

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

División Académica De Ciencias De La Salud



“Calidad de vida asociada a obesidad en madres trabajadoras en una unidad de primer nivel en Villahermosa, Tabasco”

**Tesis que para obtener el grado de la
Especialidad en Medicina Familiar**

Presenta:

M.C. PAMELA RUIZ RAMÓN

Director (es):

M. E. GUADALUPE MONTSERRAT DOMÍNGUEZ VEGA

Dr. Cs. GUADALUPE DEL CARMEN BAEZA FLORES

Villahermosa, Tabasco.

Enero 2024



AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



Villahermosa, Tabasco, 24 de noviembre de 2023


Of. No.0737/DIRECCIÓN/DACS

ASUNTO: Autorización de impresión de tesis

C. Pamela Ruiz Ramón
Especialidad en Medicina Familiar
Presente

Comunico a Usted, que autorizo la impresión de la tesis titulada **"CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A OBESIDAD EN MADRES TRABAJADORAS EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL EN VILLAHERMOSA, TABASCO"**, con índice de similitud **04%** y registro del proyecto **No. JI-PG-246**; previamente revisada y aprobada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dr. Eduardo Contreras Pérez, Dra. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez, Dr. Jorge Iván Martínez Pérez, Dr. Ricardo González Anoya y Dr. Elías Hernández Cornelio. Lo anterior para sustentar su trabajo recepcional de la **Especialidad en Medicina Familiar**, donde fungen como Directores de tesis la Dra. Guadalupe Monserrat Domínguez Vega y Dra. Guadalupe del Carmen Baeza Flores.

Atentamente


Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora

UJAT

DACS
DIRECCIÓN

C.c.p.- M. Esp. MF. Guadalupe Monserrat Domínguez Vega. – Director de Tesis
C.c.p.- Dra. Cleopatra Avalos Díaz. – Director de tesis
C.c.p.- Dra. Rosario Zapata Vázquez. – Sinodal
C.c.p.- Dra. Elvira Paulina Orta Velázquez. – Sinodal
C.c.p.- Dra. Tamara Guadalupe Calvo Martínez. - Sinodal
C.c.p.- Dra. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez. - Sinodal
C.c.p.- MEMF. José Manuel wood Notario. - Sinodal
C.c.p.- Archivo
DC/OGMF/lkrd*

Miembro CUMEX desde 2008
**Consortio de
Universidades
Mexicanas**
UNA ALIANZA DE CALIDAD POR LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,
Col. Tamulté de las Barrancas,
C.P. 86150, Villahermosa Centro, Tabasco
Tel.: (993) 3581500 Ext. 6300, e-mail: direccion.dacs@ujat.mx

www.dacs.ujat.mx

 DIFUSION DACS

 DIFUSION DACS OFICIAL

 @DACSDIFUSION



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las **16:00** horas del día **21** del mes de **noviembre de 2023** se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Calidad de vida asociada a obesidad en madres trabajadoras en una unidad de primer nivel en Villahermosa, Tabasco"

Presentada por el alumno (a):

Ruiz Ramón Pamela
Apellido Paterno Materno Nombre (s)

Con Matricula

2	1	1	E	7	0	0	1	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Grado de:

Especialista en Medicina Familiar

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dra. Guadalupe Montserrat Domínguez Vega
Dra. Guadalupe del Carmen Baeza Flores
Directores de tesis

Dr. Eduardo Contreras Pérez

Dra. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez

Dr. Jorge Iván Martínez Pérez

Dr. Ricardo González Anoya

Dr. Elías Hernández Cornelio



CESIÓN DE DERECHOS

Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 29 del mes de noviembre del año 2023, el que suscribe, **Pamela Ruiz Ramón**, alumno del programa de la Especialidad en Medicina Familiar, con sede en el Instituto Mexicano del Seguro Social de la unidad médica familiar No.47, con número de matrícula **211E70036** adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **“Calidad de Vida asociada a obesidad en madres trabajadoras de una unidad de primer nivel en Villahermosa Tabasco”**, bajo la Dirección de Dra. En C. Guadalupe del C. Baeza López y Dra. Guadalupe Montserrat Domínguez Vega, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: pameruiz.ramon@gmail.com Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Pamela Ruiz Ramón. Matrícula 211E70015

Nombre y Firma





RECONOCIMIENTO A LAS INSTITUCIONES PARTICIPANTES EN INVESTIGACIÓN

Agradecimiento al Instituto Mexicano del Seguro Social por permitirme seguir preparándome en mi vida laboral, brindarme las herramientas necesarias del conocimiento en sus aulas y sus instalaciones.

A la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco por ser mi alma mater formadora en mi especialidad y brindarme el apoyo para despejar las dudas en mi formación.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



DEDICATORIAS

Esta tesis está dedicada:

A mi mamá Lidia quien con sus oraciones y su amor incondicional ha sido el pilar fundamental durante todo este proceso. ¡Gracias mamu! A mi papá Ruben por forjarme el carácter para ser la persona que soy hoy en día. Nunca tendré como pagarles lo que han dado por mí. Aquí les va un logro más, esta carrera también es de ustedes.

A mis tías Charito, ñaña y Ilita; por sus palabras de aliento han hecho de mí una mejor persona y nunca dejar de creer en mí.



AGRADECIMIENTOS

El principal a Dios por darme inteligencia y las habilidades para adquirir los conocimientos alcanzados; y quien siempre ha sido mi guía y mi fuerza para salir adelante ante las adversidades.

A mis asesores de tesis, la Dra. Guadalupe Montserrat Domínguez Vega por siempre alentarme a dar más. A la Dra. Guadalupe Baeza López por ser una de las piezas importante para la realización de este proyecto; y a la Dra. Cleopatra Avalos Díaz, por su tiempo. ¡Gracias por su apoyo incondicional siempre!

Al Dr. José Hipólito Garcilano por las facilidades otorgadas para este proyecto.

A mis amigos NDS, CJLT, RSM, BPG; por todas las experiencias en estos 3 años de vida académica, el camino no ha sido fácil, pero sin duda con ustedes todo ha sido más llevadero.



ÍNDICE GENERAL

I. INDICE DE TABLAS Y FIGURAS	viii
II. ABREVIATURAS	x
III. GLOSARIO DE TERMINOS	xi
IV. RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xiv
1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	5
2.1 Marco conceptual	5
2.1.1 Fisiopatología de la obesidad	5
2.1.2 IMC	7
2.1.3 Calidad de vida	8
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
4. JUSTIFICACIÓN	11
5. HIPÓTESIS	13
5.1 Hipótesis alterna	13
5.2 Hipótesis nula	13
6. OBJETIVOS	13
6.1 Objetivo general	13
6.2 Objetivos específicos	13
7. MATERIAL Y MÉTODOS	13
7.1 Diseño de la investigación	13
7.2 Lugar y periodo de estudio	14
7.3 Población, muestra y cálculo del tamaño muestral	14
7.4 Criterios de inclusión	15
7.5 Criterios de exclusión	15
7.6 Procedimientos	15
7.7 Variables, periodicidad, instrumento de medición y valores de referencia	16
7.8 Recolección de datos	19
7.9 Procesamiento y análisis de la información	20
7.10. Aspectos éticos	20
8. RESULTADOS	22
8.1 Análisis univariado	22
8.2 Análisis bivariado	33
9. DISCUSIÓN	35
10. CONCLUSIONES	37
11. PERSPECTIVAS	38
12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	39
ANEXO I: Consentimiento informado	42
ANEXO II: Cuestionario sociodemográfico	44
ANEXO III: Instrumento de evaluación	45



I. INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1	Clasificación según IMC	22
Tabla 2	Clasificación sociodemográfica: Edad	22
Tabla 3	Nivel socioeconómico, número de hijos, ocupación de las pacientes.	23
Tabla 4	Estado civil y horas de trabajo.	23
Tabla 5	Actividad física, horas de ejercicio, enfermedad crónica.	24
Tabla 6	Dominio: Función física.	25
Tabla 7	Ítem 3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores?	25
Tabla 8	Dominio: Rol físico.	26
Tabla 9	Ítem 16. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal) a causa de su salud física?	26
Tabla 10	Dominio: Rol emocional.	26
Tabla 11	Ítem 18. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de los que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?	27
Tabla 12	Dominio. Energía y vitalidad.	27



Tabla 13	Ítem 27. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?	28
Tabla 14	Ítem 31. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?	28
Tabla 15	Ítem 26. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	29
Tabla 16	Ítem 30. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?	29
Tabla 17	Ítem 20. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales?	30
Tabla 18	Dominio: Dolor corporal.	30
Tabla 19	Ítem 21. ¿Tuvo algún dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	31
Tabla 20	Dominio: salud en general.	31
Tabla 21	Ítem 1. En general, ¿Usted diría que su salud es?	31
Tabla 22	Puntaje obtenido por mujeres trabajadoras con obesidad derechohabientes de la UMF 47 del IMSS	32
Tabla 23	Medias y desviaciones estándar de las puntuaciones obtenidas en SF-36 en relación con la CV y el IMC.	33



II. ABREVIATURAS

ANSA	Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria.
CV	Calidad de vida.
CVRS	Calidad de vida relacionada con la salud.
COVID-19	Enfermedad respiratoria infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2.
DE	Desviación Estándar
ECNT	Enfermedades Crónicas No Trasmisibles.
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.
ERC	Enfermedad renal crónica.
FR	Factores de riesgo.
HTA	Hipertensión Arterial.
IMC	Índice de masa corporal.
OB	Obesidad.
OMS	Organización mundial de la salud.
SBP	Sobrepeso.
UMF	Unidad de Medicina Familiar.



