



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON OBESIDAD DE LA UMF 21”

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

ARTURO VAZQUEZ TORRES

RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

ASESOR

Dr. CESAR G. WILLIAMS ZARATE

Coordinador clínico de educación e investigación en salud de la UMF 21, IMSS.

REVISOR

Dr. JOSE ISMAEL PARRILLA ORTIZ

Médico familiar de la Unidad de Medicina Familiar No 21, IMSS.

MÉXICO D.F, 2009





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIÓN

Dr. José Antonio Mata Martínez
Especialista en Medicina Familiar
Director de la UMF 21

Dr. Jorge Meneses Garduño
Especialista en Medicina Familiar
Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar de la UMF 21

Dr. Cesar Guadalupe Williams Zárate
Especialista en Medicina Familiar
Coordinador clínico de educación e investigación en salud de la UMF No 21

Dr. Ana María Meza Fernández
Especialista en Medicina Familiar
Profesora Adjunta de la residencia de Medicina Familiar, UMF 21

ASESOR DE LA TESIS

Dr. Cesar Guadalupe Williams Zárate

Especialista en Medicina Familiar

Coordinador clínico de educación e investigación en salud de la UMF No 21

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

*A mis padres por que sin su apoyo todo esto no hubiera sido posible,
A mi esposa y mis hijas por mantener siempre la ilusión de un mejor futuro.*

ÍNDICE

Autorización.....	2
Asesores de Tesis.....	3
Dedicatorias y Agradecimientos.....	4
Resumen.....	6
Antecedentes.....	7
Planteamiento del problema.....	15
Hipótesis.....	18
Objetivos.....	19
Material y Métodos.....	20
Diseño Estadístico.....	25
Ética.....	26
Análisis e interpretación de resultados.....	27
Discusión.....	33
Conclusiones.....	34
Propuestas.....	35
Bibliografía.....	36
Anexos.....	38

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON OBESIDAD DE LA UMF 21 DEL IMSS

Arturo Vázquez Torres*

* Residente de Medicina Familiar, UMF No. 21, IMSS, México D.F.

Aceptado en 2008, y publicado en 2009.

Palabras clave: Calidad de Vida, Obesidad,

RESUMEN

Antecedentes Según datos de la OMS, actualmente existen más de mil millones de personas obesas y la tendencia indica que el número aumentará en 50 por ciento para 2015.(1) En México Sobrepeso y obesidad son problemas que afectan a cerca del 70 % de la población, entre los 30 y 60 años, en ambos sexos. (7) Se aprecia en algunos estudios sobre calidad de vida en pacientes con obesidad, una tendencia general a presentar al dolor y la movilidad física como las áreas de la salud percibida, más deterioradas en el paciente obeso. Asociado a deterioro en la calidad de vida, en sus distintos ámbitos: económico, social, psicológico y físico, los cuales con el paso del tiempo se ha buscado la manera más objetiva de medirlos, por lo que se han desarrollado instrumentos cada vez más precisos que nos ayuden a determinar la calidad de vida, uno de ellos es el SF 36. El **Objetivo general:** es determinar cuál es la calidad de vida de los pacientes de 30 a 60 años, con obesidad que acuden a la unidad de medicina familiar No 21 del IMSS.

Material y métodos Se realizara un estudio descriptivo, observacional, transversal, en los pacientes derechohabientes que acudan a la consulta de la UMF No 21, de los turnos matutino y vespertino, con edad entre 30 a 60 años, de ambos sexos, con diagnostico de obesidad, De una muestra es de 168 pacientes, los cuales se eligieron mediante muestreo aleatorio simple *los criterios de inclusión lo constituyen* pacientes con diagnostico de obesidad primaria, de ambos sexos y que sean mayores de 30 y menores de 60 años, por lo que se utilizara el instrumento SF-36 uno de los instrumentos más utilizados, en su versión traducida al español y adaptada a nuestro medio. Consta de 36 preguntas tipo likert, de las cuales se eliminaron 18 y se agregaron 4, para adecuarlo a las necesidades de este estudio. Se aplicaron un total de 161 encuestas.

Resultados: Se presento un 48% de pacientes con calidad de vida regular, y un 47% con calidad de vida buena y un 1.8% con mala calidad, de acuerdo al grado de obesidad, en el grado 3 se encuentra el mayor porcentaje de calidad de vida regular, solo un 10% de calidad de vida buena. En el grado 1 está el mayor porcentaje de buena calidad de vida.

Discusión: se encontró que la calidad de vida de los pacientes con obesidad es regular, a diferencia de otros estudios donde se reporta que es mala, hay coincidencia en que es en las mujeres donde se aprecia una disminución en la calidad de vida.

Conclusiones: Se encontró que la calidad de vida de los pacientes de la UMF 21 aproximadamente 50% tienen una calidad de vida regular y el otro 50% buena calidad de vida, con marcada diferencia entre los grados de obesidad donde se encontró que a mayor obesidad disminución de la calidad de vida, y con un índice de masa corporal por arriba de 40, es donde se empiezan a presentar los mayores casos de mala calidad de vida.

ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió que 17 millones de personas mueren cada año a causa de la obesidad, un creciente problema de salud pública en todo el mundo. Según datos de la OMS, actualmente existen más de mil millones de personas obesas y la tendencia indica que el número aumentará en 50 por ciento para 2015. (1)

La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m^2) es una indicación simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos, tanto a nivel individual como poblacional. El IMC constituye la medida poblacional más útil del sobrepeso y la obesidad, pues la forma de calcularlo no varía en función del sexo ni de la edad en la población adulta. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30. Los últimos cálculos de la OMS indican que en 2005 había en todo el mundo: Aproximadamente 1600 millones de adultos (mayores de 15 años) con sobrepeso. Al menos 400 millones de adultos obesos. Además, la OMS calcula que en 2015 habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad. En 2005 había en todo el mundo al menos 20 millones de menores de 5 años con sobrepeso. (2)

El sobrepeso y la obesidad tienen graves consecuencias para la salud. El riesgo aumenta progresivamente a medida que lo hace el IMC. El IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades crónicas, tales como: Las enfermedades cardiovasculares (especialmente las cardiopatías y los accidentes vasculares cerebrales), que ya constituyen la principal causa de muerte en todo el mundo, con 17 millones de muertes anuales. (2)

En la Región de las Américas ha habido, en las últimas décadas, un notable incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) asociadas a estilos de vida no saludables.(3)

Estas enfermedades y trastornos en conjunto, entre los que se encuentran la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2, la enfermedad coronaria, los accidentes cerebrovasculares, la obesidad y algunos tipos de cáncer, son las principales causas de muerte, morbilidad, discapacidad y deterioro de la calidad de vida. Otro aspecto crítico de esta epidemia de ECNT es el alto costo que representan para los servicios de salud el tratamiento y la rehabilitación de pacientes con estas afecciones, factores que acentúan las inequidades existentes. Entre las ECNT, la obesidad merece especial atención, ya que es en sí misma una enfermedad crónica y a la vez un reconocido factor de riesgo de muchas otras. Al tratar al obeso se disminuye el riesgo de que sufra complicaciones y también se reduce el efecto mediador que tiene la obesidad en relación con otros factores de riesgo. (3)

Las enfermedades no transmisibles principalmente las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y algunos tipos de cáncer, se han convertido en la principal causa de mortalidad en la región de las Américas. Estas enfermedades tienen un denominador común en el sobrepeso y la obesidad que resultan de un balance nutricional positivo donde el consumo y ahorro de energía es superior al gasto. La mayor parte de los cambios ocasionados por las enfermedades crónicas en la morbilidad y la mortalidad yacen en modificación en los patrones de alimentación y actividad física de la población. (4)

Datos recientes del Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) realizado en 51 estados de Norteamérica, también mostraban un incremento significativo y generalizado en la prevalencia de obesidad entre los años 1991 y 1999, en todos los Estados Unidos. Y el panorama no parece distinto. México por ejemplo, presenta un 58,9% de sobrepeso y un 20,9% de obesidad; Asunción del Paraguay muestra un 71,8% de sobrepeso en las mujeres y un 64,5% en los varones con 35,7% y 22,9% de obesidad, respectivamente. (5)

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000, casi dos terceras partes de la población presentaron un índice de masa corporal (IMC) por arriba de lo normal. La obesidad (más de 30 kg/m²) fue diagnosticada en 23,7% de los casos; el sobrepeso (entre 25 y 29,9 kg/m²) lo fue en 38,4%. El 36,2% tuvo un índice de masa corporal ideal (entre 18,5 y 24,9 kg/m²) y 1,8% tuvieron lo considerado como bajo peso (menos de 18,5 kg/m²). Esto indica que existen alrededor de 30 millones de adultos en México con sobrepeso u obesidad, de ellos, 18,5 millones de adultos con sobrepeso, y 11,4 millones con obesidad. La prevalencia de obesidad fue casi 50% mayor en las mujeres (28,1%), comparada con la de los hombres (18,6%). En contraste, la prevalencia de sobrepeso fue discretamente mayor en el sexo masculino (40,9 vs 36,1%). El porcentaje de la población con obesidad o sobrepeso fue mayor, en relación directa con la edad. Pese a ello, un porcentaje significativo de los casos de menores de 29 años de edad tenían sobrepeso (33,3%) u obesidad (14,4%). Las mayores prevalencias se observaron entre los 40 y 59 años de edad. (6)

Sin embargo, las dos categorías de mayor edad (de 70 años o más) mostraron un descenso importante en la prevalencia de ambas anormalidades. Al estratificar por sexo, se observa que la prevalencia de la obesidad es mayor a partir de los 30 años de edad en ambos sexos; sin embargo, el incremento en las mujeres es mayor. De los 40 a los 59 años de edad se encontró que 40% de las mujeres tienen obesidad, mientras que sólo la hubo en poco más de 20% en hombres. A partir de los 60 años de edad inició un decremento en la presencia de obesidad hasta llegar a 17% en mujeres, y a 10% en hombres de 80 años y más de edad, situación que es determinada por la sobrevivencia de la población. (6)

