

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA
COORDINACION DEL POSTGRADO DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA
INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES

**CALIDAD DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS CON
SOBREPESO Y OBESIDAD EN UNA UNIDAD EDUCATIVA EN EL MUNICIPIO
LIBERTADOR DEL ESTADO MERIDA**

www.bdigital.ula.ve

Autor: Dra. Oriana Pereira

Tutor: Dra. Nolis Camacho

Cotutor: Dra. Mariela Paoli

Mérida, 2016

C.C Reconocimiento

**CALIDAD DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS CON
SOBREPESO Y OBESIDAD EN UNA UNIDAD EDUCATIVA EN EL MUNICIPIO
LIBERTADOR DEL ESTADO MERIDA**

www.bdigital.ula.ve

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO POR EL MEDICO CIRUJANO IRIS
ORIANA PEREIRA CARRERO, CI. 18.577.030, ANTE EL CONSEJO DE LA
FACULTAD DE MEDICINA, DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, COMO
CREDENCIAL DE MERITO PARA A OBTENCION DEL GRADO DE
PUERICULTURA Y PEDIATRIA.

Autor: Dra. Iris Oriana Pereira Carrero

Médico Residente de III año del Postgrado Puericultura y Pediatría de la Facultad de Medicina-Universidad de Los Andes-Mérida Venezuela.

Tutor: Dra. Nolis Camacho

Médico Pediatra - Nutriólogo. Profesora del Departamento de Puericultura y Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes – Mérida Venezuela.

Cotutora: Dra. Mariela Paoli

Médico Endocrinólogo. Profesora titular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes – Mérida Venezuela. Dra. En Ciencias Medicas.

www.bdigital.ula.ve

ÍNDICE

Resumen	5
Capítulo I	
1. Introducción	7
1.1 Hipótesis	12
1.2 Objetivos General y Específicos	13
Capítulo II	
2. Marco Metodológico	14
2.1 Tipo de estudio y Población	14
2.2 Criterios de Inclusión y Exclusión	15
2.3 Instrumentos de recolección de datos	15
2.4 Evaluación antropométrica	16
2.5 Condiciones Socioeconómicas	16
2.6 Evaluación de la calidad de vida	16
2.7 Procedimiento	17
2.8 Operacionalización de las Variables	18
2.9 Análisis Estadístico	19
Capítulo III	
3. Resultados	20
3.1 Análisis de datos	20
3.2 Discusión	30
3.3 Conclusiones	33
3.3 Recomendaciones	34
Referencias bibliográficas	35
ANEXOS	
Anexo 1	37
Anexo 2	38
Anexo3	41

RESUMEN:

La obesidad infantil constituye un problema de salud pública a nivel mundial, de origen multifactorial, que repercute sobre la calidad de vida de la población infantil.

Objetivo: Determinar la calidad de vida de adolescentes con sobrepeso y obesidad de instituciones públicas y privadas del Municipio Libertador de la Ciudad de Mérida.

Métodos: estudio observacional, analítico transversal, en adolescentes entre 12 – 18 años de edad, muestra de 92 participantes, se les aplicó el test para calidad de vida PedsQL versión 4.0 (Venezuela). Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 23. **Resultados:** el 59,8% de la población pertenecía al sexo femenino, y el 55,4% acudía a institución pública, el 35,8% presentaron sob-obesidad, la clase social media representa el 35,9% lo cual es significativo al compararlo con el grupo de sob-obesidad, la edad media fue $14,57 \pm 1,34$ y la media para IMC $23,45 \pm 4,39$; el puntaje de calidad de vida para el grupo sob-obesidad $68,29 \pm 15,26$ con respecto al grupo normopeso $77,19 \pm 13,40$ significativo con $p = 0.005$, el sexo masculino experimentó mayor puntaje de calidad de vida $78,13 \pm 12,60$; tanto el sexo como el diagnóstico nutricional influyen de manera independiente sobre la calidad de vida. $R^2: 0,138$. **Conclusión:** el sexo femenino presentó mayor porcentaje de obesidad y menor calidad de vida, sob-obesidad es igual a menor calidad de vida, en general para los participantes la calidad de vida fue buena, las condiciones socioeconómicas no modifican la calidad de vida, el sexo y el diagnóstico nutricional influyen de forma independiente sobre la calidad de vida.

Palabras Claves: Sobrepeso y obesidad infantil, adolescencia, calidad de vida.

SUMMARY:

Childhood obesity is a multifactorial public health problem worldwide, which affects the quality of life of children. **Objective:** To determine the quality of life in adolescents with overweight and obesity in public and private institutions of Libertador Municipality in the City of Merida. **Methods:** observational, analytical, transverse study on adolescents aged 12 to 18 years of age. On a sample of 92 participants were administered the PedsQL ver 4.0 quality of life test adapted for Venezuela. SPSS version 23 was used **Results:** 59.8% of the population were females, and 55.4% went to public institution, 35.8% had sob-obesity, middle class represents 35.9% which is significant when compared to the sob-obesity group. the mean age was 14.57 ± 1.34 and mean BMI 23.45 ± 4.39 to; the quality of life score for the sob-obesity group 68.29 ± 15.26 relative to the normal weight group 77.19 ± 13.40 significant with $p = 0.005$, the highest score experiment male quality of life 78.13 ± 12.60 ; both sex and nutritional diagnosis independently influence on the quality of life. $R^2: 0.138$. **Conclusion:** Female sex is associated with obesity and lower quality of life for participants with sob-obesity reduced quality of life was obtained. overall quality of life was good and was not modified by socioeconomic conditions. It was determined that the sex and nutritional diagnosis independently influenced quality of life.

Keywords: Overweight and obese children, adolescents, quality of life.

1. INTRODUCCIÓN

La obesidad infantil definida como una enfermedad crónica condicionada por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético que conduce a un incremento de la grasa corporal.¹ Es actualmente uno de los principales problemas de salud en la edad pediátrica, siendo catalogada como uno de los objetivos a mejorar en base a las políticas de salud pública del siglo 21.²

Tiene una etiología multifactorial donde están implicados tanto factores ambientales como genéticos.^{1, 3} Entre los factores ambientales se incluyen aquellos del ambiente físico, económico y sociocultural. La contribución genética en el desarrollo de la obesidad se ha analizado en múltiples investigaciones, en general se deduce que se debe a una predisposición poligénica que involucra genes que interactúan con los cambios nutricionales y el estilo de vida^{1,2, 4, 5}

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años.⁶ Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios psicoafectivos. Se ha registrado durante el pasado siglo el inicio más temprano de la pubertad, la postergación de la edad del matrimonio, la urbanización, la mundialización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales.⁶ Sin duda alguna la obesidad, como problema de salud pública ha estado en constante desarrollo, y trae consigo una serie de complicaciones propias de la patología afectando la esfera física, psicológica y ambiental, con importante repercusión en el desenvolvimiento de los futuros adultos en la sociedad.^{2, 7}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala a la obesidad como un problema global con dimensiones psicológicas y sociales que afectan a las personas de todas las edades, en todos los niveles socio-económicos en países desarrollados y en vías de desarrollo, por lo que, desde una perspectiva de salud pública, su prioridad es la prevención de la misma; de igual manera, en un análisis sistemático realizado durante el período de 1980-2013, encuentran que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes

incrementó de 8.1% a 12.9% en varones y de 8.4% a 13.4% en la población femenina en países en vías de desarrollo, con tendencia a incrementar en los países desarrollados, lo cual ha sido replicado en múltiples estudios.^{6, 8} Para el 2010, más del 40% de los niños en Norteamérica, 38% en Europa, 27% en el pacifico Occidental y el 22% en el Sureste Asiático fueron clasificados con sobrepeso y obesidad.^{4,5} En cuanto a Latinoamérica, cerca del 30% de los adolescentes padecen sobrepeso y obesidad.⁸ En Venezuela, la situación está en condiciones alarmantes, según el informe de Estadísticas Sanitarias Mundiales de la OMS, plantea que el 30% de la población venezolana padece de obesidad.⁹ Esta lamentable cifra nos coloca como los primeros a nivel de Suramérica, seguidos por Chile con 29,05% y Uruguay con 23,35%.^{6, 9} Esto podría inferirse del hecho que hoy en día el sector más afectado por el exceso de peso es la población con menos recursos que tiende a consumir grandes cantidades de calorías con muy poco valor nutritivo. Según cifras reportadas por el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional –SISVAN- en el 2007 y comparando con sus datos previos recopilados en 1990, se evidenció un incremento importante en la frecuencia de casos de obesidad en los distintos grupos etáreos de la población pediátrica, sin embargo, el mismo trabajo muestra un déficit nutricional total de 12,48%.^{10, 11}

