



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**MEDICINA**

CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN SOBRE EL ENFOQUE ACTUAL DE LA  
OBESIDAD EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD  
PERUANA CAYETANO HEREDIA EN EL AÑO 2026

KNOWLEDGE AND PERCEPTIONS OF THE CURRENT APPROACH TO  
OBESITY AMONG MEDICAL STUDENTS AT UNIVERSIDAD PERUANA  
CAYETANO HEREDIA IN 2026

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO  
PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR

LESLIE YESCENIA CONDORI QUISPE

ASESOR

HOMARH VILLAVERDE PELAEZ

LIMA – PERÚ

2026



**ASESOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**ASESOR**

DR. HOMARH VILLAVERDE PELAEZ

Departamento Académico de Clínicas Médicas

ORCID: 0000-0002-2063-7055

**Fecha de aprobación:** 17/06/2026

**Calificación:** Aprobado

## **DEDICATORIA**

A mis padres, por ser un ejemplo de esfuerzo y perseverancia, y por su apoyo incondicional a lo largo de mi formación.

A mi hermana, por compartir este camino conmigo y estar presente en los momentos más importantes.

Y, de manera especial, a mis dos perritas, Dafne y Vianka, cuya compañía y cariño marcaron una parte importante de mi vida.

## **AGRADECIMIENTOS**

Expreso mi más sincero agradecimiento a mi asesor, Dr. Homarh Villaverde por su tiempo, orientación y apoyo durante el desarrollo del presente estudio.

Asimismo, agradezco a los médicos cuyas enseñanzas y experiencias contribuyeron significativamente a mi formación académica.

## **FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

Autofinanciado

## **DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS**

La autora declara no tener conflictos de interés.

# DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD



UNIVERSIDAD PERUANA  
CAYETANO HEREDIA

## DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

El egresado:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	CONDORI QUISPE LESLIE YESCENIA

Pertenciente al programa de la **CARRERA PROFESIONAL DE MEDICINA**, autor del trabajo titulado: **CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN SOBRE EL ENFOQUE ACTUAL DE LA OBESIDAD EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA EN EL AÑO 2026** el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el **TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO** bajo la modalidad de **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**.

En calidad de docente asesor de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	VILLAVERDE PELAEZ HOMARH	MEDICINA	ASESOR

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **18%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **trn:oid::1:3604765014**; fecha de entrega: **01-07-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 01 de julio del 2026.**

Firma del asesor  
N° DNI: 10634665  
ORCID: 0000-0002-2063-7055



## TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	OBJETIVOS	4
III.	MATERIALES Y MÉTODOS	5
	a. Diseño del estudio	5
	b. Población	5
	c. Criterios de inclusión	5
	d. Criterios de exclusión	5
	e. Muestra	5
	f. Definición operacional de variables	7
	g. Procedimientos y técnicas	7
	h. Aspectos éticos	10
	i. Plan de análisis	12
	j. Sesgos y limitaciones	13
IV.	RESULTADOS ESPERADOS	14
V.	CONCLUSIONES	15
VI.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16
VII.	PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA	20
	ANEXOS	

## RESUMEN

**Introducción:** La obesidad es un desafío sanitario cuyo enfoque centrado en el Índice de Masa Corporal (IMC) ha evolucionado a un modelo de “enfermedad crónica basada en la adiposidad” (ABCD). Actualmente se busca diferenciar la obesidad preclínica de la clínica evaluando el daño orgánico y la limitación funcional. Sin embargo, hay dificultades para integrar estos conceptos en la formación médica y el sesgo de peso continúa presente. **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento y la percepción sobre el enfoque actual de la obesidad en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) durante el año 2026. **Materiales y métodos:** Se realizará un estudio observacional, transversal y tipo analítico con 185 estudiantes seleccionados por muestreo por conveniencia, quienes realizarán un cuestionario virtual que tiene una sección de conocimientos (15 preguntas de opción múltiple) y otra de percepción (10 ítems en escala Likert). Se analizarán los datos en Stata v.17 usando las pruebas de asociación y correlación. **Aspectos éticos:** La participación requerirá aceptar un consentimiento informado previo a la encuesta, se procurará el anonimato y la confidencialidad de las respuestas. **Conclusión:** Los resultados obtenidos permitirán identificar aspectos tanto de conocimiento como de percepción sobre el enfoque actual de la obesidad que podrían considerarse en futuras revisiones del currículo académico.

**Palabras clave:** Obesidad; Adiposidad; Estudiantes de Medicina; Conocimientos, Actitudes y Prácticas; Educación Médica.

## ABSTRACT

**Introduction:** Shifting away from a strictly BMI-centered perspective, current obesity approach aligns with the “adiposity-based chronic disease” (ABCD) model. It is important to differentiate preclinical from clinical obesity through the direct assessment of organ damage and functional limitation. The integration of these concepts into medical curricula remains challenging, while weight bias persists.

**Objective:** To evaluate the level of knowledge and perception regarding the current clinical approach to obesity among medical students at Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). **Materials and methods:** An observational, cross-sectional, analytical study will be conducted among 185 medical students selected through convenience sampling. The online questionnaire features a 15-item multiple-choice knowledge assessment and a 10-item Likert-scale perception section. Data will be analyzed using association and correlation tests executed in Stata v.17. **Ethical aspects:** Anonymity and informed consent will be ensured for all participants. **Conclusion:** This study will identify local educational gaps to strengthen the medical curriculum in alignment with new global disease guidelines.

**Keywords:** Obesity; Adiposity; Medical Students; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Medical Education.

## I. INTRODUCCIÓN

La obesidad es un desafío sanitario que ha motivado la creación de estrategias orientadas a su prevención y manejo, impulsadas por tasas de prevalencia en aumento constante durante las últimas tres décadas (1, 2). Este patrón en ascenso se asocia con mayor mortalidad por patologías cardiovasculares, metabólicas, respiratorias y determinadas neoplasias (2, 3). Dependiendo del indicador antropométrico, la magnitud del problema varía en el contexto peruano: Vásquez-Romero et al. señalaron que mientras el Índice de Masa Corporal (IMC) estima una prevalencia del 23.2 %, el uso de la relación cintura-estatura eleva esta cifra hasta 81.5 % (4).

Bajo los parámetros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el diagnóstico se ha basado en un IMC de 30 kg/m<sup>2</sup> o más (5). Sin embargo, esta herramienta presenta limitaciones al no distinguir la composición ni la distribución de grasa corporal, lo que puede llevar a interpretaciones incorrectas sobre el estado nutricional real del paciente (6, 7). En la actualidad, se reconoce la necesidad de integrar otros indicadores antropométricos, con mayor énfasis en la relación cintura-estatura por su mayor capacidad predictiva de riesgo cardiometabólico (8).

Con el transcurso de los años, el componente antropométrico ha dejado de considerarse un criterio aislado, dando paso a una evaluación centrada en el impacto clínico de la enfermedad (9-11). En 2017, se propuso el modelo de “enfermedad crónica basada en la adiposidad” (ABCD), enfocado en la disfunción del tejido adiposo asociada a alteraciones neuroendocrinas, metabólicas e inflamatorias del balance energético (10). Más recientemente, en 2025, una comisión internacional

interdisciplinaria propuso que la “obesidad clínica” se distingue de la “obesidad preclínica” por la presencia de disfunción orgánica, tisular o limitación funcional clínicamente significativa (9).