En México Sobrepeso y obesidad son problemas que afectan a cerca del 70 % de la población (mujeres, 71.9%, hombres, 66.7%) entre los 30 y 60 años, en ambos sexos. Sin embargo, entre las mujeres existe un mayor porcentaje de la obesidad, que entre los hombres. La prevalencia de obesidad en los adultos mexicanos a ido incrementando con el tiempo. En 1993, resultados de la encuesta nacional de enfermedades crónicas (ENEC 1993) mostraron que la prevalencia de la obesidad en adultos era de 21.5%, mientras que con datos de la ENSA 2000 se observó que el 24 % de los adultos en nuestro país la padecían y, actualmente, con mediciones obtenidas por la ENSANUT 2006, se encontró que alrededor del 30% de la población mayor de 20 años (mujeres, 34.5%, hombres, 24.2%) tiene obesidad. (7)

En México, las cifras de obesidad y sobrepeso se han incrementado hasta en un 46% en los últimos diez años (las más altas se presentan en la región norte). Los estudios en nuestro país de acuerdo a los puntos de corte del IMC, muestran prevalencias variables y no siempre comparables, quizás por la estratificación de las poblaciones en estudio (mezcla de poblaciones urbanas y rurales). (8)

Dada la magnitud y prevalencia de la obesidad se considera en México como una amenaza a la Salud Pública, ya que tiene un impacto negativo en la calidad de vida de la población, por encontrarse asociada a diversas enfermedades crónicas, tales como la Diabetes mellitus tipo 2, enfermedades [cardiovasculares](#) y algunas neoplasias, entre otras. (9)

El aumento exagerado en la prevalencia de la obesidad en los últimos 20 años se ha propiciado también por cambios en el ambiente que condicionan el aumento del aporte energético y la disminución de la actividad física, inclusive en sujetos sin predisposición genética. La influencia ambiental puede iniciarse desde la gestación. (10)

El desarrollo epidémico de la obesidad y su impacto en la enfermedad cardiovascular amenaza con incrementar su prevalencia y sus consecuencias, las cuales afectan directamente a los pacientes en su morbilidad. (11)

Cabe destacar que la prevalencia de sobrepeso y obesidad afecta por lo menos a 50 % de los hombres en los dos extremos de vida analizados (20 a 30 años y 80 y más años), y llega a ser de 80 % en la década de 41 a 50 años. En la mujer los niveles de obesidad y sobrepeso van hasta los 60 años y posteriormente descienden. La mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad afecta a las mujeres de 40 a 60 años y supera 80 % de las mujeres en este grupo de edad. (12)

Más de 50% de la población de adultos y casi un tercio de los niños y niñas en México tienen sobrepeso y obesidad. Estimado en millones de personas estaríamos hablando de un poco más de 32671 millones sin contar a los niños. Estas cifras alarmarían a cualquiera que fuere responsable del futuro económico y el bienestar de México. La Organización Mundial de la Salud anunció que existen en el mundo más de un billón de adultos con sobrepeso de los cuales aproximadamente 300 millones padecen obesidad. (13)

Con base en defunciones registradas en México para el año 2000, según causas seleccionadas, se deriva indirectamente la prevalencia de obesidad para los años 2000, 2005 y 2010 en población de 35 años y mayor, tanto en hombres como en mujeres. Hacia el año 2010 se proyecta un total de 8 millones de personas con obesidad. Según estimaciones, se espera que para el año 2010 tengamos entre 8 y 14 millones de mexicanos \geq 35 años en franca obesidad clínica. (14)

De acuerdo a un estudio reciente, la obesidad podría aumentar la reacción física al dolor. El estudio muestra una mayor reacción física al dolor en personas obesas, en comparación con personas de peso normal, incluso tras mejorar sus técnicas para lidiar con el dolor. (15)

Expertos de la North American Spine Society (NASS) realizaron una encuesta nacional a los profesionales de cuidado espinal en EE.UU. y hallaron que el número de pacientes obesos tratados por trastornos espinales había aumentado en 67 por ciento durante los últimos cinco años. El ochenta y siete por ciento de los profesionales de cuidado espinal en la encuesta acordó que la obesidad juega un papel importante en el dolor de espalda, mientras que el 94 por ciento señaló que recomendaron la pérdida de peso como un tratamiento para los pacientes obesos. El cincuenta y cinco por ciento de los profesionales de cuidado espinal halló que la pérdida de peso resultaba en mayores mejoras en los síntomas de pacientes obesos. (16)

En un trabajo realizado en una compañía de camiones de Estados Unidos, se estableció una asociación entre la obesidad y las alteraciones respiratorias durante el sueño. Se detectó que los operadores con desordenes del sueño tenían doble riesgo de presentar accidentes comparados con los operadores sin estos desordenes. De la misma manera, este estudio demostró que los conductores obesos tuvieron doble riesgo de accidentes comparados con los no obesos. En un estudio con más de 10,000 personas que manejaban vehículos de motor, se reportó que la apnea del sueño era más frecuente en sujetos con IMC elevado. (17)

En un estudio realizado en Estados Unidos se envió un cuestionario de 21 preguntas sobre cefalea a 120.000 hogares norteamericanos, pertenecientes al Estudio Americano de Prevalencia y Prevención de la Migraña. Los pacientes con índice de masa corporal adecuado tuvieron una prevalencia de migrañas frecuentes del 6,5%, los pacientes con sobrepeso del 7,4%, los obesos del 8,2% y los obesos mórbidos del 10,4%. La medicación utilizada en episodios agudos era similar en todos los pacientes, pero el porcentaje de pacientes que nunca habían utilizado tratamiento preventivo era mayor en los obesos y obesos mórbidos. Los autores concluyeron que la migraña es más frecuente y discapacitante en los pacientes con sobrepeso y obesidad (18)

Una investigación llevada a cabo desde el punto de vista clínico y radiológico en 25 pacientes con obesidad severa, reporta evidencia de osteoartritis en 22 de los pacientes, con afectación más frecuente en articulaciones de rodilla, luego de cadera, manos, pies, tobillos, sacroiliacas y de la sínfisis púbica, encontrando, además, que a nivel de columna lumbosacra la afección es similar, en frecuencia, por segmentos, pero más grave a nivel L4-L5. En lo referente a la presencia de dolor por artropatía en el sujeto obeso, valorando 105 pacientes sometidos a gastroplastia y con reducciones promedio de 45 kg en un plazo de 22.5 meses el dolor articular, valorado mediante el cuestionario de dolor de Mc Guill, se presentó en 88% de los pacientes, antes de ser intervenidos. Las áreas involucradas fueron: La parte baja de la espalda (62%), la cadera (11%), las rodillas (57%), los tobillos (34%) y los pies (21%). Los estudios radiológicos fueron diagnósticos en el 54% de los casos de columna lumbosacra, 25% de cadera y 38% de rodilla. Después de la pérdida de peso referida, el 89% de los pacientes presentaron remisión completa del dolor en una o más articulaciones. (19)

La calidad de vida es un concepto que se ha reconocido desde 1960, sin embargo, en esa época, había serios problemas metodológicos por lo que los estudios realizados fueron anecdóticos. Definir y operacionalizar calidad de vida es difícil: La variable es multidimensional, subjetiva y está relacionada a un constructo hipotético de lo que es calidad. A pesar de todos estos problemas, los instrumentos utilizados han mejorado notablemente en reproducibilidad y validez. Las condiciones del ambiente en que se desenvuelve un paciente influirán en su percepción en cuanto a su funcionamiento, así como al propio bienestar psicológico, físico o social, especialmente por las características de una enfermedad estigmatizada por la sociedad como es la obesidad. Esto, sin olvidar las consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas (aumento de depresión, ansiedad, nerviosismo, debilidad e irritabilidad), 20 de los ciclos de pérdida-recuperación de peso (efecto yo-yo), donde los pacientes se sienten culpables, avergonzados, inadecuados y criticados por su fracaso por familiares, compañeros de trabajo y profesionales de la salud. Logrando conducir al paciente obeso al desarrollo de nuevas patologías psiquiátricas, entre las que destacan la depresión, la ansiedad, angustia y hasta el trastorno alimentario compulsivo. (20)

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general. (21)

Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas. Ello ha llevado a poner especial acento en un término nuevo: Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. (21)

En un estudio realizado en España se encontró que los resultados globales obtenidos demuestran que los pacientes obesos tienen asociado un deterioro moderado de la salud percibida respecto a la población general en el caso de las mujeres y mínimo en el de los varones. La estrecha relación encontrada entre la salud percibida y la presencia de patología psiquiátrica y, sobre todo, la artrosis (patología íntimamente relacionada en su patogenia con la obesidad), señalaría a éstas como las máximas responsables del deterioro de la salud percibida del paciente obeso. Se aprecia en todos los estudios una tendencia general a presentar al dolor y la movilidad física como las áreas de la salud percibida más deterioradas en el paciente obeso. Los resultados del estudio corroboran dicha tendencia teniendo presente la limitación que supone la sobrerrepresentación del sexo femenino en la muestra de obesos, llama la atención que en las dimensiones "dolor", "reacciones emocionales" y "movilidad física", las personas obesas estudiadas presentaron puntuaciones similares o superiores en algunos casos a pacientes con cardiopatía isquémica estable y enfermedad pulmonar obstructiva crónica lo que indicaría que, en términos de salud percibida, la obesidad (considerada, en muchas ocasiones, una enfermedad de escasa importancia) se podría equiparar a [enfermedades](#) de reconocido [carácter](#) discapacitante. (22)

El comienzo de la obesidad antes de los 40 años pareciera ser de mayor riesgo que a edades posteriores. Estudios longitudinales han demostrado que la ganancia de peso conlleva un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular que un nivel estable de obesidad. El sexo es otra variable de importancia, ya que las mujeres tienen un menor riesgo asociado. (22)