III. GLOSARIO DE TERMINOS

Calidad de vida	Referimos a un concepto que hace alusión a varios niveles de la generalidad, desde el bienestar social o comunitario hasta ciertos aspectos específicos de carácter individual o grupal.
Ciclo vital familiar	Las etapas emocionales e intelectuales que atraviesa cada miembro de una familia desde la infancia hasta los años de jubilación se llaman ciclo de vida familiar. En cada etapa, se enfrentan retos de la vida familiar que le permiten desarrollar o adquirir nuevas habilidades.
COVID-19	Enfermedad respiratoria infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2.
Hiperplasia	Aumento anormal de tamaño que sufre un órgano o un tejido orgánico debido al incremento del número de células normales que lo forman.
Hiperinsulinismo	Cantidad de insulina en la sangre mayor que la que se considera normal.
Hipogonadismo	Incapacidad de las gónadas para la producción de testosterona en el hombre y de estrógeno en la mujer.
Índice de masa corporal (IMC)	es un número que se calcula con base en el peso y la estatura de la persona. Es un indicador confiable de la gordura y se usa para identificar las categorías de peso que pueden llevar a problemas de salud.



Leptina

Hormona elaborada por las células grasas que ayuda a controlar la sensación de hambre, la cantidad de grasa almacenada en el cuerpo, y el peso corporal.

Panhipopituitarismo

Afección poco frecuente por la que la hipófisis deja de elaborar la mayoría de las hormonas. Las hormonas hipofisarias ayudan a controlar el modo en que funcionan muchas partes del cuerpo. Los síntomas de la afección dependen de las hormonas que faltan.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



IV. RESUMEN

“CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A OBESIDAD EN MADRES TRABAJADORAS EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL EN VILLAHERMOSA, TABASCO”

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial causada por la interacción del genotipo y el ambiente. Esta enfermedad afecta a un gran parte de la población de los países desarrollados y abarca todas las edades, sexos y condiciones sociales. El sobrepeso y la obesidad se presentan como una importante complicación para la salud pública lo que impacta en que 6 de cada 10 hombres y 7 de cada 10 mujeres de entre 20 años la padezcan.

Determinar la asociación entre la calidad de vida y la obesidad que presentan las madres trabajadoras en una unidad de primer nivel en Villahermosa, Tabasco. Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, de diseño descriptivo, de corte transversal, en el cual se incluyó a 316 madres trabajadoras de la UMF No. 47 con IMC >30 kg/m². Se evaluaron mediante el cuestionario SF-36 el cual, consta de 36 ítems, que reconocen 8 dimensiones del estado de salud. En el periodo mayo a junio de 2023. Los datos se analizaron como promedios y desviación estándar (DS). Se presentarán los resultados más importantes con intervalos de confianza del 95%.

En el análisis entre la clasificación de CV e IMC se observó que hubo una tendencia significativa, según el SF-36, en el dominio Función social ($p= 0,056$). Se observó que las personas con un IMC >40 kg/m² tienen un puntaje más bajo que aquellas con IMC entre 30-34.9 kg/m² y 35.0-39.9kg/m².

Palabras clave: Calidad, obesidad, trabajadoras, madres.



ABSTRACT

“QUALITY OF LIFE ASSOCIATED WITH OBESITY IN WORKING MOTHERS IN A FIRST LEVEL UNIT IN VILLAHERMOSA, TABASCO”

Obesity is a multifactorial chronic disease caused by the interaction of genotype and environment. This disease affects a large part of the population in developed countries and covers all ages, sexes and social conditions.

Overweight and obesity are a public health problem that affects 6 out of 10 men and 7 out of 10 women aged 20 or older.

Determine the association between the quality of life and obesity presented by working mothers in a first level unit in Villahermosa, Tabasco. A quantitative study was carried out, with a descriptive, cross-sectional design, in which 316 working mothers from UMF No. 47 with BMI >30 kg/m² were included. They were evaluated using the SF-36 questionnaire, which consists of 36 items that recognize 8 dimensions of health status. In the period May to June 2023. The data were analyzed as averages and standard deviation (SD). The most important results will be presented with 95% confidence intervals.

In the analysis between the classification of QOL and BMI, it was observed that there was a significant trend, according to the SF-36, in the Social Function domain ($p=0.056$). It will be observed that people with a BMI >40 kg/m² have a lower score than those with BMI between 30-34.9 kg/m² and 35.0-39.9kg/m².

Keywords: Quality, obesity, workers, mothers.



1. INTRODUCCIÓN

En nuestro país, la prevalencia de la obesidad ha crecido de manera alarmante en los últimos años y actualmente alcanza alrededor del 50% de la población.¹

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial causada por la interacción del genotipo y el ambiente. Esta enfermedad afecta a un gran parte de la población de los países desarrollados y abarca todas las edades, sexos y condiciones sociales. La prevalencia de la obesidad ha crecido de manera alarmante en nuestra sociedad y ha alcanzado proporciones epidémicas en la economía. Los pacientes con obesidad mórbida tienen una tasa de mortalidad generalmente más alta y sufren mucho estigma y discriminación social, ya que esta condición no se reconoce como una verdadera enfermedad.²

La obesidad, un problema de salud mundial, ha aumentado en muchos países acorde al incremento del abastecimiento de energía alimentaria, según la OMS.

Las revisiones realizadas por autores en Nueva Zelanda y Estados Unidos de América, verifican el incremento en la ingesta de energía alimentaria y la obesidad en más de 69 países (en las cuales el nivel socioeconómico predominante es el medio) por tanto se indica que tanto el peso corporal como la ingesta de energía alimentaria aumentaron entre 1971 y 2010 un 81%.³

En 45 países es decir el 65%, el aumento de las calorías disponibles fue más que suficiente para explicar el concomitante aumento de peso corporal.

“Sabemos que hay otros factores que también han cambiado en estas décadas, como por ejemplo el crecimiento de la población, la dependencia del automóvil y el trabajo sedentario, que también contribuyen a la epidemia de la obesidad”, explica Stefanie Vandevivere, autora principal de Salud mundial y política alimentaria en la Universidad de Auckland, Nueva Zelanda.



Sin embargo, los estudios muestran que las calorías adicionales puede explicar fácilmente el aumento de peso que se ve en la mayoría de los países. ³

Los aumentos en la ingesta de energía alimentaria variaron entre países, sorprende que en más de la mitad los resultados fueron altos. Se ejemplifica que los suministros de carga energética de Canadá se ampliaron en 559 calorías/persona/día entre 1971 y 2008. En los Estados Unidos de América y Fiji, fue entre 768 y 550 calorías durante el mismo ciclo. ³

Aquellos aumentos excedieron con creces lo que se necesitaba para explicar el aumento de peso experimentado por cada país, lo que sugiere que el desperdicio de alimentos también aumentó significativamente. Entre 1980 y 2013, la proporción de personas con sobrepeso, es decir, aquellos con un IMC de al menos 25 kg/m², incremento de 28.8 por ciento a 6.9 por ciento en el género masculino y de 29.8 por ciento a 8 por ciento en género femenino. Por eso cuando el IMC de un individuo es de 30 o mayor se considera obeso. ³

En los últimos años, la prevalencia de la obesidad en el mundo, y especialmente en los países desarrollados, ha aumentado exponencialmente. En América, la prevalencia de obesidad (IMC>30) aumentó del 13 al 27% entre 1960 y 1999. En España, la prevalencia de obesidad ha aumentado significativamente en los últimos años y actualmente ronda el 50 por ciento de la población. En el continente americano, entre 1990 y 2010, las tasas de IMC mayor a 25 kg/m² en la población de 20 a 74 años; crecieron del 44 al 61 por ciento, y la frecuencia de obesidad es decir un Índice de masa corporal mayor a 30 kg/m², se acrecentó del 13 al 27 por ciento. Cada cierto tiempo, la mayoría de la población infantil, adolescentes y adultos jóvenes presentan algún grado de obesidad. El índice de masa corporal obtenido a la edad de 20 a los 25 años pronostica que el paciente será obeso de los 35 a los 37 años.



Según las últimas investigaciones sobre obesidad en España, en 2010, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población adulta (entre 25 y 60 años), fue del 38.5 por ciento para mujeres y del 14.5 por ciento para hombres; lo que corresponde a que uno de cada dos personas de la población adulta presenta un peso no adecuado.⁴

Adicionalmente, se espera que estos números sigan creciendo, por lo que se anticipa que, si no se implementan medidas de prevención inmediatas, para el año 2030 el 100% de la población adulta de los Estados Unidos será obesa. Los habitantes en España aumentaran un 33 por ciento para los hombres y un 37 por ciento para las mujeres.⁴ Con relación a presentar consecuencias sobre el estado de salud, los grados de obesidad se asocia con un mayor peligro de desarrollar patologías como: la diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer.⁵⁻⁶

En nuestro país la prevalencia de exceso de peso se está acrecentando de forma preocupante en los últimos años y en la actualidad ya ha alcanzado aproximadamente al 50% de la población (Arroyo et al., 2010).

La pandemia de la obesidad presentada en todo el mundo; ha sido estudiada lo suficiente en México sobre todo en las encuestas nacionales. Por ejemplo, en el 2010, se obtuvo como resultado e informó que población mayor de 20 años, las prevalencias de alteraciones en el peso fueron de 69.7 por ciento, lo que colocó a México dentro de los primeros 10 países con un incremento en la prevalencia de la misma en el territorio americano.⁸ Además, esta tasa de medida incrementó en 12 por ciento en 6 años, según ENSA-2000⁹ y ENSANUT 2010, lo cual sitúa a México un país con inclinación al aumento de sobrepeso y obesidad a nivel mundial con porcentaje anual de 2 por ciento, lo cual se puede acrecentar.⁷



Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012), el estado nutricional de la población Tabasqueña de 20 años o más se realizó mediante el IMC.

Todos los datos disponibles fueron aceptados, por ejemplo: la talla entre 1.30 metros a 2.00 metros, y el índice de masa corporal entre 10kg/m²-58kg/m². Los números obtenidos fuera de estos datos. Se agruparon según la clasificación de la OMS para indicar el grado de IMC en base a cuatro condiciones: desnutrición, peso normal, sobrepeso y obesidad. ⁸

Las alteraciones en el peso sobre todo el sobrepeso y obesidad; se presentan como una importante complicación para la salud pública lo que impacta en que 6 de cada 10 hombres y 7 de cada 10 mujeres de entre 20 años la padezcan. Estos valores son similares a los presentados en todo el territorio mexicano. involucrando tanto a hombres como a mujeres. Por tal motivo identificar los factores de riesgo que conducen a la obesidad en la población adulta debe ser una prioridad en la planificación de actividades y políticas para su prevención y vigilancia.

Se realizó una evaluación del estado nutricional de la población mayor de 20 años en 1,327 habitantes, de un universo de 1,327,928 habitantes mayores de 20 años del estado. El tamaño de muestra fue de 629 participantes en zonas urbanas (785,189 personas) y de 698 participantes en zona rural, (542,739 personas). Como resultado, la prevalencia de sobrepeso y obesidad (IMC ≥ 25 kg/m²) el 76.2 por ciento en hombres y el 83.5 por ciento en mujeres. La prevalencia de obesidad, es decir un índice de masa corporal mayor de ≥ 30 kg/m², fue 29.7% mayor para las mujeres con un 48.0%; hombres de 37.0%, estadísticamente significativo, entre tanto que la de sobrepeso fue mayor en varones con un 39.1 por ciento; mientras que mujeres de 35.5 por ciento. ¹⁰

A futuro se espera un incremento de 28.5% en la prevalencia de obesidad en toda la población.



2. MARCO TEÓRICO

2. 1 Marco conceptual

2.1.1 Fisiopatología de la obesidad.

Para ganar exceso de grasas, su ingesta de calorías debe exceder su gasto de energía. Este principio aparentemente simple de la termodinamia se ve afectado por diversos factores de ajuste y complejos mecanismos de retroalimentación. Como el peso tiende a permanecer dentro del $\pm 10\%$ de un valor predefinido, los cambios en el peso corporal conllevan a cambios en el gasto de energía y en la fisiopatología del comportamiento alimentario obesos, contribuyendo así en la recuperación del peso corporal total inicial.⁹⁻¹²

Este fenómeno puede contribuir a las altas tasas de recaída observada después de los programas de pérdida de peso. En al menos del 5% de los 12 casos, la obesidad puede ser secundaria a la presencia de otras afecciones médicas. Por tanto, deberá descartarse la existencia de alteraciones endocrinas como alteraciones en las hormonas tiroideas, disfunción en la glándula hipófisis y todas las alteraciones que conlleva; alteraciones genéticas o el consumo de fármacos específicos.

En muchos casos, no existe un motivo obvia como origen de la obesidad.¹³

a) Defectos metabólicos: Hay datos que demuestran que existe una mayor eficiencia metabólica en los obesos. En estudios realizados en niños se encontraron que aquellos que luego se volvieron obesos tenían una menor ingesta de energía. De manera similar, las personas con un bajo consumo de energía tenían un riesgo mucho mayor de obesidad entre los adultos. Se debate el papel de los ciclos metabólicos individuales (p.ej., glucólisis-glucogénesis, actividad Na K ATPasa y grasa parda). Estos sistemas pueden ser menos activos en humanos obesos, como se muestra en las ratas Zucker de grasa parda (genéticamente obesas). Estudios recientes en humanos sugieren que el aumento o la pérdida de peso



se asocia con cambios compensatorios en el gasto de energía que impiden el mantenimiento de un peso por debajo de lo normal tanto en individuos obesos como no obesos. Sin embargo, en otro estudio, la ingesta de energía basal y la utilización de sustratos fueron similares en personas con sobrepeso (individuos obesos que perdieron peso) y en personas que nunca eran obesas, lo que sugiere que el grado de obesidad está relacionado con las adaptaciones ambientales. Mala ingesta provocada por una ingesta excesiva o falta de actividad física.

- b) Ingesta anormal:** los pacientes obesos dependen más de señales externas para regular la ingesta que los pacientes no obesos. Las personas obesas definitivamente comen demasiada comida, especialmente para su peso corporal. Algunas personas obesas no pierden peso con la llamada dieta baja en calorías. Esto se debe a que la ingesta real es mayor que el valor de referencia y el valor de actividad física calculado es mayor que el valor real y no lo es.
- c) Ejercicio:** Disminuir las actividades físicas que normalmente se realizan, no es una causa importante para presentar obesidad, pero colabora a la persistencia de ella.
- d) Factores genéticos:** Participan en el desarrollo de obesidad, (no se tiene un modelo específico); sin embargo, se han realizado estudios en familias con niños adoptados; los cuales evidencian una relación entre el peso del niño y el peso del padre biológico; más que con el padre adoptivo.
- e) Distribución y número de células adiposas:** Generalmente el grado de obesidad de una persona adulta es hipertrófico, regularmente los obesos mórbidos presentan una hiperplasia de los adipocitos.
- f) Papel de la leptina:** El gen ob, (estudiado en ratones) es el responsable de la liberación de leptina que es una hormona segregada por los adipocitos. Los animales con mutación del gen ob son obesos y pierden peso cuando se les administra leptina. ¹³



Los factores que intervienen en la patogenia son de carácter biopsicosociales; pero dentro de los más importantes encontramos dos que se cree son la raíz de esta: *factores genéticos*: que proporcionan eficacia metabólica al individuo, y *nutrición excesiva*: especialmente la presentada durante los primeros años de vida, se encuentra fuertemente influenciado por las prácticas culturales durante la infancia, lo que resulta en una predisposición a ser obeso; es decir a ingerir alimentos secundaria a respuestas exógenas del cuerpo. ¹³

El principio fundamental para que se desarrolle la obesidad: es que el consumo de energía debe exceder al gasto de la misma.

Aunque el principio genético es importante y suele ser la causa principal entre las diferencias de peso entre las personas; la reducción de las actividades físicas y la poca absorción de las calorías son esenciales para el desarrollo de la obesidad.

2.1.2 IMC

El índice de masa corporal (IMC) mide la relación entre el peso y la talla, lo que permite identificar el grado de sobrepeso y obesidad en adultos. Se calcula con base en el peso y la estatura de la persona. Es un indicador confiable de la grasa corporal y se emplea para identificar las categorías de peso que pueden llevar a problemáticas de la salud.

$$\text{Formula: } \frac{\text{Peso (Kilogramos)}}{\text{Talla (metros)}^2} = \text{IMC}$$

¿Cómo se interpreta el IMC?

Peso bajo	Normal	Sobrepeso	Obesidad I	Obesidad II	Obesidad III
< 18.5 kg/m ²	18.5 – 24.9 kg/m ²	25 – 29.9 kg/m ²	30 – 34.9 kg/m ²	35 – 39.9 kg/m ²	>40 kg/m ²



2.1.3 Calidad de vida

El uso del concepto de Calidad de Vida (CV) nos lleva a los años sesenta, cuando los científicos sociales inician investigaciones en CV recolectando información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda, siendo muchas veces estos indicadores económicos insuficientes, dado que sólo eran capaces de explicar un 15% de la varianza en la CV individual.

Así mismo la calidad de vida equivale a los puntajes de las condiciones de vida objetivamente medibles en una persona, tales como salud física, condiciones de vida, relaciones sociales, actividades funcionales, ocupación, entre otras. Este tipo de definición permite comparar a una persona con otra desde indicadores estrictamente objetivos.

Dado que la clasificación de la CV es subjetiva, no existen parámetros universales de CV buena u óptima, ya que los parámetros de evaluación de la calidad de vida son diferentes para individuos y sociedades. El bienestar global varía entre cada individuo y de los recursos con los que dispone.

La calidad de vida es un concepto lleno de importancia cultural, económica y política. El producto final de cualquier modelo CV será un estado global de felicidad asociado con alguna perspectiva, basada en el supuesto de que todos los individuos tienen derecho a un estado de felicidad y que esta experiencia de felicidad puede medirse mediante indicadores universales objetivos.



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El sobrepeso y la obesidad en adultos es un problema de salud a nivel global, que continúa creciendo a pesar de los esfuerzos realizados en primer nivel de atención, en educación y en las detecciones de esta patología. Los síntomas y las complicaciones de estas patologías, causan una disminución en la calidad de vida del paciente en el entorno biopsicosocial; poniendo en peligro su salud y sus estilos de vida.

La obesidad es una enfermedad crónica degenerativa muy común en nuestro estado y país; y es debido a este problema y las múltiples complicaciones presentadas, decidimos prestar atención a la calidad de vida que tienen las mujeres trabajadoras con obesidad; y el papel que cumplen los factores asociados al entorno del paciente.

En México, 70 por ciento o más de la población mayor de 20 años, vive con demasiada grasa corporal. La prevalencia de sobrepeso es mayor en varones con respecto a las mujeres, mientras que la prevalencia de obesidad las cifras se invierten, pues es mayor en mujeres que en hombres. Por ese motivo, es importante implementar y poner en marcha estrategias y líneas de acción efectivas, encaminadas a la prevención y control de la obesidad en el adulto.

La obesidad es considerada como uno de los factores de riesgo modificables para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares (las dos principales causas de muerte entre adultos en México) y algunos cánceres; la obesidad se identifica como un problema de salud pública y hasta hace algunos años se reconoció como una enfermedad que exige la implementación de acciones urgentes encaminadas a la mejora de la prevención, diagnóstico y controles oportunos en la población que vive con ella. En 2010 se firmó el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA) en México, este fue el



primer paso para crear una política explícita para la prevención de la obesidad y sus enfermedades crónicas relacionadas. ⁸

Poco se sabe sobre la relación entre esta alteración metabólica y los problemas psicológicos (depresión, ansiedad, autoconcepto, personalidad, psicopatologías, etc). Existen varios instrumentos de calidad de vida que han sido utilizados en pacientes obesos; en estos se han evaluado mediante diferentes variables, siendo de las más relevantes el apoyo social, la actividad física, la ayuda psicológica, las habilidades sociales, entre otros.

Derivado del contexto anterior surge la siguiente pregunta de investigación: ¿La calidad de vida está asociada a obesidad en madres trabajadoras de una unidad de primer nivel en Villahermosa, Tabasco?



4. JUSTIFICACIÓN

Las alteraciones en el peso, es decir; sobrepeso y obesidad, se identifican actualmente como una de las metas más convenientes de la Salud Pública por su magnitud y por el aumento en la incidencia y las consecuencias negativas que presentan en la población. El presentar alteraciones en el índice de masa corporal (sobrepeso y obesidad), aumentan considerablemente el desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), las muertes prematuras y el costo de la salud por persona. Se espera que aproximadamente el 90 por ciento de los casos de diabetes mellitus tipo 2 se imputan al sobrepeso y la obesidad.

Nuestro país, ocupa el 2do lugar en prevalencia e incidencia de obesidad en la población mayor de 20 años, la cual representa un aumento exponencial del 10 veces que en Japón y Corea.¹⁴ en México, la población escolar que vive con obesidad ocupa el cuarto lugar de prevalencia, superado por países de primer mundo como lo son Grecia, Estados Unidos e Italia. La experiencia global debe de indicar que el interés adecuado de la obesidad y el sobrepeso, requiere reestablecer nuevos planes competentes, que impulsen los factores de protectores de la salud, especialmente para adecuarlos al comportamiento interpersonal y social.

El presente estudio buscará describir cual es la calidad de vida que tienen las madres trabajadoras con obesidad y determinar los factores asociados para estimar que rangos afectan y como poder ayudarlos a mejorar esa calidad, como hacerlos sentirse mejor, y enseñarles la buena alimentación y cuidado de su cuerpo. Tratar que los pacientes se adapten a otro estilo de vida que los ayude a sentirse bien, desarrollar responsabilidad y compromiso en ellos mismos.

De igual manera cabe mencionar que el presente estudio se realizó bajo las normas institucionales y con las autorizaciones pertinentes por parte de las autoridades de la unidad y el comité de ética de la misma.



El sobrepeso y la obesidad es un problema de salud pública mundial que al paso de los años se ha incrementado; por lo que el impacto generado se ve reflejado directamente con la esperanza y la calidad de vida. Diversos estudios demostraron las conexiones obtenidas entre obesidad con las complicaciones propias tales como: diabetes, hipertensión arterial, alteraciones cardíacas, óseas, entre otros.

El estudio "Epidemia de obesidad y sobrepeso vinculada al aumento del suministro de energía alimentaria", reportaron que de 1980 al 2013, el porcentaje global de personas mayores de 20 años con alteraciones del índice de masa corporal mayor de 25kg/m², aumentaron de 28.8% a 36.9% varones y 29.8% a 38% en mujeres.

Calidad de vida (CV) es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. La percepción de la calidad de vida es subjetiva y se relaciona con el bienestar biopsicosocial, de igual manera se Incluyen otros puntos de vista subjetivos: intimidad, emociones, seguridad, los logros personales y propiamente la salud. De manera objetiva: los bienes materiales, las relaciones con lo que nos rodea y la comunidad.¹⁶

Con respecto a esto, se encontrará que las personas con sobrepeso y obesidad presentan mayores impedimentos para participar en eventos sociales y deportivos, hay un aumento de problemas interpersonales y tiene un mayor grado de ansiedad, heridas emocionales, agresión, emocionalidad, y menor apetito sexual. También tienden a ser desempleadas, con propensión a fumar, a tener una vida sedentaria, poco soporte afectivo, autoconcepto débil de la salud y con un corto control interno (sensación débil de control de su salud) en contraste con las que cuentan con un peso normal. Es importante señalar que la percepción de la imagen es una de las causas principales de estrés, frustración, y por lo tanto el incremento de la masa corporal en estos pacientes.¹⁷



5. HIPÓTESIS

5.1 Hipótesis alterna

La calidad de vida se encuentra asociada con la obesidad en madres trabajadoras.

5.2 Hipótesis nula

La calidad de vida no se encuentra asociada con la obesidad en madres trabajadoras.

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

Determinar la asociación entre la calidad de vida y la obesidad que presentan las madres trabajadoras en la UMF No. 47 de Villahermosa, Tabasco.

6.2 Objetivos específicos

1. Clasificar a los pacientes según IMC y sociodemográficas.
2. Identificar la calidad de vida de acuerdo con el IMC y sociodemográficas.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 Diseño de la investigación

El método de estudio es de tipo cuantitativa, de diseño analítico correlacional de cohorte transversal. Lo que nos permitió identificar e interpretar en un momento específico las hipótesis de las variables de estudio.



7.2 Lugar y periodo de estudio

La población para este estudio estuvo conformada por mujeres trabajadoras con alteraciones en el IMC derechohabientes de la UMF 47 del IMSS. En el periodo de Mayo a Junio de 2023.

7.3 Población, muestra y cálculo del tamaño muestral.

Se obtuvieron los datos del universo total por parte del servicio de Arimac de la UMF 47 con un total de 3810 pacientes y se realizó un muestreo de las pacientes atendidas en la consulta externa de la UMF No. 47 del IMSS en Villahermosa Tabasco, que tengan al menos 1 hijo y tuvieran alguna alteración al IMC, que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión de manera probabilística al azar simple. Se aplicó la fórmula de Spiegel y Stephens:

$$n = \frac{z^2 Npq}{e^2(N-1) + z^2 pq}$$

En donde:

n=tamaño de la muestra

z=nivel de confianza 95%, entonces $z = 1.96$

e=error =5%, entonces $e = 0.05$

N=población =3810

p=probabilidad fracaso=50%, entonces $p = 0.5$

q= probabilidad de éxito=50%, entonces $q = 0.5$

e=error =5%, entonces $e = 0.05$

sustituyendo en la formula se obtienen los siguientes resultados:

n=316



El universo para estudiar estuvo conformado por 316 individuos que cumplieron con los criterios de inclusión, de estos se cuenta con una muestra calculada de para un intervalo de confianza del 95% con un margen de error del 5%.

7.4 Criterios de inclusión.

- Mujeres trabajadoras con IMC > 25.5 kg/m².
- Mujeres trabajadoras derechohabientes de la UMF 47.
- Mujeres derechohabientes mayores de 18 años.
- Mujeres derechohabientes que tengan al menos 1 hijo.
- Mujeres que deseen participar en la encuesta.

7.5 Criterios de exclusión.

- Madres trabajadoras afiliadas a la UMF 47 que cuente con una patología crónica terminal.
- Mujeres trabajadoras embarazadas o en periodo de lactancia.
- Madres derechohabientes foráneas.

7.6 Procedimientos

Previa autorización del Comité Local de Ética e Investigación, así como con autorización de no inconveniencia para la realización de este por la directora de la Unidad de Medicina Familiar No. 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde se llevó a cabo dicha investigación se realizó lo siguiente:

1. Se aplicó carta de consentimiento informado (ANEXO I) previa explicación del proyecto a mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión, que se encontraban en la sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar No 47 del IMSS en ambos turnos.
2. Una vez firmado el consentimiento informado se procedió a la aplicación de los instrumentos utilizados por parte del investigador colaborador: Pamela



Ruiz Ramón. Se entregó cuestionario sociodemográfico (ANEXO II) y formato SF36 (ANEXO III). Se solicitó a las participantes que respondieran ambos de manera personal, tiempo estimado 15 minutos aproximadamente. El investigador colaborador permaneció junto a la participante en caso de dudas; finalmente se agradecerá a cada una de las participantes,

3. Se utilizó el programa IBM SPSS Statistics en su versión 25 para la captura y el análisis de la información.

7.7 Variables, periodicidad, instrumento de medición y valores de referencia

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de medición	Nivel de medición
Edad	Cuantitativa	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	18-30 años. 31-35 años 36-40 años 41 o más	Númerica	Continua
IMC	Cuantitativa	Es el cálculo para evaluar el estado nutricional ($IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$).	>25.0: sobrepeso 25.0-29.9: Pre obesidad 30.0-34.9 kg/m ² : Obesidad tipo I 35-39.9 kg/m ² : Obesidad tipo II + 40 kg/m ² : Obesidad tipo III (mórbida)	Kg/m ²	Continua
Número de hijos	Cuantitativa	Se refiere al número de hijos vivos.	1-2 hijos 3-4 hijos 5 o más hijos	Númerica	Continua



Ocupación	Cualitativa	Actividad o trabajo al que se dedican las madres.	<ul style="list-style-type: none">• Recpcionista• Gerente• Enfermera• Cajera• Empacadora• Otras	Numerica	Nominal
Estado Civil	Cualitativa	Condición de una persona en relación con su situación conyugal, que se hacen constar en o no en el Registro Civil.	<ol style="list-style-type: none">1. Soltera2. Casada3. Divorciada4. Unión libre5. Viuda	Numerica	Nominal
Horas de trabajo	Cuantitativa	Total de horas en las que una mujer dedica su actividades laborales al día.	<ul style="list-style-type: none">4-6 horas6-8 horas8-10 horas+11 horas	Numerica	Discreta
Actividades físicas	Cualitativa	Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía.	<ol style="list-style-type: none">1. Trotar2. Correr3. Acude al gym4. Natación5. Otras6. No realiza actividades físicas.	Numerica	Discreta
Horas de ejercicio	Cuantitativa	Cantidad de horas que dedica al día a realizar ejercicio.	<ul style="list-style-type: none">-1 hora/día1-2 horas/día2-3 horas/día+3 horas/día	Numerica	Nominal
Enfermedad	Cualitativa	Enfermedades de larga duración y	<ol style="list-style-type: none">1. Ninguna	Numerica	Nominal



crónica o concomitante		progresión por lo común lenta. Son causa de muerte e incapacidad.	2. Diabetes Mellitus 3. Hipertensión arterial 4. DM e HTA 5. Secuela por COVID-19 6. Insuficiencia renal crónica 7. Otra		
Calidad de vida	Cualitativa	Estimación de calidez de la vida mediante el resultado obtenido de la aplicación del instrumento SF36.	0 representa un estado de salud peor y 100, el mejor estado de salud medido	Numerica	Nominal
Ingreso económico	Cualitativa	Promedio de ingresos económicos que obtiene una persona mensualmente	1. < \$6,225.00 2. \$6,226.00 - \$12,500.00 3. \$12501.00 - \$20,000.00 4. \$20,001.00 a \$30,000.00 5. > \$30,000.00	Numerica	Continua



7.8 Recolección de datos

Para la recolección de la información se decidió aplicar una encuesta con datos sociodemográficos y el instrumento SF36 los cuales se aplicaron al ser aprobada esta investigación por el comité de ética.

- Cuestionario sociodemográfico (ANEXO II).

Esta parte de la entrevista estuvo conformada por una cedula de identificación diseñada para la obtención de datos sociodemográficos los cuales incluyeron datos como: edad, nivel socioeconómico, número de hijos, estado civil, ocupación, jornada laboral, peso, talla, IMC, horas de ejercicio, practica y tipo de actividad física, antecedentes de enfermedades crónico-degenerativas.

- Cuestionario SF36 (ANEXO III)

Se aplicó el Cuestionario de Salud SF-36, el cual está dirigido a personas mayores de 14 años; el cual está compuesto por 36 preguntas que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud; los 36 ítems del instrumento cubren las escalas de: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Además de una pregunta de transición sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior.

Se transformó el puntaje a escala 0 a 100 (lo mejor es 100). Las preguntas de 3 categorías se puntuarán 0-50-100; las de 5 categorías se puntuarán 0-25-50-75-100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100. Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promediarán para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100. Los ítems no respondidos no se considerarán. Cuanto mayor es la puntuación obtenida, el estado de salud es mejor. Por lo tanto 0 representa un estado de salud peor y 100, el mejor estado de salud medido.



7.9 Procesamiento y análisis de la información

Una vez recolectada la información de los instrumentos aplicados, se capturó información en programa estadístico SPSS.

Los datos se analizaron como promedios y desviación estándar (DS), o como frecuencias con los porcentajes. Se presentaron los resultados más importantes con intervalos de confianza del 95%. La significación estadística por linealidad a través de los grupos de SF-36 con sus dominios, se determinará por análisis de covarianza con un contraste adecuado. Los coeficientes de correlación se calcularon por el método de Pearson.

7.10. Aspectos éticos.

Todos los procedimientos realizados se llevaron a cabo bajo la aprobación y autorización correspondiente del comité de investigación de la Unidad de Medicina Familiar No. 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Por las características del diseño y naturaleza del estudio, las repercusiones éticas son mínimas.

Tomando en cuenta los siguientes artículos de la Ley General de salud:

- Artículo 17, fracción I define que: "una investigación sin riesgos son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivas y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que se ven involucrados en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de la conducta".
- Artículo 20 se establece que el consentimiento informado es el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación con pleno



conocimiento que no existe ningún riesgo en la participación en la investigación, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna (ANEXO I).

Considerándose un estudio de riesgo menor al mínimo, ya que, de acuerdo con las normas éticas, a la ley general de salud en materia de investigación y a la declaración de Helsinki de 1975 modificada en 1993; además de tener en cuenta el Código de Núremberg.

Por lo tanto, el presente trabajo no representó ningún riesgo para las personas involucradas en esta investigación y no se puso en riesgo su salud, además es una investigación formal donde los datos son confidenciales.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



8. RESULTADOS

En el presente estudio se encuestó a 316 pacientes que acudieron a la UMF No. 47 en el periodo comprendido entre Mayo-Junio de 2023 que cumplieran con los criterios de inclusión del mismo. A continuación, se describen los resultados que dieron respuesta a los objetivos planteados.

8.1 Análisis univariado

Objetivo específico 1: clasificar a las pacientes según IMC y sociodemográficas.

Tabla 1. Clasificación según IMC

IMC	f	%
Normal	22	7.0
Sobrepeso	94	29.7
Obesidad grado I	148	46.8
Obesidad grado II	46	14.6
Obesidad grado III	6	1.9
TOTAL	316	100.0

Fuente: cuestionario de datos sociodemográficos. UMF No. 47 n=316

La tabla 1 muestra la clasificación de las pacientes según el IMC, donde 148 (46.8%) presentan obesidad grado I, 46 (14.6%) obesidad grado II, 6 (1.9%) obesidad grado III, solo 94 (29.7%) presentan sobrepeso y 22(7.0%) con peso normal.

Tabla 2. Clasificación sociodemográfica: Edad

Años vividos	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
	316	18	46	29.29	7.124

Fuente: cuestionario de datos sociodemográficos. UMF No. 47 n=316

La tabla 2 proporciona una edad media de pacientes encuestadas de 29.29, con una edad mínima de 18 años y edad máxima de 46 años, teniendo como media 29.29 años con una desviación de 7.124.



Tabla 3. Nivel socioeconómico, número de hijos, ocupación de las pacientes.

Nivel socioeconómico	f	%
Bajo	25	7.6
Medio	251	76.5
Alto	40	12.2
Total	316	100.0
Número de hijos	f	%
1-2 hijos	193	58.8
3-4 hijos	122	37.2
5 o más hijos	1	.3
total	316	100.0
Ocupación	f	%
Recepcionista	12	3.7
Gerente	32	9.8
Enfermera	18	9.1
Cajera	57	17.4
Empacadora	8	2.4
Otras	189	57.6
Total	316	100.0

Fuente: cuestionario de datos sociodemográficos. UMF No. 47 n=316

La tabla 3 proporciona se observan algunas de las características sociodemográficas de las pacientes tales como: nivel socioeconómico donde predominan el medio con 251 (76.5), de acuerdo al número de hijos con 1 a 2 hijos 193 (58.8%) y la ocupación corresponde a otras dentro de las que se incluyen: maestras, abogadas, médicos, terapeutas 189 (57.6%) seguida de gerente 32 (9.8%

Tabla 4. Estado civil y horas de trabajo.

Estado civil	f	%
Soltera	69	21.0
Casada	133	40.5
Divorciada	16	8.6
Unión libre	98	29.9
Total	316	100.0



Horas de trabajo	f	%
4-6 horas	33	10.1
6-8 horas	171	52.1
8-10 horas	103	31.4
Más de 11 horas	9	6.4
total	316	100.0

Fuente: cuestionario de datos sociodemográficos. UMF No. 47 n=316

La tabla 4 clasifica a las pacientes según el estado civil, en donde se encuentra 133 (40.5%) de las pacientes son casadas, seguidas de 98 (29.9%) viven en unión libre. Con respecto a las horas de trabajo 171 (52.1%) trabajan de 6-8 horas, con menor prevalencia las que trabajan más de 11 horas 9 (6.4%).

Tabla 5. Actividad física, horas de ejercicio, enfermedad crónica.

Actividad física	f	%
Trotar	19	6.0
Correr	66	20.9
Gimnasio	23	7.3
Natación	9	2.8
Otras	55	17.4
No realiza	144	45.6
Total	316	100.0
Horas de ejercicio	f	%
menos de 1 hora	157	49.7
1-2 horas	86	27.2
2-3 horas	64	20.3
Más de 3 horas	9	2.8
Total	316	100.0
Enfermedad crónica	f	%
Ninguna	146	46.2
Diabetes mellitus	33	10.4
Hipertensión arterial	64	20.3
Diabetes e hipertensión	42	13.3
Secuelas de Covid	31	9.8
Total	316	100.0

Fuente: cuestionario de datos sociodemográficos. UMF No. 47 n=316



En la tabla 5 se observa que 144 (45.6%) no realiza ninguna actividad física, solo 23 (7.3%) acude al gimnasio. En cuanto a las horas de ejercicio 157 (49.7%) realiza menos de 1 hora de ejercicio, 86 (27.2%) realizan de 1-2 horas a la semana y solo el 2.8% (9) realizan ejercicio por más de 3 horas a la semana. El 46.2% (146) no padecen ninguna enfermedad crónica, el 20.3% (64) viven con hipertensión y el 9.8% (31) refirieron secuelas de Covid 19.

Objetivo específico 2: Identificar la calidad de vida con el IMC y sociodemográficas.

Dominio: función física.

Tabla 6. Dominio: función física.

Función física	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
	316	40.00	90.00	78.1646	10.44037
Total	316				

Fuente: cuestionario SF36. UMF No. 47 n=316

Dominio función física (tabla 6), indica un mínimo de 40% con máximo de 90% con una media de 78.16; sin embargo, en el ítem 3 del cuestionario SF36 (ANEXO III) se observa que 224 (70.9%) pacientes respondieron que no les limita para la realización de esfuerzos intensos, solo el 4.1% (13) les limita la realización de esfuerzos físicos intensos (tabla 7).

Tabla7: Ítem 3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores?

Ítem 3	f	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí, me limita mucho	13	4.1	4.1	4.1
Sí, me limita un poco	79	25.0	25.0	29.1
No, no me limita nada	224	70.9	70.9	100.0
Total	316	100.0	100.0	

Fuente: cuestionario SF36. UMF No. 47 n=316



Dominio: rol físico.

Tabla 8. Dominio: rol físico.

Rol físico	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
	316	.00	100.00	77.8481	28.02701
Total	316				

Fuente: cuestionario SF36. UMF No. 47 n=316

En la tabla 8 se obtuvo un porcentaje mínimo de .00 con máximo 100.00, con una media de 77.848 y una desviación estándar de 28.027 para el dominio rol físico.

Tabla 9. Ítem 16. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal) a causa de su salud física?

Ítem 16	f	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	229	72.5	72.5	98.1
No	87	27.5	27.5	25.6
Total	316	100.0		

Fuente: cuestionario SF36. UMF No. 47 n=316

Así mismo encontramos en la tabla 9 que el 72.5% (229) tuvieron dificultades para hacer su trabajo o actividades cotidianas a causa de su salud física. Solo el 27.5% respondieron no tener dificultades para las actividades cotidianas.

Dominio: rol emocional.

Tabla 10. Dominio: Rol emocional.

Rol emocional	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
	316	.00	100.00	71.3080	32.30550
Total	316				

Fuente: cuestionario SF36. UMF No. 47 n=316



El rol emocional presenta una media de 71.308 y desviación estándar de 32.305 con un porcentaje máximo de 100.00. (Tabla 10).

Tabla 11. Ítem 18. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de los que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

Ítem 16	f	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	108	34.2	34.2	34.2
No	208	65.8	65.8	100.0
Total	316	100.0		

Fuente: cuestionario SF36. UMF No. 47 n=316

La tabla 11 refleja los resultados del ítem 18 que con lleva a un 34.2% (108) de la población estudiada realizo menos actividades a causa de su salud mental; a pesar de ello es notable que el 65.8% (208) no realizaron menos actividades a causa de su salud mental.

Dominio: energía y vitalidad.

Tabla 12. Dominio: energía y vitalidad

Vitalidad	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
	316	25.00	100.00	67.7373	13.67505
Total	316				

Fuente: cuestionario SF36. UMF No. 47 n=316

En la tabla 12 se presenta el dominio de vitalidad, con una media de 67.737, tabla 13 que representa el ítem 27 presenta resultados 98 (31.0%) se sintieron con energía casi siempre, 91 (28.8%) muchas veces y solo 25 (4.7%) solo algunas veces.



Tabla 13. Ítem 27. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

Ítem 16	f	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Siempre	63	19.9	19.9	19.9
casi siempre	98	31.0	31.0	50.9
muchas veces	91	28.8	28.8	79.7
algunas veces	49	15.5	15.5	95.3
solo alguna vez	15	4.7	4.7	100.0
Total	316	100.0		

Fuente: cuestionario SF36. UMF No. 47 n=316

Dominio: salud mental.

En la tabla 14 hace referencia al ítem 31 donde 32.3% (102) se sintieron casados solo algunas veces y el 0.9% (3) lo sintieron siempre.

Tabla 14. Ítem 31. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

Ítem 31	f	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Siempre	3	.9	.9	.9
Casi siempre	21	6.6	6.6	7.6
Muchas veces	48	15.2	15.2	22.8
Algunas veces	96	30.4	30.4	53.2
Solo alguna vez	102	32.3	32.3	85.4
Nunca	46	14.6	14.6	100.0
Total	316	100.0	100.0	

Fuente: cuestionario SF36. UMF No. 47 n=316



Al mismo tiempo, en la tabla 15 señalamos que el 26.6% (84) respondieron que se sintieron tranquilos casi siempre y el 4.7% (15) nunca lo sintieron.

Tabla 15. Ítem 26. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

Ítem 31	f	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Siempre	71	22.5	22.5	22.5
Casi siempre	84	26.6	26.6	49.1
Muchas veces	69	21.8	21.8	70.9
Algunas veces	53	16.8	16.8	87.7
Solo alguna vez	24	7.6	7.6	95.3
Nunca	15	4.7	4.7	100.0
Total	316	100.0	100.0	

Fuente: cuestionario SF36. UMF No. 47 n=316

Dominio: función social.

Derivado del dominio función social en la tabla 16 se observa que el 32% (101) se sintió feliz casi siempre, el 0.6% (2) respondieron que nunca lo hicieron.

Tabla 16. Ítem 30. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

Ítem 30	f	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Siempre	61	19.3	19.3	19.3
Casi siempre	101	32.0	32.0	51.3
Muchas veces	74	23.4	23.4	74.7
Algunas veces	54	17.1	17.1	91.8
Solo alguna vez	24	7.6	7.6	99.4
Nunca	2	.6	.6	100.0
Total	316	100.0	100.0	

Fuente: cuestionario SF36. UMF No. 47 n=316



El ítem 20 representado en la tabla 17 reporta que solo el 2.5% (8) pacientes respondieron que la salud física/problemas emocionales dificultad las relaciones interpersonales con amigos y familia.

Tabla 17. Ítem 20. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales?

Ítem 20	f	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada	125	39.6	39.6	39.6
Un poco	107	33.9	33.9	73.4
Regular	64	20.3	20.3	93.7
Bastante	12	3.8	3.8	97.5
Mucho	8	2.5	2.5	100.0
Total	316	100.0	100.0	

Fuente: cuestionario SF36. UMF No. 47 n=316

Dominio: dolor corporal.

La tabla 18 representa el dominio Dolor donde se obtuvo una mínima de 20.00 con una máxima de 100.00; con una media de 76.3810 y una desviación 18.80797.

Tabla 18. Dominio: Dolor corporal

Dolor	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
	316	20.00	100.00	76.3810	18.80797
Total	316				

Fuente: cuestionario SF36. UMF No. 47 n=316

La tabla 19 responde al ítem 21 respecto al dolor en alguna parte del cuerpo donde el 36.4% (115) personas respondieron que si han tenido muchísimo dolor en las últimas 4 semanas. Solo el 0.3% (1) respondió que no ha tenido dolor.



Tabla 19. Ítem 21. ¿Tuvo algún dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

Ítem 21	f	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No, ninguno	1	.3	.3	100.00
Si, muy poco	42	13.3	13.3	96.5
Si, un poco	56	17.7	17.7	83.2
Si, moderado	92	29.1	29.1	65.5
Sí, mucho	10	3.2	3.2	99.7
Sí, muchísimo	115	36.4	36.4	36.4
Total	316	100.0	100.0	

Fuente: cuestionario SF36. UMF No. 47 n=316

Dominio: salud en general.

Tabla 20. Dominio: Salud en general

Salud en general	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
	316	30.00	80.00	57.7070	9.50854
Total	316				

Fuente: cuestionario SF36. UMF No. 47 n=316

La tabla 20 corresponde al dominio de salud en general teniendo una media de 57.7070 con un mínimo de 30.00 y máxima de 80.00.

Tabla 21. Ítem 1. En general, ¿Usted diría que su salud es?

Ítem 1	f	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Excelente	15	4.7	4.7	4.7
Muy buena	46	14.6	14.6	19.3
Buena	114	36.1	36.1	55.4
Regular	115	36.4	36.4	91.8
Mala	26	8.2	8.2	100.0
Total	316	100.0	100.0	

Fuente: cuestionario SF36. UMF No. 47 n=316



El ítem 1 presentado en la tabla 21 indican que solo el 4.7% (15) respondieron que su salud es excelente, el 14.6 (46) muy buena y el 26.4% (81) tiene concepto de su salud regular.

Objetivo específico 3: Relacionar la calidad de vida con el grado de Obesidad.

Tabla 22. Puntaje obtenido por mujeres trabajadoras con obesidad derechohabientes de la UMF 47 del IMSS

Dimensiones	IMC	Media	Mediana	DE	Intervalo de Confianza (95%)
Dominio: Función física	Obesidad I	78,49	85,00	17,9	[72,93; 84,05]
	Obesidad II	84,67	90,00	32,91	[79,36; 89,99]
	Obesidad III	58,10	75,00	27,48	[53,50; 74,66]
Dominio: Rol físico	Obesidad I	76,36	100,00	35,5	[67,50; 85,23]
	Obesidad II	77,50	100,00	51,67	[67,43; 87,57]
	Obesidad III	66,50	70,00	43,63	[41,08; 79,53]
Dominio: Dolor corporal	Obesidad I	22,91	20,00	19,8	[18,12; 27,70]
	Obesidad II	25,80	30,00	32,91	[20,17; 31,43]
	Obesidad III	56,00	85,00	27,67	[53,50; 74,66]
Dominio: Salud general	Obesidad I	53,91	50,00	9,4	[50,13; 57,68]
	Obesidad II	47,00	45,00	25,55	[44,34; 49,66]
	Obesidad III	50,94	30,00	17,67	[72,74; 82,06]
Dominio: Vitalidad	Obesidad I	53,70	50,00	10,7	[49,91; 54,64]
	Obesidad II	54,20	55,00	52,06	[50,66; 56,74]
	Obesidad III	46,80	45,00	22,64	[41,34; 47,66]
Dominio: Función social	Obesidad I	47,50	50,00	17,2	[43,47; 51,53]
	Obesidad II	43,25	50,00	21,79	[38,37; 48,13]
	Obesidad III	66,75	35,00	29,08	[43,73; 51,31]
Dominio: Rol emocional	Obesidad I	72,73	100,00	37,3	[62,31; 83,15]
	Obesidad II	70,67	100,00	48,06	[60,08; 81,27]
	Obesidad III	51,70	60,00	42,6	[31,06; 63,12]



Dominio: Salud mental	Obesidad I	55,35	56,00	15,9	[52,86; 57,83]
	Obesidad II	59,68	60,00	18,45	[55,16; 64,20]
	Obesidad III	60,72	30,00	23,25	[43,16; 54,10]

Fuente: cuestionario SF36. UMF No. 47 n=316

En el análisis de la tabla 22 encontramos en el dominio función física una DE 17,9 con un intervalo de confianza de [72,93; 84,05], dominio rol físico DE 35,5 intervalo de confianza [67,43; 87,57], dolor corporal DE 19,8 intervalo de confianza [18,12; 27,70], salud general una DE de 9,4 intervalo de confianza [50,13; 57,68], vitalidad DE 10,7 [49,91; 54,64], función social 17,2 intervalo de confianza [43,47; 51,53], rol emocional DE 37,3 [62,31; 83,15], dominio salud mental DE 15,9 intervalo de confianza [52,86; 57,83].

8.2 Análisis bivariado

Objetivo general 1: Determinar la asociación entre la calidad de vida y la obesidad que presentan las madres trabajadoras en la UMF No. 47 de Villahermosa, Tabasco.

Tabla 23. Medias y desviaciones estándar de las puntuaciones obtenidas en SF-36 en relación con la CV y el IMC.

IMC	30-34.9		35.0-39.9		>40.0 Obesidad		P*
	Obesidad I		Obesidad II		III		
	M	DE	M	DE	M	DE	
Dominio: Función física	50,75	29,79	59,20	25,60	82,00	10,37	0,070
Dominio: Rol físico	58,75	41,58	66,00	47,26	100,00	0,00	0,168
Dominio: Dolor corporal	55,90	27,12	52,20	27,34	75,40	29,05	0,235



Dominio: Salud general	48,15	16,05	54,64	18,85	43,60	16,74	0,299
Dominio: Vitalidad	52,00	21,55	52,00	22,17	74,00	24,08	0,119
Dominio: Función social	51,74	22,52	69,29	18,13	51,74	22,52	0,056
Dominio: Rol emocional	70,00	47,02	66,67	41,94	100,00	0,00	0,280
Dominio: Salud mental	56,20	20,42	60,48	23,33	80,00	28,43	0,122

Fuente: cuestionario SF36. UMF No. 47 n=316

En el análisis entre la clasificación de CV e IMC no se observaron diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, se observó que hubo una tendencia significativa, según el SF-36, en el dominio Función social ($p= 0,056$). Se pudo observar que las personas con un IMC >40 kg/m² tenían un puntaje más bajo que aquellas con un IMC entre 30-34.9 kg/m² y 35.0-39.9kg/m². (tabla 23).



9. DISCUSIÓN

El aumento de la morbilidad global en la población mujeres trabajadoras obesas es un tema importante que contribuye a la disminución de la calidad de vida de estas personas. La presencia de dificultades físicas y la asociación de la obesidad con otras enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, problemas osteoarticulares, es lo que motiva y moviliza a las personas a buscar tratamiento, lo que permite inferir que estas son las causas que hacen que estas personas busquen servicios de salud.

En cuanto a la edad de los participantes, la edad promedio en el total de la muestra fue de aproximadamente 29 años, lo cual es similar a otros datos de la literatura, según los cuales la mayor parte de esta población que busca tratamiento se encuentra en este grupo de edad, estos resultados se asemejan a los de Heber⁵ difundidos en el 2010.

Aunque los estudios epidemiológicos sugieren que apenas hay una diferencia de actividad física en la obesidad, el estudio Pereira y Palay¹² en 2015, demostraron que la mujeres que no realizan algún deporte busca más tratamiento en comparación con las que si realizan algún tipo de actividad física, lo que concuerda con los datos de esta investigación, en la que la mayoría de los participantes indicaron no practicar ninguna actividad deportiva, indicando la obesidad una enfermedad más presente en la mujeres trabajadoras.

Las mujeres trabajadoras con un IMC alto es muy probable que se vean limitadas en actividades como caminar varias cuadras, doblar las rodillas y agacharse.

Los datos obtenidos a partir de las puntuaciones medias de calidad de vida por el SF-36, en las que se observó un dolor físico, están en consonancia con el estudio de Arroyo et al¹ publicado 2006, en que informan que las mujeres con pre obesidad



y obesidad tienen medidas de calidad de vida significativamente más bajas con respecto al estado de salud general y la vitalidad.

En cuanto a las variables actividad física y horas de ejercicio, los datos obtenidos, en los que las mujeres mostraron mayor deterioro que las mujeres que no realizan ninguna actividad en los dominios aspectos físicos, dolor, aspectos sociales y salud mental, son consistentes con el estudio de Rubio, et al², en 2007, según el cual el sobrepeso o la obesidad pueden tener un impacto más significativo en la mayoría de los aspectos de la calidad de vida en mujeres sedentarias que en activas.

Sin embargo, en este estudio, los resultados también pueden estar relacionados, en ambos grupos madres trabajadoras, con la excesiva jornada laboral, común entre los habitantes de la ciudad.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



10. CONCLUSIONES

El concepto de calidad de vida es sumamente amplio y puede ser interpretado de diversas formas, ya que involucra aspectos filosóficos y prácticos que son diferentes para cada individuo. Está estrechamente relacionado con la vida diaria, la cultura, el bienestar económico y social, y la salud.

Por lo tanto, la CVRS abarca aquellos aspectos de nuestra vida que se ven afectados por enfermedades o mejoran cuando estas desaparecen. Estos aspectos, aunque puedan parecer insignificantes, son fundamentales para poder vivir la vida de acuerdo a nuestros deseos.

El reconocimiento de la CVRS se hace presente en la sociedad occidental en un periodo en el que la esperanza de vida se alarga y se adquiere la certeza de que la medicina no solo debe enfocarse en brindar más años de vida, sino también en mejorar su calidad. Este concepto ha sido conocido desde hace mucho tiempo.

Para esta población, la obesidad puede generar un mayor estrés psicológico debido a la mayor presión social sufrida, ya que la sociedad y los medios de comunicación imponen estándares de belleza, lo que se traduce en trastornos derivados de la búsqueda de la adecuación dichos indicadores estéticos vigentes.

Otro factor que también puede estar asociado a este problema es el hecho de que estas personas aislarse más que los demás, evitando así salir de casa, por vergüenza o miedo.



11. PERSPECTIVAS

La calidad de vida asociada a la obesidad en madres trabajadoras es un tema muy relevante e interesante. La obesidad no solo afecta la salud física, sino también la calidad de vida en general, y esto puede ser aún más complejo para las madres que trabajan, ya que tienen que equilibrar sus responsabilidades laborales con su rol de cuidadoras en el hogar.

La obesidad puede tener un impacto significativo en la salud física, aumentando el riesgo de enfermedades crónicas como la diabetes, enfermedades cardíacas, e hipertensión. Además, también puede afectar la salud emocional, contribuyendo a la ansiedad, la depresión, y la autoestima de las madres trabajadoras.

El equilibrio entre el trabajo y la vida familiar es un desafío para muchas madres trabajadoras. La obesidad puede añadir una capa adicional de estrés y dificultades para mantener un estilo de vida saludable, ya que el cuidado de los hijos, las responsabilidades domésticas y las demandas laborales pueden dejar poco tiempo y energía para el autocuidado.

Es importante considerar los factores socioeconómicos que pueden influir en la calidad de vida de las madres trabajadoras con obesidad. Esto incluye acceso a alimentos saludables, la disponibilidad de tiempo para el ejercicio, y el apoyo social y familiar.



12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Arroyo Izaga, M., Rocandio Pablo, AM^a, Ansotegui Alday, L., Pascual Apalauza, E., Salces Beti, I., & Rebato Ochoa, E.. (2006). Calidad de la dieta, sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios. *Nutrición Hospitalaria*, 21 (6), 673-679. Recuperado en 05 de octubre de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000900007&lng=es&tlng=en
2. Rubio M.A y cols. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Rev Esp de Obes*, 5(3), 135-175, 2007.
3. AEPSAL.com. Nuevo estudio de la OMS que considera la obesidad una epidemia. [sede web]. AEPSAL.com 2015, [actualizado el 12 de Octubre de 2015; acceso 23 de mayo de 2022]. Disponible en <https://www.aepsal.com/oms-considera-obesidad-una-epidemia/>
4. Rodríguez-Rodríguez, E., López-Plaza, B., López-Sobaler, A. M.^a, & Ortega, R. M.^a. (2011). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos españoles. *Nutrición Hospitalaria*, 26(2), 355-363. Recuperado en 05 de octubre de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000200017&lng=es&tlng=es.
5. Heber D. An integrative view of obesity. *Am J Clin Nutr* 2010; 91 (1): 280S-283S
6. Rodríguez-Rodríguez, E., López-Plaza, B., López-Sobaler, A. M.^a, & Ortega, R. M.^a. (2011). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos españoles. *Nutrición Hospitalaria*, 26(2), 355-363. Recuperado en 05 de octubre de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000200017&lng=es&tlng=es.



7. Barquera, Simón, Campos-Nonato, Ismael, Hernández-Barrera, Lucía, Pedroza, Adolfo, & Rivera-Dommarco, Juan A. (2013). Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, 2000-2012. *Salud Pública de México*, 55(Supl. 2), S151-S160. Recuperado en 05 de octubre de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800012&lng=es&tlng=es.
8. Barquera Simón, Campos-Nonato Ismael, Hernández-Barrera Lucía, Pedroza Adolfo, Rivera-Dommarco Juan A. Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, 2000-2012. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2013 [citado 2022 Oct 05] ; 55(Suppl 2): S151-S160. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800012&lng=es
9. Olaiz G, Rivera-Dommarco J, Shamah T, Rojas R, Villalpando S, Hernández M, *et al*. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, Mexico.: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
10. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
11. Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Instituto Nacional de Salud Pública (2019). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018. Diseño conceptual. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensanut/2018/doc/ensanut_2018_diseño_conceptual.pdf
12. Pereira Despaigne Olga Lidia, Palay Despaigne Maricela Silvia. Importancia de la reducción de peso en los pacientes con obesidad. *MEDISAN* [Internet]. 2015 Ago [citado 2022 Oct 05] ; 19(8): 1043-1050. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000800013&lng=es.
13. Cordido, F. Fisiología y fisiopatología de la nutrición: I curso de Especialización en Nutrición. 1 ed. EUniversidad de Coruña; 2005.



14. Davila-Torres J. et al. Panorama de la Obesidad en Mexico. Revista Médica del instituto Mexicano del Seguro Social, 2015; 53 (2): 240-249. URL disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/viewFile/21/54#:~:text=M%C3%A9xico%20ocupa%20el%20segundo%20lugar,Grecia%2C%20Estados%20Unidos%20e%20Italia.
15. Malo-Serrano Miguel, Castillo M Nancy, Pajita D Daniel. La obesidad en el mundo. An. Fac. med. [Internet]. 2017 Abr [citado 2022 Oct 05]; 78(2): 173-178. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000200011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13213>.
16. Ardilla, R. calidad de vida: una definición integradora. Revista Latinoamericana de Psicología. Bogotá, Colombia, 35 (2), 161-164, 2003.
17. Ríos Martínez, Blanca P, Ruiz Ochoa Katia. Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. Acta Médica Grupo Ángeles. México, 6 (4): 147-153.
18. Polit, D y Hungler, B. Investigación científica en Ciencias de la Salud. McGraw-Hill, México, 5.
19. Vilagut G et al. El cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gaceta Sanitaria [en línea], 2005. [Fecha de acceso 5 de Octubre de 2022]; 19 (2): 135-150. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/gsv19n2/revision1.pdf



ANEXO I: Consentimiento informado.



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

**Carta de consentimiento informado para participación en
protocolos de investigación (adultos)**

Nombre del estudio:	Calidad de vida asociada a obesidad en madres trabajadoras de una unidad de primer nivel en Villahermosa tabasco.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.
Lugar y fecha:	UMF No. 47, Villahermosa Tabasco, 2023.
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	Le estamos invitando participar en un protocolo de investigación el cual consiste en analizar la calidad de vida en madres trabajadoras con obesidad en una unidad de primer nivel en Villahermosa, Tabasco.
Procedimientos:	Si usted acepta participar en el estudio, se le hará un cuestionario previamente elaborado de 36 preguntas sobre lo que usted opina sobre su calidad de vida. Así como un cuestionario de datos sociodemográficos: edad, estado civil, numero de hijo, entre otros. Esto le tomara máximo 15 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	La presente investigación no presenta riesgos para la población de estudio.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los posibles beneficios que se obtendrán de la realización del presente protocolo, serán los de identificar la calidad de vida de los pacientes encuestados.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador principal está comprometido a proporcionar información nueva, así como si los resultados obtenidos. Esta información se transmitirá de manera general a la población estudiada.
Participación o retiro:	El encuestado es libre de decidir participar o retirarse y abandonar el estudio en el momento que lo desee; sin que esta situación afecte la atención que recibe del Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos obtenidos en la presente investigación serán codificados y protegidos; de modo que estos solo serán identificados por los investigadores involucrados o en su caso por estudios futuros. Todo dato obtenido será manejado con estricta confidencialidad.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Guadalupe Montserrat Domínguez Vega. Tel 9932861806
guadalupe.dominquezv@gmail.com

Colaboradores: Dra. Cleopatra Avalos Díaz. Dr. En C. Guadalupe del C. Baeza Flores
Pamela Ruiz Ramón. Tel 9935223112. pameruiz.ramon@gmail.com



En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse al Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Zona no. 2. Calle Francisco Trujillo Gurría s/n, Colonia Pueblo Nuevo, Cárdenas, Tabasco. CP 86500. Correo electrónico: cei.27.001.20170221@gmail.com

<hr/> Nombre y firma del participante	<hr/> Pamela Ruiz Ramón Residente Medicina Familiar. Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
<hr/> Nombre, dirección, relación y firma	<hr/> Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



ANEXO II: Cuestionario sociodemográfico



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dirección de prestaciones Médicas

Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud.

Coordinación de Investigación en Salud.

Cuestionario Sociodemográfico

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 47
CUESTIONARIO DE SALUD SF-36
“CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A OBESIDAD EN MADRES
TRABAJADORAS EN LA UMF No. 47 DE VILLAHERMOSA TABASCO”.
FOLIO

Favor de marcar con una X la respuesta con la que se identifique:

EDAD <input type="checkbox"/> 18-30 años <input type="checkbox"/> 31-35 años <input type="checkbox"/> 36-40 años <input type="checkbox"/> 41 o mas	PESO _____ TALLA _____ IMC _____	NIVEL SOCIOECONOMICO <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto	NUMERO DE HIJOS <input type="checkbox"/> 1-2 hijos <input type="checkbox"/> 3-4 hijos <input type="checkbox"/> 5 o más hijos
OCUPACION <input type="checkbox"/> Recepcionista <input type="checkbox"/> Gerente <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Cajera <input type="checkbox"/> Empacadora <input type="checkbox"/> Otras	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viuda	HORAS DE TRABAJO <input type="checkbox"/> 4-6 horas <input type="checkbox"/> 6-8 horas <input type="checkbox"/> 8-10 horas <input type="checkbox"/> más de 11 hrs	
¿REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD FÍSICA? Sí ___ No ___ ¿Cual? <input type="checkbox"/> Trotar <input type="checkbox"/> Correr <input type="checkbox"/> Gimnasio <input type="checkbox"/> Natación <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> No realiza actividades físicas	¿CUÁNTAS HORAS HACE EJERCICIO AL DÍA? <input type="checkbox"/> menos de 1 hora <input type="checkbox"/> 1-2 horas <input type="checkbox"/> 2-3 horas <input type="checkbox"/> más de 3 horas	ENFERMEDAD CRÓNICA O CONCOMITANTE <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> DM y HTA <input type="checkbox"/> Secuela de COVID <input type="checkbox"/> ERC <input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál? _____	



ANEXO III: Instrumento de evaluación



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dirección de prestaciones Médicas

Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud.

Coordinación de Investigación en Salud.

Instrumento de evaluación- Cuestionario SF36

Marque una sola respuesta	
<p>1) En general, usted diría que su salud es:</p> <p>a. Excelente</p> <p>b. Muy buena</p> <p>c. Buena</p> <p>d. Regular</p> <p>e. Mala</p>	<p>2) ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace 1 año?</p> <p>a. Mucho mejor ahora que hace 1 año</p> <p>b. Algo mejor ahora que hace 1 año</p> <p>c. Más o menos igual que hace 1 año</p> <p>d. Algo peor ahora que hace 1 año</p> <p>e. Mucho peor ahora que hace 1 año</p>
<p>3) Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?</p> <p>a. Sí, me limita mucho</p> <p>b. Sí, me limita un poco</p> <p>c. No, no me limita nada</p>	<p>4) Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?</p> <p>a. Sí, me limita mucho</p> <p>b. Sí, me limita un poco</p> <p>c. No, no me limita nada</p>
<p>5) Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?</p> <p>a. Sí, me limita mucho</p> <p>b. Sí, me limita un poco</p> <p>c. No, no me limita nada</p>	<p>6) Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?</p> <p>a. Sí, me limita mucho</p> <p>b. Sí, me limita un poco</p> <p>c. No, no me limita nada</p>
<p>7) Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera</p> <p>a. Sí, me limita mucho</p> <p>b. Sí, me limita un poco</p> <p>c. No, no me limita nada</p>	<p>8) Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?</p> <p>a. Sí, me limita mucho</p> <p>b. Sí, me limita un poco</p> <p>c. No, no me limita nada</p>
<p>9) Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?</p> <p>a. Sí, me limita mucho</p> <p>b. Sí, me limita un poco</p> <p>c. No, no me limita nada</p>	<p>10) Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?</p> <p>a. Sí, me limita mucho</p> <p>b. Sí, me limita un poco</p> <p>c. No, no me limita nada</p>
<p>11) Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?</p> <p>a. Sí, me limita mucho</p> <p>b. Sí, me limita un poco</p> <p>c. No, no me limita nada</p>	<p>12) Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?</p> <p>a. Sí, me limita mucho</p> <p>b. Sí, me limita un poco</p> <p>c. No, no me limita nada</p>



Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades diarias:	
13) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física? a. Sí b. No	14) Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física? a. Sí b. No
15) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? a. Sí b. No	16) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física? a. Sí b. No
17) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? a. Sí b. No	18) Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? a. Sí b. No
19) Durante las últimas 4 semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? a. Sí b. No	20) Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas? a. Nada b. Un poco c. Regular d. Bastante e. Mucho
21) ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas? a. No, ninguno b. Sí, muy poco c. Sí, un poco d. Sí, moderado e. Sí, mucho f. Sí, muchísimo	22) Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)? a. Nada b. Un poco c. Regular d. Bastante e. Mucho
Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.	
23) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad? a. Siempre b. Casi siempre c. Muchas veces d. Algunas veces	24) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso? a. Siempre b. Casi siempre c. Muchas veces d. Algunas veces e. Sólo alguna vez f. Nunca



e. Sólo alguna vez f. Nunca	
25) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle? a. Siempre b. Casi siempre c. Muchas veces d. Algunas veces e. Sólo alguna vez f. Nunca	26) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo? a. Siempre b. Casi siempre c. Muchas veces d. Algunas veces e. Sólo alguna vez f. Nunca
27) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía? a. Siempre b. Casi siempre c. Muchas veces d. Algunas veces e. Sólo alguna vez f. Nunca	28) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste? a. Siempre b. Casi siempre c. Muchas veces d. Algunas veces e. Sólo alguna vez f. Nunca
29) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado? a. Siempre b. Casi siempre c. Muchas veces d. Algunas veces e. Sólo alguna vez f. Nunca	30) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz? a. Siempre b. Casi siempre c. Muchas veces d. Algunas veces e. Sólo alguna vez f. Nunca
31) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado? a. Siempre b. Casi siempre c. Muchas veces d. Algunas veces e. Sólo alguna vez f. Nunca	32) Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué recurrencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)? a. Siempre b. Casi siempre c. Muchas veces d. Algunas veces e. Sólo alguna vez f. Nunca
Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases:	
33) Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas a. Totalmente cierta b. Bastante cierta c. No lo sé d. Bastante falsa e. Totalmente falsa	34) Estoy tan sano como cualquiera: a. Totalmente cierta b. Bastante cierta c. No lo sé d. Bastante falsa e. Totalmente falsa
35) Creo que mi salud va a empeorar: a. Totalmente cierta b. Bastante cierta c. No lo sé d. Bastante falsa e. Totalmente falsa	36) Mi salud es excelente: a. Totalmente cierta b. Bastante cierta c. No lo sé d. Bastante falsa e. Totalmente falsa