Bajo este nuevo enfoque, la severidad de la enfermedad se determina mediante sistemas de estadificación que evalúan dominios médicos, funcionales y salud mental (10, 11). En consecuencia, la intensidad del tratamiento se ajusta por el estadiaje clínico de la severidad y no solo por el nivel de adiposidad (10). Con la llegada de fármacos basados en incretinas y la cirugía metabólica, ahora se tienen herramientas que actúan sobre los mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad (9). Así, el éxito médico se redefine como la recuperación de la funcionalidad del paciente y la remisión sostenida de las enfermedades relacionadas con la obesidad, priorizando la salud integral sobre la pérdida de peso aislada (9-11).

A pesar de estos avances, la enseñanza sobre la obesidad en las facultades de medicina todavía es limitada y no tiene una estructura clara (12, 13). Esto se refleja en las dificultades que reportan los estudiantes de último año para integrar los criterios de diagnóstico y tratamiento en su práctica clínica (14). Por otro lado, mejorar el nivel de conocimientos no garantiza que el estigma desaparezca (12). Este prejuicio persiste, en gran medida, porque el sesgo de peso no se discute de forma abierta ni sistemática durante la carrera (13). Como advierten las guías de Obesity Canada, el sesgo en el personal de salud actúa como una barrera que aleja a los pacientes de la atención preventiva y empeora su pronóstico (15).

En este escenario de transición conceptual y vacíos formativos, se vuelve indispensable analizar qué saben y cómo perciben la obesidad los estudiantes de

medicina. Identificar estas brechas permitirá generar datos locales que contribuyan a fortalecer el currículo académico y preparar mejor a los futuros médicos. Por consiguiente, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el conocimiento y la percepción sobre el enfoque actual de la obesidad en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2026?

## II. OBJETIVOS

- a. **Objetivo general:** Determinar el conocimiento y la percepción sobre el enfoque actual de la obesidad en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2026.
- b. **Objetivos específicos:**
  - i. Describir el conocimiento sobre el enfoque actual de la obesidad en estudiantes de medicina.
  - ii. Describir la percepción de los estudiantes sobre la obesidad y su manejo clínico.
  - iii. Comparar los puntajes de conocimiento y percepción según sexo y etapa académica (preclínica y clínica).
  - iv. Evaluar la asociación entre el puntaje de conocimiento y el puntaje de percepción.
  - v. Validar el instrumento de recolección de datos mediante juicio de expertos.
  - vi. Evaluar la claridad, comprensión y aplicabilidad del instrumento mediante una prueba piloto.

### **III. MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **a. Diseño del estudio**

Estudio observacional, transversal y de tipo analítico.

#### **b. Población**

La población de estudio estará conformada por todos los estudiantes de medicina matriculados en la Universidad Peruana Cayetano Heredia durante el año 2026, incluyendo todas las promociones desde el primer año de estudios hasta el internado médico

#### **c. Criterios de inclusión**

- i.** Estudiantes matriculados en la carrera de Medicina en la Universidad Peruana Cayetano Heredia durante el año 2026.
- ii.** Estudiantes que acepten participar voluntariamente mediante consentimiento informado.
- iii.** Estudiantes que completen la encuesta de manera íntegra.

#### **d. Criterios de exclusión**

- i.** Estudiantes que hayan participado en la prueba piloto del instrumento.

#### **e. Muestra**

Se empleará un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo a los estudiantes de Medicina que acepten participar voluntariamente y completen la encuesta durante el periodo de

recolección de datos. El tamaño mínimo de muestra fue calculado utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{E^2(N-1) + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Donde:

- n: tamaño de muestra
- N: tamaño de la población
- Z: valor de la distribución normal estándar
- p: proporción esperada
- E: error máximo permitido

No se encontraron cifras públicas oficiales actualizadas sobre el número de estudiantes de Medicina en la Universidad Peruana Cayetano Heredia para el año 2026. Por ello, la población fue estimada a partir del número de ingresantes reportados en la sección de transparencia institucional entre los años 2015 y 2021, considerando una duración de la carrera de siete años, obteniéndose un total de  $N = 1412$  estudiantes (16).

Se consideró un nivel de confianza del 95 % ( $Z = 1,96$ ), una proporción esperada de 0,5 y se optó por un margen de error del 7 % considerando la factibilidad de recolección de datos en la población de estudio ( $E = 0,07$ ).

$$n = \frac{1412 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot (1 - 0.5)}{0.07^2 \cdot (1412 - 1) + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot (1 - 0.5)}$$

Con estos parámetros, se obtuvo un tamaño mínimo de muestra de 172 estudiantes. Se consideró ampliar este número a 185 participantes para compensar posibles pérdidas o encuestas incompletas. Cabe resaltar que el muestreo es no probabilístico por conveniencia, por lo que los resultados no serán generalizables a toda la población estudiantil.

El tamaño muestral fue calculado para estimar la proporción de estudiantes con adecuado conocimiento del enfoque actual de la obesidad. Dado el carácter exploratorio de las comparaciones entre subgrupos, estas se interpretarán con cautela. Se procurará una captación lo más equilibrada posible por año académico mediante difusión específica en los grupos de cada promoción.

**f. Definición operacional de variables**

Las variables de estudio fueron definidas de acuerdo con su tipo, escala de medición, definición conceptual, definición operacional, indicadores y forma de registro (Anexo 1).

**g. Procedimientos y técnicas**

Para la construcción del instrumento de recolección de datos, se realizó una síntesis interpretativa de las guías de práctica clínica más recientes (EASO 2024, AACE 2025 y The Lancet Commission 2025).

Estará conformado por cuatro secciones: consentimiento informado, datos generales, conocimiento y percepción sobre el enfoque actual de la obesidad (Anexo 2). La variable percepción sobre obesidad fue

evaluada mediante un cuestionario estructurado tipo Likert, organizado en dimensiones que incluyen creencias, autoeficacia clínica, actitudes, percepción del enfoque actual, estigma, formación académica y salud pública. La variable “Conocimiento sobre el enfoque actual de la obesidad” se detalla en una matriz que incluye dimensiones, indicadores, ítems, respuestas correctas y sustento científico (Anexo 3).

Antes de su aplicación definitiva, el instrumento se someterá a validación de contenido por un panel de 7 médicos especialistas en Endocrinología o Medicina Interna, con experiencia en obesidad y/o educación médica; el número de expertos se encuentra dentro del rango recomendado (17, 18).

Los médicos serán contactados a través de los correos electrónicos institucionales, invitándolos a participar de manera voluntaria y proporcionándoles el formato de evaluación (Anexo 4). Los datos solicitados se utilizarán exclusivamente para justificar metodológicamente la idoneidad del panel de expertos. Las respuestas de los médicos serán registradas de forma anónima, sin posibilidad de vincular una respuesta específica con la identidad del evaluador.

Posteriormente, se realizará una prueba piloto en 30 estudiantes de medicina para evaluar la comprensión de las preguntas, la claridad de los ítems y el tiempo necesario para completar el cuestionario (19, 20). El reclutamiento se realizará a través de grupos de WhatsApp

de las promociones académicas, mediante los cuales se compartirá el enlace de la encuesta piloto (Anexo 5). La participación será voluntaria, anónima y confidencial.

Con base en los resultados obtenidos durante la validación por expertos y la prueba piloto, se realizarán los ajustes necesarios al instrumento antes de su aplicación en la muestra definitiva del estudio.

