agosto del 2015 a octubre del 2016 La proporción de la muestra se obtuvo tomando en cuenta la prevalencia nacional de obesidad en la población en general del 14 %, con un nivel de confianza deseado de 95 ( $\alpha = 0.05\%$ ), y un nivel de precisión ( $\delta$ ) de 0.03 obteniendo un total de 386 pacientes, para este estudio a partir de la siguiente fórmula.

$$N = \frac{(Z \alpha)^2 (p)(q)}{\delta^2} = 386$$

En donde:

N= tamaño de la muestra que se requiere

p=proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio

q=1-p (complementario, sujetos que no tiene la variable de estudio)  $\delta$ = precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar Z y  $\alpha$  = distancia de la media del valor de significación propuesto

## 2.7 Definición de variables

Variable independiente: Obesidad

Variable dependiente; Calidad de vida.

<b>VARIABLE / CATEGORÍA</b>	<b>TIPO</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>
<b>Edad</b>	Cuantitativa continua	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio.	Años cumplidos
<b>Sexo</b>	Cualitativa ordinal	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Masculino Femenino
<b>Peso</b>	Cuantitativa continua	El peso es una medida de fuerza gravitatoria que es una de las cuatro interacciones fundamentales que actúa sobre un elemento y se identifica con la energía que ejercita un cuerpo sobre un punto de apoyo, producida por la acción del campo gravitatorio por la unidad de masa del cuerpo que estudian, se representa como g y se expresa en newtons/kilogramo (N/kg)	Kilogramos pesados
<b>Estatura</b>	Cuantitativa continua	Altura de una persona desde los pies a la cabeza	centímetros
<b>Antigüedad laboral</b>	Cuantitativa continua	Duración del empleo o servicio prestado por parte de un trabajador.	Años trabajados
<b>Enfermedades crónicas</b>	Cualitativa nominal	Son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta.	Problemas coronarios Diabetes Hipertensión arterial Taquicardia Stress Colesterol LDL
<b>Calidad de vida</b>	Dependiente Cuantitativa continua	Perspectiva centrada en el paciente y el bienestar individual, que identifica la definición de salud como definición de Calidad de Vida	IVQOL-Lite(5 subescalas que van del 5 siempre al 1 nunca) Buena calidad de vida: menor de 65 puntos Regular Calidad de vida: 65 a 84 puntos Mala calidad de vida: mayor a 84 puntos
<b>Obesidad</b>	Independiente Cualitativa ordinal	Estado patológico que se caracteriza por un exceso o una acumulación excesiva y general de grasa en el cuerpo. Se calcula mediante el Índice de masa corporal (IMC) que se calcula dividiendo el peso en kg por el cuadrado de la talla en m (kg/m <sup>2</sup> )	IMC Grado-I de 30.0 a 34.9 Grado-II de 35 a 39.9 Grado-III > 40

## **2.8 Descripción General del estudio**

Se solicitó al director de la UMF (unidad de Medicina Familiar) 97, Administrador y Jefes de departamento clínico el permiso para realizar la encuesta IWQOL-Lite en pacientes que acudan a la UMF, Se seleccionaron de forma aleatoria pacientes que acudan a consulta a la UMF por cualquier tipo de padecimiento que cumplan con los criterios de inclusión que decidan participar en el estudio se les explicó el llenado correcto del cuestionario sin dejar espacios en blanco, en caso de tener dudas se aclararon las mismas, desde el llenado del instrumento hasta recopilación y uso de datos, se solicitó el apoyo de las Asistentes médicas para la captación de pacientes hasta cumplir el objetivo planteado de 386 pacientes, en el periodo comprendido de los meses de agosto a octubre del 2016

Se recopilaron los resultados se vació la información para su análisis en hojas de cálculo.

### **Instrumento**

Se aplicó el cuestionario IWQOL –Lite (a todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión) el cual es el primer instrumento específicamente desarrollado para evaluar la calidad de vida en personas con sobrepeso. La consistencia interna de confiabilidad del instrumento presenta un rango de 0.90 a 0.94 para las cinco dimensiones o escalas, y presenta un 0.96 para puntuación total.

La versión en español del IWQOL –Lite, en español tiene un coeficiente de confiabilidad de alfa Cronbach entre 0.89 y 0.96 y en la evaluación de confiabilidad de test-retest un coeficiente de correlación interclase entre 0.85 y 0.94 <sup>34</sup> así mismo en México, se evaluó la reproductibilidad y sensibilidad para identificar diferencias entre grupos obesos y cambios luego de la realización de tratamiento.

Se encontró que todos los dominios fueron reproducibles y se obtuvo un alta valides interna con un coeficiente alfa de Cronbach 0.92 para todos los dominios,

concluye el estudio en considerar al IWQOL una herramienta confiable y sensible para la investigación de la calidad de vida en mexicanos <sup>34</sup>

Se realizaron las siguientes adecuaciones por el nivel sociocultural de la población atendida en la unidad de medicina familiar Núm. 97: Problemas coronarios (enfermedades del corazón), Taquicardia (aumento de la frecuencia cardiaca), Apnea (problemas para introducir aire a los pulmones).

## **2.9 Análisis de Datos:**

Los datos obtenidos se concentraron en una hoja de Excel

Se realizó la descripción de los datos obtenidos, se evaluó la hipótesis planteada, se realizó un análisis estadístico con SPSS versión 2.0 y se presentaron los resultados en gráficas y tablas.

