

MÉD. GRAL ALEJANDRA GUADALUPE
RAMÍREZ REYES

ASOCIACIÓN DE CALIDAD DE VIDA Y ESTILO DE VIDA EN POBLACIÓN
ECONÓMICAMENTE ACTIVA CON SOBREPESO Y OBESIDAD”

2023



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

“ASOCIACIÓN DE CALIDAD DE VIDA Y ESTILO DE VIDA EN
POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA CON SOBREPESO Y
OBESIDAD”

Tesis

Que como parte de los requisitos
para la obtención de grado

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

MED. GRAL. Alejandra Guadalupe Ramírez Reyes

Dirigido por:

M.I.M.S.P. Verónica Escorcía Reyes

Querétaro, Qro. Marzo 2023



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Dirección de Investigación y Posgrado

**“ASOCIACIÓN DE CALIDAD DE VIDA Y ESTILO DE VIDA EN POBLACIÓN
ECONÓMICAMENTE ACTIVA CON SOBREPESO Y OBESIDAD”**

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtención del Diploma de la Especialidad
en Medicina Familiar

Presenta:

Med. Gral. Alejandra Guadalupe Ramírez Reyes

Dirigido por:

M.I.M.S.P. Verónica Escorcía Reyes

Presidente M.I.M.S.P. Verónica Escorcía Reyes

Secretario Med. Esp. José Luis Loya Martínez

Vocal Med. Esp. Ivonne Rosillo Ortíz

Suplente Med. Esp. Erasto Carballo Santander

Suplente Dr. César Campos Ramírez

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
2023
México

Resumen

Introducción: El sobrepeso y la obesidad son problemas de salud pública a nivel mundial. Las personas con obesidad son menos participativas en actividades físicas, más sedentarias, lo que conlleva un deterioro en su calidad de vida. El aumento de la obesidad genera daños a la salud, aumenta el ausentismo laboral, reduce la productividad e incrementa el riesgo de desempleo. **Objetivos:** Determinar la asociación entre el estilo de vida y calidad de vida en población económicamente activa con sobrepeso y obesidad. **Material y Métodos:** Estudio de tipo transversal, analítico, de asociación, en población económicamente activa de 20 a 59 años con peso normal y sobrepeso-obesidad, se utilizaron los cuestionarios Fantástico para evaluar estilo de vida y IWQOL-Lite para evaluar calidad de vida, el cálculo del tamaño muestra se realizó con fórmula de proporciones para estudio de dos poblaciones, con un nivel de confianza de 95%, $n=142$ por grupo (284), con un muestreo no aleatorio por cuota, se integraron dos grupos uno con peso normal y otro sobrepeso-obesidad, se estudiaron las variables: edad, sexo, índice de masa corporal, estado civil, escolaridad, estilo de vida y calidad de vida, el análisis estadístico incluyó porcentajes, promedios, χ^2 e intervalos de confianza. **Resultados:** Se realizaron 284 encuestas, la media de edad del total de la población estudiada fue 30.93 años. Del total de pacientes el 50% presentó peso normal, el 28.5% sobrepeso y 21.5% obesidad. En el grupo de pacientes con peso normal el estilo de vida presentó buen trabajo en 58.5%, (IC 95% 52.8-64.2) y el 1.4% (IC 95% 0-2.8) resultó con peligro y en el grupo de sobrepeso-obesidad el 54.2% (IC 95% 48.4-60) tuvo buen trabajo y el 3.5% (IC 95% 1.4-5.6) en peligro. La calidad de vida presentó una afección media en ambos grupos, con 89.4% (IC 95% 58.5-93) en el de peso normal y 77.5% (IC 95% 72.6-82.4) en el de sobrepeso-obesidad y afección muy alta de 5.6% (IC 95% 2.9-8.3) en el de peso normal y de 8.5% (IC 95% 5.3-11.7) en el de sobrepeso/obesidad. Se encontró asociación del estilo de vida con el sobrepeso/obesidad, χ^2 de 15.8, $p=0.003$. Asociación de la calidad de vida con el sobrepeso/obesidad, χ^2 de 8.54, $p=0.036$. **Conclusiones:** Existe una asociación de la calidad de vida y estilo de vida con el sobrepeso/obesidad.

Palabras clave: Sobrepeso, obesidad, estilo de Vida, calidad de vida, población económicamente activa.

Summary

Introduction: Overweight and obesity are public health problems worldwide. People with obesity are less participatory in physical activities, more sedentary, which leads to a deterioration in their quality of life. The increase in obesity generates damage to health, increases absenteeism from work, reduces productivity and increases the risk of unemployment. **Objectives:** To determine the association between lifestyle and quality of life in an economically active population with overweight and obesity. **Material and Methods:** Cross-sectional, analytical, association study, in an economically active population between 20 and 59 years old with normal weight and overweight-obesity, Fantástico questionnaires were used to assess lifestyle and IWQOL-Lite to assess quality of life, The calculation of the sample size was carried out with the formula of proportions for studies of two populations, with a confidence level of 95%, n=142 per group, non-random sampling by quota, two groups were integrated, one with normal weight and the other overweight. obesity, variables were studied: age, sex, BMI, marital status, education, lifestyle and quality of life, the statistical analysis included percentages, means, chi² and confidence intervals. **Results:** 284 surveys were carried out, the average age of the total population studied was 30.93 years. Of the total number of patients, 50% presented normal weight, 28.5% overweight and 21.5% obesity. In the group of patients with normal weight, the lifestyle presented good work in 58.5% (95% CI 52.8-64.2) and 1.4% (95% CI 0-2.8) was dangerous and the overweight-obesity group 54.2% (95% CI 48.4-60) had a good job and 3.5% (95% CI 1.4-5.6) in danger. Quality of life presented a medium condition in both groups, with 89.4% (95% CI 58.5-93) in the normal weight group and 77.5% (95% CI 72.6-82.4) in the overweight-obese group, and very high condition 5.6% (95% CI 2.9-8.3) in the normal weight group and 8.5% (95% CI 5.3-11.7) in the overweight-obese group. An association of lifestyle with overweight/obesity was found, Chi² of 15.8 and p=0.003. Association of quality of life with overweight/obesity, Chi² of 8.54 and p=0.036. **Conclusions:** There is an association of quality of life and lifestyle with overweight/obesity.

Keywords: Overweight, Obesity, Lifestyle, Quality of Life, Economically active population.

Dedicatorias

Todos los seres humanos aspiramos a gozar de una vida plena, llena de felicidad, sin necesidades materiales, pesares ni enfermedad, algunos logramos hacerlo pronto, otros tenemos que esforzarnos mucho para alcanzarlo.

Por ello dedico este logro a todas las hermosas personas que me han recibido en sus hogares a lo largo de mi desempeño profesional, a quienes me han dado su cariño, amor, su alimento y abrigo a Mamá Cleme, Profe. Beto Villeda, Zoy, Mamá Reyna, Papá Alfonso, Profe. Linda, Judith, Doña Vito, Goyita, Dra. Anamin.

A mi familia Carmen, Jari, Anita, Mari, Iván, Naomi, Ane, Ali, Tio Manuel, Tía Reyna, Amigo Dario por que sin Ustedes nada sería posible y ningún esfuerzo tendría el mismo impulso ni valor.

A mis hermanos en Cristo de Alcanzando Generaciones porque me han acompañado con sus oraciones y muestras de amor en esta carrera a la que Dios me ha enviado.

A mi Padre que fué, es y siempre será, El Gran YO SOY.

Agradecimientos

A mis grandes Maestros y Amores de vida, Alejandro Ramírez Perez y Carmen Reyes Velásquez por darme siempre más de lo posible y entregar sus vidas a nosotras.

A mis Maestros del arte, Dr. Fidencio Fonseca, Dr. Jaime Zaleta, Lic. Mayra Pioquinto, Dra. Rocio Vega, Dra. Verónica Escorcía, Dr. Enrique Villareal, Dr. José Luis Loya, Dra. Ivonne Rosillo, por que su ánimo, profesionalismo y expertis me fortalecieron en este camino de aprendizaje en diferentes momentos de esta carrera.

A mi querida Dra. Martha Ángelica, mi gran Ángel en el cielo quien me abrigo con su gran corazón en el momento perfecto de Dios.

A mis Amigos Ami, Martha, Dani, Arge y Juan por ser mis cómplices en esta experiencia maravillosa.

A amigos y compañeros del HGZ 3 San Juan del Río, por recibirnos y acompañarnos siempre.

Índice

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	ANTECEDENTES.....	3
III.	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	6
	Obesidad.....	6
	Determinantes de la obesidad.....	8
	Prevalencia de la obesidad.....	8
	Estilo de vida	11
	Instrumento para medición del estilo de vida Fantástico.....	13
	Calidad de Vida	14
	Instrumento impacto del peso en la calidad de vida (IWQOL).....	16
	Implicación del estilo y calidad de vida en la actividad laboral	17
IV.	HIPÓTESIS.....	20
	Hipótesis general.....	20
	Hipótesis estadísticas	20
V.	OBJETIVO GENERAL	21
	Objetivos específicos	21
VI.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	21
	Tipo de investigación	21

	Población o unidad de análisis.....	21
	Muestra y tipo de muestra	22
	Criterios de selección	23
	Criterios de inclusión.....	23
	Criterios de exclusión	23
	Criterios de eliminación	24
	Variables estudiadas.....	24
	Procedimientos	24
	Análisis estadístico.....	25
	Consideraciones éticas	25
VII.	RESULTADOS	27
VIII.	DISCUSIÓN.....	34
IX.	CONCLUSIONES	38
X.	PROPUESTAS.....	39
XI.	BIBLIOGRAFIA	40
XII.	ANEXOS	51

Índice de cuadros

Cuadro VII.1 Características por grupo de la población. Sexo.....	27
Cuadro VII.2 Características sociodemográficas por grupo: Escolaridad.	28
Cuadro VII.3 Características sociodemográficas por grupo: Ocupación.	29
Cuadro VII.4 Características sociodemográficas por grupo: Estado Civil.	30
Cuadro VII.5 Características de salud del total de la población de estudio: IMC	31
Cuadro VII.6 Asociación del estilo de vida y peso normal, sobrepeso/obesidad.....	32

Abreviaturas y siglas

CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
DM2	Diabetes Mellitus Tipo 2
EUA	Estados Unidos de América
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
IMC	Índice de Masa Corporal
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IWQOL	Cuestionario Impacto del peso en la calidad de vida
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PEA	Población Económicamente Activa

I. INTRODUCCIÓN

El sobrepeso como factor de riesgo y la obesidad como enfermedad, implican un gran desafío de salud pública, en la ENSANUT 2018-19 se reporta que la prevalencia de sobrepeso fué de 39.1% (36.6% en mujeres y 42.5% en hombres) y obesidad en 36.1% (40.2% en mujeres y 30.5% en hombres), asociada a los deficientes hábitos alimenticios y baja practica de actividad física (Barquera et al., 2020).

En el 2019, la OCDE señala que en los países miembros el 63% de los hombres y el 52% de las mujeres vivían con sobrepeso y obesidad; en América Latina y el Caribe la obesidad prevalece en las mujeres en 29% y 18% en hombres. Los factores están relacionados con la pobreza, la disponibilidad de alimentos, el sedentarismo y deficientes servicios de los sistemas de salud (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, 2019).

Las enfermedades crónicas afectan aspectos relevantes de la vida cotidiana, entre ellos de índole físico, psicológico, rendimiento escolar, laboral, relaciones familiares y sociales, generan un deterioro de la salud y limitaciones funcionales que conducen a un círculo vicioso de descuido y enfermedad en donde la calidad de vida del individuo disminuye (Lopera-Vásquez, 2020).

