

Elizabeth Patricia Montero-Peregrina^{1a}, Viridiana Soto-Ávila^{1b}, Alejandra García-Rezéndiz^{1c}, Shuemy González-López^{1d}, Miguel Ángel Hernández-Gómez^{1e}, Rafael Ignacio Juárez-Mendoza^{1f}, Roberto Macario Meza-Hernández^{1g}

Resumen

Introducción: la obesidad crea una carga de enfermedad que afecta la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las mujeres y en aquellas de 20 a 59 años implica una mayor morbilidad y mortalidad respecto a los hombres u otros grupos etarios.

Objetivo: evaluar la CVRS de mujeres mexicanas de 20 a 59 años con obesidad.

Material y métodos: estudio observacional, transversal, prospectivo y retroactivo. Se obtuvo una muestra de 104 mujeres de 20 a 59 años, diagnosticadas con obesidad según la NOM-008-SSA3-2017. Se recabaron las principales características clínicas y sociodemográficas de las participantes y se evaluó su CVRS con el cuestionario SF-36. Para analizar las variables recogidas, se usó estadística descriptiva. Para identificar la asociación de estas variables con la CVRS, se usó la prueba Kruskal-Wallis.

Resultados: participaron 104 mujeres con una mediana de edad de 40.0 años. De estas, 66.3% tuvieron obesidad grado I, 21.2% grado II y 12.5% grado III. En la muestra general, la salud general y la vitalidad fueron las dimensiones más bajas. En la comparación por grupos, el rol físico y el rol emocional tuvieron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.007$ y $p = 0.009$, respectivamente), y el grupo más afectado fue el de obesidad grado II.

Conclusiones: la obesidad afectó principalmente la percepción de la salud general y de la vitalidad; asimismo, aquellas con grado II tuvieron una mayor repercusión en los roles físico y emocional.

Abstract

Background: Obesity creates a burden of disease that affects the health-related quality of life (HRQoL) of women and in those between 20 to 59 years of age it implies greater morbidity and mortality compared to men or other age groups.

Objective: To evaluate the HRQoL of Mexican women aged 20 to 59 years with obesity.

Material and methods: Observational, cross-sectional, prospective, and retrospective study. It was obtained a sample of 104 women from 20 to 59 years of age diagnosed with obesity according to the NOM-008-SSA3-2017 Standard. The participants' main clinical and sociodemographic characteristics were collected, and their HRQoL was evaluated with the SF-36 questionnaire. For the analysis of the collected variables, descriptive statistics were used. To identify the association of these variables with HRQoL, the Kruskal-Wallis test was used.

Results: 104 women with a median age of 40.0 years participated. Of these, 66.3% had grade I obesity, 21.2% grade II, and 12.5% grade III. In the overall sample, general health and vitality were the lowest dimensions. In the comparison by groups, the physical role and the emotional role had statistically significant differences ($p = 0.007$ and $p = 0.009$, respectively), with the most affected group being obesity grade II.

Conclusions: Obesity mainly affected the perception of general health and vitality; likewise, those with grade II had a greater impact on the physical role and the emotional role.

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 9, Servicio de Medicina Familiar. Tehuacán, Puebla, México

ORCID: 0000-0003-4490-2703^a, 0000-0002-5989-9060^b, 0000-0002-6565-481X^c, 0000-0002-2898-8909^d, 0000-0003-2606-438X^e, 0000-0003-4817-0247^f, 0000-0002-6130-3895^g



Palabras clave
Calidad de Vida
Obesidad
Mujeres
México

Keywords
Quality of Life
Obesity
Women
Mexico

Fecha de recibido: 29/06/2023

Fecha de aceptado: 16/08/2023

Comunicación con:

Elizabeth Patricia Montero Peregrina
 elizabethpatriciamontero@hotmail.com
 238 195 7788

Cómo citar este artículo: Montero-Peregrina EP, Soto-Ávila V, García-Rezéndiz A, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en mujeres mexicanas con obesidad. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2024;62(1):e5471. doi: 10.5281/zenodo.10278099

Introducción

El sobrepeso y la obesidad constituyen un amplio espectro clínico que se caracteriza por una acumulación excesiva de tejido adiposo en el organismo. Este fenómeno, que representa un desequilibrio entre la ingesta calórica y el gasto energético, se traduce en un peso corporal superior al considerado saludable, lo que puede conducir a múltiples consecuencias adversas para la salud. Estas condiciones son producto de una compleja interacción entre factores genéticos, metabólicos, sociales, comportamentales y ambientales, y su gestión requiere una comprensión integral y un enfoque multidisciplinario.^{1,2}

