

*Profesor Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Siglo XXI, Centro Médico Nacional Siglo XXI, México. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4019-9742>.

Médico Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona con Medicina Familiar 8, México. ORCID: <http://orcid.org/0009-0001-9766-0317>. *Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 15, Ciudad de México. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2487-8999>.

Autor de correspondencia: Dr. Eduardo Vilchis Chaparro.

Correo electrónico: lalovilchis@gmail.com

Recibido: 09-04-2024

Aceptado: 30-01-2025

El presente es un artículo *open access* bajo licencia: **CC BY-NC-ND** (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Responsabilidades Éticas

Fue aprobado por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación del IMSS.

Financiación

No recibió financiamiento alguno

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Evaluación de la calidad de vida en pacientes con obesidad en una unidad de Medicina Familiar de la Ciudad de México

Assessment of the Quality of Life in Patients with Obesity in a Family Medicine Unit in Mexico City

Avaliação da qualidade de vida em pacientes com obesidade em uma unidade de Medicina de Família na Cidade do México

Eduardo Vilchis Chaparro, * Jorge Luis Morales Cobos, ** Nancy García Cervantes. ***

DOI: 10.62514/amf.v27i2.132

Resumen

Objetivo: Evaluar la calidad de vida de pacientes adultos con obesidad. **Métodos:** Estudio transversal y analítico. Muestra no probabilística de 163 pacientes con diagnóstico de obesidad. Se utilizó el instrumento: SF-36. La recolección de los datos se llevó a cabo de enero a diciembre del 2023. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS V.25. Se contó con el consentimiento informado de los pacientes. **Resultados:** Edad promedio: 48.4. El 52.8% correspondió al sexo femenino; 64.4% con obesidad grado I; 7.4% obesidad grado III. En el 21.5% sin otra enfermedad diagnosticada; 17.2% con Diabetes Mellitus tipo 2 y 30.7% con Hipertensión arterial sistémica. La calidad de vida tuvo puntajes más bajos en el rol emocional (35.78) y más alto en la función social (62.88). En cuanto al grado de obesidad y calidad de vida los pacientes que tenían grado I de obesidad presentaron los puntajes promedio más altos en los dominios de función física, dolor corporal, salud general, función social y salud mental. Al realizar el análisis con ANOVA de un factor se obtuvo significancia estadística en los dominios de función física ($p=0.003$) y salud mental ($p=0.009$). **Conclusiones:** Los pacientes tuvieron un deterioro significativo en su calidad de vida. La atención correcta de la obesidad requiere reformular y coordinar estrategias integrales y eficientes que permitan reforzar factores de protección y autocuidado para que exista un menor impacto psicoemocional en el individuo y su familia.

Palabras clave: Obesidad, Calidad de Vida, Medicina Familiar.

Abstract

Objective: To evaluate the quality of life of adult patients with obesity. **Methods:** Cross-sectional and analytical study. Non-probabilistic sample of 163 patients diagnosed with obesity. The instrument used was SF-36. Data collection took place from January to December 2023. The SPSS V.25 program was used for statistical analysis. Informed consent was obtained from the patients. **Results:** Average age: 48.4, 52.8%

were female; 64.4% had grade I obesity; 7.4% grade III obesity. 21.5% had no other diagnosed disease, 17.2% had type 2 diabetes mellitus, and 30.7% had systemic arterial hypertension. The quality of life had lower scores in the emotional role (35.78) and higher in the social function (62.88). Regarding the degree of obesity and quality of life, patients with grade I obesity had the highest average scores in the domains of physical function, body pain, general health, social function, and mental health. When performing the analysis with one-way ANOVA, statistical significance was obtained in the domains of physical function ($p=0.003$) and mental health ($p=0.009$). **Conclusions:** Patients had a significant deterioration in their quality of life. Correct treatment of obesity requires reformulating and coordinating comprehensive and efficient strategies that allow strengthening protective factors and self-care so that there is a lower psycho-emotional impact on the individual and his/her family.

Keywords: Obesity, Quality of Life, Family Medicine.