## **2.10 Recursos humanos, físicos, y financieros:**

Recursos humanos:

Un Médico

Recursos físicos

Hojas blancas, plumas, libros, computadora, Lap Top, USB. Impresora, Tinta.

Fotocopias, tóner hojas de cálculo, paquetería Word, Excel, SPSS

Recursos financieros: Serán solventados por el investigador.

## **2.11 Consideraciones éticas**

Los procedimientos de exploración propuestos para este estudio se apegaron a las normas éticas, el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud y la Declaración de Helsinki y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica. Se otorgó el formato de consentimiento informado a los pacientes para la autorización de la realización del estudio, el cual respetó los principios contenidos en el código de Núremberg, la declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el informe de

Belmont, el código de reglamentos federales de Estados Unidos.

Recursos éticos: Para realizar el estudio, se deberá obtener la autorización de las autoridades de la Unidad Médica, haciendo uso de las normas establecidas en la Ley General de Salud para la Investigación en Seres Humanos. Dicho estudio no representa riesgo alguno, ya que la información que se requiere se obtendrá directamente de los pacientes que acepten participar en el estudio llenando el cuestionario IQWOL L. La información que se obtendrá, se manejará con un grado máximo de confidencialidad y se concentrará en un cuestionario diseñado especialmente para este fin.

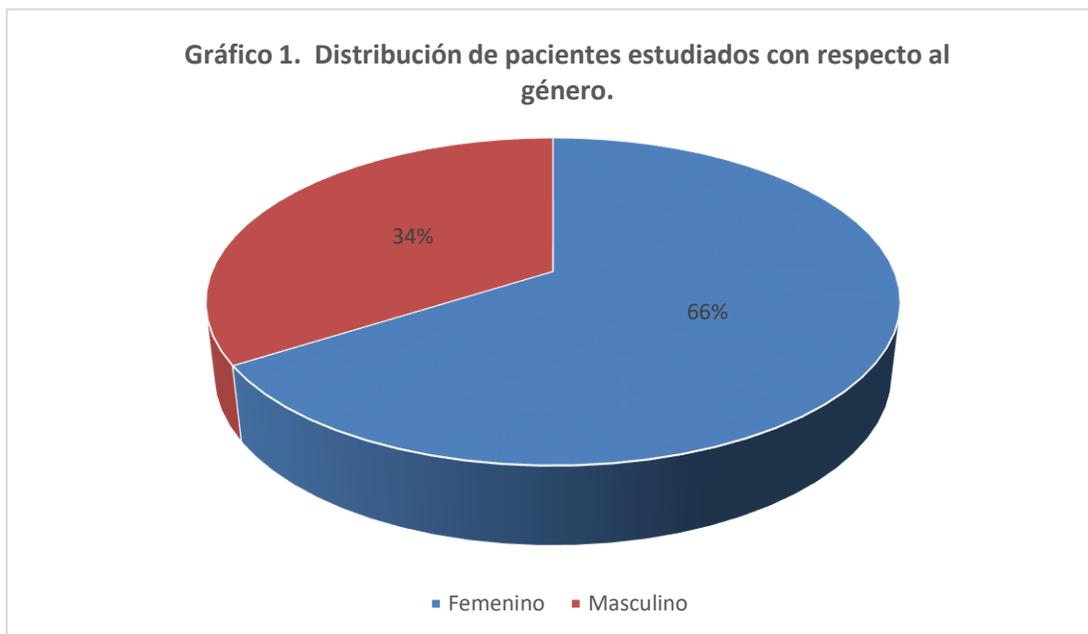
### **2.12 Factibilidad**

El estudio es factible por que se cuenta con los recursos humanos tanto como el equipo humano y material para realizar la aplicación de los instrumentos

### 3. RESULTADOS

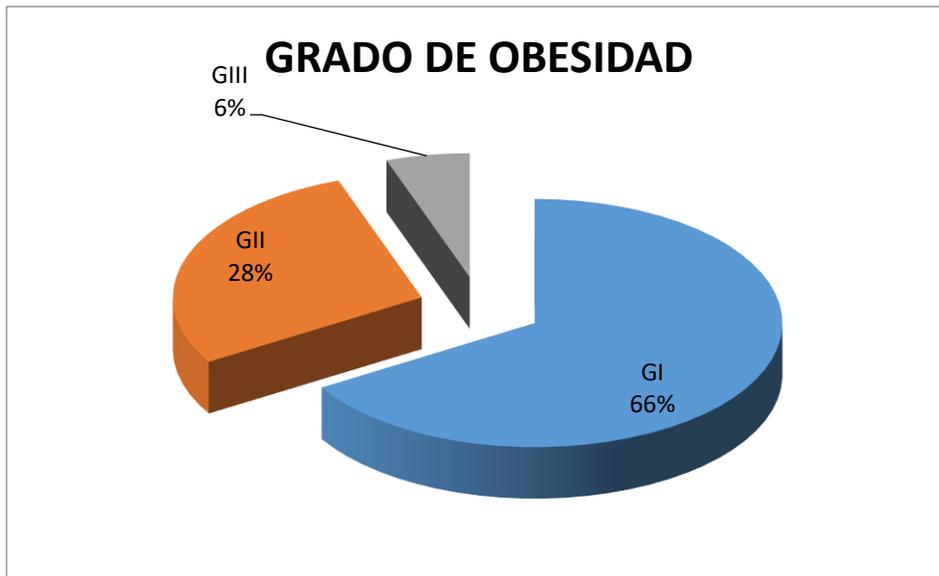
Se estudiaron 386 pacientes con obesidad que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar número 97 en el periodo de agosto a octubre 2016. De las 400 encuestas realizadas se eliminaron 14 porque no estaban debidamente llenadas quedando un total de 386 (100%).