En otro estudio realizado por el Instituto Nacional de Nutrición (INN), con una muestra de 18.000 niños, niñas y adolescentes con edades entre 7 y 17 años de edad, Venezuela para el año 2010 registró un 9% de prevalencia de obesidad en la población infantil.¹⁰ En Mérida, en un estudio realizado por *Paoli y col.*¹¹ realizado en 370 escolares, muestra que hay una prevalencia intermedia de sobrepeso (13.8%) y obesidad (9.7%) en escolares, y una asociación entre esta y la frecuencia de factores de riesgo cardiovascular.¹¹

Así mismo, el sobrepeso y la obesidad, junto a otros factores de riesgo cardiovascular tienden a mantenerse en el tiempo aumentando la probabilidad de presentarla en la vida adulta y de desarrollar enfermedades como diabetes mellitus tipo 2, enfermedad coronaria y cáncer. Se refiere que el 40-60% de los niños obesos en edad escolar y el 85% en la pubertad permanecerán obesos cuando sean adultos, expuestos a las comorbilidades asociadas aumentando así la morbilidad.^{11, 12, 13, 14}

Adicionalmente, se asocia con disminución de la calidad de vida y aumento de los riesgos de maltrato social, conocido hoy en día como “bullying social”, es por esto, que el sobrepeso y la obesidad junto a otros factores de riesgo cardiovascular no sólo representan un problema en la población infantil sino que al mantenerse en el tiempo generan en el adulto una población con mayores enfermedades y aislamiento social, lo cual representa un problema adicional de salud pública.^{15, 16, 17}

Para examinar tal relación, se ha acuñado el concepto de calidad de vida la cual es conocida desde la época antigua Grecia cuando Aristóteles refería que “La felicidad era materia de debate, y significaba diferentes cosas para personas diferentes y en momentos diferentes; ¹⁸ sin embargo un nuevo concepto se remonta al siglo XX y se conoce hasta ahora como la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. Posteriormente en 1980 surge un nuevo término de calidad de vida relacionada en salud (CVRS), basado en los datos epidemiológicos de morbilidad y mortalidad donde se evidenciaba el aumento de las enfermedades crónicas y la disminución de la esperanza de vida y la calidad de vida, refiriéndose este la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que le son importantes y que afectan su estado general de bienestar” ^{17, 18}

La CVRS se ha usado para medir los efectos de las enfermedades crónicas y la forma en que éstas interfieren en la vida cotidiana del individuo. Diversas investigaciones han documentado la relación entre la CVRS de niños y adolescentes, con padecimientos como obesidad, cáncer, asma, diabetes y fibrosis quística.^{19, 20}

Uno de los instrumentos más utilizados para medir la CVRS en niños y adolescentes con diferentes patologías, agudas o crónicas, es el Cuestionario Pediátrico sobre Calidad de Vida (PedsQL®, por sus siglas en inglés).^{19,21} El PedsQL 4.0® tiene diversas adaptaciones idiomáticas, incluida una para Venezuela. El cuestionario

permite calificar de forma estandarizada la percepción de la CVRS en distintas enfermedades, lo que puede proveer información relevante a la hora de tomar decisiones clínicas y de salud pública.^{22, 23}

Cardenas y Col, en un estudio realizado en 2009 con 260 adolescentes entre 10 y 15 años, a los que se les aplicó el test PedsQL 4.0 demostraron que presentar sobrepeso afecta la CV de los adolescentes, siendo necesaria la implementación de programas de prevención sobre obesidad para mejorar las condiciones de salud de los adolescentes.¹⁵

Igualmente *Hurtado y Col* en 2014, realizó un estudio transversal utilizando el cuestionario PedsQL® para comparar la CVRS de 200 niños y adolescentes con obesidad del Hospital Infantil del Estado de Sonora, donde concluyeron que la obesidad se asoció negativamente con la CVRS de niños y adolescentes.¹⁸ Siendo El PedsQL ® un instrumento útil para la evaluación sistemática de la CVRS en niños con obesidad.²⁸

La Calidad de Vida (CV) ha ido cobrando relevancia como un indicador en las evaluaciones en salud en el campo de la pediatría.²⁴ Esta medición ha permitido complementar las evaluaciones del estado de salud de los niños, niñas y adolescentes aportando información comprensiva a las ya tradicionales medidas de morbilidad y mortalidad utilizadas en salud pública.^{25, 26}

Es necesario identificar los aspectos que caracterizan la utilización de este concepto en adolescentes obesos, tomando en cuenta que las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con la calidad de vida varían en función de la etapa evolutiva, además, que las personas que se encuentran en esta fase del desarrollo comparten experiencias objetivas particulares, que pueden determinar el nivel de satisfacción.^{26, 27}

Velés en 2011, publica un estudio donde enumera instrumentos de medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en niños, señalando aspectos positivos y negativos de los mismos dirigidos a los informantes indirectos y describe algunos usos actuales de los instrumentos de medición de la CVRS en el ámbito clínico.²⁷

El abordaje de la adolescencia, está dirigido a la importancia que tiene esta etapa, las conductas o hábitos que influyen la susceptibilidad a las enfermedades o problemas

de salud, o que predisponen a futuros estados de salud, ya que durante este período se produce el proceso de socialización y desarrollo de conductas, hábitos e interiorización de estilos de vida que se relacionan directamente con el estado de salud en la edad adulta.^{17, 20} Por ejemplo, los hábitos saludables como la alimentación adecuada o la actividad física, o los riesgos como fumar o conducir sin cinturón de seguridad, son aspectos que se interiorizan desde la infancia, en la adolescencia y que se extienden a la edad adulta. Se suma a esto último, la baja morbilidad y mortalidad que se encuentra en esta etapa, la cual la hace un grupo adecuado de estudio.^{26, 28}

www.bdigital.ula.ve

1.1 HIPOTESIS:

- Se espera encontrar menor calidad de vida en los adolescentes con obesidad y sobre peso en comparación con los normopeso.
- Se espera encontrar una menor calidad de vida en aquellos adolescentes del sexo femenino y de mayores edades.

www.bdigital.ula.ve

1.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad de vida de adolescentes con sobrepeso y obesidad del Municipio Libertador de la Ciudad de Mérida.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Caracterización de la población de estudio
2. Determinar la Calidad de Vida de adolescentes con normopeso, por sexo y nivel socioeconómico.
3. Determinar la Calidad de Vida de adolescentes con sobrepeso, por sexo y nivel socioeconómico.
4. Determinar la Calidad de Vida de adolescentes con obesidad, por sexo y nivel socioeconómico.
5. Comparar la Calidad de Vida de adolescentes con normopeso, sobrepeso y obesidad

2. MARCO METODOLÓGICO

2.0 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de tipo observacional, analítico transversal para determinar calidad de vida en una muestra de adolescentes con edades comprendidas entre 12 – 18 años, con normopeso y sob-obesidad. Estos sujetos se compararon con controles ajustados a sexo y edad.

2.1 POBLACION

La población se obtuvo del registro de los niños y adolescentes matriculados en (1) institución educativa, por nivel de estudio desde el 1º año hasta 5º año, que funciona en dos modalidades; pública y privada del Municipio Libertador, de la ciudad de Mérida.

Previo autorización de la dirección de la Unidad Educativa seleccionada, se enviaron a todos los representantes o responsables, un folleto informativo y el consentimiento informado escrito donde se explicaron los objetivos y la importancia del estudio.