El capital humano es el elemento más valioso de una empresa, a su cargo se encuentra el logro de objetivos en la organización, el desempeño está ligado a la productividad. Existen factores que inciden en el comportamiento del individuo como trabajador, reflejan el estado de bienestar, salud y pueden influir en los resultados esperados de las empresas e impactar económicamente al empleado y empleador (Velásquez et al., 2017) (Hernández et al., 2017).

El estilo de vida se entiende como los “patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo con su capacidad para adoptar sus circunstancias socioeconómicas”, donde el individuo debe ser consciente de la variedad de situaciones ofertadas por su entorno para elegir aquello que sea más benéfico y menos nocivo para su pleno desarrollo biológico, físico, psicológico, social y espiritual (Life Styles and Health, 1986).

Al alterarse el estilo de vida se afectan el rendimiento físico, autoestima, relaciones sociales y el estado de salud; aparecen cambios físicos, orgánicos que conducen a enfermedades como artropatías, diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, arteriosclerosis, etc; que modifican el pronóstico de vida y generan cambios en la calidad de vida a causa de las complicaciones y necesidades de atención médica, farmacológica y de rehabilitación. (Pedraza & Engel, 2015).

Se entiende como calidad de vida “la satisfacción de un individuo con las dimensiones de su vida real en comparación con su vida ideal”, esta incluye el ámbito laboral, que combina las estrategias, procesos y el entorno de trabajo; (Ruzevicius & Akranavičiūtė, 2007).

La calidad de vida empeora a medida que aumenta el Índice de Masa Corporal (IMC), estudios realizados en mujeres señalan una afección de su salud, vida social/interpersonal, trabajo, movilidad y actividades diarias, asociado a un aumento de peso (Pedraza & Engel, 2015).

Estudiar las características del estilo de vida y calidad de vida en las personas con sobrepeso y obesidad en edad económicamente activa, permitirá contar con un marco de referencia para la atención integral de estos pacientes, ya que esta condición se asocia a padecimientos crónicos, que pueden condicionar una afección al desempeño laboral, productividad económica y a una mayor morbi-mortalidad.

II. ANTECEDENTES

La obesidad es un problema de salud pública global, el Panorama de Salud en América Latina y el Caribe, señala que esta pandemia es un factor de riesgo para el desarrollo de múltiples enfermedades crónicas, su presencia disminuye la calidad y esperanza de vida, tiene efectos negativos en la productividad laboral, la economía e incremento de la carga de enfermedad para los sistemas de salud (OCDE, The World Bank, 2020).

A nivel mundial se han documentado las implicaciones del exceso del peso corporal de personas en edad laboral, un estudio realizado en Indonesia sobre información nutricional en trabajadores, la prevalencia de obesidad entre mujeres mayores de 18 años fue del 75.4%, el 90% de los encuestados tenía un conocimiento nutricional deficiente y el 76% hacía actividad física moderada (Jaminah & Mahmudiono, 2018).

El aumento de la obesidad resulta alarmante al igual que los efectos directos en la disminución de la calidad de vida, en Brasil se estudiaron grupos de personas con peso normal, obesidad y obesidad mórbida, se observó que entre más bajo el IMC la calidad de vida era mejor, concluyendo la necesidad de otorgar intervenciones multidisciplinarias a pacientes con obesidad (Pimenta et al., 2015).

En un estudio realizado en EUA, se analizó a trabajadores que trabajan más de veinte horas laborales, y la relación de la edad, sexo y esfuerzo físico laboral, con su desempeño, se encontró que el horario del turno nocturno, el trabajo de ventas/oficina y el trabajo manual se asociaba a mayor riesgo de presentar obesidad (Myers et al., 2021).

En Perú se estudió a población en edad laboral, se determinaron los factores asociados al sobrepeso y la obesidad, se encontró que los hombres tienen más

sobrepeso que las mujeres (49.3% contra 40.2%) y presentan más obesidad (19.5% y 7.3% respectivamente), se observó una mayor prevalencia de obesidad entre el grupo de trabajadores operarios respecto al que desempeñaba funciones administrativas (Mejía et al., 2020).

El exceso de peso en empleados de las empresas se ha asociado con una disminución del rendimiento y utilidad, afectando los salarios y el crecimiento económico. Algunas conductas del estilo de vida como apatía, descuido, retraimiento generadas por el exceso de peso alteran la dinámica laboral llegando a dar una falsa percepción de desinterés y en otros casos excluyen al empleado de beneficios económicos (Raggio Carvalho, 2018).

En otro estudio realizado en Brasil, que evaluó el estilo y la calidad de vida en hombres y mujeres económicamente activos con sobrepeso-obesidad, se encontró una asociación con la baja escolaridad y vivir en pareja; se observó obesidad en mujeres con menores ingresos, en hombres con mayores ingresos e inactividad física, y se observa repercusión de los hábitos del estilo de vida (Brustolin Xavier et al., 2022).

La alimentación es un componente esencial del estilo de vida, en un estudio realizado en la Unión Europea se observó que el consumo de alimentos no nutritivos se asoció a sobrepeso y obesidad [aOR = 1.38, 95% CI (1.06–1.8)], ser hombre de mediana o mayor edad se asociaba de forma independiente con el sobrepeso y la obesidad (P<0.001 aOR=2.44, IC 95%) (O'Brien et al., 2020).

En una revisión sistemática con relación a sobrepeso y obesidad se documentó que existían altos costos indirectos asociados a ausentismo y pérdida de la productividad en trabajadores con esta condición, con una falta de programas de prevención efectivos al interior de las empresas (Goettler et al., 2017).

En trabajadores de EUA se estudió la asociación entre la duración de las jornadas de trabajo y actividad física en el tiempo libre y su relación con la obesidad, se encontró que los empleados con actividad intermedia que trabajan en promedio cuarenta horas semanales tienen el mayor riesgo de obesidad, los que trabajan en ocupaciones de baja actividad (administrativas) tienen más probabilidades de cumplir con actividad física aeróbicas (Cook & Gazmararian, 2018).

En Noruega se estudió el estilo de vida y capacidad laboral de trabajadores, se analizó la asociación de dieta poco saludable, tabaquismo y disminución de la capacidad laboral, el estudio mostró que existía una baja capacidad para el trabajo en personas con dieta poco saludable (OaR1.3, 95% IC 1.02 a 1.5), inactivas (aOR1.4, 95% IC 1.2-1.6), obesos (1.5, 95% IC 1.3-1.7) y fumadores activos e inactivos (aOR1.2, 95% IC 1.1-1.4 y 1.3, 95% IC 1.2-1.5) (Oellingrath et al., 2018).

En un panel de estudio en población de Corea, se estudió a trabajadores de la salud y cómo la ocupación se asocia a obesidad, se demostró que la categoría de enfermería tiene más condición de enfermedad OR = 1.91, 95% CI 1.45, 2.53, p-value < 0.001) (Kunyahamu et al., 2021).

III. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Obesidad

La OMS reconoce a la obesidad como un problema de salud pública mundial, asociada a otras enfermedades crónicas degenerativas, generan en conjunto aumento del gasto público destinado a salud, baja productividad laboral, disminución de la competitividad y muertes tempranas que afectan a la actividad económica (Shamah, 2018).

La obesidad es la acumulación excesiva o anormal de grasa o tejido adiposo en el cuerpo que afecta la salud, es resultado del desequilibrio entre la ingesta diaria y el gasto de energía que resulta en un aumento de peso excesivo, de etiología multifactorial (factores genéticos, culturales y sociales) como son el consumo de carbohidratos en exceso, disminución del metabolismo energético, la reducida práctica de actividad física, insomnio, alteraciones endocrinas, uso de medicamentos (Panuganti et al., 2022).

La obesidad se mide con el índice de Quetelet que se obtiene al dividir el peso de la persona entre la talla (estatura), elevada al cuadrado, es decir: $IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla, al cuadrado (m}^2\text{)}$. Se cataloga obesidad cuando tiene un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 30; la Norma Oficial Mexicana 008-SSA3-2017 hace un ajuste del sobrepeso asociado a talla baja como se muestra en la Figura 1 (CENETEC, 2018) (Diario Oficial de la Federación , 2018).

Figura 1. Clasificación de la obesidad por IMC y circunferencia de cintura en adultos.

				Obesidad		
Fuente	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Grado I	Grado II	Grado III
OMS	<18.5	18.5 – 24.9	25 - 29.9	30 – 34.9	35– 39.9	> 40
NOM			25 – 29.9	> 30 o \geq 25 en adultos de talla baja		
Obesidad Abdominal de acuerdo con los criterios de la NOM-008-SSA3-2017						
Hombres	> 90 cm			Mujeres	> 80 cm	
IMC= peso actual (kg)/estatura (m) ² Talla baja: estatura < a 1.50 m en la mujer adulta y < a 1.60 m en el hombre adulto.						

Fuente: La obesidad en México. Estado de la política pública y recomendaciones para su prevención y control. Instituto Nacional de Salud Pública, 2018.

La obesidad es resultado de alteraciones del metabolismo de los nutrimentos asociada a enfermedades genéticas, por lo que el incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad están impulsados por los cambios ocurridos en el sistema alimentario mundial, donde cada vez se producen más alimentos procesados y asequibles a todas las poblaciones, esto confirma que el desarrollo de obesidad se asocia a factores genéticos, ambientales e individuales (Rivera Dommarco et al., 2018).

Estudios en población mexicana evidencian la presencia de factores de protección o riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad, los primeros son actividad física regular, alimentos con baja densidad energética (altos en fibra dietética) y lactancia materna; los de riesgo son inactividad física y sedentarismo, consumo de dietas elevadas en alimentos con alta densidad, energética, refrescos y bebidas azucaradas (Rivera Dommarco et al., 2018).

Determinantes de la obesidad

El desarrollo de la obesidad es resultado de la interacción de factores genéticos, individuales, del metabolismo de los nutrientes y ambientales. El cambio ocurrido en el sistema alimentario a nivel mundial, donde cada vez se producen más alimentos procesados y asequibles, condiciona un incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad (Rivera Dommarco et al., 2018).

- **Consumo excesivo de energía:** generado por el incremento en productos con alto contenido en carbohidratos refinados, azúcares y refrescos, que hacen un aporte total diario de energía alto respecto del requerimiento total diario.
- **Insuficiente gasto energético:** asociado a la limitada frecuencia y niveles de actividad física practicada en los mexicanos combinada con elevado tiempo dedicado frente a pantallas de televisión o computadora, sin discriminación de edad y predominio en el sexo femenino.
- **Factores sociales que afectan el estado de salud:** distribución del dinero, poder y los recursos a nivel global, nacional y local; afecta con mayor énfasis a los que tienen menos oportunidad de acceso al conocimiento y a la toma de decisiones informadas y responsables para consigo mismo.

Prevalencia de la obesidad

La World Obesity retomando a la OMS estima que en 2026, habrá en el mundo alrededor de 2 mil millones de adultos con alteraciones del peso, el 39% con sobrepeso y 13% con obesidad (World Obesity, 2019).

El aumento de la obesidad en el mundo implica según la OCDE una reducción del PIB aproximadamente del 3.3%, un daño a la salud, aumento del ausentismo laboral, reducción de la productividad, e incremento del riesgo de

desempleo. Se estima que para el año 2050, el sobrepeso y la obesidad serán causa de muerte en 92 millones de personas con obesidad y enfermedades relacionadas con el sobrepeso, así como una reducción de la esperanza de vida (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, 2019).