En cuanto a la distribución por género se observa una mayor proporción de 254 mujeres que equivale al 66% y 132 hombres que corresponde al 34% (Gráfico 1).

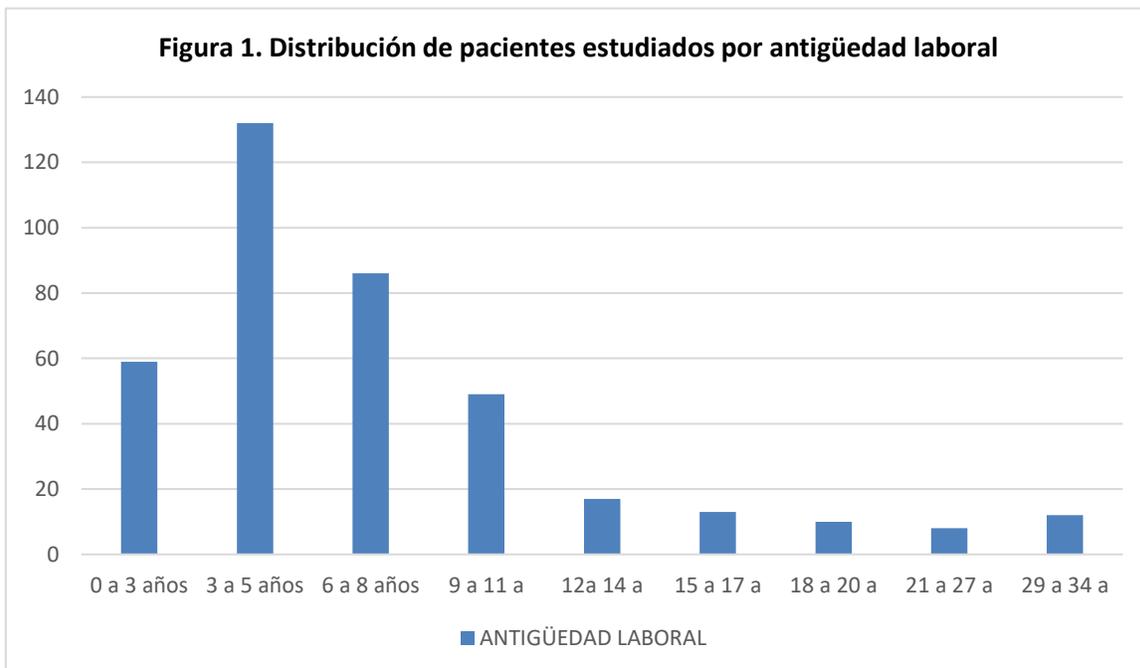


El promedio de edad de la población de estudio fue de 50 años con una desviación estándar de 6 años, rango de 40 a 59 y una moda de 45 años. Respecto al peso la media fue de 84.78 Kg con una desviación estándar de 12.35 kg y una moda de 88 kg. La estatura el promedio fue de 1.57mt con una moda de 1.60mt y una desviación estándar de 0.06 mt. En cuanto al IMC la media fue de 33.99 con una desviación estándar de 3.46; de los cuales 255 pacientes tenía obesidad grado I, (66%), 110 pacientes tenía obesidad grado II (28%) y 21 obesidad grado III (6%). (Gráfico 2).

Grafico 2



En cuanto a la antigüedad laboral el promedio fue de 7 años con una desviación estándar de 6 años, el rango va desde los pocos meses hasta los 34 años, y una moda de 3 años. (Tabla 1).



Más de la mitad de los pacientes estudiados presentaban hipertensión y estrés, casi el 50% presentaba además diabetes mellitus. Una tercera parte

padecía osteoartritis e hipercolesterolemia y una pequeña parte presentaba apnea, hipoventilación, problemas coronarios y ninguno de los pacientes padecía litiasis vesicular.

De los 386 pacientes el 85 % de los pacientes presenta un resultado elevado en puntaje total del cuestionario 9.06% un puntaje medio y 5.6% puntaje bajo.

### CALIDAD DE VIDA

CUESTIONARIO IWQIL-LITE		
BAJO	REGULAR	ALTO
<65	65-84	>84
24	18	344

En cuanto a las dimensiones de calidad de vida las más afectadas fueron el trabajo en su valor más alto con 330 pacientes, seguido de la preocupación en público con 328; la autoestima 328 pacientes, la vida sexual con 318 y la función física 299.

FUNCIÓN FÍSICA		
Bajo	Regular	Alto
< 23	23 A 40	>30
46	41	299

TRABAJO		
Bajo	Regular	Alto
< 6	6 A 8	>8
12	36	330

PREOCUPACIÓN EN PÚBLICO		
Bajo	Regular	Alto
< 9	9 a 14	> 14
24	34	328

AUTOESTIMA		
Bajo	Regular	Alto
< 14	14 a 19	> 19
40	28	318

VIDA SEXUAL		
Bajo	Regular	Alto
< 8	8 a 11	> 11
36	37	313

Fuente: Encuestas

Las medidas de porcentaje de la puntuación de cada escala y del total del cuestionario iwqol- lite por diagnóstico de IMC en los pacientes con obesidad grado II la media fue de 59%, en los pacientes con obesidad grado I de 74% y en las pacientes y obesidad grado III de 43%. Se pueden observar tres correlaciones positivas débiles siendo las más bajas la de 0.25 entre las escalas estado físico y ansiedad en público. Las demás correlaciones fueron también positivas pero con magnitudes medias 0.50 y considerables 0.75 indicándonos una mejor correlación entre ellas en este grupo de estudio.