1. Se solicitará la autorización correspondiente a la Facultad de Medicina “Alberto Hurtado” para la realización del estudio.
2. Se invitará a los estudiantes de medicina a participar de manera voluntaria en la investigación a través de los grupos oficiales de WhatsApp mediante la colaboración de los delegados de cada año académico, enviando un enlace del cuestionario elaborado en Google Forms. En la invitación se indicará expresamente que la encuesta está dirigida únicamente a estudiantes que no hayan participado en la etapa piloto.
3. Antes de acceder al cuestionario, los participantes deberán aceptar el consentimiento informado electrónico correspondiente. El formulario será anónimo y no solicitará información que permita identificar directamente a los participantes.

4. Se realizará la recolección de datos mediante un cuestionario autoadministrado que incluirá preguntas sociodemográficas, de conocimientos sobre obesidad y de percepciones o actitudes hacia esta condición.
5. Los datos obtenidos serán registrados en una base en Microsoft Excel y posteriormente exportados a Stata v.17 para su análisis.
6. Previo al análisis estadístico, se revisará la base de datos para identificar registros incompletos, inconsistentes o duplicados.
7. Se excluirán los cuestionarios con respuestas incompletas o con patrones de respuesta que comprometan la validez de la información recolectada.
8. La base de datos final será almacenada en un archivo protegido, con acceso restringido al equipo investigador.

#### **h. Aspectos éticos**

La investigación posee valor científico y social, ya que permitirá conocer los conocimientos y percepciones de los estudiantes de medicina sobre el enfoque actual de la obesidad, la información obtenida permitirá identificar posibles brechas de conocimiento y explorar aspectos relacionados con la formación médica en este tema.

Asimismo, la validez científica estará respaldada por la validación de contenido del instrumento mediante juicio de expertos y por la realización de una prueba piloto previa a su aplicación definitiva.

La selección de los participantes se realizará de manera equitativa, considerando a estudiantes de medicina que cumplan los criterios de inclusión y a médicos especialistas con experiencia en obesidad y/o educación médica convocados para la validación del instrumento. Debido a que la investigación consiste únicamente en el llenado de cuestionarios virtuales, se considera un estudio de riesgo mínimo.

El proyecto será sometido a evaluación y aprobación por el Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia antes de su ejecución. Además, se solicitará la autorización correspondiente a la Facultad de Medicina “Alberto Hurtado” para la realización de la investigación.

La participación será voluntaria. Antes de acceder a los cuestionarios, tanto los estudiantes como los expertos deberán aceptar un consentimiento informado electrónico en el que se detallarán los objetivos del estudio, las características de su participación y su derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias académicas o profesionales (Anexos 6 y 7).

Se garantizará el respeto por los participantes mediante la protección de su privacidad y la confidencialidad de la información recolectada. No se registrarán nombres, documentos de identidad u otros datos que permitan identificar directamente a los participantes. La información obtenida será utilizada exclusivamente con fines de investigación y será accesible únicamente para el equipo investigador.

### **i. Plan de análisis**

El procesamiento de datos se llevará a cabo en Microsoft Excel y el análisis estadístico se ejecutará en Stata v.17. Previo al análisis principal, se validará el instrumento por un panel de expertos mediante el cálculo del Índice de Validez de Contenido (I-CVI y S-CVI). Durante la prueba piloto, se evaluará la consistencia interna mediante el coeficiente KR-20 en la sección de conocimientos y alfa de Cronbach en la sección de percepción (tras recodificar los ítems negativos); se aceptarán valores  $\geq 0.70$  como adecuados.

Las variables categóricas se presentarán mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Las variables cuantitativas se describirán mediante la media y la desviación estándar cuando presenten distribución normal; de lo contrario, se reportarán la mediana y el rango intercuartílico. La normalidad de los datos se verificará mediante la prueba de Shapiro-Wilk y la inspección gráfica de su distribución.

Para el análisis inferencial, los puntajes de conocimiento y percepción podrán categorizarse en niveles (bajo, medio y alto) según terciles del puntaje observado, con fines descriptivos y de comparación entre grupos.

Se empleará la prueba de Chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher para evaluar la asociación entre las categorías de conocimiento y percepción con las variables sociodemográficas (sexo y etapa académica).

La comparación de los puntajes de conocimiento y percepción entre estudiantes de etapa preclínica y clínica se evaluará mediante la prueba t de Student o U de Mann-Whitney, según la distribución de los datos.

Finalmente, se utilizará el coeficiente de Pearson o Spearman para determinar la correlación entre el puntaje de conocimiento y el de percepción.

Se considerará un nivel de significancia de  $p < 0.05$  y un nivel de confianza del 95% para todas las pruebas.

**j. Sesgos y limitaciones**

Los resultados del presente estudio deben interpretarse considerando las limitaciones del diseño. El empleo de un muestreo por conveniencia limita extrapolar los hallazgos a toda la población universitaria. Al ser un instrumento autoadministrado, existe el riesgo de interpretaciones erróneas o respuestas sin un análisis profundo. Hay que tener presente el sesgo de deseabilidad social por el que, en lugar de elegir su postura real, seleccionan la opción socialmente “correcta”. Como es un estudio transversal, tampoco permite definir relaciones de causa-efecto. Finalmente, aunque se someterá el instrumento a un panel de expertos y a una prueba piloto, su carácter novedoso hace necesario que estudios posteriores continúen afinando sus propiedades psicométricas.

#### **IV. RESULTADOS ESPERADOS**

Se proyecta determinar el nivel de información que poseen los estudiantes sobre el modelo de “enfermedad crónica basada en la adiposidad” (ABCD) y su capacidad para diferenciar la fase clínica de la fase preclínica. Entre las respuestas de conocimiento, es probable que se evidencie los siguientes hallazgos: la persistencia del IMC como criterio central por sobre el daño orgánico y/o la funcionalidad en el proceso diagnóstico, así como la asociación de las incretinas y la cirugía metabólica solo con la pérdida de peso, sin considerar su impacto en la remisión de complicaciones. De igual forma, se prevé la persistencia de actitudes centradas en el peso como indicador de éxito, junto con sesgos y estigma hacia la obesidad, incluyendo la atribución del fracaso terapéutico a la falta de voluntad del paciente. Los resultados de este estudio permitirán reconocer las áreas que podrían reforzarse durante la formación médica y considerar futuras revisiones del currículo universitario relacionadas con el enfoque actual de la obesidad.

## V. CONCLUSIONES

- a. El proyecto parte de necesidad de evaluar el nivel de conocimiento sobre el enfoque actual de la obesidad según las guías internacionales vigentes, en las que se reconoce el IMC como herramienta de tamizaje y se prioriza la valoración del daño orgánico y la funcionalidad para entender su impacto clínico.
- b. Asimismo, con el fin de identificar si existe una correlación entre la etapa académica y la persistencia del sesgo de peso, el estudio explora de forma directa cómo percibe el estudiante a los pacientes con obesidad.
- c. La información sobre conocimiento y percepción obtenida mediante la metodología planteada servirá como base para futuras revisiones del currículo académico: el propósito final es orientar la formación hacia un enfoque clínico mucho más integral y empático.

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ahmed SK, Mohammed RA. Obesity: prevalence, causes, consequences, management, preventive strategies and future research directions. *Metab Open*. 2025 Jun;27:100375. doi: 10.1016/j.metop.2025.100375.
2. Phelps NH, Singleton RK, Zhou B, Heap RA, Mishra A, Bennett JE, et al. Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2024 Mar;403(10431):1027-50. doi: 10.1016/S0140-6736(23)02750-2.
3. Di Angelantonio E, Bhupathiraju SN, Wormser D, Gao P, Kaptoge S, de Gonzalez AB, et al. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *Lancet*. 2016 Aug;388(10046):776-86. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30175-1.
4. Vásquez-Romero LE, Zuzunaga-Montoya FE, Loayza-Castro JA, Vigil-Ventura E, Ramos W, Vera-Ponce VJ. Prevalence of Obesity According to Body Mass Index, Waist Circumference, and Waist-to-Height Ratio in Peru: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obes Pillars*. 2025 Feb;13:100166. doi: 10.1016/j.obpill.2025.100166.
5. World Health Organization. Obesity and Overweight [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [citado 20 feb 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

6. Wu Y, Li D, Vermund SH. Advantages and Limitations of the Body Mass Index (BMI) to Assess Adult Obesity. *Int J Environ Res Public Health*. 2024 Jun;21(6):757. doi: 10.3390/ijerph21060757.
7. Gómez-Ambrosi J, Catalán V, Frühbeck G. The evolution of the understanding of obesity over the last 100 years. *Int J Obes (Lond)*. 2024 Nov;49(2):168-76. doi: 10.1038/s41366-024-01668-3.
8. Ashwell M, Gibson S. Waist-to-height ratio as an indicator of 'early health risk': simpler and more predictive than using a 'matrix' based on BMI and waist circumference. *BMJ Open*. 2016;6(3):e010159. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010159.
9. Rubino F, Cummings DE, Eckel RH, Cohen RV, Wilding JPH, Brown WA, et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2025 Mar;13(3):221-62. doi: 10.1016/S2213-8587(24)00316-4.
10. Mechanick JI, Nadolsky K, Garvey WT, Hurley DL, Stanford FC, Igel LI, et al. American Association of Clinical Endocrinology Clinical Guidance: Addressing the Adiposity-Based Chronic Disease (ABCD) Paradigm—A 2025 Update. *Endocr Pract*. 2025;31(11):1351–94. doi: 10.1016/j.eprac.2025.02.007.
11. Busetto L, Dicker D, Frühbeck G, Halford JCG, Sbraccia P, Bazeli R, et al. A new framework for the diagnosis, staging and management of obesity in adults. *Nat Med*. 2024;30(9):2395–9. doi: 10.1038/s41591-024-03095-3.

12. Mastrocola MR, Roque SS, Benning LV, Stanford FC. Obesity education in medical schools, residencies, and fellowships throughout the world: a systematic review. *Int J Obes (Lond)*. 2020 Feb;44(2):269-79. doi: 10.1038/s41366-019-0453-6.
13. Elhag W, El Ansari W. The Landscape of Obesity Education Worldwide — Are We Doing Enough? Scoping Review of Content of Obesity Educational Interventions in Medical Schools and Residency Programs. *Obes Surg*. 2025 Mar;35(4):1201-22. doi: 10.1007/s11695-024-07654-y.
14. Martins C, Norsett-Carr A. Obesity Knowledge among Final-Year Medical Students in Norway. *Obes Facts*. 2017;10(6):545-58. doi: 10.1159/000481351.
15. Forhan M, Salas XR, Alberga A, Bell R, Lazosky S, Sharma AM, et al. Reducing Weight Bias in Obesity Management, Practice, & Policy. En: Wharton S, Lau DCW, editores. *Adult Clinical Practice Guideline*. Edmonton: Obesity Canada; 2020 [actualizado oct 2022; citado 24 feb 2026]. Disponible en: <https://obesitycanada.ca/guidelines/weightbias/>
16. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Postulantes e Ingresantes al Pregrado por Facultad y Carrera [Internet]. Lima: UPCH; 2019 [citado 24 feb 2026]. Disponible en: <http://drive.google.com/file/d/1myM8F7qyNnVk8HhZ2X905GvNiK9DKn1j/view>
17. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res*. 1986 Nov–Dec;35(6):382–386. doi:10.1097/00006199-198611000-00017

18. Grant JS, Davis LL. Selection and use of content experts for instrument development. *Res Nurs Health*. 1997 Jun;20(3):269–274. doi:10.1002/(SICI)1098-240X(199706)20:3<269::AID-NUR9>3.0.CO;2-G.
19. Hertzog MA. Considerations in determining sample size for pilot studies. *Res Nurs Health*. 2008 Apr;31(2):180–191. doi:10.1002/nur.20247.
20. Johanson GA, Brooks GP. Initial scale development: sample size for pilot studies. *Educ Psychol Meas*. 2010 Jun;70(3):394–400. doi:10.1177/0013164409355692.

## VII. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

- a. **Presupuesto:** El estudio será realizado con recursos propios del investigador, por lo que no requiere financiamiento externo (Anexo 8).
- b. **Cronograma:** El desarrollo del estudio se llevará a cabo de manera secuencial, desde la elaboración del proyecto hasta la revisión final del informe de investigación (Anexo 9).

## ANEXOS

### Anexo 1. Definición operacional de variables

Variable	Tipo de variable	Escala	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Forma de registro
Edad	Cuantitativa continua	Razón	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del estudiante hasta el momento de la encuesta	Edad reportada al momento de responder el cuestionario	Años cumplidos	Número entero
Sexo	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sexo biológico del estudiante	Sexo seleccionado por el estudiante en el cuestionario	Sexo reportado por el participante	Masculino / Femenino
Etapa académica	Cualitativa dicotómica	Nominal	Etapa del proceso formativo que diferencia entre los años orientados al aprendizaje teórico y los enfocados en la práctica clínica.	A partir del año académico reportado por el estudiante. Los estudiantes de 1° a 3° año se clasificarán como etapa preclínica y los de 4° año en adelante como etapa clínica.	Etapa de formación	Preclínica / Clínica

Año académico	Cualitativa politémica	Ordinal	Nivel de formación académica del estudiante en la Facultad de Medicina.	Año de estudios en el que se encuentra matriculado el estudiante al momento de la encuesta	Año académico	1°, 2°, 3°, 4°, 5°, externado, internado
Conocimiento sobre el enfoque actual de la obesidad	Cuantitativa discreta (puntaje) / Cualitativa ordinal (nivel)	Razón (puntaje) / Ordinal (nivel)	Grado de información sobre la conceptualización, criterios diagnósticos y terapéuticos (Lancet/AACE/EASO 2024-2025).	Variable evaluada mediante la suma de respuestas correctas en un cuestionario de 15 ítems. El puntaje total oscila entre 0 y 15; a mayor puntaje, mayor nivel de conocimiento. Para fines descriptivos, podrá categorizarse en bajo, medio y alto.	Puntaje total: 0–15 puntos.	Puntaje continuo y/o categorías ordinales
Percepción frente a la obesidad	Cuantitativa (puntaje total) / Cualitativa ordinal (categorías)	Ordinal (ítems Likert) y cuantitativa para el puntaje total	Conjunto de percepciones, actitudes y valoraciones de los estudiantes de medicina hacia las personas con obesidad y su manejo clínico.	Variable evaluada mediante una escala Likert de 10 ítems con cinco opciones de respuesta (1 a 5 puntos por ítem). Se recodificarán los ítems inversos para obtener un puntaje total (10 a 50 puntos), donde a mayor puntuación, menores actitudes estigmatizantes. Para fines descriptivos, podrá categorizarse en bajo, medio y alto.	Puntaje total: 10–50	Puntaje total (10–50) y/o categorías ordinales