Resumo

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida de pacientes adultos com obesidade. **Métodos:** Estudo transversal e analítico. Amostra não probabilística de 163 pacientes com diagnóstico de obesidade. O instrumento utilizado foi: SF-36. A coleta de dados foi realizada de janeiro a dezembro de 2023. O programa SPSS V.25 foi utilizado para análise estatística. O consentimento informado foi obtido dos pacientes. **Resultados:** Idade média: 48,4. 52,8% eram mulheres; 64,4% com obesidade grau I; 7,4% de obesidade grau III. Em 21,5% sem outra doença diagnosticada; 17,2% com Diabetes Mellitus tipo 2 e 30,7% com hipertensão arterial sistêmica. A qualidade de vida apresentou escores mais baixos no papel emocional (35,78) e mais altos na função social (62,88). Em relação ao grau de obesidade e qualidade de vida, os pacientes com obesidade grau I apresentaram as maiores pontuações médias nos domínios função física, dor corporal, saúde geral, função social e saúde mental. Ao realizar a análise com ANOVA unidirecional, obteve-se significância

estatística nos domínios de função física ($p=0,003$) e saúde mental ($p=0,009$). Conclusões: Os pacientes apresentaram piora significativa na qualidade de vida. O tratamento adequado da obesidade requer reformulação e coordenação de estratégias abrangentes e eficientes que permitam fortalecer os fatores de proteção e o autocuidado para que haja menor impacto psicoemocional no indivíduo e sua família.

Palavras-chave: Obesidade, Qualidade de Vida, Medicina de Família.

Introducción

En las últimas tres décadas, la prevalencia mundial de obesidad ha aumentado 27.5% en adultos y 47.1% en niños.¹ La obesidad es el resultado de relaciones complejas entre influencias genéticas, socioeconómicas y culturales. Los patrones de consumo, el desarrollo urbano y los hábitos de vida influyen en la prevalencia de la obesidad; también puede ser el resultado de una enfermedad o un tratamiento farmacológico.² La obesidad se considera una pandemia, lo cual se traduce en múltiples desafíos que deben enfrentarse desde el primer nivel de atención médica; debido a que genera un incremento en el riesgo de desarrollar padecimientos cardiovasculares (cardiopatías, eventos vasculares cerebrales, etc.) trastornos en el metabolismo de la glucosa, osteoartritis y algunos tipos de cáncer que se traducen en más de tres millones de personas fallecidas al año por este proceso inflamatorio crónico.³⁻⁵

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2018, documentó que la proporción de obesidad en adultos de 20 o más años, fue de 75.2% (39.1% sobrepeso y 36.1% obesidad) el cual aumentó con relación al del año 2012 en 71.3%; ocupando así el octavo lugar entre las causas de enfermedad durante el año 2019; cuyo grupo de edad más afectado fue de los 25 a 44 años con un total de 248,968 casos, donde el sexo femenino tuvo un número mayor de casos con un total de 163,968 casos reportados.⁵⁻⁷ Las secuelas psicológicas y sociales de la obesidad empobrecen de manera importante la Calidad de Vida (CV) ya que es una patología de manejo complejo y origen multifactorial donde la base del cambio de los hábitos dietéticos, la actividad física, junto al ejercicio son factores individuales que condicionan la buena adherencia terapéutica y por lo tanto la CV.^{6,7} Por CV se entiende la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los que vive, en relación con sus expectativas, normas e inquietudes. Está influida de un modo complejo por la salud física del sujeto, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y relación con los elementos esenciales de su entorno.⁸ El objetivo del estudio fue identificar la calidad de vida de los pacientes con obesidad de una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social

de la Ciudad de México. El supuesto que orientó este estudio fue que: la obesidad afecta no solamente la esfera física bioquímica y/o biológica, sino también la psicológica y social.

Métodos

Estudio observacional cuantitativo. Muestra no probabilística por cuotas, con un total de 163 pacientes con diagnóstico de obesidad determinado por la medición del IMC de los expedientes y corroborado por los investigadores de los pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No.15 "Prado Churubusco" perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Sur de la Ciudad de México (CDMX) a la cual se le aplicó una escala denominada *Encuesta SF-36 (Short Form 36 Health Survey)*. La SF-36 evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (mayores de 16 años). Consta de 36 preguntas agrupadas en ocho conceptos o escalas de salud resultado del promedio de la suma de las preguntas contenidas en el cuestionario. Estos conceptos son: *a) función física (FF), b) rol físico (RF), c) dolor corporal (DC), d) salud general (SG), e) vitalidad (VT), f) función social (FS), g) rol emocional (RE) y h) salud mental (SM)*. Además de los ocho conceptos de salud, la SF-36 incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior. La respuesta a esta pregunta describe la transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud. La SF-36 es un instrumento auto aplicado, toma un promedio de 8 a 12 minutos para completarse.¹¹ Por cada escala, las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican (10 preguntas), y los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud). Para el cálculo de las puntuaciones después de la aplicación del cuestionario, hay que realizar los siguientes pasos: Homogenización tras de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que lo requieren, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de "a mayor puntuación, mejor estado de salud". Cálculo del sumatorio de los ítems que compone la escala (puntuación cruda de la escala). Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas de la escala).