**Tabla 1. Coeficiente de correlación lineal r de Pearson entre la puntuación de las escalas y la puntuación total del cuestionario Iwqol-lite.**

ESCALAS DEL IWQOL-LITE	ESTADO FÍSICO	AUTOESTIMA	VIDA SEXUAL	ANSIEDAD EN PÚBLICO	TRABAJO
AUTOESTIMA	0.47				
VIDA SEXUAL	0.25	0.55			
ANSIEDAD EN PÚBLICO	0.37	0.62	0.81		
TRABAJO	0.53	0.50	0.51	0.58	
PUNTUACION TOTAL IWQOL-LIE	0.78	0.84	0.67	0.76	0.72

**Fuente: Encuestas**

Se determinó la relación entre los valores del IMC y las puntuaciones de las escalas y la puntuación total del cuestionario iwqol lite para los pacientes con el coeficiente de correlación r de Pearson. Se encontró que las seis correlaciones fueron negativas imperfectas con diferentes magnitudes. La correlación más alta se encontró en la puntuación total del cuestionario Iwqol. Lite con una r: 0.56, seguida por la autoestima con una r: 0.51 interpretándose la magnitud de ambas correlaciones como media. Se calculó la  $r^2$  para conocer el porcentaje de

variabilidad que puede ser explicado por el IMC para cada variable. En este estudio se encontró que el IMC explico el 31% de la variabilidad en la puntuación total del IWQOL-Lite y el 26% de la variabilidad en la autoestima. Con respecto a las escalas de trabajo y vida sexual el porcentaje de variabilidad fue menor al 10 % indicando que únicamente el 6% de la variabilidad en la escala del trabajo y el 4% de la variabilidad en la escala de vida sexual se puede explicar por el IMC.

**Tabla 2. Coeficiente de correlación lineal r de Pearson y de determinación r<sup>2</sup> entre los valores de IMC del grupo de estudio. La puntuación de las escalas y la puntuación total del cuestionario IWQOL-lite.**

CUESTIONARIO IWQOL-Lite		Coeficiente de correlación r de Pearson	Interpretación del coeficiente de correlación	Porcentaje del coeficiente de determinación r <sup>2</sup>
		IMC		IMC
Escalas del cuestionario	Estado físico	-0.48	Negativa débil	22.7
	Autoestima	-0.51	Negativa media	25.8
	Vida sexual	-0.19	Negativa muy débil	3.6
	Ansiedad en publico	-0.39	Negativa débil	15.1
	Trabajo	-0.24	Negativa muy débil	5.7
Puntuación total del cuestionario		-0.56	Negativa media	30.9

**Fuente: Encuestas**

## 4. DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue evaluar la influencia de la obesidad en la calidad de vida en los pacientes que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar 97, identificando las dimensiones de calidad de vida más afectadas.

La obesidad se considera la enfermedad metabólica más frecuente a nivel mundial lo que la ha convertido en un serio problema de salud pública al cual se enfrenta diariamente el médico familiar ya que favorece el desarrollo de otras comorbilidades, como son la Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial, Dislipidemias, Insuficiencia Venosa Periférica, Artropatías y se ha asociado con la aparición de diferentes tipos de cáncer. En los últimos años ha tomado una gran relevancia el estudio de la calidad de vida, sin embargo se han realizado pocas investigaciones de tipo comparativo en centros de primer nivel.

Las medidas de la puntuación de la escala del estado físico en los paciente con obesidad grado I y II fueron similares indicándonos estos datos que a mayor deterioro del aspecto físico también mayor deterioro de la calidad de vida. Estos datos son consistentes con la información que se reporta en la literatura que indica que las dimensiones más afectadas en la calidad de vida por la obesidad son las referentes al aspecto físico en comparación con las del aspecto mental.

En la investigación de Acevedo y colaboradores en el año 2009 en Colombia, la correlación entre estas dos escalas fue mucho mayor. En el estudio de Kolotkin y colaboradores en el año 2001 la correlación más baja se encontró también entre las escalas de vida sexual y ansiedad en público con una correlación de magnitud débil 0.46.

Los motivos por los que no se encontraron correlaciones más altas entre las escalas descritas anteriormente, como se reporta en la literatura, pueden ser varios. Uno puede deberse a su cultura específicamente en el grupo de estudio de esta investigación este instrumento no funciona para medir lo que está diseñado a medir, un segundo motivo se puede deber a que las preguntas no fueron claras para las participantes, un tercer motivo se puede deber a que los paciente mintieron al responderlo o un cuarto motivo se puede deber a que la participación de algunos pacientes se dio únicamente por cumplir un requisito establecido por el servicio médico de la clínica, pudiendo ser esta razón para responder sin veracidad o sin interés el cuestionario, ya se es posible que el cuidado de la salud no fue lo que los motivo a participar.

En la literatura no se encontró algún estudio realizado en México que hubiera aplicado el instrumento Iwqol-Lite, únicamente se encontró un estudio en el que se aplicó el instrumento Iwqol, que es la versión larga. Desafortunadamente no se presentan los valores de las correlaciones entre las escalas y la puntuación total del cuestionario Iwqol en los resultados del artículo de investigación de Bolado-García y colaboradores en el año 2008, por lo que no se cuenta con valores de correlaciones entre escalas y la puntuación total para hacer una comparación entre grupos de estudio del mismo país.