En algunos estudios de salud pública, parece demostrado que el sexo influye en la percepción de salud del propio individuo. En un estudio realizado donde se aplicó el cuestionario GIQLI en pacientes con obesidad mórbida. (23)

En los hombres la percepción de salud respecto a la obesidad disminuiría con la edad, inversamente a lo que sucede con las mujeres que sería peor en obesas jóvenes. Existen diferencias significativas en el grupo de obesidad mórbida, siendo peor la percepción de calidad de vida en las mujeres que en los hombres. Estas diferencias son evidentes sobre todo en la dimensión emocional del test, no habiendo diferencias significativas en los ámbitos físico, social y de sintomatología digestiva. Los pacientes obesos mórbidos tienen una peor percepción de su calidad de vida que los pacientes del grupo control. Esta peor calidad de vida refleja una mayor alteración en los síntomas específicos digestivos relacionados con la obesidad, así como un empeoramiento de las condiciones física, emocional y social del obeso mórbido. Mediante la utilización de otros cuestionarios, tanto genéricos como los de Fontaine y Barlett con el SF-36 y Kolotkin y cols. Con el IWQoL, como específicos como el de Sullivan con el SOS, se han obtenido los mismos resultados. (23)

Según algunos autores, la obesidad, como enfermedad crónica y sistémica, no sólo repercute en distintos órganos y sistemas del paciente (efectos degenerativos), sino también en sus dimensiones psíquica y social. (23)

El primer estudio sobre calidad de vida y obesidad se publicó en 1983. Stewart y Brook, al estudiar obesos con un índice de masa corporal mayor de 29 kg/m². Encontraron que éstos presentaban peor estado funcional relacionado con el desarrollo de actividad física cotidiana como andar, subir escaleras, hacer deporte, tenían más dolor corporal, mayor número de preocupaciones y peor percepción de su salud. El 50% de los obesos presentan alguna forma de dolor corporal, sobre todo lumbar, cefalea y dolor torácico. Estos pacientes tienen una puntuación significativamente más baja en todos los aspectos de la calidad de vida, siendo más llamativo el efecto sobre la funcionalidad física, social y salud percibida, de lo que concluyeron que el dolor por sí mismo empeora la calidad, por lo que debe tratarse simultáneamente con la obesidad para, al aliviarlo, mejorar la calidad independientemente de la pérdida ponderal. (24)

Un impacto negativo sobre la autoestima y la vida sexual mayor en las mujeres que en los varones, siendo la autoestima un área especialmente vulnerable en ellas independientemente del peso. Las mujeres presentan una alteración en estas facetas ya desde obesidades moderadas (IMC menor de 32), en tanto que en el varón aparecen alteraciones similares con un peso corporal mayor. (24)

Se podría argumentar que los pacientes con peor calidad de vida son aquellos con mayor peso corporal, y son precisamente éstos los que más se van a beneficiar de la pérdida de peso y, por tanto, los que habrían de tener mayor preocupación por su enfermedad y mayor interés por solucionarla. Esta suposición no es válida para todos los individuos. (24)

El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos. Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales. Sus buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en más de 400 artículos, y la multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS. (25)

El Cuestionario de Salud SF-36 es la adaptación realizada para España por Alonso y cols. de SF-36 Health Survey. El cuestionario SF-36 fue diseñado originalmente a partir de una extensa batería de preguntas utilizadas en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS). Este instrumento proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos, siendo aplicable tanto para la población general como para pacientes con una edad mínima de 14 años y tanto en estudios descriptivos como de evaluación. Se trata de un cuestionario autoadministrado, aunque también se aplica mediante un encuestador en entrevista personal, telefónica o mediante soporte informático. El tiempo de contestación es de 5 a 10 minutos. Consta de 36 ítems que detectan tanto estados positivos como negativos de salud, que conforman 8 dimensiones. Función Física, Función Social, Rol físico, Rol Emocional, Salud mental, Vitalidad, Dolor corporal, Salud General. (26)

Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem. Para cada una de las 8 dimensiones, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). El cuestionario no ha sido diseñado para generar un índice global. Sin embargo, permite el cálculo de dos puntuaciones resumen mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión: medida sumario física y mental. Para facilitar la interpretación se obtienen también puntuaciones estandarizadas con los valores de las normas poblacionales, de forma que 50 (desviación estándar de 10) es la media de la población general. Los valores superiores o inferiores a 50 deben interpretarse como mejores o peores, respectivamente, que la población de referencia. (26)

El grupo de trabajo internacional sobre obesidad auspiciado por la OMS consideró los siguientes puntos de corte para la definición de criterios de sobrepeso y obesidad: (27)

IMC (kg/m ²)	Categoría
18,5-24,9	Normopeso
25-29,9	Sobrepeso
30-34,9	Obesidad (Grado I)
35-39,9	Obesidad (Grado II)
>40	Obesidad mórbida (Grado III)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se realiza el siguiente estudio de investigación ya que el problema de la obesidad, como problema de salud pública está creciendo. La prevalencia de sobrepeso y obesidad afecta por lo menos a 50 % de los hombres en los dos extremos de la vida (20 a 30 años y 80 y más años), y llega a ser de 80 % en la década de 41 a 50 años. En la mujer los niveles de obesidad y sobrepeso van hasta los 60 años y posteriormente descienden. La mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad afecta a las mujeres de 40 a 60 años y supera 80 % de las mujeres en este grupo de edad. (12) Según estimaciones, se espera que para el año 2010 tendremos entre 8 y 14 millones de mexicanos mayores de 35 años en franca obesidad clínica. (16) Aunado a esto, esta patología es un factor de riesgo importante para el desarrollo de diabetes tipo 2, la enfermedad arterial coronaria y cerebrovascular por aterosclerosis, que son las principales causas de muerte en nuestro país. (15) Dada la magnitud y prevalencia de la obesidad se considera en México como una amenaza a la Salud Pública, ya que tiene un impacto negativo en la calidad de vida de la población, por encontrarse asociada a diversas enfermedades antes mencionadas. (9) Los pacientes obesos tienen asociado un deterioro moderado de la salud percibida respecto a la población general en el caso de las mujeres y mínimo en el de los varones. (22) Se ha visto que estos pacientes presentan peor estado funcional relacionado con el desarrollo de actividad física cotidiana como andar, subir escaleras, hacer deporte, tienen más dolor corporal, mayor número de preocupaciones y peor percepción de su salud. Estos pacientes tienen una puntuación significativamente más baja en todos los aspectos de la calidad de vida, siendo más llamativo el efecto sobre la funcionalidad física, social y salud percibida. Y se presenta impacto negativo sobre la autoestima y la vida sexual. (24)

Es por eso que surge el interés de determinar qué calidad de vida tienen los pacientes con obesidad, ya que no basta con diagnosticar y dar tratamientos, es ponernos en nuestro lugar de médicos familiares y ver al paciente como una entidad biopsicosocial, y de forma objetiva medir su calidad de vida, siendo que la determinación de esta, es un indicador que evalúa los resultados de los programas que se están aplicando a la población. Es factible realizar este estudio ya que se cuenta con el apoyo por parte del equipo de salud de la UMF 21, además de contar con acceso a el equipo y recursos necesarios para la realización de este estudio, se cuenta con el recurso financiero suficiente para solventar los gastos, que serán cubiertos por el investigador.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con obesidad de 30 a 60 años, que acuden a la unidad de medicina familiar No 21 del IMSS?

HIPÒTESIS

Los pacientes de 30 a 60 años que acuden a la UMF 21 del IMSS, presentan un porcentaje elevado de obesidad que disminuye su calidad de vida.

OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad de vida de los pacientes de 30 a 60 años de edad, que padecen obesidad y acuden a la unidad de medicina familiar No 21 del IMSS

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Conocer la calidad de vida que tienen los pacientes con diagnóstico de obesidad que acuden a la UMF No 21.
2. Determinar de acuerdo al índice de masa corporal cual es la calidad de vida que tienen los pacientes con obesidad que acuden a la UMF No 21
3. Determinar la calidad de vida de acuerdo a los rangos de edad que tienen los pacientes con obesidad que acuden a la UMF 213.
4. Determinar la calidad de vida de acuerdo al estado civil que tienen los pacientes con obesidad que acuden a la UMF 214.
5. Determinar la calidad de vida de acuerdo al tipo de ocupación que tienen los pacientes con obesidad que acuden a la UMF 21

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Se realizara un estudio descriptivo, observacional, transversal.

UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes derechohabientes que acudan a la consulta de la UMF No 21, de los turnos matutino y vespertino, con edad entre 30 a 60 años, de ambos sexos, con diagnostico de obesidad.

ESTRATEGIA DE MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

- Tamaño de la muestra: es de 168 pacientes, obtenida a través de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N Z^2 (P) (q)}{d^2 (N-1) + (Z^2 Pq)} \quad \text{sustitución: } n = \frac{(1254)(3.8416)(0.14)(0.86)}{(0.5)^2 (1254-1) + (3.8416) (0.14) (0.86)} \quad n = 168$$

➤ DONDE:

n= tamaño de la muestra (168)

N= universo de trabajo (1,254)

Z= intervalo de confianza (1.96)

P= proporción de observaciones esperada (0.14)

q= contraparte de proporción de observaciones (0.86)

d= margen de error (0.05)

Tipo de muestreo: Muestreo aleatorio simple, al colocar el número de afiliación de todos los pacientes de la población elegible en una urna, de esta manera tomar cada uno de ellos al azar, hasta llegar al tamaño de la muestra.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

a. Los criterios de inclusión:

Pacientes con diagnóstico de obesidad primaria.

Pacientes de ambos sexos y que sean mayores de 30 años y menores de 60 años.

Pacientes que acepten por medio de consentimiento informado, participar en el estudio y que sean derechohabientes de la UMF 21 del IMSS.

b. Los criterios de exclusión:

Pacientes embarazadas.