La SF-36 ha sido estudiada y validada con una última actualización de validación en tres contextos culturales de México llevado a cabo por Sanchez-Aragón et al.^{12,13} La recolección de los datos se llevó a cabo durante enero a diciembre del 2023. Para el análisis estadístico de nuestros datos se utilizó el programa SPSS V.25, se realizó la prueba Kolmogorov-Smirnov para la prueba de normalidad, para pruebas de correlación t de student y ANOVA para variables independientes, considerando un valor de p significativo menor a 0.05. *Consideraciones éticas:* Se establecieron medidas de seguridad para la protección de los

datos personales, así como para garantizar su confidencialidad, integridad y disponibilidad, en cumplimiento a la *Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados* (LGP-DPPSO). Se contó con el consentimiento informado por escrito de los participantes. Clave del aval del comité de ética: CONBIOETICA 09 CEI 010 2018072. Dictamen de aprobación del Comité Local de Investigación En Salud (SIRELCIS): 2021-3701-021.

Resultados

En el presente estudio se analizaron 163 expedientes de pacientes con el diagnóstico de obesidad, de los cuales 52.8% fueron del sexo femenino; la edad promedio: 48.44 años, con una edad mínima y máxima de 21 y 79 años respectivamente, 55.2% estaban casados/unión libre; 47.9% desempeñaban alguna actividad laboral bajo un salario, 34.4% tenían como último grado de estudios el nivel medio superior, 30.7% eran hipertensos y 21.5% no tenían otra enfermedad diagnosticada, el promedio de peso fue de 91.583 kg con un peso máximo encontrado entre los participantes de 135 kg y un mínimo de 89 kg; la talla de estos tuvo un promedio de 1.6315 m con una talla mínima y máxima de 1.45 y 1.83 metros, respectivamente. El Índice de Masa Corporal (IMC) promedio encontrado en la población estudiada fue de 34.427 con un IMC mínimo de 30 y un IMC máximo de 49.1. (*Es importante mencionar que este paciente al ser identificado en esta investigación, fue referido al segundo nivel de atención para una atención integral*). El grado de obesidad con más prevalencia en el grupo de estudio fue el Grado I con 64.4%. **Tabla I.**

La calificación del instrumento SF-36 mostró que la escala de función física tuvo una media de 61.472 ± 26.9541 puntos; el rol físico 41.4111 ± 38.2265 puntos, escala de dolor corporal: 53.221 ± 22.7379 puntos, en la percepción general de salud se identificó: una media de 49.969 puntos, desviación estándar de ±13.5115 puntos, un rango mínimo de 20 y un máximo de 80 puntos, el dominio de vitalidad 48.865 ± 19.3593 puntos, la función social tuvo una media de 62.883 puntos ± 20.1950 puntos, el rol emocional: 35.7873 ± 31.11073 puntos y la escala de salud mental 62.086 ± 15.2435 puntos. **Tabla II.** En el rubro de rango de edad y calidad de vida (dominios del SF-36), se visualizó que en el rango de edad de 18-30 años presentaron promedios de puntaje más altos en los dominios de función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad y rol emocional, por otro lado, el rango de edad de 57-69 años presentaron los puntajes más bajos en los dominios de función física, rol físico, dolor corporal, vitalidad y salud mental. Al realizar el análisis con ANOVA de un factor se encontró significancia estadística en los dominios de función física (p=0.000), rol físico (p=0.000), dolor corporal (p=0.000), salud general (p=0.037) y rol emocional (p=0.27). **Tabla III.**

Tabla 1. Calidad de vida en pacientes que sufren obesidad en una unidad de primer nivel de atención