En al año 2009 Zabelina et al estudiaron una muestra de 9,991 personas con exceso de peso en el cual encontraron que de forma significativa ( $P < 0.001$ ) las mujeres informaron menores puntuaciones que los hombres en todas las escalas del IWQOL-Lite: Función Física, Autoestima, Sexualidad, obteniéndose la mayor diferencia en la escala de Autoestima por lo que concluyeron que las mujeres parecen ser más vulnerables a las consecuencias psicológicas negativas de la obesidad y se observó también un aumento de Depresión Mayor, ideas e intentos

suicidas. En el presente estudio se trabajó con una muestra de 66% de mujeres por lo que se pudo observar que este grupo acude con más frecuencia a los servicios de salud, tal vez motivadas por su aspecto estético o les preocupa más su estado de salud.

La relevancia de realizar este tipo de estudios es detectar el impacto que tiene la obesidad en la vida cotidiana de los pacientes, y reflexionar como es que percibe su calidad de vida, además de que puede guiar la práctica clínica diaria del médico familiar en cuanto a elección de tratamientos y valoración de su eficacia. El cuestionario IWQOL Lite es el instrumento vigente para la medición del impacto del peso en la calidad de vida en pacientes con obesidad, en la literatura médica es considerado como la medida genérica que ha demostrado que es válido y confiable para la comparación de grupos poblacionales.

## 5. CONCLUSIONES

- a) Con base en los resultados obtenidos en esta investigación se concluye que existe una relación de intensidad media entre la obesidad con la calidad de vida relacionada con la salud en la puntuación total del cuestionario lwqol-Lite y en la escala de la autoestima. En las escalas estado físico y ansiedad en público se encontró una correlación de magnitud débil y en las dos escalas de medición restantes trabajo y vida sexual, se encontró una correlación de magnitud muy débil.
  
- b) La relación entre el IMC y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud medida con instrumentos genéricos ha sido investigada en estudios de población en diversas partes del mundo como en Holanda, en EUA, en Australia, en España, en Francia, en Taiwán y en Reino Unido. Un hallazgo consistente en estos estudios es que el aumento del IMC está asociado con una CVRS deteriorada, en particular en los aspectos físicos de la calidad de vida. Del mismo modo se encontró que la calidad de vida relacionada con la salud medida con instrumentos específicos para la obesidad disminuye a medida que aumenta el IMC en estudios de población en diversas partes del mundo como en Francia, en EUA, en México y en Colombia. En el presente estudio el deterioro de la calidad de vida medida con un instrumento específico para la obesidad el cuestionario lwqol-Lite también se relacionó con el aumento del IMC. En este estudio la correlación del IMC con la puntuación total del lwqol-Lite es similar a lo que se ha reportado en la literatura.
  
- c) Con respecto a las respuestas de la escala de vida sexual pudieron no haber sido contestadas de forma honesta por considerarse un tema de tabú en nuestro país. El resultado obtenido en esta investigación específicamente en la escala de vida sexual contrasta con los resultados obtenidos en la

investigación realizada por Kolotkin y colaboradores en EUA en el año de 1995, en donde se reportó que se encontró una relación compleja en las escalas de autoestima y vida sexual ya que las mujeres incluso en el tercio más bajo reportaron que el peso tuvo un impacto sustancial en la calidad de vida percibida en estas.

- d) No se incluyeron datos importantes que pueden tener un impacto en la calidad de vida de las personas, como son los ingresos, el estado psicológico o algunas otras comorbilidades que pudieran afectar la calidad de vida. Estos datos se podrían incluir en estudios posteriores para evaluar su impacto en la relación entre el IMC y la calidad de vida relacionada con el peso.
- e) Se podría pensar que las consecuencias de no conseguir el cuerpo delgado deseado a pesar de realizar dietas rigurosas que pretendan una reducción súbita de peso les resultan frustrantes cuando no consiguen el resultado planeado, esto les genera culpa por la comida, autoreproches, rechazo hacia su cuerpo y labilidad emocional; es necesario mencionar que estos aspectos emocionales no fueron cuestionados en este estudio y no se puede documentar con evidencia, lo cual constituye una limitante.
- f) La percepción de calidad de vida va disminuyendo a medida que el paciente progresa hacia los diferentes grados de Obesidad, si se atiende de forma temprana este padecimiento mediante la prevención secundaria (aplicar tratamiento oportuno) se puede evitar que el individuo pierda su salud y en un futuro cercano los servicios de salud públicos se colapsen debido al creciente y lamentable número de casos de comorbilidades asociadas a la obesidad como lo son la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial en las que se invierten fuertes cantidades tanto de recursos humanos como materiales y que han salido de control en los últimos años.

- g) Nuestro deber como médicos y del equipo de salud debe ir encaminado a mejorar la calidad de vida en los pacientes y no únicamente a tratar sus enfermedades.
  
- h) El cuestionario IWQOL-Lite permite una evaluación multidimensional del concepto de Calidad de Vida y el impacto que tiene el peso sobre esta, puede ser utilizado dentro de la práctica clínica diaria del Médico Familiar como una herramienta de análisis que permita detectar las áreas más afectadas del paciente, priorizar las intervenciones y monitorear la eficacia de las medidas terapéuticas, además de brindar al paciente la satisfacción de que está siendo atendido por un profesional de forma integral con calidez humana.

## RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar estudios adicionales para comparar las similitudes y diferencias en la calidad de vida relacionada con el peso entre grupos de ambos géneros que estén integrados por grupos de IMC homogéneos, es decir con el mismo número de individuos en cada categoría de IMC desde peso normal hasta obesidad grado III y con un mayor número de participantes para obtener resultados más precisos.

Se recomienda integrar el grupo de estudio con personas que no buscan tratamiento de las que si buscan tratamiento para la obesidad y el tipo de tratamiento. Ya que en la literatura se encontró que dentro de cada categoría de IMC un tratamiento de mayor intensidad estuvo asociado con un mayor deterioro de la calidad de vida. Esta información puede ayudar a identificar a los pacientes que reportan un deterioro significativo en su calidad de vida y definir el tratamiento a seguir con el paciente de forma individualizada.

Otra recomendación es que las evaluaciones que se lleven a cabo con el cuestionado Iwqol-Lite se apliquen en ambientes neutrales, de forma individual y se asista al paciente en la lectura de los ítems para aclarar dudas y definir términos.

Así mismo se recomienda que se recaben datos en la historia clínica que pueden intervenir en la calidad de vida de las personas como el ingreso para definir el nivel socioeconómico de los pacientes la presencia y el tipo de comorbilidades así como la depresión.

Para evaluar los beneficios de un tratamiento nutricio en la calidad de vida relacionada con el peso de los pacientes, se recomienda aplicar el cuestionario IWQOL-Lite antes y después de un tratamiento.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barrera CA, Rodríguez GA, Molina AM. Escenario actual de la obesidad en México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2013; 51(3):292-99.
2. Gutiérrez JP, Rivera DJ, Shaman LT, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
3. Landgrave CG, Camacho RE, Manzaur QS, et al. La obesidad en el Estado de México: Interfaces y ocurrencias. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios Mexican Journal o Eating Disorders 5(2014) 50-57.
4. OMS (2006) Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva no. 311 [en línea]. Mayo 2012. Disponible en: [http://www.who.int/medicacenter/factsheets/fs311/es/index.html\(\(escenario actual de la obesidad en México\)\)](http://www.who.int/medicacenter/factsheets/fs311/es/index.html((escenario actual de la obesidad en México))).
5. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa, Estado de México. Cuernavaca, México: Instituto de Salud Pública, 2013. Disponible en: encuestas. Insp.mx <http://ensanut.insp.mx/informes/EstadoMexico-OCT.pdf>
6. Ortiz HL, Flores TS, Oropeza AMF, et al. Actitudes implícitas hacia la obesidad en adolescentes de la Ciudad de México. Psicología y salud 2015;25(1):15-24
7. Barquera S, Campos NI, Hernández BL, et al. Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, 2000-2012. Salud Pública Mex 2013; 55 supl 2: S151-S160.
8. González JE, Aguilar CJ, García GC, et al. Prevalencia de sobrepeso y obesidad nutricional e hipertensión arterial y su relación con indicadores

antropométricos en una población de escolares de Granada y su provincia. Nutr Hosp.2011; 25(5); 1004-1010.

9. Valdés S, García TF, Maldonado AC, et al. Prevalence of Obesity, Diabetes and Other Cardiovascular Risk Factors in Andalusia (Southern Spain). Comparison with National Prevalence Data. The Diabetes Study. Rev Esp. Cardiol. 2014(67 (6):442-448
10. Rodríguez RE, López PB, López SA. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos españoles. Nutr Hosp. 2011; 26(2):355-363.
11. Álvarez AD, García VS, Zavaleta RA, et al. Conocimientos de la obesidad de acuerdo al estado de nutrición y satisfacción corporal en una comunidad universitaria de la ciudad de México. Memorias del XVI concurso lasayista de investigación, desarrollo e innovación CLIDi; 2014.
12. Ruano GM, Silvestre TV, Aguirregoicoa GE, et al. Nutrición, síndrome metabólico y obesidad mórbida. Nutr Hosp. 2011; 26 (4):759-764.
13. Álvarez DD, Sánchez AJ, Gómez GG, et al. Sobrepeso y obesidad; prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana Rev Peru Med exp salud pública 2012;29(3):303-13
14. Ceja RL, Rivadeneyra EL, Soto VE. Relación del consumo de productos para bajar de peso con el sobrepeso y la obesidad en profesores universitarios de puebla México Rev Fac Med 2015; 63(1)87-92.
15. Medina FX, Aguilar A, Solé SJ. Aspectos sociales y culturales sobre la obesidad: reflexiones necesarias desde la salud pública. Nutr clin diet hosp 2014; 34(1):67- 71.
16. Gomez CA, Vicente RG, Villa MS, et al. Envejecimiento y composición corporal: la obesidad sarcopénica en España. Nutr Hosp; 2012; 27(1).
17. Heraclides AM, Chandola T, Witte D, et al. Work stress, Obesity and the

Risk of Type 2 Diabetes: Gender-Specific Bidirectional Effect in the Whitehall II Study. *Obesity* 2011; 20:428-433.