Según la definición establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se determina que una persona se encuentra en estado de sobrepeso cuando su índice de masa corporal (IMC) es igual o superior a 25 kg/m². El IMC se calcula al dividir el peso de una persona en kilogramos por su altura en metros al cuadrado, lo cual proporciona una estimación razonablemente precisa de la grasa corporal total.^{3,4} Por otro lado, la obesidad se define como una condición en la que el IMC excede el umbral de 30 kg/m². Este es un nivel en el que el exceso de peso comienza a tener un impacto significativo en la salud de una persona, pues se incrementa el riesgo de enfermedades crónicas como la diabetes, la enfermedad cardíaca y ciertos tipos de cáncer.^{5,6}

En México se ha observado un aumento en las cifras de personas con sobrepeso y obesidad. La Norma Oficial Mexicana *NOM-008-SSA3-2017 para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad en adultos* clasifica la obesidad por intensidad y se entiende por obesidad grado I a la que afecta a aquellos pacientes con un IMC de 30-34.9 kg/m², grado II a aquellos con un IMC de 35-39.9 kg/m², y grado III u obesidad mórbida a aquellos pacientes con un IMC \geq 40 kg/m².^{7,8}

En el 2019, los informes indicaron que la prevalencia de la obesidad en la población mexicana de más de 20 años alcanzó el 36.1%. Este problema de salud pública se presentó con mayor frecuencia en las personas de 40 y 50 años de edad, lo cual puede ser atribuido a factores como los cambios en el metabolismo, la disminución de la actividad física y la alimentación inadecuada que suelen presentarse en este rango de edad.^{9,10}

Por otro lado, el aumento de la prevalencia de la obesidad trae consigo un incremento en las complicaciones a largo plazo que tienen el potencial de disminuir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). En el caso de las mujeres, hay un aumento en el riesgo de padecer cáncer de mama, una predisposición a preeclampsia y diabetes gestacional, lo que supone costos económicos insostenibles a largo plazo en los centros de atención médica.^{11,12}

Las mujeres afectadas por la obesidad también son vulnerables a la discriminación en su vida personal y laboral, la baja autoestima y la depresión. Estas secuelas médicas y psicológicas de la obesidad generan gastos públicos en la atención de la salud, así como en la pérdida de la productividad de los trabajadores, el aumento de la discapacidad y la pérdida prematura de la vida.¹³

La OMS define la calidad de vida como la percepción que el individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto de la cultura, el sistema de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.^{14,15}

La CVRS es un concepto multidimensional que incluye dominios relacionados con el funcionamiento físico, mental, emocional y social, mientras que diversos estudios demuestran que cada enfermedad adicional, así como la gravedad de cada una de ellas se asocia con disminuciones en la CVRS.^{16,17} Por lo tanto, la medición de la CVRS intenta capturar la calidad de vida en el contexto de la salud y la enfermedad.¹⁸

A pesar de que existen estudios sobre las diferencias de la calidad de vida en personas con obesidad que empleen el sexo como variable de comparación, es necesario hacer estudios que estén centrados únicamente en mujeres, dado que los riesgos y necesidades pueden ser diferentes que los de los hombres.

Con la realización de este estudio, se pretende describir la CVRS de un grupo específico de mujeres, entre 20 y 59 años, derechohabientes del IMSS, que padecen obesidad y cómo esta ha afectado no solo físicamente, sino también en el plano emocional.

Los resultados podrían ayudar a los médicos y profesionales clínicos a prevenir posibles complicaciones en las pacientes con obesidad. Además, podrán crear mejores estrategias de intervención que beneficien a las pacientes con obesidad y posiblemente les ayuden a perder peso, de acuerdo con las necesidades específicas relacionadas con la percepción de su salud.

Material y métodos

Características del estudio

Se trató de un estudio analítico, observacional, transversal, prospectivo y retrospectivo.

Participantes

Para el cálculo del tamaño de muestra se empleó la fórmula de variables finitas.

Este cálculo se utiliza cuando el universo es finito, es decir, contable, y la variable de tipo categórica. Por lo que se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * (P * [1 - P])}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * (P * [1 - P])}$$

Donde:

n es el tamaño de la muestra.

N es el tamaño de la población elegible, obtenido del censo de población de mujeres de 20 a 59 años adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 9, equivalente a 21,449.