2.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Edad entre 12 y 18 años.
2. Ambos géneros.
3. Consentimiento informado firmado por los padres o representantes.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Escolares y adolescentes cuyos padres no firmaron el consentimiento informado.
2. Pacientes con enfermedades crónicas (metabólicas, cardiovasculares, oncológicas, etc)
3. Pacientes con alteraciones del metabolismo
4. Pacientes que estén o hubiesen recibido tratamiento prolongado con fármacos que modifiquen la composición corporal como los glucocorticoides, terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA 33), terapia de reemplazo hormonal.
5. Escolares y adolescentes con síndromes genéticos asociados a obesidad.
6. Escolares y adolescentes con patología cardíaca congénita o adquirida.
7. Participantes con algún impedimento físico que limite la actividad física
8. Negación a participar.

2.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los adolescentes respondieron una encuesta que fue diseñada para la investigación que incluyó entre otras variables, la calidad de vida, edad, sexo, peso y talla, nivel de escolaridad de los padres y el cuestionario de Graffar (nivel económico).

La encuesta fue administrada a los alumnos de cada escuela en el aula, para ser respondida en ese momento. Para ello fueron entrenadas tres personas del equipo de investigación que realizaron todo el trabajo de campo, presentando el estudio en cada aula y resolviendo las dudas de los encuestados. (anexo1)

2.4 EVALUACIÓN CLÍNICA Y ANTROPOMÉTRICA:

Las técnicas e instrumentos de medición empleados fueron los recomendados por el programa Biológico Internacional de las Naciones Unidas.²⁹

Los patrones de referencia serán los sugeridos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Nacional Center for Health Statistics Growth Referente EE.UU. (NSCH) adaptado por el Taller de Evaluación Antropométrica del Estado Nutricional y utilizado por

el Sistema Nacional de Vigilancia Nutricional (SISVAN). Para el diagnóstico nutricional a través del Índice de Masa Corporal (IMC) se utilizaron los patrones de referencia nacional, considerando los puntos de corte para normalidad entre los percentiles 10 y 90 sobrepesos ≥ 90 y <97 y obesos ≥ 97 .^{6,10}

2.5 CONDICIONES SOCIO-ECONÓMICAS:

Se utilizó el método de Graffar modificado para Venezuela por el Dr. Hernán Méndez Castellano el cual engloba: Profesión del jefe de la familia, nivel de instrucción de la madre, fuente de ingreso y vivienda. Esta clasificación contempla cinco estratos sociales, numerados en orden creciente del I al V, con categorías y puntajes más altos a medida que se descende en el estrato social.³⁰

2.6 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA:

Se aplicó el Cuestionario Pediátrico sobre Calidad de Vida PedsQL. Versión 4.0-Spanish (Venezuela) Evalúa la calidad de vida en función de cuatro dimensiones básicas: Salud, Emociones, Social, Escolar. Para evaluar cada función se tomara en cuenta los siguientes aspectos: función física (movilidad física, dolor físico, cansancio) ítems 1-8, función emocional (miedo, tristeza, enojo, preocupaciones, dificultad para dormir) ítems 9-13, función social (dificultad para relacionarse con otros, sufrir bullying) ítems 14-18, función escolar (atención en clases, falta de retentiva, responsabilidad en las tareas, ausentismo) ítems 19-23. (Anexo 2) en base a 23 preguntas

La escala de respuesta del cuestionario es una de Likert con puntuaciones que van desde cero hasta cuatro, lo que permite calcular el puntaje de cada una de las dimensiones, donde 0 = nunca, 1= casi nunca, 2 = algunas veces, 3 = con frecuencia y 4= casi siempre. Las respuestas son codificadas en forma inversa y transformadas linealmente a una escala de 0-100 (0=100, 1=75, 2=50, 3=25, 4=0), por lo que una calificación alta significa mejor

calidad de vida. Con la distribución percentilar del puntaje se crearon 3 estratos de CV: mala (por abajo del percentil 25); buena (entre el 25 y 75), y muy buena (arriba del percentil 75). El cuestionario se aplicó de forma independiente, en el salón de clases.

2.7 PROCEDIMIENTO

Se envió a todos los padres y representantes de los adolescentes a través de la Dirección de las Unidades Educativas un folleto informativo donde se explica las características del estudio, así como el consentimiento informado (Anexo 3), en donde se autorizara la aplicación de la encuesta, que incluye los datos demográficos, el cuestionario de la Calidad de Vida y la toma de medidas antropométricas.

La encuesta fue impartida a los alumnos de cada aula, para ser respondida en ese momento. Para ello el equipo de investigación presentó el estudio en cada aula y resolvió las dudas de los encuestados.

www.bdigital.ula.ve

2.8 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

DEPENDIENTE:

- Calidad de Vida.

INDEPENDIENTE:

Estado Nutricional:

- Sobrepeso
- Obesidad
- Normopeso

INTERVINIENTES:

- Nivel Socioeconómico

DEMOGRAFICAS

- Sexo
- Edad

2.9 ANALISIS ESTADISTICO

Las variables cualitativas se presentan en número absoluto y porcentaje y las variables cuantitativas en media y desviación estándar. Para categorizar la puntuación de la encuesta de calidad de vida se utilizaron los percentiles y se consideró calidad de vida mala a aquellos individuos que se encontraban en o por debajo del percentil 25, y calidad de vida buena los que estaban sobre el pc 25. Se utilizó la prueba chi cuadrado para determinar la asociación entre variables cualitativas, en cuando fue pertinente se calculó el odds ratio o riesgo relativo indirecto. Para determinar la diferencia entre las medias para las variables continuas se utilizó la T d student para datos independientes, ya que estas variables mostraron una distribución normal. Se realizó una matriz de correlación de Pearson entre las variables cuantitativas y un análisis de regresión lineal para determinar las variables de mayor influencia sobre la calidad de vida. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 23. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

3. RESULTADOS

Tabla 1. -Características clínicas y demográficas de los participantes según estado nutricional

Variables	Normopeso n=59	Sob-Obesidad n=33	Total n=92
Tipo Institución:			
Pública	30 (50,8)	21 (63,6)	51 (55,4)
Privada	29 (49,2)	12 (36,4)	41 (44,6)
Sexo:			
Femenino	35 (59,3)	20 (60,6)	55 (59,8)
Masculino	24 (40,7)	13 (39,4)	37 (40,2)
Edad (años)	14,68 ± 1,23	14,38 ± 1,51	14,57 ± 1,34
Condición Socio-económica:			
Media Alta	18 (30,5)	0 (0,0)*	18 (19,6)
Media	22 (37,3)	11 (33,3)	33 (35,9)
Media Baja	19 (32,2)	22 (66,7)*	41 (44,6)
Peso (kg)	55,34± 8,04	71,87 ± 11,13*	61,27 ± 12,18
Talla (am)	162,73 ± 9,58	159,19 ± 10,09	161,46 ± 9,8
IMC (kg/m²)	20,72 ± 1,90	28,33 ± 3,15*	23,45 ± 4,39
Datos en n (%) y X ± DE. *p=0,0001			

Tabla 1. La población estudiada estuvo conformada por (n=92) participantes, de los cuales el 100% cumplió con la elaboración de la encuesta PedsQL4.0, ninguno de los participantes fue excluido. Conformándose el grupo de estudio por adolescentes con edades comprendidas entre 12 – 17 años de edad, con una media de $14,57 \pm 1,34$ años, con respecto a $14,38 \pm 1,51$ para el grupo de sob-obesidad y $14,68 \pm 1,23$ para el grupo normo peso. Según la distribución por sexo el 59,8% (n=55) son del sexo femenino y el masculino 40,2% (n=37).

Al comparar el tipo de institución a la que acuden los adolescente sujetos a estudio se encontró que el 55,4 % (n=51) acuden a institución pública mientras que el 44,6% (n=41) a institución privada, sin diferencias significativas al compararlo según estado nutricional.

Con respecto a la condición socioeconómica se obtuvo que la clase social media representa 35,9% (n=33), 19,6% (n=18) y 44,6% (n=41) para clase media alta y media baja respectivamente, siendo estadísticamente significativo cuando se comparó con el grupo de sob-obesidad. (p=0,0001)

Para las variables antropométricas la media de peso fue $61,27 \pm 12,28$; el grupo de sob-obesidad con $71,87 \pm 11,13$; (p=0,0001). La talla media total fue de $161,46 \pm 9,8$ con respecto a $162,73 \pm 9,8$ para el grupo normopeso y $159,19 \pm 10,09$ para el grupo de sob-obesidad. La media para IMC $23,45 \pm 4,39$ siendo significativo con respecto al grupo de sob- obesidad $28,33 \pm 3,15$ (p=0.0001).