EUA, México, Canadá y Chile son los países con mayor carga de obesidad en adultos, mujeres y niños, en las últimas dos décadas, incrementó la obesidad en 12 a 17% aproximadamente. Se estima que la tasa media de obesidad en adultos de países miembros de la OCDE aumentó del 21% en 2010 hasta el 24% en 2016. México es el país con mayor cantidad de mujeres con sobrepeso y obesidad (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, 2019).

En la Unión Europea, estudios señalan que adultos con sobrepeso y enfermedad crónica asociada tienen 8% menos de probabilidades de ser empleados, ya contratados reportan 3.4% de ausentismo y baja productividad; las personas con menor ingreso, son más propensas a obesidad. En México ésta pandemia tiene implicaciones en el desarrollo económico y social; genera enfermedad, muerte y alto costo en atención de enfermedades crónicas (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, 2019) (Malo Serrano et al., 2017).

En México, la ENSANUT 2018, reportó que los adultos de 20 años y más el 39.1% presentan sobrepeso y 36.1% obesidad, con un incremento de 3.9 puntos porcentuales respecto al 2012. Al asociar diabetes y obesidad se aprecia un incremento de ambos padecimientos, en Diabetes Mellitus tipo 2 del 9.2% al 10.3%, y en Hipertensión arterial del 16.6% al 18.4%, esto se eleva a medida que el adulto llega a los 50 años, 26.7% entre los 70 y 79 años, figura 2 (Shamah Levy et al., 2020).

Figura 2. Porcentaje de población de 20 años y más de edad con sobrepeso y obesidad, por sexo 2012 -2018 en México.



Fuente: Adaptado de ENSANUT 2018.

ENSANUT 2018, revela que la prevalencia de obesidad por grupo de edad en el IMSS fue de 37.3% (ambos sexos) y la obesidad abdominal de 84%; se observa que a medida que incrementa la edad e IMC el perímetro de cintura se elevan proporcionalmente, esto aumenta el riesgo de sufrir eventos adversos a la salud cuando afecta a población en edad potencialmente productiva, al favorecer el desarrollo de enfermedades crónicas, manifestaciones agudas y generar problemas en la vida laboral (Shamah Levy et al., 2020).

Figura 3. Prevalencia de obesidad y obesidad abdominal en población de 20 a 59 años, en ambos sexos general y con afiliación a IMSS, México.

Grupo de edad (años)	Total	Femenino		Masculino		IMSS	
	Ambos sexos	Obesidad	Obesidad abdominal	Obesidad	Obesidad abdominal	Obesidad	Obesidad abdominal
20-29	27.4	25.3	66.4	29.5	54.2	37.3	84%
30-39	34	43.5	86.1	27.3	64.6		
40-49	43.9	51.5	92.9	36	73.5		
50-59	41.5	48.4	92.2	30.5	77		

Fuente: ENSANUT 100k, 2018.

Estilo de vida

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al estilo de vida como la forma general de vivir, tiene como base la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, puede considerarse como los hábitos, actitudes, conductas, actividades y decisiones de una persona, ante las diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla, ya sea en las tareas diarias a nivel individual, familiar o social, su principal cualidad es que son susceptibles de ser modificados (Life Styles and Health, 1986).

El estilo y los hábitos de vida, son comportamientos que se adquieren mediante la toma de decisiones personales, por influencias del entorno y grupo social, inciden la salud del individuo, en forma positiva o negativa, generan cambios en la biología y fisiología normal y en casos nocivos favorecen el desarrollo de enfermedades agudas y/o crónicas, que afectan la calidad de vida (De la Guardia y Ruvalcaba Ledezma, 2020).

El estilo de vida es determinante para el desarrollo de obesidad, estudios en niños y adolescentes evidencian que cuando los padres tienen estilos de vida saludables como una dieta de alta calidad (variada, suficiente equilibrada), peso corporal normal, actividad física regular, consumo de alcohol ligero a moderado y no fumador, tienen un 75% de menor riesgo de presentar la enfermedad contrario a las familias que no se adhieren (Klodian et al., 2018).

El estilo de vida se modifica y evoluciona con base a factores sociodemográficos e individuales, integrado por la alimentación, actividad física y el descanso, considerados como determinantes modificables en la mayoría de enfermedades. La agrupación de los factores de estilo de vida, su asociación con sexo, estatus socioeconómico, origen étnico y cultural han incidido en la preservación de la salud o aparición de estados mórbidos que deterioran la salud de la persona (Gherasim et al., 2019).

La actividad física es un componente esencial del estilo de vida se convierte en un factor negativo cuando no se realiza -inactividad-, conduce a mayor riesgo de enfermedades como hiperlipidemia, accidente cerebrovascular, enfermedad coronaria, diabetes, cáncer, depresión, aislamiento social, estrés mental y deterioro global de la salud física y mental lo que condiciona un estado de enfermedad y una disminución de la esperanza de vida (Cavallini & Dyck, 2021).

El estudio de factores como tabaquismo, alcoholismo y obesidad han mostrado efectos en la esperanza de vida con aumento leve en la mortalidad cuando se presentan de forma combinada (Janssen et al., 2021).

Se ha demostrado que la obesidad está fuertemente asociada a resultados adversos y mortalidad en enfermedades infecciosas agudas, esto debido a la inflamación sistémica crónica y el secundario bajo grado de respuesta inmunitaria que presentan las personas con obesidad (De Frel et al., 2020).

El estudio del estilo de vida relacionado a las capacidades para el trabajo, muestra que los empleados sin hábito tabáquico tenían una ingesta diaria recomendada de vegetales, suficiente agua, desayuno matutino diario, reducido consumo de dulces, apego a una dieta mas vegetariana y mostraron mejores capacidades para desempeñar sus tareas laborales en la vida adulta que los pacientes fumadores (Malinska & Bugajska, 2021).

Instrumento para medición del estilo de vida Fantástico.

Es un instrumento diseñado por el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad de Mc Máster en Ontario, Canadá, dirigido a pacientes adultos con enfermedades crónicas, validado y adaptado en México (2010) para pacientes con hipertensión, está compuesto por 30 ítems cerrados, exploran nueve dominios del estilo de vida en relación con componentes físicos, psicológicos y sociales: F: familia y amigos, A: asociatividad y actividad física, N: nutrición, T: tabaquismo, A: alcoholismo. Otras drogas, S: sueño y estrés, T: trabajo y tipo de personalidad, I: introspección, C: carrera y ocupación (Rodríguez Moctezuma et al., 2003).

El cuestionario FANTASTICO es una herramienta breve, su versión modificada demostró ser un instrumento sencillo y de fácil comprensión; ha sido traducido, adaptado y evaluado psicométricamente en Colombia, Cuba, México, Perú y Venezuela, empleado por diferentes autores para medir la prevención de enfermedades cardiovasculares como hipertensión, diabetes y enfermedades endocrinas, puede ser utilizado en población en general (López-Carmona et al., 2000).

El formato adaptado en su versión de 30 preguntas cerradas, de selección múltiple con única respuesta tipo Likert, valores con un valor máximo de dos puntos por cada respuesta que indique que el factor evaluado es saludable, es decir, cuando se calcula el promedio poblacional de las respuestas, el máximo valor es

dos. Una vez obtenido el puntaje de cada respuesta, se suman y multiplica el total por dos, para obtener un puntaje final que categoriza el estilo de vida en: zona de peligro (0 a 45), Bajo (46-72), Adecuado (73-85 puntos), Bien (86 a 102) y Fantástico (103-120) (Villar López et al., 2016).

El cuestionario en su validación chilena en 2015 tiene una confiabilidad aceptable consistencia interna alta y estructura coherente de organización de preguntas en cada ítem, el alpha de Cronbach global de 0.77, en formato de 25 ítems realizados en poblaciones con enfermedades crónicas (Villar López et al., 2016).

Calidad de Vida

El concepto de calidad de vida según la OMS se entiende como “una percepción individual de uno acerca de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en que vive y en relación con sus metas, sus perspectivas, sus normas y preocupaciones”, experimentado en un sistema de valores o estándares que se modifican de persona a persona, grupo a grupo y de lugar a lugar; percibido incluso como la sensación de bienestar que experimentan los individuos, representa una suma de sensaciones subjetivas y subjetivas (World Health Organization, 1995).

La calidad de vida relacionada a la salud se aborda en la práctica médica a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades, a lo largo del ciclo biológico de vida se modifican las circunstancias que la determinan, así la influencia de factores como el empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad y contaminación del ambiente determinan los atributos que tomará aquella, revelan en un momento dado como inciden en la persona, y su entorno, así como esta se comporta ante tales eventos (Velarde & Ávila, 2002).

El estudio de los cambios a las condiciones de vida incluye la asociación entre aspectos físicos, funcionales, psíquicos y emocionales, y como están relacionados con la salud y expresados en el concepto de “calidad de vida relacionada con la salud”, esta se define como el efecto funcional que una enfermedad o evento de interés y su tratamiento producen sobre un paciente o sujeto, tal como es percibido por éste, las dimensiones que la determinan son funcionalidad física y ocupacional (Manterola et al., 2013).

La calidad de vida relacionada a la salud se cálcula por medio de la apreciación de bienestar físico, psicológico y social y en la valoración general que tiene el paciente acerca de la vida; el análisis de los elementos (subjetivos, multidimensionales, variables) que integran dicha valoración favorecen la identificación de los factores nocivos para el desarrollo de una calidad de vida relacionada con la salud optima en los individuos, lo que permite conocer a fondo los niveles de satisfacción del individuo respecto a sus condiciones de vida (Mestern Pedraza, 2015).

En un estudio realizado en docentes universitarios en Jalisco México, se reportó que existe una relación entre el tipo de profesión, IMC y la calidad del sueño, con las relaciones laborales y horarios de alimentación, mostró que las personas con obesidad tenían un estilo de vida más sedentario, alterando su calidad de vida expresando problemas de movilidad, dolor y ansiedad (Salazar, 2016).

En la actualidad la carga de enfermedad por obesidad es mayor a lo sostenible, para los gobiernos y las personas. Los trastornos depresivos, ansiosos y psiquiátricos presentan comorbilidad con la obesidad, el diagnóstico de la enfermedad y su notificación al paciente son cruciales para iniciar acciones que modifiquen su estilo y calidad de vida a corto, mediano y largo plazo a fin de mejorar el desempeño del individuo en sus diferentes áreas y roles sociales (Mercado Aravena, 2016).

Instrumento impacto del peso en la calidad de vida (IWQOL)

El cuestionario Impacto del peso en la calidad de vida (IWQOL) fue creado en EUA por Kolotkin y cols., traducido y validado para población mexicana, es el primer instrumento específicamente desarrollado para evaluar la calidad de vida en personas con sobrepeso. La consistencia interna de confiabilidad del instrumento presenta un rango de 0.90 a 0.94 para las cinco dimensiones o escalas, y presenta un 0.96 para la puntuación total (Kolotkin et al., 2002).

En México, se evaluó la reproducibilidad y sensibilidad del cuestionario con resultados favorables para identificar diferencias entre grupos de obesos y los cambios que ocurrieron luego de la realización de tratamiento. Se encontró, que todos los dominios fueron reproducibles y con alta validez interna con un coeficiente alfa de Cron Bach >0.92 para todos los dominios, por tanto, IWQOL es una herramienta confiable y sensible para la investigación de la calidad en mexicanos (Kolotkin et al., 2002).