P es la proporción de eventos de interés de la población seleccionada. De acuerdo con la ENSANUT 2018, la proporción de mujeres mayores de 20 años con obesidad en el estado de Puebla fue de 36.5%. Por lo tanto, $P = 0.365$.

d es el error de estimación máximo tolerado, establecido en 10%.

Z_{α} es el valor Z , que para un nivel de significación (α) de 0.05, tiene un valor crítico de 1.96.

Si sustituimos los valores, obtenemos:

$$n = \frac{21,449 * 1.96^2 * (0.365 * [1 - 0.365])}{0.1^2 * (21,449 - 1) + 1.96^2 * (0.365 * [1 - 0.365])}$$

$$n = \frac{21,449 * 3.8416 * 0.231775}{0.01 * 21,448 + 3.8416 * 0.231775}$$

$$n = \frac{19,097.90733116}{215.37038684} = 88.67471341$$

Posteriormente, se hizo un ajuste asociado a pérdidas máximas (R) del 15%, de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$n \text{ (ajustada)} = n * \frac{1}{(1 - R)}$$

Por lo tanto, se obtuvo un total de 104 participantes para la aplicación del estudio.

Se obtuvo una muestra de 104 mujeres de 20 a 59 años, diagnosticadas con obesidad y clasificadas de acuerdo con

la NOM-008-SSA3-2017, derechohabientes del IMSS y adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 9, en Tehuacán, Puebla, México.

Fueron excluidas aquellas en estado de gravidez, puerperio o lactancia; quienes presentaron, además de la obesidad, un diagnóstico de otra enfermedad crónica no transmisible, o con diagnóstico de obesidad secundaria (como hipotiroidismo, hipercortisolismo, síndrome de ovario poliquístico, de Prader-Willi, etcétera); mujeres con una afección médica aguda que requirió un tratamiento y monitoreo continuo o intrahospitalario frecuente (como lesión renal aguda, prescripción de diuréticos, etcétera); aquellas con historial de consumo o abuso de sustancias psicoestimulantes o antecedente de trauma físico grave, y aquellas que presentaron impedimentos físicos, mentales o lingüísticos para responder a las preguntas del instrumento estandarizado.

Las participantes fueron informadas sobre su participación asociada a los cuestionarios, los beneficios y riesgos del estudio, y se les solicitó su consentimiento informado para responder, analizar y publicar los resultados; asimismo, se obtuvo la aprobación del protocolo de investigación ante el Comité Local de Ética e Investigación en Salud No. 21048, con el número de registro: R-2021-2104078.

Instrumentos de medición

De cada participante se recabaron sus principales características clínicas y sociodemográficas, y se evaluó la CVRS con el cuestionario SF-36, cuya construcción es el resultado de ocho escalas de salud que se obtienen del promedio de la suma aritmética de las preguntas contenidas en el cuestionario. Además de las dimensiones o escalas de salud, el SF-36 incluye el concepto general de *evolución de la percepción del estado de salud actual* y la del año anterior. Cada uno de estos conceptos se califica por separado: de 0 (peor) a 100 (mejor).^{19,20} La descripción de cada dimensión del instrumento se muestra en el cuadro I.

Análisis estadístico

Todos los datos fueron meticulosamente analizados con la versión 8 del programa estadístico Prism® (GraphPad®, Estados Unidos), una herramienta reconocida en el ámbito científico por su capacidad para manejar y representar gráficamente conjuntos de datos complejos.

La metodología estadística aplicada se fundamentó inicialmente en el análisis descriptivo, lo cual permitió una representación precisa y clara de los datos sociodemográficos y clínicos de las pacientes que conforman la muestra

Cuadro I Conceptos del estado de salud e interpretación del contenido. Encuesta de salud SF-36

Conceptos	Definición
Función física	Grado en que la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse y los esfuerzos moderados e intensos
Rol físico	Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye un rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades
Dolor corporal	La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar
Salud general	Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse
Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento
Función social	Grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual
Rol emocional	Grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar
Salud mental	Salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional y el efecto positivo en general
Salud actual	Valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás

Fuente: adaptado de Ferrer *et al.*^{19,20}

del estudio. Esta aproximación permite obtener un panorama inicial de los datos y facilitar la comprensión de las tendencias y patrones observados.