Tabla 2. En cuanto a la calidad de vida según el diagnóstico nutricional podemos decir que al comparar las dimensiones que la engloban según los grupos de estudio cuando hablamos de la función física evidenciamos que la mediana para el grupo sob-obesidad $68,65 \pm 18,17$ sobre una máxima de 100 y fue inferior a la del grupo normo peso $78,60 \pm 17,00$ (p=0,01); de igual manera para la función psico-social el grupo sob-obesidad obtuvo mediana de $67,92 \pm 15,81$ inferior a los del grupo normo peso $75,79 \pm 13,09$ (p= 0,01). Por lo tanto al determinar la calidad de vida global para ambos grupos se encontró que en el grupo de sob-obesidad con mediana inferior $68,29 \pm 15,26$ con respecto al grupo normo peso $77,19 \pm 13,40$ (p=0,005). (ver tabla2)

Tabla 2. Puntuación de la encuesta calidad de vida, según diagnostico nutricional

Variables	Normopeso n=59	Sob-Obesidad n=33
Función Física	78,60 ± 17,00	68,65 ± 18,17*
Función Psico-Social	75,79 ± 13,09	67,92 ± 15,81*
Calidad de Vida	77,19 ± 13,40	68,29 ± 15,26**

Data en X±DE. *p=0,01; **p=0,005

Tabla 3.-Puntuación de la encuesta de calidad de vida en los participantes según sexo.

Variables	Femenino n=55	Masculino n=37
Función Física	70,22 ± 18,63	82,17 ± 14,46**
Función Psico-Social	72,21 ± 15,43	74,09 ± 13,23
Calidad de Vida	71,21 ± 15,39	78,13 ± 12,60*

Data en X±DE. *p=0,02; **p=0,001

La tabla 3. Muestra la calidad de vida y las dimensiones física y psico-social de los participantes con respecto al sexo donde el grupo masculino obtuvo valores de mediana más altos que el sexo femenino (p= 0,001). Para la dimensión física 82,17 ± 14,46 frente a 70,22 ± 18,63 del femenino. Al evaluar la dimensión psico-social evidenciamos que si bien el sexo masculino obtuvo puntuaciones superiores 74,09 ± 13,23 y el femenino 72,21± 15,43 no tuvo significancia estadística; la calidad de vida para el sexo masculino fuese más

alta, con valores $78,13 \pm 12,60$ y $71,21 \pm 15,39$ para masculino y femenino respectivamente. ($p=0,02$).

Tabla 4.-Puntuación de la encuesta de calidad de vida en los participantes según condición socio-económica.

Variables	Media Alta n=18	Media n=33	Media Baja n=41
Función Física	$78,29 \pm 14,71$	$77,46 \pm 16,60$	$71,64 \pm 20,05$
Función Psico-Social	$70,55 \pm 11,65$	$77,42 \pm 14,62$	$70,44 \pm 15,06$
Calidad de Vida	$74,42 \pm 12,00$	$77,44 \pm 14,12$	$71,04 \pm 15,79$

Data en $X \pm DE$.

En la tabla 4. Se señala la calidad de vida en sus 2 dimensiones para los participante en relación a su nivel socio económico y se evidencia que el nivel socio económico medio con ($n=33$) obtuvo medias elevadas, no estadísticamente significativas pero con tendencia a ser mayor en cuanto a la función psico-social $77,42 \pm 14,62$ con respecto al nivel socio económico medio alto $77,46 \pm 16,60$ y nivel medio bajo $71,64 \pm 20,05$; exento para la dimensión física donde la condición social media alta obtiene media de $78,29 \pm 14,71$ y la media y media baja, $77,46 \pm 16,60$; $71,64 \pm 20,05$ respectivamente. La calidad de vida tuvo la tendencia a ser mayor para el nivel socioeconómico media $77,44 \pm 14,12$; con respecto a media alta $74,42 \pm 12,00$ y media baja $71,04 \pm 15,79$.

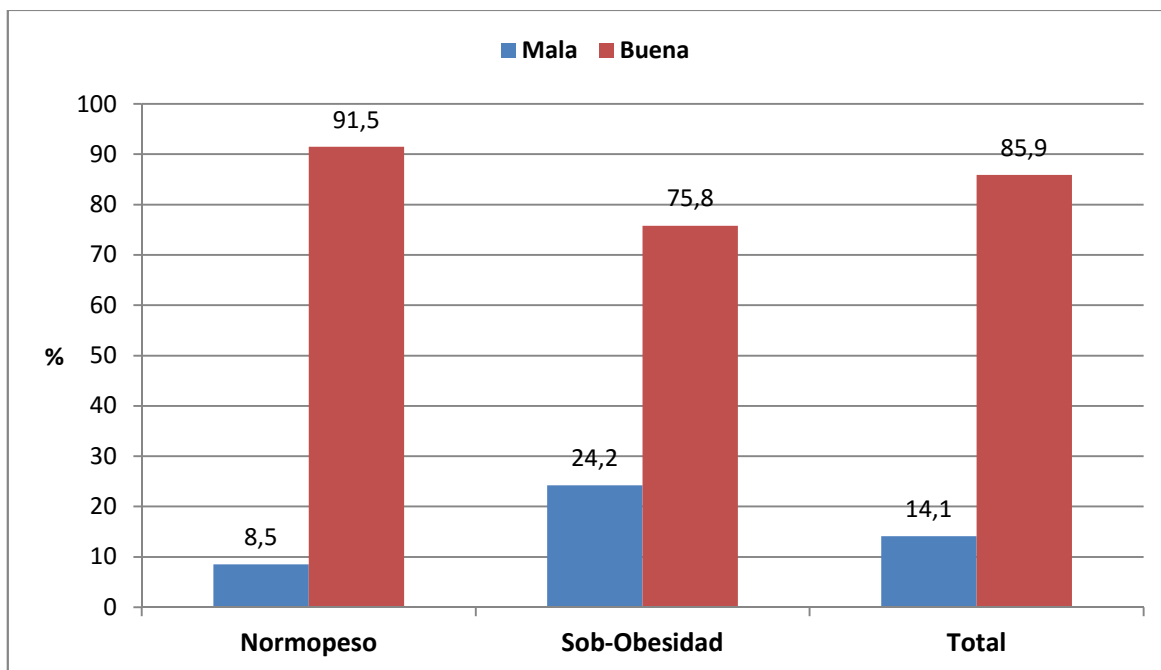


Fig. 1.-Calidad de vida (Mala, Buena) de los participantes según estado nutricional. $p=0,03$; Odds ratio: 3,45 IC95%: 1,027-11,634.

En esta muestra de adolescentes se observó que 13 sujetos, el 14,1% presentaron mala calidad de vida, y la mayoría, 79 sujetos, el 85,9% presentó una buena calidad de vida. En la Fig. 1 se muestra la asociación entre el estado nutricional y la calidad de vida; se evidencia una mayor proporción de mala calidad de vida en el grupo con sobrepeso y obesidad, un 24,2%, en comparación con el grupo con normopeso que mostró un 8,5%. Esta asociación de mala calidad de vida con sob-obesidad fue significativa estadísticamente ($p=0,03$) y se determinó un riesgo (odds ratio) 3,45 veces mayor de presentar mala calidad de vida si el adolescente presentaba sob-obesidad (IC95%:1,027-11,634).

