

Calidad de vida percibida y obesidad en pacientes ginecológicas en edad reproductiva

Patricia Hernández-Gutiérrez¹, Paloma Díaz-Pérez¹, Sara L. Brito-Afonso², Mahi N. Quintana-Macias², Inocencia Clemente-Concepción¹, Margarita Alvarez-de-la-Rosa^{1,2}.

¹ Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. España.

² Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. España.

E-mail: malvrod@ull.edu

DOI: <https://www.doi.org/10.53435/funj.00984>

Recepción: 17-Febrero-2024

Aceptación: Mayo-2024

Publicación online: N^o Junio 2024

Resumen

Introducción: La obesidad se relaciona con disminución en la calidad de vida en la población general por la morbimortalidad que acarrea. Existen múltiples estudios sobre la relación de patologías gineco-obstétricas en población con obesidad, pero son escasos los que relacionan la obesidad en la mujer joven con la percepción de su calidad de vida. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en pacientes que acudieron a consulta de ginecología general. Se entregó la encuesta validada de calidad de vida WHOQOL-BREF consecutivamente a pacientes de nuestra área sanitaria. Se recogieron variables sociodemográficas, así como el índice de masa corporal de las pacientes. **Resultados:** Se obtuvieron 210 respuestas. La edad media fue 36,06 años (IC 95% 34,83-37,29). El IMC medio fue 27,36 kg/m² (IC 95% 26,37-

28,35). Un total de 59 pacientes (28,1%) tenían obesidad (IMC \geq 30 kg/m²). Tanto la puntuación global de satisfacción de calidad de vida percibida, como la dividida por subescalas (física, psicológica, relaciones sociales y medioambiente) fue significativamente inferior en pacientes con obesidad. El 94,7% de las pacientes con obesidad consideraban que tenían que perder peso. **Conclusiones:** Existe una relación inversamente proporcional entre la obesidad y la satisfacción global autopercibida por las pacientes según la encuesta WHOQOL BREF en todas las subescalas.

Palabras clave:

- Obesidad
- Ginecología
- Calidad de vida
- WHOQOL-BREF

Relationship between perceived quality of life and obesity in gynecological patients of reproductive age

Abstract

Introduction: Obesity is related to a decrease in the quality of life in the general population due to the morbidity and mortality it entails. There are multiple studies on the relationship between obesity and gynecological conditions but there are few that relate obesity in women of reproductive age with the perception of their quality of life. **Methods.** Observational, descriptive, and cross-sectional study carried out in patients who attended a general gynecology consultation. The self-administered WHOQOL-BREF quality

of life survey was delivered consecutively to patients in our healthcare area. Sociodemographic variables were collected as well as the patients' body mass index. **Results.** 210 responses were obtained. The mean age was 36.06 years (95% CI 34.83-37.29). The mean BMI was 27.36 kg/m² (95% CI 26.37-28.35). A total of 59 patients (28.1%) had obesity (BMI \geq 30 kg/m²). Both the global score of perceived quality of life satisfaction, as well as the one divided by subscales (physical, psychological, social relationships, and environment) were significantly lower in patients with

obesity. 94.7% of the patients with obesity considered that they had to lose weight. Conclusions: There is an inversely proportional relationship between obesity and patients' self-perceived global satisfaction according to the WHOQOL-BREF survey in all subscales.

Keywords:

- Obesity
- Gynecology
- Quality of life
- WHOQOL-BREF

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la obesidad en el adulto como la existencia de un índice de masa corporal (IMC) $IMC \geq 30$ kg/m². Está determinada por múltiples factores, a destacar la genética o el ámbito socioeconómico, especialmente la alimentación. Según el INE (Instituto Nacional de Estadística) la obesidad se encuentra presente en el 16% de la población española, ascendiendo al 17,5% en Canarias (1).

La calidad de vida es definida por la OMS como "la percepción de un individuo de su situación de vida en su contexto de cultura y sistema de valores en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones, todo ello matizado por su salud física, estado psicológico, grado de independencia, relaciones sociales, factores ambientales y creencias personales" (2).

Actualmente, numerosos trabajos de investigación científica emplean el concepto de "calidad de vida relacionada con la salud" (CVRS) para referirse a la percepción del paciente sobre los efectos de una enfermedad o tratamiento en diversos ámbitos de su vida(3).