Pacientes obesos, con trastornos psiquiátricos, malformaciones, cardiopatas, con trastornos pulmonares u otro padecimiento que por si mismo provoque limitación física y/o emocional.

c. De eliminación:

No haber contestado completa la encuesta
Que no deseen participar

DISEÑO METODOLÓGICO

Se inicia con la delimitación del tema en diciembre del 2007, en los meses de enero a marzo se inicia con la búsqueda de información bibliográfica, en los meses de abril a junio se inicia con la elaboración del protocolo, en julio se presenta al comité de salud de la unidad de medicina familiar No 21. Para la elaboración se tomaron variables sociodemográficas como edad, sexo, ocupación, estado civil, las cuales se van a relacionar con la determinación de la calidad de vida, para lo cual se utilizara un instrumento genérico que ayuda a valorar de forma objetiva la calidad de vida en diferentes enfermedades, este es el instrumento SF-36 siendo uno de los instrumentos más utilizados, en su versión traducida al español y adaptada a nuestro medio, puede ser autoaplicado o ser aplicado por un encuestador, consta de 36 preguntas tipo likert, de las cuales se eliminaron 18 y se agregaron 4, esto con el fin de adecuarlo a las necesidades de este estudio. Los rangos de respuesta van de 0 a 100, cero para muy mala calidad de vida y cien para muy buena calidad de vida.

Con el apoyo de ARIMAC y la utilización de la base de datos se determinó la población usuaria de la UMF 21, posteriormente se identificó la población comprendida entre 30 a 60 años de edad con diagnóstico de Obesidad, dando un total de pacientes, 20.334 de los cuales 12.678 son mujeres y 7.656 hombres. Con base en estos datos se obtuvo el tamaño de la muestra de 168 pacientes con la fórmula referida en la parte de material y métodos.

El tipo de muestreo que se maneja, es aleatorio simple, al colocar el número de afiliación de todos los pacientes de la población elegible en una urna, tomando cada uno de ellos al azar, hasta llegar al total del tamaño de la muestra.

La estrategia de búsqueda de los pacientes se realizó por medio de llamada telefónica, se les citó a la realización de la encuesta en la UMF 21, y por otro lado, por medio del expediente electrónico durante la consulta, este automáticamente identifica a los pacientes con obesidad, de esta forma los que resultaban identificados y estaban dentro de la lista se le invitaba a participaren el estudio.

A todos los pacientes se les dio información sobre los objetivos del estudio y la importancia de los resultados. En caso de no aceptar la realización de la encuesta, o que no cumpliera con los criterios de del estudio o dificultades de localización, se procedía a invitar al paciente inmediato posterior en el listado.

Al llegar los pacientes a la UMF 21, el investigador, les indicará que contesten a solas el instrumento, para evitar la influencia de familiares, acompañantes extraños, una vez firmada la autorización escrita se les aplicará el cuestionario de salud SF-36 modificado para este estudio.

En caso de que se requiera ayuda para la realización del cuestionario, por causas como analfabetismo o dificultades de comprensión del mismo, el investigador puede ayudar a resolverla.

La recolección de datos se iniciará en el mes de septiembre y finalizará en diciembre del de 2008. Una vez concluido el proceso de recolección de datos, se realizará el vaciado de la información en una base de datos y al procesamiento de los mismos para su análisis y reporte el cual se realizara con apoyo de graficas.

5. Definición de variables y unidades de medición

<u>Variable</u>	<u>Tipo</u>	<u>Escala de medición</u>	<u>Definición CONCEPTUAL Y OPERACIONAL</u>	<u>Calificación</u>
<u>Edad</u>	Independiente	Cuantitativa Discontinua	Tiempo en años que lleva viviendo una persona desde que nació.	Mayor de 30 años y menor de 60 años
<u>Sexo</u>	Independiente	Cualitativa Nominal	Condición orgánica, fisiológica y anatómica que distingue al macho de la hembra en el seno de cada especie	0 Hombre 1 Mujer
<u>Estado civil</u>	Independiente	Cualitativa Nominal	Circunstancias que determinan los derechos y obligaciones de cada ciudadano.	1 Soltero 2 Casado 3 Viudo 4 Divorciado 5 Unión libre
<u>Ocupación</u>	Independiente	Cualitativa Nominal	Acción y efecto de ocupar. Trabajo que impide emplear el tiempo en otra cosa	1 Hogar 2 Obrero 3 Comerciante 4 Profesionista 5 Empleado 6 Desempleado 7 Pensionado 8 Otro
<u>CALIDAD DE VIDA</u>	Dependiente	Cuantitativa continua	Situación de bienestar de una persona, que se encuentra en equilibrio en lo mental, físico y social.	1 Muy Buena 2 Buena 3 Regular 4 Mala 5 Muy mala
<u>Obesidad</u>	Independiente	Cuantitativa Continua	Estado en el que hay una excesiva acumulación de grasa corporal, esto es cuando el abuso en consumo de alimentos excede los requerimientos, aunado a falta de ejercicio, se clasifica en grados y según la OMS se considera obesidad con un IMC superior a 30.	Grado 1 30 a 34.9 Grado 2 35 a 39.5 Grado 3 > 40

RECURSOS

1. Recursos Humanos

Investigador: Arturo Vázquez Torres, Residente de la especialidad de Medicina Familiar

2. Recursos Materiales

Cuestionarios

Lápices

Bolígrafos

Sacapuntas

Gomas

Tablas portapapeles

Línea telefónica

Computadora

3. Recursos Financieros

Proyecto financiado con recursos del propio investigador.

DISEÑO ESTADÍSTICO

La estadística descriptiva se podrá analizar con medidas de tendencia central: como la media, moda, mediana y para las variables cuantitativas percentilas.

Se utilizara el software Excel para cuadros y gráficas de los datos capturados.

CONSIDERACIONES ÉTICAS APLICABLES AL ESTUDIO

Se realizara el estudio de acuerdo a la reglamentación institucional en materia de investigación científica. Y lo que establece la Declaración de Helsinki con sus diferentes modificaciones, así como lo establecido en la Ley General de Salud. De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud vigente en nuestro país, en su Título Segundo, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos; Capitulo 1, el cual es aplicable a nuestro protocolo de investigación, dice:

En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen; contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso, y se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud.

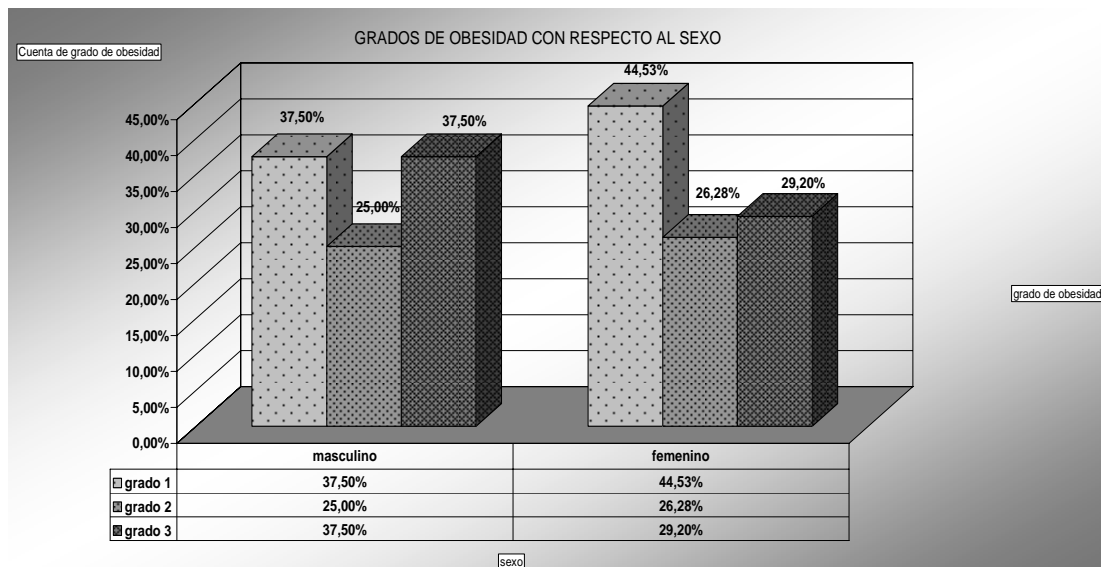
Antes de aplicar a los pacientes el cuestionario SF-36, se le explicaran los términos generales del estudio, una vez hallan comprendido los motivos para la realización de este trabajo se procederá a la lectura de la hoja de consentimiento informado, de estar de acuerdo con lo estipulado deberá firmarla y así con la autorización por escrito del paciente proceder a la aplicación del cuestionario.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados se obtuvieron de 161 pacientes de una muestra de 168, con edades comprendidas entre 30 y 60 años de edad, con diagnóstico de obesidad. De las cuales 137(85.09%) fueron mujeres y 24 hombres (14.91%); con promedio de edad 44 años; 98 (60.87%) de los pacientes, dedicados al hogar, 38(23.60%) son empleados y 23(15.52%) pacientes dedicados al resto de las ocupaciones. Por estado civil 94(58.39%) pacientes casados, 36(22.36%) solteros y 31(19.25%) Del total de pacientes 70(43.48%) presentaron obesidad grado 1, 42(26.09%) pacientes obesidad grado 2 y 49(30.43%) obesidad grado 3.

Del total de pacientes 77(47.83%) presentaron buena calidad de vida, 78(48.45%) presentaron regular calidad de vida y 3(1.86%) mala calidad de vida.