Para las variables cuantitativas con distribución normal, se presentaron en términos de media y desviación estándar, 2 medidas estadísticas esenciales que resumen el conjunto de datos al representar su tendencia central y la variabilidad, respectivamente. En contraste, las variables cuantitativas que exhibieron una distribución no normal se describieron por medio de la mediana y el rango intercuartílico (RIC) con las bisagras de Tukey, lo cual proporcionó una visión robusta y resistente a los posibles valores atípicos presentes en el conjunto de datos.

Para determinar la normalidad de la distribución de las variables, se usó la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov, un método no paramétrico que compara la distribución acumulativa de los datos con la distribución acumulativa de una distribución teórica, en este caso, la distribución normal.

Las variables cualitativas o categóricas se resumieron por medio de frecuencias absolutas y porcentajes, lo cual proporcionó un recuento exacto y su proporción relativa dentro de la muestra total.

En la fase comparativa del análisis, se empleó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, particularmente idónea para comparar 3 o más grupos independientes de datos que no siguen una distribución normal. Esta metodología es fundamental cuando se desea hacer comparaciones sin asumir una distribución específica de los datos, dado que brinda una mayor flexibilidad y robustez en el análisis.

En este contexto, la prueba de Kruskal-Wallis se utilizó para analizar y comparar los puntajes de las distintas dimensiones del cuestionario SF-36 en relación con los diferentes grados de obesidad de las participantes del estudio. De este modo, se pudo identificar si existían diferencias significativas en la calidad de vida relacionada con la salud entre los diferentes niveles de obesidad.

Los valores de p obtenidos en estos análisis fueron bidireccionales, o de 2 colas, lo que implica que se evaluaron tanto los efectos positivos como negativos en la asociación entre las variables. En términos estadísticos, esto significa que se consideraron posibles diferencias en ambas direcciones de la relación.

En todos los casos, se estableció un nivel de significación estadística cuando los valores de p eran inferiores a 0.05. Esta elección del nivel de significación es convencional en la investigación científica y establece el riesgo aceptable de concluir erróneamente que existe una relación entre las variables cuando, en realidad, no existe. La aplicación precisa de la prueba de Kruskal-Wallis en este análisis permitió una evaluación cuidadosa y rigurosa de las relaciones entre la obesidad y la calidad de vida en la muestra estudiada.

Resultados

Durante el desarrollo del estudio, un total de 104 mujeres participaron con una mediana de edad de 40.0 años (RIC 37.6-41.4). Sobre el peso de las pacientes, este tuvo una mediana de 80 kg (RIC 79.6-84.1), y la talla tuvo una mediana de 1.54 m (RIC 1.52-1.55).

Según la *NOM-008-SSA3-2017*, que establece los criterios para la clasificación de la obesidad, la distribución de las participantes del estudio se categorizó de la siguiente manera: un 66.30% se clasificó como obesidad de grado I, el 21.20% correspondió a obesidad de grado II y el 12.5% fue categorizado como obesidad de grado III.

CVRS en mujeres adultas con obesidad

En los resultados del cuestionario SF-36, en la muestra completa por dimensión se observó una mediana de 90 puntos (RIC 81.0-88.3) para la función física; 100 (RIC 65.3-80.6) en el rol físico; 72 (RIC 61.5-72.4) en el dolor corporal; 67 (RIC 61.8-69.7) en la salud general; 60 (RIC 53.5-61.5) en la vitalidad; 87.5 (RIC 69.0-79.1) en la función social; 100 (RIC 56.0-72.6) en el rol emocional; 72 (RIC 63.2-72.1) en la salud mental (cuadro II).

La mediana de la CVRS global en las seleccionadas fue de 72.6 (RIC 52.2-87.0), con una puntuación mínima de 25.8 y máxima de 96.5. Las dimensiones de dolor corporal, salud general, vitalidad y salud mental presentaron los puntajes más bajos frente a las otras (cuadro II).

Comparación de la CVRS en función del grado de obesidad

Por último, se obtuvieron los resultados de cada dimensión dependiendo del grado de obesidad y se realizaron comparaciones entre los grupos: en la dimensión de función física, las pacientes con obesidad grado I tuvieron una mediana de 90 (RIC 81.3-89.8), el grupo de obesidad grado II tuvo 85 (RIC 70.2-91.1) y el grupo de obesidad grado III presentó 90 (RIC 86.9-78.4); no obstante, no se obtuvo un resultado estadísticamente significativo ($p = 0.847$), como se muestra en el cuadro III.