18. Flegal MK, Carroll DM, Kit KB, et al. Prevalence of Obesity and trends in the Distribution of Body Mass Index Among US Adults, 1999-2010. *JAMA* 2012; 307(5):491-497 Bassani A, Forsith M, Sanchez S, et al. Actividad física y calidad de vida. II congreso Latinoamericano de UNI COM. Lomas de Zamora BsAs, Argentina septiembre; 2013.
19. Apovian MC, Aronne L, Rubino D, et al. A Randomized, Phase 3 Trial of Naltrexone SR/Bupropion SR on Weight Obesity related Risk Factors (COR-II). *Obesity*; 2013;21:935-943.
20. Ross MG. Mina D. Programación del desarrollo del apetito y saciedad. *Ann Nutr Metab* 2014; 64(1):36-44.
21. Bischoff SC, Damms MA, Betz C, et al. Multicenter evaluation of an interdisciplinary 52-week weight loss program for obesity with regard to body weight, comorbidities and quality of life- a prospective study. *International Journal Obesity* 2012; 36:614-624.
22. Keating LC, Peeters A, Swinburn AB, et al. Utility-Based Quality of Life Associated with Overweight and Obesity: The Austrian Diabetes, Obesity, and Lifestyle Study. *Obesity* 2013; 21(3):652-655.
23. Durán AS, Bazaez DG, Figueroa VK, et al. Comparación en calidad de vida y estado nutricional entre alumnos de nutrición y dietética y de otras carreras universitarias de la universidad Santo Tomás de Chile. *Nutr Hosp* 2012; 27(3):739- 746.
24. Vieira NP, Palmeira LA, Mata J, et al. Usefulness of Standard BMI Cut-Offs for Quality of Life and Psychological Well-Being in Women. *Obes Facts* 2012; 5:795- 805.

25. Fernández Mg, Rojo PF. Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. Territoris Univdersitat de les Illes Belears 2005;(5):117- 135
26. Urzúa MA, Caqueo UA. Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. Terapia Psicológica 2012; 30(1), 61-71.
27. Tuesca MR. La Calidad de Vida, su importancia y como medirla. Salud Uninorte. Barranquilla. 2005; 21:76-86.
28. Rivas A, Ocejo S, Sierra M. Evaluación de la calidad de vida en pacientes sometidos a cirugía de obesidad mórbida. Medicina universitaria 2009; 11(45):243-246.
29. Alcaraz GA Ferrer MM, Parrón CT. Calidad de vida en los pacientes obesos y su cambio tras cirugía bariátrica a medio y largo plazo. Nutr Hosp 2015; 31(5), 2033- 2046.
30. Romero PI, Monterrosa CA, Paternina CA, et al. El sobrepeso y la obesidad se asocian a mayor prevalencia de síntomas menopáusicos y deterioro severo de la calidad de vida. Salud Uninorte Barranquilla 2014; 30(2):180-191.
31. Caixas A, Lecube A, Morales MJ, et al. Weight-Related Quality of Life in Spanish Obese Subjects Suitable for Bariatric Surgery is lower Than in Their North American Counterparts: a Case-Control Study. Obes Surg 2013; 23:509-514.
32. Wee CC, Davis BR, Huskey WK, et al. Quality of Life Among Obese Patients Seeking Weight Loss Surgery: The importance of Obesity-Related Social Stigma and Functional Status. Obes surg 2012; 16(4):231-238.
33. Acosta QC, Vales GJ, Echeverría CS, et al. Confiabilidad y validez del

cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. *Psicología y salud* 2013; Julio diciembre: 23(2):241-250.

34. Bolado GV, López AJ, González BJ, et al. Reproducibilidad y sensibilidad del cuestionario "Impacto del peso en la calidad de vida" en mexicanos obesos. *Gac Méd Méx.* 2008; 144(5)419-25.
35. Kolotkin LR, Crosby DR. Psychometric evaluation of the impact of weight on quality of life-lite questionnaire (IWQOL-Lite) in a community sample. *Quality of Life Research* 2002; 11:157-171.
36. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos Oct 2008, 1-5.
37. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Disponible en Web: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>. 4-23.

## 9 ANEXOS

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE LA INVESTIGACION OBESIDAD CALIDAD DE VIDA

ACTIVIDAD / FECHA		Marzo 2015	Abril 2015	Mayo- julio2015	Agosto 2015	Agosto noviembre 2015	Dic-Abril 2016	Abril- Dic2016	Enero Julio 2017
Elección y aprobación del tema		x x							
Recopilación bibliográfica		o	x x						
PLANEACIÓN	Marco teórico	o	o	x x					
	Registro de protocolo	o	o	o	x				
	Registro y autorización	o	o	o	o	x			
EJECUCIÓN	Recolección de información	o	o	o	o	x			
	Análisis de resultados	o	o	o	o	o	x		
	Discusión, Conclusiones	o	o	o	o	o	x		
	Revisión final y entrega de Reporte final conjunta con asesor	x	x	x	o	o		x	x