Apartado	Tópico	Frecuencia/ Porcentaje
Sexo	Femenino	88 (52.8%)
	Masculino	77 (47.2%)
Ocupación	Desempleado	14 (8.6%)
	Hogar	38 (23.3%)
	Obrero	6 (3.7%)
	Comerciante	2 (1.2%)
	Empleado	78 (47.9%)
	Profesionista	18 (11%)
	Estudiante	7 (4.3%)
Estado civil	Soltero	44 (27%)
	Casado	58 (35.6%)
	Divorciado	10 (6.1%)
	Viudo	19 (11.7%)
	Unión Libre	32 (19.6%)
Grado de estudios	Primaria	30 (18.4%)
	Secundaria	46 (28.2%)
	Bachillerato	56 (34.4%)
	Licenciatura o superior	31 (19%)
Ocupación	Desempleado	14 (8.6%)
	Hogar	38 (23.3%)
	Obrero	6 (3.7%)
	Comerciante	2 (1.2%)
	Empleado	78 (47.9%)
	Profesionista	18 (11%)
	Estudiante	7 (4.3%)
Comorbilidades	Ninguna	35 (21.5%)
	Diabetes tipo 2	28 (17.2%)
	Hipertensión Arterial	50 (30.7%)
	Osteoartritis	12 (7.4%)
	Otras	10 (6.1%)
	HAS + DT2	28 (17.2%)
Obesidad	Grado I	105 (64.4%)
	Grado II	46 (28.2%)
	Grado III	12 (7.4%)

Tabla II. Puntaje de calidad de vida en pacientes que sufren obesidad en una unidad de primer nivel de atención

Dominio	Media	Mediana	Moda	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Función física	61.47	65	85	26.95	0	100
Rol físico	41.41	25	0	38.23	0	100
Dolor corporal	53.22	51	41	22.74	0	100
Salud general	49.97	50	40	13.51	20	80
Vitalidad	48.87	45	45	19.36	15	90
Función social	62.88	62.5	62.5	20.19	0	100
Rol emocional	35.78	33.33	0	31.11	0	100
Salud mental	62.09	60	60	15.24	24	100

Con respecto al género y calidad de vida; se encontró que el sexo femenino presentó promedios de puntaje más altos en los dominios de rol físico, salud general, vitalidad y rol emocional en comparación con el sexo masculino que presentó los promedios de puntaje más altos en los dominios de función física, dolor corporal, función social y salud mental. Se encontró significancia estadística en el dominio de rol emocional con valor de $p=0.013$ al realizar el análisis con t de student. **Tabla IV** En la categoría comorbilidades y calidad de vida, se visualizó que pacientes con otras comorbilidades diferentes a la hipertensión y diabetes, presentaron puntajes más altos en los dominios rol físico, dolor corporal, vitalidad y rol emocional. Al realizar con ANOVA de un factor se documentó significancia estadística en los dominios de función física ($p=0.000$), rol físico ($p=0.002$), dolor corporal ($p=0.002$), salud general ($p=0.002$), función social ($p=0.21$) y rol emocional ($p=0.011$). **Tabla V.** En cuanto a nivel grado de obesidad y calidad de vida; las personas que tenían Grado I de obesidad presentaron los puntajes promedio más altos en los dominios de función física, dolor corporal, salud general, función social y salud mental. Se obtuvo significancia estadística en los dominios de función física ($p=0.003$) y salud mental ($p=0.009$) al realizar el análisis con ANOVA de un factor. **Tabla VI.**

Discusión

Hasta hace poco tiempo, sólo se medía el impacto que generaba la obesidad sobre la morbimortalidad, pero se tenían en mente los problemas sociales y el coste que la enfermedad generaba, no obstante, la medición de la repercusión de la obesidad sobre la calidad de vida no se ha llevado a cabo hasta la última década y actualmente son relativamente pocos los estudios que abordan el tema. Barajas-Gutiérrez et al.¹⁴ encontraron que el 60% de sus pacientes tenían

TABLA III. Calidad de vida por dominio y rangos de edad de pacientes que sufren obesidad en una unidad de primer nivel de atención