## Anexo 2. Cuestionario para recolección de datos

<b>Sección 1: Consentimiento informado</b>
<i>(Nota: En la plataforma digital, esta primera pantalla corresponderá textualmente al documento en el Anexo 6. El sistema estará configurado de forma obligatoria; si el estudiante marca "Sí, acepto participar", el formulario desbloqueará la Sección 2. Si marca "No acepto", la sesión finalizará automáticamente).</i>
<b>Sección 2: Datos generales</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Edad</li><li>2. Sexo</li><li>3. Año de estudios<ol style="list-style-type: none"><li>a. 1°</li><li>b. 2°</li><li>c. 3°</li><li>d. 4°</li><li>e. 5°</li><li>f. Externado</li></ol></li></ol>

g. Internado

### Sección 3: Evaluación de conocimientos

Las siguientes preguntas evalúan conocimientos sobre la conceptualización, diagnóstico y manejo de la obesidad de acuerdo con el enfoque contemporáneo descrito en la literatura científica actual.

Abreviaturas utilizadas en el cuestionario:

- AACE: American Association of Clinical Endocrinology
- EASO: European Association for the Study of Obesity
- ABCD: Adiposity-Based Chronic Disease
- ORCD: Obesity-Related Complications and Diseases
- IMC: Índice de Masa Corporal

1. ¿Qué concepto describe mejor la fisiopatología de la obesidad según el modelo ABCD de la AACE?
  - a. Consecuencia exclusiva de un balance calórico positivo sostenido por sedentarismo.
  - b. Enfermedad crónica progresiva que surge por un control neuroendocrino anormal del balance energético.
  - c. Condición de riesgo metabólico definida exclusivamente por la hipertrofia e hiperplasia del adipocito.
2. Según la Comisión The Lancet 2025, el diagnóstico de "obesidad clínica" se establece de forma precisa cuando:
  - a. Existe exceso de adiposidad confirmado junto con evidencia de disfunción en órganos, tejidos o limitación en las actividades diarias.

- b. El paciente presenta un IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> asociado a al menos una comorbilidad metabólica.
  - c. El fenotipo físico demuestra un exceso de masa grasa, independientemente de la función orgánica.
3. En el marco diagnóstico moderno, el IMC debe utilizarse principalmente como:
- a. Herramienta diagnóstica individual definitiva.
  - b. Método de tamizaje o evaluación poblacional.
  - c. Indicador directo de adiposidad visceral.
4. Además del IMC, ¿qué parámetro antropométrico recomiendan las guías de la AACE (2025) y EASO (2024) para clasificar el riesgo cardiometabólico y la obesidad abdominal?
- a. La medición aislada del pliegue tricípital.
  - b. La relación cintura-cadera  $\geq 0.9$ .
  - c. La relación cintura-estatura  $\geq 0.5$ .
5. Según la Comisión The Lancet 2025, la confirmación de adiposidad excesiva (sin necesidad de medidas antropométricas adicionales) se asume cuando:
- a. El paciente presenta síndrome metabólico documentado.
  - b. La circunferencia abdominal es  $\geq 102$  cm en hombres o  $\geq 88$  cm en mujeres.
  - c. El paciente presenta un IMC  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>.
6. Para el diagnóstico de obesidad clínica, ¿cuál de los siguientes escenarios representa una limitación funcional documentada válida según The Lancet?

- a. Incapacidad para alcanzar la frecuencia cardíaca máxima esperada para la edad en una prueba de esfuerzo.
  - b. Limitaciones significativas ajustadas por edad en la movilidad o actividades básicas.
  - c. Fatiga muscular aguda posterior a entrenamiento de resistencia moderada.
7. En las guías de la AACE 2025, la estadificación de la severidad de la enfermedad se clasifica basándose estrictamente en:
- a. El porcentaje de exceso de peso corporal perdido tras intervenciones previas.
  - b. El punto de corte del IMC ajustado por etnia.
  - c. La presencia y severidad de las complicaciones y enfermedades relacionadas con la obesidad (ORCD).
8. En la nueva nomenclatura de The Lancet 2025, condiciones como la diabetes tipo 2 o ciertos tipos de cáncer que coexisten con la obesidad se denominan:
- a. Comorbilidades (enfermedades incidentales sin relación fisiopatológica).
  - b. Enfermedades relacionadas con la obesidad (debido a etiología o fisiopatología superpuesta).
  - c. Complicaciones mecánicas directas del tejido adiposo.
9. En el cuidado centrado en las complicaciones (AACE), el objetivo principal del tratamiento de la obesidad es:
- a. Reducir el IMC a la categoría de "peso normal" ( $\leq 25 \text{ kg/m}^2$ ).
  - b. Mejorar la salud y calidad de vida previniendo, mitigando o tratando las ORCD.
  - c. Lograr una pérdida de peso estandarizada del 10% en todos los pacientes.
10. ¿Cuál es el criterio para definir la "remisión" de la obesidad clínica según la Comisión de The Lancet?
- a. Mantener una pérdida de peso  $\geq 15\%$  durante al menos 12 meses.

- b. Retornar a un estado de obesidad preclínica mediante cirugía metabólica.
- c. La resolución parcial o completa de la evidencia clínica y de laboratorio de la disfunción tisular/orgánica asociada.

11. Durante las fases de pérdida de peso activa, el manejo nutricional actual (AACE) enfatiza:

- a. La priorización de la calidad de la dieta (carbohidratos densos en nutrientes y proteína magra) para mitigar la pérdida muscular.
- b. El déficit calórico estricto por debajo de las 1000 kcal diarias.
- c. La restricción severa de macronutrientes específicos.

12. La elección y el nivel de intervención farmacológica para la obesidad deben basarse en:

- a. El riesgo/beneficio individualizado, el estadio de la enfermedad y el objetivo de pérdida de peso necesario para mejorar las complicaciones específicas.
- b. Únicamente el umbral del IMC del paciente según las indicaciones aprobadas por la FDA.
- c. La aplicación estricta de un protocolo que exige el fracaso previo de al menos tres dietas restrictivas diferentes.

13. Respecto a la prescripción de actividad física durante el tratamiento médico o quirúrgico para pérdida de peso, la AACE recomienda priorizar:

- a. Ejercicio aeróbico de muy alta intensidad exclusivamente para maximizar el gasto calórico.
- b. Entrenamiento de fuerza/resistencia para preservar la masa muscular magra y la tasa metabólica basal.
- c. Ejercicios de flexibilidad para evitar lesiones articulares tempranas.

14. El estigma y el sesgo de peso internalizado en la atención médica:

- a. Sirven como un motivador psicosocial eficaz para la adherencia al tratamiento.
- b. Son problemas puramente sociológicos sin impacto medible en los resultados clínicos.
- c. Actúan como barreras que empeoran la salud mental, retrasan la búsqueda de atención y comprometen el plan terapéutico.

15. Según The Lancet 2025, las políticas de salud pública para reducir la incidencia de la obesidad deben:

- a. Centrarse en campañas de concientización sobre la falta de fuerza de voluntad.
- b. Basarse en evidencia científica actual, evitando presunciones que culpen exclusivamente a la responsabilidad individual.
- c. Restringir el acceso a terapias avanzadas hasta que el paciente demuestre adherencia dietética previa.

#### **Sección 4: Percepción y actitudes**

Escala Likert:

1 = Totalmente en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = Neutral

4 = De acuerdo

5 = Totalmente de acuerdo

1. Considero que la falta de voluntad del paciente es el principal obstáculo para el éxito del tratamiento.
2. Me genera desconfianza diagnosticar obesidad en un paciente con IMC menor a 30, aunque presente complicaciones metabólicas.
3. Considero que priorizar la evaluación de las complicaciones (salud funcional) por encima del IMC permite un manejo clínico más

humano y efectivo de la obesidad.

4. Me parece que el enfoque de 2025 (basado en la función y no solo en el peso) es demasiado complejo para aplicarlo en el Perú.
5. Opino que el estigma de peso por parte del personal médico influye negativamente en la recuperación del paciente.
6. Considero que el tratamiento farmacológico debería indicarse de forma simultánea a los cambios de estilo de vida en pacientes con complicaciones, en lugar de esperar a que la dieta y el ejercicio fallen.
7. Para mí, un tratamiento de obesidad es exitoso solo si el paciente logra bajar de peso, independientemente de si sus otros indicadores de salud mejoran.
8. Me parece que enfocarse en la masa muscular es tan importante como reducir la grasa corporal en el tratamiento de la obesidad.
9. Me genera frustración tratar a pacientes con obesidad porque siento que no suelen seguir las indicaciones médicas.
10. Considero urgente que el currículo médico se actualice para dejar de lado el enfoque "pesocentrista" tradicional.

**Anexo 3. Matriz de operacionalización de la variable “Conocimiento sobre enfoque actual de la obesidad”**

<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Ítems</b>	<b>Respuesta correcta</b>	<b>Sustento científico</b>
Fisiopatología y conceptualización	Reconoce la obesidad como enfermedad crónica neuroendocrina	1	Enfermedad crónica progresiva con disfunción neuroendocrina	AACE 2025
	Reconoce enfermedades relacionadas con obesidad	8	Enfermedades relacionadas con la obesidad	The Lancet 2025
Diagnóstico y clasificación	Identifica criterio de obesidad clínica	2	Exceso de adiposidad + disfunción orgánica / limitación funcional	The Lancet 2025
	Reconoce el rol del IMC	3	Herramienta de tamizaje	AACE 2025 / EASO 2024
	Identifica medidas complementarias	4	Relación cintura-estatura $\geq 0.5$	AACE 2025 / EASO 2024
	Reconoce criterio de adiposidad severa	5	IMC $\geq 40$ kg/m <sup>2</sup>	The Lancet 2025
Evaluación clínica y	Identifica limitación funcional	6	Limitaciones en actividades ajustadas por edad	The Lancet 2025

funcional	Reconoce estadificación por complicaciones	7	Basada en ORCD	AACE 2025
Enfoque terapéutico	Identifica objetivo del tratamiento	9	Mejorar salud y tratar ORCD	AACE 2025
	Reconoce remisión de obesidad	10	Resolución de disfunción	The Lancet 2025
	Reconoce manejo nutricional adecuado	11	Calidad de dieta y proteína	AACE 2025
	Reconoce criterio de farmacoterapia	12	Individualización según riesgo	AACE 2025
	Identifica tipo de ejercicio recomendado	13	Entrenamiento de fuerza	AACE 2025
Aspectos psicosociales	Reconoce impacto del estigma	14	Barrera clínica real	The Lancet 2025
Salud pública	Reconoce enfoque en políticas sanitarias	15	Basadas en evidencia científica	The Lancet 2025

#### Anexo 4. Formato de evaluación por jueces expertos

<b>Sección 1: Consentimiento informado</b>
<i>(Nota: En la plataforma digital, esta primera pantalla corresponderá textualmente al documento en el Anexo 7. El sistema estará configurado de forma obligatoria; si el médico marca "Sí, acepto participar", el formulario desbloqueará la Sección 2. Si marca "No acepto", la sesión finalizará automáticamente).</i>
<b>Datos del experto</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Especialidad<ol style="list-style-type: none"><li>a. Endocrinología</li><li>b. Medicina Interna</li></ol></li><li>2. Años de experiencia profesional:<ol style="list-style-type: none"><li>a. &lt; 5 años</li><li>b. 5–10 años</li><li>c. &gt; 10 años</li></ol></li><li>3. Experiencia en obesidad y/o educación médica:<ol style="list-style-type: none"><li>a. Sí</li><li>b. No</li></ol></li></ol>
<b>Matriz de evaluación – Sección A: Conocimientos</b>

Se solicita evaluar cada ítem del bloque de conocimientos en función de su calidad como pregunta de opción múltiple dirigida a estudiantes de medicina.

El objetivo de esta evaluación es determinar la validez de contenido del instrumento, considerando si cada ítem mide adecuadamente el conocimiento teórico y clínico sobre obesidad según las guías actuales.

Para cada ítem, se evaluarán los siguientes criterios:

- **Claridad:** El enunciado de la pregunta y las alternativas de respuesta están redactados de forma comprensible, precisa y sin ambigüedades.
- **Relevancia:** El contenido del ítem es pertinente y representa un conocimiento importante sobre la conceptualización, diagnóstico o manejo de la obesidad según la evidencia científica actual.
- **Representatividad:** El ítem refleja adecuadamente el dominio de conocimiento que se pretende evaluar, incluyendo la coherencia entre la pregunta y sus alternativas de respuesta.

**Escala de evaluación:**

1 = No cumple

2 = Cumple parcialmente

3 = Cumple adecuadamente

4 = Cumple totalmente

	Ítem	Claridad	Relevancia	Representatividad	Observaciones
1	¿Qué concepto describe mejor la fisiopatología de la obesidad según el modelo ABCD de la AACE?	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2	

	<p>a. Consecuencia exclusiva de un balance calórico positivo sostenido por sedentarismo.</p> <p>b. Enfermedad crónica progresiva que surge por un control neuroendocrino anormal del balance energético.</p> <p>c. Condición de riesgo metabólico definida exclusivamente por la hipertrofia e hiperplasia del adipocito.</p>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
<b>2</b>	<p><b>Según la Comisión The Lancet 2025, el diagnóstico de "obesidad clínica" se establece de forma precisa cuando:</b></p> <p>a. Existe exceso de adiposidad confirmado junto con evidencia de disfunción en órganos, tejidos o limitación en las actividades diarias.</p> <p>b. El paciente presenta un IMC <math>\geq 30</math> kg/m<sup>2</sup> asociado a al menos una comorbilidad metabólica.</p> <p>c. El fenotipo físico demuestra un exceso de masa grasa, independientemente de la función orgánica.</p>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	
<b>3</b>	<p><b>En el marco diagnóstico moderno, el IMC debe utilizarse principalmente como:</b></p> <p>a. Herramienta diagnóstica individual definitiva.</p> <p>b. Método de tamizaje o evaluación poblacional.</p> <p>c. Indicador directo de adiposidad visceral.</p>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	

4	<p><b>Además del IMC, ¿qué parámetro antropométrico recomiendan las guías de la AACE (2025) y EASO (2024) para clasificar el riesgo cardiometabólico y la obesidad abdominal?</b></p> <p>a. La medición aislada del pliegue tricípital.</p> <p>b. La relación cintura-cadera <math>\geq 0.9</math>.</p> <p>c. La relación cintura-estatura <math>\geq 0.5</math>.</p>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	
5	<p><b>Según la Comisión The Lancet 2025, la confirmación de adiposidad excesiva (sin necesidad de medidas antropométricas adicionales) se asume cuando:</b></p> <p>a. El paciente presenta síndrome metabólico documentado.</p> <p>b. La circunferencia abdominal es <math>\geq 102</math> cm en hombres o <math>\geq 88</math> cm en mujeres.</p> <p>c. El paciente presenta un IMC <math>\geq 40</math> kg/m<sup>2</sup>.</p>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	
6	<p><b>Para el diagnóstico de obesidad clínica, ¿cuál de los siguientes escenarios representa una limitación funcional documentada válida según The Lancet?</b></p> <p>a. Incapacidad para alcanzar la frecuencia cardíaca máxima esperada para la edad en una prueba de esfuerzo.</p> <p>b. Limitaciones significativas ajustadas por edad en la movilidad o actividades básicas.</p>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	

	c. Fatiga muscular aguda posterior a entrenamiento de resistencia moderada.				
<b>7</b>	<b>En las guías de la AACE 2025, la estadificación de la severidad de la enfermedad se clasifica basándose estrictamente en:</b>  a. El porcentaje de exceso de peso corporal perdido tras intervenciones previas.  b. El punto de corte del IMC ajustado por etnia.  c. La presencia y severidad de las complicaciones y enfermedades relacionadas con la obesidad (ORCD).	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	
<b>8</b>	<b>En la nueva nomenclatura de The Lancet 2025, condiciones como la diabetes tipo 2 o ciertos tipos de cáncer que coexisten con la obesidad se denominan:</b>  a. Comorbilidades (enfermedades incidentales sin relación fisiopatológica).  b. Enfermedades relacionadas con la obesidad (debido a etiología o fisiopatología superpuesta).  c. Complicaciones mecánicas directas del tejido adiposo.	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	
<b>9</b>	<b>En el cuidado centrado en las complicaciones (AACE), el objetivo principal del tratamiento de la obesidad es:</b>  a. Reducir el IMC a la categoría de "peso normal" ( $\leq 25 \text{ kg/m}^2$ ).	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	

	<p>b. Mejorar la salud y calidad de vida previniendo, mitigando o tratando las ORCD.</p> <p>c. Lograr una pérdida de peso estandarizada del 10% en todos los pacientes.</p>				
<b>10</b>	<p><b>¿Cuál es el criterio para definir la "remisión" de la obesidad clínica según la Comisión de The Lancet?</b></p> <p>a. Mantener una pérdida de peso <math>\geq 15\%</math> durante al menos 12 meses.</p> <p>b. Retornar a un estado de obesidad preclínica mediante cirugía metabólica.</p> <p>c. La resolución parcial o completa de la evidencia clínica y de laboratorio de la disfunción tisular/orgánica asociada.</p>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	
<b>11</b>	<p><b>Durante las fases de pérdida de peso activa, el manejo nutricional actual (AAE) enfatiza:</b></p> <p>a. La priorización de la calidad de la dieta (carbohidratos densos en nutrientes y proteína magra) para mitigar la pérdida muscular.</p> <p>b. El déficit calórico estricto por debajo de las 1000 kcal diarias.</p> <p>c. La restricción severa de macronutrientes específicos.</p>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	
<b>12</b>	<p><b>La elección y el nivel de intervención farmacológica para la obesidad deben basarse en:</b></p>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	

	<p>a. El riesgo/beneficio individualizado, el estadio de la enfermedad y el objetivo de pérdida de peso necesario para mejorar las complicaciones específicas.</p> <p>b. Únicamente el umbral del IMC del paciente según las indicaciones aprobadas por la FDA.</p> <p>c. La aplicación estricta de un protocolo que exige el fracaso previo de al menos tres dietas restrictivas diferentes.</p>				
<b>13</b>	<p><b>Respecto a la prescripción de actividad física durante el tratamiento médico o quirúrgico para pérdida de peso, la AACE recomienda priorizar:</b></p> <p>a. Ejercicio aeróbico de muy alta intensidad exclusivamente para maximizar el gasto calórico.</p> <p>b. Entrenamiento de fuerza/resistencia para preservar la masa muscular magra y la tasa metabólica basal.</p> <p>c. Ejercicios de flexibilidad para evitar lesiones articulares tempranas</p>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	
<b>14</b>	<p><b>El estigma y el sesgo de peso internalizado en la atención médica:</b></p> <p>a. Sirven como un motivador psicosocial eficaz para la adherencia al tratamiento.</p> <p>b. Son problemas puramente sociológicos sin impacto medible en los resultados clínicos.</p> <p>c. Actúan como barreras que empeoran la salud mental, retrasan la búsqueda de atención y comprometen el plan terapéutico.</p>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	

15	<p><b>Según The Lancet 2025, las políticas de salud pública para reducir la incidencia de la obesidad deben:</b></p> <p>a. Centrarse en campañas de concientización sobre la falta de fuerza de voluntad.</p> <p>b. Basarse en evidencia científica actual, evitando presunciones que culpen exclusivamente a la responsabilidad individual.</p> <p>c. Restringir el acceso a terapias avanzadas hasta que el paciente demuestre adherencia dietética previa.</p>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	
----	---	--	--	--	--

**Matriz de evaluación – Sección B: Percepción**

Se solicita evaluar cada ítem del bloque de percepción en función de su adecuación para medir actitudes y percepciones relacionadas con la obesidad en estudiantes de medicina.

Los criterios de evaluación son los siguientes:

- **Claridad:** El ítem está redactado de forma comprensible, directa y sin ambigüedades.
- **Relevancia:** El ítem es pertinente para medir actitudes, percepciones o estigmas relacionados con el manejo de la obesidad.
- **Representatividad:** El ítem refleja adecuadamente el constructo de percepción en el contexto del estudio.

**Escala de evaluación:**

1 = No cumple

2 = Cumple parcialmente

3 = Cumple adecuadamente

4 = Cumple totalmente

	Ítem	Claridad	Relevancia	Representatividad	Observaciones
1	Considero que la falta de voluntad del paciente es el principal obstáculo para el éxito del tratamiento.	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	
2	Me genera desconfianza diagnosticar obesidad en un paciente con IMC menor a 30, aunque presente complicaciones metabólicas.	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	
3	Considero que priorizar la evaluación de las complicaciones (salud funcional) por encima del IMC permite un manejo clínico más humano y efectivo de la obesidad.	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	
4	Me parece que el enfoque de 2025 (basado en la función y no solo en el peso) es demasiado complejo para aplicarlo en el Perú.	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	
5	Opino que el estigma de peso por parte del personal médico influye negativamente en la recuperación del paciente.	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	

6	Considero que el tratamiento farmacológico debería indicarse de forma simultánea a los cambios de estilo de vida en pacientes con complicaciones, en lugar de esperar a que la dieta y el ejercicio fallen.	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	
7	Para mí, un tratamiento de obesidad es exitoso solo si el paciente logra bajar de peso, independientemente de si sus otros indicadores de salud mejoran.	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	
8	Me parece que enfocarse en la masa muscular es tan importante como reducir la grasa corporal en el tratamiento de la obesidad.	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	
9	Me genera frustración tratar a pacientes con obesidad porque siento que no suelen seguir las indicaciones médicas.	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	
10	Considero urgente que el currículo médico se actualice para dejar de lado el enfoque "pesocentrista" tradicional.	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	

## Anexo 5. Cuestionario para prueba piloto

<b>Sección 1: Consentimiento informado</b>
<i>(Nota: En la plataforma digital, esta primera pantalla corresponderá textualmente al documento en el Anexo 6. El sistema estará configurado de forma obligatoria; si el estudiante marca "Sí, acepto participar", el formulario desbloqueará la Sección 2. Si marca "No acepto", la sesión finalizará automáticamente).</i>
<b>Sección 2: Instrumento de evaluación de conocimientos y percepción</b>
Correspondiente a la Secciones 3 y 4 del Anexo 3 de la presente investigación.
<b>Sección 3: Evaluación del instrumento</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. ¿Tuvo dificultades para comprender alguna de las preguntas del cuestionario?<ol style="list-style-type: none"><li>a. No, todas fueron claras</li><li>b. Sí. Indique cuál(es) y por qué:</li></ol></li><li>2. ¿Considera que las opciones de respuesta son adecuadas para las preguntas planteadas?<ol style="list-style-type: none"><li>a. Sí</li><li>b. No. ¿Qué cambios sugeriría?:</li></ol></li><li>3. ¿Cuál fue el tiempo aproximado que le tomó completar el cuestionario?<ol style="list-style-type: none"><li>a. Menos de 5 minutos</li><li>b. Entre 5 y 10 minutos</li><li>c. Más de 10 minutos</li></ol></li><li>4. ¿Tiene alguna sugerencia adicional para mejorar la redacción o presentación del cuestionario?</li></ol>

## **Anexo 6. Consentimiento informado para estudiantes**

**UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA**

**FACULTAD DE MEDICINA “ALBERTO HURTADO”**

### **DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y PERMISO DE LOS PARTICIPANTES PARA ESTUDIO OBSERVACIONAL, TRANSVERSAL Y DE TIPO ANALÍTICO**

Usted está siendo invitado(a) a participar en una investigación titulada:

“Conocimiento y percepción sobre el enfoque actual de la obesidad en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2026”.

#### **Propósito del estudio**

El objetivo de esta investigación es evaluar el conocimiento y la percepción de los estudiantes de medicina respecto al enfoque actual de la obesidad.

#### **Procedimiento**

Si usted acepta participar, se le solicitará que responda a un cuestionario virtual autoadministrado que incluye preguntas sociodemográficas, de conocimiento y de percepción sobre la obesidad. En caso de que usted forme parte de la fase de prueba piloto, sus respuestas servirán para evaluar la claridad y comprensión de las preguntas antes de la aplicación definitiva.

#### **Duración**

El tiempo estimado para completar el cuestionario es de aproximadamente 10 minutos.

#### **Riesgos e incomodidades**

Esta investigación representa un riesgo mínimo para los participantes. Reconocemos que abordar el tema de la obesidad puede ser un tema sensible, por lo que algunas preguntas podrían generar algo de incomodidad. Usted es libre de decidir si desea participar y puede retirarse del estudio en cualquier momento antes del envío de sus respuestas.

### **Beneficios**

No hay beneficios directos para quienes participan. No obstante, los resultados ayudarán a ampliar el conocimiento sobre la educación médica relacionada con la obesidad.

### **Confidencialidad**

La información que se recopile será totalmente anónima. No se requerirá información que permita identificar a los participantes. El formulario no solicitará nombres, códigos universitarios ni correos electrónicos institucionales. Los datos solo se emplearán con fines de investigación y de carácter académico. Si su participación corresponde a la prueba piloto, los datos obtenidos se utilizarán exclusivamente para el análisis de consistencia interna del instrumento.

### **Participación voluntaria**

Su participación es voluntaria. Usted tiene la opción de negarse a participar o retirarse en cualquier momento antes de enviar el cuestionario, sin que ello genere ninguna consecuencia.

### **Contacto**

Si tiene alguna duda sobre el estudio, puede comunicarse con el investigador responsable:

Nombre: Leslie Yescenia Condori Quispe

Afiliación: Universidad Peruana Cayetano Heredia

Correo electrónico: [REDACTED]

Para consultas sobre sus derechos como participante en investigación, puede comunicarse con el Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 319-0000 (anexo 201355).

### **Declaración de consentimiento**

Se me ha explicado el estudio y he tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento.

¿Acepta participar en este estudio?

- Sí, acepto participar
- No acepto participar

## **Anexo 7. Consentimiento informado para médicos expertos**

**UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA**

**FACULTAD DE MEDICINA “ALBERTO HURTADO”**

### **DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN COMO EXPERTO EN LA VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN**

Usted está siendo invitado(a) a participar en una investigación titulada:

“Conocimiento y percepción sobre el enfoque actual de la obesidad en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2026”.

#### **Propósito de la participación**

Su participación tiene como finalidad colaborar en la validación de contenido del instrumento que será utilizado en la investigación. Para ello, se solicitará su opinión profesional respecto a la claridad, relevancia y representatividad de los ítems incluidos en el cuestionario.

#### **Procedimiento**

Si acepta participar, deberá completar una matriz de evaluación donde calificará cada ítem del instrumento y podrá realizar observaciones o sugerencias que considere pertinentes. Asimismo, se le solicitará información general relacionada con su experiencia profesional.

#### **Duración**

El tiempo estimado para completar la evaluación es de aproximadamente 10 a 15 minutos.

#### **Riesgos e incomodidades**

Esta actividad representa un riesgo mínimo. No se realizará ningún procedimiento invasivo ni se solicitará información sensible.

#### **Beneficios**

No existen beneficios directos para quienes participen. Sin embargo, su colaboración contribuirá al desarrollo de un instrumento válido para la evaluación de conocimientos y percepciones sobre obesidad en estudiantes de medicina.

### **Confidencialidad**

La información proporcionada será utilizada únicamente con fines de investigación. Los datos relacionados con su perfil profesional serán analizados de manera agregada y no serán divulgados de forma individual.

### **Participación voluntaria**

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o abandonar la evaluación en cualquier momento antes de enviar sus respuestas, sin que ello genere consecuencia alguna.

### **Contacto**

Si tiene alguna duda sobre el estudio, puede comunicarse con el investigador responsable:

Nombre: Leslie Yescenia Condori Quispe

Afiliación: Universidad Peruana Cayetano Heredia

Correo electrónico: [REDACTED]

Para consultas sobre sus derechos como evaluador(a) experto(a) en esta etapa de validación, puede comunicarse con el Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 319-0000 (anexo 201355).

### **Declaración de consentimiento**

He leído la información presentada y acepto participar voluntariamente como evaluador(a) experto(a) en este estudio.

¿Acepta participar en esta evaluación?

- Sí, acepto participar
- No acepto participar

## Anexo 8. Presupuesto

<b>Concepto</b>	<b>Descripción</b>	<b>Costo</b>
<b>Plataforma virtual</b>	Uso de Google Forms	0 soles
<b>Conectividad a internet</b>	Acceso para elaboración y aplicación del cuestionario	30 soles
<b>Software estadístico</b>	Uso de Stata (licencia institucional)	0 soles
<b>Total</b>		30 soles

### Anexo 9. Cronograma

	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Redacción de proyecto de investigación	X					
Revisión y aprobación del comité de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia		X				
Prueba piloto			X			
Recolección de datos			X	X		
Análisis de datos				X	X	
Redacción de resultados					X	
Revisión final						X