Uno de los estudios sobre el impacto de la obesidad en la CVRS, con una muestra de 18.682 adultos de la Encuesta Nacional de Salud de España 2011-2012, observó una menor CVRS en las mujeres con respecto a los hombres en todas las franjas de IMC exceptuando los casos de $IMC < 18$ kg/m², suponiendo con ello que un IMC elevado afecta en mayor medida a las mujeres. "En comparación con los respectivos grupos de peso normal, las mujeres con obesidad perdieron 0,185 *Quality Adjusted Life Years* (QALY) por año frente a 0,063 en los hombres(4).

El estudio de Kolotkin RL et al. que incluye un 67,4% de mujeres, concluye que la CVRS específica de la obesidad se vio más afectada para aquellos con IMC elevado, caucásicos y mujeres. Para evaluar dicha calidad de vida relacionada con

la salud usaron el cuestionario Impact of Weight Quality of Life-Lite(5).

En la calidad de vida además de determinantes fisiológicos, influyen la autopercepción o el estado de ánimo. El deterioro en la calidad de vida que conlleva la obesidad puede ser tan grave como sus efectos sobre la morbimortalidad. Así, perder una pequeña cantidad de peso no se relaciona con una mejoría clínico-analítica, pero sí con una mejor percepción del individuo sobre sí mismo y por tanto, mejor calidad de vida(6).

WHOQOL-BREF es una encuesta validada desarrollada por la OMS que evalúa diferentes aspectos de la calidad de vida de los pacientes, considerando la misma como multidimensional (7).

La crisis económica y el nivel sociocultural han influido en el desarrollo de la obesidad, objetivándose un aumento del IMC de las mujeres con respecto a los hombres en clases sociales más bajas. La educación podría considerarse factor protector contra la obesidad, especialmente en mujeres. La educación puede proteger de la obesidad por sí sola y en el contexto del estatus socioeconómico, dado que a mejor estatus hay mayores conocimientos sobre nutrición y salud, acceso a recursos, menor estrés y mejor salud mental (8).

Existen muchos artículos científicos que asocian la obesidad en la paciente ginecológica con dificultades reproductivas, resultados perinatales adversos o aumento de la prevalencia de ciertas patologías, así como un mayor coste sanitario en estas pacientes(9-12). No se encuentran, sin embargo, muchos artículos que relacionen la obesidad en la mujer joven con la percepción en su calidad de vida (5, 13).

Nuestro objetivo es valorar si existe repercusión de la obesidad en la calidad de vida percibida (utilizando como herramienta la encuesta WHOQOL-BREF) entre las pacientes jóvenes (premenopáusicas) que acuden a la consulta de

ginecología por cualquier causa. Secundariamente se analizó si las mujeres que tienen obesidad no reconocen su condición y si son conscientes de la conveniencia de perder peso.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado previo consentimiento informado en mujeres reclutadas en la consulta de ginecología general en el Área de Salud del Hospital Universitario de Canarias (Tenerife) desde enero de 2022 hasta octubre de 2022. Se excluyeron las menores de 16 años y las pacientes menopáusicas.

Se entregó la "Encuesta Personal de Calidad de Vida" (modelo validado en español de la encuesta WHOQOL-BREF) a dicha población de estudio y se relacionaron los resultados con el IMC. La encuesta consta de 26 preguntas que se responden puntuando de 1 a 5, correspondiendo el 1 a "nada" y el 5 a "totalmente". Por tanto, la puntuación de salud global mínima posible es de 26 puntos y la máxima de 130 puntos. La encuesta está dividida en subescalas teniendo en cuenta la salud física y psicológica, relaciones sociales, salud medioambiental y salud global. Se calculó la puntuación total y la dividida por subescalas.

Para conocer las características de la población encuestada se recogieron distintas variables demográficas: (edad, nivel de estudios, estado civil, paridad, IMC, autopercepción de sobrepeso/obesidad, kilos que desearían perder y motivo de la consulta ginecológica).

La información se codificó y almacenó en una hoja de datos anonimizada. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS (Versión 25.0, IBM Corp, Armonk, NY). La significación estadística se estableció con una $p < 0,05$ y el IC 95%. Se empleó la *t* de student para comparar medias entre grupos en las variables normales. El análisis de correlaciones se realizó usando el índice de correlación de Pearson. El análisis descriptivo de las variables se realizó mediante medidas de media e intervalo de confianza del 95% (IC95%). Para comparar variables cualitativas se utilizó el test de Chi cuadrado y tablas de contingencia y ANOVA para las que toman más de dos categorías. El estudio contó con el dictamen favorable del Comité Ético local.