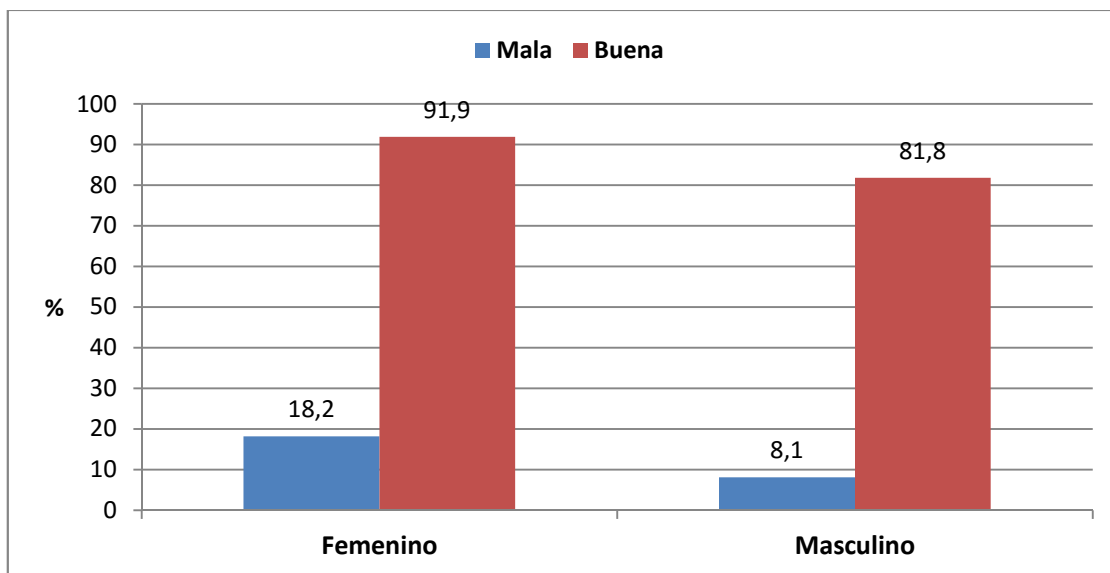


Fig. 2.-Calidad de vida (Mala, Buena) de los participantes según sexo.

Se describe como se presenta la calidad de vida de acuerdo a los grupos por sexo, donde es evidente que la calidad de vida buena es la predominante en ambos grupos, sin embargo al observar la calidad de vida mala se nota una discreta elevación en el sexo femenino 18,2% representados por 10 sujetos y 8,1% para el sexo masculino que equivale a 3 sujetos, no siendo estadísticamente significativas.

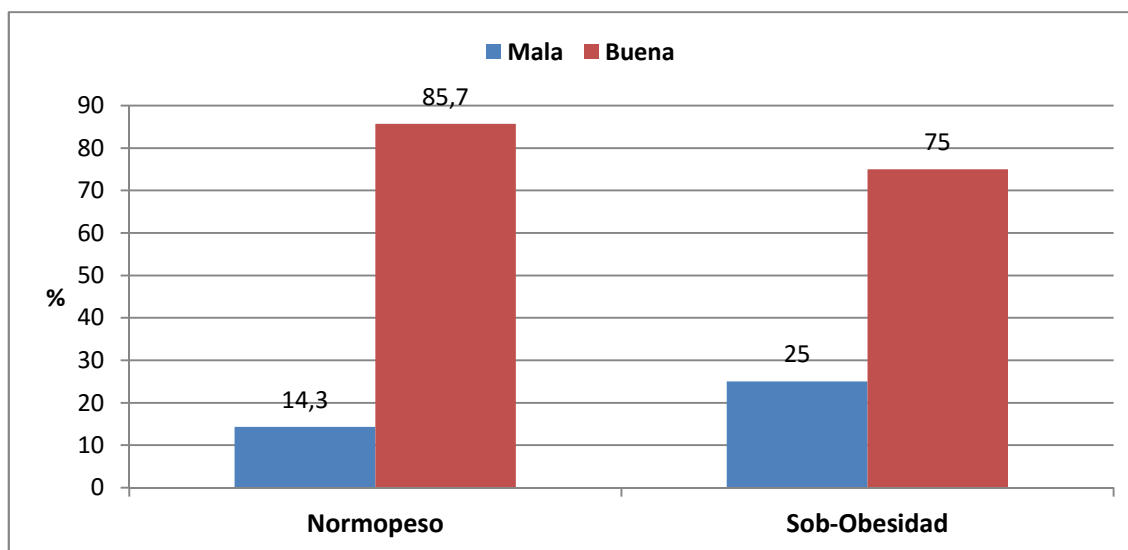


Fig. 3.-Calidad de vida (Mala, Buena) de los participantes del sexo femenino según estado nutricional

Se evidencia cómo se comportan los sujetos del sexo femenino según el diagnóstico nutricional siendo notable que el grupo con sob- obesidad obtuvo mayor calidad de vida mala 25% representado por 5 sujetos, con respecto al grupo normopeso 14,3% que corresponde a 5 sujetos; lo cual no tuvo significancia estadística.

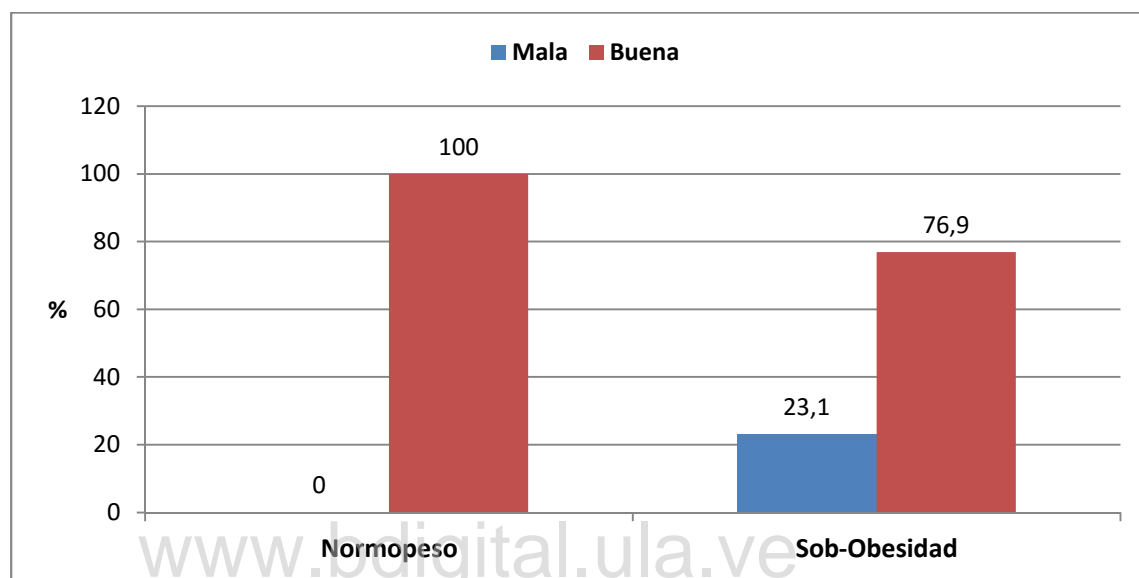


Fig. 4.-Calidad de vida (Baja, Buena) de los participantes del sexo masculino según estado nutricional. * $p=0,01$; Odds ratio: 3,4 (IC95%: 2,020-5,723)

En el grupo de sujetos del sexo masculino representado por 37 sujetos, se observó que los pertenecientes al grupo de sob-obesidad ($n=13$), el 23.1% representado por 3 sujetos obtuvieron mayor calidad de vida mala con respecto al grupo de normopeso con 0% lo cual fue estadísticamente significativo con ($p=0,01$)) y se determinó un riesgo (odds ratio) 3,4 veces mayor de presentar mala calidad de vida si el adolescente es del sexo masculino y presentaba sob-obesidad (IC95%: 2,020-5,723).