El IWQOL-Lite se compone de 31 ítems agrupados en cinco subescalas o dimensiones: estado físico (11 ítems), autoestima (7 ítems), vida sexual (4 ítems), ansiedad en público (5 ítems) y trabajo (4 ítems). Se obtiene el puntaje específico en cada subescala, luego los resultados de cada dominio se promedian con base al total de preguntas y se suman a la puntuación del total del IWQOL-Lite, esto representa la puntuación referida de la calidad de vida, entonces el o los puntajes más altos se asocian con menor compromiso de la CVRS (mejor calidad de vida) (Kolotkin et al., 2002).

Población económicamente activa

Ley Federal del Trabajo en su artículo 8, define como trabajador a la persona física que presta a otra (física o moral), un trabajo personal subordinado, sea en

actividad humana, intelectual o material, independientemente del grado de preparación técnica requerido por cada profesión u oficio y en el artículo 22 señala que se considera trabajador al mayor de 15 años. Por otra parte, la ONU y el Centro Latinoamericano de Demografía, denominan Población Económicamente Activa (PEA), a las personas con y sin ocupación, orientadas a producir, pudiendo depender de un empleador o trabajar por propia cuenta (Diario Oficial de la Federación, 2021) (Peralta, 2016).

En México, el INEGI considera población económicamente activa a los individuos en edad de 15 a 64 años, analizando los datos abiertos del IMSS se encontró que, para diciembre de 2017, en México existían 48.1 millones de personas adscritos al Instituto, de los cuales el 49.6% eran asegurados y el resto beneficiarios, el 55% se encontraba en el grupo de edad de >20 a <60 años; en el caso de Querétaro se encontró un total de 1,680, 677 asegurados de los cuales el 53% era población laboralmente activa, asegurada y el resto sus beneficiarios (esposos o concubinos, padres, hijos) (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2020).

Implicación del estilo y calidad de vida en la actividad laboral

La Organización Internacional de Trabajo (OIT), señala que las personas con obesidad tienen menor probabilidad de conseguir empleo, principalmente son objeto de estigmas y prejuicios que afectan a la persona trabajadora y al mercado laboral en donde muchos se desempeñan (Organización Internacional del Trabajo, 2005).

Los principales efectos de la discriminación laboral resultan en opciones de trabajo limitadas y salarios inadecuados, que conducen a una vida precaria que favorece la desigualdad económica y social, esto aunado a los numerosos problemas de salud expresados por deficiencia de las capacidades físicas e intelectuales (Organización Internacional del Trabajo, 2005).

Figura 4. Afecciones orgánicas asociadas a actitudes laborales.

Área afectada	Manifestaciones	Consecuencia
Respiratorias	Dificultad respiratoria por obstrucción y menor oxigenación cerebral y orgánica. Ejemplo. apnea del sueño.	Menor rendimiento laboral, aumento de accidentes de trabajo.
Enfermedad articular	Dolor e inflamación articular.	Movimiento limitado, incapacidad para deambular o cargar objetos.
Susceptibilidad a enfermedades	Inmunosupresión	Susceptibilidad a sustancias químicas y enfermedades agudas o alergias.
Complicaciones de salud	Enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2, hipertensión arterial y alteración de los niveles de colesterol y/o triglicéridos.	Mal control, agotamiento físico, somnolencia, disminución de la visión, que representa un alto riesgo para los trabajadores de manufactura.
Afecciones psicológicas	Influir negativamente en la autoestima y alteraciones emocionales.	Inseguridad, aislamiento social, no superar los retos laborales

Fuente: OIT 2005.

La asociación entre sobrepeso y obesidad con el desempeño laboral muestra que estas afecciones se relacionan con mayores índices de ausentismo a mediano plazo, secundario a trastornos osteomusculares que presentan los trabajadores, según un estudio realizado en Perú, donde el IMC mayor o igual a 28 incrementa la probabilidad de tener ausentismo (OR: 4,9; IC 95%: 1,4-9,1; p=0,01), afectando a más de un tercio de los trabajadores (Velásquez et al., 2017).

Un estudio realizado en pacientes con diabetes en la Unidad de atención al diabético en un municipio del Estado de México reveló que la calidad de vida en pacientes con esta afección se encuentra poco afectada en el 61.9% de los encuestados y el 49.5% refieren tener una máxima calidad de vida percibida, seguida del 47.4% que la consideran moderada (Álvarez, 2016).

En instituciones de salud del primer nivel de atención en Colombia, se comparó la calidad de vida percibida por los adultos con diabetes tipo 2, donde el 62.3% de los pacientes manifestaron tener una calidad de vida media, el 37.6% una calidad de vida alta y ningún paciente calidad de vida baja; en la percepción subjetiva del estado de salud, se consideró tener un estado de salud bueno, esto concluye que la calidad de vida no se afecta en gran medida por la presencia de la enfermedad (Bautista & Zambrano, 2015).

Un estudio de tipo descriptivo de corte transversal realizado en el 2012 en estudiantes de un Centro Universitario del Estado de México evaluó y relacionó el estilo de vida con el estado de nutricional a través de un cuestionario de estilo de vida, se encontró que el 88.1% de los estudiantes tenían un estilo de vida saludable (IC 95%; 84.94-91.25) y el 11.9% no saludable (IC 95%; 8.74-15.05), así mismo el 65% presento un IMC normal (Córdoba et al., 2013).

En un estudio realizado en profesionales de enfermería en un hospital de Lima, determinó la relación del estilo de vida y el exceso de peso, en la evaluación de estilo de vida el rubro de autocuidado el **47.8%** presentó un autocuidado poco saludable, seguido de un **31.10%** no saludable, lo cual señala la relación entre un estilo de vida poco saludable y exceso de peso, al presenta el 59% de esta población sobrepeso y obesidad (Ormeño et al., 2019).

IV. HIPÓTESIS

Hipótesis general

Existe una asociación entre la calidad de vida y el estilo de vida en población económicamente activa con sobrepeso y obesidad.

Hipótesis estadísticas

Ha: La asociación entre estilo de vida y sobrepeso/obesidad en población económicamente activa es mayor del 31.1% y entre calidad de vida y peso normal en población económicamente activa es mayor del 47.8%.

Ho: La asociación entre estilo de vida y sobrepeso/obesidad en población económicamente activa es igual o menor del 31.1% y entre calidad de vida y peso normal en población económicamente activa es igual o menor del 47.8%.

Ha: La asociación entre calidad de vida y sobrepeso/obesidad en población económicamente activa es mayor del 47.4% y entre calidad de vida y peso normal en población económicamente activa es mayor del 61.9%.

Ho: La asociación entre calidad de vida y sobrepeso/obesidad en población económicamente activa es igual o menor del 47.4% y entre calidad de vida y peso normal en población económicamente activa es igual o menor del 61.9%.

V. OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre el estilo de vida y calidad de vida en población económicamente activa con sobrepeso y obesidad.

Objetivos específicos

1. Determinar la asociación entre estilo de vida y sobrepeso/obesidad en población económicamente activa.
2. Determinar la asociación entre la calidad de vida y sobrepeso/obesidad en población económicamente activa.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de investigación

Observacional, transversal analítico, comparativo de asociación

Población o unidad de análisis

Se estudiaron pacientes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.6, San Juan del Rio, Querétaro del IMSS, económicamente activos con diagnóstico de sobrepeso/obesidad de junio a agosto de 2021.

Muestra y tipo de muestra

Se calculó con fórmula para estudios de dos poblaciones de porcentajes.

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 (p_1 q_1 + p_0 q_0)}{(p_1 - p_0)^2}$$

n: Tamaño de la población

Z_{α} : Nivel de confianza= 95%

con una zona de rechazo de la hipótesis nula= 1.64

Z_{β} : Poder de la prueba = 80% =0.842

p_1 : Proporción (prevalencia) establecida en la hipótesis 47.4%=0.474

q_1 : $1-p_1= 0.526$

p_0 : Proporción (prevalencia) establecida en la hipótesis para el grupo control
61.9% = 0.619

q_0 : $1-p_0= 0.381$

(Z_{α})	Z_{β}	p_1	q_1	p_0	q_0
1.64	0.842	0.47	0.52	0.619	0.381

$$n = \frac{(1.64 + 0.842)^2 ((0.474)(0.52) + (0.619)(0.381))}{((0.474 - 0.619))^2}$$

$$n = \frac{(2.482)^2 (0.2493 + 0.2358)}{(-0.145)^2}$$

$$n = \frac{(6.1603) (0.4852)}{0.021}$$

$$n = \frac{2.9888}{0.021}$$

$$n = 142.15$$

Se estudió un total de 284 pacientes (142 por grupo)

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes derechohabientes trabajadores
- Hombres y mujeres
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio, previo consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no supieran leer y/o escribir.
- Embarazo

- Comorbilidades: Diagnóstico de enfermedad renal crónica, hipotiroidismo, hipertensión arterial, diabetes, enfermedad coronaria y evento cerebro vascular.

Criterios de eliminación

- Que no hayan contestado completamente los cuestionarios.

Variables estudiadas

Se analizaron variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, escolaridad y ocupación), variables relacionadas con el peso (estilo de vida y calidad de vida).

Procedimientos

El procedimiento para la recolección de la información se enfocó en identificar a pacientes mayores de 18 y hasta 59 años con peso normal y sobrepeso/obesidad que acudieron al servicio de consulta externa de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar no. 6, del IMSS San Juan Rio, Querétaro.

Se les aplicó el instrumento de recolección de datos integrado por los cuestionarios Medición del estilo de vida Fantastico e impacto del peso en la calidad de vida (IWQol), previo explicación y firma del consentimiento informado. Los datos obtenidos se ingresaron a una base de datos para el análisis estadístico. Se utilizó el programa SPSS.

Análisis estadístico

El plan de análisis incluyó promedio, porcentajes, intervalos de confianza, prueba de Chi².

Consideraciones éticas

El proyecto fue aprobado por la Dirección de Investigación y Posgrado de la Universidad Autónoma de Querétaro, con número de registro 13189-11052022. Fue evaluado y aceptado por el comité local de investigación y ética e investigación en salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, con número de registro R-2021-2201-018.

Este proyecto de investigación requirió carta de consentimiento informado directamente de los pacientes que desearon participar en el estudio, por la aplicación de un instrumento de recolección de datos a cada paciente. La información recabada se manejó con confidencialidad y se utilizó solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio (Anexo 2).

Este estudio se apegó a los principios enunciados en la declaración de la Asociación Médica de Helsinki de 1964 y su revisión en la Asamblea de Fortaleza, Brasil, en 2013. En la cual se establecen los principios éticos para la investigación médica en humanos, incluido la investigación de material humano y de información, que requiere consentimiento informado de los participantes, garantizando la confidencialidad de los resultados, así como la utilización de estos solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio de investigación.

En el presente proyecto el procedimiento se estableció con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud

considerando las disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, en el Título Segundo, Capítulo primero en

sus artículos: 13, 14 incisos I al VIII, 15,16,17 en su inciso II, 18,19,20,21 incisos I al XI y 22 incisos I al V. El artículo 13 para hacer prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, al salvaguardar la información obtenida de los expedientes.

Del artículo 14, en el inciso I, ya que apegado a los requerimientos de la institución y del comité local de investigación, se ajustó a los principios éticos y científicos justificados en cada uno de los apartados del protocolo. Esta investigación se consideró con un riesgo mínimo obteniendo datos por medio de procedimientos comunes.

Se consideraron los daños psicológicos al momento del llenado de los cuestionarios, que pudieran provocar estados negativos, como labilidad emocional, estados de ansiedad, depresión, culpa, sentimientos de inutilidad, enojo o miedo. Durante la presente investigación ningún paciente presentó o manifestó alguna alteración, por lo que no fue necesario derivaciones al servicio de urgencias, trabajo social o psicología.