PLANEADO: O REALIZADO: X PENDIENTE: P

CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	Obesidad y calidad de vida de los pacientes entre 40 a 59 años de edad en la UMF 97
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.
Fecha de inicio:	Naucalpan, Estado de México 01 de Agosto del 2016 al 30 de Octubre del 2016.
Número de registro:	En trámite
Justificación y objetivo del estudio:	Justificación: La obesidad es un problema que ataña a la población mundial y en especial a los mexicanos, ya que los cambios de estilo de vida poco saludables como el sedentarismo, inactividad física y alimentación no balanceada aunado al abuso de nuevas tecnologías y los trabajos de escritorio; hacen que el aporte calórico de la alimentación sea siempre en una cantidad mayor a lo requerido en el día, teniendo cada vez más repercusión en la aparición de enfermedades crónico degenerativas lo que conlleva a un deterioro en la calidad de vida de los pacientes, es por ello que se realiza esta investigación, para poder identificar en que dimensiones de la calidad de vida de los pacientes económicamente activos con obesidad se afecta más, para realizar acciones específicas y enviar a los diferentes servicios involucrados con el objetivo de poder mejorar tanto hábitos como calidad de vida a favor de tener un mejor pronóstico, con disminución de comorbilidades y deterioro de las mismas; haciendo del conocimiento al resto de los miembros del equipo interdisciplinario de la UMF 97 de los resultados para que puedan tomar acciones de mejora en la atención del derechohabiente. Objetivo general Evaluar la obesidad y la calidad de vida de los pacientes entre 40 a 59 años de edad de la unidad de medicina familiar 97
Procedimientos:	Se pedirá al director de la UMF (unidad de Medicina Familiar) 97, Administrador y Jefes de departamento clínico el permiso para realizar la encuesta IWQOL-Lite en pacientes que acuden a la UMF, Se seleccionara de forma aleatoria pacientes que acudan a consulta a la UMF por cualquier tipo de padecimiento que cumplan con los criterios de inclusión que decidan participar en el estudio se les explicara el llenado correcto del cuestionar sin dejar espacios en blanco, en caso de tener dudas se aclarara, desde el llenado del instrumento hasta recopilación y uso de datos, se solicitara el apoyo de las Asistentes médicas para la captación de pacientes hasta cumplir el objetivo planteado de 386 pacientes, en el periodo comprendido de los meses de agosto a octubre del 2015 <u>Se recopilaran resultados se vaciara información para su análisis en hojas de calculo</u>
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	A los paciente s que se detecten una alteración en la calidad de vida se les canalizara para el servicio correspondiente para su seguimiento
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le informaran los resultados obtenidos de manera individual a cada paciente participante
Participación o retiro:	Voluntaria, el paciente puede decidir en qué momento quiere abandonar el estudio
Privacidad y confidencialidad:	Los resultados son privados y confidenciales
En caso de colección de material biológico (si aplica):	No aplica.
No autoriza que se tome la muestra.	
Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	
Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica.
Beneficios al término del estudio:	Estadificación de obesidad calidad de vida y canalizacion a servicios correspondientes.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:  
 Investigador Responsable: Dr. Canek Tenorio García  
 Colaboradores: Dra. Idania Claudia Gómez Méndez

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información

Clave: 2810-009-013

## Instrumento

“IWQOL-Lite” Por favor, conteste los siguientes enunciados haciendo una **CRUZ (X)** en la casilla que mejor aplique a usted durante la última semana. Sea lo más honesto/a que pueda. No hay respuestas correctas o incorrectas. La encuesta es anónima, con fines estadísticos. Referencias **(5)** Siempre cierto, **(4)** Generalmente cierto, **(3)** A veces cierto, **(2)** Raramente cierto, **(1)** Nunca cierto.

	Siempre → Nunca						
	5	4	3	2	1		
<b>Función Física</b>							
Debido a mi peso tengo problemas para recoger objetos						1	
Debido a mi peso tengo problemas para atarme los zapatos						2	
Debido a mi peso tengo dificultad para levantarme de los asientos						3	
Debido a mi peso tengo problemas para usar las escaleras.						4	
Debido a mi peso tengo problemas para ponerme o quitarme la ropa						5	
Debido a mi peso tengo problemas con la movilidad (para desplazarme)						6	
Debido a mi peso tengo problemas para cruzar mis piernas						7	
Siento que me falta el aire solo con hacer esfuerzos ligeros (ej. Subir solo un tramo de escaleras)						8	
Tengo dolor o anquilosamiento en las articulaciones.						9	
Mis tobillos y piernas están hinchados al final del día						10	
Estoy preocupado/a por mi salud						11	

	Siempre → Nunca						
	5	4	3	2	1		
<b>Autoestima</b>							
Debido a mi peso estoy acomplejado/a.						12	
Debido a mi peso mi autoestima no es la que podía ser.						13	
Debido a mi peso me siento inseguro/a de mí mismo/a.						14	
Debido a mi peso no me gusto.						15	
Debido a mi peso tengo miedo de ser rechazado/a.						16	
Debido a mi peso evito mirarme en los espejos o verme en fotografías.						17	
Debido a mi peso me siento avergonzado/a de ser visto/a en lugares públicos.						18	

	Siempre → Nunca						
	5	4	3	2	1		
<b>Vida sexual</b>							
Debido a mi peso no disfruto la actividad sexual						19	
Debido a mi peso tengo poco o ningún deseo sexual						20	
Debido a mi peso tengo dificultad con la actividad sexual						21	
Debido a mi peso evito relaciones sexuales cada que puedo						22	
<b>Preocupación en público</b>							
Debido a mi peso siento ridículo, burlas o atención superflua.						23	
Debido a mi peso me preocupa caber en los asientos en lugares públicos (ej. Teatros cines, restaurantes o aviones)						24	
Debido a mi peso me preocupa caber en los pasillos o por las puertas giratorias						25	
Debido a mi peso me preocupa encontrar asientos que sean lo suficientemente fuertes para aguantar mi peso.						26	
Debido a mi peso siento discriminación por parte de otros.						27	

	Siempre → Nunca						
	5	4	3	2	1		
<b>Trabajo</b>							
Debido a mi peso tengo problemas para hacer cosas o para llevar a cabo mis responsabilidades						28	
Debido a mi peso soy menos productivo/a de lo que podría ser.						29	
Debido a mi peso no recibo aumentos salariales apropiados, promociones o reconocimientos en el trabajo.						30	
Debido a mi peso tengo miedo de ir a entrevistas de trabajo.						31	

