

Dirección Nacional de
Abordaje Integral de
Enfermedades No
Transmisibles

Relación entre la calidad de vida e IMC

Resultados de las cuatro ediciones
de la encuesta nacional de factores
de riesgo.

Período **2005 - 2018**

Noviembre 2023



Ministerio de Salud
Argentina

*primero
la gente*

Autoridades

Presidente de la Nación

Dr. Alberto Ángel Fernández

Ministra de Salud de la Nación

Dra. Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud

Dra. Sandra Marcela Tirado

Subsecretario de Estrategias Sanitarias

Dr. Juan Manuel Castelli

Director Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles

Dr. Nicolás Iván Haebeler

Elaboración del informe

Área de vigilancia Epidemiológica

Josefina Blanco

Lucila Goldberg

Luciana Iummato

Ana King

María Julieta Rodríguez Cámara

Área de cuidados integrales en los servicios de salud

Dalia Lewitan

Introducción

En el marco de la actualización de la Guía de Práctica Clínica Nacional de Abordaje Integral de personas con Obesidad, se realizó un análisis de la percepción de salud general y la calidad de vida relacionada con salud (CVRS) según índice de masa corporal (IMC) en la población Argentina, utilizando como fuente de datos las cuatro Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo (2005-2008- 2013 - 2018).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de enfermedad¹. A su vez, define la calidad de vida como una “percepción del individuo de su posición respecto de la vida en el contexto de la cultura y de un sistema de valores en el cual vive, con relación a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones”.² Partiendo de estas definiciones, la CVRS surge como un concepto que hace referencia a valoraciones de la percepción de la salud por parte del individuo.³

Por otra parte, la obesidad es un problema de salud metabólico, heterogéneo, estigmatizado, de origen multifactorial y prevenible, caracterizado por el aumento de la grasa corporal cuya distribución y magnitud condicionan la salud de la persona y se cuantifica objetivamente por un índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 ⁴⁵. Puede acarrear más de 200 complicaciones, con impacto tanto en la salud física, como psicológica y/o social⁶⁷.

¹ World Health Organization. Constitution. En: WHO. Basic Document Geneve WHO1948.

² OMS (1958).

³ Urzúa y Caqueo-Urizar (2012). Schwartzmann (2013). Urzúa (2010). Cáceres-Manrique, Parra-Prada y Pico-Espinosa (2018).

⁴ Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

⁵ Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

⁶ Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, principales resultados. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_principales-resultados.pdf

⁷ Yuen MM, Earle RL, Kadambi N, et al. A systematic review and evaluation of current evidence reveals 236 obesity-associated disorders. [Poster T-P-3166 presented at unspecified meeting].

Los estudios que relacionan la obesidad con la salud general y la CVRS sugieren una relación inversa entre ambas⁸⁹¹⁰¹¹¹²¹³¹⁴¹⁵. Resulta de interés contar con información local que pueda caracterizar el desarrollo de este problema de salud en nuestro país.

⁸ Hlatky M. A., Chung S. C., Escobedo J., Hillegass W. B., Melsop K., Rogers W., et al. (2010). The effect of obesity on quality of life in patients with diabetes and coronary artery disease. *Am. Heart J.* 159, 292-300. [10.1016/j.ahj.2009.11.004](https://doi.org/10.1016/j.ahj.2009.11.004)

⁹ Buttitta M., Iliescu C., Rousseau A., Guerrien A. (2014). Quality of life in overweight and obese children and adolescents: a literature review. *Qual. Life Res.* 23, 1117-1139. [10.1007/s11136-013-0568-5](https://doi.org/10.1007/s11136-013-0568-5)

¹⁰ McLaughlin L., Hinyard L. J. (2014). The relationship between health-related quality of life and body mass index. *West. J. Nurs. Res.* 36, 989-1001. [10.1177/0193945913520415](https://doi.org/10.1177/0193945913520415)

¹¹ Stephenson, J., Smith, C.M., Kearns, B. et al. The association between obesity and quality of life: a retrospective analysis of a large-scale population-based cohort study. *BMC Public Health* 21, 1990 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12009-8>

¹² Zawisza, K., Tobiasz-Adamczyk, B., Galas, A. et al. Changes in Body Mass Index and Quality of Life—Population-Based Follow-up Study COURAGE and COURAGE-POLFUS, Poland. *Applied Research Quality Life* 16, 501-526 (2021). <https://doi.org/10.1007/s11482-019-09776-3>

¹³ McLaughlin L., Hinyard L. J. (2014). The relationship between health-related quality of life and body mass index. *West. J. Nurs. Res.* 36, 989-1001. [10.1177/0193945913520415](https://doi.org/10.1177/0193945913520415)

¹⁴ Stephenson, J., Smith, C.M., Kearns, B. et al. The association between obesity and quality of life: a retrospective analysis of a large-scale population-based cohort study. *BMC Public Health* 21, 1990 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12009-8>

¹⁵ Zawisza, K., Tobiasz-Adamczyk, B., Galas, A. et al. Changes in Body Mass Index and Quality of Life—Population-Based Follow-up Study COURAGE and COURAGE-POLFUS, Poland. *Applied Research Quality Life* 16, 501-526 (2021). <https://doi.org/10.1007/s11482-019-09776-3>

Metodología

El diseño muestral de las ENFR (2005-2009-2013-2018) fue probabilístico y multietápico, y permitió obtener información representativa a nivel nacional y provincial de la población de 18 años y más, residente en localidades urbanas de 5.000 y más habitantes¹⁶.

En las distintas ediciones de las ENFR se realizó un relevamiento mediante un cuestionario estructurado que incluyó, entre otros aspectos, preguntas sobre salud general (autopercepción general del estado de salud), CVRS (como movilidad, el cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y peso y talla actual reportados por el entrevistado.

En base a estos datos, se calcularon, para todas las ediciones, las prevalencias, con sus intervalos de confianza del 95%, de salud general regular y las distintas dimensiones de la CVRS por categorías del índice de masa corporal por autorreporte. El análisis estadístico se realizó utilizando el software R 4.1.0.

El IMC fue calculado en base al autorreporte del peso y la talla relevadas en cada una de las cuatro encuestas realizadas (2005- 2009- 2013 – 2018). Esta variable se calculó como la razón entre el peso en kg dividido la talla en metros elevada al cuadrado. Posteriormente se categorizó en normopeso ($IMC < 25$), sobrepeso ($IMC \geq 25$ y < 30) y obesidad ($IMC \geq 30$). Además, se clasificó la obesidad en grados como obesidad grado 1 ($IMC \geq 30$ y < 35), obesidad grado 2 ($IMC \geq 35$ y < 40) y obesidad grado 3 ($IMC \geq 40$)¹⁷.

El indicador de salud general regular o mala se construyó a partir de una pregunta de escala actitudinal de tipo Likert de autoevaluación del estado de salud general proveniente del cuestionario SF-36.¹⁸

El resto de los indicadores se obtuvieron del cuestionario EQ-5D, validado en la Argentina.¹⁹ Se trata de un instrumento estandarizado que evalúa cinco dimensiones de la salud (movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión). Cada dimensión, a su vez, es relevada por

¹⁶ Instituto Nacional de Estadística y Censos - I.N.D.E.C. 4º Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC ; Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, 2019.

¹⁷ Si bien en la última cohorte se incluyeron también mediciones objetivas, se define no incorporarlas para poder establecer la relación con los datos obtenidos en las encuestas anteriores.

¹⁸ Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M. et al. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.*19(2).

¹⁹ Augustovski, F. A. Irazola, V. E., Velazquez, A. P., Gibbons, L., Craig, B. M. et al. (2009). Argentine Valuation of the EQ-5D Health States. *Value in Health*, 12(4), 587-96.

una pregunta específica con tres niveles de respuesta: sin problemas, algún problema y severos problemas.²⁰

Se calculó la razón de prevalencia (RP) de cada indicador como el cociente de la prevalencia en el grupo con obesidad sobre la prevalencia en el grupo normopeso.

²⁰ 0 EuroQol EQ-5D disponible en: <https://euroqol.org/>.

Resultados

Salud general regular o mala

La prevalencia de salud general regular o mala se mantuvo estable desde 2005 al 2018 en toda la población y en todas las categorías de IMC (Tabla 1).

Al comparar la prevalencia de salud general o mala según las categorías del IMC, se observó que la salud general regular o mala se incrementó a mayor IMC. La prevalencia de este indicador en población con obesidad fue de aproximadamente el doble respecto a la población con IMC <25 (Tabla 1).

En 2009 se observó que la prevalencia de salud general o mala aumentó a mayor IMC en el grupo de personas con obesidad. En cambio, en 2013 y 2018 la prevalencia fue mayor en el grupo con IMC ≥ 35 (Tabla 1).

Tabla 1. Salud general regular o mala según categoría del IMC.