VII. RESULTADOS

Se estudiaron un total de 284 pacientes. Un grupo de 142 pacientes con sobrepeso/obesidad y 142 pacientes con peso normal.

En el total de la población estudiada la media de edad fue de 30.93 años (IC 95%;30-31.8), en relación al sexo el 45.8% (IC 95%;42.7-54.3) fueron mujeres y el 54.2% (IC 95%;48.4-60) hombres. El peso promedio del total de pacientes fue de 71.37 kg. (IC 95%;69.7-73.1)

Cuadro VII.1 Características por grupo de la población. Sexo

n=284

Sexo	Grupo Peso normal <i>porcentaje</i>	Grupo Sobrepeso/Obesidad <i>porcentaje</i>
Mujer	39.4	52.1
Hombre	60.6	47.9

Fuente: Instrumento de recolección de datos del protocolo “Asociación de calidad de vida y estilo de vida en población económicamente activa con sobrepeso y obesidad”.

La escolaridad sobresaliente del total de la población estudiada fue secundaria en 33.5% (IC 95%;28-39). En relación con la ocupación, la categoría de empleado se presentó en 44.4% (IC 95%;38.6-50.2).

La escolaridad predominante en el grupo de peso normal fue bachillerato en 34.5% (IC 95%;29-40.4), en el de sobrepeso/obesidad fue secundaria en 34.5% (IC 95%;29-40). (Cuadro VII.2)

Cuadro VII.2 Características sociodemográficas por grupo: Escolaridad.

n=284

Escolaridad	Grupo Peso normal			Grupo Sobrepeso/Obesidad		
	Porcentaje	IC 95%		Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Analfabeta	2.1	0.4	3.8	0.0	0	0
Primaria	4.9	2.4	7.4	7.0	4.0	10.0
Secundaria	32.4	27.0	37.8	34.5	29.0	40.0
Bachillerato	34.5	29.0	40.4	31.0	25.6	36.4
Licenciatura	21.8	17.0	26.6	23.9	18.9	28.9
Posgrado	4.2	1.9	6.5	3.5	1.4	5.6

Fuente: Instrumento de recolección de datos del protocolo “Asociación de calidad de vida y estilo de vida en población económicamente activa con sobrepeso y obesidad”.

La ocupación predominante fue empleado en ambos grupos, en el de peso normal con 50.7%(IC 95%; 44.9-56.5) y el de sobrepeso/obesidad 38% (IC 95%;32.4-43.6), seguido de obrero en peso normal con 18.2% (IC 95%;13.8-22.8), en el grupo de sobrepeso/obesidad otras ocupaciones con 23.2% (IC 95%;18.7-28.1). (Cuadro VII.3)

Cuadro VII.3 Características sociodemográficas por grupo: Ocupación.

n=284

Ocupación	Grupo Peso normal			Grupo Sobrepeso/Obesidad		
	Porcentaje	IC 95%		Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Negocio propio	1.4	0	2.8	4.2	1.9	6.5
Empleado	50.7	44.9	56.5	38.0	32.4	43.6
Comerciante	6.3	3.5	9.1	6.3	3.5	9.1
Obrero	18.3	13.8	22.8	21.8	17.0	26.6
Ayudante	9.2	5.8	9.6	6.3	3.5	9.1
General						
Otro	14.1	10.1	18.1	23.2	18.7	28.1

Fuente: Instrumento de recolección de datos del protocolo “Asociación de calidad de vida y estilo de vida en población económicamente activa con sobrepeso y obesidad”.

El estado civil predominante fue soltero en ambos grupos, en el de peso normal en 50.4% y el de sobrepeso/obesidad 34.5% (IC 95%;), seguido de casado en los dos grupos 24.6% y 33.1% respectivamente (IC 95% 19.6-29.6) (IC 95%27.6-38.6). (Cuadro VII.4)

Cuadro VII.4 Características sociodemográficas por grupo: Estado Civil.

n=284

Estado Civil	Grupo Peso normal			Grupo Sobrepeso/Obesidad		
	Porcentaje	IC 95%		Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Soltero	50.4	44.9	56.5	34.5	29.0	40.0
Casado	24.6	19.6	29.6	33.1	27.6	38.6
Divorciado	2.8	0.9	4.7	2.8	0.9	4.7
Unión Libre	18.3	14.4	23.6	26.8	21.6	32.0
Viudo	0.7	0	1.7	0.7	0	1.7
Separado	2.1	0	0	2.1	0.4	3.8

Fuente: Instrumento de recolección de datos del protocolo “Asociación de calidad de vida y estilo de vida en población económicamente activa con sobrepeso y obesidad”.

Del total de pacientes el 28.5% (IC 95%;23.2-33.8) presentó sobrepeso, el 15.1% (IC 95%;10.9-19.3) obesidad grado I, un 5.3% (IC 95%; 2.7-7.9) obesidad grado II y 1.1% (IC 95%; 0.1-2.3) obesidad grado III.

Al comparar el IMC con con el sexo, el 33.1% (IC 95%; 27.6-38.6) de las mujeres presentó sobrepeso comparado con el 24.7% (IC 95%; 19.7-29.7) de los hombres. (Cuadro VII.5)

Cuadro VII.5 Características de salud del total de la población de estudio: IMC

n=284

IMC	Mujer	Hombre
	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje</i>
Normal	43.1	55.8
Sobrepeso	33.1	24.7
Obesidad Grado I	16.2	14.3
Obesidad Grado II	6.9	3.9
Obesidad Grado III	0.8	1.3

Fuente: Instrumento de recolección de datos del protocolo “Asociación de calidad de vida y estilo de vida en población económicamente activa con sobrepeso y obesidad”.

En el grupo de pacientes con peso normal el estilo vida presentó un buen trabajo en 58.5% (IC 95%; 52.8-64.2), el 1.4% (IC 95% 0-2.8) tiene un estilo de vida en peligro. En el grupo de sobrepeso/obesidad el 54.2% (IC 95%; 48.4-60) presentó un buen trabajo en el estilo de vida y el 3.5% (IC 95%;1.4-5.6) en peligro.

Se encontró una asociación del estilo de vida con el sobrepeso/obesidad, con una Chi² de 15.8 y p=0.003. (Cuadro VII.6)

Cuadro VII.6 Asociación del estilo de vida y peso normal, sobrepeso/obesidad

n=284

Estilo de vida	Grupo Peso normal			Grupo Sobrepeso/Obesidad		
	Porcentaje	IC95%		Porcentaje	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Peligro	1.4	0	2.8	3.5	1.4	5.6
Bajo puede mejorar	7.0	4	10	18.3	13.8	22.8
Adecuado	21.8	17	26.6	21.1	16.4	25.8
Buen trabajo	58.5	52.8	64.2	54.2	48.4	60
Fantástico	11.3	7.6	15	2.8	0	4.7
Chi²				15.8		
p				0.003		

Fuente: Instrumento de recolección de datos del protocolo “Asociación de calidad de vida y estilo de vida en población económicamente activa con sobrepeso y obesidad”.

La calidad de vida en el grupo con peso normal presentó una afección media de 89.4% (IC 95%; 85.8-93), y afección alta en 5.6% (IC 95%; 2.9-8.3). En el grupo de sobrepeso/obesidad presentó una afección media en 77.5% (IC 95%; 72.6-82.4) afección alta en 10.6% (IC 95%; 7-14.2).

Se encontró una asociación de la calidad de vida con el sobrepeso/obesidad, con una χ^2 de 8.54 y $p=0.036$. (Cuadro VII.7)

Cuadro VII.7 Asociación de calidad de vida y peso normal, sobrepeso/obesidad

n=284

Calidad de vida	Grupo Peso normal			Grupo Sobrepeso/obesidad		
	Porcentaje	IC95%		Porcentaje	IC95%	
		Inferior	Superior		inferior	Superior
Afección muy alta a calidad de vida	5.6	2.9	8.3	8.5	5.3	11.7
Afección alta a calidad de vida	4.2	1.9	6.5	10.6	7	14.2
Afección media a calidad de vida	89.4	85.8	93	77.5	72.6	82.4
Afección baja a calidad de vida	0.7	72.6	82.4	3.5	1.4	5.6
Chi²				8.54		
*p				0.036		

Fuente: Instrumento de recolección de datos del protocolo “Asociación de calidad de vida y estilo de vida en población económicamente activa con sobrepeso y obesidad”.

VIII. DISCUSIÓN

El sobrepeso y la obesidad son problemas de salud de gran importancia para la población mexicana, se ha demostrado una alta prevalencia en zonas urbanas y rurales, en este estudio el 57% de las mujeres presentaron sobrepeso/obesidad y 44.2% en los hombres, esto es coherente con lo reportado con ENSANUT, siendo la mujer en edad reproductiva la más afectada. (Barquera et al., 2022)

El sobrepeso y la obesidad tienen un impacto directo sobre la calidad de vida del individuo, en gran parte determinada y modificada por estilo de vida. Los factores que se asociaron a sobrepeso/obesidad en este estudio fueron escolaridad secundaria (educación básica), siendo consistente con un estudio realizado en Brasil donde la afectación ocurre en individuos con escolaridad baja. (Brustolin Xavier et al., 2022)

El estudio de esta asociación entre escolaridad y estilo de vida, ha evidenciado que entre más años de escolaridad se tienen existe mayor conciencia en la importancia de realizar hábitos saludables, pues se tiene mayor conocimiento sobre la ventaja de los efectos de estos para la prevención de enfermedades crónicas. Adicionalmente el nivel educativo se asocia a mayor poder adquisitivo y en el uso de los recursos en favor de una vida más saludable. (Tarducci et al., 2016)

Los hábitos del estilo reflejan la forma en como la persona afronta su condición de salud y de peso, considerando sus actividades laborales, de esparcimiento y sociales (Mercado Aravena, 2016). En este estudio la ocupación predominante en el grupo de sanos y con sobrepeso/obesidad fueron los empleados seguido de los obreros, similar a lo reportado en un estudio de EUA donde el trabajo

de ventas/oficina y manual se asociaron a mayor riesgo de obesidad. (Myers et al., 2021)

Se ha demostrado en estudios que el tipo de trabajo determina riesgos para la salud, factores como largas jornadas laborales, ambientes sanitarios inadecuados, cargas laborales pesadas exponen a las personas a mantener hábitos alimenticios mal sanos, consumo de alcohol, alteración de los patrones del sueño y bajo control de su calidad de salud (De Souza & Bustos, 2017) (Mendinueta Martínez et al., 2020).

En este estudio se encontró que un 34.5% los solteros tuvieron peso normal, seguido de 33.1% de casados que presentaron obesidad, similar a lo documentado en un estudio publicado en Brasil donde vivir en pareja se asoció a la presencia de sobrepeso/obesidad. (Brustolin Xavier et al., 2022)

La prevalencia de sobrepeso en la población total (económicamente activa) fue de 28.5% y de obesidad 21.55%, estas cifras se encuentran por debajo del reporte de la ENSANUT 2018-19, cuya prevalencia de sobrepeso fue de 39.1% y obesidad 36.1% con mayor presencia entre los 40 y 50 años y en las mujeres, considerando que la edad media de nuestro grupo de estudio fue de 30.93 años con mayor participación de hombres (Barquera et al., 2022).

En la población estudiada se encontró que las mujeres económicamente activas tuvieron mayor obesidad que los hombres (23.9% vs 19.5%), contrastando con un estudio realizado en Perú donde los hombres tuvieron mayor prevalencia de obesidad, probablemente asociado a los hábitos del estilo de vida (19.5% vs 7.3%) (Mejía et al., 2020).