Cuadro II Puntajes de las dimensiones del cuestionario SF-36 en la muestra completa

Dimensión	Mediana	RIC	Mínimo	Máximo
Función física	90.0	75-100.0	5.0	100.0
Rol físico	100.0	50-100.0	0	100
Dolor corporal	72.0	51-100.0	12.0	100.0
Salud general	67.0	53.5-82.0	15.0	97.0
Vitalidad	60.0	45-75.0	0	90.0
Función social	87.5	50-100.0	12.5	100.0
Rol emocional	100.0	33.3-100.0	0	100.0
Salud mental	72.0	50.-84.0	20.0	100.0
Global	72.6	65.3-73.2	25.8	96.5

RIC: rango intercuartílico

En la dimensión de rol físico, el grupo con obesidad grado I tuvo una mediana de 100 (RIC 74.2-89.6), el grupo con obesidad grado II una de 37.5 (RIC 25-65.8) y el grupo con obesidad grado III una de 100 (RIC 51.1-98.8); la comparación de estos arrojó un resultado estadísticamente significativo ($p = 0.007$) (cuadro III).

En el dolor corporal, el grupo con obesidad grado I tuvo una mediana de 72 (RIC 62.4-74.9), el grupo con obesidad grado II presentó 37.5 (RIC 25-65.8) y el grupo con obesidad grado III tuvo 100 (RIC 51.1-98.8); no obstante, no se obtuvo un resultado estadísticamente significativo ($p = 0.596$). En la dimensión de función social, el grupo de pacientes con obesidad grado I obtuvo una mediana de 87.5 (RIC 70.5-82.1), el grupo con obesidad grado II presentó 81.2 (RIC 55.6-81.8) y el grupo con obesidad grado III tuvo 75 (RIC 55.1-89.0). La comparación de estos valores no fue estadísticamente significativa ($p = 0.863$) (cuadro III).

Para la dimensión de salud mental, las pacientes con obesidad grado I tuvieron una mediana de 72 (RIC 62.2-73.3), las pacientes con obesidad grado II de 66 (RIC 56.2-76.4) y las pacientes con obesidad grado III de 80 (RIC 55.5-83.5); finalmente, en el resultado global de la calidad de vida relacionada con la salud, el grupo con obesidad grado I tuvo una mediana de 74.2 (RIC 67.8-76.5), el grupo con obesidad grado II una mediana de 60.5 (RIC 50.3-69.4) y el grupo con obesidad grado III de 83.5 (RIC 55.3-85.7). Estos resultados no fueron estadísticamente significativos ($p = 0.068$) (cuadro III).

Asimismo, en el rol emocional, el grupo con obesidad grado I tuvo una mediana de 100 (RIC 63.0-81.6), el grupo con obesidad grado II una mediana de 33.3 (RIC 19.4-56.2) y la mediana del grupo con obesidad grado III fue de 100 (RIC 40.2-98.2), lo cual evidenció que la comparación de estos grupos fue estadísticamente significativa ($p = 0.009$) (cuadro III).

En conjunto estos resultados indican que la obesidad en mujeres adultas afecta la CVRS. Por otro lado, la severidad en la obesidad trae consigo padecimientos físicos, dolor corporal, así como una menor vitalidad y en general una menor salud general.

Discusión

El objetivo del presente estudio fue evaluar la CVRS en mujeres de 20 a 59 años con obesidad en la Unidad de Medicina Familiar No. 9. Para cumplirlo, se reunió a un grupo de 104 mujeres.

La edad observada en la muestra correspondió a muje-

Cuadro III Puntajes y comparaciones de las dimensiones del cuestionario SF-36 dependiendo con el grado de obesidad de las participantes del estudio

Dimensión (RIC)	Obesidad grado I (n = 69)	Obesidad grado II (n = 22)	Obesidad grado III (n = 13)	Valor de p (Kruskal-Wallis)
Función física	90 (80-100)	85.0 (70-100)	90 (75-100)	0.847
Rol físico	100 (75-100)	37.5 (0-100)	100 (75-100)	0.007*
Dolor corporal	72 (51-100)	56.5 (41-100)	72 (42-100)	0.596
Salud general	67 (55-82)	72.5 (52-80)	60 (50-75)	0.687
Vitalidad	60 (45-70)	57.5 (40-65)	75 (45-80)	0.295
Función social	87.5 (62.5-100)	81.3 (37.5-100)	75 (62.5-87.5)	0.863
Rol emocional	100 (33.3-100)	33.3 (0-66.7)	100 (0-100)	0.009*
Salud mental	72 (52-84)	66.0 (48-84)	80 (44-92)	0.892
Global	74.3 (59.3-87)	60.5 (39.2-76.4)	83.5 (46.3-89.4)	0.068

RIC: rango intercuartílico

*Hubo diferencias significativas

res de mediana edad (40.0 años). En cuanto a la obesidad, se observó que la mayoría presentaban obesidad grado I, seguida de los grados II y III. Este dato corresponde con lo señalado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2012, en la cual se señala que la distribución de la obesidad en mujeres mexicanas es en primer lugar en el grado I y después los grados II y III;^{21,22} afortunadamente, esta distribución se conservó en la muestra.

En cuestión de la CVRS, los resultados mostraron un nivel bueno en la muestra en general. La dimensión más baja fue la vitalidad, que probablemente está en relación con la actividad de las pacientes, pues debido a la obesidad pueden tener una percepción disminuida de su energía y percibir un mayor cansancio.²³

La dimensión de salud general fue la segunda de las más bajas en puntuación e implica la forma en que las pacientes sienten su propia salud. Esta se encuentra directamente relacionada con la forma en la que se percibe un cuerpo con obesidad, ya que es esperable que tenga más problemas de salud que un cuerpo sin sobrepeso o sin obesidad.²⁴ Las demás dimensiones se ubicaron por encima de los 70 puntos, lo cual es considerado como “aceptable o bueno”.

Los resultados de la muestra completa son comparables con lo observado por Vrettos *et al.*, quienes encontraron que las mujeres con obesidad (sin distinguir grado) de entre 18 y 65 años presentaban los peores puntajes en las dimensiones de salud general, vitalidad, salud mental, dolor corporal y rol emocional,²⁵ lo cual es esperable, pues la obesidad no solo afecta la movilidad de los pacientes, sino la salud mental en términos de autoestima.

Al comparar la calidad de vida por grupos, se observó una tendencia en las pacientes con obesidad grado II a

tener menores puntajes que los otros dos grupos en casi todas las dimensiones. Este es un resultado inusual, pues es esperable que cuanto mayor sea el grado de obesidad, más se encontrará afectada la persona; no obstante, en algunas dimensiones los grupos de obesidad grados I y III tuvieron medianas de 100 puntos, mientras que el grupo de obesidad grado II tenía un puntaje mucho menor. Para conocer la razón de estas diferencias, sería necesario un estudio más abarcador del estilo de vida o las actividades diarias de las pacientes, los estilos de afrontamiento, el rol de la pareja, etcétera.

En estudios previos, tales como el de Herpertz *et al.* (2015), se ha subrayado la importancia de los aspectos psicológicos en la evaluación de la calidad de vida en personas con obesidad. Las diferencias observadas pueden estar vinculadas a factores como el estilo de vida, las actividades diarias, los estilos de afrontamiento, el rol de la pareja, entre otros.²⁶

Por ejemplo, la interacción entre la obesidad y la salud mental, como se explica en el estudio de Luppino *et al.* (2010), puede ser un factor crucial en este fenómeno. Si el grupo con obesidad grado II tiene una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad o depresión, esto podría explicar los puntajes más bajos en la calidad de vida.²⁷

Además, un estudio realizado por Ul-Haq *et al.* (2013) sugiere que las percepciones individuales sobre la salud y la obesidad pueden variar ampliamente y no siempre se correlacionan con los grados médicos de obesidad. Esto significa que factores subjetivos, como la autoestima o la percepción del cuerpo, pueden influir más en la calidad de vida que el grado de obesidad en sí.²⁸

En conclusión, los resultados observados en este estudio

resaltan la complejidad de la relación entre la obesidad y la calidad de vida. La mera categorización por grado de obesidad no parece suficiente para comprender completamente cómo la obesidad afecta la calidad de vida en diferentes individuos. Para conocer la razón de estas diferencias, sería necesario un estudio enfocado en áreas como el estilo de vida, las actividades diarias, los estilos de afrontamiento, el rol de la pareja, etcétera. Los hallazgos también refuerzan la importancia de un enfoque multidisciplinario y personalizado en el tratamiento y la evaluación de las personas con obesidad.