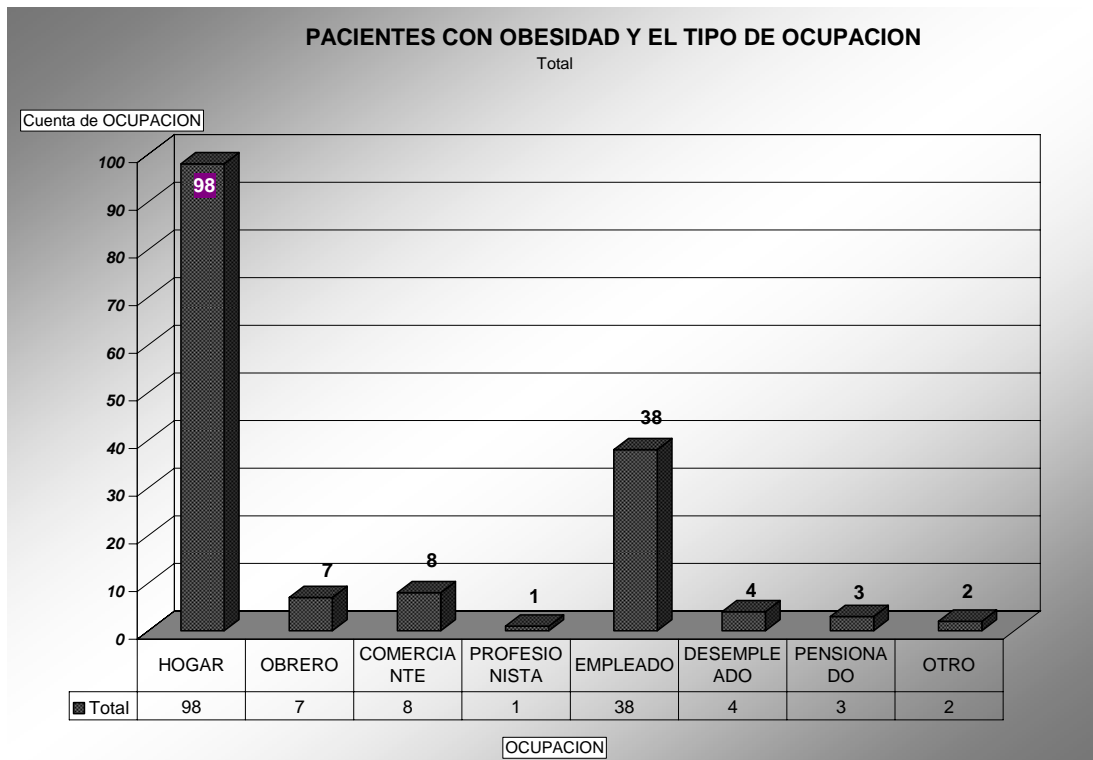
GRAFICA 1



Fuente: base de datos e instrumento de evaluación

Se observa que de acuerdo al sexo el grado de obesidad que predomina es el grado 1.

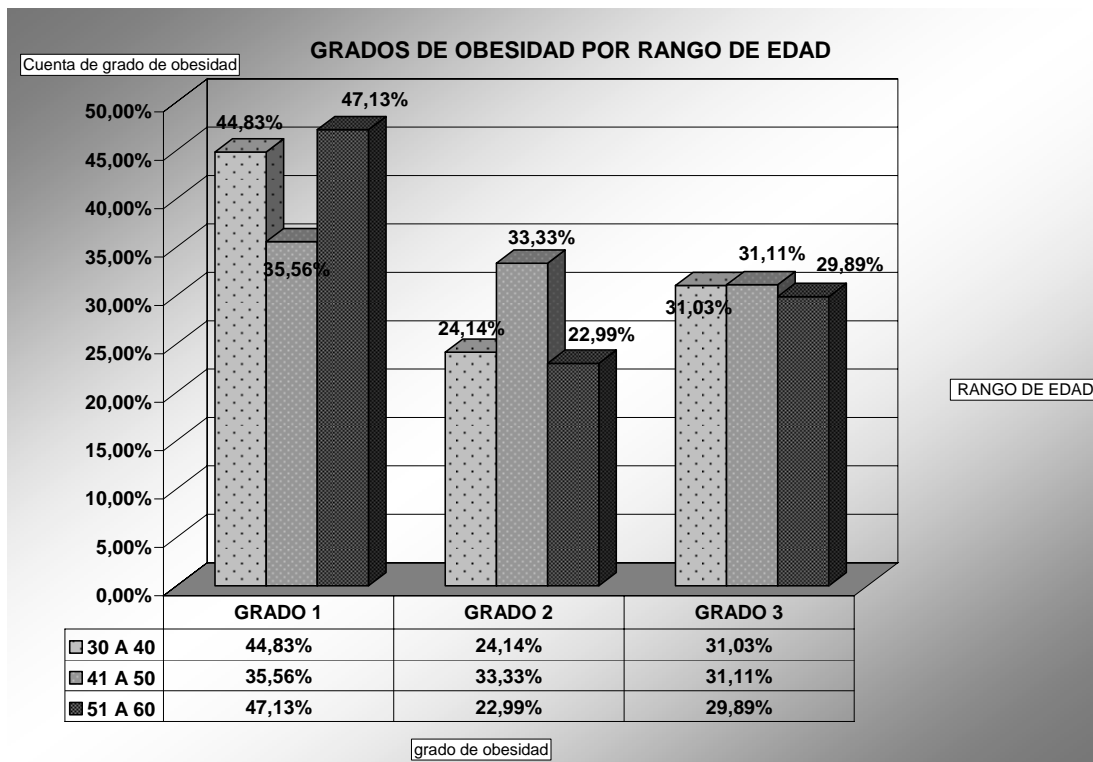
GRAFICA 2



Fuente: base de datos e instrumento de evaluación

Se observa que el mayor número de pacientes encuestados se encuentra entre los que se dedican al hogar, le siguen los que son empleados.

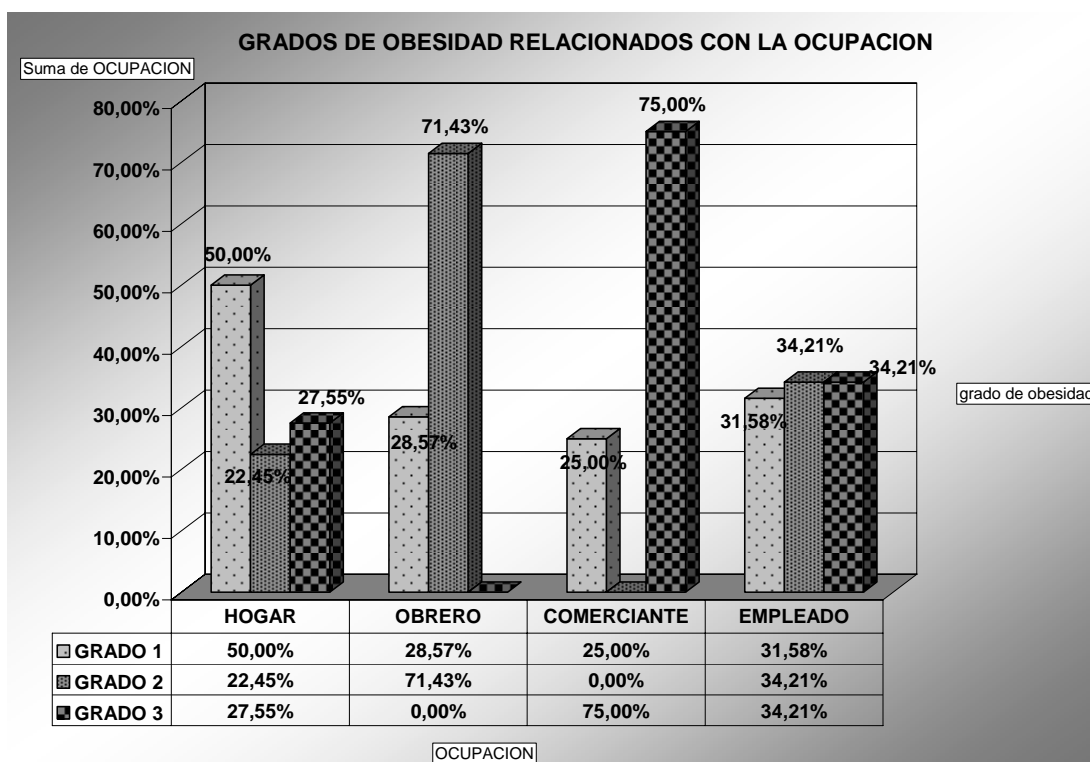
GRÁFICA 3



Fuente: base de datos e instrumento de evaluación

En esta grafica se observa un predominio de los rangos de edad de 30 a 40 y 51 a 60 en la obesidad grado, casi del 50%, mientras en la obesidad grado 2 y 3 los porcentajes son casi uniformes.