La inserción de la mujer al ámbito involucra aspectos que afectan a su salud como ocurre con la carga doble de responsabilidad (tareas del hogar, cuidado de hijos) que disminuyen la posibilidad de adoptar estilos de vida saludables como

dedicar tiempo para realizar actividad física, tener sueño de calidad, estudios señalan que el menor tiempo de recuperación de la jornada laboral se asocia a problemas de salud crónicos como enfermedades cardiovasculares (Moretti A., 2015).

El estilo de vida asociado a la presencia de sobrepeso/obesidad en población económicamente activa mostró que el 54.2% de los encuestados obtuvo resultado de buen trabajo, mientras que el estilo de vida en población con peso normal fue de 58.5%, estas cifras muestran que el estilo de vida se modifica por factores sociodemográficos e individuales para impactar en el desarrollo tardío de enfermedades crónicas pues sólo en el 3.5% del grupo con sobrepeso/obesidad se encontró en peligro (Gherasim et al., 2019).

Toda actividad humana tiene una influencia de procesos biológicos y psíquicos, el trabajo es parte esencial de las decisiones que modifican el estilo de vida, en la población de estudio reflejo que el estilo de vida no se vio tan afectado, esto probablemente asociado a la edad prevalente (30.9 años) en donde aún las complicaciones crónicas del estilo de vida no saludable no son tan evidentes, pues es hasta pasar los 40 años de edad, que generalmente se debuta con Diabetes tipo 2 (45 años), Hipertensión Arterial y Dislipidemias (20-69 años) (Barba Evia, 2018).

La calidad de vida estudiada en el grupo de sobrepeso/obesidad presentó una afección media en 77.5% y alta en 10.6%, y en el grupo de peso normal una afección media de 89.4% y alta en 5.6%, como señala la literatura a mayor IMC empeora la calidad de vida con una afección en las áreas social/interpersonal, laboral, movilidad y actividades diarias (Pedraza & Engel, 2015).

La calidad de vida en personas con sobrepeso/obesidad afecta diferentes esferas y se complica con enfermedades orgánicas que derivan de la obesidad,

modificando el pronóstico de vida y la percepción del futuro, esto definido por las dificultades que genera el exceso de peso en la persona que lo presenta (Monereo Megias et al., 2000).

IX. CONCLUSIONES

El estilo de vida y la calidad de vida muestran diferencias en las personas con peso normal con respecto a las que tienen sobrepeso/obesidad.

Se comprobó que la presencia de sobrepeso/obesidad se asoció a escolaridad baja y ocupación administrativa o con poco gasto calórico por su actividad laboral.

No se reportó asociación significativa con relación al estado civil.

Se encontró una asociación del estilo de vida con el sobrepeso/obesidad. A mayor peso del paciente, se presenta un estilo de vida en peligro.

Se encontró una asociación de la calidad de vida con el sobrepeso/obesidad.. A mayor peso del paciente mayor afección.

X. PROPUESTAS

La alta prevalencia de las enfermedades crónica en la población mexicana representa un reto importante para los servicios de salud. El sobrepeso y la obesidad constituyen factores de riesgo para el desarrollo de padecimientos agudos y crónicos que afectan sobre todo a la población en edad económicamente activa por el impacto que tienen en sus capacidades físicas y su desempeño laboral.

La asociación entre estilo de vida en peligro con mayor IMC insta a fortalecer las acciones de detección de sobrepeso y obesidad, para otorgar una atención integral, multidisciplinaria y oportuna que revierta la condición y retrase o evite la aparición de otros padecimientos crónicos.

La calidad de vida mostró una afección mayor en el paciente con mayor peso, al ser la calidad de vida el efecto derivado de un conjunto de acciones, su mejora se logrará a largo plazo con la adecuada adopción de hábitos de estilo de vida saludables, por lo cual debe considerarse dar un seguimiento continuo y de largo plazo al paciente con sobrepeso/obesidad.

Finalmente al tratarse de población en edad económicamente activa, es necesario fortalecer las actividades de detección, control de peso y seguimiento multidisciplinario con el entorno laboral y familiar a fin de ampliar la red de apoyo disponible para estos pacientes.

XI. BIBLIOGRAFIA

- Álvarez, M. G. (2016). Hábitos de vida relacionados a la calidad de vida en pacientes diabético con sobrepeso u obesidad. *Tesis para obtener el Título de Licenciada en Trabajo Social*. Estado de México. <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/65119/TESIS+H%C1BITOS+D+E+VIDA+RELACIONADOS+A+LA+CALIDAD+DE+VIDA+EN+PACIENTES+DIAB%C9TICOS+CON+SOBREPESO+U+OBESIDAD-split-merge.pdf?sequence=3>
- Barba Evia, J. R. (2018). México y el reto de las enfermedades crónicas no transmisibles. El laboratorio también juega un papel importante. *Revista Latinoamericana de Patología Clínica*, 65(1), 4-17. <https://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2018/pt181a.pdf>
- Barquera, S., Bejar Rentería, L. S., Aguilar Salinas, C., Garibay Nieto, N., García García, E., & Bonvecchio, A. (2022). Volviéndonos mejores: necesidad de acción inmediata ante el reto de la obesidad. Una postura de profesionales de la salud. *Salud Pública de México*, 64, 225-229. <https://doi.org/https://doi.org/10.21149/13679>
- Barquera, S., Hernández-Barrera, L., Trejo Valdivia, B., Shamah, T., Campos Nonato, I., & Rivera Dommarco, J. (2022). Obesidad en México, prevalencia y tendencias en adultos. *Ensanut 2018-19. Salud Pública de México*, 62(6). <https://doi.org/https://doi.org/10.21149/11630>
- Bautista, L. M., & Zambrano, G. E. (2015). La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Investigación Enfermería Imagen Desarrollo*, 17(1), 131-148. <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145233516009.pdf>
- Brustolin Xavier, P., Garcez , A., Da Silva Janaína , C., Cibeira, G. H., Germano, A., & Olinto, M. T. (2022 de 2022). Obesity Among Industrial Workers in Brazil: A Cross-

sectional Study on Prevalence and Associated Factors. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 64(4), e231–e236. <https://oce-ovid-com.pbidi.unam.mx:2443/article/00043764-202204000-00019/HTML>

Cavallini, M. F., & Dyck, D. J. (2021). Commentary: Lifestyle Physical Activity Now More than Ever! *American Journal of Public Health Research*, 9(3), 96-99. <http://pubs.sciepub.com/ajphr/9/3/2>

CENETEC. (2018). *Diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y obesidad exógena. Guía de Evidencias y Recomendaciones*. Retrieved 22 de 05 de 2022, from <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/046GER.pdf>

Comité de expertos académicos nacionales del etiquetado frontal de alimentos. (Julio-agosto de 2018). Sistema de etiquetado frontal de alimentos y bebidas para México: una estrategia para la toma de decisiones saludables. *Salud Pública de México*, 60(4), 479-486. <https://doi.org/http://doi.org/10.21149/9615>

Cook, M., & Gazmararian, J. (2018). The association between long work hours and leisure-time physical activity and obesity. *Preventive Medicine Reports*, 271-277. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.04.006>

Córdoba, D., Carmona, M., Terán, O. E., & Márquez, O. (2013). Relación del estilo de vida y estado de nutrición en estudiantes universitarios: estudio descriptivo de corte transversal. ;13(11):e5864. Disponible en: [https://ww. \(Medwave, Ed.\) https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5864](https://ww. (Medwave, Ed.) https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5864)

De Frel, D., Atsma, D. E., Pijil, H., Seidell, J. C., Leenen, P. J., Dik, W. A., & Van Rossum, E. F. (2020). The Impact of Obesity and Lifestyle on the Immune System and Susceptibility to Infections Such as COVID-19. *Frontiers in Nutrition*, 1-12. <https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fnut.2020.597600>

- De la Guardia, G. M., & Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215>.
- De Souza, M., & Bustos, A. (2017). El comercio informal de calle en las comunas Santiago y Concepción. *Revista Urbano*, 20(35), 58-73. <https://doi.org/https://doi.org/10.22320/07183607.2017.20.35.05>
- Diario Oficial de la Federación . (18 de Mayo de 2018). *Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017*. Retrieved 18 de 05 de 2022, from http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5523105&fecha=18/05/2018#gsc.tab=0
- Diario Oficial de la Federación. (31 de Julio de 2021). Ley Federal del Trabajo.
- Gherasim, A., Arhire, L. I., Nita, O., Popa, A. D., Graur, M., & Mihalache, L. (2019). The relationship between lifestyle components and dietary patterns. *Proceedings of the Nutrition Society*, 1-13. <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S0029665120006898>
- Goettler, A., Grosse, A., & Sonntag, D. (2017). Productivity loss due to overweight and obesity: a systematic review of indirect costs. *BMJ Open*, 7, 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014632>
- Government, Q. (28 de Octubre de 2019). *WorkSafe.qld.gov.au*. <https://www.worksafe.qld.gov.au/safety-and-prevention/health-and-wellbeing/managing-chronic-disease-at-work/chronic-disease-risk-factors-by-industry>
- Hernández, I., Lumbreras, M., Méndez, P., Rojas, E., Cervantes, M., & Juárez , C. (2017). Validación de una escala para medir la calidad de vida laboral en hospitales públicos

de Tlaxcala. *Salud Pública de México*, 182-192.
<https://doi.org/http://doi.org/10.21149/7758>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2020). *Capítulo II. Población Derechohabiente - IMSS*.

Instituto Nacional de Salud Pública. (2020). Obesidad en México, prevalencia y tendencias en adultos. Ensanut 2018-19. *Salud Pública de México*, 1, 682-692. Retrieved 25 de Enero de 2022, from <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2020/sal206i.pdf>

Instituto Nacional de Salud Pública. (2022). *Instituto Nacional de Salud Pública. México y las políticas públicas ante la obesidad*. Retrieved 23 de Enero de 2022, from <https://www.insp.mx/avisos/5091-dia-mundial-obesidad-politicas.html>

Jaminah, J., & Mahmudiono, T. (2018). The Relationship between Knowledge and Physical Activity with Obesity in The Female Worker. *Periodic Epidemiology Journal*, 6(1), 9-17. <https://doaj.org/article/dc052ae47cb94b788223294a1421239c>

Janssen, F., Trias-Llimós, S., & Kunst, A. (2021). *Strong combined impact of smoking, obesity, and alcohol on survival improvements in Europe*. IUSSP, Online News Magazine: <https://www.niussp.org/health-and-mortality/strong-combined-impact-of-smoking-obesity-and-alcohol-on-survival-improvements-in-europe/>

Klodian, D., Hainess, J., Gang, L., Zhang, C., Wang, X., Field, A., . . . Sun, Q. (2018). Association between maternal adherence to healthy lifestyle practices and risk of obesity in offspring: results from two prospective cohort studies of mother-child pairs in the United States. *Best Medical Journal*, 362, 1-12. <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmj.k2486>