Dominio	Rango de edad	Media +/- DE	ANOVA (p)
Función física	18 - 30	85.227 +/-17.0068	0.000
	31 - 43	67.692 +/-28.0001	
	44 - 56	61.981 +/-25.2362	
	57 - 69	44.189 +/-22.0326	
	70 - 82	48.750 +/-19.7858	
Rol físico	18 - 30	75.000 +/-32.7327	0.000
	31 - 43	50.000 +/-35.8175	
	44 - 56	38.679 +/-36.8749	
	57 - 69	18.243 +/-30.4187	
Dolor corporal	18 - 30	72.091 +/-25.2189	0.000
	31 - 43	58.821 +/-19.8638	
	44 - 56	47.849 +/-22.6388	
	57 - 69	45.162 +/-18.1728	
Salud general	18 - 30	57.500 +/-12.3201	0.037
	31 - 43	50.128 +/-10.7903	
	44 - 56	49.717 +/-14.5911	
	57 - 69	47.432 +/-14.7017	
Vitalidad	18 - 30	56.364 +/-17.1951	0.173
	31 - 43	46.667 +/-19.7129	
	44 - 56	50.094 +/-20.9278	
	57 - 69	44.189 +/-17.3811	
Función social	18 - 30	64.205 +/-15.5722	0.388
	31 - 43	66.346 +/-18.6188	
	44 - 56	64.151 +/-23.3902	
	57 - 69	58.446 +/-21.0518	
Rol emocional	18 - 30	50.0000 +/-22.41976	0.027
	31 - 43	37.6068 +/-31.69619	
	44 - 56	37.1069 +/-33.75400	
	57 - 69	29.7297 +/-30.20893	
Salud mental	18 - 30	60.182 +/-9.3587	0.513
	31 - 43	65.538 +/-17.2319	
	44 - 56	62.264 +/-6.2008	
	57 - 69	59.784 +/-14.7858	
	70 - 82	60.667 +/-14.2531	

TABLA IV. Calidad de vida por dominio y sexo de pacientes que sufren obesidad en una unidad de primer nivel de atención

Dominio	Género	Media +/- DE	T de Student (p)
Función física	Femenino	58.721 +/-26.7580	0.169
	Masculino	64.545 +/-27.0134	
Rol físico	Femenino	42.442 +/-40.7773	0.717
	Masculino	40.260 +/-35.3916	
Dolor corporal	Femenino	50.337 +/-25.1469	0.087
	Masculino	56.442 +/-19.3619	
Salud general	Femenino	51.512 +/-13.9973	0.124
	Masculino	48.247 +/-12.8187	
Vitalidad	Femenino	49.419 +/-19.9914	0.701
	Masculino	48.247 +/-18.7393	
Función social	Femenino	61.483 +/-23.4219	0.351
	Masculino	64.448 +/-15.8458	
Rol emocional	Femenino	41.4729 +/-32.71427	0.013
	Masculino	29.4372 +/-28.08406	
Salud mental	Femenino	61.070 +/-17.0417	0.370
	Masculino	63.221 +/-12.9621	

una obesidad leve y 9% obesidad mórbida, las mujeres con obesidad puntuaban peor en las áreas de dolor, movilidad física y reacciones emocionales; en los varones el área más afectada fue la movilidad física. Las dimensiones más afectadas en ambos sexos fueron depresión y salud general, en cuanto al índice de masa corporal se encontró diferencia significativa en el apartado de movilidad física. Mientras tanto nosotros documentamos que el grado más prevalente de obesidad fue el I con un 64.4% mientras que el Grado III u obesidad mórbida (7.4%). Con respecto a las áreas que valoran la calidad de vida, observamos que las pacientes de nuestro estudio también presentaron puntajes más bajos en el área de dolor corporal a diferencia de los varones, respecto a los demás dominios no encontramos diferencias estadísticamente significativas excepto en el rol emocional donde ambos sexos obtuvieron la peor puntuación ($p=0.013$) -esto se puede explicar por el estado anímico- que juega un papel importante en la percepción de la calidad de vida. Por otro lado, podemos comentar con referencia al tipo de ocupación que hubo una correlación entre esta y los dominios de función física ($p=0.000$) y rol físico ($p=0.002$).

Han et al.¹⁵ valoraron la calidad de vida con relación al grado de obesidad y distribución de la grasa corporal utilizando el RAND-6 -la versión alemana del SF-36- donde revelaron que la calidad de vida en pacientes

con índices de masa corporal mayores al grado uno de obesidad, se afectan en especial en el rubro de funcionalidad física, con limitaciones graves en muchas actividades básicas cotidianas. El resto de dimensiones también se vio afectada en relación con el IMC, pero sin significancia estadística. Nuestro estudio mostró los mismos resultados con la diferencia de que los dominios de función física y salud mental fueron los más afectados de manera estadísticamente significativa; teniendo como resultado que a mayor grado de obesidad, los ocho dominios que mide el SF-36 estarán afectados (en particular la función física y la salud mental), ya que este estado mórbido promueve el desarrollo múltiples enfermedades, como son la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares, cáncer, trastornos musculoesqueléticos y deterioro de la salud mental, los cuales tienen efectos negativos en la calidad de vida, la productividad laboral y un alto costo sanitario.