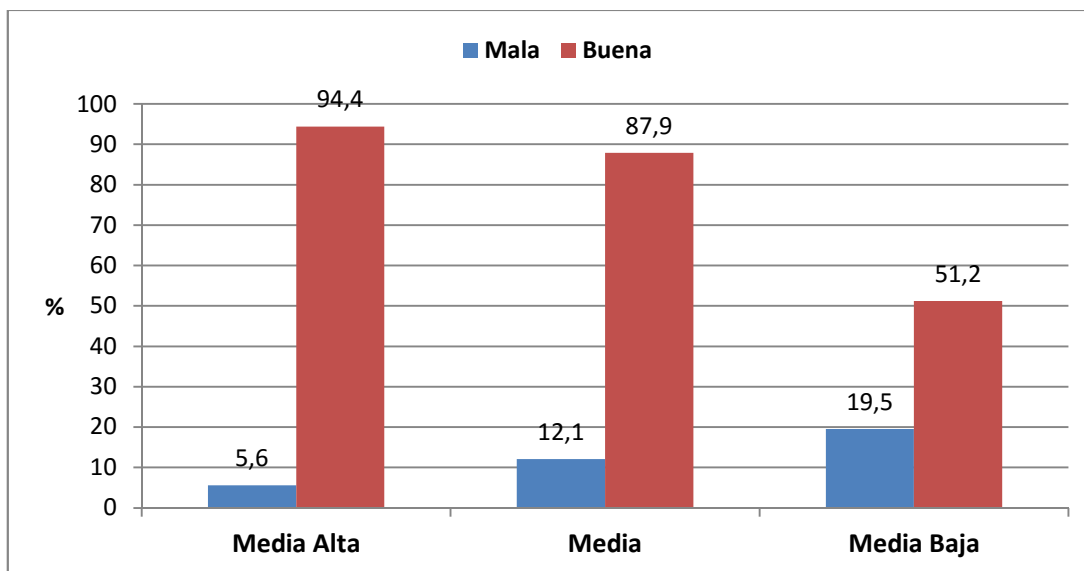


Fig. 5.-Calidad de vida (Mala, Buena) de los participantes según condición socio-económica.

Al valorar el comportamiento de la calidad de vida según la condición socioeconómica de los 92 sujetos del estudio se determinó una clara elevación de la mala calidad de vida a medida que disminuye el estrato socioeconómico, donde la clase media baja obtuvo 19,5% de mala calidad de vida con respecto a 12,1% de la media y 5,6% de media baja, lo cual no fue estadísticamente significativo

Tabla 5.-Análisis de regresión lineal simple y múltiple de las variables sexo y dg. Nutricional como variables independientes, con la puntuación de calidad de vida como variable dependiente.

Variables	Simple	Múltiple	
Independientes	Valor p	Valor p	R²: 0,138
Sexo (Fem_Masc)	0,026	0,022	Coef. B: 6,811 IC:0,995 a 12,627
Dg Nutricional (Normopeso_Sob-Obesidad)	0,005	0,004	Coef. B: - 8,817 IC: -14,762 a -2,871

En el análisis de regresión lineal simple con la puntuación de calidad de vida como variable dependiente, se encontró que fueron significativas el sexo y el diagnóstico nutricional, y ambas mantuvieron significancia en el análisis de regresión lineal múltiple, ya que influyen en forma independiente sobre la calidad de vida. Con un R cuadrado de 0,138 lo que significa que explica el 13% del valor de la calidad de vida. De tal manera que el sexo masculino con Coef: 6,811 determina mayor calidad de vida y a su vez el diagnóstico nutricional con coef: -8,817 infiere que a mayor peso menor calidad de vida.

www.bdigital.ula.ve

3.2 DISCUSIÓN

En este estudio realizado en adolescentes escolarizados de una institución educativa del Municipio Libertador del estado Mérida, que funciona en las dos modalidades pública y privada, se obtuvo que el género predominante fue el femenino (59,8%), que difiere a lo encontrado por *Jiménez M*³¹ quien obtuvo una población mayor del sexo masculino; sin embargo la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue mayor en el sexo femenino 60,6% lo cual es diferente a lo encontrado por *Mamondi*³² donde su prevalencia de obesidad fue mayor en el sexo masculino, diferencia tal que puede estar condicionada por el número total de participantes en el estudio, la cual fue significativamente menor a la estudiada por este autor.

En cuanto a la calidad de vida según el estado nutricional de los participantes encontramos que los participantes con sobrepeso y obesidad experimentan menor calidad de vida con respecto a los de normo peso y de igual forma para la esfera física y psico-social situación que es similar a la evidenciada por *Hurtado y col*¹⁸, donde la calidad de vida en obesos se encuentra más deteriorada que la de sus compatibles sin obesidad, sin embargo difieren de este autor ya que en su estudio la esfera psico-social fue la más afectada en el grupo de obesos, Situación que parece ser la esperada para los grupos con estas características también observado por *Jiménez M*³¹, donde los pacientes con obesidad mostraron menores puntajes en calidad de vida. Lo cual podría deberse a las exigencias y patrones a aceptación de la sociedad en la que se desenvuelven los adolescentes. Lo que sí es un hecho es que cuando medimos calidad de vida según diagnóstico nutricional encontramos que los de grupo de sobrepeso y obesidad tienen mayor porcentaje de mala calidad de vida 24,2%, al igual que los participantes del sexo femenino resultado que también fue evidenciado por *Shrewsbury*³³ y *Ennis 2007*³⁴ determinando que el malestar declarado en la dimensión de recursos económicos observado sólo en las mujeres con obesidad, tanto niñas como adolescentes, podría estar relacionada con el hecho que el

sobrepeso y la obesidad suelen ser más frecuentes en mujeres de nivel socioeconómico bajo.

En esta investigación cuando se estable la relación entre la calidad de vida y los grupos por sexo independientemente de su condición de sobrepeso, obesidad o normo peso encontramos que el sexo masculino es quien obtiene los puntajes más altos para calidad de vida y sus dimensiones físicas y psico-social hecho tal que se encuentra en oposición a lo observado por *Mamondi*³² quien reporta que los varones obtuvieron puntuaciones más bajas en todas las dimensiones que miden la calidad de vida; lo cual si resulto similar con el estudio de *Jiménez M*³¹ quienes indican que los hombres presentaron mayor calidad de vida, sin embargo en cuanto a la esfera psicosocial y física ellos encontraron que el sexo femenino obtuvo mejores puntajes. Lo cual en el caso de nuestro estudio podría explicarse por el hecho de que desde el inicio de la humanidad el sexo femenino ha sido considerado con menos habilidades en relación a la actividad física aun cuando en pleno siglo XXI con la inclusión de la mujer en todos los roles de la sociedad eso ha cambiado si puede haber cierto grado de afectación de la esfera psico-social en vista de que el sexo femenino se preocupa más por la imagen y apariencia corporal, para ser aceptada en la sociedad y seguir patrones de modas, conductas, de diversos grupos.

Al estudiar la calidad de vida en proporciones de acuerdo al sexo y su estado nutricional; se pudo evidenciar que tanto para el grupo de masculinos y femeninos tanto con sobrepeso, obesidad, y normo peso la predominante fue la calidad de vida buena, sin embargo en ambos grupos al asociarse el sob-obesidad hay un claro aumento de mala calidad de vida, lo cual no mostro diferencias significativas y que se corresponde con lo observado por *Cárdenas y col.*¹⁵ encontró que no hubo diferencias entre calidad de vida por sexo y edad. Pero que difiere de lo observado por *Jiménez*³¹ donde la calidad de vida en la población general estudiada fue catalogada como Muy Buena.

La población de obesos debe estudiarse de manera integral en vista de que esta condición es el resultado de diversos factores (Ambientales, sociales, Culturales, Genéticos) por lo cual es nuestro estudio se determinó la relación de la calidad de vida en cuanto al nivel socio económico dejándose en claro que como es de esperarse la clase social media alta obtuvo el mejor porcentaje de buena calidad de vida 83,3%, y donde la clase social media tiene proporciones similares de calidad de vida buena y muy buena, dejando los valores más bajos de estas para la calidad de vida media baja, donde esta última si obtuvo el mayor porcentaje de calidad de vida mala 19,5%; de tal manera que a pesar de no tener significancia estadística deja claro que a medida que disminuye el estrato socio-económico hay la tendencia a aumentar la calidad de vida mal. Lo cual es lo socialmente aceptado pues se corresponde con las características de dichas poblaciones, sus costumbres, estilos de vida y situación de ingresos, sin embargo es de notar que en esta población por las mismas características geográficas, económicas, culturales encontramos predominantemente el estrato social media la cual tiene ligeras diferencias que nos permite subdividirlo en medio alta y medio bajo pero no en estratos muy alto ni de pobreza extrema. Lo cual es similar a lo encontrado por *Hurtado y Col¹⁸* donde no evidenciaron asociación de la calidad de vida con variables como situación socio económica.

3.3 CONCLUSIÓN

En el estudio se encontró:

1. El Sobrepeso y la obesidad se asoció a menor calidad de vida.
2. Sexo femenino relacionado con mayor índice de sob-obesidad y menor calidad de vida.
3. Al relacionar el sexo con el sobrepeso y la obesidad se denoto aumento de la calidad de vida mala.
4. La condición socioeconómica no tuvo influencia sobre la calidad de vida, sin embargo a menor estrato socioeconómico mayor calidad de vida mala.
5. Se encontró que el sexo y el diagnostico nutricional influyen de forma independiente sobre la calidad de vida.

www.bdigital.ula.ve

3.4 RECOMENDACIONES

1. Realizar un estudio sobre la calidad de vida de los adolescentes con obesidad y sobrepeso en una población de mayor tamaño.
2. Realizar un estudio para correlacionar entre la calidad de vida y riesgo metabólico en adolescentes
3. Dar a conocer a la institución educativa los hallazgos del estudio
4. Efectuar una investigación de calidad de vida entre adolescentes con obesidad de escuelas rural y urbana

www.bdigital.ula.ve

BIBLIOGRAFIA

1. Marcos A. Obesidad en la infancia y adolescencia: riesgo en la vida adulta y estrategias de prevención. *Evid Pediatr.* 2008; 4:1
2. Ureña P, et al. Perfil de calidad de vida, sobrepeso-obesidad y comportamiento sedentario en niños (as) escolares y jóvenes de secundaria guanacastecos. *Revista Electrónica Educare* [Internet. 2007 [citado 12 Mar 2016]; XIV, N° 2: [207224]
3. Hughes R, Farewell K, Harris D, Reilly J. Quality of life in a clinical sample of obese children. *Int J Obes.* 2007; 31(1):39-4
4. Guisado J, Vaz F, Rubio M. Diferencias psicológicas en pacientes con obesidad mórbida tras cirugía gástrica. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna.* 2002; 29 (4): pp 213-217.
5. Kiess W, Reich A, Muller G, Galler A, Kapellen T, Raile K, et al. Obesity in childhood and adolescence: clinical diagnosis and management. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2001; 14: 1431-40
6. World Health Organization. Population-based prevention strategies for childhood obesity Report of the WHO Forum and Technical meeting. 2010
7. Blanco A, Díaz D. El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema.* 2005; 17(4):582-589.
8. Oude Luttikhuis H, Baur L, Jansen H, Shrewsbury V, O'Malley C, Stolk R, Summerbell C. Interventions for treating obesity in children (Review) En: *The Cochrane Library*; Issue. 2009; 3.
9. Bacardí M, Jimenez A, Guzmán V. Alta prevalencia de obesidad y obesidad abdominal en niños escolares entre 6 y 12 años de edad. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2007; 64:362-9
10. Instituto Nacional de Nutrición. Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN). [Citado 6 Abr 2016]. Disponible en: <http://www.inn.gob.ve/modules>
11. Paoli M, Uzcátegui L, Zerpa Y, Gómez R, Camacho N, Briceño Y, et al. Obesidad en escolares de Mérida, Venezuela: asociación con factores de riesgo cardiovascular. *Endocrinol Nutr.* 2009; 56:218-26

12. Vanhala M, Vanhala P, Kumpusalo E, Halonen P, Takala J. Relation between obesity from childhood to adulthood and metabolic syndrome: population based study. *BMJ*.1998; 317(7154):319.
13. Weiss R, Dziura J, Burgert T. Obesity and the Metabolic Syndrome in Children and Adolescents. *N Engl J Med*. 2004; 350: 2362-2374
14. Wabitsch M. Overweight and obesity in European children: Definition and diagnosis procedures, risk factors and consequences for later health outcome. *Eur J Pediatr*. 2000; 159
15. Cardenas V, Davila S, Gallegos E. Obesidad y Calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes escolares. *Cientif Enferm*. 2009; 17:(7)
16. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc enferm*. [Internet]. 2003 [Citado 3 Mar 2016] Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>
17. Alonso J. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gaceta Sanitaria*. 2000; 14:163-7.
18. Hurtado J, Alvarez G. Calidad de vida relacionada con salud del niño y del adolescente con obesidad. *Salud Mental* 2014; 37:119-125
19. Varni J, Seid M, Rode C. The PedsQL Measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Med Care*.1999; 37(2):126-39.
20. Swallen K, Reither E, Steven M, Meier A. Overweight, obesity, and health-related quality of life among adolescents. *Pediatric*.2005; 115(2):340-347.
21. Pane S, Solans M, Gaite L, Serra S, Dolors R. Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud en la edad pediátrica. Revisión sistemática de la literatura: actualización 2006, on-line disponible en www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/da0601es.pdf
22. Williams J, Wake M, Hesketh K, Maher E, Waters E. Health related quality of life of overweight and obese children. *American Medical Association*.2005; 293(1):70-76
23. Tsiros M, Olds T, Buckley J, Grimshaw P. Health-related quality of life in obese children and adolescents. *Int J Obes*. 2009; 33:387-400
24. Rajmil L, Serra V, Alonso J, Starfield B, Riley A, Vázquez J. The Spanish version of the Child Health and Illness Profile-Adolescent Edition (CHIP-AE). *Qual Life Res*. 2003; 12:303-13.
25. Sato H, Nakamura M, Sasaki N. Effects of bodyweight on health-related quality of life in school-aged children and adolescents. *Pediatr Int*. 2008; 50:552-556

26. Zeller H, Modi C. Predictors of health quality of life in obese youth. *Obesity* 2006; 14(1):122-130
27. Kolotkin, R, Zeller M, Modi A, Samsa G, Polanichka N, Yanovski J. et al. Assessing Weight-Related Quality of Life in Adolescents [Valoración de la calidad de vida relacionada con el peso en adolescentes]. *Obesity*. 2006; 14(3): 448-457.
28. Vélez C, García H. Medición de la calidad de vida en niños. *Iatreia*. 2012; 25: 240-249
29. Weiner J, Lourie J. Human Biology. A guide to field method. International Biological Programme. Handbook. 1969; 9:3-16.
30. Méndez C. Sociedad y Estratificación. Método Graffar-Méndez Castellano. Caracas: Fundacredesa; 1994.
31. Jimenez M. Calidad de vida en adolescentes con obesidad y Sobrepeso. 2013; 1-42
32. Mamondi V. Sobrepeso, obesidad y calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes escolarizados de la ciudad de bahía blanca. 2011; 1-90.
33. Shrewsbury V, Wardle J. Socioeconomic Status and Adiposity in Childhood: A Systematic Review of Cross-sectional Studies 1990–2005. *Obesity*. 2008; 16:275–284
34. ENNyS. Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de resultados. 2007;México.

ANEXO 1. FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Calidad de vida de adolescentes con sobrepeso y obesidad de Instituciones públicas y privadas del Municipio Libertador de la Ciudad de Mérida

FECHA: _____

Nombre y apellidos: _____

Institución Educativa: _____

Pública: _____ Privada: _____

Nombre del Estudiante: _____

Teléfono del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Masculino: _____ Femenino: _____

Nombre del Padre o Representante: _____

Teléfono: _____ Nivel Educativo: _____ Ocupación: _____

EVALUACION ANTROPOMETRICA:

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

Diagnóstico Nutricional: Normopeso: _____ Sobrepeso: _____ Obesidad: _____

Diagnóstico de Crecimiento: Talla Normal: _____ Talla Normal Alta: _____ Talla Alta: _____

EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA:

*Estrato I: clase alta: _____ (4 a 6 puntos * Estrato II: clase media alta: _____ (7 a 9 puntos)

* Estrato III: clase media media: _____ (10 a 12 puntos) * Estrato IV: pobreza relativa: _____ (13 a 16 puntos)

* Estrato V: pobreza crítica: _____ (17 a 20 puntos)

Profesión del Jefe de la Familia	Nivel de Instrucción de la madre	Fuente de ingreso familiar	Tipo de vivienda
1. Universitario	1.Universitario	1. Fortuna heredada	1. Mansión o penthouse
2. Técnico Superior (Graduado Politécnica)	2.Secundaria Completa o Técnica Superior	2. Honorarios profesionales	2. Quinta o apartamento Lujoso
3. Técnico Inferior (No Graduado, INCE)	3. Secundaria incompleta o Técnica inferior	3. Sueldo mensual	3. Casa o apartamento con buenas condiciones sanitarias
4. Obrero Especializado (Plomero, Carpintero)	4. Primaria o alfabeta	4. Salario semanal	4. Vivienda de interés social con déficit de algunas condiciones sanitarias
5. Obrero no Especializado	5. Analfabeta	5. Donaciones	5. Rancho y casas de vecindad

**ANEXO 2. Instrumento. Cuestionario Pediátrico sobre Calidad de Vida PedsQL.
Versión 4.0- Spanish (Venezuela)**

de identificación: _____
Fecha: _____

PedsQL™
Cuestionario Pediátrico
sobre Calidad de Vida

Version 4.0 – Spanish (Venezuela)

INFORME de los JÓVENES (13-18 años)

INSTRUCCIONES

En la página siguiente hay una lista de cosas que pudieran ser un problema para ti.

Por favor, dínos **cuán problemáticas o difíciles** han sido estas cosas para ti durante **EL ÚLTIMO mes**. Traza un círculo alrededor del número de tu respuesta.

- 0 si **nunca** es un problema
1 si **casi nunca** es un problema
2 si **algunas veces** es un problema
3 si **con frecuencia** es un problema
4 si **casi siempre** es un problema

No hay respuestas correctas o incorrectas.
Si no entiendes una pregunta, por favor pide ayuda.

PedsQL 4.0 - (13-18) Prohibida su reproducción sin permiso Copyright © 1998 JW Varni, Ph.D. Todos los derechos reservados
1/00

PedsQL-4.0-Core-A - Venezuela/Spanish - Version of 12 Sep 13 - Mapi.
17490 / PedsQL-4.0-Core-A_spa-VE.doc

...

Durante **EL ÚLTIMO** mes, cuán **problemático** ha sido esto para ti...

SOBRE MI SALUD Y MIS ACTIVIDADES (problemas con...)	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
1. Me cuesta caminar más de una cuadra (100 metros)	0	1	2	3	4
2. Me cuesta correr	0	1	2	3	4
3. Me cuesta practicar deportes o hacer ejercicios	0	1	2	3	4
4. Me cuesta levantar algo pesado	0	1	2	3	4
5. Me cuesta bañarme solo(a) en la bañera o en la ducha	0	1	2	3	4
6. Me cuesta ayudar en las labores de la casa	0	1	2	3	4
7. Siento dolores o molestias	0	1	2	3	4
8. Tengo poca energía	0	1	2	3	4

SOBRE MIS EMOCIONES (problemas con...)	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
1. Me siento con miedo o asustado(a)	0	1	2	3	4
2. Me siento triste o decaído(a)	0	1	2	3	4
3. Me siento bravo(a)	0	1	2	3	4
4. Tengo dificultades para dormir	0	1	2	3	4
5. Me preocupa lo que pueda pasarme	0	1	2	3	4

COMO ME LLEVO CON LOS DEMAS (problemas con...)	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
1. Es difícil para mí llevarme bien con otros jóvenes	0	1	2	3	4
2. Otros jóvenes no quieren ser mis amigos	0	1	2	3	4
3. Otros jóvenes se burlan de mí	0	1	2	3	4
4. No puedo hacer cosas que otros jóvenes de mi edad pueden hacer	0	1	2	3	4
5. Me cuesta seguir el ritmo de otros jóvenes de mi edad	0	1	2	3	4

SOBRE EL COLEGIO (problemas con...)	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
1. Me cuesta poner atención en clase	0	1	2	3	4
2. Se me olvidan las cosas	0	1	2	3	4
3. Tengo dificultad para mantenerme al día en las actividades escolares	0	1	2	3	4
4. Falto al colegio porque no me siento bien	0	1	2	3	4
5. Falto al colegio para ir al médico o al hospital	0	1	2	3	4

PedsQL 4.0 - (13-18) Prohibida su reproducción sin permiso Copyright © 1998 JW Varni, Ph.D. Todos los derechos reservados 01/00

PedsQL-4.0-Core-A - Venezuela/Spanish - Version of 12 Sep 13 - Mapi.
ID7490 / PedsQL-4.0-Core-A_spa-VE.doc

The **Child and Parent Reports** of the **PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales** for:

- Young Children (ages 5-7),
- Children (ages 8-12),
- And Teens (ages 13-18),

are composed of 23 items comprising 4 dimensions.

DESCRIPTION OF THE QUESTIONNAIRE:

Dimensions	Number of Items	Cluster of Items	Reversed scoring	Direction of Dimensions
Physical Functioning	8	1-8	1-8	Higher scores indicate better HRQOL.
Emotional Functioning	5	1-5	1-5	
Social Functioning	5	1-5	1-5	
School Functioning	5	1-5	1-5	

SCORING OF DIMENSIONS:

Item Scaling	5-point Likert scale from 0 (Never) to 4 (Almost always) 3-point scale: 0 (Not at all), 2 (Sometimes) and 4 (A lot) for the Young Child (ages 5-7) child report
Weighting of Items	No
Extension of the Scoring Scale	Scores are transformed on a scale from 0 to 100.
Scoring Procedure	<p><u>Step 1: Transform Score</u></p> <p>Items are reversed scored and linearly transformed to a 0-100 scale as follows: 0=100, 1=75, 2=50, 3=25, 4=0.</p> <p><u>Step 2: Calculate Scores</u></p> <p><u>Score by Dimensions:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • If more than 50% of the items in the scale are missing, the scale scores should not be computed, • Mean score = Sum of the items over the number of items answered. <p><u>Psychosocial Health Summary Score</u> = Sum of the items over the number of items answered in the Emotional, Social, and School Functioning Scales.</p> <p><u>Physical Health Summary Score</u> = Physical Functioning Scale Score</p> <p><u>Total Score:</u> Sum of all the items over the number of items answered on all the Scales.</p>
Interpretation and Analysis of Missing Data	<p>If more than 50% of the items in the scale are missing, the Scale Scores should not be computed.</p> <p>If 50% or more items are completed: Impute the mean of the completed items in a scale.</p>

ANEXO3. CONSENTIMIENTO INFORMADO VALIDO PARA MENORES DE EDAD

Sr (a) Representante: _____ Instituto Educativo _____

Nos dirigimos a Ud. en la oportunidad de informarle que se dará el inicio al Trabajo denominado **“Calidad de vida de adolescentes con sobrepeso y obesidad de Instituciones públicas y privadas del Municipio Libertador de la Ciudad de Mérida”** con el objeto de establecer patrones de referencia para esta variable en nuestra población, y poder detectar los jóvenes que presentan algún trastorno en las dimensiones estudiadas y generar posibles soluciones que vayan a mejorar La calidad de vida del adolescente .

El estudio se llevara a cabo en diferentes etapas: 1.a -Aplicación de una encuesta que incluye datos demográficos: nombre, fecha de nacimiento, edad, sexo, y nombre del representante, teléfono, ocupación. 1. b.-Aplicación del cuestionario de Calidad de vida; 2.- Toma de medidas corporales (peso, talla), 3.-. Su representado fue seleccionado para participar en el estudio, por lo que le solicitamos su consentimiento.

Se le agradece leer cuidadosamente el tríptico anexo, y de estar de acuerdo, dar su consentimiento para que su representado participe. Dicha participación es completamente voluntaria, Si tiene dudas o preguntas al respecto, favor comunicarse con cualquiera de los siguientes contactos:

Dra. Nolis Camacho

Dra. Oriana Pereira

www.bdigital.ula.ve

El día _____, es la evaluación de su representado

Yo, _____ CI: _____

Representante de: _____ cursante de: _____ Grado o Año en la Unidad Educativa: _____; he leído y comprendido el objetivo y el procedimiento del trabajo y doy voluntariamente el consentimiento para que mi representado participe en el estudio “Calidad de vida de adolescentes con sobrepeso y obesidad de Instituciones públicas y privadas del Municipio Libertador de la Ciudad de Mérida “

Doy mi consentimiento marcando con una X:

Encuesta: _____ Toma de medidas corporales _____

En Mérida, a los _____ días del mes de _____ de _____

Firma del Representante _____ CI _____

Firma Investigador _____ CI _____

www.bdigital.ula.ve