Resultados

Se obtuvieron 210 respuestas consecutivas, contestaron todas las pacientes reclutadas, 28,1% de respuestas en pacientes con obesidad ($n = 59$) y 71,9% en pacientes sin obesidad ($n = 151$). El IMC medio fue 27,36 kg/m² (IC 95% 26,37-28,35).

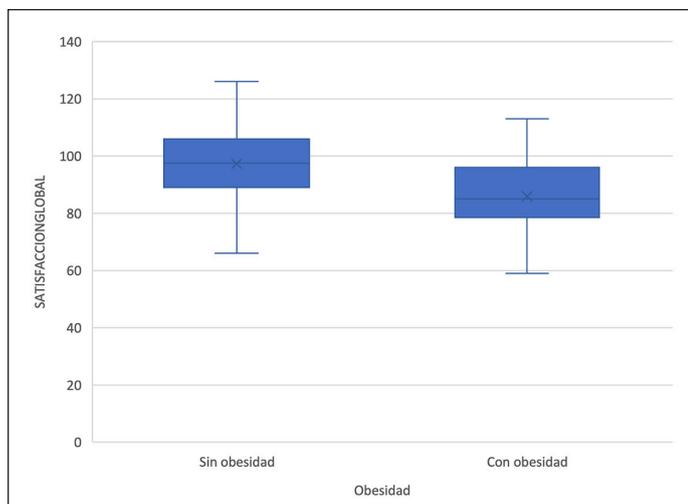
No se observaron diferencias significativas en las variables demográficas entre ambos grupos, salvo en el número de hijos y los kilos percibidos a perder que fueron mayor en el grupo que padecía obesidad (Tabla 1). Tampoco se observaron diferencias en el motivo de consulta ginecológica entre ambos grupos ($p > 0,05$) siendo los motivos de consulta en pacientes con y sin obesidad los siguientes: patología mamaria 17,3 % frente a 16,1%; patología tracto genital inferior 22,7% frente a 16,1%; sangrados 28% frente a 32,1%; síndrome de ovario poliquístico 3,3 % frente a 7,1% y planificación familiar 28,7% frente a 28,6 % .

Variables	Sin obesidad n=151	Con obesidad n=59	Valor p
Edad (Media, IC95%)	35,89 (34,46-37,32)	36,36 (33,92-39,79)	0,71
Número medio de hijos (Media, IC 95%)	0,74 (0,60-0,88)	1,04 (0,74-1,33)	0,03*
Estudios superiores (n, %)	110 (72,4%)	42 (27,6%)	0,86
Vive en pareja (n, %)	63 (67,7%)	30 (32,3%)	0,23
kg a perder percibidos (Media, IC 95%)	2,41 (1,63-3,19)	29,14 (24,71-33,56)	0,00*

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de las pacientes de la muestra.

La puntuación media de satisfacción global de la muestra fue de 93,92 puntos (IC 95% 92,02-95,83) con un rango de 59 a 126. Los resultados de la puntuación de satisfacción global en relación con la obesidad se muestran en la Figura 1.

Figura 1. Diferencia de puntuación global en pacientes con obesidad y sin obesidad ($p < 0,0001$).



En relación con la división de la encuesta WHOQOL-BREF en subescalas, existe una relación significativa entre la variable obesidad y la puntuación de todas las subescalas, todas estadísticamente significativas. (Tabla 2).

Las respuestas a las preguntas del WHOQOL-BREF divididas por subescalas (salud física, psicológica,

social, medioambiental y global) muestran diferencias significativas entre ambos grupos (ANOVA) en las respuestas a las siguientes cuestiones: ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?, ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?, ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?, ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?, ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?, ¿Cuánto disfruta de la vida?, ¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?, ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?, ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?, ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?, ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?, ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?, ¿Cuánta seguridad tiene en su vida diaria?, ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?, ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?, ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?, ¿Cuán satisfecho/a está con las condiciones del lugar donde vive?, ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?, ¿Cuán satisfecho/a está con su salud?. Las puntuaciones se muestran en la Tabla 3(a-e).

