

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto Presidencial Del 3 de abril de
1981



**“VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO BASADO EN EL REVISED ILLNESS
PERCEPTION QUESTIONNAIRE (IPQ-R) PARA PACIENTES MEXICANOS
CON OBESIDAD”**

TESIS

Que para obtener el grado de

MAESTRA EN NUTRIOLOGÍA APLICADA

Presenta

ALEXANDRA HURTADO PIÑA

Directora

Dra. Martha Kaufer Horwitz

Codirectora

Dra. Verónica Reyes Pérez

México, D.F.

2017

INDICE

INDICE DE TABLAS	4
INDICE DE ANEXOS	5
Obesidad y sus consecuencias	8
Representación mental	8
Estigmatización y discriminación como consecuencia de la obesidad.	9
Alteración en la calidad de vida por la obesidad	11
Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)	13
Componentes de la enfermedad en el IPQ-R: El caso de la obesidad	14
Adaptación y validación del IPQ-R en distintos ámbitos	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
JUSTIFICACIÓN	18
OBJETIVO	21
METODOLOGÍA	22
Muestra	22
Criterios de selección para la validación:	22
Criterios de inclusión	22
Criterios de exclusión	23
Criterios de eliminación	23
Descripción del instrumento: IPQ-R Adaptado a población mexicana con obesidad (IPQ-R para mexicanos con obesidad).	23
Procedimiento	24
Validación del instrumento IPQ-R adaptado a mexicanos con obesidad	24
Análisis estadístico	25
Validación del IPQ-R para mexicanos con obesidad.	27
Consideraciones éticas	27
RESULTADOS	28
Características de la muestra	28

Análisis de percepción del peso y la estatura en los sujetos de estudio.	29
Validez de Constructo	30
Preguntas abiertas	36
DISCUSIÓN	38
CONCLUSIONES	40
ANEXOS	41
REFERENCIAS	66

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de participantes calculada por cuota de edad y sexo.	22
Tabla 2. Distribución de participantes por grupo de edad y sexo.	28
Tabla 3. Grado escolar de la muestra.	28
Tabla 4. Ocupación de la muestra.	29
Tabla 5. Peso, estatura e Índice de Masa Corporal percibidos y reales de hombres y mujeres.	29
Tabla 6. Comparación de estatura y peso percibidos y reales en hombres y mujeres.	30
Tabla 7. Análisis factorial primera sección: Padecimientos.	32
Tabla 8. Análisis factorial segunda sección: Opinión sobre la enfermedad.	33
Tabla 9. Análisis factorial tercera sección: Causas.	34
Tabla 10. Diferencia en las respuestas por factor entre hombres y mujeres.	35

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Revised illness perception questionnaire (IPQ-R) ²	41
Anexo 2 IPQ-R adaptado a sujetos mexicanos con obesidad ⁴ .	45
Anexo 3. Consentimiento informado aceptado por el comité de ética.	50
Anexo 4. Codificación de pregunta 22.	55
Anexo 5. Codificación de pregunta 23.	58
Anexo 6 IPQ-R adaptado a sujetos mexicanos con obesidad validado.	61

RESUMEN

El instrumento "Illness Perception Questionnaire" creado por Weinman en 1996, tiene el objetivo de hacer una evaluación cuantitativa sobre la representación de los cinco componentes de la enfermedad (identidad, consecuencias, línea del tiempo, control/ cura y causas)¹. En 2002, junto con Moss Morris, creó una versión revisada del instrumento ("Revised Illness Perception Questionnaire" (IPQ-R)) donde se separa cura/control en control atribuido al tratamiento y el control personal, y se agregan dos subescalas: la coherencia de la enfermedad y la representación emocional².

Los autores del instrumento han promovido su traducción, adaptación y validación en diferentes países y con cualquier enfermedad³. En el caso de México, Chávez Murguía realizó la traducción al español y adaptación lingüística específicamente para pacientes con obesidad⁴; sin embargo, quedó pendiente su validación para contar con una herramienta que permita ampliar las estrategias para la evaluación y el abordaje de la obesidad en mexicanos.

El objetivo del presente estudio es validar el instrumento traducido al español basado en el Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) previamente adaptado a población mexicana con obesidad, en un ambiente hospitalario y evaluar su validez y confiabilidad.

La validación consistió en aplicar el instrumento a sujetos adultos mexicanos en contexto hospitalario (por cuota de edad, sexo) con un índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 (peso y estatura auto reportados), sin cirugía bariátrica, ni tratamiento nutricional previo y que otorgaron su consentimiento informado por escrito. La muestra se obtuvo en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Estuvo conformada por 217 sujetos (113 mujeres y 104 hombres) de los siguientes grupos de edad: ≤ 30 años; 30-39 años; 40-49 años; 50-59 años; ≥ 60 años.

Los resultados se obtuvieron mediante un análisis de validez de constructo para así determinar que el Cuestionario de Percepción de la Enfermedad Revisado traducido al español y adaptado a la obesidad, es confiable para conocer la percepción que tienen las personas con obesidad de su enfermedad. Esto

contribuirá a que el proveedor de salud tenga elementos adicionales para determinar el mejor tratamiento del paciente con obesidad.

INTRODUCCIÓN

Obesidad y sus consecuencias

Desde hace alrededor de 30 años, la obesidad ha aumentado a escala global y México no es la excepción, como lo documentan las encuestas nacionales de salud y nutrición de los últimos años⁵.

La obesidad es una enfermedad crónica, controlable, de etiología multifactorial caracterizada por la acumulación excesiva de tejido adiposo por un desequilibrio entre la ingestión y el gasto de energía⁶. Es factor de riesgo para el desarrollo de numerosos problemas de salud; entre ellos, hipertensión arterial, dislipidemias, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares (ECV), apnea del sueño y algunos tipos de cáncer⁷. Además de las consecuencias biológicas, la obesidad tiene consecuencias psicosociales, entre las cuales están: la estigmatización, discriminación y alteración de la imagen corporal⁶. Debido a esto, la importancia de validar el instrumento basado en el Revised Illness Perception Questionnaire” (IPQ-R) elaborado por Weinman¹ y Moss Morris² adaptado a población mexicana con obesidad.

Representación mental

La representación mental es vista desde dos posturas las cuales se expone a continuación. La primera es expuesta por los representacionistas, que ven a la representación como una interacción entre mente, cerebro y el aspecto computacional que entiende como representación mental a la estructura de datos, esto se refiere que los procesos computacionales (algoritmo y pensamiento) como la ejecución de un programa están conformadas por varios elementos como son los controles centrales y periféricos⁸. La segunda postura está dada por los anti-representacionistas que plantean que “la representación puede estar dada por a lo sumo como trazas cerebrales formadas a partir de la interacción compleja y dinámica entre cerebro, cuerpo, medio ambiente y lo resultante”⁸.

La segunda postura marca al plano mental como subjetiva, y analizada desde el punto específico de la psicología al estar en el “inter” al ser una combinación entre

la química cerebral y los conocimientos del sujeto⁸. Algo que establece y es fundamental mencionar es que los anti-representacionistas, dicen que la representación mental también se da por la asimilación de aspectos medio ambientales, sociales, emocionales, cognitivos y culturales⁸.

Es fundamental el estudio de la representación mental en pacientes con obesidad ya que es muy particular para cada uno de quien la padece por los diferentes factores y estímulos que los rodean. Scarpina et al⁹ en su estudio donde analizan la percepción táctil del cuerpo en obesidad de 21 personas con obesidad comparado con 21 personas con un peso saludable, muestra que existe una distorsión en la estimación del tamaño del cuerpo de forma visual y táctil basado en la representación mental de las personas con obesidad y mencionan que esta representación no es exclusivamente física pero está íntimamente relacionado con la autorepresentación.

Hablando específicamente de personas adultas mayores con obesidad, tienden a tener una percepción de su peso diferente por varios aspectos, entre ellos la edad, como lo marca en su estudio Monteagudo et al¹⁰ con 1295 hombres y mujeres de 60-95 años. Bustos et al¹¹, en su estudio con 8 874 mexicanos mayores de 60 años encontró que “la autopercepción de la salud está influenciada directamente por la presencia de comorbilidades discapacidad, la depresión y de una forma indirecta, por la ruta que une la presencia de comorbilidades, discapacidad y la depresión”, siendo así notoria la influencia en la representación mental de la salud, no solo por la enfermedad y la edad pero, también por complicaciones de la misma. A pesar de la diferencia que puede haber entre la percepción de la enfermedad entre adultos y adultos mayores para cuestiones de validación del IPQ-R para mexicanos con obesidad no se hizo distinción al igual que no lo hicieron Weinman et al¹, ni Moss Moris et al², en su validación del IPQ y del IPQ-R.

Estigmatización y discriminación como consecuencia de la obesidad.

Sikorski et al¹² definen la discriminación como: “fenómeno que resulta de etiquetar a una persona con atributos negativos (floja, boba y desmotivada)”.

El concepto *estigma* se utiliza para abarcar toda marca o signo de alguna condición percibida o inferida que salga del estándar o norma¹³. Este concepto fue redefinido posteriormente por Sikorski et al¹², “marca que se vincula a una persona con características indeseables”. Dada su raíz griega: *estigma* que fue la práctica griega de marcar a los esclavos que intentaban escapar¹³. De ahí el hecho que los atributos negativos y la estigmatización sean utilizados para describir el mismo mecanismo: la discriminación¹².

El estereotipo de la obesidad se asocia a una serie de atributos asociados a ella tales como: pereza, falta de inteligencia, bajos niveles de motivación, ya que se entiende como una condición que se encuentra bajo el control del sujeto que la padece¹².

Cuando la persona con obesidad percibe la estigmatización y la discriminación suele haber un impacto negativo en su calidad de vida, manifestado en la generación de conductas alimentarias inadecuadas, rechazo a tratamientos nutricios y actividades físicas, o la búsqueda incorrecta y desinformada de tratamientos y apoyo; lo cual influye en la perpetuación del círculo vicioso y empeorar la condición, lo cual visto desde la perspectiva poblacional retroalimenta la prevalencia de obesidad^{12, 14}.

Al hablar de los determinantes de las actitudes estigmatizadoras, se establece que a mayores atribuciones internas (falta de actividad física, comer mucho, falta de fuerza de voluntad) y externas (influencia cultural, entorno social, abundancia de alimentos, errores en la crianza) de la obesidad que tenga una persona, mayor será la cantidad de actitudes estigmatizadoras que tendrá hacia las personas con obesidad¹⁴.

Es un hecho que internalizar las atribuciones negativas sobre el peso por parte del sujeto con sobrepeso u obesidad pueden generar también una auto-estigmatización. Puhl y Brownell¹⁵ establecieron que la discriminación de las personas por el sobrepeso, se da en todas áreas de desarrollo como es: en las escuelas, donde los alumnos son menos apoyados por los profesores y estigmatizados por los compañeros; en el área laboral, donde se presentan diferentes formas como son: rechazo en entrevistas de trabajo, inequidad laboral

ya sea en aumentos o promociones; en otra área en la que se detecta discriminación es el área médica y de la salud, en la cual los médicos y las enfermeras perciben más complicado y menos exitoso el tratamiento de las personas que tienen obesidad, ya que refieren que suelen ser personas con falta de atención, disciplina y motivación. De esta forma, la discriminación por parte de los proveedores de salud también existe y es común que los médicos caigan en estigmatización cuando usan ciertos términos como “gordura”, “exceso de grasa”, “gran tamaño” y “pesadez” para referirse al peso de los pacientes¹⁵. Volger et al¹⁶ encontraron en un estudio en Pensilvania, EUA, que a las personas con obesidad en tratamiento de control de peso les desagradaba que los médicos se refirieran a su peso con los términos antes mencionados.

Algo que llama la atención de ésta y otras investigaciones es que los términos “obesidad” y “obesidad mórbida” fueron calificados por estos sujetos de igual manera desagradable cuando se referían a ellos^{16,17}. En Reino Unido se informó en una muestra de hombres y mujeres con pesos variados que los términos que se consideraron más estigmatizantes y de burla fueron “obeso mórbido”, “gordo” y “obeso”. Esto se observó en una misma proporción en hombres y en mujeres, en distintos grupos étnicos y (caucásicos y afroamericanos) y en distintos grupos de índice de masa corporal (IMC mayor y menor de 40)¹⁶. Incluso la *Obesity Action Coalition* (OAC),¹⁸ recomienda evitar la utilización de términos estigmatizadores como “gordo”, “obeso”, “obeso mórbido” “extremadamente obeso” y mejor referirse a ellos como personas con obesidad.

Alteración en la calidad de vida por la obesidad

El sobrepeso y obesidad afectan a los sujetos en diferentes áreas de su vida no sólo en la parte física sino también a nivel laboral, emocional, familiar, económico y en la atención médica que reciben por parte de los proveedores de salud¹⁹.

Los resultados de diversos estudios muestran que el IMC es inversamente proporcional a la calidad de vida y que el dominio más afectado en sujetos con obesidad es el de la funcionalidad física y la autoestima, mientras que la

funcionalidad de la esfera mental no se ve tan afectada por el exceso de peso^{19, 20, 21, 22, 23}.

Existen varios instrumentos para medir, evaluar y distinguir cuáles son las áreas más afectadas de la vida de las personas con obesidad. Uno de los instrumentos utilizados es el *Health Utilities Index Mark 3 (HUI3)* que contempla como calidad de vida la visión, la audición, el habla, si el sujeto es ambulatorio, la destreza, el área emocional, el nivel cognoscitivo y el dolor²¹. Garner et al²², en una cohorte de 8,609 sujetos con distintos valores de IMC seguidos por 10 años, evaluados con el instrumento HUI3, encontraron que a mayor IMC de las personas, menor era su calidad de vida relacionada a la salud, siendo más marcado este fenómeno en mujeres que en hombres.

Otro de los instrumentos que evalúa la calidad de las personas con obesidad es el *Medical Outcomes Study Short Form Health Survey (SF-12)* el cual contempla marcadores que miden la funcionalidad física y mental de los sujetos²³. Wanat et al²³, en una cohorte de 202 latinos en Estados Unidos encontraron al utilizar este instrumento una asociación positiva entre el IMC y la funcionalidad física, pero obtuvieron una relación negativa con la funcionalidad mental.

Tanto Danish et al.²⁴, como Wanat et al²³ en 2013, en una muestra de estudiantes de Karachi, Pakistán mostraron que los IMC elevados pueden afectar la calidad de vida física pero no tienen forzosamente que afectar la calidad de vida emocional de las personas con obesidad, esto puede ser por la adaptación que desarrollan los sujetos a su exceso de peso. El grupo de Medrano¹⁹ en la Ciudad de México, demostró al utilizar el instrumento SF-12 en pacientes con sobrepeso y obesidad que la calidad de vida puede estar relacionada con la imagen corporal, la presencia de trastornos de la conducta alimentaria y el estigma social existente hacia la obesidad¹⁹.

Existen instrumentos que evalúan específicamente la calidad de vida en las personas con obesidad como son “The Impact of Weight on Quality of life (IWQOL), The Impact of Weight on Quality of Life-Lite (IWQOL-Lite), The Obesity Related Well-Being (ORWELL-97), The Bariatric Analysis and Reporting Outcomes System (BAROS), The Morread-Ardelt Quality of Life Questionnaire II (M-

AQoLQII) y The Weight-Related Symptom Measure (WRSM); estos instrumentos exploran cuatro dominios: síntomas percibidos, funcionalidad física, estado emocional e interacción social²⁵. Andrés et al²⁶, aplicaron el instrumento IWQOL-Lite con el objetivo de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de una muestra de 109 sujetos españoles en espera de cirugía bariátrica y encontraron que el puntaje más bajo se dio en funcionalidad física, seguido por autoestima, *distress* público (angustia pública) y vida sexual; en contraste se obtuvo el mayor puntaje en el área laboral²⁶.

Algunas referencias revisadas permiten entender que las personas con obesidad se ven afectadas mayormente en la calidad de vida física, como es la movilidad, pero no tan afectadas en su desempeño laboral. Delavari et al²⁷ encontraron que en personas con IMC >30 se ve afectada la autoestima en contraste con lo que mencionan Danish²⁴ y Wanat²³ sobre que la calidad de vida emocional no se ve tan afectada, con lo cual se podría concluir que el sobrepeso y la obesidad afectan el terreno emocional de forma distinta que el físico.

Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)

El instrumento original creado por Weinman en 1996, que lleva por nombre “Illness Perception Questionnaire” (IPQ) fue creado para realizar una evaluación cuantitativa sobre la representación de los cinco componentes de la enfermedad: identidad, consecuencias, línea del tiempo, control/cura y causas¹. Tiempo después, el mismo autor junto con Moss Morris et al². crearon una versión revisada, “Revised Illness Perception Questionnaire” (IPQ-R) (Anexo1) el cual separa cura/control en control atribuido al tratamiento, y el control personal. Agregan dos subescalas: la coherencia de la enfermedad y la representación emocional; además esta versión demostró tener buenas propiedades psicométricas. El IPQ-R mide la representación de la enfermedad elaborada en la mente del paciente por la interacción entre la cognición y las emociones².

Por su utilidad clínica, los autores promueven su traducción, adaptación y validación en diferentes países y con cualquier enfermedad. Por lo anterior, el instrumento ha sido adaptado en varios idiomas (chino, inglés, francés, hebreo,

holandés, húngaro, alemán, italiano, portugués, español, turco, entre otros) y para distintas enfermedades (asma, autismo, diabetes, fatiga, hemofilia, VIH, hipertensión, predisposición genética)²⁸. El instrumento publicado que existe actualmente en español es para hemofilia adaptado por parte de Díaz Cordobés et al²⁹ y más recientemente –aunque aún no está validado- el de obesidad adaptado por Chávez-Murguía (ver adelante, apartado “Adaptación y validación del IPQ-R en distintos ámbitos”)⁴.

Componentes de la enfermedad en el IPQ-R: El caso de la obesidad

Identidad: el primer componente de la enfermedad es la identidad, la cual se refiere a la idea que tiene el paciente de la clasificación, la naturaleza de la enfermedad y la relación que existe entre éstas el cual se puede englobar como el autoconcepto². En las personas con obesidad se busca indagar la idea que tiene el paciente de su peso, su imagen y el origen del peso actual. Gálvez et al³⁰ encontraron, al aplicarles a 216 escolares españoles la Escala de Autoconcepto de Piers-Harris que mide la percepción que el individuo tiene de sí mismo y cómo valora ciertas áreas de su forma de ser, que los jóvenes con obesidad obtuvieron una puntuación más baja en la escala de autoconcepto general en comparación a los niños con peso normal con lo que concluyen que los niños con obesidad al presentar una puntuación más baja tienen una peor percepción de su persona en comparación con los niños con peso normal que tienen una imagen más positiva de ellos mismos.

Consecuencias: El segundo componente es sobre las consecuencias, que se refiere a la idea del paciente sobre cómo la enfermedad, en este caso la obesidad, influye negativamente en diferentes áreas de su vida como son la física, la social y la psicológica¹.

Línea del tiempo: El tercer componente que se analiza es la idea que tiene el paciente de la duración de la enfermedad. Esto se refiere a si los sujetos creen que es una enfermedad aguda, crónica o cíclica².

Control atribuible al tratamiento: Las creencias que tiene el sujeto sobre la efectividad del tratamiento y la adherencia a éste². En los grupos focales que

realizaron López et al³¹ en la ciudad de México con 60 personas con diabetes, encontraron que todos le atribuyen a los medicamentos una mejoría en su salud pero piensan que a largo plazo se les presentará algún efecto secundario; además tienen la idea de que la insulina los dejará ciegos y por ello tienen miedo a usarla³¹.

Control personal: Este aspecto se refiere al compromiso, orden y forma en que el paciente lleva su tratamiento y la coherencia hacia la enfermedad². Se evalúa con preguntas como “Lo que yo haga puede determinar que mi enfermedad mejore o empeore” o “La evolución de mi enfermedad depende de mí”, haciendo referencia a qué tan comprometido está la persona; si sigue el orden y las indicaciones de su tratamiento, para tener un control correcto de su enfermedad, y además saber si la persona tiene los cuidados y dirige sus acciones hacia el objetivo de mantener el control de la enfermedad. Rodríguez et al. llevaron a cabo un estudio con 200 sujetos mexicanos, 100 sin tratamiento previo y 100 con un tratamiento de peso abandonado. Al aplicarles dos instrumentos para evaluar autoeficacia -Evaluación Autoeficacia General³² y el Cuestionario del Modelo HAPA^{33, 34} el cual analiza la autoeficacia de las fases motivacional y volitiva, encontraron que las personas sin algún tratamiento previo sentían que podían tener un mejor control en su alimentación que los que ya habían abandonado un tratamiento.

Cura: Este punto indica si el paciente tiene o no la creencia de que su enfermedad se puede curar o es controlable⁹. En el estudio de grupos focales de López et al³¹ en la ciudad de México con personas con diabetes se encontró que los sujetos perciben a la diabetes como una enfermedad peligrosa e incurable.

Causas: El instrumento busca indagar sobre la idea del paciente de las causas que provocaron que curse con esta enfermedad, los sujetos con obesidad responderán si la enfermedad se debe a causas internas o externas¹. En el caso de la obesidad, Sikorski et al¹⁴, en 2012 muestran que 82% de los sujetos atribuyen como causa de la obesidad a la falta de actividad física, 72.8% a comer más, 34.9% a la herencia, 23.6% a las áreas para realizar actividad física y 53.8% a un pésimo entorno alimentario.

Emocional: El componente emocional de la enfermedad fue agregado por Moss Morris et al², e indaga cómo la representación emocional afecta conductas y los resultados de la enfermedad. En un estudio en la ciudad de México, en el cual analizaron el discurso de 18 personas con obesidad (9 mujeres y 9 hombres) encontraron que los sujetos con IMC igual o mayor a 35 presentan experiencias empíricas causadas por la obesidad como pueden ser: tristeza, depresión, autoagresión, compulsión, devaluación, deterioro, culpa, vergüenza, enojo, resistencia, despreocupación, felicidad, diversión entre otros³⁵.

Adaptación y validación del IPQ-R en distintos ámbitos

Lugo-González et al³⁶, en su estudio sobre la percepción del asma hicieron entrevistas cara a cara con 45 pacientes para conocer la percepción de enfermedad, depresión, ansiedad y control. En el año 2010, Brzoska et al³⁷, estudiaron y validaron el instrumento a partir de una entrevista estructurada en pacientes con diagnóstico de diabetes o enfermedad cardiovascular en Gaziantep, Turquía. En el 2010 Pacheco-Huergo et al³⁸, realizaron la validación lingüística del IPQ-R y su versión breve para la población española. En este interés por conocer la percepción de las personas que padecen alguna enfermedad crónica, en 2013, Chávez Murguía⁴ realizó la traducción al español y la adaptación lingüística específicamente para pacientes con obesidad en México (Anexo 2), debido a la falta de una herramienta que evalúe la autopercepción del paciente con obesidad acerca de su enfermedad. Este instrumento, que aún no ha sido validado, es el objetivo de este trabajo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La obesidad es una enfermedad estigmatizante. En el interés por conocer la percepción de las personas que padecen obesidad, en 2013, Chávez Murguía⁴ realizó la traducción al español y la adaptación lingüística del IPQ-R específicamente para pacientes con obesidad en México; sin embargo, quedó pendiente la validación del instrumento. El presente trabajo toma la adaptación de Chávez-Murguía y lo valida en una población hospitalaria de personas con obesidad.

JUSTIFICACIÓN

La obesidad es una enfermedad crónica de etiología multifactorial (factores genéticos, moleculares, metabólicos, por alteraciones en las vías de hambre y saciedad, hormonales, psicológicos, conductuales y sociales). Por tratarse de una enfermedad compleja, el tratamiento debe ser integral e ir más allá de la búsqueda de la pérdida de peso³⁹.

El costo de la obesidad es inmanejable para cualquier sistema de salud debido a la obesidad misma y a sus comorbilidades (diabetes, enfermedades coronarias, renales, algunos cánceres, entre otras)⁴⁰. Se han intentado varios tratamientos y de diferentes tipos para controlar la obesidad, todos ellos con éxito limitado⁴⁰. Por ello, cualquier ayuda extra que aporte información útil que permita entender mejor la percepción y atribución que tienen las personas de la obesidad podría ayudar a elegir y dirigir el mejor tratamiento de estos pacientes.

El concepto de representación mental es fundamental para entender la relevancia de la validación del IPQ-R en obesidad para mexicanos ya que permite conocer la representación que tienen los participantes de su obesidad dado el medio en el que viven, sus redes sociales y de apoyo, el aspecto emocional, cognitivo individual, cultural y la combinación de éstas en la mente de la persona con obesidad. Esto puede ayudar en el ámbito clínico para contar con mayor información y poder ofrecerle una dirección al tratamiento de las personas con obesidad.

El abordaje de la obesidad se dificulta al ser una enfermedad compleja. Por ello es importante apoyarse en diferentes herramientas y contar con un instrumento validado, como el IPQ-R, el cual aportará elementos emocionales que faciliten el manejo de las personas con obesidad para ofrecerles un tratamiento basado en sus necesidades.

El IPQ-R tiene utilidad a nivel clínico ya que aporta información subjetiva de la obesidad del paciente, además puede ser utilizado en la entrevista centrada en el paciente como una herramienta para que haya un mejor entendimiento entre el paciente y el proveedor de salud. El IPQ-R es una herramienta que puede ayudar a que el paciente pase a una etapa de cambio en la cual se encuentre más

consciente de su enfermedad. El instrumento explora los diferentes elementos que conforman la representación mental de la obesidad en el paciente con obesidad, por lo que puede ayudar a determinar cuál será la prioridad en su tratamiento y así referirlo con especialistas que le brinden un tratamiento integral. Además puede ser utilizada como herramienta de evaluación de los avances en los conocimientos que adquiera el paciente a lo largo de su tratamiento.

A nivel nutricional el IPQ-R adaptado a obesidad podrá ser útil como una herramienta de apoyo en las diferentes etapas del Proceso del Cuidado Nutricional, particularmente la evaluación, donde se recolectan datos para generar un diagnóstico nutricional mucho más acertado. Además podrá ayudar a proporcionar elementos para planear mejor el tratamiento y establecer la intervención más adecuada para un paciente particular. Además, el instrumento puede dar elementos para seleccionar la mejor estrategia para el tratamiento de la obesidad. En la etapa de implementación, particularmente en lo que se refiere a la educación y la orientación, el IPQ-R puede apoyar para darle la dirección correcta.

A nivel personal el paciente puede verse beneficiado del IPQ-R por ser una herramienta de auto-llenado que puede ser útil como un ejercicio reflexivo y de autocrítica que le permita concientizarse de su enfermedad y poder participar más activamente del proceso de tratamiento. Otro de los beneficios de contar con una herramienta validada radica en permitirle al paciente ver su progreso en cuanto a conocimientos y comprensión de la información proporcionada en la orientación alimentaria. Además, el que el instrumento evalúe aspectos que van más allá del simple peso e IMC puede traer beneficios para el paciente, dada la naturaleza compleja de la obesidad.

Le han encontrado tal utilidad al IPQ-R a nivel clínico, que ha sido traducido y adaptado a diferentes idiomas (alemán, chino, italiano, francés, español entre otros) y se ha adaptado a varias enfermedades como VIH, diabetes, asma, dolor agudo y crónico, por mencionar algunas^{41, 42, 43}. A la fecha no se encuentra registrado ningún instrumento para obesidad²⁸.

En el año 2013, en México, Chávez Murguía⁴ realizó la traducción del IPQ-R al español y al mismo tiempo generó un instrumento basado en Redes Semánticas Naturales el cual fue aplicado a 100 sujetos adultos con obesidad para después de analizar las respuestas y así obtuvo “sobrepeso” como el término preferido por las personas con obesidad para referirse a su exceso de peso, término que incorporó al instrumento para su adaptación.

La validación del IPQ-R adaptado a mexicanos con obesidad (Anexo 2) es fundamental para contar con una herramienta para el abordaje de esta enfermedad y evaluar la aplicabilidad del instrumento en México, ya que actualmente no existe una herramienta para medir la representación mental de la obesidad en el paciente que la presenta.

OBJETIVO

Validar el instrumento traducido al español basado en el Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) previamente adaptado a población mexicana con obesidad y evaluar su validez y confiabilidad.

METODOLOGÍA

Muestra

Debido a que para realizar un análisis factorial se requieren mínimo 5 sujetos por reactivo, se multiplicó el número de reactivos de la sección más larga (38 reactivos) por 5 y se obtuvo el tamaño de la muestra⁴⁴.

$$\text{Fórmula: Tamaño de muestra} = (\# \text{ de reactivos}) \times 5 = 38 \times 5 = 190^{44}$$

El número mínimo obtenido se redondeó a 200 para facilitar la conformación de los grupos y el manejo de los datos. La muestra tenía que estar conformada por 200 sujetos (100 mujeres y 100 hombres), con 40 sujetos de cada grupo etario (≤ 30 años; 30-39 años; 40-49 años; 50-59 años; ≥ 60 años) (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de participantes calculada por cuota de edad y sexo.

	POBLACIÓN HOSPITALARIA		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
<30 años	20	20	40
30-39 años	20	20	40
40-49 años	20	20	40
50-59 años	20	20	40
≥ 60 años	20	20	40
Total	100	100	200

Los sujetos con obesidad (fueran pacientes o acompañantes) se reclutaron en distintos sitios del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (institución hospitalaria): en las salas de espera del Banco de Sangre, la Preconsulta de Obesidad y de otras especialidades, en la Clínica Obesidad y en el Centro de Atención Integral del Paciente con Diabetes (CAIPADI)⁴⁴.

Criterios de selección para la validación:

Criterios de inclusión

Mexicanos: nacidos en México, que vivan en México.

Sujetos con edad igual o mayor de 18 años

Que sepan leer y escribir

Sexo indistinto

Obesidad (IMC \geq 30)

Que conozcan su peso y su estatura

Que otorguen su consentimiento informado por escrito

Criterios de exclusión

Con algún procedimiento de cirugía bariátrica

En tratamiento nutricional debido a que se introduce información que puede cambiar el peso y la percepción de la enfermedad.

Haber dejado su tratamiento hace menos de 3 meses.

No contar con datos de peso y estatura para estimar el IMC.

Criterios de eliminación

Cuestionarios o instrumentos incompletos

Descripción del instrumento: IPQ-R Adaptado a población mexicana con obesidad (IPQ-R para mexicanos con obesidad).

El IPQ-R mide la representación mental de la obesidad del paciente mexicano con esta enfermedad, por la interacción entre cognición y emociones². El *IPQ-R para mexicanos con obesidad*, es un instrumento autoaplicado, el cual cuenta con 3 secciones (Anexo 2). Al inicio se encuentra una tabla con 4 preguntas socio-demográficas (edad, sexo, escolaridad y ocupación) además de preguntar el peso y la estatura (percibidas).

En la primera sección, se les pidió a los sujetos identificar síntomas que han presentado por la obesidad (16 reactivos), donde tuvieron que marcar la casilla con la respuesta que aplica de acuerdo con su experiencia. Las respuestas son las mismas para cada síntoma: “No tengo este padecimiento”, “Tengo este padecimiento pero NO está relacionado con mi sobrepeso” y “Tengo este padecimiento y SÍ está relacionado con mi sobrepeso”. Esta primera sección permite evaluar el componente de la enfermedad: identidad.

La segunda sección presentaba una pregunta dicotómica “¿Usted cree que su sobrepeso lo ha puesto en riesgo de desarrollar diabetes?” y 38 preguntas con

escala tipo Likert donde las respuestas van de “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo” pasando por “desacuerdo”, “ni acuerdo ni en desacuerdo” y “acuerdo”. En esta sección se abordan 4 dimensiones sobre la línea del tiempo de la obesidad; como es el caso del reactivo 1 “mi sobrepeso es temporal” y el reactivo 8 “mi sobrepeso durará poco”; las consecuencias de la obesidad como se observa en los reactivos 7 y 17 “Mi sobrepeso tiene consecuencias económicas importantes” y “Mi sobrepeso tiene consecuencias importantes en mi vida”, la representación emocional como en el ítem 10 “Mi sobrepeso me hace enojar” e ítem 25 “Me deprime pensar en mi sobrepeso” y la coherencia de la enfermedad como se presenta en los reactivos 19 “Mi sobrepeso tiene poco sentido para mí”, 29 “Seguir un tratamiento me hará bajar de peso” y 37 “Hay pocas cosas por hacer para controlar mi sobrepeso”.

La tercera sección del instrumento aborda la creencia que tienen los pacientes sobre las causas de la obesidad y tratamiento para controlar su peso. En esta sección el sujeto debió identificar las causas que lo llevaron a presentar sobrepeso; cuenta con 21 reactivos con causas como “sedentarismo (reactivo 1), “mala alimentación” (reactivo 2), “ansiedad” (reactivo 4), “gula y antojos” (reactivo 13) entre otros. Las respuestas obedecen también a una escala tipo Likert y van de “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo” pasando por “desacuerdo” y “ni acuerdo ni en desacuerdo” y “de acuerdo”. Además, esta sección cuenta con dos preguntas abiertas, el reactivo 22 busca conocer las 3 principales causas que los han hecho subir de peso (ordenando de mayor a menor impacto) y el reactivo 23 les pide que ordenen los 3 principales facilitadores que les harían bajar de peso.

Procedimiento

Validación del instrumento IPQ-R adaptado a mexicanos con obesidad

La validación consistió en aplicar el instrumento a 217 sujetos adultos que cumplieron con los criterios de inclusión. Tras la explicación del estudio y al aceptar participar, se les entregó la carta de consentimiento informado para que la leyeran y enseguida se les solicitó su consentimiento informado por escrito (Anexo

3). Se les explicaron los alcances del estudio, enseguida se les preguntó si conocían su estatura y su peso e inmediatamente después de registrarlo, pasantes de servicio social y una especialista en obesidad estandarizadas por el método de Habicht⁴⁵, procedieron a medir su peso en una báscula digital (seca modelo 803) y estatura con un estadímetro (portátil seca modelo 213) para calcular el IMC y verificar los criterios de selección.

Para su peso se les pidió sacar de sus bolsillos todo lo que llevaran consigo, quitarse zapatos, cinturón, suéter/chamarras, bufandas o pañoletas y joyería.

El peso y la estatura se midieron de acuerdo con los estándares internacionales con los sujetos descalzos y con ropa ligera⁴⁶. Posteriormente se solicitó a los sujetos con un IMC igual o mayor de 30 que procedieran a responder el IPQ-R para mexicanos con obesidad en las salas de espera del Banco de Sangre, Preconsulta de Obesidad y de otras especialidades, en un consultorio de la Clínica de Obesidad y en el Centro de Atención Integral del Paciente con Diabetes (CAIPADI) del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se revisó que el instrumento estuviera completo y de no ser así se solicitó al participante que lo completara, teniendo la libertad de no hacerlo si así lo deseaba.

Análisis estadístico

Al inicio del estudio se codificó cada pregunta y respuesta del instrumento IPQ-R para mexicanos con obesidad para poder realizar la base de datos para el análisis de validación. Las preguntas abiertas de la segunda y tercera sección del instrumento se dejaron de forma cualitativa para posteriormente hacer la agrupación, categorización y codificación para su análisis. A continuación, se realizó la hoja de cálculo en Excel donde se vertieron las respuestas ya codificadas. Al finalizar la recolección de datos y vaciado de respuestas a la hoja de cálculo, se limpió la base verificando errores de captura y de codificación. Se eliminaron los instrumentos incompletos.

Codificación preguntas abiertas

La pregunta 39 de la segunda sección, así como la 22 y la pregunta 23 de la tercera sección del instrumento tuvieron que ser analizadas de forma diferente debido a su carácter de preguntas abiertas.

La pregunta 39 al tener una respuesta dicotómica, se codificó y se calcularon las frecuencias para poder hacer la validación de contenido mediante 3 investigadores para determinar si realmente la pregunta medía lo que se quería medir.

Pregunta 22 de la tercera sección del IPQ-R para mexicanos con obesidad.

Escriba cuáles son para usted las tres causas principales de su sobrepeso. Acomódelas por orden de importancia (siendo el uno el más importante), puede guiarse por las causas arriba o puede incluir otra idea que usted tenga.

Las causas más importantes para mí son:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

Para la pregunta 22, tres investigadores, (jueces expertos) revisaron cada una de las respuestas. Agruparon las respuestas por similitud de palabras, significado, idea o criterio de los investigadores. Finalmente, de todas las respuestas dadas por los sujetos de estudio se obtuvieron 26 grupos, los cuales se agruparon en 7 categorías generales (Anexo 4).

Para la pregunta 23, se hizo un análisis análogo al de la pregunta 22. Las respuestas de los participantes se clasificaron en 25 grupos que a su vez se redujeron a 8 con base en la experiencia y los conocimientos de los investigadores (Anexo 5).

Se codificaron las respuestas a las preguntas 22 y 23 para hacer un análisis de frecuencias y determinar su pertinencia⁴⁷.

Pregunta 23 de la tercera sección del IPQ-R para mexicanos con obesidad.

Por último, escriba tres facilitadores que le ayudarían a bajar de peso. Acomódelas por orden de importancia (siendo el uno el más importante).

Lo que me ayudaría mucho a bajar de peso es:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

Validación del IPQ-R para mexicanos con obesidad.

Para la validación del instrumento se calculó la validez de constructo por medio de un análisis factorial y el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach.

Se utilizó el paquete estadístico SPSS en su versión 20 para realizar los siguientes análisis:

1. *Análisis de frecuencia por reactivo*
2. *Análisis de discriminación de reactivos por el método de grupos contrastados (t de Student para muestras independientes).*
3. *Validez de constructo*
4. *Determinación del coeficiente Alfa de Cronbach para obtener la confiabilidad del instrumento total y sus factores⁴⁸.*

Consideraciones éticas

El estudio de Validación del IPQ-R Adaptado a Población Mexicana con Obesidad fue aprobado por los Comités de Investigación y de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se incluyeron los sujetos que dieron su consentimiento informado por escrito para participar (Anexo 3). En todo momento se siguieron los principios de la Declaración de Helsinki y del Reglamento de la Ley General de Salud para Investigación en Seres Humanos, se mantuvo la confidencialidad de la información y se respetó el derecho de los sujetos a retirarse del estudio en cualquier momento, sin que ello afectara la atención a la que tenían derecho en el Instituto.

RESULTADOS

Características de la muestra

La muestra fue conformada por 217 Instrumentos respondidos, de los cuales 113 fueron contestados por mujeres (52.07%) y 104 por hombres (47.93%) (tabla 2). El rango de edad de toda la muestra fue de 18 a 76 años (M= 44.99; DE=15); 12.5% de los sujetos tenían una escolaridad de primaria terminada o menos, en contraste con 12.9% que terminaron una carrera técnica o la normal y 28.1% con la licenciatura terminada (tabla 3). De acuerdo con la clasificación de las ocupaciones, 12.4% eran empleados del sector privado, 16.1% era autoempleados y 18% se dedicaban al hogar (tabla 4).

Tabla 2. Distribución de participantes por grupo de edad y sexo.

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
<30 años	17	27	44
30-39años	20	20	40
40-49años	20	24	44
50-59 años	21	20	41
≥ 60años	26	22	48
Total	104	113	217

Tabla 3. Grado escolar de la muestra.

GRADO ESCOLAR (N=217)	SUJETOS (%)
Primaria incompleta	8 (3.7)
Primaria completa	19 (8.8)
Secundaria completa	38 (17.5)
Preparatoria o bachillerato completa	43 (19.8)
Carrera técnica o la normal completas	28 (12.9)
Licenciatura completa	61 (28.1)
Posgrado completo	11(5.1)
No respondió	9 (4.1)
TOTAL	217 (100%)

Tabla 4. Ocupación de la muestra

OCUPACIÓN (N=217)	SUJETOS (%)
Estudiante	15 (6.9)
Profesionista independiente	18 (8.3)
Empleado del sector privado	27 (12.4)
Empleado gubernamental	17 (7.8)
Autoempleado	35 (16.1)
Hogar	39 (18)
Desempleado	20 (9.1)
Jubilado	13 (6)
Otro	19 (8.8)
No respondió	14 (6.5)
TOTAL	217 (100%)

Análisis de percepción del peso y la estatura en los sujetos de estudio.

En la tabla 5 se presenta estatura, peso e IMC percibidos y medidos en los sujetos de estudio. Los hombres se perciben hasta 9 kg. más delgados al peso real (medido), mientras que las mujeres tienen una mejor percepción de su peso. El IMC que resulta de los datos percibidos tanto en hombres como en mujeres es más elevado que el calculado a partir del peso y la estatura medidos; es decir, se percibe con mayor sobrepeso del que realmente tienen

Tabla 5. Peso, estatura e IMC percibidos y reales de hombres y mujeres.

	TOTAL				HOMBRES				MUJERES			
	Media	Máximo	Mínimo	DE*	Media	Máximo	Mínimo	DE*	Media	Máximo	Mínimo	DE*
Percibido												
Estatura	1.65	1.88	1.45	0.99	1.72	1.88	1.46	0.72	1.59	1.88	1.45	0.85
Peso	103.1	185	65	21.1	108.7	180	70		97.9	185	65	20.9
IMC (calculado)	37.5			6.9	36.9			6.43	38			7.2
Medido												
Estatura	1.64	1.88	1.40	0.10	1.70	1.87	1.48	0.71	158	1.88	1.40	0.85
Peso	104.2	189	70	22.0	98.7	189	70	21.99	98.7	180	70	22
IMC (calculado)	35.2			12.6	34	63.02	25.86	13.2	36.4	59.59	30	12.6

*DE: Desviación Estándar

La tabla 6 muestra la comparación de estatura y peso percibidos y reales en hombres y mujeres y los clasifica en tres categorías: menor, igual y mayor al percibido. El 56.9% de la muestra se perciben más delgados y 66.2% más altos. Específicamente, 55.8% de las mujeres se ven más delgadas y 61% más altas mientras que 58.1% de los hombres se perciben más delgados y 72% se perciben más altos.

En su mayoría, las personas con obesidad que contestaron el instrumento IPQ-R para mexicanos con obesidad se percibían más delgados y altos. Al hacer el análisis dividiendo a hombres y mujeres sucede lo mismo: se percibieron hasta 10.2cm más altos y hasta 45kg más delgados.

Tabla 6. Comparación de estatura y peso percibidos y reales en hombres y mujeres.

	MEDIDO		
	MENOR AL MEDIDO	IGUAL AL MEDIDO	MAYOR AL MEDIDO
Peso percibido (%)			
Hombres	58.1	5.4	36.6
Mujeres	55.8	3.8	40.4
Total	56.9	4.6	38.6
Estatura percibida (%)			
Hombres	17.2	10.8	72
Mujeres	21.9	17.1	61
Total	19.7	14.1	66.2

Validez de Constructo

Al confirmar que los resultados presentaban una distribución normal se procedió a realizar el análisis de validez de constructo con los 217 instrumentos IPQ-R para población mexicana con obesidad. Cada sección del instrumento fue analizada de forma independiente. Por tratarse de preguntas abiertas, se excluyeron del análisis las preguntas 39 de la segunda sección, 22 y 23 de la tercera sección. En estos casos, se procedió a hacer un análisis de contenido por parte de expertos (ver más adelante).

Para obtener la validez de constructo y la confiabilidad del instrumento IPQ-R para mexicanos con obesidad se analizó de forma separada cada sección siguiendo los siguientes pasos:

1. *Análisis de frecuencia por reactivo.*

Los datos se comportaron de forma normal de acuerdo al análisis de frecuencias por reactivo.

2. *Análisis de discriminación de reactivos por el método de grupos contrastados (t de Student para muestras independientes), para cada uno de los reactivos.*

Las preguntas de la primera sección discriminaron todas, al igual que en la tercera sección. En la segunda sección no discriminaron las preguntas 4 (t: 1.976; p: 0.051), 5 (t: 0.482; p: 0.63), 8 (t: 0.523; p: 0.602), 9 (t: 0.5; p: 0.618) y 19 (t: 1.075; p: 0.285).

3. *Se realizó el análisis factorial con rotación ortogonal (varimax).*

Se procedió a realizar un análisis factorial con rotación ortogonal (varimax), y se obtuvieron cuatro factores en la primera y segunda sección y tres factores en la tercera sección; a cada uno de ellos se le calculó el coeficiente de confiabilidad, los resultados se presentan en las tablas 7, 8 y 9. Los reactivos con una carga factorial menor a 0.40 fueron eliminados.

La tabla 7 muestra el análisis factorial de la primera sección del instrumento, los padecimientos. Se encontraron 4 factores: físicos (α 0.79), Psicosociales (α 0.71), Osteoarticulares (α 0.72) y Comorbilidades (α 0.59) dando como resultado una medida de adecuación muestral Kaiser-Meyer Olkin (KMO) de 0.87 y explicó el 43.7% de la varianza total. Fue eliminada una pregunta “dolor de cabeza” por que la carga factorial es menor de 0.40.

Tabla 7. Análisis factorial primera sección: Padecimientos.

	Factor 1 Físicos	Factor 2 Psicosociales	Factor 3 Osteoarticular	Factor 4 Comorbilidades
1ª sección: Padecimientos				
Físicos (α 0.79)				
Falta de aire	0.577			
Mala condición física	0.573			
Cansancio	0.537			
Mi ropa de uso habitual me ha dejado de quedar	0.534			
Falta de motilidad	0.425			
Dolor de espalda	0.411			
Psicosociales (α 0.71)				
Baja autoestima		0.746		
Tristeza		0.618		
Crítica social (apodos y burlas)		0.558		
Osteoarticulares (α 0.72)				
Dolor de extremidades (brazos y piernas)			0.686	
Dolor en articulaciones (rodillas. tobillos)			0.674	
Sensación de hinchazón			0.425	
Comorbilidades (α 0.59)				
Problemas respiratorios				0.655
Diabetes				0.455
Presión elevada				0.443
Eliminada				
Dolor de cabeza				

4. *Determinación del coeficiente Alfa de Cronbach para obtener la confiabilidad del instrumento total y sus factores⁴⁸.*

El coeficiente Alfa de Cronbach de todo el instrumento fue de 0.85, para obtener la confiabilidad. En las tablas 8, 9 y 10 se observan los coeficientes de los factores de cada sección.

Tabla 8. Análisis factorial segunda sección: Opinión sobre la enfermedad.

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	5	6	7	8	9
Representación emocional (α 0.85)									
Tener sobrepeso me pone ansioso(a)	0.784								
Me deprime pensar en mi sobrepeso	0.735								
Mi sobrepeso afecta como me ven los otros	0.710								
Mi sobrepeso me da miedo	0.630								
Mi sobrepeso me hace enojar	0.629								
Me disgusta pensar en mi sobrepeso	0.622								
Control/ Consecuencias (α 0.74)									
Mi sobrepeso tiene consecuencias		0.468							
Lo que yo haga influye en mi sobrepeso		0.702							
Puedo influir en mi sobrepeso		0.627							
Puedo hacer mucho para controlar los síntomas de mi sobrepeso		0.521							
El desarrollo de mi sobrepeso depende de mi		0.485							
Seguir un tratamiento me hará bajar de peso		0.480							
Mi sobrepeso es algo serio		0.462							
Mi sobrepeso tiene consecuencias económicas importantes		0.448							
Mi sobrepeso va mejor o peor por temporadas		0.412							
Mi sobrepeso causa problemas a la gente cercana a mi		0.401							
Coherencia de la enfermedad (α 0.60)									
Para mí los síntomas de mi sobrepeso son difíciles de entender			0.576						
Para mí el sobrepeso es un misterio			0.521						
Haga lo que haga tendré sobrepeso			0.506						
No entiendo mi sobrepeso			0.462						
Temporalidad (α 0.73)									
Mi peso cambia constantemente de un momento a otro				0.814					
Mi peso varía por temporadas				0.622					
Mi peso es impredecible				0.408					
Preguntas eliminadas									
Actualmente faltan tratamientos que puedan ayudarme a luchar contra el sobrepeso					0.740				
Existen tratamientos para controlar mi sobrepeso									
Hay tratamientos para curar mi sobrepeso									
Tengo una imagen clara y comprensible de mi sobrepeso						0.565			
Mi sobrepeso es temporal									
Mi sobrepeso disminuirá con el tiempo							0.498		
Hay pocas cosas por hacer para controlar mi sobrepeso									
Mi sobrepeso me da miedo									
Mi sobrepeso me preocupa poco								0.570	
Mis acciones afectan poco mi sobrepeso								0.403	

La tabla 8 muestra el análisis factorial de la segunda sección del instrumento, la cual después de 29 iteraciones encontró 4 factores: representación emocional (α 0.85), control/ consecuencias (α 0.74), coherencia de la enfermedad (α 0.60) y temporalidad (α 0.73). El Alfa de Cronbach total de la segunda sección es de 0.78 y explicó 45% de la varianza total. Además de las preguntas que se eliminaron en el *Análisis de discriminación de reactivos por el método de grupos contrastados*, fueron eliminadas 10 preguntas más porque la carga factorial es menor de 0.40 o un “factor” está compuesto por dos reactivos, entonces se trata de una correlación no de un verdadero factor.

Tabla 9. Análisis factorial tercera sección: Causas.

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
Emocionales (α 0.87)					
Depresión	0.835				
Trastornos emocionales	0.739				
Baja autoestima	0.714				
Ansiedad	0.673				
Frustración	0.668				
Apatía	0.588				
Estrés	0.571				
Alimentarios/ inactividad (α 0.79)					
Comida Chatarra		0.653			
Mala Alimentación		0.610			
Comer mucho		0.597			
Comer grasa		0.596			
Gula y antojos		0.525			
Sedentarismo		0.464			
Estructura (α 0.71)					
No tener horarios para comer			0.503		
Largos periodos de ayuno			0.674		
Falta de tiempo			0.577		
Eliminadas					
Falta de conocimientos para nutrición				0.551	
Influencia de terceros					
Problemas en la tiroides					
Herencia					
Mucha disponibilidad de comida en la calle					0.508

La tabla 9 muestra el análisis factorial de la tercera y última sección del instrumento la cual habla sobre las causas. Se muestran 3 factores: emocionales (α 0.87), alimentarios/inactividad (α 0.79) y finalmente estructura (α 0.71). La tercera sección del instrumento tiene un Alfa de Cronbach total de 0.89 y explicó

51.6% de la varianza total. En esta sección se eliminaron 5 preguntas por que la carga factorial es menor de 0.40 o un “factor” está compuesto por dos reactivos, entonces se trata de una correlación no de un verdadero factor.

Tabla 10. Diferencia en las respuestas por factor entre hombres y mujeres.

Primera Sección: Padecimientos						
Factor	Media hombres	DE Hombres	Media mujeres	DE Mujeres	t	p
Factor 1: Físicos	1.05	0.65	1.21	0.62	1.895	0.059
Factor 2: Psicosociales	0.47	0.63	0.80	0.73	3.477	0.001
Factor 3: Osteoarticulares	0.92	0.72	1.23	0.74	3.265	0.001
Factor 4: Comorbilidades	0.64	0.65	0.63	.67	0.007	0.994
Segunda sección: Opiniones sobre la enfermedad.						
Factor 1: Representación emocional	2.0069	.92419	2.4311	1.03773	3.170	0.002
Factor 2: Control/Consecuencias	2.6229	.60153	2.6922	.73897	0.750	0.451
Factor 3: Coherencia de la enfermedad	1.2236	.80345	1.4978	.83886	2.459	0.015
Factor 4: Temporalidad	1.7756	1.06776	1.9558	1.04227	1.256	0.211
Tercera sección: Causas						
Factor 1: Emocionales	1.65	1.09	2.43	1.04	4.199	0.00
Factor 2: Alimentarios/inactividad	2.78	0.80	2.83	0.97	0.468	0.64
Factor 3: Estructura	2.62	1.06	2.60	1.00	0.185	0.85

La tabla 10 muestra la manera en que fueron respondidas las preguntas de cada factor por hombres y mujeres de la muestra. El factor emocional en cada una de las secciones del instrumento fue contestado de forma diferente por parte de hombres y mujeres; esto se manifiesta debido a que se encontraron diferencias estadísticamente significativas (1ª sección: 2 factor: $p=0.001$; 2ª sección: Factor 1: $p=0.002$; Sección3: Factor 1: $p=0.00$). Específicamente en la primera sección se observa una diferencia en las respuestas de los hombres de las mujeres en los síntomas osteoarticulares ($p=0.001$) al relacionarlo con su obesidad. En la segunda sección en la coherencia de su sobrepeso, hombres y mujeres contestan

de forma estadísticamente ($p=0.015$). Todos los demás factores del instrumento en sus diferentes secciones hombres y mujeres coinciden en las respuestas.

Preguntas abiertas

Pregunta 39 segunda sección:

Las preguntas 39 de la segunda sección “¿Usted cree que su sobrepeso lo ha puesto en riesgo de desarrollar diabetes? “Sí” “No” fue analizada mediante frecuencias; 52.8% respondieron “no” y 47.2% respondieron “sí”.

Pregunta 22, tercera sección:

La pregunta 22 de la tercera sección “Escriba cuales son para usted las **tres causas principales** de su sobrepeso. Acomódelas por orden de importancia (siendo el uno el más importante), puede guiarse por las causas enlistadas arriba o puede incluir otras ideas que usted tenga. Las causas más importantes para mí son:” se obtuvo para la causa principal, de mayor a menor peso porcentual: malos hábitos de alimentación (26.3%), sedentarismo (15.7%) y gula y antojos (12.4%). Para la segunda causa: sedentarismo (21.2%), malos hábitos de alimentación (13.4%), y gula y antojos (12.4%). Para la tercera causa las respuestas más frecuentes fueron: sedentarismo (12.4%), no tener horarios (11.1%) y gula y antojos (10.9%). Por lo anterior, se concluye que las principales causas del sobrepeso informadas por los participantes fueron en primer lugar “malos hábitos de alimentación”, y en segundo y tercer lugar, “sedentarismo”.

Pregunta 23, tercera sección:

Por último, se efectuó el análisis de la pregunta 23 de la tercera sección del instrumento; la cual era: “Por último, escriba **tres facilitadores** que le ayudarían a bajar de peso. Acomódelos por orden de importancia (siendo el uno el más importante). Lo que me ayudaría mucho a poder bajar de peso es:” 31.3% contestó como el principal facilitador: hacer “mejores elecciones en su alimentación”, el 18% hacer “ejercicio” y el 13.4% “tratamiento nutricio” o “dieta”. Para la segunda acción que sugirieron los participantes para mejorar su peso:

35.9% respondió hacer “ejercicio”, 32.7% “mejores elecciones de alimentación” y 8.8% respondió que le ayudaría establecer “horarios”. El tercer y último facilitador resultó ser, “mejores elecciones de alimentación” con 22.1%, “hacer ejercicio” con 18.9% y 12.4% respondieron “fuerza de voluntad”. Los resultados para los facilitadores en orden de mayor a menor importancia “mejores elecciones de alimentación”, el segundo fue hacer “ejercicio” y finalmente el tercero igual que el primero “mejores elecciones de alimentación” aunque es importante contemplar que existen otros facilitadores con menor peso porcentual pero igual de importantes para entender la percepción que tienen las personas con obesidad.

El análisis de contenido con la participación de los investigadores permitió establecer que las preguntas tenían un contenido que era un reflejo excelente sobre la percepción mental que tiene la gente con obesidad de sus ideas sobre las consecuencias y las causas que lo llevaron a tener el peso que tiene actualmente.

El instrumento después de la validación, se eliminaron las preguntas que fueron descartadas en el análisis de discriminación de reactivos por el método de grupos contrastados y en el análisis factorial (Anexo 6).

DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue validar el instrumento traducido al español basado en el Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) previamente adaptado a población mexicana con obesidad y evaluar su confiabilidad.

Nuestros resultados demuestran que la versión del IPQ-R adaptada a obesidad en población mexicana es válida y confiable para conocer la idea que tiene los mexicanos con obesidad de su padecimiento (su obesidad).

Se encontró que las tres secciones del instrumento obtuvieron un alfa de Cronbach de 0.84; 0.85 y 0.89 lo que permite establecer que tiene una buena confiabilidad ya que la literatura marca que un instrumento tiene suficiente validez cuando el alfa es mayor o igual a 0.70. Sólo encontramos un autor que en su estudio de validación del instrumento Short Form 36 Health Survey Questionnaire (SF-36) tomó como válida una alfa de Cronbach de 0.85⁴⁹, la mayoría de los artículos^{50; 51; 52, 53} de validación, así como los que validaron alguna versión del IPQ-R plantearon como valor mínimo un alfa de Cronbach mayor a 0.7⁵⁴. Incluso en la versión de Moss-Morris et al en 2001² el alfa de Cronbach de las tres secciones fluctuó entre 0.79 y 0.89. La varianza explicada de esta adaptación del IPQ-R fue de 43.7% a 61.6% la cual es similar a la obtenida por Moss-Morris et al² en la revisión del IPQ que oscila entre 33% y 68% de la varianza explicada.

Para la primera sección referente a los padecimientos, se encontraron cuatro factores: padecimientos físicos, psicosociales, osteoarticulares y comorbilidades. No se incluyó el reactivo “Dolor de cabeza”. La pregunta “Dolor de cabeza” fue excluida del análisis factorial de la primera sección por no cumplir con los requisitos del análisis (tabla 7).

En la segunda sección se encontraron cuatro factores y se eliminaron las preguntas 11, 20, 21, 34 y 37 que formarían parte del factor Control; la pregunta 3 formaría parte del factor Coherencia de la enfermedad; la pregunta 1 y 33 formarían parte del factor de Temporalidad y finalmente la pregunta 31 y 32 formarían parte del factor de Representación emocional (tabla 8).

Finalmente, de la tercera sección del instrumento que explora las causas, se encontraron tres factores, se eliminaron tres preguntas que formarían parte de un

nuevo factor “Control externo” y dos preguntas relacionadas con la alimentación (tabla 9).

Los hombres y las mujeres respondieron de forma similar el instrumento, salvo en lo relacionado con los aspectos emocionales en todo el instrumento; así como los síntomas osteoarticulares. Breadworth et al., en 2002 en Reino Unido, en una cohorte de 421 personas (177 hombres y 244 mujeres) encontraron que la selección e importancia que le dan las mujeres al tipo y grupos de alimentos que consumen, así como la imagen corporal, tienen relación con la conceptualización de la femineidad y la masculinidad ⁵⁵.

Al comparar el peso y la estatura percibidos con las mediciones antropométricas reales los participantes con obesidad se encontró que en su mayoría los sujetos subestimaron su peso y sobreestimaron su estatura. Esto es frecuente en personas con obesidad. Webb et al ⁵⁶ mostraron que los hombres suelen subestimar su peso, asimismo observaron que hombres y mujeres suelen subestimar el sobrepeso de otras personas sin importar su país de origen, aunque en población inglesa el fenómeno era menor que en población estadounidense ⁵⁷. Oldham y Robinson ⁵⁸ establecieron que cuando las personas están más expuestas a otras personas con obesidad, tienen a subestimar más el sobrepeso u obesidad de otras personas.

Los participantes contestaron “malos hábitos alimentarios” y el “sedentarismo” como las principales causas de su sobrepeso, dejando ver que conocen cuáles pueden ser las causas de su problema de obesidad.

La validación de la versión adaptada para mexicanos con obesidad del IPQ-R no incluyó un análisis específico para adultos mayores. Es posible que éstos presenten una percepción diferente de la enfermedad en comparación con el resto de los adultos debido a la posible cronicidad de la enfermedad o a que ésta se presenta concomitantemente con otras condiciones de salud que aparecen con la edad.

CONCLUSIONES

Se encontró que la versión adaptada para obesidad y mexicanos del IPQ-R fue válida y confiable para analizar la percepción que tienen las personas de su obesidad.

Tener un instrumento validado en población mexicana para personas con obesidad permitirá tener datos confiables de la percepción que tienen los pacientes de su enfermedad y de esta manera brindarles una atención individualizada enfocada a atacar las causas percibidas de su enfermedad.

Con este instrumento ya validado será posible medir la representación mental de la obesidad en mexicanos con obesidad y que acude a instituciones hospitalarias, para que al proveedor de salud se le facilite el manejo de las personas con obesidad, encamine de mejor manera su tratamiento y tenga un enfoque integral que abarque más allá de la pérdida de peso. Lo anterior es posible debido a que el instrumento contempla también el aspecto emocional de la obesidad que generalmente no se explora en la consulta de obesidad.

ANEXOS

ANEXO 1. REVISED ILLNESS PERCEPTION QUESTIONNAIRE (IPQ-R)²

YOUR VIEWS ABOUT YOUR ILLNESS

Listed below are a number of symptoms that you may or may not have experienced since your illness. Please indicate by circling Yes or No, whether you have experienced any of these symptoms since your illness, and whether you believe that these symptoms are related to your illness.

	I have experienced this symptom <i>since my illness</i>		This symptom is <i>related to my illness</i>	
	Yes	No	Yes	No
Pain	Yes	No	Yes	No
Nausea	Yes	No	Yes	No
Breathlessness	Yes	No	Yes	No
Weight Loss	Yes	No	Yes	No
Fatigue	Yes	No	Yes	No
Stiff Joints	Yes	No	Yes	No
Sore Eyes	Yes	No	Yes	No
Headaches	Yes	No	Yes	No
Upset Stomach	Yes	No	Yes	No
Sleep Difficulties	Yes	No	Yes	No
Dizziness	Yes	No	Yes	No
Loss of Strength	Yes	No	Yes	No

We are interested in your own personal views of how you now see your current illness.

Please indicate how much you agree or disagree with the following statements about your illness by ticking the appropriate box.

	VIEWS ABOUT YOUR ILLNESS	STRONGLY DISAGREE	DISAGREE	NEITHER AGREE NOR DISAGREE	AGREE	STRONGLY AGREE
IP1	My illness will last a short time					
IP2	My illness is likely to be permanent rather than temporary					
IP3	My illness will last for a long time					
IP4*	This illness will pass quickly					
IP5	I expect to have this illness for the rest of my life					
IP6	My illness is a serious condition					
IP7	My illness has major consequences on my life					
IP8	My illness is easy to live with					
IP10	My illness strongly affects the way others see me					
IP11	My illness has serious financial consequences					
IP13*	My illness causes difficulties for those who are close to me					
IP17	There is a lot which I can do to control my symptoms					
IP18	What I do can determine whether my illness gets better or worse					
IP20*	The course of my illness depends on me					
IP21*	Nothing I do will affect my illness					
IP22*	I have the power to influence my illness					
IP23*	My actions will have no affect on the outcome of my illness					
IP26	My illness will improve in time					
IP27	There is very little that can be done to improve my illness					
IP28*	My treatment will be effective in curing my illness					
IP29*	Negative effects of my illness can be prevented (avoided) by my treatment					
IP30*	My treatment can control my illness					
IP31*	There is nothing which can help my condition					
IP32	The symptoms of my condition are puzzling to me					

	VIEWS ABOUT YOUR ILLNESS	STRONGLY DISAGREE	DISAGREE	NEITHER AGREE NOR DISAGREE	AGREE	STRONGLY AGREE
IP33	My illness is a mystery to me					
IP34*	I don't understand my illness					
IP35*	My illness doesn't make any sense to me					
IP36*	I have a clear picture or understanding of my condition					
IP37	The symptoms of my illness change a great deal from day to day					
IP38*	My symptoms come and go in cycles					
IP39*	My illness is very unpredictable					
IP41*	I go through cycles in which my illness gets better and worse.					
IP44	I get depressed when I think about my illness					
IP45*	When I think about my illness I get upset					
IP46*	My illness makes me feel angry					
IP47*	My illness does not worry me					
IP48*	Having this illness makes me feel anxious					
IP50*	My illness makes me feel afraid					

CAUSES OF MY ILLNESS

We are interested in what you consider may have been the cause of your illness. As people are very different, there is no correct answer for this question. We are most interested in your own views about the factors that caused your illness rather than what others including doctors or family may have suggested to you. Below is a list of possible causes for your illness. Please indicate how much you agree or disagree that they were causes for you by ticking the appropriate box.

	POSSIBLE CAUSES	STRONGLY DISAGREE	DISAGREE	NEITHER AGREE NOR DISAGREE	AGREE	STRONGLY AGREE
C1	Stress or worry					
C2	Hereditary - it runs in my family					
C3	A Germ or virus					
C4	Diet or eating habits					
C5	Chance or bad luck					
C6	Poor medical care in my past					
C7	Pollution in the environment					
C8	My own behaviour					
C9	My mental attitude e.g. thinking about life negatively					
C10	Family problems or worries					
C11*	Overwork					
C12*	My emotional state e.g. feeling down, lonely, anxious, empty					
C13*	Ageing					
C16*	Accident or injury					
C17*	My personality					
C18*	Altered immunity					

In the table below, please list in rank-order the three most important factors that you now believe caused YOUR ILLNESS. You may use any of the items from the box above, or you may have additional ideas of your own.

The most important causes for me:

1. _____
2. _____
3. _____

ANEXO 2 IPQ-R ADAPTADO A SUJETOS MEXICANOS CON OBESIDAD⁴.

CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DEL SOBREPESO

Lugar: _____

Agradecemos su ayuda y tiempo. Este cuestionario es **anónimo** para que exprese sus respuestas libremente.

Sexo: hombre mujer

Edad: _____

Escolaridad: 1) no terminé la primaria 2) sí terminé la primaria 3) terminé la secundaria

4) terminé la preparatoria o el bachillerato 5) terminé una carrera técnica o la normal

6) terminé una licenciatura 7) terminé un posgrado

Ocupación: 1) Estudiante 2) Freelancer o profesionista independiente 3) Empleado del

sector privado 4) Empleado gubernamental 5) Autoempleado 6) Ama(o) de casa

7) Desempleado 8) Jubilado 9) Otra

Estatura _____ **Peso** _____

A continuación se le presentan una serie de padecimientos que puede haber experimentado por el sobrepeso. Por favor, para CADA padecimiento señale la frase con la que más está de acuerdo.

	Padecimiento	No tengo este padecimiento	Tengo este padecimiento pero NO está relacionado con mi sobrepeso	Tengo este padecimiento y Sí está relacionado con mi sobrepeso
1	Cansancio			
2	Dolor en articulaciones (rodillas, tobillos)			
3	Falta de aire			
4	Presión elevada			
5	Tristeza			
6	Mi ropa de uso habitual me ha dejado de quedar			
7	Dolor de espalda			
8	Mala condición física			
9	Diabetes			
10	Baja autoestima			
11	Falta de movilidad			
12	Problemas respiratorios			
13	Dolor de extremidades (brazos, piernas o pies)			
14	Dolor de cabeza			
15	Crítica social (apodos y burlas)			
16	Sensación de hinchazón			

Estamos interesados en conocer su punto vista sobre la forma en que usted percibe actualmente su sobrepeso. Por favor marque qué tanto está en desacuerdo o de acuerdo con las siguientes afirmaciones.

		Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Mi sobrepeso es temporal.					
2	No entiendo mi sobrepeso.					
3	Tengo una imagen clara y comprensible de mi sobrepeso.					
4	Mi sobrepeso durará mucho tiempo.					
5	Mi sobrepeso será permanente.					
6	El desarrollo de mi sobrepeso depende de mí.					
7	Mi sobrepeso tiene consecuencias económicas importantes.					
8	Mi sobrepeso durará poco.					
9	Es fácil vivir con mi sobrepeso.					
10	Mi sobrepeso me hace enojar.					
11	Actualmente faltan tratamientos que puedan ayudarme a luchar contra el sobrepeso.					
12	Mi sobrepeso va mejor o peor por temporadas.					
13	Puedo influir en mi sobrepeso.					
14	Mi sobrepeso causa problemas a la gente cercana a mí.					
15	Haga lo que haga tendré sobrepeso.					
16	Para mí los síntomas de mi sobrepeso son difíciles de entender.					
17	Mi sobrepeso tiene consecuencias importantes en mi vida.					
18	Mi peso cambia constantemente de un momento para otro.					
19	Mi sobrepeso tiene poco sentido para mí.					
20	Hay tratamientos para curar mi sobrepeso.					
21	Mis acciones afectan poco mi sobrepeso.					
22	Mi sobrepeso es algo serio.					
23	Puedo hacer mucho para controlar los síntomas de mi sobrepeso.					
24	Lo que yo haga influye en mi sobrepeso.					
25	Me deprime pensar en mi sobrepeso.					

		Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
26	Para mí, el sobrepeso es un misterio.					
27	Tener sobrepeso me pone ansioso(a).					
28	Mi sobrepeso afecta cómo me ven los otros.					
29	Seguir un tratamiento me hará bajar de peso.					
30	Tendré sobrepeso el resto de mi vida.					
31	Mi sobrepeso me da miedo.					
32	Mi sobrepeso me preocupa poco.					
33	Mi sobrepeso disminuirá con el tiempo.					
34	Existen tratamientos para controlar mi sobrepeso.					
35	Mi peso es impredecible.					
36	Me disgusta pensar en mi sobrepeso.					
37	Hay pocas cosas por hacer para controlar mi sobrepeso.					
38	Mi peso varía por temporadas.					

39	¿Usted cree que su sobrepeso lo ha puesto en riesgo de desarrollar diabetes?	No	Si
----	--	-----------	-----------

Estamos interesados en conocer lo que considera son las causas de su sobrepeso. Nos importa el punto de vista de **usted**, no nos interesa lo que médicos o familiares le han dicho sobre las causas de su sobrepeso. No existen respuestas buenas ni malas.

A continuación se le presenta una lista de posibles causas de su sobrepeso. Por favor marque qué tanto está en desacuerdo o acuerdo con ellas.

	Causas	Totalmente desacuerdo	Desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Sedentarismo					
2	Mala alimentación					
3	Comer mucho					
4	Ansiedad					
5	Depresión					
6	Problemas en la tiroides					
7	Comida chatarra					
8	No tener horarios para comer					
9	Estrés					
10	Falta de conocimientos sobre nutrición					
11	Herencia					
12	Baja autoestima					
13	Gula y antojos					
14	Trastornos emocionales					
15	Largos periodos de ayuno					
16	Falta de tiempo					
17	Influencia de terceros					
18	Comer grasa					
19	Frustración					
20	Apatía					
21	Mucha disponibilidad de comida en la calle					

Escriba cuáles son para usted las **tres causas principales** de su sobrepeso. Acomódelas por orden de importancia (siendo el uno el más importante), puede guiarse por las causas enlistadas arriba o puede incluir otras ideas que usted tenga.

Las causas más importantes para mí son:

1

2

3

Por último, escriba **tres facilitadores** que le ayudarían a bajar de peso. Acomódelas por orden de importancia (siendo el uno el más importante).

Lo que me ayudaría mucho a poder bajar de peso es:

1

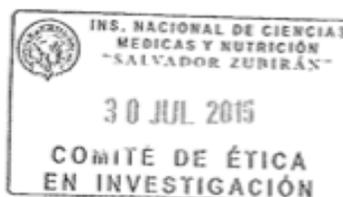
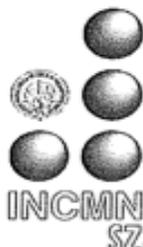
2

3

¡Muchas gracias!

Su participación ha sido muy valiosa para nosotros

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO ACEPTADO POR EL COMITÉ DE ÉTICA.



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN"

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO:
"VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO BASADO EN EL REVISED ILLNESS PERCEPTION
QUESTIONNAIRE (IPQ-R) PARA SUJETOS MEXICANOS CON OBESIDAD"
(1ª VERSIÓN VALIDACIÓN -7 DE JULIO DE 2015)

Investigador principal: Dra. Martha Kaufer Horwitz
Dirección del investigador: Clínica de Obesidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria.
INCMNSZ. Vasco de Quiroga No 15 Colonia Belisario Domínguez Sección XVI, Delegación
Tlalpan, C.P. 14080. México D.F.
Teléfono de contacto del investigador: 54870900 extensión 5535
Investigadores participantes: Lic Nut. Alexandra Hurtado Piña, Mtra. Claudia Chávez Murguía, Dra.
Verónica Reyes Pérez
Versión del consentimiento informado y fecha de su preparación: 1ª- 7-julio-/2015

INTRODUCCIÓN:

Por favor, tome todo el tiempo que sea necesario para leer este documento, pregunte al investigador sobre cualquier duda que tenga.

Este consentimiento informado cumple con los lineamientos establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, la Declaración de Helsinki y a las Buenas Prácticas Clínicas emitidas por la Comisión Nacional de Bioética.

Para decidir si participa o no en este estudio, usted debe tener el conocimiento suficiente acerca de los riesgos y beneficios con el fin tomar una decisión informada. Este formato de consentimiento informado le dará información detallada acerca del estudio de investigación que podrá comentar con algún miembro del equipo de investigadores. Al final se le pedirá que forme parte del proyecto y de ser así, bajo ninguna presión o intimidación, se le invitará a firmar este consentimiento informado.

INVITACION A PARTICIPAR Y DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Estimado Sr (a) _____

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán le invita a participar en este estudio de investigación que tiene como objetivo: Validar un cuestionario basado en el Revised Illness Perception Questionnaire (cuestionario para evaluar la percepción de la enfermedad) traducido al español y adaptado a población mexicana con obesidad para poder conocer su confiabilidad.

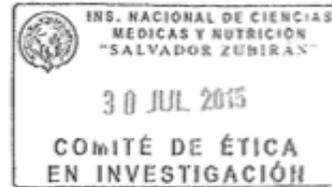
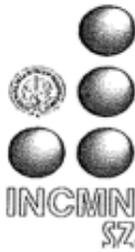
La duración del estudio es: 1 año.

El número aproximado de participantes será: 400 personas.

Usted fue invitado al estudio debido a que tiene las siguientes características: Es mexicano, mayor de 18 años, sabe leer y escribir, conoce su peso y su estatura y tiene exceso de peso.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

Su participación en el estudio consiste en proporcionar datos sobre su escolaridad, su ocupación, su peso y su estatura, El estudio es anónimo por lo que no será necesario que proporcione su nombre. El cuestionario impreso consta de tres secciones. La primera consta de 16 preguntas sobre algunos padecimientos o problemas que haya experimentado como resultado de su sobrepeso. La segunda



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
"SALVADOR ZUBIRAN"**

sección consta de 38 preguntas sobre la forma como usted percibe actualmente su sobrepeso. La tercera parte consta de 21 preguntas y explora sobre las posibles causas de su sobrepeso.

El cuestionario requiere un máximo de 20 minutos para responderse y podrá hacerlo en forma privada. El estudio requiere contar con el cuestionario completo, sin embargo usted tendrá la libertad de dejar respuestas en blanco. Al terminar de responder todas las preguntas se le pedirá que entregue el cuestionario a la investigadora.

RIESGOS E INCONVENIENTES

El estudio no tiene riesgos; sin embargo algunas de las preguntas del cuestionario podrían generarle incomodidad a algunas personas. Usted tiene total libertad de dejar de responder las preguntas que desee. Por la naturaleza del estudio, los cuestionarios incompletos no podrán utilizarse para la validación del cuestionario.

Los datos acerca de su identidad no serán revelados en ningún momento como lo estipula la ley, por tanto, al contestar el cuestionario usted no enfrenta riesgos mayores a los relativos a la protección de la confidencialidad, la cual será protegida mediante la foliación de los cuestionarios que no llevarán su nombre apellido u otros datos personales.

BENEFICIOS POTENCIALES

Este estudio no está diseñado para beneficiarle directamente al participante. Sin embargo, las respuestas que se generen de este cuestionario ayudarán a contar con un cuestionario útil para ser usado en población mexicana con un peso por encima del recomendado para poder comprender mejor la percepción de las personas sobre el exceso de peso y poder ofrecerles mejores alternativas de tratamiento. Además gracias a su participación altruista, su comunidad se puede beneficiar significativamente al encontrar nuevas formas de atender esta situación médica.

CONSIDERACIONES ECONÓMICAS

No se cobrará ninguna tarifa por participar en el estudio ni se le hará pago alguno.

COMPENSACION

Por tratarse de un estudio de riesgo menor al mínimo y si ningún tratamiento no se anticipa que usted sufra daño alguno por participar.

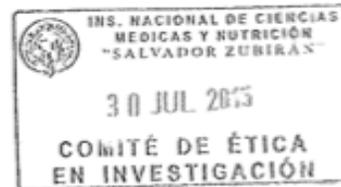
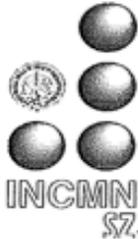
ALTERNATIVAS A SU PARTICIPACIÓN:

Su participación es voluntaria. Sin embargo, usted puede elegir no participar en el estudio.

Usted puede solicitar información sobre la información obtenida al completar el cuestionario y de las conclusiones del estudio a la Dra. Martha Kaufer Horwitz de la Clínica de Obesidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria del INCMNSZ (tel 54870900 extensión 5535). La investigación es un proceso largo y complejo. El obtener los resultados finales del proyecto puede tomar varios meses.

PARTICIPACIÓN Y RETIRO DEL ESTUDIO:

Su participación es VOLUNTARIA. Si usted decide no participar, no se afectará su relación con el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán (INCMNSZ) o su derecho para recibir atención médica o cualquier servicio al que tenga derecho. Si decide participar, tiene la libertad



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICION
"SALVADOR ZUBIRAN"

para retirar su consentimiento e interrumpir su participación en cualquier momento sin perjudicar su atención en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán (INCMNSZ). El investigador del estudio puede excluirlo del estudio si cuenta con cirugía bariátrica previa y si no conoce o no reporta su peso o su estatura. Los procedimientos que serán necesarios si usted decide terminar su participación en el estudio son informarle a la investigadora su decisión para retirarse y solicitar, si lo desea, la destrucción del cuestionario.

CONFIDENCIALIDAD Y MANEJO DE SU INFORMACIÓN

No será necesario que proporcione su nombre y apellidos y el cuestionario que usted contestará estará sólo disponibles a los investigadores, quienes están obligados por Ley a no divulgar su identidad.

Si usted decide retirarse del estudio, podrá solicitar el retiro y destrucción de su información. Todas las hojas de recolección de datos serán guardadas con las mismas medidas de confidencialidad, además de que los cuestionarios no llevarán su nombre.

El Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán aprobaron la realización de este estudio. Dichos comités son quienes revisan, aprueban y supervisan los estudios de investigación en humanos en el Instituto.

Los datos científicos obtenidos como parte de este estudio podrían ser utilizados en publicaciones o presentaciones médicas. Cualquier información personal será eliminada antes de usar los datos.

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES:

Para cualquier pregunta relacionada con el estudio por favor póngase en contacto con la Lic. Nut. Alexandra Hurtado Piña (teléfono: 55237511) o con la Dra. Martha Kaufer Horwitz en el INCMNSZ (teléfono: 54870900 extensión 5535).

Si usted tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en el estudio, puede hablar con el coordinador del Comité de Ética en Investigación del INCMNSZ (Dr. Arturo Galindo Fraga. Teléfono: 54870900 ext. 6101).

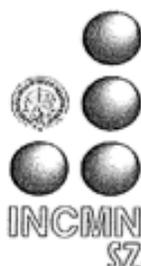
DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído con cuidado este consentimiento informado, he hecho todas las preguntas que he tenido y todas han sido respondidas satisfactoriamente. Para poder participar en el estudio, estoy de acuerdo con todos los siguientes puntos:

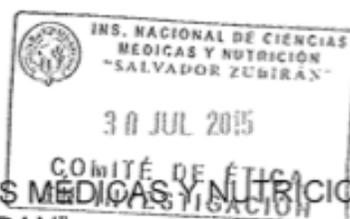
Estoy de acuerdo en participar en el estudio descrito anteriormente. Los objetivos generales, particulares del reclutamiento y los posibles daños e inconvenientes me han sido explicados a mi entera satisfacción.

Estoy de acuerdo en contestar el cuestionario de la percepción de la enfermedad específico para sobrepeso en población mexicana (basado en el cuestionario IPQ-R).

Mi firma también indica que he recibido un duplicado de este consentimiento informado.



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
"SALVADOR ZUBIRAN"



Por favor responda las siguientes preguntas:

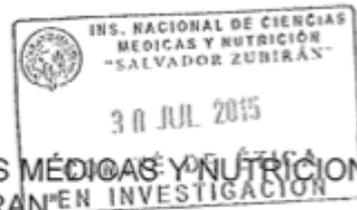
	SÍ (marque por favor)	NO (marque por favor)
1. ¿Ha leído y entendido la forma de consentimiento informado, en su lenguaje materno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y de discutir este estudio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha recibido usted respuestas satisfactorias a todas sus preguntas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha recibido suficiente información acerca del estudio y ha tenido el tiempo suficiente para tomar la decisión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Entiende usted que su participación es voluntaria y que es libre de suspender su participación en este estudio en cualquier momento sin tener que justificar su decisión y sin que esto afecte su atención médica o sin la pérdida de los beneficios a los que de otra forma tenga derecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Entiende los posibles riesgos, de participar en este estudio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Entiende que puede no recibir algún beneficio directo de participar en este estudio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Entiende que no está renunciando a ninguno de sus derechos legales a los que es acreedor de otra forma como sujeto en un estudio de investigación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Entiende que el investigador puede retirarlo del mismo sin su consentimiento si el investigador participante en el estudio considera que su retiro es en su mejor interés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Entiende que usted recibirá un original firmado y fechado de esta Forma de Consentimiento, para sus registros personales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Declaración del participante:

Yo, _____ declaro que es mi decisión participar en el estudio. Mi participación es voluntaria. He sido informado que puedo negarme a participar o terminar mi participación en cualquier momento del estudio sin que sufra penalidad alguna o pérdida de beneficios. Si suspendo mi participación no sufriré perjuicio en mi atención médica a la que tengo derecho en el INCMNSZ o en futuros estudios de investigación. Yo puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos o beneficios potenciales derivados de mi participación en el estudio. Si tengo preguntas sobre el estudio, podré ponerme en contacto con la Lic. Alexandra Hurtado Piña al 55237511.



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
"SALVADOR ZUBIRÁN" EN INVESTIGACIÓN



Si tengo preguntas acerca de mis derechos como participante en el estudio, puedo hablar con el coordinador del Comité de Ética en Investigación del INCMNSZ (Dr. Arturo Galindo Fraga. Teléfono: 54870900 ext. 6101). He leído y entendido toda la información que me han dado sobre mi participación en el estudio. He tenido la oportunidad para discutirlo y hacer preguntas. Todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. He entendido que recibiré una copia firmada de este consentimiento informado.

Nombre del Participante Firma del Participante Fecha

Nombre del Investigador que explicó el documento Firma del Investigador Fecha

Nombre del Testigo 1 Firma del Testigo 1 Fecha

Relación con el participante: _____

Dirección: _____

Nombre del Testigo 2 Firma del Testigo 2 Fecha

Relación que guarda con el participante: _____

Dirección: _____

Lugar y Fecha: _____

(El presente documento es original y consta de 5 páginas)

ANEXO 4. CODIFICACIÓN DE PREGUNTA 22.

Codificación	Categorías de acuerdo a las respuestas de los pacientes	Similares a la Categoría principal			Categorías Generales Propuestas por investigadoras	Codificación
1	ansiedad	estrés	crítica social	comer por impulso/ dejar de fumar	Factores psicosociales	1
2	trastornos emocionales	enojo	Depresión	Preocupación		
3	apatía	desánimo				
4	poca conciencia					
5	autoestima					
6	comodidad	pereza				
7	no medir consecuencias					
8	influencia de terceros					
9	falta de tiempo	Falta de disciplina desorden Largos periodos de ayuno	aburrimiento saltarse comidas		Orden	2
10	falta de constancia					
11	no tener horarios					
12	ayunos largos					
13	sedentarismo	no le gusta hacer ejercicio	no poder hacer ejercicio	lesión	Actividad física	3
14	malos hábitos	comer mal	Comer rápido	Mala alimentación	Malos hábitos alimentarios	4
15	exceso de hidratos de carbono	Comer pan/tortilla	Comer dulces	Antojos dulces		
16	exceso de refrescos					
17	exceso de alcohol					
18	exceso de grasa					
19	comida chatarra					
20	comer en la calle					
21	gula y antojo	comer mucho	Mucha disponibilidad de comida			
22	medicamentos				Clínicos	5
23	por otra enfermedad					
24	herencia	por la edad	Cambio el metabolismo		Biológicos	6
25	siempre le he tenido					
26	falta de conocimientos	No contar con un plan de alimentación			Falta de conocimientos	7

ANEXO 5. CODIFICACIÓN DE PREGUNTA 22 (CONTINUACIÓN).

Frecuencias y porcentaje de las respuestas de los participantes de la pregunta 22.1

Categorías de acuerdo a las respuestas de los pacientes	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad	21	9.7
Trastornos emocionales	5	2.3
Poca conciencia	1	0.5
Falta de tiempo	8	3.7
Falta de constancia	1	0.5
No tener horarios	15	6.9
Ayunos largos	6	2.8
Sedentarismo	34	15.7
Malos hábitos	57	26.3
Exceso de hidratos de carbono	4	1.8
Exceso de refrescos	1	0.5
Exceso de grasa	4	1.8
Comida chatarra	7	3.2
Comer en la calle	1	0.5
Gula y antojo	27	12.4
Medicamentos	4	1.8
Por otra enfermedad	9	4.1
Herencia	9	4.1
Siempre le he tenido	1	0.5
Falta de conocimientos	2	0.9
	217	100.0

Frecuencias y porcentaje de las respuestas de los participantes de la pregunta 22.2

Categorías de acuerdo a las respuestas de los pacientes	Frecuencia	Porcentaje válido
Ansiedad	17	7.8
Trastornos emocionales	7	3.2
Poca conciencia	1	.5
Autoestima	1	.5
Comodidad	1	.5
No medir consecuencias	1	.5
Falta de tiempo	2	.9
No tener horarios	24	11.1
Ayunos largos	10	4.6
Sedentarismo	46	21.2
Malos hábitos	29	13.4
Exceso de hidratos de carbono	5	2.3
Exceso de refrescos	5	2.3
Exceso de grasa	11	5.1
Comida chatarra	13	6.0
Comer en la calle	2	.9
Gula y antojo	27	12.4
Por otra enfermedad	8	3.7
Herencia	3	1.4
Falta de conocimientos	4	1.8
	217	100.0

ANEXO 6. CODIFICACIÓN DE PREGUNTA 22 (CONTINUACIÓN).

Frecuencias y porcentaje de las respuestas de los participantes de la pregunta 22.3

Categorías de acuerdo a las respuestas de los pacientes	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad	15	6.9
Trastornos emocionales	15	6.9
Apatía	3	1.4
Poca conciencia	1	.5
Autoestima	5	2.3
Comodidad	2	.9
No medir consecuencias	1	.5
Influencia de terceros	3	1.4
Falta de tiempo	2	.9
Falta de constancia	3	1.4
No tener horarios	24	11.1
Ayunos largos	9	4.1
Sedentarismo	27	12.4
Malos hábitos	24	11.1
Exceso de hidratos de carbono	4	1.8
Exceso de refrescos	5	2.3
Exceso de alcohol	3	1.4
Exceso de grasa	9	4.1
Comida chatarra	4	1.8
Comer en la calle	7	3.2
Gula y antojo	23	10.6
Por otra enfermedad	7	3.2
Herencia	7	3.2
Siempre le he tenido	1	.5
Falta de conocimientos	13	6.0
	217	100.0

ANEXO 7. CODIFICACIÓN DE PREGUNTA 23.

Codificación	Categorías de acuerdo a las respuestas de los pacientes	Similares a la Categoría principal		Categorías Generales Propuestas por investigadoras	Codificación
1	ejercicio	motivación a hacer ejercicio		Actividad física	1
2	horarios de alimentación	Dormir mas constancia responsabilidad personal motivación actitudes tiempo		Orden y actitudes	2
3	orden				
4	mayor disciplina				
5	mayor responsabilidad				
6	fuerza de voluntad				
7	tiempo para preparar alimentos				
8	tratamiento para estrés y ansiedad	tratamiento psicológico		Psicosocial	3
9	disminución de estrés	mayor tranquilidad			
10	familia	que me ayuden a preparar la dieta	Tener una cocinera		
11	tener menos hambre				
12	guía de alimentación	tratamiento individualizado		Tratamiento nutricio	4
13	tratamiento nutricio	dieta			
14	peso				
15	cambiar medicamento	Tratamiento para enfermedad		Clínicos/Tx médico quirúrgico	5
16	con medicamentos				
17	Atención medica				
18	cirugía				
19	tener una enfermedad				
20	tener buen ingreso para comprar alimentos	tener trabajo		Económicos	6
21	mejores elecciones de alimentación	menos comida chatarra	Comer bien/ balanceado	Hábitos alimentarios	7
22	conocimientos sobre porciones y tipos de alimentos	conocimientos sobre nutrición			
23	tomar agua				
24	dejar de tomar alcohol				
25	Tener un tratamiento para mi sobrepeso	Checar mi dieta con una clínica	Supervisión constante	Tratamiento General	8

ANEXO 8. CODIFICACIÓN DE PREGUNTA 23 (CONTINUACIÓN).

Frecuencias y porcentaje de las respuestas de los participantes de la pregunta 23.1

Categorías de acuerdo a las respuestas de los pacientes	Frecuencia	Porcentaje
Ejercicio	39	18.0
Horarios de alimentación	21	9.7
Orden	1	.5
Mayor disciplina	3	1.4
Fuerza de voluntad	7	3.2
Tratamiento para estrés y ansiedad	2	.9
Disminución de estrés	4	1.8
Familia	5	2.3
Tener menos hambre	2	.9
Guía de alimentación	3	1.4
Tratamiento nutricional	29	13.4
Cambiar medicamento	1	.5
Atención médica	10	4.6
Cirugía	4	1.8
Tener buen ingreso para comprar alimentos	1	.5
Mejores elecciones de alimentación	68	31.3
Conocimientos sobre porciones y tipos de alimentos	11	5.1
Tomar agua	1	.5
Dejar de tomar alcohol	2	.9
Tener un tratamiento para mi sobrepeso	3	1.4
	217	100.0

Frecuencias y porcentaje de las respuestas de los participantes de la pregunta 23.2

Categorías de acuerdo a las respuestas de los pacientes	Frecuencia	Porcentaje
Ejercicio	78	35.9
Horarios de alimentación	19	8.8
Orden	1	.5
Mayor disciplina	2	.9
Fuerza de voluntad	8	3.7
Tratamiento para estrés y ansiedad	2	.9
Disminución de estrés	4	1.8
Familia	3	1.4
Tener menos hambre	1	.5
Guía de alimentación	1	.5
Tratamiento nutricional	9	4.1
Cambiar medicamento	1	.5
Con medicamentos	3	1.4
Atención médica	2	.9
Mejores elecciones de alimentación	71	32.7
Conocimientos sobre porciones y tipos de alimentos	5	2.3
Tomar agua	2	.9
Tener un tratamiento para mi sobrepeso	5	2.3
	217	100.0

ANEXO 9. CODIFICACIÓN DE PREGUNTA 23 (CONTINUACIÓN).

Frecuencias y porcentaje de las respuestas de los participantes de la pregunta 23.3

Categorías de acuerdo a las respuestas de los pacientes	Frecuencia	Porcentaje
Ejercicio	41	18.9
Horarios de alimentación	18	8.3
Orden	2	.9
Mayor disciplina	7	3.2
Fuerza de voluntad	27	12.4
Tratamiento para estrés y ansiedad	6	2.8
Disminución de estrés	9	4.1
Familia	4	1.8
Guía de alimentación	1	.5
Tratamiento nutricio	6	2.8
Peso	1	.5
Con medicamentos	3	1.4
Atención medica	15	6.9
Cirugía	2	.9
Tener una enfermedad	1	.5
Tener buen ingreso para comprar alimentos	2	.9
Mejores elecciones de alimentación	48	22.1
Conocimientos sobre porciones y tipos de alimentos	8	3.7
Tomar agua	7	3.2
Tener un tratamiento para mi sobrepeso	9	4.1
	217	100.0

ANEXO 10 IPQ-R ADAPTADO A SUJETOS MEXICANOS CON OBESIDAD VALIDADO.

CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DEL SOBREPESO

Lugar: _____

Agradecemos su ayuda y tiempo. Este cuestionario es **anónimo** para que exprese sus respuestas libremente.

Sexo: hombre mujer

Edad: _____

Escolaridad: 1) no terminé la primaria 2) sí terminé la primaria 3) terminé la secundaria
4) terminé la preparatoria o el bachillerato 5) terminé una carrera técnica o la normal
6) terminé una licenciatura 7) terminé un posgrado

Ocupación: 1) Estudiante 2) Freelancer o profesionista independiente 3) Empleado del sector privado 4) Empleado gubernamental 5) Autoempleado 6) Ama(o) de casa
7) Desempleado 8) Jubilado 9) Otra

Estatura _____ **Peso** _____

A continuación se le presentan una serie de padecimientos que puede haber experimentado por el sobrepeso. Por favor, para CADA padecimiento señale la frase con la que más está de acuerdo.

	Padecimiento	No tengo este padecimiento	Tengo este padecimiento pero NO está relacionado con mi sobrepeso	Tengo este padecimiento y Sí está relacionado con mi sobrepeso
1	Cansancio			
2	Dolor en articulaciones (rodillas, tobillos)			
3	Falta de aire			
4	Presión elevada			
5	Tristeza			
6	Mi ropa de uso habitual me ha dejado de quedar			
7	Dolor de espalda			
8	Mala condición física			
9	Diabetes			
10	Baja autoestima			
11	Falta de movilidad			
12	Problemas respiratorios			
13	Dolor de extremidades (brazos, piernas o pies)			
14	Crítica social (apodos y burlas)			
15	Sensación de hinchazón			

Estamos interesados en conocer su punto vista sobre la forma en que usted percibe actualmente su sobrepeso. Por favor marque qué tanto está en desacuerdo o de acuerdo con las siguientes afirmaciones.

		Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	No entiendo mi sobrepeso.					
2	El desarrollo de mi sobrepeso depende de mí.					
3	Mi sobrepeso tiene consecuencias económicas importantes.					
4	Mi sobrepeso me hace enojar.					
5	Mi sobrepeso va mejor o peor por temporadas.					
6	Puedo influir en mi sobrepeso.					
7	Mi sobrepeso causa problemas a la gente cercana a mí.					
8	Haga lo que haga tendré sobrepeso.					
9	Para mí los síntomas de mi sobrepeso son difíciles de entender.					
10	Mi sobrepeso tiene consecuencias importantes en mi vida.					
11	Mi peso cambia constantemente de un momento para otro.					
12	Mi sobrepeso es algo serio.					
13	Puedo hacer mucho para controlar los síntomas de mi sobrepeso.					
14	Lo que yo haga influye en mi sobrepeso.					
15	Me deprime pensar en mi sobrepeso.					
16	Para mí, el sobrepeso es un misterio.					
17	Tener sobrepeso me pone ansioso(a).					
18	Mi sobrepeso afecta cómo me ven los otros.					

		Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
19	Seguir un tratamiento me hará bajar de peso.					
20	Mi peso es impredecible.					
21	Me disgusta pensar en mi sobrepeso.					
22	Tendré sobrepeso el resto de mi vida.					
23	Mi peso varía por temporadas.					

24	¿Usted cree que su sobrepeso lo ha puesto en riesgo de desarrollar diabetes?	No	Si
----	--	-----------	-----------

Estamos interesados en conocer lo que considera son las causas de su sobrepeso. Nos importa el punto de vista de **usted**, no nos interesa lo que médicos o familiares le han dicho sobre las causas de su sobrepeso. No existen respuestas buenas ni malas.

A continuación se le presenta una lista de posibles causas de su sobrepeso. Por favor marque qué tanto está en desacuerdo o acuerdo con ellas.

1	Sedentarismo					
2	Mala alimentación					
3	Comer mucho					
4	Ansiedad					
5	Depresión					
6	Comida chatarra					
7	No tener horarios para comer					
8	Estrés					
9	Baja autoestima					
10	Gula y antojos					
11	Trastornos emocionales					
12	Largos periodos de ayuno					
13	Falta de tiempo					
14	Comer grasa					
15	Frustración					
16	Apatía					

Escriba cuáles son para usted las **tres causas principales** de su sobrepeso. Acomódelas por orden de importancia (siendo el uno el más importante), puede guiarse por las causas enlistadas arriba o puede incluir otras ideas que usted tenga.

Las causas más importantes para mí son:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

Por último, escriba **tres facilitadores** que le ayudarían a bajar de peso. Acomódelas por orden de importancia (siendo el uno el más importante).

Lo que me ayudaría mucho a poder bajar de peso es:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

¡Muchas gracias!

Su participación ha sido muy valiosa para nosotros

REFERENCIAS

- ¹ Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R y Horne R. **The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representations of illness.** *Psychology and Health.* 1996; 11: 431-45
- ² Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, et. al. **The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R).** *Psychol Health.* 2002; 17: 1-16
- ³ Organización Mundial de la Salud. **Obesity.** [Consultado el 23 de marzo de 17] Disponible en: <http://www.who.int/topics/obesity/en/>
- ⁴ Chávez Murguía C, Reyes V y Kaufer-Horwitz M. **Percepción de la obesidad: construcción de un cuestionario basado en el Revised Illness Perception Questionnaire** [Tesis]. México: Universidad Iberoamericana. 2013
- ⁵ Barquera I, Campos I, Hernández L, Pedroza A., **Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos.** 2000-2012. *Salud Pública de México* 2013; 55(2): S151-60
- ⁶ Organización Mundial de la Salud. **Obesity.** [Consultado el 23 de mar. de 17] Disponible en: <http://www.who.int/topics/obesity/en/>
- ⁷ American Heart Assossiation. **AHA/ACC/TOS Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults.** *Circulation* 2013:1-69
- ⁸ Castellaro M. **El concepto de representación mental como fundamento epistemológico de la psicología.** *Límite. Revista de Filosofía y Psicología.* 2011; 6(24): 55-67
- ⁹ Scarpina F., Castelnuovo G. y Molinari E. **Tactil mental body part representation in obesity.** *Psychiatry Research.* 2004:1-10
- ¹⁰ Monteagudo C., Dijkstra S.C. y Visser M. **Self- perception of body weight status in older dutch adults.** *J. Nutr Health Aging.* 2015. (19) 6: 612-8
- ¹¹ Bustos E., Fernández J. A., Astudillo C.I., **Autopercepción de la salud, presencia de comorbilidades en adultos mayores mexicanos: propuesta y validación de un marco conceptual simple.** *Biomédica.* 2017; 37(supl1): 92-103
- ¹² Sikorski C, Luppá M, Brähler E, Köning H & Reidel-Heller S. **The stigma in the general public and its implications for public health- a systematic review.** *BMC Public Health* 2011; 11: 661

-
- ¹³ Weiner B., Perry R.P. y Magnusson J. **An Attributional Analysis of Reactions to Stigmas**. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1988; 55; 738-48
- ¹⁴ Sikorski C, Luppá M, Brähler E, Köning H & Reidel-Heller S. **Obese Children, Adults and Senior Citizens in the Eyes of the General Public: Results of a Representative Study on Stigma and Causation of Obesity**. *PLOS ONE* 2012; 7(10): 1-9
- ¹⁵ Puhl RM, Brownell KD. **Bias, discrimination, and obesity**. *Obes Res*. 2001; 9: 788–905
- ¹⁶ Volger S, Vetter M, Dougherty M, Panigrahi E, Egner R, Webb V, Et al. **Patients' Preferred Terms for Describing Their Excess Weight: Discussing Obesity in Clinical Practice**. *Obesity* 2012; 20(1): 147-50
- ¹⁷ Puhl R, Peterson JL y Luedicke J. **Motivating or stigmatizing? Public perceptions of weight-related language used by health providers**. *International Journal of Obesity* 2013; 37: 612-9.
- ¹⁸ Obesity Action Coalition. **People-First Language for Obesity**. [Consultado el 23 de mar. de 17] Disponible en: <http://www.obesityaction.org/weight-bias-and-stigma/people-first-language-for-obesity>
- ¹⁹ Medrano M, Rojas M, Serrano K, Flórez L, Aedo Á. López M. **Asociación del índice de masa corporal y el autocontrol con la calidad de vida relacionada con la salud en personas con sobrepeso/ obesidad**. *Psicología: avances de la disciplina* 2014; 8(1): 13-22
- ²⁰ Dey M., Gmel G. y Mohler M. **Body mass index and health-related quality of life among young Swiss men**. *BMC Public Health*. 2013;13 (1028).
- ²¹ Prim I., Macías G.J., Cabrera M. Situ L. y Ballesta C. **Calidad de vida en la obesidad mórbida**. *Rev. Esp. Enferm Dig*. 2005; 97(3): 187-95
- ²² Garner R, Feeny D, Thompson A, Bernier J, McFarland B, Huguet N, et al. **Bodyweight, Gender, and Quality of Life: A population-based Longitudinal Study**. *NIH-PA Author Manuscript* 2012; 21(5).
- ²³ Wanat K, Kovarik C, Shuman S, Whitaker R, Foster G, O'Brien M. **The association between obesity and health-related quality of life among urban latinos**. *NIH-PA Author Manuscript* 2014; 24(1):14-18

-
- ²⁴ Danish M, Ahmed G., Mulla J. Sami S. and Abbas M., **Weight misperception amongst youth of a developing country: Pakistan -a cross-sectional study.** BMC Public Health 2013; 13:707
- ²⁵ Duval K, Marceau P, and Lacasse Y. **An overview of obesity-specific quality of life questionnaires.** Obesity reviews 2006; 7: 347-60.
- ²⁶ Andrés A, Carmina S, Mesa J. **Psychometric Evaluation of the IWQOL-Lite (Spanish Version) when applied to a sample of obese patients Awaiting Bariatric Surgery.** OBES SURG 2012; 22:802-9
- ²⁷ Delavari M., Larrabee A., Mellor D., Mohebby M. Swinburn B. **Exploring obesogenic environments: the design and development of the migrant obesogenic perception of the environment questionnaire (MOPE-Q) using a sample of Iranian migrants in Australia.** BMC Public Health 2014, 14:567
- ²⁸ Universitete I Bergen. **Cuestionario de percepción de la enfermedad. Hemofilia.** [Consultado el 23 de marzo de 17] Disponible en: <http://www.uib.no/ipq/>
- ²⁹ Universitete I Bergen. **The Illness Perception Questionnaire.** [Consultado el 23 de marzo de 17] Disponible en: <http://www.uib.no/ipq/pdf/IPQ-R-H-Spanish.pdf>
- ³⁰ Gálvez A, Rodríguez P, Rosa A, García E, Pérez J, Tarraga L, et al. **Relación entre el estatus de peso corporal y el autoconcepto en escolares.** Nut Hosp 2015; 31(2): 730-6
- ³¹ López-A., Ocampo P. **Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos.** Archivos en Medicina Familiar. 2007; 9 (2): 80-86
- ³² Baessler, J., & Schwarzer, R.. **Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la Escala de autoeficacia general.** Ansiedad y Estrés, 1996; 2(1):1-8.
- ³³ Renner, B. (2003). **Hindsight bias after receiving self-relevant health risk information: A motivational perspective.** Memory. 11: 455-472. <http://dx.doi.org/10.1080/09658210244000531>
- ³⁴ Renner, B. (2004). **Biased reasoning: Adaptive responses to health risk feedback.** Personality and Social Psychology Bulletin. 30: 384-396. <http://dx.doi.org/10.1177/0146167203261296>

-
- ³⁵ Cabello M y Arroyo M. **La obesidad paradójica: construcción de una imagen corporal contradictoria.** Comunitania: Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales 2013;6: 97-119.
- ³⁶ Lugo-González, Reynoso L, Fernandez M. **Percepción de enfermedad, depresión, ansiedad y control del asma: Una primera aproximación.** Neumol Cir Torax 2014; 73 (2)
- ³⁷ Brozka P, Yilmaz Y, Sultanoglu E, Sultanoglu B, Razum O. **The factor structure of the Turkish version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) in patients with diabetes and cardiovascular disease.** BMC Public Health 2012; 2: 852
- ³⁸ Pacheco V, Viladrich C, Pujol E, Cabezas C, Núñez M, Roura P, et al. **Percepción en enfermedades crónicas: validación lingüística del *Illness Perception Questionnaire Revised* y del *Brief Illness Perception Questionnaire* para la población española.** Aten Primaria 2012; 44(5):280-7
- ³⁹ Yumuk V, Frühbeck G, Oppert JM, Woodward E & Toplak H. **An EASO Position Statement on Multidisciplinary Obesity Management in Adults.** Obes Facts. 2014; 7: 96-101
- ⁴⁰ Ananthapavan J, Sacks G, Moodie M & Carter R. **Economics of Obesity. Learning from the Past to Contribute to a Better Future.** Int. J. Environ. Res. Public Health 2014 ; 11 :4007-4025
- ⁴¹ Universitete I Bergen. **The Illness Perception Questionnaire. CP.** [Consultado el 23 de marzo de 17] Disponible en: <http://www.uib.no/ipq/pdf/IPQ-R-CP.pdf>
- ⁴² Universitete I Bergen. **The Illness Perception Questionnaire. Hypertension.** [Consultado el 23 de marzo de 17] Disponible en: <http://www.uib.no/ipq/pdf/IPQ-R-Hypertension.pdf>
- ⁴³ Universitete I Bergen. **The Illness Perception Questionnaire. Acute Pain.** [Consultado el 23 de marzo de 17] Disponible en: <http://www.uib.no/ipq/pdf/IPQ-R-Acute%20Pain.pdf>
- ⁴⁴ Hair JT, Anderson R y Tatham R. **Análisis Multivariado.** PRENTICE-HALL. 1999: 85-88

-
- ⁴⁵ Habicht JP. **Estandarización de métodos epidemiológicos cuantitativos sobre el terreno.** Bull Pan Am Health Organ.1974;76:375-84.
- ⁴⁶ World Health Organization Expert Committee. **Physical Status: the use and interpretation of anthropometry.** Ginebra: WHO Technical Report Series, 1995
- ⁴⁷ Edwards, A. (1983). **Techniques of attitude scales construction.** New York: Irvington Publishers
- ⁴⁸ Kerlinger, F. N., y Lee, H. B. **Investigación del comportamiento: métodos de investigación en ciencias sociales.** México: McGraw Hill. 2002: 591
- ⁴⁹ Brazier J.E., Harper R. Jones B., O’Cathain A., Thomas K.J., Usherwood T. y Westlake L. **Validating the SF-36 survey questionnaire: new outcome measure for primary care.** BMJ. 1992; 305(18): 160-4
- ⁵⁰ Wing tak Lan W., Liao Q., Hiu Fai Wong J., Lung Lai C., Fung Yuen M., Wing Hang Tsang J., Fielding R. **Measuring and Validating a General Cancer Predisposition Perception Scale: An Adaptation of the Revised-IPQ-Genetic Predisposition Scale.** PLOS ONE. 2015;10(11)
- ⁵¹ Unikel C, Gómez G. **Validez de constructo de un instrumento para la detección de factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas.** Salud mental. 2004;27(1): 38-49
- ⁵² Huang T. Y., Moser D., Hsieh Y. S., Lareau S., Caroci A., Hwang S. American Journal of Critical Care. 2008; 17(5): 436- 42
- ⁵³ Unikel C., Bojórquez I., Carreño S. **Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo.** Salud publica de México, 2004;46(6): 509-15
- ⁵⁴ Marcus E., Garety P. Weinman J., Emsley R., Bebbington P., Grahamm D., Freeman D., Kuipers E., Fowler D., Hardy A., Waller H., Jolley S. **A pilot validation of a modified Illness Perceptions Questionnaire designed to predict response to cognitive therapy for psychosis.** J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat. 2014: 45: 459-466
- ⁵⁵ Beardsworth A., Brynan A., Keil T., Good J., Haslam C., Lancashire E. **Women, men and food: the significance of gender for nutrition attitudes and choices.** British Food Journal. 2002; 104 (7): 470-90

⁵⁶ Webb J.B., Warren J., Chou Y.Y., Adams L. **Do you see what I see? An explication of inter-ethnic ideal body size comparisons among college women.** *Body Image*. Elsevier. 2013.

⁵⁷ Robinson E. y Christiansen P. **Visual exposure to obesity: Experimental effect on attraction toward overweight men and mate choice in female.** *International Journal of Obesity*. 2015; 39: 1390-4

⁵⁸ Oldham M. y Robinson E. **Visual weight status misperceptions of men: Why overweight can look like a healthy weight.** *Journal of Health Psychology*. 2016;21(8): 1768-77