Poves-Prim et al.¹⁶ observaron que la puntuación global de calidad de vida disminuyó en función de la edad y del número de comorbilidades asociadas, así como en la dimensión emocional, estado físico y vida de relación social. Comparado con nuestros resultados coincidimos en que la edad es un dato que esta correlacionado con los puntajes bajos de los dominios, en particular en función física ($p=0.000$), rol físico ($p=0.000$), dolor corporal ($p=0.000$), salud general ($p=0.037$) y rol emocional ($p=0.027$); con respecto a las comorbilidades observamos que la hipertensión arterial fue la más prevalente en nuestra población (30.7%) seguida de la diabetes tipo 2 (17,2%) y que estas si tienen un papel importante en los puntajes bajos de los dominios en concreto en seis de ellos, esto se debe al tiempo al que se ha estado expuesto a la enfermedad permitiendo el desarrollo de estados comórbidos y sus complicaciones, jugando un papel importante en el control de las mismas.

Por otro lado, Albarrán-Sánchez et al.¹⁷ analizaron la calidad de vida de pacientes con obesidad antes de la realización del procedimiento quirúrgico en donde reportaron que las comorbilidades identificadas fueron hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 2. No hubo una diferencia estadística entre los rubros de la IMC ni en el sexo en la puntuación del SF-36 prequirúrgico. Los componentes físico y mental de la calidad de vida disminuyen conforme se incrementa el IMC. Al comparar sus resultados con los de nuestra investigación coincidimos en que de las comorbilidades más presentadas por nuestros participantes fueron la hipertensión arterial y diabetes tipo 2, en cuanto al grado de obesidad si encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los grados, en específico en los dominios de función física ($p=0.000$) y salud mental ($p=0.009$); con respecto al sexo, el rol emocional fue el más afectado en ambos ($p=0.013$). Coincidimos que a mayor grado de obesidad (IMC), existe un mayor deterioro en los componentes físico y mental.

Algunas limitaciones de la presente investigación fueron que se realizó en una muestra no probabilística. Entre las expectativas que nos este estudio resalta que la experiencia global indica que la atención correcta de la obesidad, requiere formular y coordinar estrategias integrales y eficientes, que permitan reforzar factores de protección para la salud, particularmente para modificar el comportamiento individual, familiar y comunitario, es por ello que la evaluación de calidad de vida de los pacientes con obesidad es de gran importancia, particularmente con los pacientes que presentan comorbilidades, debido a que los resultados obtenidos de esta valoración pueden proponerse para facilitar la relación médico paciente, para que de esta manera se logre la pronta detección de problemas y mejorar así el seguimiento de la enfermedad, el tratamiento, o ambos.

Conclusiones

Los pacientes que padecen obesidad tienen un deterioro en su calidad de vida, particularmente en los rubros de rol emocional, vitalidad, rol físico y salud general. La función social fue el dominio mejor calificado, mientras que el rol emocional fue el que obtuvo peor calificación, seguido de los dominios de rol físico, vitalidad y salud general, ninguno de los dominios alcanzo la calificación más alta. Es importante mencionar que la obesidad tiene un impacto devastador sobre la calidad de vida, sobre todo en el aspecto físico y mental de los pacientes. La calidad de vida guarda relación con el grado de obesidad; el control de la obesidad y de los factores de riesgo asociados, ha demostrado mejorar la calidad de vida de los pacientes, sin embargo, la escasa utilización de intervenciones eficientes para el diagnóstico y seguimiento, determina que hasta el día de hoy, no se utilice de manera eficiente la evidencia clínica, ni científica del tema para proponer un mejor abordaje de la problemática. Deberíamos mejorar la calidad de la atención médica, desarrollar mayor confianza del paciente hacia el personal y adquirir un conocimiento integral de sus afecciones, no sólo biológicas, sino también psicológicas y sociales, ya que el conjunto de éstas repercute en el estado de salud de los individuos y sus familias, de ahí la importancia de recalcar el impacto que tendrá el concientizar sobre su padecimiento al paciente y su familia.

Referencias

- Shamah-Levy T, Campos-Nonato I, Cuevas-Nasu L, Hernández-Barrera L, Morales-Ruán MC, Rivera-Dommarco J, et al. Sobre peso y obesidad en población mexicana en condición de vulnerabilidad. Resultados de la ENSANUT 100k. *Salud Pública Mex.* 2019; 61 (6): 852-865.
- Amaya-Hernández, A., Ortega-Luyando, M., Mancilla-Díaz, J. M. ¿Cómo, qué y por qué ocuparnos de la alimentación? *Journal of Behavior and Feeding.* 2021; 1(1), 51-59.
- Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la obesidad. Disponible en: <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>
- Secretaría de Salud. Anuario de Morbilidad 1984 - 2019: 20 principales causas de enfermedad nacional. Disponible en: https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/principales_nacional.html
- Caballero B. Humans against Obesity: Who will win? *Adv Nutr* 2019 Jan; 10 (suppl1): S4-S9.
- Leija-Alva G, Peláez-Hernández V, Pérez-Cabañas E, Pablo-Santiago R, Orea-Tejeda A, Domínguez-Trejo B, et al. Factores cognitivos predictivos de adherencia terapéutica en personas con sobrepeso y obesidad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios.* 2019; 10(1):85-94.
- Kaufner-Horwitz M, Pérez-Hernández J. La obesidad: aspectos fisiopatológicos y clínicos. *Inter disciplina.* 2022; 10 (26), 147-175.
- Ruiz Acacio EA, Rojas Russell ME, Serrano Alvarado K, López Cervantes M. Relación entre el sobrepeso u obesidad y la calidad de vida relacionada con la salud: el rol mediador y moderador de la ansiedad y la depresión *Psicología y Salud,* 2017;27(2): 189-198.
- Vilugrón, F., Cortés, M., Valenzuela, J., Rojas, C., Gutiérrez, P. Obesidad, estigma relacionado con el peso y su asociación con la percepción de la calidad de vida en estudiantes universitarios chilenos. *Nutrición Hospitalaria;* 2023; 40(3), 543-550.
- Báez-Torres G, Salazar-Mendoza J, Jaramillo-Vázquez J, Castellanos-Contreras E, Conzatti-Hernández M, Onofre-Santiago M, et al. Calidad de vida en personas con obesidad, diabetes e hipertensión. *Ciencia Latina.* 2022; 6(2):943-64.
- López-Pérez P, Miranda-Novales M, Segura-Méndez N, Del Rivero-Hernández L, Cambay-Gutiérrez J, Chávez-García A. Estudio de la calidad de vida en pacientes adultos con inmunodeficiencia común variable usando el Cuestionario SF-36. *Rev Alerg Mex.* 2014; 61(2):52-8.
- Zúñiga M. Evaluación del estado de Salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública de México.* 1999; 41(2):110-118.
- Sánchez-Aragón R, García-Meraz M, Martínez-Trujillo B. Encuesta de Salud SF-36: Validación en tres contextos culturales de México. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica.* 2017; 45(3), 5-16. <https://doi.org/10.21865/RIDEP45.3.01>
- Barajas-Gutiérrez M, Robledo-Martín E, Tomás-García N, Sanz-Cuesta T, García-Martín P, Cerrada-Somolinos I. Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad en un centro de atención primaria. *Rev Esp Salud Pública.* 1998; 72: 221-231.
- Han TS, Tijhuis MA, Lean ME, Seidell JC. Calidad de vida en relación con el sobrepeso y la distribución de la grasa corporal. *Revista Estadounidense de Salud Pública.* 1998; 88 (12), 1814-1820.
- Poves-Prim I., Macías J, Cabrera-Fraga M., Situ L., Ballesta-López C. Calidad de vida en la obesidad mórbida. *Rev. Esp. Enferm. Excavar.* 2005; 97(3): 187-195.
- Albarrán-Sánchez A, Ramírez-Rentería C, Ferreira-Hermosillo A, Rodríguez-Pérez V, Espinosa-Cárdenas E, Molina-Ayala M; et al. Evaluación de la calidad de vida en pacientes mexicanos con obesidad severa antes y después de cirugía bariátrica. *Gac. Méd. Méx.* 2021; 157(1): 67-73.