	Sin obesidad (Media e IC95%)	Con obesidad (Media e IC 95%)	p (t-Student)
Puntuación de satisfacción global	97 (94,91-99,10)	85,9 (82,45-89,34)	$p < 0,0001$
Subescala salud física	26,42 (25,73-27,10)	23,50 (22,35-24,64)	$p < 0,0001$
Subescala salud psicológica	22,19 (21,62-22,75)	19,28 (18,25-19,34)	$p < 0,0001$
Subescala relaciones sociales	11,62 (11,27-11,95)	10,76 (10,12-11,39)	$p = 0,0125$
Subescala salud medioambiental	25,50 (24,78-26,20)	22,61 (21,55-23,51)	$p < 0,0001$
Salud global	7,40 (7,19-7,62)	6,24 (5,85-6,61)	$P < 0,05$

Tabla 2. Puntuación satisfacción global y por subescalas en pacientes sin obesidad y con obesidad.

Pregunta WHOQOL-BREF	Sin obesidad	Con obesidad
	n(%)	n(%)
¿En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita? p=0,064		
Nada	1(0,7%)	2(3,4%)
Un poco	19 (12,6%)	14(23,7%)
Lo normal	43(28,5%)	12(20,3%)
Bastante	48(31,8%)	20(33,9%)
Extremadamente	40(26,5%)	11(18,6%)
¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?* p=0,01		
Nada	0(0%)	1(1,7%)
Un poco	13(8,6%)	10(16,9%)
Lo normal	26(17,2%)	10(16,9%)
Bastante	43(28,5%)	21(35,6%)
Extremadamente	69(45,7%)	16(27,1%)
¿Tiene energía suficiente para la vida diaria? * p=0,002		
Nada	3(2,0%)	1(1,7%)
Un poco	13(8,6%)	10(16,9%)
Moderado	40(26,5%)	26(44,1%)
Bastante	72(47,7%)	19(32,2%)
Totalmente	23(15,2%)	3(5,1%)
¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro? * p=0,003		
Nada	1(0,7%)	0(0,0%)
Un poco	4(2,6%)	5(8,5%)
Lo normal	16(10,6%)	13(22,0%)
Bastante	62(41,1%)	25(42,4%)
Extremadamente	68(45,0%)	16(27,1%)
¿Cuán satisfecho/a está con su sueño? p=0,08		
Muy insatisfecho/a	12 (7,9%)	5 (8,5%)
Insatisfecho/a	30 (19,9%)	18 (30,5%)
Lo normal	53 (35,1%)	24 (40,7%)
Bastante satisfecho/a	47 (31,1%)	8(13,6%)
Muy satisfecho/a	9 (6,0%)	4(6,8%)
¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria? * p<0,001		
Muy insatisfecho/a	0(0,0%)	0(0,0%)
Insatisfecho/a	8(5,3%)	10(16,9%)
Lo normal	57(37,7%)	32(54,2%)
Bastante satisfecho/a	57(37,7%)	16(27,1%)
Muy satisfecho/a	29(19,2%)	1(1,7%)
¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo? * p=0,001		
Muy insatisfecho/a	0(0,0%)	6(10,2%)
Insatisfecho/a	7(4,6%)	2(3,4%)
Lo normal	38(25,2%)	19(32,2%)
Bastante satisfecho/a	70(46,4%)	24(40,7%)
Muy satisfecho/a	36(23,8%)	8(13,6%)

Tabla 3a Frecuencia de respuestas en subescala Salud Física agrupada por obesidad. (ANOVA * significativo)

Pregunta WHOQOL-BREF	Sin obesidad	Con obesidad
	n(%)	n(%)
¿Cuánto disfruta de la vida? * p=0,003		
Nada	2(1,3%)	0(0%)
Un poco	3(2,0%)	6(10,2%)
Lo normal	44(29,1%)	27(45,8%)
Bastante	77(51,0%)	19(32,2%)
Extremadamente	25(16,6%)	6(10,2%)
¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?* p=0,03		
Nada	0(0%)	1(1,7%)
Un poco	5(3,3%)	4(6,8%)
Lo normal	27(17,9%)	14(23,7%)
Bastante	70(46,4%)	25(42,4%)
Extremadamente	49(32,5%)	14(23,7%)
¿Cuál es su capacidad de concentración? p=0,3		
Nada	1(0,7%)	0(0%)
Un poco	19(12,6%)	12(20,3%)
Lo normal	68(45,0%)	25(42,4%)
Bastante	53(35,1%)	19(32,2%)
Extremadamente	10(6,6%)	3(5,1%)
¿Es capaz de aceptar su apariencia física? * p<0,001		
Nada	0(0,0%)	5(8,5%)
Un poco	13(8,6%)	17(28,8%)
Moderado	34(22,5%)	24(40,7%)
Bastante	62(41,1%)	10(16,9%)
Totalmente	42(27,8%)	3(5,1%)
¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo?* p<0,001		
Muy insatisfecho/a	0(0,0%)	3(5,1%)
Insatisfecho/a	8(5,3%)	4(6,8%)
Lo normal	39(25,8%)	30(50,8%)
Bastante satisfecho/a	64(42,4%)	16(27,1%)
Muy satisfecho/a	40(26,5%)	6(10,2%)
¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?* p<0,001		
Nunca	4(2,6%)	8(13,6%)
Raramente	30(19,9%)	18(30,5%)
Medianamente	56(37,1%)	18(30,5%)
Frecuentemente	55(36,4%)	14(23,7%)
Siempre	6(4,0%)	1(1,7%)

Tabla 3b Frecuencia de respuestas en subescala Salud Psicológica agrupada por obesidad. (ANOVA* significativo)

Pregunta WHOQOL-BREF	Sin obesidad	Con obesidad
	n(%)	n(%)
¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales? *p=0,02		
Muy insatisfecho/a	1(0,7%)	0(0,0%)
Insatisfecho/a	8(5,3%)	5(8,5%)
Lo normal	29(19,2%)	17(28,8%)
Bastante satisfecho/a	69(45,7%)	29(49,2%)
Muy satisfecho/a	44(29,1%)	8(13,6%)
¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual? p=0,2		
Muy insatisfecho/a	4(2,6%)	3(5,1%)
Insatisfecho/a	10(6,6%)	6(10,2%)
Lo normal	48(31,8%)	18(30,5%)
Bastante satisfecho/a	50(33,1%)	20(33,9%)
Muy satisfecho/a	39(25,8%)	12(20,3%)
¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos? * p=0,01		
Muy insatisfecho/a	2(1,3%)	4(6,8%)
Insatisfecho/a	8(5,3%)	6(10,2%)
Lo normal	37(24,5%)	17(28,8%)
Bastante satisfecho/a	58(38,4%)	18(30,5%)
Muy satisfecho/a	46(30,5%)	14(23,7%)

Tabla 3c Frecuencia de respuestas en subescala Relaciones sociales agrupada por obesidad. (ANOVA *significativo)

Pregunta WHOQOL-BREF	Sin obesidad	Con obesidad
	n(%)	n(%)
¿Cómo puntuaría su calidad de vida? * p<0,001		
Muy mal	0 (0%)	0 (0%)
Poco	6 (4%)	7 (11,9%)
Lo normal	45 (29,8%)	28 (47,5%)
Bastante bien	77 (51,0%)	20 (33,9%)
Muy bien	23 (15,2%)	4 (6,8%)
¿Cuán satisfecho/a está con su salud? * p<0,001		
Muy insatisfecho/a	0 (0%)	0(0%)
Insatisfecho/a	16 (10,6%)	21(35,6%)
Lo normal	50 (33,1%)	27(45,8%)
Bastante satisfecho/a	60 (39,7%)	8(13,6%)
Muy satisfecho/a	25 (16,6%)	38(5,1%)

Tabla 3e Frecuencia de respuestas en subescala Salud Global agrupada por obesidad. (ANOVA * significativo)

Pregunta WHOQOL-BREF	Sin obesidad	Con obesidad
	n(%)	n(%)
¿Cuánta seguridad tiene en su vida diaria? *p=0,04		
Nada	1(0,7%)	3(5,1%)
Un poco	11(7,3%)	8(13,6%)
Lo normal	54(35,8%)	24(40,7%)
Bastante	71(47,0%)	22(37,3%)
Extremadamente	13(8,6%)	2(3,4%)
¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor? * p=0,01		
Nada	1(0,7%)	0(0%)
Un poco	8(5,3%)	8(13,6%)
Lo normal	53(35,1%)	27(45,8%)
Bastante	64(42,4%)	18(30,5%)
Extremadamente	25(16,6%)	6(10,2%)
¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?* p<0,001		
Nada	3(2,0%)	4(6,8%)
Un poco	22(14,6%)	22(37,3%)
Moderado	68(45,0%)	28(47,5%)
Bastante	39(25,8%)	4(6,8%)
Totalmente	19(12,6%)	1(1,7%)
¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria? * p=0,03		
Nada	1(0,7%)	1(1,7%)
Un poco	8(5,3%)	3(5,1%)
Moderado	41(27,2%)	25(42,4%)
Bastante	71(47,0%)	24(40,7%)
Totalmente	30(19,9%)	6(10,2%)
¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?* p<0,001		
Nada	3(2,0%)	4(6,8%)
Un poco	24(15,9%)	19(32,2%)
Moderado	58(38,4%)	21(35,6%)
Bastante	47(31,1%)	14(23,7%)
Totalmente	19(12,6%)	1(1,7%)
¿Cuán satisfecho/a está con las condiciones del lugar donde vive?* p=0,003		
Muy insatisfecho/a	0(0,0%)	1(1,7%)
Insatisfecho/a	7(4,6%)	4(6,8%)
Lo normal	32(21,2%)	22(37,3%)
Bastante satisfecho/a	60(39,7%)	21(35,6%)
Muy satisfecho/a	52(34,4%)	11(18,6%)
¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios? p=0,4		
Muy insatisfecho/a	3(2,0%)	0(0,0%)
Insatisfecho/a	16(10,6%)	3(5,1%)
Lo normal	53(35,1%)	30(50,8%)
Bastante satisfecho/a	47(31,1%)	21(35,6%)
Muy satisfecho/a	32(21,2%)	5(8,5%)

Tabla 3d Frecuencia de respuestas en subescala Salud Medioambiental agrupada por obesidad. (ANOVA *p<0,05)

Pregunta WHOQOL-BREF	Sin obesidad	Con obesidad
	n(%)	n(%)
¿Cómo puntuaría su calidad de vida? * p<0,001		
Muy mal	0 (0%)	0 (0%)
Poco	6 (4%)	7 (11,9%)
Lo normal	45 (29,8%)	28 (47,5%)
Bastante bien	77 (51,0%)	20 (33,9%)
Muy bien	23 (15,2%)	4 (6,8%)
¿Cuán satisfecho/a está con su salud? * p<0,001		
Muy insatisfecho/a	0 (0%)	0(0%)
Insatisfecho/a	16 (10,6%)	21(35,6%)
Lo normal	50 (33,1%)	27(45,8%)
Bastante satisfecho/a	60 (39,7%)	8(13,6%)
Muy satisfecho/a	25 (16,6%)	38(5,1%)

Tabla 3e Frecuencia de respuestas en subescala Salud Global agrupada por obesidad. (ANOVA * significativo)

En cuanto la escala global de satisfacción, las pacientes con estudios superiores puntuaron significativamente mejor, obteniéndose una media de 88,74 pacientes sin estudios superiores frente a 95,91 que sí los tienen (p=0,001).

Las mujeres que presentan un IMC ≥ 30 kg/m², el 91,5% cree tener sobrepeso u obesidad, el 3,40% responde “no lo sé” y el 5,1% cree no tener sobrepeso/obesidad (ANOVA p<0,005).

De las mujeres que viven con obesidad el 94,7% consideraba que tenía que perder peso frente al 24,2%, que también consideraban que tenían que perderlo (p<0,005). En respuesta a la pregunta “cuántos kilos crees que deberías perder”, el mínimo fue 0 kilos y el máximo 70. En la muestra estudiada a mayor índice de masa corporal mayor número de kilos consideran que deben perder de forma estadísticamente significativa (correlación positiva, índice de Pearson: 0,9; p<0,05).