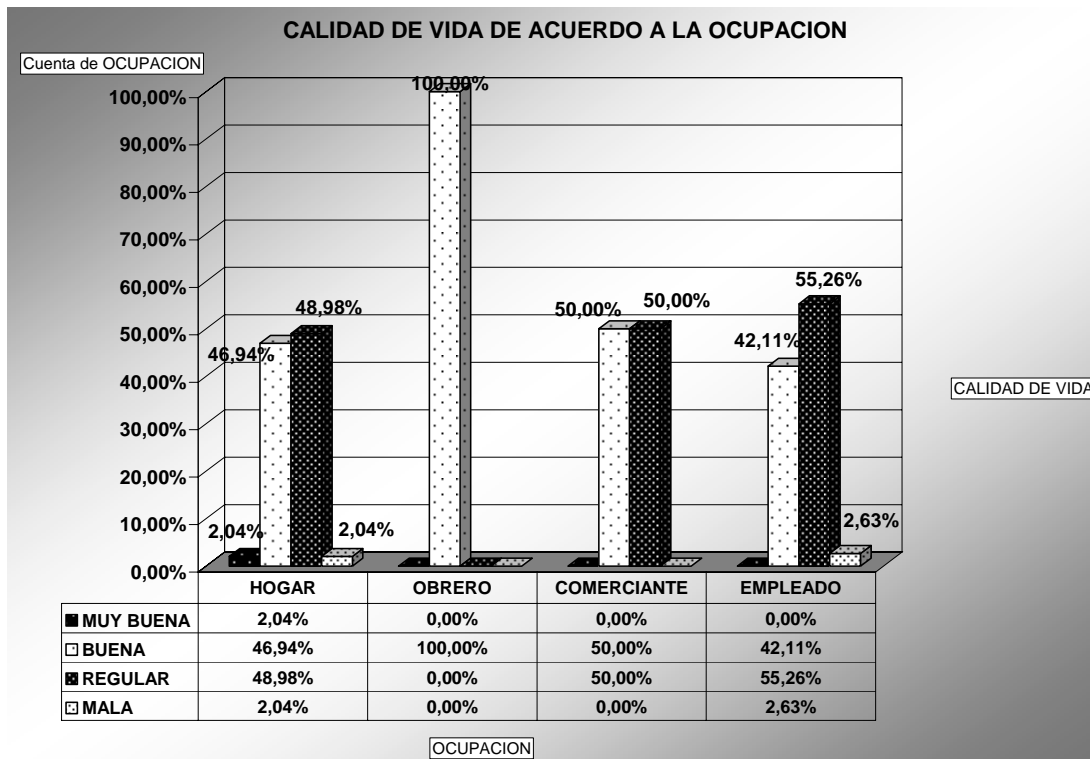
GRÁFICA 4



Fuente: base de datos e instrumento de evaluación

En esta grafica observamos a los que se dedican al hogar y la mitad tiene obesidad grado 1 y la otra mitad está entre obesidad grado 2 y 3, en los empleados se observa que en los tres grados de obesidad el porcentaje es similar.

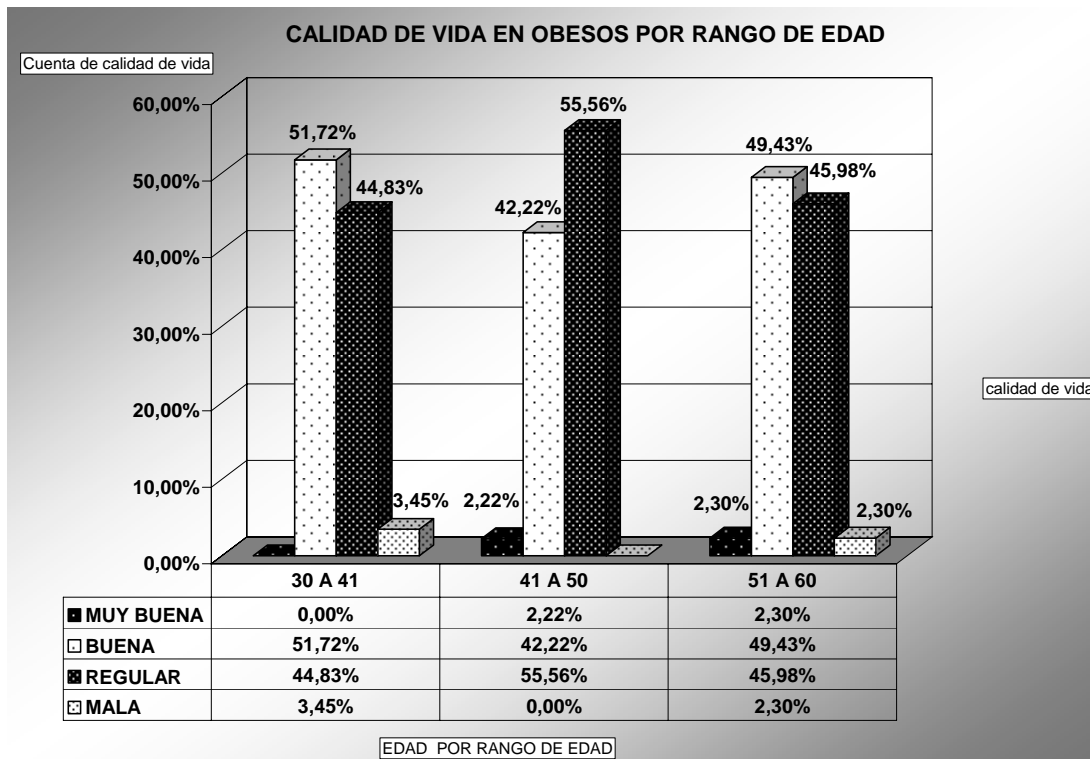
GRÁFICA 5



Fuente: base de datos e instrumento de evaluación

Se observa en los pacientes que se dedican al hogar, que presentan buena a regular calidad de vida, en los empleados predomina la calidad de vida regular.

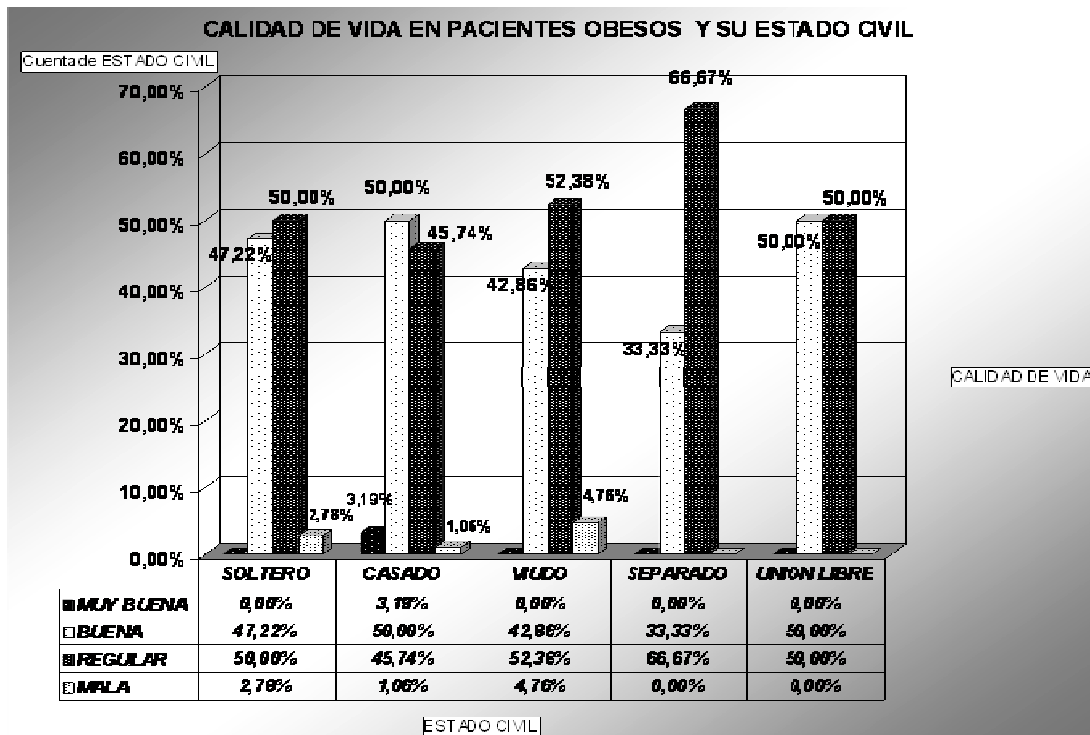
GRÁFICA 6



Fuente: base de datos e instrumento de evaluación

En esta grafica se puede ver que en los tres rangos de edad, el predominio de la calidad de vida está entre buena y regular.

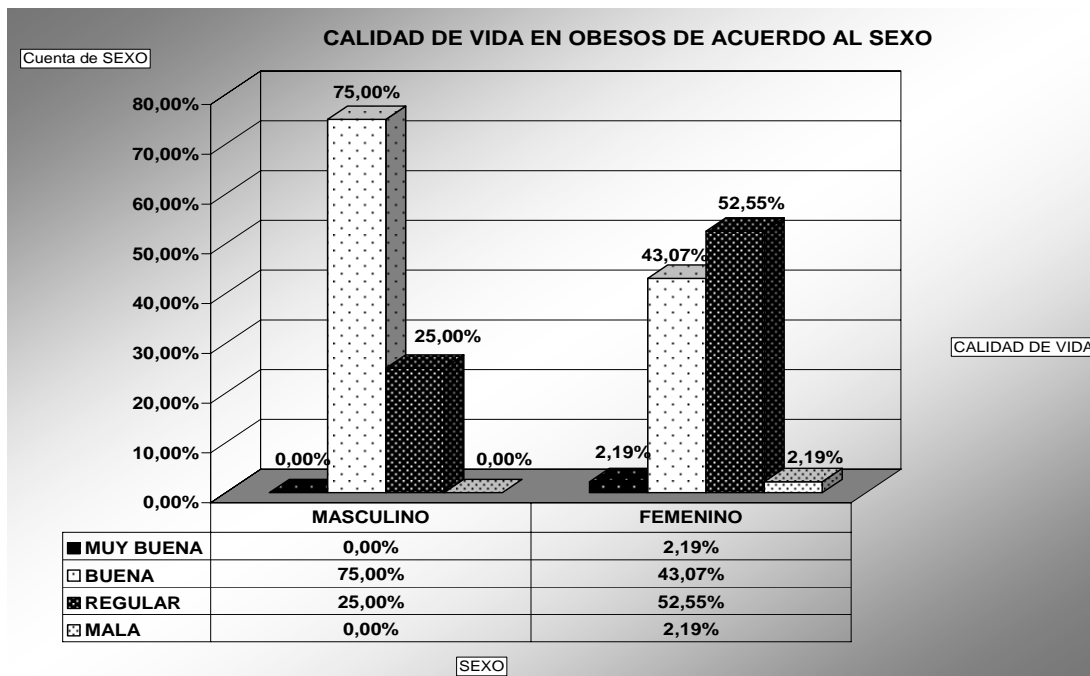
GRÁFICA 7



Fuente: base de datos e instrumento de evaluación

En esta grafica se observa que los pacientes solteros y casados presentan calidad de vida buena a regular. En el rubro de viudo se presenta el mayor porcentaje de mala calidad.

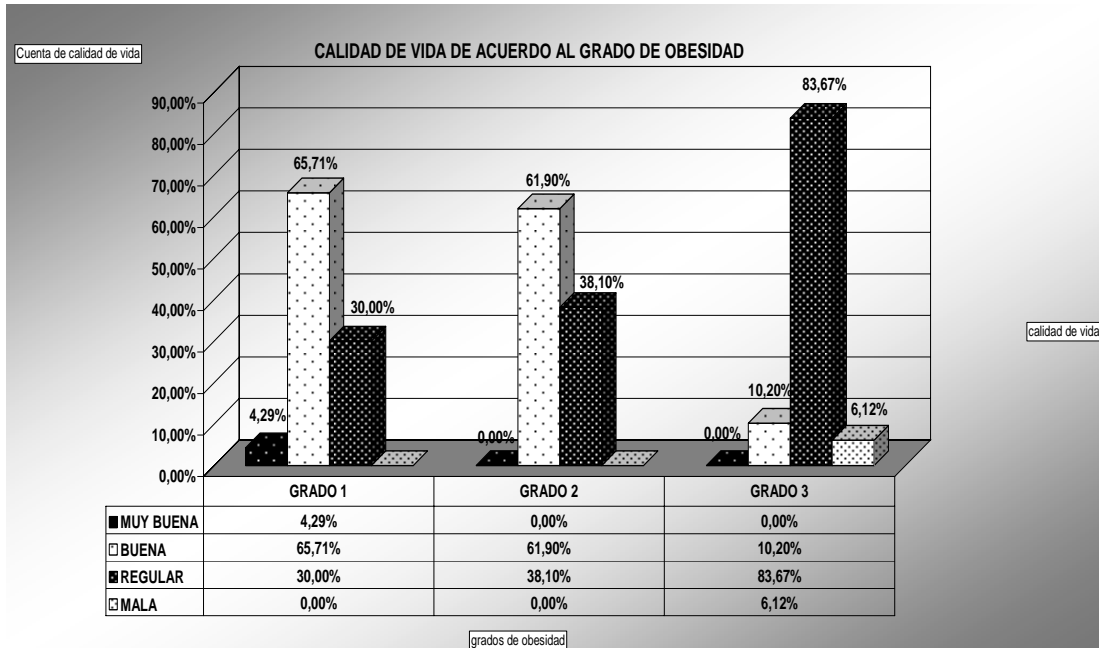
GRÁFICA 8



Fuente: base de datos e instrumento de evaluación

En esta grafica se observa que predomina el porcentaje de buena calidad de vida en el sexo masculino, mientras que en el femenino predomina discretamente la calidad de vida regular.

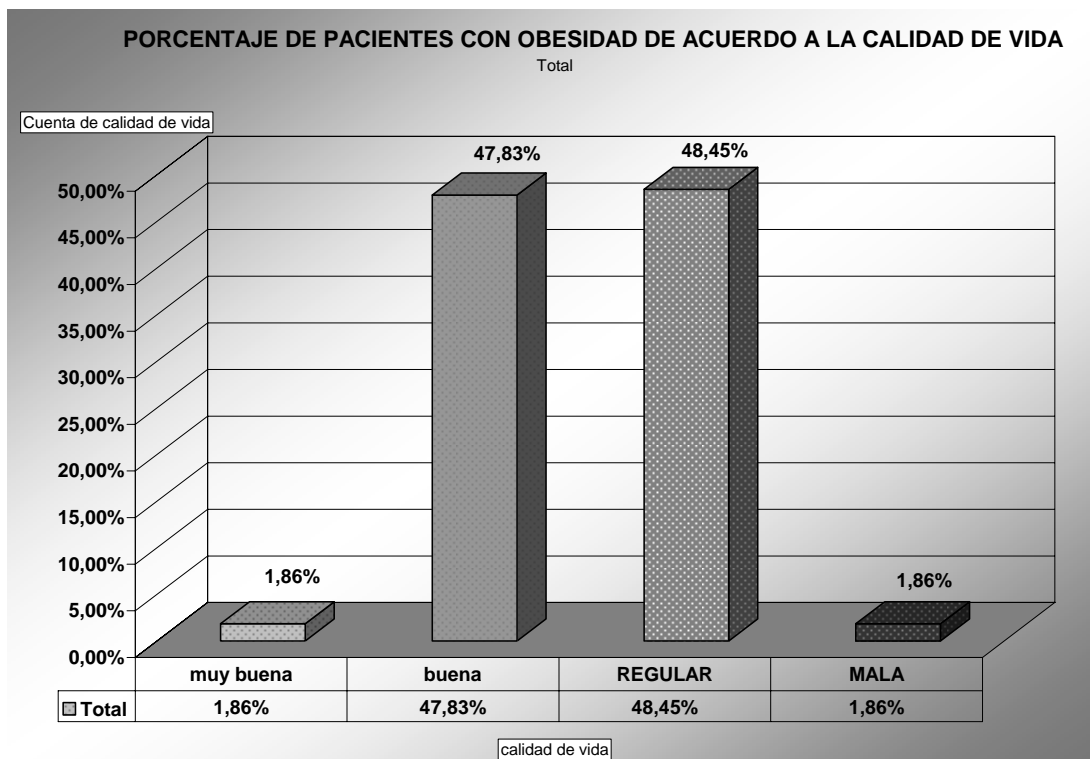
GRÁFICA 9



Fuente: base de datos e instrumento de evaluación

En esta grafica se observa que en la obesidad **grado 1 y 2**, predomina la calidad de vida considerada como buena, en la obesidad **grado 3**, hay una disminución considerable de la calidad de vida buena, mientras que la regular se incremento, y la mala apareció con un 6.12%.

GRÁFICA 10



Fuente: base de datos e instrumento de evaluación

En esta grafica se observa que del total de pacientes encuestados con diagnostico de obesidad hay distribución por igual entre buena y regular calidad de vida.

DISCUSIÓN

De acuerdo a nuestro estudio podemos ver que el porcentaje de pacientes con calidad de vida buena 47% y los que presentaron calidad de vida regular fueron 48%, 1 por ciento para muy buena y 1% para mala, lo que nos indica que de acuerdo a la literatura no se encuentra concordancia ya que la literatura marca que el paciente obeso presenta mala calidad de vida y en nuestro estudio encontramos predominio de calidad de vida regular, con un porcentaje de 1 % de mala. Se encontró una mayor numero de casos de obesidad en pacientes del sexo femenino como lo marca la literatura, así mismo en el sexo femenino es más notable la disminución de la calidad de vida, además en este estudio en el rubro de femenino el porcentaje de calidad de vida bueno fue del 43% y de regular de 53% y se presento en este rubro mala calidad de vida con un 2%, lo que no se presenta en el sexo masculino, en donde predomina la calidad de vida buena, con un 75 % y de regular solo un 25% lo que coincide con la literatura donde se reporta, es en el sexo femenino donde se presentan el mayor impacto en el ámbito psicológico y la mayor incidencia de mala calidad de vida. De acuerdo a la edad no encontramos una diferencia importante ya que los resultados se comportaron de la misma manera en los rangos de edad que se manejaron, la literatura reporta que a mayor edad se presentaba una disminución en la calidad de vida nosotros encontramos porcentajes muy similares en todos los rubros. De acuerdo al grado de obesidad se encontró que los pacientes que tenían grado 1, presentaban predominio de de calidad buena con un 65% y regular de 30%, en la obesidad grado 2, presentaron calidad de vida buena 62% y 38% regular, en el grado 3 se invierte totalmente el porcentaje y hay predominio de calidad de vida regular con un 83% y con un 10% de calidad de vida buena y la presencia de mala calidad con un 6%, en la literatura se reporta un mayor porcentaje de mala calidad de vida, en estos pacientes, nosotros encontramos que predomina una calidad de vida regular con tendencia hacia la mala calidad de vida conforme aumenta el grado de obesidad, lo que coincide con lo reportado en la literatura, que nos dice que a mayor grados de obesidad, es más probable que disminuya la calidad de vida del paciente. Talvez en este estudio no se encontró predominio de calidad de vida mala por no contar con un instrumento específico para calidad de vida y haber utilizado un instrumento del tipo generalista como el SF 36, por lo que en futuros estudios sobre calidad de vida en obesos lo ideal sería encontrar instrumentos específicos para evaluar la calidad de vida en obesos de manera más específica.

CONCLUSIONES

Se encontró que la calidad de vida de los pacientes de la UMF 21 aproximadamente la mitad tienen una calidad de vida regular y aproximadamente la otra mitad tienen buena calidad de vida.

Hubo una marcada diferencia entre los grados de obesidad donde se encontró que a mayor obesidad hay disminución de la calidad de vida, y con un grado de obesidad por arriba de 40 es donde se empiezan a presentar los mayores casos de mala calidad de vida.

Esto no comprueba nuestra hipótesis de trabajo ya que los pacientes en general no presentaron una mala calidad de vida.

En el estudio hubo un predominio de sexo femenino, de los cuales la gran mayoría se dedicaba al hogar, seguidos por los que son empleados. No se encontró un predominio en los grados de calidad de vida entre los rubros de edad, ocupación, sexo.

El no encontrar un grave deterioro de la Calidad de Vida de estos pacientes, como sucede con otras enfermedades crónicas, es probable que se deba, a la poca repercusión emocional y social, al no entender que es factor de riesgo para otros padecimientos, y al conformismo de vivir con esta enfermedad. Y por la parte médica al no contar con un instrumento específico que mida la calidad de vida en pacientes con obesidad.

Nuestro deber como médicos y del equipo de salud debe ir encaminado a mejorar la calidad de vida en los pacientes y no únicamente a tratar sus enfermedades.

PROPUESTAS

Se propone la creación de un instrumento específico para evaluar la calidad de vida de los pacientes con obesidad, que sea adecuado a nuestro medio, a nuestra población, que contemple nuestras costumbres, el modo de vida de nuestros pacientes, de preferencia creado por mexicanos, el cual permita evaluar si una persona con obesidad presenta problemas cuando se desplaza a su lugar de trabajo, o si tiene dificultades para conseguir ropa de su talla, si disfruta ampliamente de los lugares de recreación como parques de diversiones, o si tiene una vida sexual plena etc.

La creación de un instrumento específico permitirá medir de forma mucho más objetiva la calidad de vida de pacientes con obesidad lo que nos permitirá de una forma más precisa detectar a los pacientes que tienen deteriorada su calidad de vida, siendo que la obesidad está aumentando en nuestra población, tendremos que desarrollar programas que mejoren el bienestar de nuestros pacientes.

También nos ayudará a determinar los rubros afectados, de este modo implementar un tratamiento multidisciplinario así mismo dar la mejor consejería a estos pacientes. Ya que la evaluación de la calidad de vida es una medida que determina que tanto han repercutido los programas de salud implementados y es una forma de comparar nuestro sistema de salud con el de otros países, de tal forma que si nuestros pacientes no tienen una buena calidad de vida nuestros programas no están resultando efectivos.

BIBLIOGRAFIA

1. Foreign Affairs y Lifestyle. Protocolo. Jueves 29 de septiembre de 2005. Núm. 20 OMS advierte sobre obesidad en el mundo.
2. Nota descriptiva N°311 Septiembre de 2006 Obesidad y sobrepeso ¿QUÉ SON LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO?
3. Manuel Peña y Jorge Bacallano., la obesidad y sus tendencias en la región revista panamericana de la salud. Vol. 10. No 2, Washington agosto 2001.
4. Food and nutrition, La salud en las Américas, ed. 2002 vol. I, 28 sep. 2002 pag. 196.
5. José Aníbal Pizzorno, La emergencia del sobrepeso y la obesidad. Su interpretación, Revista Médica del Nordeste – N° 7 – Octubre 2005 pags. 1 y 2
6. Encuesta Nacional de Salud 2000.
7. Encuesta nacional de salud y nutrición 2006
8. Martha I. Dávila-Rodríguez,^a Elva I. Cortés-Gutiérrez,^a Roxana A. Rivera-Prieto,^a Esther C. Gallegos-Cabriales,^b y Ricardo M. Cerda-Flores, Epidemiología genética de la obesidad en el noreste de México. Búsqueda de familias nucleares informativas, Gac Méd Méx Vol. 141 No. 3, 2005. Pag. 243 – 244.
9. Marcos Garcia Pastorella Sobrepeso y obesidad en adultos del norte de Tamaulipas, México., [Medicina Interna](#) Endocrinología y Nutrición.
10. Sergio Hernández-Jiménez, Dávila-Rodríguez, MI, y cols. Fisiopatología de la obesidad, Gac Méd Méx Vol. 140 No. 2, 2004 pag. 30.
11. Paris Troyo-Barriga, Obesidad y dislipidemias, Gac Méd Méx Vol.140, suplemento No. 2, 2004, pag. 49.
12. Héctor Gómez Dantés, José Luis Vázquez Martínez, Sonia Fernández Cantón Obesidad en adultos derechohabientes del IMSS. Encuesta Nacional de Salud 2000., Rev Med IMSS 2004; 42 (3): p 243
13. Claudia P. Sánchez-Castillo, Edgar Pichardo-Ontiveros,* Patricia López-R Epidemiología de la obesidad Gac Méd Méx Vol.140, Suplemento No. 2, 2004.
14. Charles Emery, PhD., La obesidad podría incrementar la reacción física al dolor., MG-MedicinaGeriatrica., p – 1., Martes 07 de Marzo de 2006.
15. Ernest Gutfraind; Epidemia de Obesidad causa mas dolor de espalda., Foro de Reumatología de los Doctores del Rio.23 junio del 2005. pag. 1.

16. Antonio R. Villa, Michelle H. Escobedo, Nahum Méndez-Sánchez., Estimación y proyección de la prevalencia de obesidad en México a través de la mortalidad por enfermedades asociadas, Gac Méd Méx Vol.140, Suplemento No. 2, 2004 pag. 25.
17. José Valente Aguilar-Zinser, María Esther Irigoyen-Camacho., Vanesa Ruiz-García-Rubio, Mireya Pérez-Ramírez, Sandra Guzmán-Carranza, María del Consuelo Velázquez-Alvab y Luis Manuel Cervantes-Valencia, Prevalencia de sobrepeso y obesidad en operadores mexicanos del transporte de pasajeros Gac Méd Méx Vol.143, No. 2, 2007. P - 24
18. Bigal M, Tsang A, Lader E y cols. La obesidad tendría relación con la frecuencia y el grado de discapacidad de la migraña., Arch Intern Med. 2007; 167(18):1964-1970
19. Sergio Arturo Godínez Gutiérrez Alteraciones musculoesqueléticas y obesidad., Revista de Endocrinología y Nutrición. Vol. 9, No. 2 Abril-Junio 2001 p 88
20. Verónica Vázquez Velásquez, Juan Carlos López Alvarenga Psicología y la obesidad Revista de Endocrinología y Nutrición. Vol. 9, No. 2 Abril-Junio 2001. pp 94.
21. Gómez-Vela, María; Sabeh, Eliana N. CALIDAD DE VIDA., EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO Y SU INFLUENCIA EN LA INVESTIGACIÓN Y LA PRÁCTICA Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca
22. Miguel Angel Barajas Gutiérrez., Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad en un centro de atención primaria. Rev. Esp. [Salud](#) Pública, Mayo/Jun. 1998, vol. 72, no.3, p.221-231.
23. Poves Prim, G. J. Macías, M. Cabrera Fraga, L. Situ y C. Ballesta López Calidad de vida en la obesidad mórbida Revista Española de Enfermedades Digestivas Rev. Esp. enferm. dig. v.97 n.3 Madrid mar. 2005 Unidad Cirugía Bariátrica. Centro Laparoscópico. Centro Médico Teknon. Barcelona
24. Rafael Bello., Obesidad y calidad de vida., p 2-3
25. Rafael Tuesca Molina., La Calidad, de Vida su Importancia y como Medirla., Salud Uninorte, Barranquilla, Colombia., 2005; 21: 76-86
26. Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gaceta sanitaria 2005 marzo-abril; 19 (2): 23-29.
27. J.J. Varo, M.A. Martínez-González, J.A. Martínez. Prevalencia de obesidad en Europa Unidad de Epidemiología y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Departamento de Fisiología y Nutrición.

ANEXOS

CONCENTIMIENTO INFORMADO

A quien corresponda.

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio "**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS CON OBESIDAD, DE LA UMF No 21**" que se realizara en la institución: Unidad de medicina familiar No 21 del IMSS, cuyos objetivos consisten en: Determinar la calidad de vida que presentan los mayores de 18 años de edad, que padecen obesidad y acuden a la unidad de medicina familiar No 21 del IMSS

Estoy consiente de que los procedimientos, pruebas y tratamientos, para lograr los objetivos mencionados consistirán en: responder un cuestionario y que los riesgos a mi persona serán: ninguno

Y contestare el cuestionario solo después de que se me hayan explicado los riesgos y beneficios.

Entiendo que del presente estudio se derivan los siguientes beneficios: Conocer la calidad de vida de los pacientes obesos de la UMF No 21

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que yo así lo desee. También que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios de mi participación en este estudio en caso de que decidiera retirarme, la atención que como paciente recibo en esta institución no se vera afectada.

Nombre y firma del paciente _____

Fecha _____

Nombre y firma del medico _____

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE OBESO CON EDAD ENTRE 30 A 60 AÑOS.

Nombre: _____ No.Afil.: _____
Edad: _____ Sexo: masculino ___ femenino ___ Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ Fecha: _____
Edo civil: Soltero(a) ___ Casado(a) ___ Viudo(a) ___ Separado(a) ___
Ocupación: Ama de casa ___ Obrero ___ Comerciante ___ Profesionista ___ Desempleado ___ Pensionado ___ Otro ___

Marque con una equis en el cuadro que mejor describa su respuesta (MARQUE UNA SOLA RESPUESTA)

1. En general, usted diría que su salud es:

1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL. SU SALUD ACTUAL. ¿LE LIMITA PARA HACER ESAS ACTIVIDADES O COSAS? SI ES ASI, ¿CUANTO? (POR SU OBESIDAD)

2. Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

3. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, barrer o caminar más de una hora?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

4. Coger o llevar la bolsa del mandado?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

5. Subir varios pisos por la escalera?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

6. Subir un solo piso por la escalera?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

7. Agacharse o arrodillarse?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

8. Caminar un kilómetro o más?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

9. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

10. Caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

11. Bañarse o vestirse por sí mismo?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

DURANTE LAS ULTIMAS 4 SEMANAS, ¿CON QUE FRECUENCIA HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS, A CAUSA DE SU SALUD FISICA? (POR OBESIDAD)

12. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Solo alguna vez 5 Nunca

13. ¿Ha tenido problemas para seleccionar ropa de su talla?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Solo alguna vez 5 Nunca

14. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Solo alguna vez 5 Nunca

15. ¿Tuvo dificultad para tener relaciones sexuales (por ejemplo, le costó más de lo normal)?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Solo alguna vez 5 Nunca

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

17. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

LA PREGUNTA QUE SIGUE SE REFIERE A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Solo alguna vez 5 Nunca

20. Durante las últimas 4 semanas, que tan frecuente tuvo problemas al utilizar el transporte público? (por ejemplo en el torniquete del metro)

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES. (POR SU OBESIDAD)

20. Estoy tan sano como cualquiera.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

21. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

22. Creo que mi salud va a empeorar.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

23. Mi salud es excelente.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa