



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Psicología

Unidad de Posgrado

Calidad de vida en adultos con obesidad grado III

TESIS

Para optar el Título de Segunda Especialidad en Psicología de la
Clínica y de la Salud

AUTOR

Walter Ángel PORTAL REÁTEGUI

ASESOR

Ana Gloria DÍAZ ACOSTA

Lima, Perú

2018



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Portal, W. (2018). *Calidad de vida en adultos con obesidad grado III*. [Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología, Unidad de Posgrado]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

(Universidad del Perú, DÉCANA DE AMÉRICA)

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Av. Germán Amezaga n.º 375-Ciudad Universitaria-Teléfono: 6197000-3208

ACTA DE SESIÓN DE TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA

Siendo las 11:30 horas del día viernes 26 de octubre de 2018, en el Aula 2 "C" de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Ciudad Universitaria, Av. Germán Amezaga n.º 375 Lima), el Jurado Examinador de Tesis presidido por el Dr. Nicolás Medina Curi e integrado por:

Dr. Nicolás Medina Curi	(Presidente)
Dra. Gloria Díaz Acosta	(Asesora)
Mg. Juan Pequeña Constantino	(Miembro)
Mg. Víctor Eusebio Montero López	(Informante)
Dra. Natalia Ramírez Saenz	(Informante)

Se reunió para la sustentación pública para optar el Título de la Segunda Especialidad Profesional en Psicología de la Clínica y de la Salud del Psicólogo **WALTER ANGEL PORTAL REÁTEGUI** quien procedió a la exposición de la Tesis titulada **Calidad de vida en adultos con obesidad grado III**, con el fin de optar el **Título de la Segunda Especialidad Profesional en Psicología de la Clínica y de la Salud**.

Concluida la exposición, se procedió a la calificación correspondiente, de acuerdo con la Escala de Calificación que aparece en el artículo 8.º del Reglamento General de Estudios de Posgrado, obteniendo la siguiente calificación.

Decisivo (17) - Muy Bueno

A continuación el Presidente del Jurado Examinador recomienda que la Facultad de Psicología acuerde otorgar el Título de la Segunda Especialidad en :

PSICOLOGÍA DE LA CLÍNICA Y DE LA SALUD

Se extiende la presente ACTA a las 1:10pm del 26 de octubre de 2018.

N. Medina

Dr. Nicolás Medina Curi
Presidente

Gloria Díaz Acosta

Dra. Gloria Díaz Acosta
Asesora

Juan Pequeña Constantino

Mg. Juan Pequeña Constantino
Miembro

Víctor Eusebio Montero López

Mg. Víctor Eusebio Montero López
Informante

Natalia Ramírez Saenz

Dra. Natalia Ramírez Saenz
Informante

Dedicatoria

A mis pacientes que me enseñan día a día.

Agradecimientos

A mis profesores de la Universidad Nacional
Mayor de San Marcos,
gestores de conciencias reflexivas,

a mis padres Rosa y Carlomagno,
forjadores de mi educación,

a mi asesora Dra. Gloria Díaz Acosta,
por su motivación inspiradora,
a lo largo de mi formación
académica.

	v
ÍNDICE	v
Índice de tablas	ix
Índice de gráficos	xi
Índice de figuras	xii
Resumen	xiv
Summary	xv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Objetivos del estudio	6
1.2.1 Objetivo general	6
1.2.2 Objetivos específicos	6
1.3 Justificación del estudio	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes de investigación	8
2.1.1 Antecedentes internacionales	8
2.1.2 Antecedentes nacionales	10
2.2 Bases teóricas de la investigación	12
2.2.1 Modelos teóricos de salud y enfermedad	12
2.2.1.1 El modelo biopsicosocial	12
2.2.1.2 La teoría sociocognitiva	14
2.2.2 La calidad de vida	15
2.2.3 La obesidad como problema multidimensional	19
2.2.3.1 Obesidad, grados y mediciones	20
2.2.3.2 Aspectos biológicos	23
2.2.3.3 Características psicológicas	25
2.2.3.4 Sobrepeso y obesidad en el Perú	27

2.2.3.5	A nivel de centro hospitalario	34
2.3	Formulación de hipótesis	34
2.3.1	Hipótesis general	34
2.3.2	Hipótesis específicas	35
2.4	Definición de términos	35
2.4.1	Definición de conceptos	35
2.4.2	Definición operacional	35
CAPITULO III: MÉTODO		36
3.1	Tipo de investigación	36
3.1.1	Población	36
	a) Tamaño de la muestra	36
	b) Procedimiento de muestreo	37
	c) Criterios de selección de la muestra	37
	i) Criterios de inclusión	37
	ii) Criterios de exclusión	37
	d) Ubicación espacio temporal	37
3.1.2	Métodos estadísticos	37
	a) Prueba de Kolmogorov-Smirnov	38
	b) Prueba de U de Mann-Whitney	39
	c) Prueba H de Kruskal Wallis	39
3.2	Variable	39
3.3	Instrumentos	39
	a) Escala de calidad de vida, Whoqol-Bref	39
	b) Cuestionario sociodemográfico	41
3.4	Consideraciones éticas	41
CAPITULO IV: RESULTADOS		42
4.1	Presentación de los resultados	42
4.1.1	Prueba de normalidad de datos obtenidos en la escala de calidad de vida	42

4.1.2	Análisis descriptivos	43
4.1.2.1	La media (\bar{X}) y la desviación estándar (DS) de la calidad de vida y sus dominios, de los pacientes adultos con obesidad III	43
4.1.2.2	Niveles y puntuaciones medias de la calidad de vida y sus dominios, de los pacientes adultos con obesidad grado III	44
4.1.2.3	Prueba de Chi cuadrado, niveles de calidad de vida, dominios y frecuencias en los pacientes adultos con obesidad III	45
4.1.2.4	Niveles de calidad de vida en general, según dominios y puntajes porcentuales	48
4.1.2.5	Calidad de vida según sexo en pacientes adultos con obesidad III	49
4.1.2.6	Las puntuaciones medianas de la calidad de vida, según sexo de pacientes con obesidad III	51
4.1.2.7	Calidad de vida según edad en pacientes adultos con obesidad III	52
4.1.2.8	Las puntuaciones de las medianas de la calidad de vida, según edad, en pacientes con obesidad III	54
4.1.2.9	Calidad de vida según nivel de estudio, en pacientes adultos con obesidad III	56
4.1.2.10	Las puntuaciones medianas de la calidad de vida, según nivel de estudio en pacientes con obesidad III	58
4.1.2.11	Calidad de vida según soporte familiar en pacientes con obesidad III	60
4.1.2.12	Las puntuaciones medianas de la calidad de vida, según soporte familiar en pacientes con obesidad III	63
4.1.2.13	La calidad de vida, según ingreso económico en pacientes adultos con obesidad III	65
4.1.2.14	Puntuaciones medianas de la calidad de vida, según ingreso económico, en pacientes con obesidad III	68
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN		70
5.1	Discusión de los resultados	70

	viii
CONCLUSIONES	74
RECOMENDACIONES	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	81

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Clasificación del índice de masa corporal (IMC) según World Health Organization WHO, 1997	23
Tabla 2. Sobrepeso y obesidad en población peruana en el 2009-2010	29
Tabla 3. Distribución del sobrepeso y de la obesidad en adultos jóvenes (20-29 años) en el Perú	30
Tabla 4. Distribución del sobrepeso y de la obesidad en adultos (30-59 años) en el Perú	31
Tabla 5. Distribución de sobrepeso y obesidad en adultos mayores (≥ 60 años) en el Perú	32
Tabla 6. Estado de nutrición, IMC promedio en mujeres de 15 a 49 años, relacionada a la obesidad (≥ 30 años)	33
Tabla 7. Dominios del WHOQOL-BREF	40
Tabla 8. Análisis de bondad de ajuste a la distribución normal de la variable calidad de vida	42

Tabla 9.	
Resultados de la media (\bar{X}) y la desviación estándar (DS) de la calidad de vida y sus dominios, de los pacientes adultos con obesidad III	43
Tabla 10.	
Niveles de calidad de vida de los pacientes adultos con obesidad grado III	45
Tabla 11.	
Análisis comparativo de la calidad de vida, según sexo	49
Tabla 12.	
Análisis comparativo de la calidad de vida, según edad de los pacientes con obesidad III	52
Tabla 13.	
Análisis comparativo de la calidad de vida, según nivel de estudio	56
Tabla 14.	
Análisis comparativo de la calidad de vida, según soporte familiar en pacientes con obesidad III	60
Tabla 15.	
Análisis comparativo de la calidad de vida, según ingreso económico	65

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico 1. Diagrama del modelo conceptual de la OMS de la calidad de vida	16
Gráfico 2. Esferas o ámbitos adoptadas en el instrumento para evaluar la calidad de vida	18

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1.	
Medición de pliegue corporal.	22
Figura 2.	
Representación gráfica de los niveles y puntuaciones medias de la calidad de vida y sus dominios, de los pacientes adultos con obesidad grado III	42
Figura 3.	
Representación gráfica de los niveles de calidad de vida en general, según dominios y puntajes porcentuales	48
Figura 4.	
Representación gráfica de las puntuaciones medianas de la calidad de vida, según sexo	51
Figura 5.	
Representación gráfica de las puntuaciones medianas de la calidad de vida, según edad	54
Figura 6.	
Representación gráfica de las puntuaciones medianas de la calidad de vida, según nivel de estudio	58
Figura 7.	
Representación gráfica de las puntuaciones medianas de la calidad de vida, según soporte familiar	63

Figura 8.

Representación gráfica de las puntuaciones medianas de la calidad de vida, según

Ingreso económico

RESUMEN

La presente investigación aborda la medición de la calidad de vida en adultos con obesidad grado III en un hospital de Lima Metropolitana, cuyo diseño de investigación es descriptivo comparativo, la muestra estuvo conformada por 30 mujeres y 30 varones con el mismo diagnóstico de obesidad grado III, en grupos etarios de 20 a 65 años. Como instrumentos se empleó el WHOQOL-BREF de la Organización Mundial de la Salud, versión adaptada al español por el Grupo WHOQOL. De acuerdo a la prueba Kolmogorov-Smirnov, la muestra no se ajusta a una distribución normal, por lo que se usó pruebas no paramétricas. Los resultados evidencian que las mujeres presentan niveles bajos en la calidad de vida en relación a los varones. Igualmente, los pacientes con menor nivel de instrucción presentan bajo nivel de calidad de vida, al igual que los pacientes mayores de 50 años; por otra parte, se observa que presentan mayor calidad de vida los pacientes que cuentan con mayor soporte familiar y con mayores ingresos económicos.

Finalmente, los resultados obtenidos indican que la calidad de vida general de los pacientes con obesidad mórbida, muestran una baja calidad de vida. Observándose asimismo en los dominios de la calidad de vida que la salud física es la que presenta mayor deficiencia en la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida, Obesidad.

SUMMARY

This research deals with the measurement of quality of life in adults with obesity grade III in a hospital in Metropolitan area of Lima, whose research design is comparative descriptive, the sample consisted of 30 women and 30 men with the same diagnosis of obesity grade III, in groups of people of 20 to 65 years. The WHOQOL-BREF of the World Health Organization, version adapted to Spanish by the WHOQOL Group, was used as instruments. According to the Kolmogorov-Smirnov test, the sample does not conform to a normal distribution, so non-parametric tests were used. The results show that women have low levels of quality of life in relation to men. Likewise, patients with a lower level of education have a low quality of life, as do patients older than 50 years of age; On the other hand, it is observed that patients with greater family support and with higher income have a higher quality of life. Finally, the results indicate that the general quality of life of patients with morbid obesity shows a low quality of life. Observing in the domains of the quality of life that physical health is the one that presents major deficiency in the quality of life.

KEY WORDS: *Quality of life, Obesity.*

INTRODUCCIÓN

A finales del siglo XX se incrementa el estudio de la calidad de vida, a razón de verse satisfechas las necesidades básicas en los países más desarrollados, los mismos que a su vez evidenciaban nuevos problemas de salud en el cual la ausencia de bienestar y el incremento de enfermedades crónicas cardiovasculares como el de la obesidad. Hoy en día la calidad de vida toma en cuenta los factores culturales, siendo este concepto cambiante según época y grupo social, una concepción integradora de aspectos subjetivos como objetivos.

En este sentido, se conoce que en la obesidad a medida que aumenta la edad, podría aumentar el grado de obesidad, viéndose deteriorada la calidad de vida tanto en lo funcional, en lo social y en su entorno familiar, por lo que se precisa conocer más sobre los componentes relacionados con el nivel socioeconómico, nivel de estudios, sexo, Índice de masa corporal (IMC), estado civil y apoyo familiar.

La obesidad no solamente es un mal hábito de la ingesta alimentaria, sino también una puerta de ingreso a las más diversas enfermedades como: la hipertensión arterial, el accidente cerebrovascular (ACV), la diabetes, el cáncer, problemas cardiovasculares y circulatorio, desgaste articular, entre otros, al margen del estigma social y los problemas psicológicos que ello conlleva, por lo que constituye una enfermedad de salud pública no sólo nacional sino de carácter mundial.

La calidad de vida de la presente investigación fue medida con el instrumento transcultural, la escala WHOQOL-BREF, que es una adaptación española de 26 items, adaptación del WHOQOL de 100 items, dada por la “Organización Mundial de la Salud”. El presente trabajo está organizado en capítulos, así, en el capítulo I se desarrolla el planteamiento del problema de investigación, aborda los objetivos general y específicos y la justificación. En el capítulo II se aborda el marco teórico de los conceptos de calidad de vida, como el de obesidad, los cuales sirven de sustento a la investigación. Además, se desarrollan los antecedentes de investigaciones en calidad de vida y obesidad en los ámbitos internacional como nacional. En el

capítulo III se describe el método de la investigación, la población muestral, los estadísticos a usar. En el capítulo IV se presentan los resultados estadísticos, los gráficos, figuras y tablas que muestran los resultados de las hipótesis planteadas. Finalmente, el capítulo V hace referencia a la discusión final, luego se dan las conclusiones y recomendaciones, concluyendo con la referencia bibliográfica y anexos.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

La obesidad es un problema multidimensional que demanda gran preocupación por los países a nivel global, es por ello que la Organización Mundial de Salud (OMS, 2016) lo señala como problema sanitario que requiere atención prioritaria, desde edades tempranas, según el Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil, así, los factores de riesgo asociados puede conllevar a disminuir los beneficios ganados para incrementar la longevidad y a su vez el aumento en padecer otras enfermedades asociadas, evidenciadas en los adultos jóvenes y de mayor edad, como trastornos cardiovasculares, dentro de ellos la hipertensión arterial; además de otras complicaciones como diabetes mellitus, alteraciones metabólicas que pueden desencadenar en hipotiroidismo, entre otras. La Organización Mundial de La Salud (OMS, 2002), en su introducción al Informe sobre la salud Mundial, hace mención a diez factores de riesgo más importantes, considerados a escala global y explicables de la tercera parte de muertes a nivel mundial, tales como la obesidad, el elevado colesterol y la elevada presión sanguínea, tres de los diez factores, los mismos que se asocian en el llamado síndrome metabólico, lo cual está vinculado a la calidad de vida, a las actividades cotidianas, estilos de vida, practica de ejercicios, estrés, entre otros elementos. De allí la viabilidad del presente estudio, que se enfoca en la relación existente entre la calidad de vida y la obesidad grado III en los pacientes adultos de 20 a 65 años.

El manejo clínico, es multidisciplinario, requiere el afronte del médico internista, el endocrinólogo, el nutricionista, el psicólogo y el psiquiatra, para casos que lo demanden, pues estos pacientes ven afectada su salud psicológica, presentando en algunos casos, niveles altos de ansiedad, algún espectro de depresión, problemas de

autoconcepto de la imagen corporal, problemas de autoestima, fatiga; dependiendo todo esto del grado de obesidad que tengan estos pacientes como de factores psicosociales asociados. También son elementos a considerar, el bajo nivel educativo y bajo nivel económico que se encuentran en los pacientes con obesidad; sin embargo, si estos elementos agravan la enfermedad, no necesariamente son condición indispensable, pues la obesidad se presenta en casi todos los niveles económicos, sociales y educativos, así también hay que reconocer que son pocos los pacientes con obesidad grado III dentro de la población de obesidad.

En nuestro país, de acuerdo al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2016), según el Informe sobre el desarrollo humano 2016, el Perú alcanza el lugar 87, según el Índice de Desarrollo Humano (IDH), con un valor de IDH de 0.740, en el 2015, se tiene una población al 2016 de 31.774 millones de habitantes, según los Indicadores Básicos Situación de salud en las Américas 2016 publicada por la OPS/OMS (Salud, 2016), en la cual se señala que la esperanza de vida al nacer de los hombres es de 72.5 años y para las mujeres de 77.7 años al 2016. Se observa también inequidad y desigualdades, el coeficiente GINI al 2013 es de 0.447 que mide igualdad-desigualdad del ingreso, donde 1 es la inequidad perfecta (un solo hogar o persona concentra toda la riqueza), pues hay mucho por trabajar en equidad en el país; para el 2015, el coeficiente Gini fue de 0,35 nivel nacional; siendo en el área urbana de 0,32 y en zona rural 0,30, significando leve mejora en el zona rural (INEI, 2016) respecto al 2013; es importante señalar que en este documento el sobrepeso registrado en el 2014 en adultos hombres alcanza el 54.3% de la población adulta, y en mujeres es mayor el sobrepeso, siendo el 62.0% de la población femenina.

También La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2014 (Instituto Nacional de estadística e Informática, 2015), muestra el incremento del sobrepeso y la obesidad en mujeres de 15 a 49 años, comparando datos del 2014 con los del 2009, se observa en el sobrepeso (IMC de 25 a 29.9) un incremento del 34.7% a 37.3%, mientras que en obesidad (IMC mayor o igual a 30) un incremento de 15.7% a 20.9% en mujeres de 15 a 49 años, en este lapso del 2009 al 2014. Las dietas insalubres, así también la poca actividad física, son factores importantes de riesgo para la salud a nivel mundo. Así, la inactividad física llega a ser el cuarto factor de riesgo de mortalidad, pues constituye a nivel mundial el 6 por ciento de defunciones,

estadístico superado por la hipertensión (13%), el tabaquismo (9%), la hiperglicemia en sangre (6%); variables correlacionadas con la obesidad, en tanto son factores de riesgo. En la psicología es un tema novedoso a estudiar, a fin de elaborar programas preventivos y recuperativos, según grado de obesidad y grupo etario.

La obesidad es un problema que crece a nivel mundial, constituyendo un problema de salud pública, que trae consigo preocupación e interés de los gobiernos por cambiar los hábitos de alimentación de sus habitantes. Es así que en nuestro país existe como política del ministerio de Educación las loncheras saludables encaminadas a evitar y/o disminuir los problemas de sobrepeso u obesidad infantil y generar estilos de vida saludables. Esta enfermedad pone en elevado riesgo de salud a quien la padece, desde los problemas coronarios hasta los cuadros de diabetes tipo 2, y no menos relevantes los cuadros hipertensivos y con ello la vulnerabilidad de la persona a sufrir problemas neurológicos, como el de accidentes cerebro vasculares, la insuficiencia renal, entre otros. En un contexto social como el nuestro, en la ciudad, esta situación se agrava por la necesidad de transportarse desde lejos a sus centros laborales, así como en el quehacer doméstico para el caso de mujeres, que por lo general es mayor la incidencia de esta enfermedad física; las condiciones de estructura ambiental, como asientos ergonómicos, buses que van muy llenos, trabajar de pie en algunos casos, o hacer trabajo doméstico agrava la salud en los adultos, de edades entre 20 a 65 años, con algún grado de obesidad, que constituye nuestra muestra de estudio. Existen condiciones socioeconómicas, sociolaborales y familiares que dificultan el adecuado manejo, desde lo psicológico de estos pacientes, motivo por el cual buscamos la relación de la calidad de vida y la obesidad en grado III, por lo cual nuestro planteamiento al problema de investigación se enmarca en la pregunta:

¿Cuáles son las características que tiene la calidad de vida de las personas con obesidad grado III entre 20 a 65 años?

1.2 Objetivos del estudio

1.2.1 *Objetivo general*

- a) Describir las características de la calidad de vida en pacientes adultos con obesidad grado III atendidos en un Hospital de Lima Metropolitana.

1.2.2 *Objetivos específicos*

- 1) Comparar la calidad de vida en pacientes adultos con obesidad grado III, según sexo.
- 2) Comparar la calidad de vida en pacientes adultos con obesidad grado III, según edad.
- 3) Comparar la calidad de vida en pacientes adultos con obesidad grado III, según nivel de estudio.
- 4) Comparar la calidad de vida en pacientes adultos con obesidad grado III, según soporte familiar.
- 5) Comparar la calidad de vida en pacientes adultos con obesidad grado III, según ingreso económico.

1.3 Justificación del estudio

La Calidad de vida y la Obesidad son dos temas multidimensionales, pues su estudio demanda miradas desde diversos aspectos como el psicológico, el biológico o físico, el de relaciones sociales, el de relaciones con el ambiente, tal es así que la calidad de vida se afecta a medida que la enfermedad discapacita. La obesidad como enfermedad, también se estudia desde dimensiones diversas, entre ellas los aspectos biológicos, los aspectos psicológicos relacionados a la obesidad, los aspectos de relación medioambientales de los pacientes que la padecen, los factores psicosociales, económicos, el nivel educativo, como la forma inadecuada de alimentación; la obesidad es considerada como un problema mundial de salud pública, por ello es de importancia la investigación, nos permite conocer más las características psicológicas de esta enfermedad, en específico de la obesidad mórbida o de grado III, cuya comorbilidad es alta con asociación directa a otras enfermedades coadyuvantes conforme aumenta la edad, entre estas: enfermedades cardiovasculares,

enfermedades metabólicas, del sistema nervioso, entre otras; generando discapacidad y limitaciones de interrelación conforme avanza la edad y el desgaste funcional. Esta investigación es un aporte al conocimiento de las características psicológicas de la calidad de vida en pacientes con obesidad grado III. Estudio importante por tratarse de un tema que nos brinda elementos y conocimientos para tener en consideración mejoras en la intervención psicológica a través de tratamientos y/o programas, así como el instrumento empleado servirá para ser aplicado en instituciones con pacientes de similar condición. Asimismo, para motivar e incentivar nuevas investigaciones sobre el particular.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

En Chile, Zavala y colaboradores (2010), realizaron un estudio sobre la Actividad física y dieta saludable, percepción de peso y estrés en población adulta de Chile: Análisis de la encuesta de calidad de vida y salud 2006, encuentran en la población niveles elevados de sedentarismo, consumo bajo en frutas, verduras y niveles altos de obesidad en grupos etarios diferentes, además encontraron que la relación entre ser activo y nivel socioeconómico por quintiles, muestra que a medida que mejora el nivel socioeconómico, las personas hacen más actividad física y consumen más alimentos saludables, para la OMS el ejercicio físico junto a la alimentación saludable (consumo de frutas, verduras y lácteos sin grasa) constituyen elementos protectores para las enfermedades crónicas no transmisibles, siendo el mejor el ejercicio físico; En Chile existe el programa 5 al día Chile, consiste en consumir de 2 a 5 porciones de frutas y 80 gramos de verduras, para llegar a 400 gramos diarios en consumo, recomendación de la OMS para cada persona, para prevenir cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes y obesidad. Juan Pablo Zavala y colaboradores, encontraron en la mayor percepción de peso, relación con el sedentarismo; así también el nivel socioeconómico a medida que es más alto correlaciona con ejercicios y alimentación saludable, en referencia al estrés no halló relación de grado significativo respecto a actividad y sedentarismo, sólo una leve tendencia; además halló que el estrés era mayor en los niveles socioeconómicos bajos.

En Brasil, Chagas y Neves (2015), hicieron un estudio transversal del tipo analítico sobre la Evaluación de Calidad de Vida de personas con obesidad mórbida, aplicaron el WHOQOL-Bref a 50 pacientes; 11 buscaron tratamiento en el Programa de Atención a la Hipertensión y la Diabetes” (PAHD) y 39 atendidos por nutricionistas del “Núcleo de Apoyo y Salud de la Familia” (NASF), edad ≥ 18 años, con un IMC ≥ 40 Kg/m², se excluyó personas con síntomas psiquiátricos graves; el 66% pertenecía a la clase económica C, conforme al Criterio de Clasificación Económica Brasil (ABEP, 2012 - Clase A1: 42 – 46 puntos; A2: 35 – 41; B1: 29 – 34; B2: 23 – 28; C1: 18 – 22; C2: 14 – 17; D: 8 – 13; E : 0 - 7), el 86% era del sexo femenino y el 14% del sexo masculino, la edad media fue de 38,8 años. El predominio del IMC, fue de obesidad mórbida (90%) con índice de 40 a 50 kg / m². Olivera Chagas y Mello Neves encontraron: En cuanto al nivel de escolaridad, el 50% poseía la enseñanza media y el 40% la enseñanza fundamental (desde analfabeto a primario incompleto, clase económica C, C1, D, E). Se usó WHOQOL-Bref y el SF-36, ambos miden calidad de vida. Se halló en el WHOQOL-BREF, que el dominio medio ambiente, estaba más afectado con media 53,06 y el más conservado fue el dominio social con media 66.

En relación a la edad, se encontró en el dominio capacidad funcional, mayor afectación (menor puntuación) en las personas mayores de 40 o más que en los de 20 a 39 años. En relación a la variable sexo, se encontraron que las personas del sexo femenino tenían más baja calidad de vida respecto a las personas del sexo masculino, en los aspectos físicos, dolor, aspectos sociales y salud mental. Respecto a la escolaridad y la clase económica, los de clase D mostraban menor puntaje, por lo cual menor calidad de vida, que los de clase económica B y C; además respecto a la escolaridad, los de nivel medio presentaban menor calidad de vida que los de nivel fundamental (desde analfabetos hasta primaria incompleta) y superior.

En España, Suárez Gómez (2015), en su tesis doctoral el Análisis en población obesa mórbida de los cambios en cuanto a hábitos alimentarios, personalidad, malestar psicológico y calidad de vida tras la cirugía bariátrica y la asociación con la pérdida de peso postcirugía, realizado entre 2005-2014, con una muestra de 262 pacientes, con obesidad mórbida, 187 mujeres y 75 varones entre 18 y 67 años, candidatos a cirugía bariátrica; en Murcia, España. El estudio es transversal,

prospectivo y para analizar factores sociodemográficos, retrospectivo. Se encontró, que entre las diversas mediciones se usó la escala WHOQOL-BREF en pacientes antes de la cirugía, en la cual se halló la Calidad de Vida baja en los dominios salud física y salud psicológica; además en malestar psicológico obtuvieron puntuación alta en depresión y somatización.

En Brasil, Jakovljevic y colaboradores, realizan un estudio sobre “Curso de vida socio-económica y obesidad entre adultos en Florianópolis, sur de Brasil” (Jakovlievic, 2017), en una muestra de 1222 adultos cuyas edades fluctúan entre 22 y 63 años, se encontró que la trayectoria socioeconómica fue analizada mediante el nivel educativo de los padres y los propios participantes. La medición de altura, peso y circunferencia de cintura fue realizada por personal especialmente entrenado. El índice de masa corporal y la circunferencia de cintura medios fueron aproximadamente $2\text{kg} / \text{m}^2$ y 6cm más bajos en mujeres con una posición socioeconómica alta, mientras que la asociación se revirtió en hombres con una posición socioeconómica alta, con ancho de cintura siendo aproximadamente 4 cm más alto. Además, mujeres de alto nivel socioeconómico, de modo continuo, eran menos probable de hallarse en ellas obesidad de característica abdominal; mientras que, no se encontró esa asociación en los hombres. El estudio concluye que el curso de la vida socioeconómica influye en el índice de masa corporal, la circunferencia de cintura (CC) y la obesidad, con diferencias entre hombres y mujeres, lo que indica que las políticas públicas que contemplan un enfoque del ciclo de vida socioeconómico pueden ser eficaces para controlar la obesidad.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Medina y Morey (2006), en Arequipa, estudiaron a los adultos de edades entre 20 a 80 años, en 626 familias, siendo la muestra de 1878 con sobrepeso y obesidad (1011 de sexo femenino y 867 de sexo masculino); encontraron prevalencia de obesidad de 17.6% y de sobrepeso de 41.8%, superando alrededor del 60% el nivel de normopeso, hallándose en promedio un IMC de 26.2, sobrepasando así lo recomendado por la OMS para poblaciones adultas (IMC de 21.0 a 23.0). Los grupos etarios se separaron en edades de 20-34, 35-49, 50-64 y 65-80 años. Excluyeron embarazadas, diagnóstico previo de neoplasias malignas y residentes en menor de 5 años en esa ciudad. Hallaron que las de sexo femenino alcanzan una prevalencia de

20.5% en obesidad; mientras que los de sexo masculino obtienen un 14.7%; en cuanto al sobrepeso, los de sexo masculino puntúan en 47.8%, que las de sexo femenino, que puntúan en 35.9% de prevalencia; considerando además que la obesidad se ve incrementada hasta los 49 años en hombres y en mujeres el incremento es creciente hasta los 64 años.

Dongo; Tarqui-Mamani y colaboradores (2012), en su estudio el Sobrepeso y Obesidad: Prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana; cuya información obtuvieron del censo nacional de hogares (ENAH0, 2007), de 22,640 viviendas, el muestreo fue probabilístico, multietápico y estratificado, independiente en cada departamento del Perú. En sus resultados encontraron incremento de prevalencia de sobrepeso se da desde los 20 años, donde uno de cada tres adultos jóvenes y dos de cinco adultos y uno de cada cinco adultos mayores se ven afectados. En el caso de niños de 5 años a 9 años, la prevalencia de obesidad es similar que lo hallado en adultos jóvenes.

Pajuelo Ramirez (2017), estudia la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en los integrantes de hogares peruanos reflejan un problema de salud, siendo la prevalencia mayor en adultos que en niños, así mismo la edad escolar de 5 a 9 años tiene una prevalencia en obesidad de 14.8% según la ENAH0 2013-2014 y la OMS (2013). En adultos la prevalencia según ENAH0 (2012-2013) y ENAH0 (2013-2014), la obesidad en adultos en el grupo etario de 20 a 29 años subió de 9.9% a 12.6%, en prevalencia; siendo mayor en área rural que urbana y en pobre extremos se incrementó más en los de 20 a 29 años, donde la variación va de 6.6% a 15.2%. De esta manera se muestra que la población más vulnerable se encuentra en la condición de pobreza y el grupo etario de 20 a 29 años.

Vera (2007), en relación a la Calidad de vida, publicó tesis doctoral Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia, estudio que fue realizado con adultos mayores de 68 a 80 años, en ellos se halló que la calidad de vida se relacionaba a la paz, tranquilidad, amor, protección familiar vivenciada, en el uso de sus derechos a expresión libre, decisión y comunicación; decayendo este nivel si no obtiene necesidad de seguridad, estabilidad, posesión y pertenencia. De esta manera la necesidad de amor y afecto las sitúan en el nivel básico de las llamadas

necesidades básicas, mientras que las de autorrealización requiere del apoyo familiar para conseguirse.

Márquez-Montero en el 2011, publicaron tesis Calidad de vida vinculada a salud en población migrante rural-urbana y población urbana en Lima, Perú, aplicaron a 307 personas, la encuesta WHOQOL-Bref, de los cuales el 62,2% eran migrantes y 37,8 de área urbana, de edades 30 a 88 años y edad promedio de 47 años, de los cuales 62.2% migrantes y 37.8% de origen urbano, mediante Kruskal-Wallis evaluaron dimensión de los efectos, hicieron mediciones y comparaciones de las puntuaciones globales y en específico de dominios. Hallaron que la población urbana tenía una ventaja de 3 años en estudios, sobre la rural; que a nivel global la población urbana tenía mayor autopercepción sobre la calidad de vida que el grupo migrante, en dominios psicológico y ambiente; y en el grupo de migrantes, el dominio físico predominaba sobre el grupo urbano, en puntuación del WHOQOL-Bref.

2.2 Bases teóricas de la investigación

2.2.1 Modelos teóricos de salud y enfermedad

2.2.1.1 El modelo biopsicosocial. Surge para superar el dualismo mente-cuerpo, donde la mente era entendida como parte del dominio espiritual e incapaz de modificar la estructura física o biológica; superando así al modelo biomédico. El rol que la conducta cumple dentro de los más serios problemas de salud ha significado un reto para el modelo médico tradicional, el cual considera a la enfermedad como un fenómeno puramente biológico, resultado de esta creencia, la comunidad científica médica y psicológica ha mostrado un creciente interés en un modelo mucho más amplio de salud y enfermedad el cual involucra variables psicológicas y sociales y su interacción con procesos biológicos. Este es el modelo Biopsicosocial (Engel, 1977., Miller, 1983., Knowles, 1977), el cual toma en consideración el sistema de creencias tanto del médico como del paciente en relación a la enfermedad y el rol que la conducta del paciente cumple dentro del desarrollo de ésta.

El modelo biopsicosocial fue desarrollado por Engel (1977), quien busca integrar el aspecto biológico del ser (sean factores genéticos, virales, o de alteraciones estructurales, entre otros), factores psicológicos (por ejemplo: factores cognitivos, creencias, rasgos de personalidad, entre otros), y factores sociales (ejemplo: el contexto donde vive, el tipo de familia, el nivel de estudios, entre otros). Así este modelo se aparta del modelo biomédico y sostiene que son determinantes de la salud y enfermedad, la interacción de los factores biológicos, psicológicos y sociales.

Desde este nuevo modelo, el ser como ente biopsicosocial, se hace responsable en preservar su salud, pues el estilo de vida que lleve puede mejorar su salud o afectarlo, potenciando así la responsabilidad, la autonomía para el manejo del tratamiento y no dejando éste en manos exclusivas del médico. Es así que la persona pasa a tener importancia en la curación, en la adhesión al tratamiento, como en el cambio de conductas poco saludables (Amigo, 2016). A su vez este modelo ya no se enfoca sólo en el daño físico o estructural, sino al conjunto de la persona en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales de modo interactivo, sean estas modificar conductas insalubres, los modos de afrontamiento a las condiciones y contextos coadyuvantes a la aparición de la enfermedad. En este modelo la salud/enfermedad es visto como un proceso continuo, donde ni la salud, ni la enfermedad son condiciones estáticas y polarizadas; siendo factible, así como la afectación biológica puede alterar los componentes psicológicos (por ejemplo: sea en el ánimo, conducta o cognición, entre otros), las condiciones psicológicas pueden desarrollar y/o mantener una enfermedad, debida a la continua interacción mente-cuerpo-contexto social. De este modo este modelo se adecúa a la perspectiva holística del siglo XX, así salud y enfermedad están multideterminadas, interviniendo en esto macroprocesos y microprocesos. También es adecuado señalar que la teoría de sistemas explica este modelo biopsicosocial, pues los subsistemas (biológico, cognitivo, social, cultural, ambiental) están interrelacionados y modificaciones en alguno de ellos altera la totalidad individual, los procesos de causalidad son diversos y circulares más que lineales.

Es preciso también señalar que este modelo pone atención a los aspectos de promoción y prevención de la salud, donde son de importancia variables medioambientales, sean físicas, sociales u otras que interactúan con la persona; de este modo la intervención terapéutica debe integrar variables biopsicosociales en cada parte del proceso, de otro lado estimula la creación de nuevas estrategias, donde la decisión personal interactúa con la responsabilidad social (Oblitas, 2010).

2.2.1.2 La teoría sociocognitiva. Bandura, 1986, reformula su teoría del aprendizaje social, llamada también como teoría cognitiva social, en la cual muestra cómo los procesos cognitivos de los pensamientos interactúan con la emoción y la conducta humana. Para Bandura, en el aprendizaje observacional los eventos cual estímulos que se evidencian como modelo, se retienen, se transforma en representaciones simbólicas, las que se evidencian en conductas ante estímulos ambientales, guiando así el comportamiento. Esto toma el nombre de condicionamiento vicario. Bandura (1969) hace diferencia entre aprendizaje y ejecución, siendo la ejecución dependiente de la conducta aprendida por reforzamiento. El aprendizaje vicario, como forma de condicionamiento superior, constituyen los aprendizajes que explican la mayoría de las conductas humanas, en relación a los aprendizajes por experiencia directa.

Bandura da una visión cognitiva de la imitación, formulando el principio de determinismo recíproco, es decir, la influencia interactiva entre el comportamiento y el medio, donde los procesos cognitivos son mediadores, cual sistema representacional con cualidades de determinar el comportamiento a elucidar, producto de la sincronía de cualidades ambientales y personales. Define la expectativa de resultado como el grado en que una persona considera que a una conducta le va a seguir un resultado. La expectativa de resultado se complementa con la de autoeficacia, que se refiere al grado en que la persona se considera capaz de realizar la conducta en cuestión (Bandura, 1997). Los conceptos de la expectativa de autoeficacia y percepción de control (teoría de la conducta planificada), tienen similitud como conductas que se refieren a que la persona se considere capaz de ejecutar una conducta, la cual interactúa con factores personales, influencias del ambiente, de modo continuo, dinámico y

recíproco (determinismo recíproco). Implica que una persona puede ser tanto un agente como simplemente responder a un cambio ambiental. El Aprendizaje observacional constituye uno de los constructos más relevantes en las intervenciones para cambiar las conductas de salud.

Los aportes de Bandura se han reflejado en aplicaciones del aprendizaje observacional, el planteamiento del aprendizaje social, impulsa los aspectos cognitivos y la noción de autocontrol, las técnicas de modelado y de autocontrol se basan en el aprendizaje vicario. Imprescindible será enseñar a las personas estrategias de autorregulación (Sanjuán 2011), para poder lograr eliminar conductas indeseables o implementar conductas saludables, (Sanjuan Suárez & Rueda Laffond, 2014), una de las muchas que hay es la planificación o implementación de la intención, consiste en planificar anticipadamente qué conducta se va a iniciar, cuándo se va a realizar, dónde se va a realizar, y por cuánto tiempo se va a mantener.

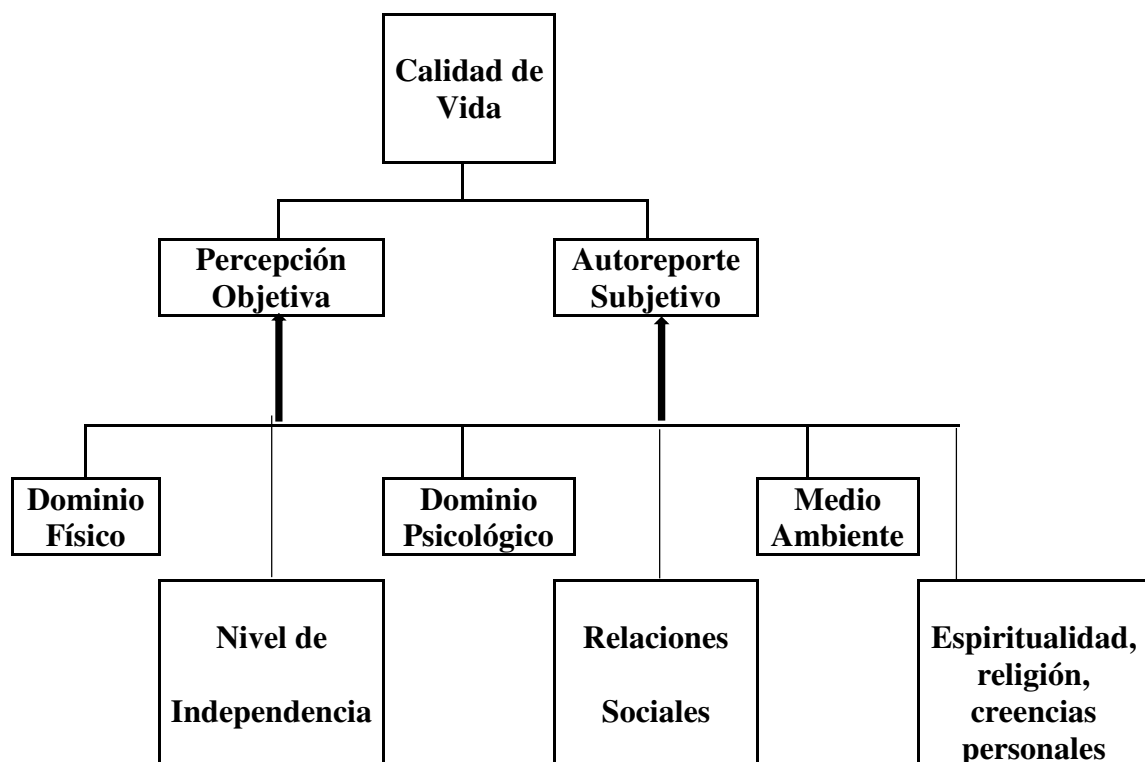
2.2.2 La calidad de vida

El concepto calidad de vida, a través del tiempo cobró relevancia, estando en principio orientado al cuidado personal, luego a la higiene pública, alcanzando el marco de derechos humanos (civiles, laborales), el acceso al bienestar económico, experiencia cotidiana de vida en lo social, la salud y posteriormente la interrelación con el ambiente y con los otros. Es así que la calidad de vida se ha relacionado con un estilo de vida de forma positiva, donde el bienestar pasó de ser superfluo a ser necesario y esencial, algo indispensable. De este modo la salud, más que enfocarse en la curación de la enfermedad, se enfoca en la vida, en la promoción de ella, buscando el bienestar integral, dándose un salto en y de la calidad de vida, empoderando así al individuo para evaluar, apreciar, cuidar, amar, su quehacer cotidiano; teniendo en cuenta sus placeres, sus visiones culturales, sus ritos y costumbres que se orienten al placer de vivir y las ganas de vivir en estados saludables en la cultura, la sociedad, sus aspectos psicológicos, y su salud biológica o física.

Es importante también considerar que en la carta de Ottawa (World Health Organization, 1986) se identifica dentro de los prerrequisitos para la salud (Sanjuán Suárez & Rueda Laffond, 2014), la educación, alimentación, ingresos económicos, la importancia de las organizaciones, las conductas y capacidades personales para crear una mejora en la salud; encontrándose además, en las investigaciones el predominio en el sexo femenino, con bajos recursos económicos, bajo nivel educativo y con pocos apoyos sociales, razones a incluir como variables en la investigación (visto en gráfico 1).

Gráfico 1.

Diagrama del modelo conceptual de la OMS de la calidad de vida



Fuente. Revista Terapia psicológica 2012, Vol. 30, N° 1, 61-71 (Urzúa M., 2012).

De esta manera la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus

objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (OMS, 1994), sería la definición y forma de medir la calidad de vida para la OMS; para 1998, la OMS se refiere a la calidad de vida en el ...cómo el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en el cual vive, en relación con los objetivos, criterios y expectativas; esto matizado con su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales. En la OMS, existe un grupo (WHOQOL, 1995, 41), abocado al estudio de éste tema, en la cual refiere varios aspectos en relación a medición de calidad de vida y salud, de amplia aceptación por muchos que hacen investigación en esta temática, en diversos países, por tratarse de un documento multicultural. Existen así, aspectos objetivos, que son las condiciones materiales de vida y los aspectos subjetivos, que se relacionan al bienestar sentido o satisfacción autopercebido de su vida. La obesidad como condición patológica y la evaluación en estos pacientes, se convierte así, en un factor importante en las enfermedades limitantes o generadoras de discapacidad física y funcional, pues para nuestra investigación es de importancia conocer cómo se relaciona la calidad de vida en los pacientes adultos con obesidad grado III. También señalar, que hay consenso en la medición de calidad de vida en relación a la salud [Grupo WHOQOL, (1995)]; refieren que éstas se integran en esferas y facetas, para su elaboración se basaron en una muestra de 4800 personas, pertenecientes a contextos culturales diversos, muestra compuesta por varones y mujeres, eligiendo además sujetos sanos a fin de hacer comparaciones, dando por resultado la elaboración de un cuestionario multicultural con 100 preguntas (WHOQOL-100), las que se agruparon en seis (6) ámbitos, así tenemos:

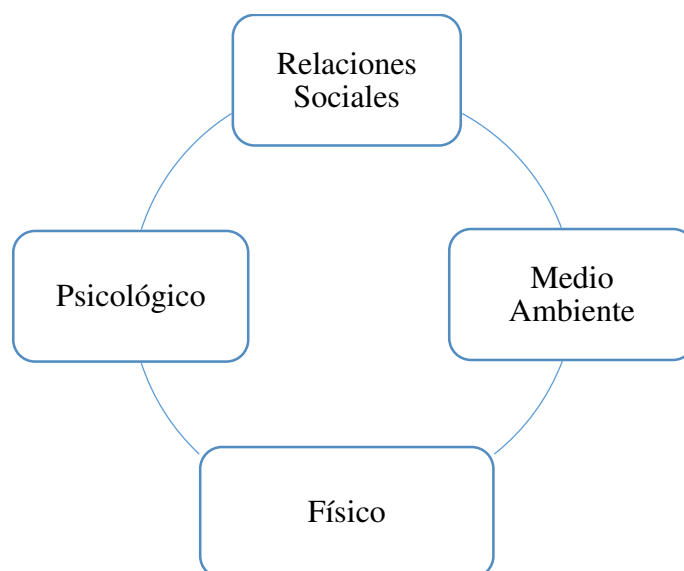
Ámbito I - Ámbito Físico, Ámbito II – Psicológico, Ámbito III - Grado De Independencia, Ámbito IV- Relaciones Sociales, Ámbito V - Medio, Ámbito VI - Espiritualidad/Religión/Creencias Personales. Las 4 facetas relacionadas a la calidad de vida global y percepción subjetiva de la salud, son cuatro ítems de autopercepción que nos provee de la información global en esos dos aspectos: la visión en lo global de la Calidad de vida y lo relacionado a la Salud general; el primer grupo de 150 personas eran en edades menores o iguales a 45 años y el segundo grupo, equivalente al otro 50% muestral, eran de edades mayores a 45;

el 50% masculino y el 50% femenino; además consideró 250 personas con enfermedad o discapacidad y 50 personas en estado saludable, considerado así, por la propia cultura.

El WHOQOL se constituye así en el mayor instrumento de mayor validez intercultural en su género (J. Orley, 1996. Vol. 17). Para nuestra investigación se utiliza la versión abreviada, la escala WHOQOL-BREF que considera cuatro (4) ámbitos o esferas, desarrollados en 24 ítems y dos ítems relacionados a la autopercepción de la salud general y de la calidad de vida, la puntuación va de 0 a 100; es de importancia señalar que en nuestro país, sólo tenemos la validación del WHOQOL-BREF versión abreviada, de 26 ítems, de una muestra en Chiclayo, con pacientes con artritis reumatoide, (Castillo, 2014), publicada en la tesis: Calidad de vida y depresión en pacientes con artritis reumatoide de un centro hospitalario, Chiclayo 2012, realizada por Castillo (2012).

Gráfico 2.

Esferas o ámbitos adoptadas en el instrumento para evaluar la calidad de vida



*Fuente. Adaptado de: Foro Mundial de la Salud * Volumen 17 * 1996. pp. 386.*

(OMS, La gente y la salud ¿Qué calidad de vida?, 1996).

2.2.3 La obesidad como problema multidimensional

A nivel mundial la Obesidad es un problema de salud, con connotaciones significativas en algunos países, algunos señalan que ya es una epidemia, entre ellos EE.UU. donde el 25% de mujeres tienen obesidad mórbida, en el Reino Unido es del 15 al 17%; en Samoa la mitad de la población es obesa, en China y Japón la prevalencia es muy baja (Valdés y Williamson, 2002), referenciado por Bennett (2008) (Bennett, 2008). Nuestra investigación se enfoca en la posibilidad de existencia de relación entre la calidad de vida y la obesidad en pacientes adultos con grado III de obesidad.

La obesidad como problema de salud pública es de interés primordial, pues su crecimiento a nivel mundial es prioridad sanitaria, en todas las edades, alcanzando aún a los niños. Es conocido también los factores asociados tanto de origen heredado como de riesgo asociados, sean la falta de ejercicio, el sedentarismo, alimentación rica en grasas y calorías, entre otros, y a nivel psicológico se encuentran en los bajos niveles de calidad de vida asociada a la salud, la insatisfacción corporal, la baja autoestima, las alteraciones relacionadas con la ansiedad, las alteraciones del espectro depresivo, los problemas en el control de los impulsos, entre otros (Baile A.J. y Gonzáles C., 2013). La obesidad como tal es un complejo interactivo de sistemas y subsistemas interactuantes, desde lo genético, lo biológico, la nutrición, factores psicosociales, la condición económica, el estilo de vida sedentario, y patrones culturales como costumbres, ritos celebratorios, es por ello que su abordaje es multidisciplinario, *La obesidad es una enfermedad multifactorial y compleja en cuyo desarrollo intervienen factores genéticos, conductuales y ambientales. Es un problema biológico asociado con los aspectos psicológico, social y educativo del individuo que la presenta. De progreso lento y gradual, la obesidad es resultado del desequilibrio entre la ingesta de nutrientes y el gasto de energía (Riebeling 2014, p.23.)*. La obesidad, en tanto, ruptura del equilibrio homeostático, afecta sistemas orgánicos funcionales, metabólico, molecular, y/o subsistemas reguladores del metabolismo, necesidades energéticas y reposición de materia-energía, insertas en este modelo biopsicosocial, donde también interviene la ecología y la cultura. La homeostasis, anabolismo-catabolismo, brinda el estado salubre del organismo, lo cual está sujeta a cambios por las actividades fisiológicas en función de las

necesidades dadas por la edad; mientras que su desequilibrio lleva al sobrepeso y la obesidad. El proceso anabólico se inicia con la ingesta, a causa del hambre, donde los alimentos ingeridos son transformados, siguiendo el balance consumo y gasto de energía-materia. El catabolismo se refiere al cómo se da la obtención de energía y la reconstrucción orgánica, a través de la nutrición, donde se degradan los alimentos.

2.2.3.1 Obesidad, grados y mediciones. La obesidad es el acúmulo de grasa en el organismo, siendo más relevante la grasa abdominal, por el aumento de peso que genera, rompiendo el equilibrio consumo-gasto energético, según peso, talla, edad. Este acúmulo de tejido adiposo afecta la salud y es comorbilidad a otras enfermedades, disminuyendo los años de esperanza de vida. Se considera valores normales de tejido graso del 20% al 25% del peso corporal en mujeres; mientras que, para el caso de los hombres la variabilidad va del 15% al 18% de su peso corporal. Las superaciones de límites superiores de estos intervalos marcarán el inicio de sobrepeso y obesidad si la proporción de masa grasa será en mujeres de más del 32% de su peso corporal y en hombres en más del 25 % de su peso corporal. La obesidad, como enfermedad es catalogada por la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), (Salud, 1992) incluida, en el capítulo de enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas; los tipos de obesidad a diferenciar son: Obesidad debido a exceso de calorías (E66.0). Obesidad inducida por drogas (E66.1). Obesidad extrema con hipoventilación alveolar (E66.2), otros tipos de obesidad (E66.8), (CIE-10). La obesidad no está considerada dentro de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa). Todos estos diagnósticos están incluidos en la CIE-10, capítulo IV que corresponde a enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00–E90) (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Oficina Sanitaria Panamericana, 2008).

Siguiendo a Baile (2013), la evaluación se puede hacer desde perspectivas diversas:

- a) Estimar la situación corporal. - Busca la existencia de exceso de grasa como indicador biológico.
- b) Estimar la condición metabólico-nutricional. - Analiza la alteración fisiológica / alimentaria que condiciona la obesidad.

- c) Estimación psicosocial. - Analiza posibles factores psicológicos que promueven la obesidad, valorando condiciones psicosociales del estado de salud.

Cabe señalar que la evaluación más habitual, es la antropométrica. La más tradicional es la medida de peso, no es el mejor indicador, lo que hoy se usa es la proporción de grasa corporal, la cual para su medición del exceso de grasa en el cuerpo se usan estrategias diferentes:

- a) Técnicas clínicas: desde aparatos de impedancia bioeléctrica o bioimpedancia para determinar la cantidad de masa magra y masa grasa mediante circulación mínima de corriente eléctrica por el cuerpo, donde la grasa corporal actúa como resistencia al paso de corriente mínima entre la mano y el pie; la diferencia de peso corporal en seco vs. sumergido en agua en relación a su volumen, aunado a datos de densidad se estima el porcentaje de masa grasa; hasta la absorciometría dual por rayos X, se mide la captación fotónica de tejidos corporales, calculando distribución y porcentaje de tejido graso.
- b) Técnica de estimación por pliegues cutáneos: es sencilla, requiere un calibre antropométrico y aplicar fórmula matemática, pese a que se pueden tomar tres o siete pliegues; Aristizábal, Restrepo y Estrada, plantean la medición, en el año 2007, Baile y González (2013), con tres pliegues (en hombres: pectoral, abdominal, muslo medio anterior; en mujeres: tricipital, supra espinal, muslo medio anterior).
- c) Técnica de estimación por el porcentaje de grasa del brazo, se mide la circunferencia del brazo a la altura bíceps/tríceps, dándonos referencias para hallar el porcentaje de grasa total del cuerpo, y para ello se hace dos mediciones:

P: pliegue altura del tríceps.

C: circunferencia en brazo, altura del brazo donde se mide pliegue.



Figura 1.

Medición de pliegue corporal.

Fuente.

https://www.google.com.pe/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjnm_mG7ZLXAhXJWSYKHbOzDtAQjRwIBw&url=http%3A%2F%2Fwww.dunixa.com%2Fque-es-un-plicometro-aprende

Los grados de obesidad, se dan por la relación del peso con el índice de masa corporal (IMC), siendo el grado I de sobrepeso, va del 10 al 25% del peso normal esperado en teoría; el grado II es el sobrepeso que va del 25 al 40%; el grado III supera el 40% de sobrepeso. Para medir obesidad se utiliza el IMC propuesto por Quetelet, el cual se caracteriza por la división dada entre el peso en kilogramos, sobre la talla expresada en metros cuadrados. El IMC en adultos es de 20 a 25 kg/m², cifras superiores a esto es sobrepeso, cifras ≥ 29.9 es obesidad en grados diferentes.

Tabla 1.

Clasificación del índice de masa corporal (IMC) según World Health Organization WHO, 1997

CLASIFICACIÓN	VALOR DEL INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	VALORACIÓN DE RIESGO/CO-MORBILIDAD
Obesidad grado 1	$\geq 30 - 34.9$	Riesgo moderado para la salud
Obesidad grado 2	$\geq 35 - 39.9$	Riesgo alto para la salud
Obesidad grado 3 (mórbida)	≥ 40	Riesgo muy alto para la salud

Fuente. Psicología de la obesidad. Esferas de vida. Complejidad y Multidisciplina. Dra. Raquel Del Socorro Guillén Riebeling, p. 96.

2.2.3.2 Aspectos biológicos. Mencionaremos lo relacionado a la ingesta de alimentos, causada por la homeostasis hambre y saciedad y sus factores convergentes: el apetito, sociales, placenteros, personales y culturales. En el mecanismo hambre-saciedad, son relevantes en la integración basal y los nutrientes conocidos como aminoácidos, glucostatos, colesterolatos y lipostatos, bajo el control de centros hipotalámicos. La actividad hepática es de suma importancia, pues regula: la actividad del piruvato, lactato, glicerol, aminoácidos y otros ácidos grasos, regula el glucógeno dependiente de glucosensores que controlan la ingestión de azúcar; así el hígado es vital en regular la conducta alimentaria. El piruvato intrahepático, relacionados con los factores de transcripción activadores (ATF), cumple función guía de los metabolitos, siendo también importantes para el control debido del metabolismo del hígado, la disminución de la insulina y los aumentos de glucógeno, la hormona adrenocorticotropa (ACTH), y descargas dadas en el sistema simpático.

Durante periodos largos de no ingesta (ayuno) disminuyen los niveles de ATF, por ende, del piruvato y ello despolariza membrana del hepatocito, esta información llega a centros hipotalámicos del control de ingesta vía el tracto del haz solitario a través del sistema nervioso autónomo. Los centros hipotalámicos controlan el proceso hambre-saciedad, para darse esto intervienen factores del SNA, así queda regulada la ingesta y distensión gástrica, que por la estimulación de sus receptores explican el suceso hambre-saciedad; de esta manera, la ingesta y sus mecanismos regulatorios describen las interacciones que tienen mediadores del sistema nervioso central y periférico, de la actividad del comer como un proceso discontinuo y multidireccional en su ritmo biológico.

La glucosa, como incremento en sangre, pese a inducir el hambre, y la administración de la misma como reductora, no explican de modo suficiente el control del suceso hambre-saciedad a largo plazo, ya que son breves en el tiempo; de allí que la regulación cronotrópica sea parte en la regulación homeostática de la ingesta, además de la secreción de insulina, el hígado como órgano, la leptina generada por el tejido adiposo, el sistema nervioso autónomo y los neurotransmisores químicos que intervienen. Es importante en el proceso de regulación de la ingesta: el piruvato, el lactato, el glicerol y el glucógeno; las señales sensoriales que generan estos, los aminoácidos, los ácidos grasos y otros cambios de temperatura generados por el gasto de energía en el suceso hambre-saciedad y su equilibrio. Moyer en 1984 (Guillén Riebeling, 2014), refiere la existencia de un glucoestado inductor del hambre, estos receptores abundan en los NVM y NL del hipotálamo y actúan bloqueando la acción de glucosa mediante 2-desoxiglucosa, llevando a la hiperfagia; mientras que, el incremento de glúcidos en sangre conlleva a la baja del hambre.

Respecto al tejido adiposo, desde 1999 aumenta su estudio siendo de interés la secreción de la leptina, proteína que producen los adipocitos, ésta regula la saciedad por modulación hipotalámica. En personas con obesidad se presentan mayores concentraciones plasmáticas de leptina en comparación con las personas delgadas. Al tejido adiposo se le considera, órgano endócrino, pues el tejido adiposo o graso se va considerando como un tejido endocrino por su producción e intervención en la regulación neuroendocrina, verificable en su variado mosaico de receptores.

Entre los neurotransmisores relacionados a la ingesta están: La noradrenalina, con regulación positiva, la serotonina de regulación negativa; la Galanina, inhibe la ingesta de grasas y activa la Adrenocorticotropa que comparte acción con dinorfinas y neuropéptidos Y e YY; dopamina se relaciona con ingesta alimenticia de alto grado de palatabilidad.

2.2.3.3 Características psicológicas. En esta parte se abordan aspectos psicológicos relacionados a la obesidad, estudios antiguos ya mencionaban que los pacientes con obesidad tenían razones distintas para comer que los que no tenían obesidad (Ogden, 2005). Ogden señala además que Schachter, en 1968, en su teoría de exterioridad, diferenciaba en base a las claves exteriores o interiores, las que seguían los pacientes, así los pacientes con obesidad dan respuesta con mayor intensidad a estímulos externos, de acuerdo a sus sentidos, mientras que los no obesos comían en respuestas a claves internas. Schachter y Rodin (1974), en su teoría emocional de la obesidad, añadieron que a estas claves en la obesidad se ven incrementadas emociones como ansiedad, miedo, aburrimiento y depresión. Bruch (1974) apoya este enfoque mediante su teoría psicósomática de la conducta de comer, la cual se centra en la interpretación de las sensaciones y la sensación de tener un vacío semejante al hambre y la comida se usa como sustituto de otras formas de consuelo emocional, señalado por Ogden, (2005). Perder peso en 5 a 10 por 100 del peso inicial reduce el riesgo de complicaciones que tiene la obesidad (WHO, 1998); además de mejorar el ánimo, la autoimagen del cuerpo y calidad de vida. Ya que existe prejuicio social y discriminación alta en los países industrializados en las personas con obesidad, pues incluso niños de 6 años describen la silueta de un niño con obesidad como perezoso, sucio, estúpido, feo, mentiroso y engañador con mayor frecuencia que los dibujos de otras formas de cuerpos. Muchas se perciben con imagen corporal alterada, con cuerpos como feos y creen que otros desean excluirlos de la interacción social, con mayor frecuencia en mujeres jóvenes de nivel socioeconómico medio alto y en las que presentan obesidad desde la infancia. A continuación, se describen hallazgos de investigaciones en obesidad relacionadas a los problemas psicológicos (Baile y Gonzáles, 2013):

Manucci, (2010), alteraciones psicopatológicas asociadas a la obesidad, son el principal factor determinantes de la calidad de vida en relación a la salud, realiza un

estudio en muestra de 1,886 adultos en condición de obesidad en Italia. Con anticipación, Stunkard y Wadden (1992) ya había corroborado que los pacientes obesos presentaban niveles mayores de patología.

Pickering, Grant, Chou y Compton (2007) entre el 2001 y 2002, encontró en Estados Unidos, mediante encuestas, que el sobrepeso y la obesidad se relacionaba con trastornos como estados depresivos, pánico, trastorno fóbico, trastorno de personalidad antisocial o trastorno por evitación; siendo diferentes en mujeres y hombres.

Pull (2010), hizo una revisión entre el 2006 al 2009 y encuentra que en obesidad mórbida estaba asociados niveles altos de psicopatología, entre estas, depresión, ansiedad, trastornos de alimentación y trastornos de personalidad.

Goldfielf, G. S., y colaboradores (2010), en un estudio realizado en 1490 adolescentes canadienses, demostró que los que tenían obesidad presentaban mayor insatisfacción corporal, mayores síntomas depresivos, como anhedonia, autoestima negativa, depresión en general, comparados con los adolescentes que tienen bajo peso o en condición de normopeso.

De lo revisado, en cuanto a variables psicopatológicas asociadas a la obesidad (Baile y Gonzáles, 2013), señalan las siguientes características:

- Peor calidad de vida asociada a la salud.
- Mayor insatisfacción corporal.
- Peor autoestima.
- Alteraciones relacionadas con la obesidad.
- Mayores alteraciones de personalidad.
- Mayores problemas de control de impulsos.
- Mayor consumo de sustancias.

2.2.3.4 Sobrepeso y obesidad en el Perú. En el Perú el nivel de sobrepeso es alto, y la obesidad como enfermedad no transmisible (ENT) constituyen un problema en la salud pública. La encuesta de hogares (ENAHOG, 2009-2010), aportan datos registrados en la investigación que hacen Doris Dongo, Carolina Tarqui- Mamani y colaboradores (ver tablas 2, 3,4 y 5), en un estudio “Sobrepeso y obesidad: Prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana” en el 2012 (Doris Dongo, 2012;29 (3)). Características asociadas a datos demográficos como a la calidad de vida, son ser mujer, vivir en área urbana, no ser pobre, estudios primarios y secundarios, lo cual implica el mayor desarrollo económico e incorporación de alimentación insalubre y estilo de vida inadecuado para la salud, lo que repercute en alimentación sana, el poco ejercicio físico y la calidad de vida. Conclusiones de este estudio muestra mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en población adulta que en población de niños (tabla 2) y son determinantes sociales: ser de zona urbana, no ser pobre, del peso excesivo; ser joven adulto masculino para el sobrepeso y ser adulto mayor femenina para la obesidad.

En el Perú, la obesidad y el sobrepeso ya es un problema de salud pública, la Asociación Peruana de Estudio de la Obesidad y Aterosclerosis, reporta que la obesidad en la adolescencia en los últimos 30 años pasó del 3% a 19% en algunos departamentos, en el mes de enero del 2018, en publicación del diario El Peruano, Juan Arroyo (2016), investigador de CENTRUM Católica, refiere sobre la obesidad en los adultos y que el Perú está a ocho puntos de los niveles más altos, registrados en la actualidad por Oceanía, Estados Unidos y México.

La OMS sostiene que la obesidad se duplicó en el mundo, para el 2014, la cifra superaba los 1 900 millones en los adultos de mayor edad a 18 años, en condición de sobrepeso, de estos 600 millones estaban en condición de obesidad; en relación a Sudamérica: Uruguay tiene un 27% de su población y Argentina con 26%, debido principalmente al consumo de carne; el Perú está por encima de Colombia y Brasil (superan el 20% ligeramente); Ecuador Bolivia y Paraguay tienen menores niveles de obesidad poblacional. En el Perú las propuestas legales para proteger a la población en relación a esta enfermedad no transmisible, avanzan con lentitud; en Junio del 2017 el diario El Peruano publica la reglamentación de la ley N° 30021, Ley de Promoción de la Alimentación Saludable, dirigida a niños-niñas y adolescentes; ésta,

contempla brindar a los ámbitos nacional, regional y local, sean públicos o privados, con enfoque multicultural, la aplicación de las normas para prevenir la obesidad, controlando, monitoreando, en los colegios estatales y particulares, sean mediante la promoción de quioscos, comedores, cafeterías escolares saludables, principalmente, la alimentación saludable, la disponibilidad de bebidas no alcohólicas en estado natural, mínimamente procesados, con disminución de azúcares, de grasas saturadas, de sodio y otras sales de sodio de origen industrial (disminución progresiva de glutamato de sodio para acentuar sabor, el benzoato, acetato y bicarbonato de sodio, como reguladores de acidez y conservantes), entre otros. Asimismo, la ley contempla la promoción del deporte y de la actividad física; también repara en vigilar la publicidad orientada a niños, también a las niñas y a los adolescentes, en relación a alimentos, bebidas sin alcohol. En el Perú el Ministerio de Salud (MINSA), está planteando el etiquetado tipo octogonal, identificando así el riesgo nutricional; este modelo es copiado de Chile, que lo usa hace algunos años. Este decreto legal se implementará progresivamente en el Perú, pues ha sido aprobada su reglamentación por decreto supremo N° 012-2018-SA, publicado en el diario El Peruano, cumpliendo así las recomendaciones dadas por la OMS, en cuanto a indicadores altos en los etiquetados octogonales; el gremio médico como el colegio de nutricionistas del Perú, apoyan este rotulado por ser más claro, sencillo y veraz, tanto para niños como adultos, ya que señala índices de alto en sodio, azúcares y grasas saturadas, superando al etiquetado semáforo, poco comprensible. Cabe señalar que la condición de obesidad mórbida (grado III) es una condición de riesgo muy alto para la salud, la cual se enfoca como un proceso continuo de la salud-enfermedad, vista en un contexto, donde factores socio-económicos, de educación, de apoyo familiar y otros, inciden en los aprendizajes de la alimentación y modos de relacionarse socialmente y con el ambiente, influyendo éste de forma dinámica en los factores psicobiológicos.

Se señala que normalmente el cuerpo humano de mujeres en cantidad de tejido graso tiene entre 20 a 25 por ciento del peso corporal, y en hombres esta cantidad de tejido graso va entre 15 al 18 por ciento del peso corporal; siendo la condición de obesidad en mujeres cuando la cantidad de tejido graso es mayor a 32% y en hombres mayor a 25% del peso corporal, esto a nivel de grasa corporal global (Baile A.J. y Gonzáles C., 2013).

Tabla 2.*Sobrepeso y obesidad en población peruana en el 2009-2010*

Grupo de edad	Total	Sobrepeso			Obesidad			Exceso de peso*		
		N°	%	(IC 95%)	N°	%	(IC 95%)	N°	%	(IC 95%)
<5 años (niño)	6005	298	6,4	(5,5 - 7,4)	73	1,8	(1,3 - 2,4)	371	8,2	(7,2 - 9,3)
5 a 9 años (niño)	8100	1034	15,5	(14,3 - 16,7)	523	8,9	(7,9 - 10,0)	1557	24,3	(22,2 - 25,8)
10 a 19 años (adolescente)	18540	1872	11,0	(10,3 - 11,6)	518	3,3	(2,9 - 3,7)	2390	14,2	(13,4 - 15,0)
20 a 29 años (adulto joven)	7633	2256	30,9	(29,5 - 32,4)	596	8,7	(7,8 - 9,8)	2852	39,7	(38,0 - 41,4)
30 a 59 años (adulto)	21981	8918	42,5	(41,5 - 43,5)	4173	19,8	(19,0 - 20,6)	13091	62,3	(61,3 - 63,3)
≥ 60 años (adulto mayor)	7267	1288	21,7	(20,3 - 23,2)	625	10,6	(9,5 - 11,9)	1913	32,4	(30,7 - 34,1)

*Exceso de peso: suma del sobrepeso y obesidad.

Fuente. Distribución del sobrepeso, obesidad y exceso de peso en población peruana. 2009-2010 (Doris Dongo, 2012;29 (3)).

En la tabla 2, observamos que el grupo etario con mayor incremento de sobrepeso y de obesidad, es el de 30 a 59 años (los adultos), pues alcanzan 62.3 % con exceso de peso (suma de sobrepeso y obesidad), a diferencia de los otros grupos etarios.

Tabla 3.

Distribución del sobrepeso y de la obesidad en adultos jóvenes (20-29 años) en el Perú

Categoría	Total	Sobrepeso			Obesidad			Exceso de peso*		
		N°	%	(IC 95%)	N°	%	(IC 95%)	N°	%	(IC 95%)
Hombre	3368	944	31,1	(29,0 - 33,4)	169	6,5	(5,2 - 8,0)	1113	37,6	(35,2 - 40,0)
Mujer	4265	1312	30,8	(29,0 - 32,6)	427	10,9	(9,6 - 12,4)	1739	41,7	(39,6 - 43,8)
Área urbana	5065	1590	32,4	(30,7 - 34,2)	466	9,8	(8,7 - 11,1)	2056	42,3	(40,3 - 44,3)
Área rural	2568	666	25,1	(23,1 - 27,2)	10	4,6	(3,8 - 5,7)	796	29,8	(27,7 - 31,7)
Pobre extremo	682	162	23,9	(20,3 - 28,0)	34	4,9	(3,3 - 7,1)	196	28,8	(24,8 - 33,2)
Pobre	1666	467	29,7	(26,8 - 32,8)	127	7,9	(6,3 - 9,8)	594	37,6	(34,4 - 41,0)
No pobre	5285	1627	31,8	(30,1 - 33,6)	435	9,3	(8,1 - 10,6)	2062	41,1	(39,1 - 43,1)
Costa	2129	708	33,2	(30,4 - 36,2)	234	10,9	(9,3 - 12,7)	942	44,1	(41,0 - 47,4)
Lima Metropolitana	844	285	33,8	(30,7 - 37,0)	92	11,4	(9,2 - 14,1)	377	45,3	(41,5 - 49,1)
Sierra	2769	714	27,3	(25,2 - 29,4)	120	4,3	(3,5 - 5,3)	834	31,5	(29,4 - 33,8)
Selva	1891	549	27,4	(24,9 - 29,9)	150	7,8	(6,5 - 9,3)	699	35,1	(32,6 - 37,7)

*Exceso de peso: suma del sobrepeso y obesidad.

Fuente. Distribución del sobrepeso, obesidad en adultos jóvenes (20 a 29 años).

Perú 2009-2010. (Álvarez D., y cols.). 2009-2010. (Álvarez D., y cols.).

En la tabla 3, observamos que la obesidad es mayor en mujeres (10.9 %) en relación a los hombres (6.5 %) para el grupo etario de 20 a 29 años a nivel nacional, con predominancia en el área urbana, aumentando la obesidad, según disminuye la pobreza.

Tabla 4.*Distribución del sobrepeso y de la obesidad en adultos (30-59 años), Perú*

Categoría	Total	Sobrepeso			Obesidad			Exceso de peso*		
		N°	%	(IC 95%)	N°	%	(IC 95%)	N°	%	(IC 95%)
Hombre	9596	3905	43,9	(42,5 - 45,4)	1222	14,8	(13,7 - 16,0)	5127	58,8	(57,3 - 60,2)
Mujer	12385	5013	41,1	(39,9 - 42,4)	2951	24,7	(23,6 - 25,8)	7964	65,8	(64,6 - 67,0)
Área urbana	13347	6025	45,4	(44,2 - 46,6)	3253	23,0	(22,1 - 24,1)	9278	68,4	(67,2 - 69,6)
Área rural	8634	2893	33,0	(31,7 - 34,4)	920	8,9	(8,1 - 9,7)	3813	41,9	(40,3 - 43,5)
Pobre extremo	2285	662	29,6	(27,3 - 31,9)	144	5,9	(4,8 - 7,3)	806	35,5	(32,9 - 38,1)
Pobre	4763	1713	38,4	(36,4 - 40,5)	710	16,5	(14,9 - 18,2)	2423	54,9	(52,8 - 56,9)
No pobre	14708	6543	45,0	(43,8 - 46,1)	3319	22,1	(21,1 - 23,1)	9862	67,0	(65,8 - 68,2)
Costa	5850	2590	45,0	(43,2 - 46,9)	1611	25,1	(23,6 - 26,7)	4201	70,1	(68,2 - 72,0)
Lima Metropolitana	2354	1088	46,5	(44,3 - 48,7)	560	23,5	(21,6 - 25,4)	1648	69,9	(67,8 - 72,1)
Sierra	8672	3159	37,3	(35,9 - 38,6)	1126	13,3	(12,3 - 14,3)	4285	50,6	(48,9 - 52,2)
Selva	5105	2081	40,1	(38,2 - 42,0)	876	15,5	(14,2 - 16,8)	2957	55,6	(53,4 - 57,7)

*Exceso de peso: suma del sobrepeso y obesidad.

Fuente. Sobrepeso y obesidad en adultos (30 a 59 años). Perú 2009-2010. (Alvarez Dongo D., y cols.).

En la tabla 4, para el grupo etario de 30 a 59 años, observamos que en Lima metropolitana el 23.5 % presenta obesidad; y presentan sobrepeso es de 46.5 %. Así mismo, en este grupo etario, a nivel nacional, se observa que el aumento de peso es mayor en varones (43.9 %) en cambio en las mujeres es del (41.1 %); en cuanto a la obesidad es mayor en mujeres (24.7 %) y menor en varones (14.8 %); en los dos casos aumenta el grado en zonas de área urbana y aumenta acorde a la disminución del nivel de pobreza.

Tabla 5.

Distribución de sobrepeso y obesidad en adultos mayores (≥ 60 años) en el Perú

Categoría	Total	Sobrepeso			Obesidad			Exceso de peso*		
		N°	%	(IC 95%)	N°	%	(IC 95%)	N°	%	(IC 95%)
Hombre	3398	532	19,4	(17,5 - 21,5)	160	6,3	(5,1 - 7,8)	692	25,7	(23,5 - 28,0)
Mujer	3869	756	23,9	(21,9 - 26,0)	465	14,5	(12,9 - 16,4)	1221	38,4	(36,1 - 40,8)
Área urbana	3859	973	26,3	(24,5 - 28,3)	498	13,1	(11,6 - 14,7)	1471	39,4	(37,3 - 41,5)
Área rural	3408	315	8,3	(7,3 - 9,5)	127	3,6	(2,9 - 4,4)	442	11,9	(10,6 - 13,3)
Pobre extremo	915	45	5,3	(3,7 - 7,4)	11	1,3	(0,7 - 2,5)	56	6,6	(4,8 - 8,9)
Pobre	1394	159	13,8	(11,3 - 16,7)	73	7,4	(5,4 - 9,9)	232	21,1	(17,9 - 24,7)
No pobre	4958	1084	25,1	(23,4 - 27,0)	541	12,3	(10,9 - 13,8)	1625	37,5	(35,5 - 39,5)
Costa	1859	496	26,5	(24,0 - 29,2)	277	14,2	(12,1 - 16,6)	773	40,7	(38,0 - 43,5)
Lima Metropolitana	702	197	28,4	(25,0 - 32,0)	102	14,2	(11,6 - 17,4)	299	42,6	(38,7 - 46,6)
Sierra	3500	398	13,1	(11,6 - 14,7)	167	5,5	(4,6 - 6,5)	565	18,6	(16,8 - 20,5)
Selva	1206	197	16,1	(13,6 - 19,0)	79	6,9	(5,0 - 9,3)	276	23,0	(20,0 - 26,2)

*Exceso de peso: suma del sobrepeso y obesidad.

Fuente. Sobrepeso y obesidad en adultos mayores (≥ 60 años). Perú 2009-2010.

(Doris Dongo, 2012;29 (3)).

En la tabla 5, observamos en adultos mayores (≥ 60 años), el aumento de peso (sobrepeso) y la obesidad se dio en mayor grado en mujeres, con predominio en el área urbana, incrementándose conforme disminuye la pobreza.

Tabla 6.

Estado de nutrición, IMC promedio en mujeres de 15 a 49 años, relacionada a la obesidad (≥ 30)

PERÚ: ESTADO DE NUTRICIÓN DE LAS MUJERES DE 15-49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2014 (Porcentaje)										
Característica Seleccionada	Índice de masa corporal 1/									Número de mujeres
	Normal		Delgada			Sobrepeso / obesa			Número de mujeres	
	18,5 - 24,9		< 18,5 Total	17,0 - 18,4	< 17	≥ 25,0	25,0 - 29,9	≥ 30,0		
	IMC promedio	IMC normal	Ligeramente delgada	Moderada y severamente delgada	Total sobre-peso / obesa	Solo sobrepeso	Solo obesa			
Edad										
15-19	23,2	70,9	4,7	3,8	0,9	24,5	19,9	4,6	4 082	
20-29	25,5	48,8	2,0	1,6	0,5	49,2	35,4	13,7	6 799	
30-39	27,7	28,9	0,4	0,4	0,0	70,7	43,4	27,3	6 594	
40-49	28,6	22,3	0,3	0,1	0,1	77,4	44,4	33,0	6 021	
Nivel de educación										
Sin educación	26,7	37,6	0,9	0,7	0,2	61,5	41,6	19,9	484	
Primaria	27,3	32,9	0,6	0,4	0,2	66,5	40,7	25,8	4 425	
Secundaria	26,4	42,0	2,0	1,6	0,4	56,0	35,2	20,8	11 062	
Superior	26,2	42,2	1,6	1,3	0,3	56,2	37,9	18,3	7 526	
Quintil de riqueza										
Quintil inferior	25,4	49,6	1,5	1,1	0,4	49,0	35,8	13,2	3 804	
Segundo quintil	26,6	38,1	1,3	1,2	0,2	60,6	38,7	21,8	4 604	
Quintil intermedio	27,0	36,5	1,6	1,3	0,3	61,9	38,0	24,0	5 109	
Cuarto quintil	26,8	37,7	1,7	1,3	0,4	60,6	37,4	23,1	5 081	
Quintil superior	26,4	41,6	1,8	1,4	0,4	56,6	36,1	20,5	4 899	
Total 2014	26,5	40,3	1,6	1,3	0,3	58,2	37,3	20,9	23 497	
Total 2009	25,7	47,6	2,0	1,7	0,3	50,4	34,7	15,7	21 941	
Nota: El Índice de Masa corporal (IMC) se expresa en kilogramos por metro cuadrado, es decir, se calcula como el cociente entre el peso (expresado en kilogramos) y el cuadrado de la talla (expresado en metros).										
1/ Excluye mujeres embarazadas y mujeres con algún nacimiento en los dos meses anteriores.										
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.										

Fuente. Instituto Nacional de Estadística e Informática – ENDES-2014.

En la tabla 6, según la encuesta demográfica y de salud nacional (ENDES 2014, p. 322), el peso promedio en mujeres es de 61,6 kilos, siendo el 20,8% las mujeres que pesaron mayor o igual a 70 Kgs.; además se encontró que el 37,3% de estas mujeres tenían sobrepeso y el 20,9% obesidad. Por grupo etario, la encuesta demográfica refiere: *los mayores porcentajes de sobrepeso se presentaron en las mujeres de 40 a 49 años de edad (44,4%), al igual que para la obesidad (33,0%); mientras, que los*

menores porcentajes se dieron en el grupo de 15 a 19 años de edad (19,9% de sobrepeso y 4,6% de obesidad)...El grupo de mujeres sin educación presentó el mayor porcentaje de sobrepeso (41,6%) y en el caso de la obesidad, las mujeres con educación primaria (25,8%), p. 322. Además, entre 30–39 años presentan obesidad 27.3% de mujeres, y entre 40–49 años el 33% registra obesidad.

2.2.3.5 A nivel de centro hospitalario. El problema del sobrepeso y obesidad en registros de EsSalud (2015), muestra que, de la población asegurada determinada de 7, 283, 426; presentan 2, 575, 604 obesidad, lo cual corresponde al 35,4% de la población asegurada. Por otra parte según la medida antropométrica del perímetro Abdominal las mujeres presentan en un 68,6% obesidad, a diferencia de los hombres que presentan el 31,4% de obesidad; es decir en una relación de 2 a 1. Lo cual muestra un problema gravitante de salud pública a nivel nacional que requiere de una atención urgente en las políticas de salud del país. Asimismo, se observa que el 40.6% de pacientes con obesidad se ubican entre 40 a 59 años, el 36.4% de 12 a 39 años, y el 23.0% de 60 años a más.

2.3 Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

HG: Los pacientes adultos con obesidad grado III difieren en los dominios de la calidad de vida.

2.3.2 Hipótesis específicas

H1. La calidad de vida en pacientes adultos con obesidad grado III, presenta diferencias según sexo.

H2. La calidad de vida en pacientes adultos con obesidad grado III, presenta diferencias según edad.

H3. La calidad de vida en pacientes adultos con obesidad grado III, presenta diferencias según nivel de estudio.

H4. La calidad de vida en pacientes adultos con obesidad grado III, presenta diferencias según soporte familiar.

H5. La calidad de vida en pacientes adultos con obesidad grado III, se diferencia según ingreso económico.

2.4 Definición de términos

2.4.1 Definición de conceptos

Calidad de vida, es una condición necesaria-esencial, para alcanzar el bienestar bio-psico-social percibido tras evaluación objetiva-subjetiva en lo individual y grupal; expresada en elementos de vida saludables, como vivienda, alimentación, trabajo, salud, ocio, derechos, y acceso a educación, entre otros componentes.

Obesidad, es el exceso de grasa corporal que conlleva a mayor riesgo asociado al padecimiento de problemas de salud biomédicos y psicosociales.

2.4.2 Definición operacional

- **Calidad de vida**, es la autopercepción que tiene la persona de su condición de bienestar biopsicosocial y posición en su contexto cultural con sus valores, metas y expectativas de logro.
- **Obesidad**, Condición de enfermedad no transmisible, dado por un índice de masa corporal cuyo rango va de 30 a 39.9, siendo la medida de 40 a más el de obesidad mórbida [IMC = $\text{Peso (Kg)}/\text{talla (mt}^2\text{)}$, Quetelet].

CAPITULO III

MÉTODO

3.1 Tipo de investigación

La investigación tiene un diseño descriptivo comparativo, pues a partir de varias (dos o más) investigaciones del tipo descriptivas simples, se recolecta la información de importancia de varias muestras relacionadas a un interés; luego, se caracteriza este interés o fenómeno, en base a la comparación de los datos recolectados, además de ser factible realizarse esta comparación con los datos generales o en una categoría de ellas (Sánchez y Reyes 2009).

3.1.1 Población

La población que es objetivo de estudio, la conforman los diagnosticados con obesidad grado III, que acuden a consulta externa de un hospital de Lima Metropolitana, de ambos sexos, con niveles de estudios diferentes, con ingresos económicos diferentes, con soporte familiar diferente, que se encuentran en tratamiento en consulta externa.

Según la oficina de estadística del referido centro de salud, en los primeros 7 meses del año 2017 asistieron 75 pacientes a consulta externa con obesidad III.

a) Tamaño de la muestra. - Lo constituyen la cantidad de pacientes con obesidad mórbida, se extrajo una muestra no probabilística de estos pacientes, tomando en consideración los criterios que se incluyen y excluyen para la investigación, la cual queda conformada en una muestra de 60 pacientes que fueron

informados sobre los alcances de la investigación y firmaron el consentimiento informado. Como se puede apreciar el número total de la muestra es de 60 pacientes que cumple con los criterios de inclusión donde están representados todas o casi todas las características de la población.

b) Procedimiento de muestreo. - El método usado para seleccionar la muestra es el muestreo de tipo intencional, según Casal (Jordi Casal, 2003); consistente en elegir de forma no aleatoria de una muestra, siendo de características semejantes a la población que se estudia.

c) Criterios de selección de la muestra. – Son de inclusión y exclusión:

i) Criterios de inclusión

- Personas que se encuentran entre 20 a 65 años de ambos sexos.
- Personas con obesidad grado III que hayan completado la totalidad de los ítems del instrumento.
- Personas analfabetas y de cualquier nivel de estudios.

ii) Criterios de exclusión

- Personas con medida de masa corporal debajo de 40.
- Personas diagnosticadas con Trastorno de la conducta alimentaria.

d) Ubicación espacio temporal. - La evaluación del paciente se realizó en un tiempo aproximado de 20 minutos, en un ambiente adecuado, de un hospital de Lima Metropolitana, el periodo de obtención de datos fue de 7 meses en el 2017, teniendo el consentimiento informado del evaluado(a).

3.1.2 Métodos estadísticos

Los métodos estadísticos a usar son:

- Para la creación de la base de información o data, el SPSS, Windows 10.
- Para el análisis de la información estadística se usa el programa ANOVA, al 95% de nivel de confianza; además se realizan otras mediciones:
 - La media aritmética (\bar{X}), Mediana (Me), Desviación Estándar (DS)
 - Chi Cuadrado (X^2), y usarán las pruebas:

a) Prueba de Kolmogórov-Smirnov. - Prueba realizada por A. Nikolaevich Kolgomorov y Nikolay Vasileyevich Smirnov. Ésta es una prueba de hipótesis para medir si se parecen y en qué tanto se parecen una distribución teórica específica y una variable, siendo factible su similitud. Ésta prueba es adaptada por Hubert Lilliefors, quien usa valores estandarizados, pues la prueba de Kolmogorov-Smirnov requiere de la formación de clases mediante la probabilidad de la normal, valiéndose de los límites de clases se encuentra la frecuencia observada y compara con frecuencia esperada, este estadístico se usa por lo general en muestras grandes, de tamaño mayor o igual a 50, esto le da más potencia (Garza, Morales, Gonzáles 2013).

b) Prueba U de Mann-Whitney. - Esta prueba es llamada también, prueba de Wilcoxon-Mann-Whitney, es no paramétrica, aplicable a dos muestras que son independientes entre sí, mide las diferencias de tendencia central, es considerada la versión no paramétrica de la prueba t de Student.

c) Prueba H de Kruskal Wallis. - Esta prueba H es de Kruskal-Wallis, prueba si un grupo de datos proviene de la misma población, usada en muestras pequeñas, es no paramétrica.

3.2 Variable

Variable: Calidad de vida.

3.3 Instrumentos

a) Escala de calidad de vida, Whoqol-Bref.- Instrumento multicultural que ofrece la OMS, organización que considera a la calidad de vida, en los aspectos de la percepción individual que se tiene de la posición de vida, relacionada al contexto cultural propio, incluyendo a sus valores y al cómo se relacionan estos a sus objetivos, reglas sociales y perspectivas de futuro.

Castillo (2012), en el Perú-Chiclayo, hace adaptación del WHOQOL-Bref, donde categoriza la puntuación en nivel bajo, Normal, alto y muy alto, en segmentos de 20 puntos por nivel, manteniendo la formalidad de la adaptación española, encontrando

un Alfa de Crombach 0.96 en cuanto a validez y confiabilidad, por método de contraste de grupos con puntaje superior a 0.05. Esta escala tiene por ámbitos: el psicológico, grado de independencia, las relaciones sociales, el medio ambiente, la espiritualidad (creencias, religión).

En el ámbito físico: tenemos la percepción del dolor y malestar, la energía para realizar tareas y fatiga, el sueño y el descanso.

En el ámbito psicológico: se hace referencia a sensaciones positivas, evalúa el pensamiento, la memoria, el aprendizaje, la concentración, la autoestima, el autoconcepto de cuerpo y parecer; además, los sentimientos negativos, tales como la tristeza, la culpa, el desespero, el abatirse, el nerviosismo, la ansiedad y la ausencia de placer en la vida.

En el ámbito de la independencia: se considera la capacidad funcional en cuanto movilidad, actividades de vida diaria, el depender de fármacos o tratamientos, si trabaja o no.

En el ámbito relaciones sociales: Considera las relaciones interpersonales, soporte social, actuación sexual en su grado de impulso, deseo y grado de manifestación y disfrute apropiado.

En el ámbito medio: Se considera estabilidad física, ambiente familiar, la capacidad económica, el acceso a la atención social y de la salud con calidad, la accesibilidad a la información y oportunidades de adquirir aptitudes, participación recreativa y ocio; el medio físico al cual se expone, el transporte.

Ámbito espiritualidad (religión, creencias personales): se evalúa el significado que le da a sus creencias, su religión cualquiera sea y si estas son de apoyo para la persona. Estos dominios, en la adaptación española, como la adaptación hecha por Castillo (2012) en el Perú, usan un total de 26 ítems, que se encuentran integrados en cuatro dominios: Dominio I: Salud física; Dominio II: Salud Psicológica; Dominio III: Relaciones sociales y el Dominio IV: Relaciones con el ambiente.

Tabla 7.*Dominios del WHOQOL-BREF*

DOMINIO	ASPECTOS TEMÁTICOS
DOMINIO I SALUD FISICA	<p>Evalúa dolor (físico) como impedimento funcional</p> <p>Percepción del sentido de vida.</p> <p>Energía suficiente para realizar actividades cotidianas.</p> <p>Grado de autonomía</p> <p>Satisfacción con el sueño</p> <p>Satisfacción de ejecutar actividades cotidianas.</p> <p>Percepción de la capacidad del trabajo</p>
DOMINIO II SALUD PSICOLÓGICA	<p>Capacidad de disfrute en la vida</p> <p>Sentido dado a la vida.</p> <p>Concentración</p> <p>Autoaceptación de apariencia corporal.</p> <p>Autosatisfacción.</p> <p>sentimientos negativos, síntomas ansioso depresivos.</p>
DOMINIO III RELACIONES SOCIALES	<p>Satisfacción de relaciones interpersonales.</p> <p>Satisfacción en el aspecto sexual.</p> <p>Percepción de satisfacción por el apoyo de amistades.</p>
DOMINIO IV RELACIONES CON EL AMBIENTE	<p>Percepción de seguridad.</p> <p>Sensación de tener ambiente saludable.</p> <p>Aspectos económicos y bienestar por ello.</p> <p>Acceso a la información.</p> <p>Disponibilidad de tiempo libre o de ocio.</p> <p>Satisfacción del lugar donde vive.</p> <p>Satisfacción por acceso a aspectos sanitarios.</p> <p>Satisfacción por contar con medios de transporte.</p>

Fuente. Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF. Versión adaptada de: Murgieri, M. WHOQOL-100 Y WHOQOL-BREF.

La calificación se hace siguiendo las recomendaciones de la OMS sobre el WHOQOL-BREF, (Iris Espinoza, 2011;139) y en su versión española. Para este estudio la escala usa puntuación de 0-100, estableciendo niveles, así: Nivel muy bajo (0 -20 puntos), nivel bajo (21 – 40 puntos), nivel medio (41 – 60 puntos), nivel alto (61 – 80 puntos) y nivel muy alto (81 – 100 puntos), similar a lo usado por Castillo (2012).

b) Cuestionario sociodemográfico. - El Cuestionario Sociodemográfico, reúne ítems básicos que nos da información necesaria para clasificar los grados de obesidad, calculando los datos peso y talla, según fórmula para IMC; también los datos de grupo etario al que pertenece, el nivel de educación, igualmente datos del género sexo, soporte familiar y nivel de ingreso económico. Este cuestionario se adjunta en la sección Anexo.

3.4 Consideraciones éticas

Se informó sobre el alcance de la prueba, solicitando su autorización y firma del Consentimiento informado, se aplicó el instrumento para medir calidad de vida WHOQOL-BREF, informando al paciente el objetivo de la investigación y posterior información de resultados en el marco de la consulta psicológica.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 Presentación de resultados

4.1.1 Prueba de normalidad de datos obtenidos en la escala de calidad de vida.

Tabla 8.

Análisis de bondad de ajuste a la distribución normal de la variable calidad de vida

Kolmogorov-Smirnov (K-S)			
	Estadístico	gl	Sig.
Salud física	,181	60	,000
Salud psicológica	,180	60	,000
Relaciones sociales	,229	60	,000
Ambiente	,285	60	,000
Calidad de vida	,264	60	,000

En la tabla 8, los datos obtenidos de la calidad de vida y sus dominios no se ajustan a la distribución normal ($p \leq 0,05$, K-S = ,264) por lo que se aplican pruebas no paramétricas. Respecto a los dominios de la calidad de vida en la muestra evaluada con la escala Whoqol-Bref, se encuentran los siguientes resultados:

Dominio Salud física alcanza $K-S = ,181$; con un $gl = 60$, lo que significa la cantidad de valores a elegir libremente de la muestra, y un coeficiente $p = ,000$. Dominio Salud psicológica alcanza un valor en el estadístico $K-S = ,180$; un valor de $gl=60$ y un coeficiente $p = ,000$. Dominio Relaciones sociales obtiene un valor del estadístico $K-S = ,229$; un valor de $gl=60$ y un coeficiente $p = ,000$. Dominio ambiente obtiene un valor del estadístico $K-S = ,285$; un valor de $gl=60$ y un coeficiente $p = ,000$.

4.1.2 Análisis descriptivo

4.1.2.1 *La media (\bar{X}) y la desviación estándar (DS) de la calidad de vida y sus dominios, de los pacientes adultos con obesidad III.-*

Tabla 9.

Resultados de la media (\bar{X}) y la desviación estándar (DS) de la calidad de vida y sus dominios, de los pacientes adultos con obesidad III

	n	Estadístico	
		\bar{X}	DS
Salud física	60	2.03	0.61
Salud psicológica	60	2.38	0.96
Relaciones sociales	60	2.10	1.20
Ambiente	60	2.63	0.86
Calidad de vida	60	2.28	0.83

En la tabla 9, en relación a los resultados generales de la aplicación de la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF, a una muestra (n) de 60, se observa en general que los evaluados con obesidad grado III presentan una media (\bar{X}) de 2.28, que resulta de la suma de todos los datos observados entre el número total de datos, con

una desviación estándar (DS) de 0.83, lo cual indica cuan dispersos se ubican los datos respecto a la media.

4.1.2.2 Niveles y puntuaciones medias de la calidad de vida y sus dominios, de los pacientes adultos con obesidad grado III.-

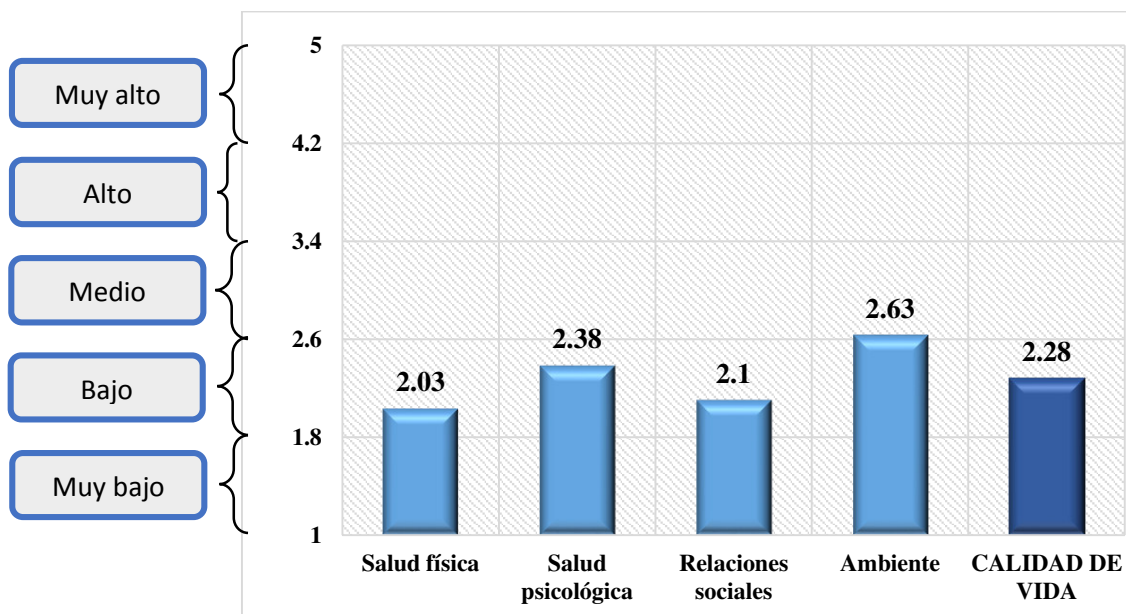


Figura 2.

Representación gráfica de los niveles y puntuaciones medias de la calidad de vida y sus dominios, de los pacientes adultos con obesidad grado III.

En cuanto a los dominios: la salud física presenta una media $\bar{X}=2.03$ y $DS = 0.61$; el dominio de relaciones sociales presenta una media $\bar{X}=2.10$ y una $DS = 1.20$; finalmente, el dominio ambiente tiene una media $\bar{X}=2.63$, y una $DS = 0.86$. Si observamos las puntuaciones medias de la calidad de vida de los pacientes adultos con obesidad grado III, observamos que la calidad de vida se encuentra en un nivel bajo y $\bar{X} = 2.28$.

Según dominios: Salud física muestra nivel bajo con una media $\bar{X} = 2.03$; salud psicológica nivel bajo, con una media $\bar{X} = 2.38$; relaciones sociales presenta un nivel bajo, con una media $\bar{X} = 2.1$; finalmente el dominio ambiente presenta un nivel

medio con una media $\bar{X} = 2.63$, ligeramente por encima del rango de nivel bajo que va de media $\bar{X} = 1.8$ a $\bar{X} = 2.60$.

4.1.2.3 Prueba de Chi cuadrado, niveles de calidad de vida, dominios y frecuencias en los pacientes adultos con obesidad III.-

Tabla 10.

Niveles de calidad de vida de los pacientes adultos con obesidad grado III.

Niveles	Dominios								Calidad de Vida	
	Salud física		Salud psicológica		Relaciones sociales		Ambiente			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Muy bajo	9	15	2	2.8	13	22	1	1	5	7.7
Bajo	31	50.3	26	43	18	30.4	16	25.9	30	50.7
Medio	19	32.2	25	42.7	22	35.7	39	65.7	22	36.0
Alto	1	2.4	5	8	5	8.4	2	3.8	3	4.9
Muy alto	0	0	2	3.5	2	3.5	2	3.5	0	0.7
TOTAL	60	100	60	100	60	100	60	100	60	100
	X ² =33.600		X ² =51.167		X ² =23.833		X ² =88.833		X ² =34.533	
	gl=3		gl=4		gl=4		gl=4		gl=3	
	p=0.000		p=0.000		p=0.000		p=0.000		p=0.000	

En la tabla 10 se observa mediante la prueba Chi cuadrado (X^2) que la calidad de vida tiene un $X^2 = 34.533$; y presenta datos de un grado de libertad $gl = 3$ y un grado de significancia con coeficiente $p = 0,000$

En cuanto a los dominios, se observa:

La salud física presenta un $X^2 = 33.600$; con datos de $gl = 3$, y un coeficiente $p = ,000$

La salud psicológica obtiene un $X^2 = 51.167$; con datos libres de variar en independencia de las relaciones lineales dadas entre ellos $gl = 4$, y un coeficiente $p = ,000$

Las relaciones sociales presentan un $X^2 = 23.833$; datos de $gl = 4$, y un coeficiente $p = ,000$

Por último, en el dominio ambiente observamos un $X^2 = 88.833$; datos libres de variar expresado en $gl = 4$, y un coeficiente $p = ,000$

En la calidad de vida y sus dominios, de acuerdo al análisis descriptivo de sus niveles, los pacientes adultos con obesidad grado III, evidencian: que en la calidad de vida general 5 pacientes tienen muy bajo nivel de calidad de vida, correspondiéndole un 7.7% de la muestra; 30 pacientes presentan bajo nivel de calidad de vida, con un 50.7% de la muestra; 22 pacientes presentan nivel medio de calidad de vida, que corresponde a un 36.0% de la muestra; 3 pacientes presentan nivel alto de calidad de vida, con un 4.9% de la muestra y ningún paciente presenta nivel muy alto de calidad de vida.

Por otra parte, de acuerdo a los dominios:

- Salud física: 9 pacientes presentan nivel muy bajo de calidad de vida, siendo el 15% de la muestra; 31 pacientes presentan bajo nivel de calidad de vida, alcanzando el 50.3% de la muestra; 19 pacientes presentan nivel medio de calidad de vida, siendo el 32.2% de la muestra; 1 paciente presenta nivel alto de calidad de vida, siendo el 2.4% de la muestra y ningún paciente presenta nivel muy alto de calidad de vida.
- Salud psicológica: 2 pacientes presentan nivel muy bajo de calidad de vida, que corresponde al 2.8% de la muestra; 26 pacientes presentan nivel bajo de calidad de vida, siendo el 43% de la muestra; 25 pacientes presentan nivel medio de calidad de vida, alcanzando al 42.7% de la muestra; 5 pacientes presentan nivel alto de calidad de vida, correspondiendo a un 8% de la

muestra y 2 pacientes presentan nivel muy alto, alcanzando a un 2% de la muestra.

- Relaciones sociales: 13 pacientes presentan nivel muy bajo de calidad de vida, lo cual corresponde al 22% del total de la muestra; 18 pacientes presentan nivel bajo, alcanzando el 30.4% del total de la muestra; 22 pacientes presentan nivel medio, que corresponde al 35.7% de la muestra; 5 pacientes presentan nivel alto, siendo el 8.4% de la muestra y 2 pacientes presentan nivel muy alto de calidad de vida, constituyendo el 3.5% de la muestra.

- Ambiente: 1 paciente presenta nivel muy bajo de calidad de vida, siendo el 1% de la muestra; 16 pacientes presentan nivel bajo de calidad de vida, que corresponde el 25.9% de la muestra; 39 pacientes presentan nivel medio, alcanzando el 65.7% del total de la muestra; 2 pacientes presentan nivel alto, que corresponde al 3.8% de la muestra y 2 pacientes presentan nivel muy alto de calidad de vida, siendo el 3.5% de la muestra.

4.1.2.4 Niveles de calidad de vida en general, según dominios y puntajes

porcentuales. -

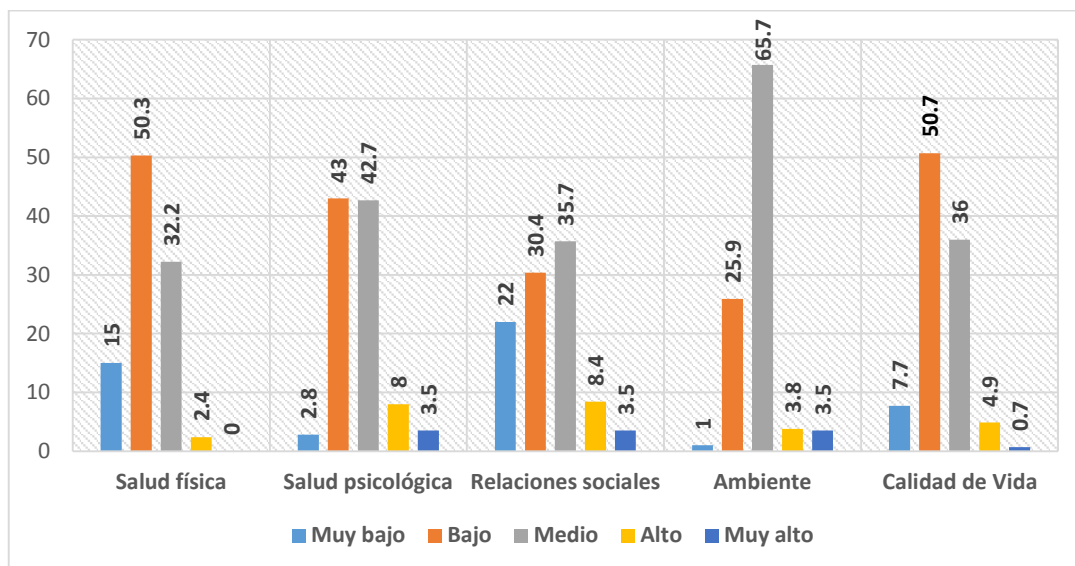


Figura 3.

Representación gráfica de los niveles de calidad de vida en general, según dominios y puntajes porcentuales.

La figura 3, muestra la calidad de vida en general, de acuerdo a niveles, dominios y puntajes, que se expresan de la siguiente manera:

En la calidad de vida general, el 7.7 % de la muestra presenta nivel muy bajo; el 50.7% nivel bajo, el 36% nivel medio, un 4.9% nivel alto y en un nivel muy alto de calidad de vida general tan sólo un 0.7% del total de la muestra.

En cuanto a los dominios, se observa que:

En salud física, el 15% de la muestra presenta nivel muy bajo, el 50.3% nivel bajo, un 32.2% se ubica en nivel medio y un 2.4% alcanza un nivel alto.

En salud psicológica, el 2.8% presenta nivel muy bajo; el 43% presenta bajo nivel de calidad de vida; el 42.7% un medio nivel; un 8% presenta un grado alto; por último, el 3.5% obtiene un muy alto nivel en la calidad de vida.

En relaciones sociales, se observa que un 22% de la muestra presenta nivel muy bajo; un 30.4% presenta nivel bajo; un 35.7% presenta nivel medio; un 8.4% de la muestra presenta un nivel alto; por último, un 3.5% de la muestra presenta un nivel muy alto.

En el dominio ambiente, un 67.7% se ubica en un nivel medio; el 3.8% de la muestra obtiene un nivel alto; finalmente, el 3.5% obtienen nivel muy alto, en relación al ambiente.

4.1.2.5 Calidad de vida según sexo en pacientes adultos con obesidad III.-

Tabla 11.

Análisis comparativo de la calidad de vida, según sexo

Variable	Sexo	n	Media	Mediana	Des. Est.	U de Mann-Whitney
Salud física	Varón	30	2.49	2.36	.54	U=329.5
	Mujer	30	2.27	2.00	.50	p=0.072
Salud psicológica	Varón	30	2.73	2.67	.80	U=299.0
	Mujer	30	2.33	2.17	.70	p=0.024
Relaciones sociales	Varón	30	2.34	2.00	1.07	U=372.0
	Mujer	30	2.06	2.00	.93	p=0.238
Ambiente	Varón	30	2.79	2.75	.70	U=328.5
	Mujer	30	2.55	2.50	.62	p=0.068
Calidad de vida	Varón	30	2.63	2.63	.66	U=298.5
	Mujer	30	2.35	2.17	.56	p=0.023

En la tabla 11, se observa que la calidad de vida general, según sexo; los varones obtienen una $\bar{X}=2.63$, una $Me = 2.63$ y una $DS = ,66$; y para la muestra de mujeres de 30 pacientes con obesidad III, se obtiene una $\bar{X}=2.35$, una $Me = 2.17$ y una $DS=,56$; siendo el coeficiente $p = ,023$, de acuerdo a la prueba de U de Mann-Whitney, que corresponden a muestras independientes de una misma población.

Calidad de vida, de acuerdo a la variable sexo, presenta según dominios:

En el dominio salud física, se obtienen los datos de $U=299.0$; una $\bar{X}=2.49$, una $Me=2.36$ y una $DS=,54$; para el caso de mujeres, 30 pacientes en obesidad III, se obtienen datos de $\bar{X} = 2.27$, una $Me=2,00$ y una $DS=,50$; siendo el coeficiente $p = ,072$.

Dominio salud psicológica, se obtienen los datos de $U=329.5$; una $\bar{X}=2.73$, una $Me=2.67$ y una $DS= 80$; para la muestra femenina, 30 pacientes en obesidad III, se obtienen datos de $\bar{X} = 2.33$, una $Me=2,17$ y una $DS=,70$; siendo el coeficiente $p = ,024$.

Para dominio relaciones sociales, se obtienen datos de $U=372.0$; una $\bar{X}=2.34$, una $Me=2.00$ y una $DS= 1,07$; en el caso de la muestra de mujeres, 30 pacientes con obesidad III, se obtienen datos de $\bar{X} = 2.06$, una $Me=2,00$ y una $DS=,93$; siendo el coeficiente $p = ,238$.

Dominio ambiente, presenta datos de $U=328.5$; una $\bar{X}=2.79$, una $Me=2.75$ y una $DS= ,70$; para el caso de la muestra de mujeres, 30 pacientes en obesidad III, se obtienen datos de $\bar{X} = 2.55$, una $Me=2,50$ y una $DS=,62$; siendo el coeficiente $p = ,068$.

4.1.2.6 Las puntuaciones medianas de la calidad de vida, según sexo de pacientes con obesidad III.-

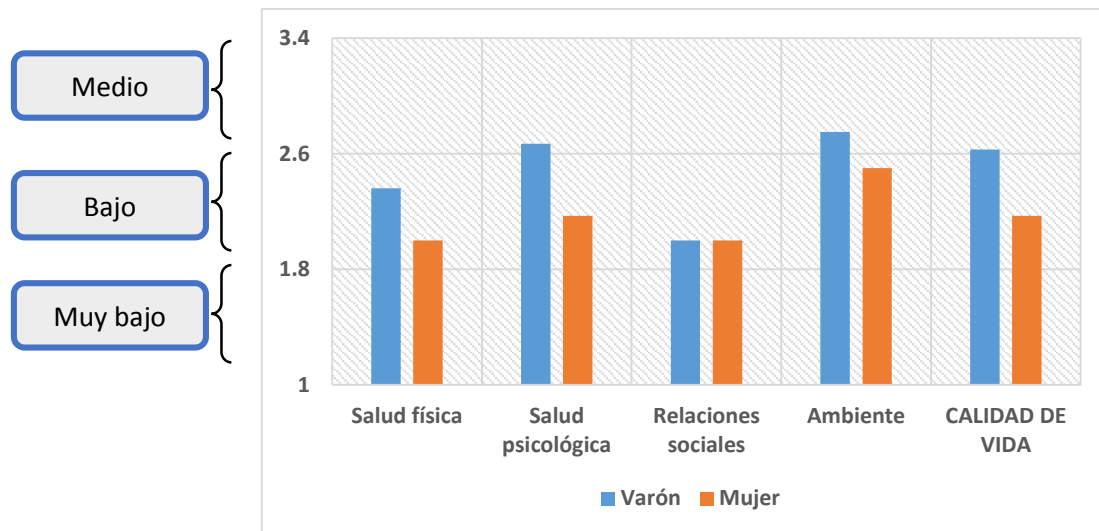


Figura 4.

Representación gráfica de las puntuaciones medianas de la calidad de vida, según sexo.

En la figura 4, las medianas obtenidas de la calidad de vida según sexo, en pacientes con obesidad III, se observa que los varones tienen nivel medio de calidad de vida ($Me=2.63$), ligeramente sobrepasando el rango de medianas de nivel bajo, que va de $Me \geq 1.8$ a $Me \leq 2.60$; en mujeres hallamos nivel bajo de calidad de vida según sexo, en pacientes con obesidad III ($Me = 2.17$), (tabla 11).

Según dominios, las medianas obtenidas de la calidad de vida según sexo, de los pacientes con obesidad III, se observa lo siguiente:

En el dominio salud física, se observa que la calidad de vida de los varones, se encuentra en nivel bajo con una $Me=2.36$; al igual que en las mujeres con una mediana $Me=2.00$

En el dominio salud psicológica, se observa que la calidad de vida en los varones se ubica en nivel medio con una $Me=2.67$; a diferencia de las mujeres que presentan un nivel bajo, $Me=2.17$

En el dominio relaciones sociales, de la calidad de vida, los varones obtienen un nivel bajo con una Me=2.00 y las mujeres presentan calidad de vida de nivel bajo, con una Me=2.00

En el dominio ambiente de la calidad de vida los varones tienen un nivel medio con una Me=2.75; a diferencia de las mujeres, que presentan un nivel bajo, con una Me=2.5.

4.1.2.7 Calidad de vida según edad en pacientes adultos con obesidad III.-

Tabla 12.

Análisis comparativo de la calidad de vida, según edad de los pacientes con obesidad III

Variable	Edad en años	n	Media	Mediana	Des. Est.	H de Kruskal Wallis
Salud física	≤ 35	20	2.59	2.43	0.59	X ² =4.270
	36 a 50	19	2.35	2.29	0.53	gl=2
	≥ 51	21	2.21	2.00	0.40	p=0.118
Salud psicológica	≤ 35	20	2.18	2.09	0.61	X ² =11.366
	36 a 50	19	2.49	2.33	0.75	gl=2
	≥ 51	21	2.89	2.83	0.81	p=0.003
Relaciones sociales	≤ 35	20	2.55	2.17	1.20	X ² =3.151
	36 a 50	19	2.12	2.00	0.96	gl=2
	≥ 51	21	1.94	2.00	0.77	p=0.207
Ambiente	≤ 35	20	2.99	2.75	0.72	X ² =12.144
	36 a 50	19	2.72	2.63	0.63	gl=2
	≥ 51	21	2.31	2.50	0.46	p=0.002
Calidad de vida	≤ 35	20	2.81	2.67	0.72	X ² =12.129
	36 a 50	19	2.49	2.21	0.63	gl=2
	≥ 51	21	2.18	2.17	0.31	p=0.002

En la tabla 12, en cuanto a los rangos de edad se ha subdividido en ≤ 35 (edades de 20 a 35 años), 36 a 50 años y ≥ 51 años (rango de 51 años a 65 años); el análisis de varianza en una dirección por rangos será medida mediante prueba Kruskal-Wallis,

pues las muestras proceden de la misma población, presuponiendo que la variable edad tiene distribución continua; así también, la muestra (n) es de 60 pacientes.

En relación a la calidad de vida según edad en los pacientes con obesidad III; se encuentra que obtiene un $X^2 = 12.129$; con grado de libertad $gl=2$ y un coeficiente $p=,002$. En el rango de edades ≤ 35 años se observa que 20 pacientes obtienen una $\bar{X}= 2.81$, una $Me=2.67$ y una $DS=0.72$. En el rango de edades 36 a 50 años se observa que 19 pacientes obtienen una $\bar{X} = 2.49$, una $Me=2.21$ y una $DS=0.63$. Para el rango de edades ≥ 51 años, se observa que son 21 pacientes los que obtienen una $\bar{X} = 2.18$, una $Me=2.17$ y una $DS=0.31$.

En relación a los dominios de la calidad de vida, según edad, se observa que el dominio salud física, se obtiene un valor de H de Kruskal Wallis $X^2 = 4.270$; grado de libertad $gl = 2$ y un coeficiente $p=0.118$; en el rango de edades de edades ≤ 35 años se observa que 20 pacientes obtienen una $\bar{X}= 2.59$, una $Me=2.43$ y una $DS=0.59$. Para las edades de 36 a 50 años, se observa que son 19 pacientes con obesidad III los que obtienen una $\bar{X} = 2.35$, una $Me=2.29$ y una $DS=0.53$; finalmente para el rango de edades ≥ 51 años, se observa que son 21 pacientes los que obtienen una $\bar{X} = 2.21$, una $Me=2.00$ y una $DS=0.40$.

Dominio salud psicológica, se obtiene un valor de H de Kruskal Wallis $X^2 = 11.366$; grado de libertad $gl = 2$ y un coeficiente $p=0.003$; en el rango de edades de edades ≤ 35 años se observa que 20 pacientes obtienen una $\bar{X} = 2.18$, una $Me=2.09$ y una $DS=0.61$. Para las edades de 36 a 50 años, se observa que son 19 pacientes con obesidad III los que obtienen una $\bar{X}=2.49$, una $Me =2.33$ y una $DS=0.75$; finalmente para el rango de edades ≥ 51 años, se observa que son 21 pacientes los que obtienen una $\bar{X} = 2.89$, una $Me = 2.83$ y una $DS = 0.81$.

Dominio relaciones sociales, se obtiene un valor de H de Kruskal Wallis $X^2 = 3.151$; grado de libertad $gl = 2$ y un coeficiente $p=0.207$; en el rango de edades de edades ≤ 35 años se observa que 20 pacientes obtienen una $\bar{X} = 2.55$, una $Me=2.17$ y una $DS=1.20$. En las edades de 36 a 50 años, se observa que son 19 pacientes con obesidad III los que obtienen una $\bar{X} = 2.12$, una $Me=2.00$ y una $DS=0.96$; finalmente para el rango de edades ≥ 51 años, se observa que son 21 pacientes los que obtienen una $\bar{X} = 1.94$, una $Me=2.00$ y una $DS=0.77$.

Dominio Ambiente, se obtiene un valor de H de Kruskal Wallis $X^2 = 12.144$; grado de libertad $gl = 2$ y un coeficiente $p=0.002$; en el rango de edades de edades ≤ 35 años se observa que 20 pacientes obtienen una $\bar{X}=2.99$, una $Me=2.75$ y una $DS=0.72$. En las edades de 36 a 50 años, se observa que son 19 pacientes con obesidad III los que obtienen una $\bar{X} = 2.72$, una $Me=2.63$ y una $DS=0.63$; finalmente para el rango de edades ≥ 51 años, se observa que son 21 pacientes los que obtienen una $\bar{X} = 2.31$, una $Me=2.50$ y una $DS=0.46$.

4.1.2.8 Las puntuaciones de las medianas de la calidad de vida, según edad, en pacientes con obesidad III.-

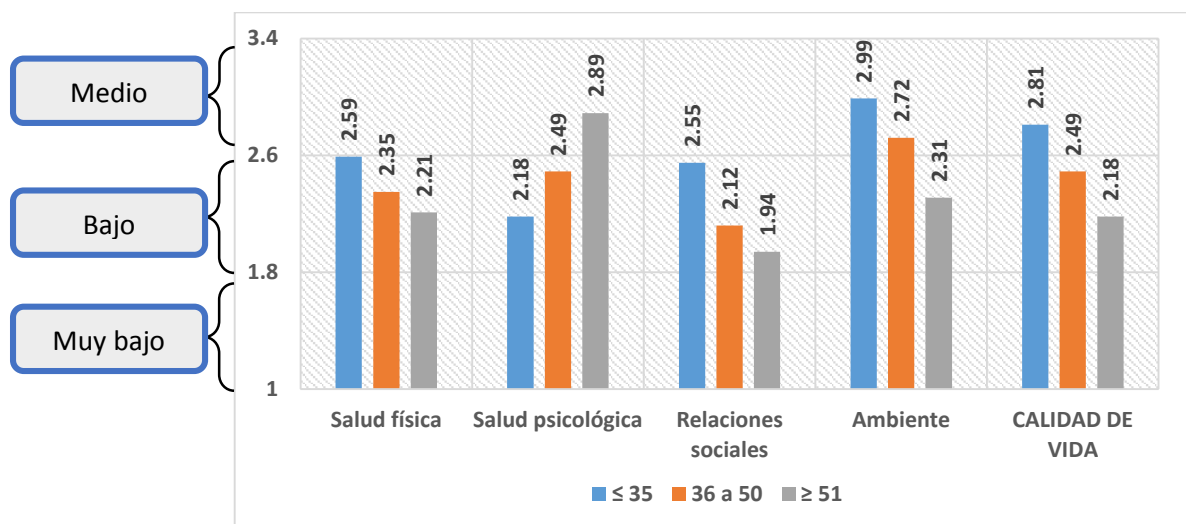


Figura 5.

Representación gráfica de las puntuaciones medianas de la calidad de vida, según edad.

En la figura 5, sobre las puntuaciones medianas de calidad de vida, según edad, se observa en la calidad de vida en general, en los pacientes con obesidad III, los pacientes con menor o igual edad a 35 años, obtienen un nivel medio de calidad de vida, con una $Me = 2.81$; los pacientes en edades de 36 a 50 años, obtienen un nivel

bajo de calidad de vida, con una $Me = 2.49$; finalmente los pacientes mayores o igual a 51 años presentan un nivel bajo de calidad de vida, con una $Me = 2.18$

En relación a los puntajes de las medianas de los dominios de la calidad de vida, según edad, en pacientes con obesidad III, se observa:

En el dominio salud física, los pacientes con edades igual o menor a 35 años, presenta nivel bajo de calidad de vida, con una $Me=2.59$; los pacientes de 36 a 50 años, obtienen un nivel bajo de calidad de vida, con una $Me=2.35$; finalmente los pacientes de edades igual o mayor a 51 años presentan nivel bajo de calidad de vida, con una $Me=2.21$.

En el dominio salud psicológica, los pacientes con edades igual o menor a 35 años, presenta nivel bajo de calidad de vida, con una $Me=2.18$; los de edades de 36 a 50 años, obtienen un nivel bajo de calidad de vida, con una $Me=2.49$; finalmente los pacientes de edades igual o mayor a 51 años presentan nivel medio de calidad de vida, con una $Me=2.89$.

En el dominio relaciones sociales, los pacientes con edades igual o menor a 35 años, presentan nivel bajo de calidad de vida, con una $Me=2.55$; los de edades de 36 a 50 años, obtienen un nivel bajo de calidad de vida, con una $Me=2.12$; finalmente los pacientes de edades igual o mayor a 51 años presentan nivel medio de calidad de vida, con una $Me=1.94$.

En el dominio ambiente, los pacientes con obesidad III, con edades igual o menor a 35 años, presentan nivel medio de calidad de vida, con una $Me=2.99$; los de edades de 36 a 50 años, obtienen un nivel medio de calidad de vida, con una $Me=2.72$; finalmente los pacientes de edades igual o mayor a 51 años presentan nivel bajo de calidad de vida, con una $Me=2.31$.

4.1.2.9 Calidad de vida según nivel de estudio, en pacientes adultos con obesidad

III.-

Tabla 13.

Análisis comparativo de la calidad de vida, según nivel de estudio

Variable	Nivel de estudio	n	Media	Mediana	Des. Est.	H de Kruskal Wallis
Salud física	Sin estudios	8	2.16	2.00	0.28	X ² =10.757 gl=3 p=0.013
	Básico	11	2.05	2.00	0.34	
	Técnico	20	2.36	2.29	0.46	
	Superior	21	2.66	2.57	0.62	
Salud psicológica	Sin estudios	8	1.88	1.83	0.20	X ² =13.130 gl=3 p=0.004
	Básico	11	2.20	2.17	0.29	
	Técnico	20	2.53	2.50	0.51	
	Superior	21	2.94	2.83	1.02	
Relaciones sociales	Sin estudios	8	1.50	1.33	0.44	X ² =8.670 gl=3 p=0.034
	Básico	11	1.95	1.83	0.61	
	Técnico	20	2.30	2.00	0.59	
	Superior	21	2.65	2.00	1.38	
Ambiente	Sin estudios	8	2.09	2.13	0.49	X ² =23.907 gl=3 p=0.000
	Básico	11	2.27	2.25	0.22	
	Técnico	20	2.71	2.75	0.25	
	Superior	21	3.05	2.75	0.88	
Calidad de vida	Sin estudios	8	1.98	2.00	0.14	X ² =16.515 gl=3 p=0.001
	Básico	11	2.20	2.17	0.18	
	Técnico	20	2.46	2.63	0.27	
	Superior	21	2.86	2.63	0.87	

En la tabla 13, en cuanto a la calidad de vida de acuerdo al nivel de estudio; el análisis de varianza en una dirección por rangos será medida por la prueba de Kruskal-Wallis, ya que las muestras vienen de la misma población, presuponiendo que la variable nivel de estudios tiene distribución continua; así también, la muestra (n) es de 60 pacientes. Los niveles de estudios considerados son: sin estudios, básico, técnico y superior.

En relación a la calidad de vida según nivel de estudio y en general, en los pacientes con obesidad III; se encuentra que obtienen un valor para la prueba H de Kruskal Wallis, de $X^2 = 16.515$; con grado de libertad $gl=3$ y un coeficiente $p = ,001$. Los pacientes con obesidad III y sin estudios son 8, obtienen una $\bar{X} = 1.98$, una $Me=2.00$ y una $DS=0.14$. Los pacientes con nivel de estudios básico son 11, obtienen una $\bar{X} = 2.20$, una $Me=2.17$ y una $DS=0.18$. Los pacientes que presentan nivel de estudios técnico son 20, obtienen una $\bar{X} = 2.46$, una $Me=2.63$ y una $DS=0.27$; finalmente los pacientes que tienen nivel de estudio superior son 21 y obtienen una $\bar{X} = 2.86$, una $Me=2.63$ y una $DS=0.87$.

En relación a los dominios de la calidad de vida, según nivel de estudios, en pacientes con obesidad III, se observa:

En el dominio salud física de calidad de vida, según nivel de estudio, se encuentra que obtienen un valor para la prueba H de Kruskal Wallis, de $X^2 = 10.757$; con grado de libertad $gl=3$ y un coeficiente $p = ,013$. Los pacientes con obesidad III y sin estudios son 8, obtienen una $\bar{X} = 2.16$, una $Me=2.00$ y una $DS=0.28$. Los pacientes con nivel de estudios básico son 11, obtienen una $\bar{X} = 2.05$, una $Me=2.00$ y una $DS=0.34$. Los pacientes que presentan nivel de estudios técnico son 20, obtienen una $\bar{X} = 2.36$, una $Me=2.29$ y una $DS=0.46$; finalmente los pacientes que tienen nivel de estudio superior son 21 y obtienen una $\bar{X} = 2.66$, una $Me=2.57$ y una $DS=0.62$.

En el dominio salud psicológica de calidad de vida, según nivel de estudio, se encuentra que obtienen un valor para la prueba H de Kruskal Wallis, de $X^2 = 13.130$; con grado de libertad $gl=3$ y un coeficiente $p = ,004$. Los pacientes con obesidad III y sin estudios son 8, obtienen una $\bar{X} = 1.88$, una $Me=1.83$ y una $DS=0.20$. Los pacientes con nivel de estudios básico son 11, obtienen una $\bar{X} = 2.20$, una $Me=2.17$ y una $DS=0.29$. Los pacientes que presentan nivel de estudios técnico son 20, obtienen una $\bar{X} = 2.53$, una $Me=2.50$ y una $DS=0.51$; finalmente los pacientes que tienen nivel de estudio superior son 21 y obtienen una $\bar{X} = 2.94$, una $Me=2.83$ y una $DS=1.02$.

En el dominio relaciones sociales de calidad de vida, según nivel de estudio, se encuentra que obtienen un valor para la prueba H de Kruskal Wallis, de $X^2 = 8.670$; con grado de libertad $gl=3$ y un coeficiente $p = ,034$. Los pacientes con obesidad III y sin estudios son 8, obtienen una $\bar{X} = 1.50$, una $Me=1.33$ y una $DS=0.44$. Los pacientes con nivel de estudios básico son 11, obtienen una $\bar{X} = 1.95$, una $Me=1.83$ y

una $DS=0.61$. Los pacientes que presentan nivel de estudios técnico son 20, obtienen una $\bar{X} = 2.30$, una $Me=2.00$ y una $DS=0.59$; finalmente los pacientes que tienen nivel de estudio superior son 21 y obtienen una $\bar{X} = 2.65$, una $Me=2.00$ y una $DS=1.38$.

En el dominio ambiente de calidad de vida, según nivel de estudio, se encuentra que obtienen un valor para la prueba H de Kruskal Wallis, de $X^2 = 23.907$; con grado de libertad $gl=3$ y un coeficiente $p = ,000$. Los pacientes con obesidad III y sin estudios son 8, obtienen una $\bar{X} = 2.09$, una $Me=2.13$ y una $DS=0.49$. Los pacientes con nivel de estudios básico son 11, obtienen una $\bar{X} = 2.27$, una $Me=2.25$ y una $DS=0.22$. Los pacientes que presentan nivel de estudios técnico son 20, obtienen una $\bar{X} = 2.71$, una $Me=2.75$ y una $DS=0.25$; finalmente los pacientes que tienen nivel de estudio superior son 21 y obtienen una $\bar{X} = 3.05$, una $Me=2.75$ y una $DS=0.88$.

4.1.2.10 Las puntuaciones medianas de la calidad de vida, según nivel de estudio en pacientes con obesidad III.-

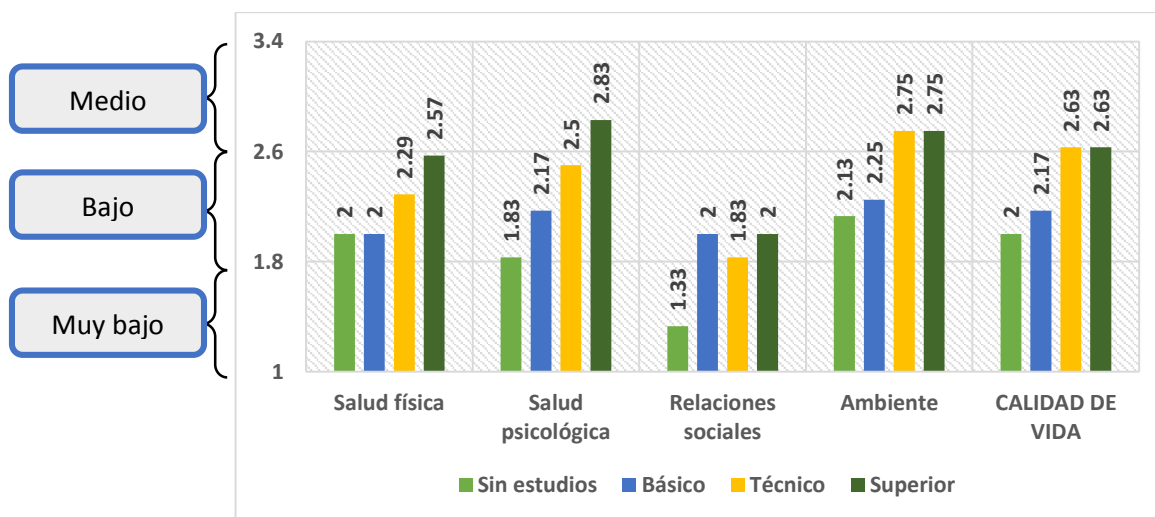


Figura 6.

Representación gráfica de las puntuaciones medianas de la calidad de vida, según nivel de estudio.

En la figura 6, en relación al nivel de estudio y los puntajes de las Medianas en la calidad de vida en general, de los que tienen obesidad III, se encuentra que los que no tienen estudios tienen un nivel bajo de calidad de vida, con una $Me = 2.00$; al igual que los pacientes con nivel básico de estudios, obtienen un nivel bajo de calidad de vida, con una $Me = 2.17$; los pacientes con un nivel técnico de estudios, tienen un nivel medio de calidad de vida, con una $Me = 2.63$, finalmente los pacientes con nivel superior de estudios, tienen un nivel medio de calidad de vida, con una $Me = 2.63$.

Respecto a los puntajes de medianas respecto a los dominios, en la calidad de vida según nivel del estudio, se observa en los que tienen obesidad III, lo siguiente:

En el dominio salud física de la calidad de vida, según nivel de estudio, tienen bajo nivel los que no tienen estudio, con una $Me = 2.00$; los pacientes con nivel básico de estudios, obtienen un nivel bajo de calidad de vida, con una $Me = 2.00$; los pacientes con un nivel técnico de estudios, tienen un nivel bajo de calidad de vida, con una $Me = 2.29$, finalmente los pacientes con nivel superior de estudios, tienen bajo nivel en calidad de vida con una $Me = 2.57$.

En el dominio salud psicológica de calidad de vida, según nivel de estudio, los pacientes sin estudios tienen un bajo nivel de calidad de vida, con una $Me = 1.83$; los pacientes con nivel básico de estudios, obtienen un nivel bajo de calidad de vida, con una $Me = 2.17$; los pacientes con un nivel técnico de estudios, tienen un nivel bajo de calidad de vida, con una $Me = 2.5$, finalmente los pacientes con nivel superior de estudios, tienen un nivel medio de calidad de vida, con una $Me = 2.83$.

En el dominio relaciones sociales de calidad de vida, de acuerdo al nivel de estudio, los pacientes sin estudios tienen un nivel muy bajo de calidad de vida, con una $Me = 1.33$; los pacientes con nivel básico de estudios, obtienen un nivel bajo de calidad de vida, con una $Me = 2$; los pacientes con un nivel técnico de estudios, tienen un nivel bajo de calidad de vida, con una $Me = 1.83$, finalmente los pacientes con nivel superior de estudios, tienen un nivel bajo de calidad de vida, con una $Me = 2$.

En el dominio ambiente en la calidad de vida, los que no tienen estudios tienen muy bajo nivel en calidad de vida, con una $Me = 1.33$; los pacientes con nivel básico de estudios, obtienen un bajo nivel de calidad de vida, con una $Me = 2$; los pacientes

con un nivel técnico de estudios, tienen un nivel bajo de calidad de vida, con una Me = 1.83, finalmente los pacientes con nivel superior de estudios, tienen un nivel bajo de calidad de vida, con una Me = 2.

4.1.2.11 Calidad de vida según soporte familiar en pacientes con obesidad III.-

El soporte familiar es considerado por la cantidad de personas con las cuales interactúa el paciente a nivel familiar y de manera continuada.

Tabla 14.

Análisis comparativo de la calidad de vida, según soporte familiar en pacientes con obesidad III

Variable	Soporte familiar	n	Media	Mediana	Des. Est.	H de Kruskal Wallis
Salud física	Hasta 2	23	2.20	2.00	0.34	X ² =2.818 gl=3 p=0.244
	3 a 5	20	2.44	2.29	0.53	
	Más de 5	17	2.56	2.57	0.68	
Salud psicológica	Hasta 2	23	2.17	2.17	0.50	X ² =9.826 gl=3 p=0.007
	3 a 5	20	2.57	2.42	0.72	
	Más de 5	17	2.97	3.00	0.92	
Relaciones sociales	Hasta 2	23	1.91	2.00	0.65	X ² =2.901 gl=3 p=0.234
	3 a 5	20	2.15	2.00	0.99	
	Más de 5	17	2.65	2.00	1.28	
Ambiente	Hasta 2	23	2.35	2.50	0.41	X ² =12.011 gl=3 p=0.002
	3 a 5	20	2.76	2.69	0.56	
	Más de 5	17	2.99	2.75	0.89	
Calidad de vida	Hasta 2	23	2.21	2.17	0.31	X ² =8.955 gl=3 p=0.011
	3 a 5	20	2.53	2.50	0.57	
	Más de 5	17	2.82	2.63	0.83	

En la tabla 14, respecto a la calidad de vida según soporte familiar que tienen los pacientes con obesidad III; el análisis de varianza en una dirección por rangos será medida por la prueba de Kruskal-Wallis, ya que las muestras vienen de la misma población, presuponiendo que la variable soporte familiar tiene distribución continua; así también, la muestra (n) es de 60 pacientes. Los rangos considerados

para el soporte familiar se valoran según la cantidad de acompañantes que tiene en casa, estos son: hasta 2 personas, de 3 a 5 personas, más de 5 personas.

En relación a la calidad de vida según soporte familiar y en general, en los pacientes con obesidad III; se encuentra que obtienen un valor para la prueba H de Kruskal Wallis, de $X^2 = 8.955$; con grado de libertad $gl=3$ y un coeficiente $p= ,011$. Los pacientes con obesidad III y con soporte familiar de hasta 2 personas, que son 23, obtienen una $\bar{X} = 2.21$, una $Me=2.17$ y una $DS=0.31$. Los pacientes con soporte familiar de 3 a 5 personas son 20, obtienen una $\bar{X} = 2.53$, una $Me=2.50$ y una $DS=0.57$. Los pacientes soporte familiar de más de 5 personas, son 17, obtienen una $\bar{X} = 2.82$, una $Me=2.63$ y una $DS=0.83$.

En relación a los dominios de la calidad de vida, según soporte familiar, en pacientes con obesidad III, se observa:

En el dominio salud física de calidad de vida, según soporte familiar, se observa que se obtiene un valor para la prueba H de Kruskal Wallis, de $X^2 = 2.818$; con grado de libertad $gl=3$ y un coeficiente $p = ,244$. Los pacientes con obesidad III y con soporte familiar de hasta 2 personas, son 23, obtienen una $\bar{X} = 2.20$, una $Me=2.00$ y una $DS=0.34$. Los pacientes con soporte familiar de 3 a 5 personas, son 20, obtienen una $\bar{X} = 2.44$, una $Me=2.29$ y una $DS=0.53$. Los pacientes que presentan soporte familiar de más de 5 personas, son 17, obtienen una $\bar{X} = 2.56$, una $Me=2.57$ y una $DS=0.68$.

En el dominio salud psicológica de calidad de vida, según soporte familiar, se observa que se obtiene un valor para la prueba H de Kruskal Wallis, de $X^2 = 9.826$; con grado de libertad $gl=3$ y un coeficiente $p = ,007$. Los pacientes con obesidad III y con soporte familiar de hasta 2 personas, son 23, obtienen una $\bar{X} = 2.17$, una $Me=2.17$ y una $DS=0.50$. Los pacientes con soporte familiar de 3 a 5 personas, son 20, obtienen una $\bar{X} = 2.57$, una $Me=2.42$ y una $DS=0.72$. Los pacientes que presentan soporte familiar de más de 5 personas, son 17, obtienen una $\bar{X} = 2.97$, una $Me=3.00$ y una $DS=0.92$.

En el dominio relaciones sociales de calidad de vida, según soporte familiar, se observa que se obtiene un valor para la prueba H de Kruskal Wallis, de $X^2 = 2.901$; con grado de libertad $gl=3$ y un coeficiente $p = ,234$. Los pacientes con obesidad III y con soporte familiar de hasta 2 personas, son 23, obtienen una $\bar{X} = 1.91$, una

Me=2.00 y una $DS=0.65$. Los pacientes con soporte familiar de 3 a 5 personas, son 20, obtienen una $\bar{X} = 2.15$, una Me=2.00 y una $DS=0.99$. Los pacientes que presentan soporte familiar de más de 5 personas, son 17, obtienen una $\bar{X} = 2.65$, una Me=2.00 y una $DS=1.28$.

En relación al dominio ambiente de calidad de vida, según soporte familiar, se observa que se obtiene un valor para la prueba H de Kruskal Wallis, de $X^2 = 12.011$; con grado de libertad $gl=3$ y un coeficiente $p = ,002$. Los pacientes con obesidad III y con soporte familiar de hasta 2 personas, son 23, obtienen una $\bar{X} = 2.35$, una Me=2.50 y una $DS=0.41$. Los pacientes con soporte familiar de 3 a 5 personas, son 20, obtienen una $\bar{X} = 2.76$, una Me=2.69 y una $DS=0.56$. Los pacientes que presentan soporte familiar de más de 5 personas, son 17, obtienen una $\bar{X} = 2.99$, una Me=2.75 y una $DS=0.89$.

4.1.2.12 Las puntuaciones medianas de la calidad de vida, según soporte familiar en pacientes con obesidad III.-

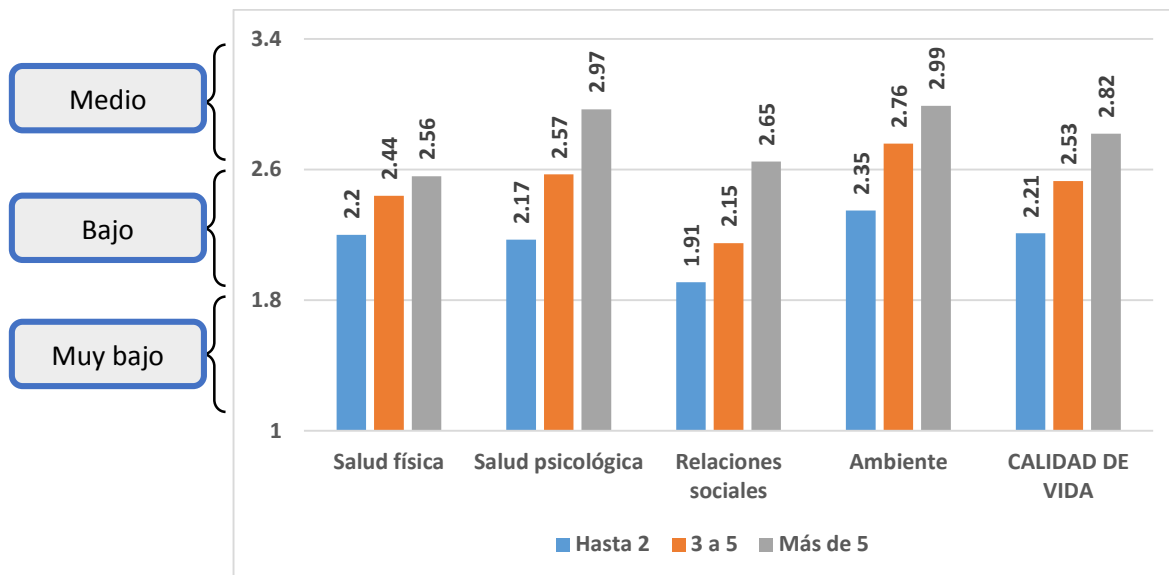


Figura 7.

Representación gráfica de las puntuaciones medianas de la calidad de vida, según soporte familiar.

En la figura 7, sobre las puntuaciones medianas de calidad de vida, según soporte familiar en pacientes con obesidad III, se observa en la calidad de vida en general, en los diagnosticados con obesidad III, que estos pacientes con soporte familiar de hasta 2 personas tienen un nivel bajo de calidad de vida, con una $Me = 2.21$; los pacientes con soporte familiar de 3 a 5 personas, obtienen un nivel bajo de calidad de vida, con una $Me = 2.53$; los pacientes con soporte familiar de más de 5 personas, tienen un nivel medio de calidad de vida, con una $Me = 2.82$.

Los resultados en las medianas de los dominios de la calidad de vida, según soporte familiar, en pacientes con obesidad III, son los siguientes:

En el dominio salud física de calidad de vida, según soporte familiar, los pacientes con soporte familiar de hasta 2 personas, tienen un nivel bajo de calidad de vida, con una $Me = 2.2$; los pacientes con soporte familiar de 3 a 5 personas, obtienen un nivel bajo de calidad de vida, con una $Me = 2.44$; los pacientes con soporte familiar de más de 5 personas, tienen un nivel bajo de calidad de vida, con una $Me = 2.56$.

En el dominio salud psicológica de calidad de vida, según soporte familiar, los pacientes con soporte familiar de hasta 2 personas, tienen un nivel bajo de calidad de vida, con una $Me = 2.17$; los pacientes con soporte familiar de 3 a 5 personas, obtienen un nivel bajo de calidad de vida, con una $Me = 2.57$; los pacientes con soporte familiar de más de 5 personas, tienen un nivel medio de calidad de vida, con una $Me = 2.97$.

En el dominio relaciones sociales de calidad de vida, según soporte familiar, los que tienen soporte familiar de hasta 2 personas, tienen un nivel bajo de calidad de vida, con una $Me = 1.91$; los pacientes con soporte familiar de 3 a 5 personas, obtienen un nivel bajo de calidad de vida, con una $Me = 2.15$; los pacientes con soporte familiar de más de 5 personas, tienen un nivel medio de calidad de vida, con una $Me = 2.65$.

En el dominio ambiente de calidad de vida, según soporte familiar, los que tienen el apoyo familiar de hasta 2 personas, tienen un nivel bajo de calidad de vida, con una $Me = 2.35$; los pacientes con soporte familiar de 3 a 5 personas, obtienen un nivel medio de calidad de vida, con una $Me = 2.76$ y finalmente los pacientes con soporte familiar de más de 5 personas, tienen un nivel medio de calidad de vida, con una $Me = 2.99$.

4.1.2.13 La calidad de vida, según ingreso económico en pacientes adultos con obesidad III.-

Tabla 15.

Análisis comparativo de la calidad de vida, según ingreso económico

Variable	Condición económica	n	Media	Mediana	Des. Est.	H de Kruskal Wallis
Salud física	Hasta S/.850	9	1.95	1.86	0.14	$X^2=11.644$ gl=3 p=0.009
	S/.851-S/.1500	18	2.34	2.29	0.43	
	S/.1501-S/.3000	17	2.30	2.29	0.27	
	Más de S/.3000	16	2.75	3.14	0.73	
Salud psicológica	Hasta S/.850	9	2.02	2.00	0.25	$X^2=11.162$ gl=3 p=0.011
	S/.851-S/.1500	18	2.32	2.17	0.68	
	S/.1501-S/.3000	17	2.51	2.50	0.48	
	Más de S/.3000	16	3.07	3.00	1.01	
Relaciones sociales	Hasta S/.850	9	1.44	1.33	0.24	$X^2=15.316$ gl=3 p=0.002
	S/.851-S/.1500	18	1.93	2.00	0.87	
	S/.1501-S/.3000	17	2.31	2.33	0.45	
	Más de S/.3000	16	2.81	2.50	1.42	
Ambiente	Hasta S/.850	9	2.56	2.63	0.14	$X^2=8.066$ gl=3 p=0.045
	S/.851-S/.1500	18	2.39	2.50	0.65	
	S/.1501-S/.3000	17	2.53	2.75	0.27	
	Más de S/.3000	16	3.20	3.13	0.87	
Calidad de vida	Hasta S/.850	9	2.13	2.13	0.13	$X^2=13.081$ gl=3 p=0.004
	S/.851-S/.1500	18	2.31	2.17	0.53	
	S/.1501-S/.3000	17	2.45	2.63	0.29	
	Más de S/.3000	16	2.94	2.71	0.88	

En la tabla 15, con respecto a la calidad de vida según ingreso económico de los pacientes con obesidad III; el análisis de varianza en una dirección por rangos es medida por la prueba de Kruskal-Wallis, ya que las muestras vienen de la misma población, presuponiendo que la variable condición económica tiene distribución continua; así también, la muestra (n) es de 60 pacientes. Los rangos considerados para la condición económica o ingreso económico se valoran según los siguientes rangos: Hasta S/. 850; de S/. 851-1500; de S/. 1501-3000; más de S/. 3000.

En referencia a la calidad de vida según ingreso económico y en general, en pacientes con obesidad III; se encuentra que obtienen un valor para la prueba H de Kruskal Wallis, de $X^2 = 13.081$; con grado de libertad $gl=3$ y un coeficiente $p=,004$. Los pacientes con obesidad III y con ingreso económico hasta S/.850, que son 9 pacientes, obtienen una $\bar{X} = 2.13$, una $Me=2.13$ y una $DS=0.13$. Los pacientes con una condición económica de S/. 851 a S/. 1500, que son 18 pacientes, obtienen una $\bar{X} = 2.31$, una $Me=2.17$ y una $DS=0.53$. Los pacientes con un ingreso económico de S/. 1501 a S/.3000, son 17 pacientes, obtienen una $\bar{X} = 2.45$, una $Me=2.63$ y una $DS=0.29$; finalmente los pacientes que tienen un ingreso económico mayor a S/. 3000, que son 16 pacientes, obtienen una $\bar{X} = 2.94$, una $Me=2.71$ y una $DS=0.88$.

Los resultados de los dominios de la calidad de vida, según ingreso económico, en pacientes con obesidad III, se presentan a continuación:

En el dominio de la salud física de la calidad de vida, según ingreso económico, los pacientes con obesidad III, obtienen en la prueba H de Kruskal Wallis, un $X^2 = 11.644$; con un grado de libertad $gl=3$, y un coeficiente $p=,009$. Los pacientes con obesidad III y con ingreso económico hasta S/.850, que son 9 pacientes, obtienen una $\bar{X} = 1.95$, una $Me=1.86$ y una $DS=0.14$. Los pacientes con un ingreso económico de S/. 851 a S/. 1500, que son 18 pacientes, obtienen una $\bar{X} = 2.34$, una $Me=2.29$ y una $DS=0.43$. Los pacientes con un ingreso económico de S/. 1501 a S/.3000, que son 17, obtienen una $\bar{X} = 2.30$, una $Me=2.29$ y una $DS=0.27$; finalmente los pacientes que tienen un ingreso económico mayor a S/. 3000, 16 pacientes, obtienen una $\bar{X} = 2.75$, una $Me=3.14$ y una $DS=0.73$.

En el dominio salud psicológica de la calidad de vida, según ingreso económico, los pacientes con obesidad III, obtienen según prueba H de Kruskal Wallis, un $X^2 = 11.162$; con un grado de libertad $gl=3$, y un coeficiente $p=,009$. Los pacientes con obesidad III y con ingreso económico hasta S/.850, que son 9 pacientes, obtienen una $\bar{X} = 2.02$, una $Me=2.00$ y una $DS=0.25$. Los pacientes con un ingreso económico de S/. 851 a S/. 1500, que son 18 pacientes, obtienen una $\bar{X} = 2.32$, una $Me=2.17$ y una $DS=0.68$. Los pacientes con un ingreso económico de S/. 1501 a S/.3000, que son 17, obtienen una $\bar{X} = 2.51$, una $Me=2.50$ y una $DS=0.48$; finalmente los pacientes que tienen un ingreso económico mayor a S/. 3000, 16 pacientes, obtienen una $\bar{X} = 3.07$, una $Me=3.00$ y una $DS=1.01$.

En el dominio relaciones sociales de la calidad de vida, según ingreso económico, los diagnosticados con obesidad III, obtienen en la prueba H de Kruskal Wallis, un $X^2 = 15.316$; con un grado de libertad $gl=3$, y un coeficiente $p=,002$. Los pacientes con obesidad III y con ingreso económico hasta S/.850, que son 9 pacientes, obtienen una $\bar{X} = 1.44$, una $Me=1.33$ y una $DS=0.24$. Los pacientes con un ingreso económico de S/. 851 a S/. 1500, que son 18 pacientes, obtienen una $\bar{X} = 1.93$, una $Me=2.00$ y una $DS=0.87$. Los pacientes con un ingreso económico de S/. 1501 a S/.3000, que son 17, obtienen una $\bar{X} = 2.31$, una $Me=2.33$ y una $DS=0.45$; finalmente los pacientes que tienen un ingreso económico mayor a S/. 3000, 16 pacientes, obtienen una $\bar{X} = 2.81$, una $Me=2.50$ y una $DS=1.42$.

En el dominio ambiente de la calidad de vida, según ingreso económico, los que tienen obesidad III, obtienen en la prueba H de Kruskal Wallis, un $X^2 = 8.066$; con un grado de libertad $gl=3$, y un coeficiente $p=,045$. Los pacientes con obesidad III y con ingreso económico hasta S/.850, que son 9 pacientes, obtienen una $\bar{X} = 2.56$, una $Me=2.63$ y una $DS=0.14$. Los pacientes con un ingreso económico de S/. 851 a S/. 1500, que son 18 pacientes, obtienen una $\bar{X} = 2.39$, una $Me=2.50$ y una $DS=0.65$. Los pacientes con un ingreso económico de S/. 1501 a S/.3000, que son 17, obtienen una $\bar{X} = 2.53$, una $Me=2.75$ y una $DS=0.27$; finalmente los pacientes que tienen un ingreso económico mayor a S/. 3000, 16 pacientes, obtienen una $\bar{X} = 3.20$, una $Me=3.13$ y una $DS=0.87$.

4.1.2.14 Puntuaciones medianas de la calidad de vida, según ingreso económico, en pacientes con obesidad III.-

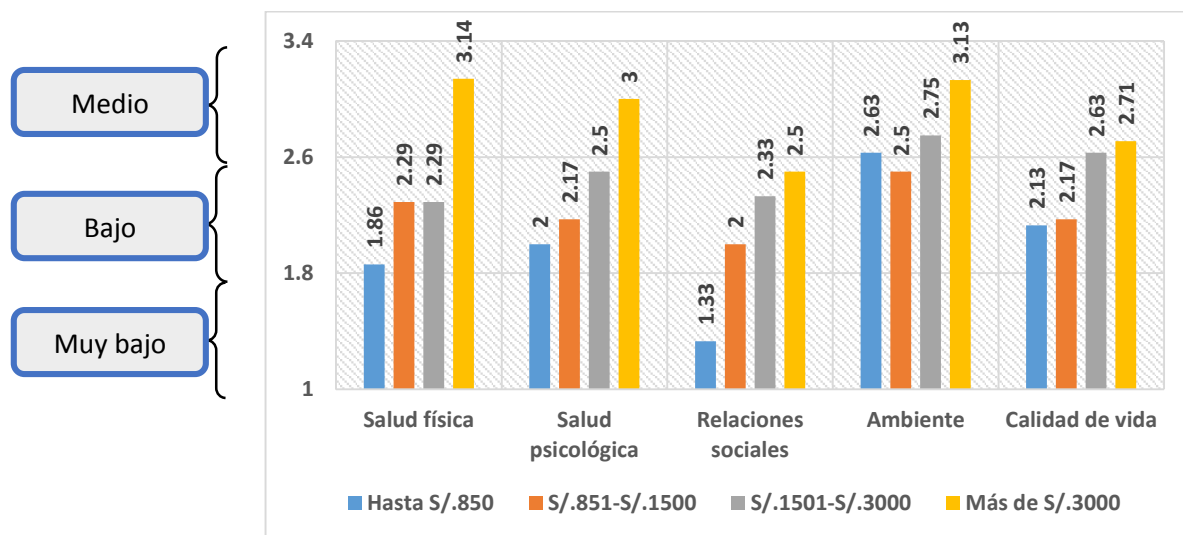


Figura 8.

Representación gráfica de las puntuaciones medianas de la calidad de vida, según ingreso económico.

En la figura 8, sobre las puntuaciones medianas de calidad de vida, según ingreso económico en pacientes con obesidad III, se observa en la calidad de vida en general, en los pacientes con obesidad III, que los pacientes con ingresos económicos hasta S/. 850, tienen un nivel bajo de calidad de vida, con una Me = 2.13; los pacientes con ingresos económicos de S/. 851 a S/.1500, obtienen un nivel bajo de calidad de vida, con una Me = 2.17; los pacientes con un ingreso económico de S/.1501 a S/. 3000, tienen un nivel medio de calidad de vida, con una Me = 2.63; finalmente los pacientes con un ingreso que supera los S/. 3000, tienen un nivel medio de calidad de vida, con una Me=2.71.

Los puntajes de las medianas de los dominios de la calidad de vida, según ingreso económico, en pacientes con obesidad III, se presentan a continuación:

En el dominio salud física de la calidad de vida, de acuerdo al ingreso económico, los pacientes con ingresos económicos hasta S/. 850, tienen bajo nivel de la calidad de

vida, con una $Me = 1.86$; los pacientes con ingresos económicos de S/. 851 a S/.1500, obtienen un nivel bajo de calidad de vida, con una $Me = 2.29$; los pacientes con un ingreso económico de S/.1501 a S/. 3000, tienen un nivel bajo de calidad de vida, con una $Me = 2.29$; finalmente los pacientes con un ingreso que supera los S/. 3000, tienen un nivel medio de calidad de vida, con una $Me=3.14$.

En el dominio salud psicológica de la calidad de vida, según ingreso económico, los pacientes con ingresos económicos hasta S/. 850, tienen un nivel bajo de calidad de vida, con una $Me = 2$; los pacientes con ingresos económicos de S/. 851 a S/.1500, obtienen un nivel bajo de calidad de vida, con una $Me = 2.17$; los pacientes con un ingreso económico de S/.1501 a S/. 3000, tienen un nivel bajo de calidad de vida, con una $Me = 2.5$; finalmente los pacientes con un ingreso que supera los S/. 3000, tienen en calidad de vida, nivel medio, con una $Me=3$.

En el dominio relaciones sociales de la calidad de vida, según ingreso económico, los pacientes con ingresos económicos hasta S/. 850, tienen un nivel muy bajo de calidad de vida, con una $Me = 1.33$; los pacientes con ingresos económicos de S/. 851 a S/.1500, obtienen un nivel bajo de calidad de vida, con una $Me = 2$; los pacientes con un ingreso económico de S/.1501 a S/. 3000, tienen un nivel bajo de calidad de vida, con una $Me = 2.33$; finalmente los pacientes con un ingreso que supera los S/. 3000, alcanzan bajo nivel de calidad de vida, con una $Me=2.5$.

En el dominio ambiente de la calidad de vida, según ingreso económico, los pacientes con ingresos económicos hasta S/. 850, tienen nivel medio de calidad de vida, con una $Me = 2.63$; los pacientes con ingresos económicos de S/. 851 a S/.1500, obtienen un nivel bajo de calidad de vida, con una $Me = 2.5$; los pacientes con un ingreso económico de S/.1501 a S/. 3000, tienen un nivel medio de calidad de vida, con una $Me = 2.75$; finalmente los pacientes con un ingreso económico que supera los S/. 3000, tienen un nivel medio de calidad de vida, con una $Me=3.13$.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1 Discusión

La obesidad es reconocida en la sociedad moderna como un gran problema de salud pública, ante lo cual, la Organización Mundial de la Salud la considera como enfermedad con características de pandemia; en tal sentido la OMS recomienda el uso de la evaluación de la calidad de vida mediante la escala WHOQOL-BREF, que es un instrumento que se caracteriza por su carácter transcultural y de aplicabilidad en enfermedades que producen algún grado de discapacidad como es la obesidad grado III, llamada también obesidad mórbida, donde la calidad de vida por ser una variable multidimensional se ve seriamente afectada, en sus facetas: salud física, psicológica, además de las relaciones sociales y con el ambiente.

En respuesta a la hipótesis general, se puede concluir que predomina el bajo nivel de la calidad de vida en el 50.7% de los diagnosticados con obesidad mórbida; igualmente un 7.7% presentan muy bajo nivel en la calidad de vida, observándose en 36% de ellos un nivel medio en calidad de vida, estando solamente el 4.9% en un nivel alto de calidad de vida; finalmente el 0.7% de los pacientes evaluados con obesidad grado III presentan nivel muy alto de calidad de vida. Estos resultados son corroborados por Oliveira Chagas y Mello Neves (2015), en Brasil, y por Maria Suárez (2015) en España quienes hallaron mayor compromiso en el dominio de salud física y dominio salud psicológica de la calidad de vida, en los diagnosticados con obesidad grado III.

Los hallazgos encontrados en los dominios se describen a continuación:

Salud Física, presentan el 50.3% nivel bajo de calidad de vida, significando esto en la mitad de la población evaluada, tiene presencia de dolores, presencia de malestar

físico, dependencia a los medicamentos, niveles bajos de energía y nivel alto en fatiga; así también, dificultades para la movilización con independencia, bajo nivel de sueño y de actividades de vida diaria, como también baja capacidad para el trabajo; en tanto que el 15% de la muestra presenta nivel muy bajo en el dominio de salud física. Hallazgos parecidos a lo encontrado, fueron revelados en Brasil, en los investigadores Oliveira Chagas y Mello Neves (2015), en la cual el dominio salud física (capacidad funcional) de los mayores de 40 años estaba más afectada que en las personas de 20 a 39 años; de manera similar que en la investigación de Maria Suárez (2015) en España, quien encontró nivel bajo en la calidad de vida, siendo el dominio afectado la salud física, en aquellos pacientes con mayor edad.

En Salud Psicológica, se observa que el 43% de los evaluados presenta nivel bajo, significando esto disminución en la sensación positiva de satisfacción, del equilibrio, de la vivencia de paz y felicidad, como también de la esperanza; además se encuentran déficit en su capacidad de concentración, memoria, toma de decisiones, claridad y rapidez de pensamiento así como la autoestima; el autoconcepto de su imagen corporal se asocia a los sentimientos de abatimiento, tristeza, culpa, nerviosismo, ansiedad y falta de placer. Similar hallazgo encontró Maria Suárez (2015), en el dominio salud psicológica en los candidatos a cirugía bariátrica, cuyas puntuaciones fueron altas en depresión, somatización y malestar psicológico.

En Relaciones Sociales, el 22% de los pacientes con obesidad mórbida presentan nivel muy bajo en la calidad de vida, significando ello el deterioro de sus relaciones personales, expresadas en la dificultad de aceptación del entorno social y vida afectiva, que podrían manifestarse en malos tratos de palabra; por otra parte, el 35.7% de la población evaluada presenta nivel medio en su calidad de vida, hallándose en el 8.4% y el 3.5% un mejor nivel en relaciones sociales. Los resultados últimos, guardan correspondencia con lo encontrado por Oliveira Chagas y Mello Neves (2015), en Brasil; quienes reportan que el dominio relaciones sociales, se encuentra más conservado.

En el dominio Ambiente, se encuentra que el 65.7% de los pacientes presentan de la muestra un nivel medio en calidad de vida, lo cual significa que estos pacientes ven que su seguridad física referido al espacio disponible en su hogar, son aceptables, al igual que sus recursos financieros.

Respecto a las hipótesis específicas se encuentran lo siguiente:

En relación a la hipótesis específica 1, se puede concluir que en la calidad de vida de los diagnosticados con obesidad grado III, el sexo femenino presenta nivel más bajo que el masculino, ello se refleja mayormente en el dominio de salud psicológica. La explicación estaría en relación a múltiples factores, que la mujer tiene que asumir en el medio familiar y social. Estos resultados son afines a lo encontrado por Oliveira Chagas y Mello Neves (2015), quienes hallaron en las de sexo femenino mayor deterioro que en el masculino, en sus aspectos físicos, dolor, aspectos relacionados a lo social y salud mental. Igualmente, estudios realizados por Medina y Morey (2006) en Perú, refieren que la obesidad es mayor en las mujeres (20.5%) respecto a los hombres (14.7%),

En respuesta a la hipótesis específica 2, la calidad de vida en relación al grupo etario; los pacientes con obesidad mórbida que tienen más de 50 años, tienden a presentar en los dominios físico y psicológico, principalmente, menores niveles de calidad de vida, lo cual se corrobora con el estudio hecho en el Perú, por Pajuelo Ramirez (2017), quien señala que a mayor edad, mayor prevalencia de obesidad y mayores complicaciones por la manifestación de enfermedades capaces de afectar todos los dominios de la calidad de vida. Asimismo, corroborando con los resultados encontrados en nuestra investigación, Oliveira Chagas y Mello Neves (2015), hallan que el grupo etario mayores de 40 años presentaban bajo nivel de calidad de vida en su esfera dominio físico.

En cuanto a la hipótesis específica 3, relacionado al nivel de estudios, se encuentra en los adultos sin estudios, o los que tienen estudios básicos, tienden a presentar menores niveles en su calidad de vida, diferente es el caso de los que si alcanzan a tener estudios técnicos y superiores, estos últimos presentan mayores niveles de calidad de vida. De modo similar a los hallazgos encontrados, Jakovljevic Pudla Wagnera y colaboradores (2017), en Brasil, señalan que la trayectoria socioeconómica evaluada a través del nivel educativo de padres y participantes, influye en el índice de masa corporal. Así también, Oliveira Chagas y Mello Neves (2015), refieren que en la escolaridad, los de clase económica baja presentan menor calidad de vida en relación a la clase social más alta.

Esto podría indicar que el nivel de estudios es un factor favorable para la calidad de vida en los diagnosticados con obesidad grado III.

En respuesta a la hipótesis específica 4, respecto al soporte familiar, encontramos como resultados que los mayores niveles en la calidad de vida, lo presentan las personas que tienen mayor soporte familiar, esto se refleja en el dominio de salud psicológica y en el dominio ambiente, lo cual significa que los cuidados del medio familiar y del ambiente son relevantes en el apoyo integral para la vida de la persona con obesidad mórbida, en ese sentido la protección familiar vivenciada, sentido de seguridad y pertenencia, son aspectos protectores que tienen estos pacientes; resultado semejante a lo encontrado en el trabajo de investigación de Martha Vera (2007), en el Perú; quien sostiene que en los pacientes adultos mayores, el significado de la calidad de vida, estaban relacionados a la protección familiar vivenciada, paz, tranquilidad y amor.

En respuesta a la hipótesis 5 respecto al ingreso económico, se encuentra en nuestra investigación que los evaluados con ingresos mayores a S/. 3,000 presentan niveles medios de calidad de vida; los que tienen ingresos económicos por debajo de S/. 850, tienen niveles bajos de calidad de vida, quienes presentan más comprometido el dominio relaciones sociales, seguido por los dominios salud física y salud psicológica respectivamente, resultados similares a lo encontrado por Pajuelo Ramirez (2017) quien señala que, la población en extrema pobreza y/o de zona rural tienen un mayor crecimiento porcentual de prevalencia de obesidad, como también lo señalan Jakovljevic Pudla Wagnera y colaboradores (2017), y Oliveira Chagas y Mello Neves (2015) que la condición económica tiene significativa influencia en la calidad de vida de los diagnosticados con obesidad mórbida o de grado III.

CONCLUSIONES

- La calidad de vida general de los pacientes con obesidad grado III se encuentra a nivel bajo, de acuerdo al estadístico Chi cuadrado.
- En cuanto a los dominios de la calidad de vida, el dominio Salud Física se encuentra con más alteración en la calidad de vida, seguida por Salud Psicológica, Relaciones sociales y finalmente el dominio Ambiente, de acuerdo al estadístico Chi cuadrado.
- En cuanto al sexo, la mujer presenta un nivel bajo en calidad de vida en relación al hombre, como se evidencia con el estadístico U de Mann-Whitney, como muestra independiente del sexo masculino.
- Los pacientes que tienen más de 50 años, tienden a presentar bajo nivel de calidad de vida; al igual que los que tienen menos de 35 años, conforme al estadístico H de Kruskal Wallis que analiza la varianza en una dirección por rangos en muestras de una misma población.
- Los pacientes con menor nivel de instrucción tienen bajo nivel en calidad de vida a diferencia de los pacientes con estudios técnicos y superiores, que presentan mayor nivel de calidad de vida, según el estadístico H de Kruskal Wallis.
- Los pacientes que presentan mayor soporte familiar presentan nivel medio de calidad de vida a diferencia de los pacientes con menor soporte familiar, que presentan nivel bajo de calidad de vida, de acuerdo al estadístico H de Kruskal Wallis.
- Los pacientes con mayores ingresos económicos presentan niveles medios en calidad de vida en general y en todos los dominios, comparados con los pacientes con obesidad mórbida de menores ingresos, según el estadístico H de Kruskal Wallis.

RECOMENDACIONES

- Al constituir la obesidad mórbida, problema de Salud Pública, se sugiere ser tratada por un equipo multidisciplinario, a fin de orientar a promover los estilos de vida saludable en estos pacientes.
- En cuanto a la intervención psicológica, ésta debe tener como objetivo recuperar el autoestima, poniendo énfasis en la valoración personal, los modos positivos de afrontamiento al estrés y cambios en el sentido de vida y valía personal.
- En cuanto a la prueba WHOQOL-BREF, se sugiere su aplicación como instrumento de evaluación en los pacientes con obesidad mórbida, por permitir conocer a través de los dominios implicados en la prueba, lo que caracteriza al paciente con esta patología, permitiendo así establecer el abordaje psicoterapéutico más adecuado para cada caso en particular, incluyendo al medio familiar brindando psicoterapia, asesoría u orientación de acuerdo a la realidad del paciente.
- Uno de los resultados de la investigación hace referencia a la mayor prevalencia de la obesidad mórbida en el sexo femenino, lo cual nos indicaría la necesidad de políticas específicas orientadas al cuidado nutricional de las mujeres, con la finalidad de mejorar su calidad de vida.
- Se hacen necesarias la implementación y regulación de una educación nutricional en diferentes escenarios educativos; de la mayor creación de ambientes ecológicos saludables; implementación de puestos de venta de alimentos orgánicos; el control de la publicidad alimentaria en horario familiar; el uso reglamentado del etiquetado octogonal en los productos procesados, el control y regulación de los ambientes obesogénicos.
- Así mismo consideramos que la obesidad mórbida constituye un reto actual y significativo para los psicólogos por su nivel de trascendencia en salud pública, para continuar con futuras investigaciones que aporten nuevos conocimientos a esta problemática y al desarrollo de técnicas eficaces orientados al paciente con obesidad mórbida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (APA), A. A. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, (DSM-5®)*, 5.a Ed. España: Arlington, VA,.
- (OPS), O. P. (1995-10ma revisión). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Washington, D.C.: Programa de publicaciones de la OPS.
- (WHOQOL), T. w. (1995, 41). Psition paper from the world Health Organization. *Social science and medicine*, 1403-1409.
- Amigo Vázquez, I. (2016). *Manual de psicología de la salud* . Madrid: Pirámide (Grupo Anaya, S.A.).
- Ardila, R. (2003,). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 35, núm. 2 , pp. 161-164 .
- Arrizabalaga, J. (2003; 50(supl 4)). Guía de práctica clínica para el manejo del sobrepeso y la obesidad en personas adultas. *Endocrinología y nutrición*, 1-38.
- Baile A.J. y González C., M. (2013). *Intervención Psicológica en Obesidad*. Madrid: Pirámide.
- Barrantes, M. (2010). Factores asociados a la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cardiopatía coronaria y diabetes mellitus. *Revista Medica Herediana* vol. 21, n° 3. ISSN 1018-130X, 118-127.
- Bennett, V. M. (2008). *Psicología de la Salud*. Madrid: Pearson Educación, S.A.
- Bergner, M. B. (1981). The Sickness Impact Prolife: Development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 787-805.
- Bunge, M. &. (2002). *Filosofía de la Psicología*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Butcher, J. N., Mineka, S., & Holley, J. M. (2007). *Psicología Clínica*. Madrid: Pearson Educación, S.A.
- Castillo, D. I. (8-05-2012 de mayo de 2014). *Calidad de vida y depresión en pacientes con artritis reumatoide de un centro hospitalario, Chiclayo 2012*. Obtenido de <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/342>:
http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/342/1/TL_Castillo_Farfan_Danitzalvett.pdf

- Chagas, M. O., & Neves, S. M. (2015). Evaluación de la calidad de vida de personas con obesidad mórbida. *de los estudios, Goiânia*, v. 42, n. 4, 465-479.
- Corsino, E. L. (03 de Febrero de 2008). <http://www.saludmed.com/index.html> . Obtenido de <http://www.saludmed.com/index.html>:
http://www.saludmed.com/LabFisio/PDF/LAB_I23-Indice_Masa_Corporal.pdf
- Doris Álvares-Dongo, J. S.-A.-G. (2012; 29(3)). Sobre peso y obesidad: Prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 303-313.
- DSM-IV-TR, C. e. (2002.). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - Texto revisado*. Barcelona: EL SEVIER MASSON, S.A.
- EsSalud. (2015). *Perfil Epidemiológico de la Población Asegurada por redes Asistenciales y sus Elementos Condicionantes*. Lima-Perú: EsSalud.
- GENEVA, W. H. (December de 1996). WHOQOL-BREF, Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva, Switzerland, Switzerland.
- Gil-Monte, P. R. (2014). *Manual de psicología aplicada al trabajo y la prevención de los riesgos laborales*. Madrid: Pirámide.
- Gómez, M. S. (2015). *Tesis Doctoral-Análisis en población obesa mórbida de los cambios en cuanto a hábitos alimentarios, personalidad, malestar psicológico y calidad de vida tras la cirugía bariátrica y la asociación con la pérdida de peso postcirugía*. Murcia: Universidad de Extremadura.
- Guadalupe, L. O. (2010). *Psicología de la Salud y calidad de vida*. México, D.F.: Cengage Learning, S.A.
- Guillén Riebeling, R. d. (2014). *Psicología de la obesidad. Esferas de vida. Complejidad y multidisciplina*. México, D.F.: Manual moderno®.
- H., S. (1976). *Stress in health and disease*. EE.UU: Butterworth.
- INEI. (2016). *Evolución de la Pobreza monetaria 2009-2015*. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e informática.
- INEI-ENDES. (2014). *Perú. Encuesta demográfica y de salud familiar*. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

- INEI-ENDES. (2014). *Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).
- Instituto Nacional de estadística e Informática, I. (2015). *Perú Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES 2014 Nacional y Departamental*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- Iris Espinoza, P. O.-C. (2011;139). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Rev. Med. Chile*, 579-586.
- J. Orley, S. S. (1996. Vol. 17). La gente y la salud ¿Qué calidad de vida? *Foro Mundial de la Salud*, 385-387.
- Jakovlievic, K. W. (2017). Trayectoria socioeconómica y obesidad en adultos de Florianópolis, sur de Brasil. *Gaceta Sanitaria (artículo en impresión)*, XXX-XXX.
- Jordi Casal, E. M. (2003). Tipos de muestreo. *Rev.Epidem.Med.Prev.*, 1:3-7.
- Juan Pablo Zavala, L. L. (2010). Actividad física y dieta saludable, percepción de peso y estrés en población adulta de Chile: Análisis de la encuesta de calidad. *ARCHIVOS LATINOAMERICANOS DE NUTRICION Vol. 60 N° 4*, , 1-6.
- Kemeny, M. (2003,). An interdisciplinary research model to investigate psychosocial cofactors in disease: Application to HIV-1 pathogenesis. *Elsevier, Brain, Behavior and Immunity, volume 17, issue 1, suplement*, 62-72.
- Lazarus R, F. S. (1984). *Stress Appraisal and Coping. 2ª ed.* New York: Springer Publishing Company.
- López-Mato, A. M. (2004). *Psiconeuroinmunoendocrinología II*. Buenos Aires: Polemos.
- Márquez-Montero, G. (2011; 28(1)). Calidad de vida vinculada a salud en población migrante rural-urbana y población urbana en Lima, Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*, 35-41.
- Medina Lezama, j., & Morey Vargas, O. y. (2006). Prevalencia de Sobrepeso y Obesidad en la Población Adulta de Arequipa Metropolitana: Resultados del Estudio Prevención. *Revista Peruana de Cardiología*, 194-209.
- Monchietti, A., & Krzemien, D. (2002; 6(1)). Envejecimiento femenino: participación social significativa y salud. *Psiquiatría.com*, 1-7.

- Monte, P. R. (2014). *Manual de Psicopsicología*. Madrid: Pirámide.
- Murgieri, M. (30 de Marzo de 2009). OMS. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF World Health Organization. Madrid, Andalucía, España.
- Oblitas Guadalupe, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Mexico, D.F.: Cengage Learning, S.A.
- Ogden, J. (2005). *Psicología de la alimentación*. Madrid: Morata, S.L.
- OMS. (1996). La gente y la salud ¿Qué calidad de vida? *Foro Mundial de la salud-Vol. 17*, 386. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/55264/1/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?ua=1
- OMS. (2004). THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIVE (WHOQOL)-BREF. Geneva 27, , Switzerland , Switzerland .
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Oficina Sanitaria Panamericana, O. R. (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud-Décima Revisión- CIE 10*. Ginebra: Programa de Publicaciones de la OPS.
- ORGANIZATION, D. O. (February de 1995). Field trial WHOQOL-100. Geneva, Geneva, Switzerland. Obtenido de <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/index1.html>
- Pajuelo Ramirez, J. (2017, 78(2)). La obesidad en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 73-79.
- PNUD. (2016). *Informe sobre Desarrollo Humano 2016*. Washington DC. Estados Unidos: Development Incorporated.
- Puente Ferreras, A. (2015). *Psicología contemporánea básica y aplicada*. Madrid: Pirámide.
- Salud, O. M. (1992). *CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Salud, O. M. (2016). *Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil*. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services, .
- Salud, O. P. (2016). *Indicadores Básicos Situación de Salud en las Américas 2016*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la salud, 2016.

- Sanjuán Suárez, P., & Rueda Laffond, B. (2014). *Promoción y Prevención de la Salud desde la Psicología*. Madrid: Síntesis S.A.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería, IX(2)*, 9-21.
- Taylor, S. E. (2007). *Psicología de la salud*. Mexico, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Torres M, Q. M., & Rioseco R, D. M. (2008; 136). Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF. *Rev Med Chile, 325-333*.
- Velandia , A. (1994). *Investigación en salud y calidad de vida. 1ra edición*. Bogotá: Universidad nacional de Colombia.
- Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la facultad de medicina Vol. 68(3)*, 284-290.
- W., C. (9 de Marzo de 2017). *American Psychological Associations*. Obtenido de American Psychological Associations.: <http://www.apa.org/pubs/journals/rev/>

ANEXOS

1. Consentimiento informado.
2. Cuestionario sociodemográfico.
3. WHOQOL-BREF
5. Hoja de entrega de resultados.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO, _____

Identificado con Documento de Identidad (D.N.I.) N° _____

Domiciliado en : _____

Teniendo conciencia plena y sin coacción, manifiesto mi consentimiento para ser evaluado con un Cuestionario Sociodemográfico, la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF a fin de proveer datos para favorecer la intervención y tratamientos en la enfermedad hallada en mí, tal es LA OBESIDAD.

Habiendo recibido información que tales evaluaciones no tiene efectos adversos en mi salud extendiendo la presente en señal de consentimiento a los ____ días del mes de _____ del año 2017, insertando mi firma conjuntamente con el/la testigo _____, identificado con D.N.I. N° _____

Firma del paciente

Firma del testigo

Firma del Psicólogo

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

La presente ficha sirve para recopilar datos, los cuales servirán para conocer más sobre su enfermedad. LA OBESIDAD. Por favor sea sincero(a) en sus respuestas, todas las respuestas son válidas, lo importante es que sea sincero(a). Marque con un ASPA (X) la opción con la que esté de acuerdo.

NOMBRES Y APELLIDOS:

EDAD: _____ SEXO: (M) (F)

Peso : _____ **Talla:** _____

Condición económica (marque una opción):

Percibe	hasta	850 S/.	(SI)	(NO)		
Percibe	de	851 S/.	hasta	1500 S/.	(SI)	(NO)
Percibe	de	1501 S/.	a	3000 S/.	(SI)	(NO)
Percibe	más de	3000 S/.	(SI)	(NO)		

Nivel de estudio: Sin Estudios (SI), Básico (SI), Técnico (SI), Superior (SI)

Soporte Familiar: Mencione de cuantas personas recibe apoyo o soporte familiar

Hasta 2 (SI), de 3 a 5 (SI), Más de 5 (SI).

Gracias por su colaboración.

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante Buena	Buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante Buena	Buena
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PAGINA SIGUIENTE

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

Gracias por su ayuda

ENTREGA DE RESULTADOS

NOMBRES Y APELLIDOS:

Conforme se acordó con Ud. Se procede a darle sus resultados de sus evaluaciones sobre:

1) ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF:

DOMINIOS		PUNTAJE BRUTO	PUNTAJES TRANSFORMADOS	
			4-20	0 - 100
SALUD FISICA	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$			
SALUD PSICOLOGICA	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$			
RELACIONES SOCIALES	$Q20 + Q21 + Q22$			
AMBIENTE	$Q8+Q9 +Q12+ Q13 + Q14 + Q23 + Q24+Q25$			

PERCEPCIÓN INDIVIDUAL DE:

CALIDAD DE VIDA: _____ SALUD GENERAL: _____

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES: _____

Psicólogo: Walter Portal Reátegui- C.Ps.P. 4735

Fecha: / /

MUCHAS GRACIAS. RECIBIDO CONFORME (FIRMA) :