	2005	2009	2013	2018
Total	19,9 (19,0 - 20,9)	19,2 (18,5 - 20,0)	21,2 (20,4 - 22,2)	20,9 (20,0 - 21,8)
IMC < 25	15,1 (14,1 - 16,2)	14,3 (13,4 - 15,2)	15,6 (14,5 - 16,8)	14,1 (13,0 - 15,1)
IMC ≥ 25 y < 30	19,3 (17,9 - 20,9)	19,4 (18,2 - 20,7)	20,5 (19,1 - 22,0)	19,4 (18,1 - 20,8)
IMC ≥ 30	31,5 (28,9 - 34,2)	28,2 (26,4 - 30,1)	31,3 (29,2 - 33,5)	31,5 (29,4 - 33,5)
IMC ≥ 30 y < 35	28,7 (25,8 - 31,7)	25,1 (23,1 - 27,1)	27,7 (25,4 - 30,1)	27,6 (25,5 - 29,6)
IMC ≥ 35 y < 40	40,8 (33,9 - 48,0)	33 (28,8 - 37,6)	40,2 (35,3 - 45,4)	37,9 (33,6 - 42,3)
IMC ≥ 40	41,4 (30,5 - 53,2)	47,8 (40,2 - 55,6)	42,9 (34,3 - 51,9)	46,1 (38,1 - 54,1)
RP (IMC ≥ 30/ IMC < 25)	2,09	1,97	2,01	2,23

Fuente: Elaboración propia en base a las 4 ediciones de la ENFR.

Algún problema de movilidad

La prevalencia de problemas de movilidad se mantuvo estable desde 2005 al 2018 en toda la población y en todas las categorías del IMC (Tabla 2).

La prevalencia de problemas de movilidad en población con IMC ≥ 30 fue más del doble que la prevalencia en población con IMC <25, en todas las ediciones de la ENFR (Tabla 2).

En las ediciones del 2009 y 2018 la prevalencia en personas con obesidad grado 3 fue mayor que en aquellas con obesidad grado 1 y 2 (Tabla 2).

Tabla 2. Algún problema de la movilidad según categoría del IMC.

	2005	2009	2013	2018
Total	10,8 (10,1 - 11,5)	10,9 (10,4 - 11,5)	11 (10,3 - 11,7)	12,1 (11,5 - 12,7)
IMC < 25	7 (6,3 - 7,8)	7,1 (6,5 - 7,7)	6,7 (5,9 - 7,5)	7,7 (6,9 - 8,5)
IMC ≥ 25 y < 30	10,9 (9,7 - 12,2)	11,4 (10,5 - 12,4)	11,2 (10,0 - 12,5)	11,6 (10,6 - 12,5)
IMC ≥ 30	19,6 (17,4 - 22,0)	17,7 (16,2 - 19,3)	17,3 (15,8 - 19,0)	18,4 (16,8 - 20,0)
IMC ≥ 30 y < 35	17 (14,7 - 19,6)	15,6 (14,0 - 17,4)	15,8 (14,1 - 17,7)	16,4 (14,7 - 18,2)
IMC ≥ 35 y < 40	28,8 (22,2 - 36,4)	20,5 (17,2 - 24,3)	19,7 (16,2 - 23,7)	18,1 (14,8 - 21,4)
IMC ≥ 40	26,7 (18,7 - 36,6)	31,8 (25,0 - 39,4)	25,5 (19,3 - 32,8)	34,8 (28,5 - 41,0)
RP (IMC ≥ 30/ IMC < 25)	2,8	2,49	2,58	2,38

Fuente: Elaboración propia en base a las 4 ediciones de la ENFR.

Algún problema en el cuidado personal

Con relación a la evolución temporal del indicador prevalencia de algún problema de cuidado personal, se observó que el mismo se mantuvo estable en toda la población y en cada categoría del IMC (Tabla 3).

La prevalencia fue entre un 60-80% mayor entre las personas con obesidad en comparación con las personas con IMC < 25 en 2009, 2013 y 2018 (Tabla 3).

No se observaron diferencias significativas en el indicador, entre los diferentes grados de obesidad (Tabla 3)

Tabla 3. Algún problema en el cuidado personal según categoría del IMC.

	2005	2009	2013	2018
Total	2,9 (2,5 - 3,4)	2,3 (2,1 - 2,5)	2,5 (2,2 - 2,8)	2,9 (2,6 - 3,2)
IMC < 25	2,2 (1,8 - 2,7)	1,8 (1,5 - 2,1)	2 (1,6 - 2,5)	2,2 (1,8 - 2,6)
IMC ≥ 25 y < 30	3,2 (2,3 - 4,4)	2,1 (1,8 - 2,5)	2,3 (1,9 - 2,9)	2,6 (2,1 - 3,0)
IMC ≥ 30	3,4 (2,7 - 4,4)	3,3 (2,8 - 4,0)	3,2 (2,6 - 3,9)	4 (3,3 - 4,7)
IMC ≥ 30 y < 35	2,8 (2,1 - 3,7)	2,8 (2,2 - 3,5)	2,9 (2,2 - 3,7)	3,3 (2,5 - 4,0)
IMC ≥ 35 y < 40	6 (3,5 - 10,1)	3,8 (2,4 - 6,1)	3,5 (2,4 - 5,0)	4,7 (2,9 - 6,4)
IMC ≥ 40	4,1 (2,0 - 8,3)	7,7 (4,9 - 12,1)	5,2 (3,2 - 8,5)	8,1 (4,3 - 12,0)

RP (IMC \geq 30/ IMC < 25)	—	1,83	1,6	1,81
---	---	------	-----	------

Fuente: Elaboración propia en base a las 4 ediciones de la ENFR.

Algún problema en relación a las actividades cotidianas

Con relación a la evolución temporal del indicador, el mismo se mantuvo estable en toda la población y en cada categoría del IMC (Tabla 4).

Se evidenció mayor prevalencia - de manera escalonada- a mayor IMC, excepto en 2009, año en que no hubo diferencias entre los grupos con normopeso y sobrepeso.

En todas las ediciones de la ENFR, las personas con obesidad reportaron aproximadamente el doble de prevalencia con relación a las actividades cotidianas que la población con IMC <25 (Tabla 4).

No se observaron diferencias entre los distintos grados de obesidad, salvo en 2009, donde el porcentaje de personas que refieren algún problema en relación a las actividades cotidianas fue mayor en personas con obesidad grado 3 comparadas con aquellas con grado 1 y 2 (Tabla 4).

Tabla 4. Algún problema en relación a las actividades cotidianas según categoría del IMC.

	2005	2009	2013	2018
Total	8 (7,4 - 8,7)	7,4 (7,0 - 7,9)	7,1 (6,6 - 7,6)	7,2 (6,8 - 7,7)
IMC < 25	6 (5,4 - 6,8)	5,8 (5,3 - 6,5)	4,9 (4,3 - 5,6)	4,9 (4,2 - 5,6)
IMC \geq 25 y < 30	8,2 (7,2 - 9,3)	7,0 (6,3 - 7,8)	6,7 (5,9 - 7,7)	6,8 (6,1 - 7,6)
IMC \geq 30	11,8 (10,2 - 13,7)	10,3 (9,2 - 11,5)	10,7 (9,5 - 12,1)	10,7 (9,5 - 12,0)
IMC \geq 30 y < 35	10,3 (8,6 - 12,4)	9,3 (8,1 - 10,7)	9,9 (8,4 - 11,5)	9,3 (8,0 - 10,7)
IMC \geq 35 y < 40	17,2 (12,7 - 22,9)	10,5 (8,1 - 13,5)	12,1 (9,5 - 15,3)	11,7 (8,7 - 14,7)
IMC \geq 40	15,2 (9,6 - 23,4)	20,0 (14,7 - 26,6)	15,6 (11,1 - 21,5)	19,5 (14,4 - 24,6)
RP (IMC \geq 30/ IMC < 25)	1,97	1,77	2,18	2,18

Fuente: Elaboración propia en base a las 4 ediciones de la ENFR.

Tiene dolor o malestar

La prevalencia de personas que refirieron tener dolor o malestar entre 2005 y 2009 se mantuvo estable. Luego, en 2013, se redujo y se mantuvo nuevamente estable hasta 2018, en toda la población y en todas las categorías del IMC (Tabla 5).

En todas las ediciones de la ENFR se observó que la prevalencia de dolor o malestar aumentó de manera gradual a mayor IMC, superando aproximadamente un 55% la población con IMC ≥ 30 respecto de aquella con IMC < 25 (Tabla 5).

Considerando los tres grados de obesidad analizados, no se observaron diferencias estadísticamente significativas, salvo en 2018, año que mostró una prevalencia superior en el grupo con IMC ≥ 40 (Tabla 5).

Tabla 5. Tiene dolor o malestar según categoría del IMC.

	2005	2009	2013	2018
Total	30,9 (29,8 - 32,1)	30,1 (29,3 - 31,0)	24,1 (23,1 - 25,0)	25,6 (24,8 - 26,5)
IMC < 25	26,3 (24,9 - 27,8)	25 (23,8 - 26,2)	19,1 (18,0 - 20,4)	20,7 (19,3 - 22,0)
IMC ≥ 25 y < 30	30,9 (29,0 - 33,0)	31 (29,6 - 32,4)	24,6 (23,1 - 26,3)	24,7 (23,3 - 26,0)
IMC ≥ 30	41,5 (38,8 - 44,3)	39,8 (37,7 - 41,9)	31,8 (29,7 - 34,0)	34,2 (32,4 - 36,1)
IMC ≥ 30 y < 35	39,2 (36,3 - 42,3)	37,6 (35,3 - 40,0)	30,1 (27,7 - 32,7)	33,1 (30,9 - 35,4)
IMC ≥ 35 y < 40	48,5 (41,4 - 55,6)	43,8 (39,3 - 48,4)	35,5 (30,8 - 40,5)	33,1 (29,2 - 37,0)
IMC ≥ 40	50,5 (38,6 - 62,3)	50,9 (43,0 - 58,7)	38,6 (31,7 - 46,0)	46,2 (39,1 - 53,3)
RP (IMC ≥ 30/ IMC < 25)	1,58	1,59	1,66	1,65

Fuente: Elaboración propia en base a las 4 ediciones de la ENFR.

Está ansioso o deprimido

Se observó que la prevalencia de sentirse ansioso o deprimido se redujo del 2005 a 2013 de manera significativa y luego aumentó en 2018 en toda la población y en la categoría IMC < 25. Para el grupo de IMC \geq 25 y < 30, la prevalencia se mantuvo constante entre 2005 y 2009, en 2013 se redujo y, finalmente, en 2018 se incrementó. Entre aquellos con IMC \geq 30, la prevalencia se mantuvo constante durante el período estudiado (Tabla 6).

Al analizar las distintas categorías del IMC, se observó que no hubo diferencias significativas en la prevalencia de sentirse ansioso o deprimido en las personas con normopeso y sobrepeso en ninguna de las ediciones de la ENFR. Sin embargo, la prevalencia fue entre un 18 - 35% mayor en las personas con obesidad (Tabla 6).

No se observó una tendencia significativa de la prevalencia de ansiedad o depresión según los tres grados de obesidad analizados (Tabla 6).

Tabla 6. Porcentaje de personas que refirieron ansiedad/depresión según categoría del IMC.

	2005	2009	2013	2018
Total	22,8 (21,8 - 23,9)	19 (18,5 - 20,0)	16,3 (15,6 - 17,1)	18,4 (17,6 - 19,2)
IMC < 25	21,8 (20,5 - 23,2)	17,7 (16,7 - 18,8)	15,1 (13,9 - 16,5)	17,8 (16,4 - 19,2)
IMC \geq 25 y < 30	21,7 (20,0 - 23,5)	18,8 (17,7 - 20,1)	15,1 (13,8 - 16,5)	17,3 (15,8 - 18,7)
IMC \geq 30	27,5 (25,0 - 30,1)	23,9 (22,2 - 25,7)	20,4 (18,6 - 22,2)	21,1 (19,3 - 22,9)
IMC \geq 30 y < 35	25,5 (22,8 - 28,3)	21,7 (19,8 - 23,7)	19,1 (17,1 - 21,3)	19,9 (18,1 - 21,8)
IMC \geq 35 y < 40	32,2 (26,4 - 38,6)	28 (23,7 - 32,8)	23,6 (19,6 - 28,2)	21,3 (17,2 - 25,5)
IMC \geq 40	40,9 (29,8 - 52,9)	36,1 (29,0 - 43,9)	24 (18,2 - 31,0)	29,7 (23,6 - 35,7)
RP (IMC \geq 30/ IMC < 25)	1,26	1,35	1,35	1,18

Fuente: Elaboración propia en base a las 4 ediciones de la ENFR.

Conclusiones

Del análisis de la percepción de salud general y de las distintas dimensiones de la CVRS a lo largo de las cuatro ediciones de las ENFR, se observa una diferencia estadísticamente significativa entre el reporte de personas con $IMC < 25$ y aquellas con $IMC \geq 30$. En base a estos resultados, se puede enunciar que las personas con $IMC \geq 30$ reportan con mayor frecuencia una salud general regular o mala y una mayor prevalencia de problemas de movilidad, en el cuidado personal, en actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión respecto de aquéllas con $IMC < 25$. Es decir que, conforme aumenta el IMC, disminuye la CVRS.

La información aquí contenida refleja la necesidad de un abordaje integral, jerarquizando las dimensiones psicosociales de la salud y la percepción subjetiva de cada persona en lugar de centrarse exclusivamente en aspectos biomédicos. Se destaca que los resultados presentados son representativos de la población argentina y fueron consistentes a lo largo de todas las ediciones de la ENFR, lo que les otorga robustez y confiabilidad.

*primero
la gente*



Ministerio de Salud
Argentina