Por otro lado, entre las comparaciones, se encontró que las diferencias entre los puntajes de las dimensiones de rol físico y rol emocional tuvieron diferencias estadísticamente significativas, y presentó un menor puntaje el grupo de obesidad grado II. Estas 2 dimensiones reflejan la manera como la salud física y los problemas emocionales interfieren con el trabajo y las actividades diarias de una persona, lo cual implica un menor rendimiento del que se desea tener y una menor dedicación a dichas actividades, por lo que se puede suponer que las pacientes con obesidad grado II experimentan un menor rendimiento físico del que quisieran. Asimismo, la existencia de alteraciones emocionales comienza a afectar su vida cotidiana.^{29,30}

Algunos resultados son comparables con lo observado por Salazar-Estrada *et al.*, quienes en un estudio sobre obesidad en trabajadores mexicanos encontraron que las mujeres tuvieron menores puntajes en las dimensiones de función física, rol físico, dolor corporal y salud general cuando se compararon con pacientes con peso normal, sobrepeso, y obesidad, y observaron una tendencia a la disminución conforme al peso.³¹

Como limitaciones, una característica que puede estar involucrada es el tamaño de cada grupo, puesto que de los 3, el grupo de obesidad grado III fue el que menor número de integrantes tuvo ($n = 13$), lo que puede crear un sesgo, puesto que las pacientes de los primeros 2 grupos son las

que más movilidad tuvieron y las que más acudieron a sus consultas, y las pacientes más afectadas pueden no acudir al médico por propia convicción o por la manera en la que la obesidad comienza a afectar su movilidad, lo que provocaría la falta de información.

Conclusiones

La obesidad afecta cada día a más personas, mientras que es esperable que las cifras continúen aumentando por varias razones. En el presente estudio, se observó que las mujeres con obesidad principalmente pertenecían al grado I y que, en relación con la CVRS, la obesidad afectó principalmente a la percepción de la salud general y de la vitalidad; es decir, que las pacientes se autopercebieron, de manera general, con una mala salud y con menor energía para hacer sus actividades.

Es importante continuar con las investigaciones que permitan conocer más características de la CVRS de las mujeres adultas mexicanas: la manera como esta se va modificando con el tiempo de evolución, de qué depende que en algunas pacientes haya mayores repercusiones que en otras y los factores que propician o mejoran la relación de la CVRS con la obesidad.

Agradecimientos

La doctora Elizabeth Patricia Montero Peregrina agradece a la Unidad de Medicina Familiar No. 9 de Tehuacán, Puebla, por ser su sede y por todo lo que ha significado en su formación, así como por el apoyo invaluable que se le ha brindado en esa unidad para hacer este estudio.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno relacionado con este artículo.

Referencias

1. Haywood C, Sumithran P. Treatment of obesity in older persons—A systematic review. *Obes Rev.* 2019;20(4):588-98.
2. Lin X, Li H. Obesity: Epidemiology, Pathophysiology, and Therapeutics. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2021;12:706978. doi: 10.3389/fendo.2021.706978
3. Caballero B. Humans against Obesity: Who Will Win? *Adv Nutr.* 2019;10:S4-9.
4. Barquera S, Hernández-Barrera L, Trejo-Valdivia B, et al. Obesidad en México, prevalencia y tendencias en adultos. *Ensanut 2018-19. Salud Publica Mex.* 2020;62(6):682-92.
5. Karimi M, Shiraseb F, Mofidi M, et al. The association be-

- tween dietary diabetic risk reduction score with anthropometric and body composition variables in overweight and obese women: a cross-sectional study. *Sci Rep.* 2023;13(1):8130.
6. Perais J, Agarwal R, Evans JR, et al. Prognostic factors for the development and progression of proliferative diabetic retinopathy in people with diabetic retinopathy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2023;2023(2):CD013775. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9943918/>
7. Zhang Q, Liu Z, Moncada-Velez M, et al. Inborn errors of type I IFN immunity in patients with life-threatening COVID-19. *Science.* 2020;370(6515).
8. Katta N, Loethen T, Lavie CJ, et al. Obesity and Coronary Heart Disease: Epidemiology, Pathology, and Coronary

- Artery Imaging. *Curr Probl Cardiol.* 2021;46(3):100655.
9. Barquera S, Rivera JA. Obesity in Mexico: rapid epidemiological transition and food industry interference in health policies. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2020;8(9):746-7.
 10. Basto-Abreu A, Torres-Alvarez R, Reyes-Sánchez F, et al. Predicting obesity reduction after implementing warning labels in Mexico: A modeling study. *PLoS Med.* 2020;17(7):1-14.
 11. Staff AC. The two-stage placental model of preeclampsia: An update. *J Reprod Immunol.* 2019;134-135:1-10. doi: 10.1016/j.jri.2019.07.004
 12. Olson KN, Redman LM, Sones JL. Genomics of metabolic and tumor/cancer traits Obesity "complements" preeclampsia. *Physiol Genomics.* 2019;51(3):73-6.
 13. Buie JJ, Watson LS, Smith CJ, et al. Obesity-related cognitive impairment: The role of endothelial dysfunction. *Neurobiol Dis.* 2019;132:104580.
 14. Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, et al. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Qual Life Res.* 2019;28(10):2641-50.
 15. Coulman KD, Blazeby JM. Health-Related Quality of Life in Bariatric and Metabolic Surgery. *Curr Obes Rep.* 2020;9(3): 307-14.
 16. Mayoral K, Rajmil L, Murillo M, et al. Measurement properties of the online EuroQol-5D-youth instrument in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus: Questionnaire study. *J Med Internet Res.* 2019;21(11):1-26.
 17. Ameri H, Yousefi M, Yaseri M, et al. Mapping EORTC-QLQ-C30 and QLQ-CR29 onto EQ-5D-5L in Colorectal Cancer Patients. *J Gastrointest Cancer.* 2020;51(1):196-203.
 18. Angulo SM, Reales JM, Sandín B, et al. Quality of life in people with spinal cord injury. *Rev Psicopatol y Psicol Clin.* 2019;24 (2):71-82.
 19. Shayan NA, Arslan UE, Hooshmand AM, et al. The short form health survey (SF-36): Translation and validation study in Afghanistan. *East Mediterr Heal J.* 2020;26(8):899-908.
 20. Gutiérrez-Gabriel I, Godoy-Guinto J, Lucas-Alvarado H, et al. Calidad de vida y variables psicológicas que afectan la adherencia al tratamiento anti-retroviral en pacientes mexicanos con infección por VIH/SIDA. *Rev Chil infectología.* 2019;36 (3):331-9.
 21. Dávila-Torres J, González Izquierdo JJ, Barrera-Cruz A. Panorama de la obesidad en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2015;53(2):240-9.
 22. Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Cuevas-Nasu L, et al. The Mexican National Health and Nutrition Survey as a Basis for Public Policy Planning: Overweight and Obesity. *Nutr.* 2019;11(8):1727. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/11/8/1727/htm>
 23. Świątczak M, Młodziński K, Sikorska K, et al. Chronic Fatigue Syndrome in Patients with Deteriorated Iron Metabolism. *Diagnosics.* 2022;12(9):2057. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2075-4418/12/9/2057/htm>
 24. Blasco BV, García-Jiménez J, Bodoano I, et al. Obesity and Depression: Its Prevalence and Influence as a Prognostic Factor: A Systematic Review. *Psychiatry Investig.* 2020;17(8):715. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7449839/>
 25. Vrettos I, Voukelatou P, Pappa E, et al. Gender differences in health-related quality of life (Hrql) of overweight and obese adults in a representative sample of greek urban population. *Iran J Public Health.* 2021;50(10):2038-45.
 26. Herpertz S, Müller A, Burgmer R, et al. Health-related quality of life and psychological functioning 9 years after restrictive surgical treatment for obesity. *Surg Obes Relat Dis.* 2015; 11(6):1361-70. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26164111/>
 27. Luppino FS, De Wit LM, Bouvy PF, et al. Overweight, Obesity, and Depression: A Systematic Review and Meta-analysis of Longitudinal Studies. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;67(3):220-9. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/210608>
 28. Ul-Haq Z, Mackay DF, Fenwick E, et al. Meta-analysis of the association between body mass index and health-related quality of life among adults, assessed by the SF-36. *Obesity (Silver Spring).* 2013;21(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23592685/>
 29. Jahromi AS, Rahmanian K. Relation of health-related quality of life with abnormal weight: A cross-sectional study prior to the weight reduction intervention. *J Fam Med Prim Care.* 2020;9(9):4662. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7652151/>
 30. Wang K, Yang Y, Zhang T, et al. The Relationship Between Physical Activity and Emotional Intelligence in College Students: The Mediating Role of Self-Efficacy. *Front Psychol.* 2020;11:529209.
 31. Salazar-Estrada J, Martínez A, Torres T, et al. Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad en trabajadores de manufacturas en Jalisco, México. *Arch Latinoam Nutr.* 2016; 66(1):043-51.