Discusión

Las pacientes que tienen obesidad presentan una menor satisfacción global con respecto a su calidad de vida que las pacientes que no la tienen, tanto en la puntuación global de la encuesta como en el análisis de las subescalas. Esto se evidencia con las puntuaciones obtenidas en la encuesta, destacando menor puntuación en cuanto a la capacidad de

aceptación de su apariencia física, la satisfacción con su salud y consigo misma, con la habilidad para realizar actividades de la vida diaria y ocio, así como la presencia de sentimientos negativos como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión. Asimismo, existen variables cuyo resultado fue contrario al esperado. Se observó una correlación negativa entre el dolor y la necesidad de tratamiento médico en relación con las actividades de la vida diaria. El 26,5% de las que no padecen obesidad refirieron que el dolor físico supone un impedimento en la actividad diaria, frente al 18,6% de las que la tenían, siendo lo esperado que la obesidad condicione un mayor número de patologías causantes de dolor. No obstante, podría explicarse dado que nos encontramos ante una muestra joven y sin tiempo de desarrollar ciertas patologías o bien porque la endometriosis, patología más prevalente y causante de dolor en la mujer joven, y causa de valoración por Ginecología, no guarda relación con la obesidad. De la misma manera, el 45,7% de las pacientes que no tenían obesidad refirieron que requieren tratamiento médico por dolor para el desempeño de las actividades de la vida diaria frente al 27,1% de las que viven con obesidad. En cuanto a la conciencia de enfermedad, el 91% de las pacientes con obesidad lo reconoce, pero llama la atención que el 3,4% refiere no saberlo y el 5,1% no cree serlo. Aunque la inmensa mayoría son conscientes de su

situación, sigue existiendo un porcentaje que no lo reconoce pudiendo aumentar la probabilidad de enfermedades graves relacionadas. La conciencia de enfermedad es un tema poco estudiado y de difícil abordaje, pero de gran importancia, ya que puede influir negativamente en la adherencia al tratamiento y los resultados clínicos, y a pesar de que cada vez la población está más concienciada sobre la obesidad y sus consecuencias (14), aún existe un porcentaje no desdeñable de personas que no reconocen su situación. Existen estudios publicados que han evaluado la manera en que es posible obtener datos sobre ello de una manera más exacta; con el desarrollo y utilización de ciertas escalas es posible medir este efecto de forma más precisa (13).

El porcentaje de mujeres con obesidad de nuestra muestra fue de 28,1%, muy superior al registrado en Canarias según el Instituto Canario de Estadística (ISTAC) para mujeres en el año 2021 (17,9%)(1). Esto podría justificarse por una distribución heterogénea de la obesidad en las distintas islas o regiones de Canarias, no analizado en el presente estudio; o por la existencia de patologías ginecológicas más frecuentes en mujeres con obesidad o por el mayor porcentaje de colocación de DIU o implante como motivo de consulta en las pacientes que viven con obesidad por el riesgo cardiovascular asociado a la toma de anticonceptivos orales en este grupo de pacientes que acudieron al centro de atención especializada.

La muestra estudiada presenta una distribución homogénea de las variables relacionadas con el nivel sociocultural entre pacientes con y sin obesidad. Aunque las pacientes con estudios superiores presentan mejor puntuación global en la calidad de vida percibida, las pacientes con obesidad, a pesar del nivel de estudios, presentan menores puntuaciones que las pacientes sin obesidad.

En cuanto a la relación entre la calidad de vida y la obesidad, P. Serrano-Aguilar et al realizaron un estudio en población canaria en el que se analizó esta relación mediante un cuestionario diferente, el EuroQol-5D. Las conclusiones fueron que, a mayor IMC, mayor es la probabilidad de tener una autopercepción baja del estado de salud y existe una CVRS significativamente más baja que las personas con un IMC normal. Esta misma conclusión es la que se objetiva en nuestro estudio empleando el WHOQOL BREF, con la diferencia de que el trabajo de Serrano analizó diferentes rangos etarios y ambos sexos(15).

Otro estudio, realizado sobre una población turca con alta

prevalencia de obesidad, analizó también esta relación, destacando que “incluso después de controlar las posibles variables de confusión, como la edad, la educación y la presencia de enfermedades comórbidas, las personas con obesidad tenían puntajes de WHOQOL más bajos en tres de las cuatro subescalas”. Concluye que el ámbito físico se ve más condicionado por la obesidad que el psicológico, coincidiendo con los resultados encontrados en nuestro estudio (puntuación media en pacientes sin obesidad de 26,42 para subescala de salud física, frente a una media de 23,5 en pacientes con obesidad con una $p < 0,05$) (16)

Como limitaciones de nuestro estudio destaca el diseño observacional del estudio y que no se evaluó la situación laboral, el nivel socioeconómico, el ejercicio físico ni la dieta de las pacientes. Se desconoce si hay más factores, además de la obesidad, que hayan influido en la diferencia entre mujeres que viven con y sin obesidad con respecto a la satisfacción global. Dada la importancia de la calidad de vida percibida y el auge de la obesidad en la población de mujeres jóvenes, creemos necesaria la realización de más estudios.

Conclusiones

Existe una relación inversamente proporcional entre la obesidad y la satisfacción global autopercibida por las mujeres en edad fértil según la escala WHOQOL BREF, la cual persiste en todas las subescalas de la encuesta (física, psicológica, de relaciones sociales y medioambiental). Las mujeres que viven con obesidad son conscientes de ella (91,5%), existiendo una relación directa entre el IMC y los kilogramos que las pacientes consideran perder, aunque destaca un porcentaje no desdeñable de mujeres con obesidad que creen que no deben perder peso (5,3%). Son prioritarias las medidas poblacionales enfocadas a reducir la obesidad en mujeres en edad reproductiva (programas de prevención primaria, ampliación de la capacidad asistencial de servicios sanitarios implicados en el tratamiento directo de la obesidad, etc.) puesto que podrían aumentar la calidad de vida de esta población.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses ni relaciones financieras ni personales que puedan sesgar el trabajo.



Bibliografía

1. I.N.E. 2020 [Available from: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla10.htm>].
2. World Health Organization. *Obesity and Overweight 2024* [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>].
3. Llach XB. *Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud*. *Gastroenterol y Hepatol*. 2004;27:2-6.
4. Busutil R, Espallardo O, Torres A, Martínez-Galdeano L, Zozaya N, Hidalgo-Vega A. *The impact of obesity on health-related quality of life in Spain*. *Health Qual Life Outcomes*. 2017;15(1):197.
5. Kolotkin RL, Crosby RD, Williams GR. *Health-related quality of life varies among obese subgroups*. *Obes Res*. 2002;10(8):748-56.
6. Fontaine KR, Bartlett SJ. *Estimating Health-Related Quality of Life in Obese Individuals*. *Dis Manage Health Outcomes*. 1998;3(2):61-70.
7. *Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment*. The WHOQOL Group. *Psychol med*. 1998;28(3).
8. Hernández-Yumar A, Abasolo Alesson I, González López-Valcarcel B. *Economic crisis and obesity in the Canary Islands: an exploratory study through the relationship between body mass index and educational level*. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1755.
9. Kalliala I, Markozannes G, Gunter MJ, Paraskevaidis E, Gabra H, Mitra A, et al. *Obesity and gynaecological and obstetric conditions: umbrella review of the literature*. *BMJ*. 2017;359:j4511.
10. Lashen H, Fear K, Sturdee DW. *Obesity is associated with increased risk of first trimester and recurrent miscarriage: matched case-control study*. *Hum Reprod*. 2004;19(7):1644-6.
11. Salzer L, Tenenbaum-Gavish K, Hod M. *Metabolic disorder of pregnancy (understanding pathophysiology of diabetes and preeclampsia)*. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2015;29(3):328-38.
12. Mora T, Gil J, Sicras-Mainar A. *The influence of obesity and overweight on medical costs: a panel data perspective*. *Eur J Health Econ*. 2015;16(2):161-73.
13. Mathieu L, Bitterlich N, Meissner F, von Wolff M, Poethig D, Stute P. *Illness perception in overweight and obesity and impact on bio-functional age*. *Arch Gynecol Obstet*. 2018;298(2):415-26.
14. Chelmow D, Gregory KD, Witkop C, Hoffstetter S, Humphrey L, Picardo C, et al. *Preventing Obesity in Midlife Women: A Recommendation From the Women's Preventive Services Initiative*. *Ann Intern Med*. 2022;175(9):1305-9.
15. Serrano-Aguilar P, Muñoz-Navarro SR, Ramallo-Farina Y, Trujillo-Martín MM. *Obesity and health related quality of life in the general adult population of the Canary Islands*. *Qual Life Res*. 2009;18(2):171-7.
16. Dinc G, Eser E, Saatli GL, Cihan UA, Oral A, Baydur H, et al. *The relationship between obesity and health related quality of life of women in a Turkish city with a high prevalence of obesity*. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2006;15(4):508-15.

©2024 seco-seedo. Publicado por bmi-journal.
Todos los derechos reservados.