- Kolotkin, L., Ronette, L., Ross, D., & Crosby, D. (2002). Psychometric evaluation of the impact of weight on quality of life-lite questionnaire (IWQOL-Lite) in a community sample. *Quality of Life Research*, *11*, 157-171. <http://www3.uacj.mx/ICB/redcib/Documents/Arnulfo/11306521.pdf>
- Kunyahamu, M. S., Daud, A., & Jusoh, N. (2021). Obesity among Health-Care Workers: Which Occupations Are at Higher Risk of Being Obese? *International Journal of Enviroment Research and Public Health*, *18*(8). <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph18084381>
- Life Styles and Health. (1986). *Social Science and Medicine*, 117-124. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0277953686900602?via%3Dihub>
- Lopera-Vásquez, J. L. (2020). Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. *Ciência. Saúde Coletiva*, *25*(2), 693-702. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.16382017>.
- López-Carmona, J. M., Rodríguez-Moctezuma, R., Munguía-Miranda, C., Hernández-Santiago, J. L., & Casas de la Torre, E. (2000). Validez y fiabilidad del instrumento «FANTASTIC» para medir el estilo de vida en pacientes mexicanos con hipertensión arterial. *Atención Primaria*, *26*(8), 542-549. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78719-1](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78719-1)
- Malinska, M., & Bugajska, J. (2021). Assessment of the impact of lifestyle and psychosocial working conditions on older employees' work ability. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, *27*(3), 946-955. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/10803548.2020.1829317>

- Malo Serrano, M., Castillo, N., & Pajita, D. (2017). La Obesidad en el mundo. *Anales Facultad de Medicina*, 78, 173-178. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13213>.
- Manterola, C., Urrutia, S., & Otzen, T. (2013). Calidad de Vida Relacionada con Salud. Una Variable Resultado a Considerar en Investigación Clínica. *International Journal of Morphology*. *International Journal of Morphology*, 31, 1517-1523.
- Márquez Díaz, R. R. (2016). Obesidad: prevalencia y relación con el nivel educativo en España. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 36(3), 181-188. <https://doi.org/10.12873/363marquezdiaz>
- Mejía, C., Llontop-Ramos, F., Vera, C., & Cacéres, O. (2020). Factores asociados a sobrepeso y obesidad en trabajadores de Piura-Perú. *Revista Facultad de Medicina Humana*, 20(3), 351- 357. <https://doi.org/DOI 10.25176/RFMH.v20i3.2904>
- Mendinueta Martínez, M., Herazo Beltrán, Y., Fernández Barrios, J., Hernández Tatiana, Garzón Martínez, O. L., Escorcía, N., . . . Jiménez Pavón, D. (2020). Estilos de vida en trabajadores del sector informal. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(1), 21-25. <https://doi.org/https://doi.org/10.5281/zenodo.4068209>
- Mercado Aravena, M. (2016). Calidad de vida percibida en personas obesas. *Revista científica y profesional de la Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología*, 4(11), 88-92. <https://integracion-academica.org/anteriores/20-volumen-4-numero-11-2016/132-calidad-de-vida-percibida-en-personas-obesas>
- Mercado, M. (2016). Calidad de vida percibida en personas obesas. *Integración Académica en Psicología*, 4(11), 88-92. <https://integracion-academica.org/attachments/article/132/08%20Personas%20obesas%20-%20MMercado.pdf>

- Mestern Pedraza, E. M. (2015). *Relación entre sobrepeso y obesidad con la "calidad de vida relacionada con la salud" en los empleados de intendencia de la UIA Puebla*. (R. Universitario, Ed.) <https://repositorio.iberopuebla.mx/handle/20.500.11777/1307>
- Monereo Megias, S., Pavon de Paz, I., Molina Baena, B., Vega Piñero, B., Alameda Hernando, C., & López de la Torre Casares, M. (2000). Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad. *Endocrinología y Nutrición*, 47(3), 81-88. <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-calidad-vida-relacionada-con-salud-9367>
- Moretti A., C. (2015). Duración de la Jornada Laboral: implicancias sanitarias y político económicas. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 15(1), 57-64. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2015.37130>
- Myers, S., Govindarajulu, U., Joseph, M. A., & Landsbergis, P. (2021). Work Characteristics, Body Mass Index, and Risk of Obesity: The National Quality of Work Life Survey. *Annals of Work Exposures and Health*, 65(3), 291–306. <https://doi.org/doi:10.1093/annweh/wxaa098>
- O'Brien, V. M., Nea, F. M., Pourshahidi, K., Livingstone, M. E., Bardon, L., Kelly, C., . . . Corish, C. A. (2020). Overweight and obesity in shift workers: associated dietary and lifestyle factors. *The European Journal of Public Health*, 30(3), 579–584. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa084>
- OCDE, The World Bank. (2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Economicos. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/50728648-es.pdf?expires=1650324487&id=id&accname=guest&checksum=240DD2A32FB32E5A1EE1CBE5E562DE30>

- Oellingrath, I., Müller De Bortoli, M., Veel Svendsen, M., & Møller Fell, A. K. (2018). Lifestyle and work ability in a general working population in Norway: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026215>
- Organización Internacional del Trabajo. (2005). *Una deficiente alimentación en el trabajo afecta la salud y la productividad. Nuevo informe de la OIT.* https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_006116/lang-es/index.htm
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico. (2019). *The Heavy Burden of Obesity. The Economics of prevention.* París: Health Policy Studies.
- Ormeño, Ñ., Eder, K., Ccuscco, O., & Claudia, A. (2019). Estilos de vida y exceso de peso en los profesionales de enfermería del hospital de San Juan de Lurigancho, Lima, 2018. *Tesis para obtener el Título de Licenciado en Enfermería.* Lima, Perú: Universidad Privada de Wiener.
- Ortega Cisneros, A. (2018). Efectividad de una intervención educativa en personas con obesidad, con y sin redes de apoyo. Baja California, México. <https://repositorioinstitucional.uabc.mx/bitstream/20.500.12930/4692/1/TIJ130232.pdf>
- Panuganti, K. K., Nguyen, M., & Kshirsagar., R. K. (2022). *National Library of Medicine. National Center for Biotechnology Information:* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459357/>
- Pedraza, M., & Engel, M. E. (2015). Relación entre sobrepeso y obesidad con la "calidad de vida relacionada con la salud" en los empleados de intendencia de la UIA Puebla. *Tesis de Grado para obtener el grado de Maestría en Nutrición Clínica.* Puebla, Puebla.

<https://repositorio.iberopuebla.mx/bitstream/handle/20.500.11777/1307/Tesis%20final%20Marlen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Peralta, E. (2016). La Productividad de la Población Económicamente Activa (PEA) en México: Historia, Panorama Actual y Perspectiva. *Diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, 4(10). <http://dx.doi.org/10.21933/J.EDSC.2016.10.180>
- Pimenta, F. B., Bertrand, E., Mograbi, D. C., Shinohara, H., & Landeira-Fernandez, J. (2015). The relationship between obesity and quality of life in Brazilian adults. *Frontiers in Psychology*, 6(966), 1-7. <https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00966>
- Raggio Carvallo, C. (2018). El problema de la obesidad y sus efectos sobre el mercado laboral chileno. *Revista Perfiles Económicos*(5). <https://doi.org/10.22370/rpe.2018.5.1238>
- Rivera Dommarco, J. Á., Colchero, M. A., Fuentes, L. M., González de Cosío Martínez, T., Aguilar Salinas, C. A., Hernández Licona, G., & Barquera, S. (2018). *La obesidad en México*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública. <https://www.insp.mx/avisos/4884-la-obesidad-mexico.html>
- Rodríguez Moctezuma, R., López Carmona, J. M., Munguía Miranda, C., Hernández Santiago, J., & Martínez Bermudez, M. (2003). Validez y consistencia del instrumento FANTASTIC para medir estilo de vida en diabéticos. *Revista Medica IMSS*, 41(3), 211-220. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2003/im033d.pdf>
- Ruzevicius, J., & Akranavičiūtė, D. (2007). Quality of Life and its Components' Measurement. *Engineering Economics*, 317-334. https://www.researchgate.net/publication/26496151_Quality_of_Life_and_its_Components'_Measurement#:~:text=Quality%20of%20life%20could%20be,depends%20on%20one's%20value%20system.

- Salazar, J. G. (2016). Calidad de vida, obesidad en docentes universitarios. *Actualización en Nutrición*, 17(3), 79-86. http://www.revistasan.org.ar/pdf_files/trabajos/vol_17/num_3/RSAN_17_3_79.pdf
- Shamah Levy, T., Campos Nonato, I., Cuevas Nasu, L., Hernández Barrera, L., Morales Rúan, M., Rivera Dommarco, J., & Barquera, S. (2019). Sobrepeso y obesidad en población mexicana en condición de vulnerabilidad. Resultados de la Ensanut 100k. *Salud Pública de México*, 61, 852-865. <https://doi.org/https://doi.org/10.21149/10585>
- Shamah Levy, T., Vielma Orozco, E., Heredia Hernández, O., Romero Martínez, M., Mojica Cuevas, J., Cuevas Nasu, L., . . . Rivera Dommarco, J. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Shamah, T. (2018). Obesidad y Salud Pública de México: transformación hegemónica de oferta-demanda de alimentos. *Problemas del Desarrollo*, 193(49), 145-169. <http://probdes.iiec.unam.mx>
- Tarducci, G., Barengo, N., Morea, G., Gárgano, S., Gandini, A., Paganini, A., & Bardach, A. (2016). Relación entre el nivel de escolaridad y el patrón de actividad física en Balcarce, Argentina. *Hacia la promoción de la salud*, 21(2), 89-98. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.2.7>
- Velarde, E., & Ávila, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública México*, 44(4). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000400009&lng=es.
- Velásquez, C., Palomino, J., & Ticse, R. (2017). Relación entre el estado nutricional y los grados de ausentismo laboral en trabajadores de dos empresas peruanas. *Acta Médica Peruana*, 34(1), 6-17. <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v34n1/a02v34n1>

Villar López, M., Ballinas Sueldo, Y., Gutiérrez, C., & Angulo-Bazán, Y. (2016). Análisis de la confiabilidad del test Fantástico para medir estilos de vida saludables en trabajadores evaluados por el programa "Reforma de vida" del Seguro Social de Salud (EsSalud)". *Revista Peruana de Medicina Integrativa*, 1(2), 17-26. https://www.researchgate.net/publication/306031784_ANALISIS_DE_LA_CONFIABILIDAD_DEL_TEST_FANTASTICO_PARA_MEDIR_ESTILOS_DE_VIDA_SALUDABLES_EN_TRABAJADORES_EVALUADOS_POR_EL_PROGRAMA_REFORMA_DE_VIDA_DEL_SEGURO_SOCIAL_DE_SALUD_ESSALUD

World Health Organization. (1995). Questionnaire for Quality of Life WHOQOL-100. . *European psychiatry* [. [https://dx.doi.org.conricyt.remotexs.co/10.1016/S0924-9338\(97\)89095-5](https://dx.doi.org.conricyt.remotexs.co/10.1016/S0924-9338(97)89095-5)

World Obesity. (Mayo de 2019). *World Obesity, Prevalence of Obesity*. <https://www.worldobesity.org/about/about-obesity/prevalence-of-obesity>

XII. ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN QUERETARO UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.6 CALIDAD DE VIDA Y ESTILO DE VIDA EN POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA CON SOBREPESO Y OBESIDAD	
Variables Sociodemográficas	
Nombre:	Folio:
NSS:	Consultorio:
Sexo: 1) Femenino 2.) Masculino	Edad: años
Datos personales	
Peso: kg	Años de diagnóstico de obesidad:
Talla: cm	IMC: 1. Normal < 24.9 2. Sobrepeso 25 -29.9 3. Obesidad I = 30 a 34.9 4. Obesidad II 34.9 a 39.9 5. Obesidad III > 40
Estado civil:	Escolaridad: 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Licenciatura 6. Posgrado
1. Soltera(o) 4. Unión libre 2. Casada(o) 5. Viuda(o) 3. Divorciada(o) 6. Separada(o)	Ocupación: 1)Negocio propio 2)Empleado 3)Comerciante 4)Obrero 5)Ayudante General 6)Otro
Estilo de vida: 1. Zona de peligro (0 a 45), 2. Bajo (47-72), 3. Adecuado (73-85), 4. Bien (85 a 102) y 5. Fantástico (103-120)	Calidad de Vida: 1. Buena 2. Regular 3. Deficiente

Anexo 2. Instrumento FANTASTICO

Estilo de vida.		
Familia y amigos	1. Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí: 2. Casi siempre 1. A veces 0. Casi nunca	2. Yo doy y recibo cariño: 2. Casi siempre 1. A veces 0. Casi nunca
Asociatividad	3. Soy integrante activo de un grupo de apoyo o mi salud y calidad de vida (organizaciones de autocuidado, club de enfermos crónicos, deportivos, religiosos, mujeres adultos mayores, vecinales y otros. Yo participo: 2. Casi siempre 1. A veces 0. Casi nunca	4. Yo realizo actividad física (camino, subidas de escaleras, trabajo de casa jardines, deporte durante 30 minutos cada vez: 2. tres o más veces por semana 1. 1 vez a la semana 0. No hago nada
Nutrición	6. Como 2 porciones de verduras y 3 frutas: 2. Casi siempre 1. A veces 0. Casi nunca	7. A menudo consumo mucha azúcar o sal o comida chatarra con mucha gras: 2. Ninguna de estas 1. Algunas de estas 0. Todas estas
Tabaco	9. Yo fumo cigarrillos: 2. No los últimos 5 años 1. No, el último año 0. Sí, este año	10. Generalmente fumo _____ cigarrillos por día: 2. Ninguno 1. 0 a 10 0. Más de 10
Alcohol, otras drogas	11. Mi número promedio de tragos (botellas de cerveza, vasos de vino, copita, trago fuerte) por semana es de: 2. 0 a 7 tragos 1. 8 a 12 tragos 0. más de 12 tragos	12. Bebo más de ocho tragos en una misma ocasión: 2. Nunca 1. Ocasionalmente 0. A menudo
	14. Uso drogas como marihuana, cocaína o pasta base: 2. Nunca 1. Ocasionalmente 0. A menudo	15. Uso excesivamente los remedios que me indican o lo que puedo comprar sin receta: 2. Nunca 1. Ocasionalmente 0. A menudo
Sueño, estrés	17. Duermo bien y me siento descansado: 2. Casi siempre 1. A veces 0. Casi nunca	18. Yo me siento capaz de manejar el estrés y la tensión de mi vida: 2. Casi siempre 1. A veces 0. Casi nunca
Trabajo, tipo de personalidad	20. Parece que ando ordenando todo: 2. Casi siempre 1. Algunas veces 0. A menudo	22. Me siento contento con mi trabajo y mis actividades: 2. Casi siempre 1. A veces 0. Casi nunca
Introspección	23. Yo soy un pensador positivo y optimista: 2. Casi siempre 1. A veces 0. Casi nunca	24. Me siento tenso o apartado: 2. Casi siempre 1. Algunas veces 0. A menudo
Control de salud Conducta sexual	26. Me realizo controles de salud en forma periódica. 2. Casi siempre 1. A veces 0. Casi nunca	27. Converso con mi pareja o familia temas de sexualidad: 2. Casi siempre 1. A veces 0. Casi nunca
Otras conductas	29. Como peatón, pasajero de transporte público o automovilista soy respetuoso de los ordenamientos de tránsito: 2. Casi siempre 1. A veces 0. Casi nunca	30. Uso cinturón de seguridad: 2. Casi siempre 1. A veces 0. Casi nunca

Anexo 3. Instrumento IWQOL-Lite

IWQOL-Lite					
Marque con una X la casilla que mejor aplique a Usted durante la última semana de acuerdo a:					
5.	Siempre cierto	4. Generalmente cierto	3. A veces cierto	2. Raramente cierto	1. Nunca cierto
Función Física					
Debido a mi peso tengo problemas para recoger objetos.					
Debido a mi peso tengo problemas para atarme los zapatos.					
Debido a mi peso tengo dificultad para levantarme de los asientos.					
Debido a mi peso tengo problemas para usar las escaleras.					
Debido a mi peso tengo problemas para ponerme o quitarme la ropa.					
Debido a mi peso tengo problemas con la movilidad (para desplazarme).					
Debido a mi peso tengo problemas para cruzar mis piernas.					
Siento que me falta el aire solo con hacer esfuerzos ligeros (por ejemplo, subir un solo tramo de escaleras).					
Tengo dolor o anquilosamiento en las articulaciones.					
Mis tobillos y piernas están hinchados al final del día.					
Estoy preocupado/a por mi salud.					
Autoestima					
Debido a mi peso estoy acomplejado/a.					
Debido a mi peso mi autoestima no es la que podría ser.					
Debido a mi peso me siento inseguro/a de mí mismo/a.					
Debido a mi peso no me gusto.					
Debido a mi peso tengo miedo de ser rechazado/a.					
Debido a mi peso evito mirarme en los espejos o verme en fotografías.					
Debido a mi peso me siento avergonzado/a de ser visto/a en lugares públicos.					
Vida Sexual					
Debido a mi peso no disfruto la actividad sexual.					
Debido a mi peso tengo poco o ningún deseo sexual.					
Debido a mi peso tengo dificultad con la actividad sexual.					
Debido a mi peso evito relaciones sexuales siempre que puedo.					
Preocupación en público					
Debido a mi peso siento ridículo, burlas o atención superflua.					
Debido a mi peso me preocupa caber en los asientos en lugares públicos (por ejemplo, en teatros, cines, restaurantes o aviones).					
Debido a mi peso me preocupa caber por los pasillos o por las puertas giratorias.					
Debido a mi peso me preocupa encontrar asientos que sean lo suficientemente fuertes para aguantar mi peso.					
Debido a mi peso siento discriminación por parte de otros.					
Trabajo					
Debido a mi peso tengo problemas para hacer cosas o para llevar a cabo mis responsabilidades.					
Debido a mi peso soy menos productivo/a de lo que podría ser.					
Debido a mi peso no recibo aumentos salariales apropiados, promociones o reconocimiento en el trabajo.					
Debido a mi peso tengo miedo de ir a entrevistas de trabajo.					

Anexo 4. Carta de consentimiento informado



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

<p>Número del consultorio:</p> <p>Patrocinador externo (si aplica)*:</p> <p>Lugar y fecha:</p> <p>Número de registro:</p> <p>Justificación y objetivo del estudio:</p>	<p style="text-align: center;">Calidad de vida y estilo de vida en población económicamente activa con sobrepeso y obesidad</p>
<p>Patrocinador externo (si aplica)*:</p>	<p style="text-align: center;">No aplica</p>
<p>Lugar y fecha:</p>	<p style="text-align: center;">San Juan del Río, Querétaro Marzo 2021.</p>
<p>Número de registro:</p>	<p style="text-align: center;"> </p>
<p>Justificación y objetivo del estudio:</p>	<p>La obesidad en México es un problema importante de salud debido a que se asocia a múltiples enfermedades, es necesario conocer los estilos y la calidad de vida (hábitos, alimentación, actividades) de las personas que tienen este problema con su peso; sobre todo en personas en edad económicamente activa (que trabajan), con esta información se podrán realizar acciones para ayudar a mejorar la alimentación, los hábitos, mejorar el entorno familiar social y laboral (donde usted trabaja). El objetivo de este estudio es estudiar todos esos hábitos y estilos de vida que pueden influir para desarrollar obesidad y/o sobrepeso.</p>
<p>Procedimientos:</p>	<p>Se realizarán dos cuestionarios escritos, en la cual usted podrá contestar la opción que más esté de acuerdo, con base en la pregunta. Este cuestionario se le aplicará en un consultorio de la clínica, para que usted se sienta cómodo, sin presiones, con adecuada luz, ventilación y privacidad. Esto se hará en un tiempo aproximado de 30 minutos.</p>
<p>Posibles riesgos y molestias:</p>	<p>Sensación de pérdida de tiempo para llenar el cuestionario, inseguridad, estrés. Si usted llega a presentar alguna molestia o duda por favor notificarlo al investigador para poder brindarle atención.</p>
<p>Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:</p>	<p>Usted podrá conocer si se encuentra en un peso adecuado. Si los hábitos que usted tiene, alimentación, actividades son las necesarias o suficientes para mejorar su salud. Se le dará a conocer como esto puede afectar su desempeño en su trabajo. Y si usted lo desea y considere podemos brindarle ayuda para mejorar.</p>
<p>Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:</p>	<p>Los datos que se obtengan se le darán a conocer. Se realizará una evaluación de su peso, que estilos de vida, hábitos, actividades, alimentación usted realiza. Si encontramos resultados que puedan afectar en sus actividades laborales (en su trabajo) le brindaremos información, y si usted lo desea se le otorgarán citas en Nutrición, Trabajo Social y Medicina Familiar para atenderlo.</p>
<p>Participación o retiro:</p>	<p>Usted puede retirarse del estudio, si así lo desea, en el momento que usted lo considere, sin que esto afecte en absoluto su atención en la unidad o institucional.</p>
<p>Privacidad y confidencialidad:</p>	<p>Los datos recolectados solo serán de uso para el investigador para los fines del proyecto y de la atención del paciente si lo requiere.</p>
<p>En caso de colección de material biológico (si aplica):</p>	<p>No autorizo que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</p>
<p>Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):</p>	<p>Identificar si usted cursa con sobrepeso u obesidad, y si los estilos de vida y calidad de vida que usted tiene alteran las actividades laborales que usted realiza. Esto nos permitirá al personal de salud, ayudarlo a desarrollar herramientas para el cuidado de su salud, mejorar sus hábitos, control de su peso y por lo tanto mejorar sus actividades laborales. Con los resultados el personal de salud podrá identificar si sus hábitos y su peso se pueden considerar un riesgo para sus actividades laborales, si es así, se le explicará cuales son estos y de qué forma se podrán prevenir.</p>
<p>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</p>	<p>Alejandra Guadalupe Ramírez Reyes. 7712341772, C. Miguel Hidalgo 158, Centro, 76800 San Juan del Río, Qro. lva132985@gmail.com</p>
<p>Investigador Responsable:</p>	<p>Verónica Escorcía Reyes. 427 290 9835, C. Miguel Hidalgo 158, Centro, 76800 San Juan del Río, Qro, vero_escorcia@hotmail.com</p>
<p>Colaboradores:</p>	<p>Verónica Escorcía Reyes. 427 290 9835, C. Miguel Hidalgo 158, Centro, 76800 San Juan del Río, Qro, vero_escorcia@hotmail.com</p>
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330, 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 5627 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx</p>	<p> </p>

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

* En caso de contar con patrocinio externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación Científica.

Clave: 2810-009-013

Anexo 4. Dictamen de aprobación Comité de Investigación y Ética

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 2201,
H. GRAL. REGIONAL, NUP 1

Registro COFOPRES 17 CE 22 014 021
Registro COMEDÉTICA, COMROGÉTICA 22 CE1 001 2018073

Fecha: Lomas, 12 de abril de 2021

Dra. Verónica Escorcia Reyes

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **ASOCIACIÓN DE CALIDAD DE VIDA Y ESTILO DE VIDA EN POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA CON SOBREPESO Y OBESIDAD** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional
R-2021-2201-018

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Lic. BENJAMÍN ARRIAGA RUIZ
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2201

Impreso

IMSS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL