



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 2 SALINA CRUZ, OAXACA.

CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS CON SOBREPESO/OBESIDAD EN LA
UMF No. 6
JUCHITAN DE ZARAGOZA, OAXACA.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA EL

DR. CARLOS IGNACIO CALVO LOPEZ .

SALINA CRUZ, OAXACA, 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS CON SOBREPESO/OBESIDAD EN LA UMF
No. 6 JUCHITAN DE ZARAGOZA, OAXACA.

PRESENTA:

DR. CARLOS IGNACIO CALVO LOPEZ

AUTORIZACIONES

DR. ZOE ANTONIO CRUZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN H.G.Z. No.2 SALINA CRUZ,
OAXACA

ASESOR METODOLOGICO DE TESIS

DR. ZOE ANTONIO CRUZ

ASESOR DE TEMA DE TESIS
MEDICO FAMILIAR IMSS

DRA. KARINA MARIEN MUÑOZ TOLEDO

COORD. CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
H.G.Z. No.2
SALINA CRUZ,
OAXACA

SALINA CRUZ, OAXACA

2010

CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS CON SOBREPESO/OBESIDAD EN LA UMF
No. 6 JUCHITAN DE ZARAGOZA, OAXACA.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA EL

DR. CARLOS IGNACIO CALVO LOPEZ .

AUTORIZACIONES:

DR. FRANCISCO JAVIER F. GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA

ÍNDICE

1.- INTRODUCCION _____	1
2. – MARCO TEÓRICO _____	2
3. – PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA _____	11
4. – JUSTIFICACIÓN _____	12
5. – OBJETIVOS _____	13
6.- METODOLOGÍA _____	14
7. – RESULTADOS _____	20
8. – DISCUSIÓN _____	26
9. – CONCLUSIONES _____	28
10. – BIBLIOGRAFÍA _____	29
11. – ANEXOS _____	33

1.- INTRODUCCION.-

El exceso de peso, ya sea a expensas de sobrepeso u obesidad, se ha destacado como un detonante y capital factor de riesgo para otras morbilidades. Se ha reportado como un condicionante necesario para enfermedades cronicodegenerativas, tales como: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, osteoartritis, algunos tipos de cáncer, entre otras. Sin embargo, existen pocos estudios en los que se busque de manera intencionada la relación entre el exceso de peso y posibles alteraciones en otras esferas clínicas no propiamente orgánicas como la social y emocional. El presente trabajo tiene la finalidad de buscar relación entre el exceso de peso y calidad de vida.

2.- MARCO TEORICO

Si bien el tema de la calidad de vida está presente desde la época de los antiguos griegos, la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI.

La vida actual, caracterizada por un aumento en la longevidad, no está necesariamente asociada a mejor calidad de vida. El aumento de la frecuencia y velocidad de los cambios científicos y tecnológicos, la inseguridad constante, el exceso de información, el desempleo o el multiempleo, los cambios en la estructura familiar (divorcios, uniones inestables, ambos padres en el mercado laboral), la pérdida de motivaciones, lealtades, valores, señalan los múltiples factores estresantes a que estamos sometidos la mayoría de los seres humanos.⁽¹⁾

Sobre la definición de calidad de vida, la OMS dice lo siguiente: calidad de vida es la "percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones".⁽²⁾

El concepto Calidad de Vida relacionada con la Salud, aporta principalmente la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud.

El modelo biomédico tradicional excluye el hecho de que, en la mayoría de las enfermedades, el estado de salud está profundamente influido por el estado de ánimo, los mecanismos de afrontamiento a las diversas situaciones y el soporte social. Es evidente que estos aspectos de máxima importancia en la vida de los seres humanos serán los que más influyan a la hora de que los pacientes evalúen su calidad de vida.

Desde comienzos de la última década del siglo pasado, el estudio de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) ha logrado captar la atención de muchos investigadores que intentan dar respuesta científica a la necesidad de incluir en las evaluaciones en salud la percepción de los usuarios respecto de su bienestar.

Tradicionalmente, en medicina, se consideraban válidas sólo las observaciones del equipo médico ("objetivos"). Posteriormente tomó mayor importancia la consideración de los datos provenientes del paciente ("subjetivos"). En la actualidad se intenta dejar de lado el debate "objetivo" versus "subjetivo" revalorizándose los datos subjetivos que reflejan sentimientos y percepciones legítimas del paciente que condicionan su bienestar o malestar y su estilo de vida.

Barbara Dickey en 1966, propuso cambiar el enfoque objetivo versus subjetivo, hacia el enfoque "informativo". Éste supone atribuir igual importancia a la observación de la enfermedad hecha por el clínico, al reporte del paciente acerca de su padecimiento y a la percepción familiar de la sobrecarga que la situación implica. ⁽¹⁾

La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar.

Patrick y Erickson (1993) definen a la calidad de vida, como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.

Para Schumaker & Naughton (1996) es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. ⁽¹⁾

El término Calidad de Vida viene a ser el resultado de la relación entre las condiciones objetivas de la vida humana y la percepción de ellas por parte del sujeto. El resultado positivo de esta relación redundaría en un determinado índice de satisfacción y felicidad en la persona. La calidad de vida es un concepto que abarca todos los aspectos de la vida, incluyendo aspectos tales como la salud física, el equilibrio psicológico, la autonomía mental y la responsabilidad social. ⁽³⁾

En los últimos 20 años, la obesidad ha llegado a ser el problema nutricional más importante en el mundo, eclipsando a la desnutrición y a las enfermedades infecciosas, como el contribuyente más significativo de enfermedad y mortalidad. Es factor clave para varias enfermedades crónicas y no transmisibles. Hay evidencia que el sujeto con exceso de peso tiene un mayor riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipidemia, enfermedad coronaria, osteoartritis y algunos tipos de cáncer. La causa de la obesidad es compleja y multifactorial. Dentro de un contexto de factores ambientales, sociales y genéticos la obesidad es el resultado de un balance positivo de energía, es decir, entre el consumo de energía y el gasto de esta ⁽⁴⁾

Aunque las consecuencias de tipo médico han sido la causa principal de atención para los clínicos y los investigadores, la obesidad tiene también un sustancial impacto negativo en la capacidad funcional de la persona y en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). ^(5,6)

Por lo anterior, hasta la década pasada, la investigación en el campo de la obesidad estuvo enfocada casi exclusivamente sobre dos aspectos: por un lado, la asociación entre sobrepeso y morbimortalidad y, por otro, el tratamiento de la misma. ⁽⁷⁾ No obstante, en los últimos años y al igual que ha sucedido con otros trastornos crónicos, ha despertado gran interés el estudio de la CVRS o salud percibida, como un complemento importante para la valoración integral del paciente obeso. ⁽⁸⁾

Existen estudios,⁽⁹⁾ que demuestran que la CVRS del paciente obeso se deteriora en varios aspectos: capacidad física, bienestar psicológico, funcionamiento social, etc.

Para la valoración de la CVRS se utilizan básicamente dos tipos de cuestionarios: Genéricos (permiten su aplicación en diferentes patologías) y específicos (diseñados para un trastorno concreto).^(10,11) Ambos tipos de instrumentos han sido desarrollados mayoritariamente en Estados Unidos y en el Reino Unido, no obstante, en los últimos años, algunos de ellos han sido adaptados del inglés al español y posteriormente validados. Aunque la CVRS del paciente obeso ha sido ampliamente estudiada fuera de nuestro país^(12,13) en México, hay muy pocos trabajos publicados.

La Organización Mundial de la Salud define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30.

Estos umbrales sirven de referencia para las evaluaciones individuales, pero hay pruebas de que el riesgo de enfermedades crónicas en la población aumenta progresivamente a partir de un IMC de 21.

Al sobrepeso se le define como, el estado premórbido de la obesidad, caracterizado por la existencia de un índice de masa corporal igual o mayor de 25 y menor de 27 en población adulta general y en población adulta de talla baja, igual o mayor de 23 y menor de 25.⁽¹⁴⁾

Obesidad se define como la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo. Se determina la existencia de obesidad en adultos cuando existe un índice de masa corporal igual o mayor de 27 y en población de talla baja igual o mayor de 25.⁽¹⁴⁾

Se define talla baja en la mujer adulta, cuando su estatura es menor de 1.50 metros y para el hombre, menor de 1.60 metros.⁽¹⁴⁾

Índice de masa corporal al criterio diagnóstico que se obtiene dividiendo el peso entre la talla elevada al cuadrado. ⁽¹⁴⁾

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. ⁽¹⁵⁾

La OMS calcula que en 2015 habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad.

La causa fundamental de la obesidad y el sobrepeso es un desequilibrio entre el ingreso y el gasto de calorías. El aumento mundial del sobrepeso y la obesidad es atribuible a varios factores, entre los que se encuentran:

La modificación mundial de la dieta, con una tendencia al aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes. ⁽¹⁵⁾

La tendencia a la disminución de la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchos trabajos, a los cambios en los medios de transporte y a la creciente urbanización.

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. ⁽¹⁵⁾ La diabetes, que se ha transformado rápidamente en una epidemia mundial.

La OMS calcula que las muertes por diabetes aumentarán en todo el mundo en más de un 50% en los próximos 10 años. Las enfermedades del aparato locomotor, y en particular la artrosis. Algunos cánceres, como los de endometrio, mama y colon.

En 1980 la mortalidad proporcional por las enfermedades transmisibles, de la nutrición y de la reproducción (del rezago epidemiológico) representaban el 34.4% y en el año 2000 bajaron a 14%; mientras que las enfermedades no transmisibles pasaron de 49.8% a 73.3%.⁽¹⁵⁾

En México se presenta un incremento de las enfermedades no transmisibles, asociado en gran parte a la transición de gente adulta hacia la vejez, así como a la modificación de estilos de vida en todos los grupos de edad.

El sobrepeso y la obesidad se han incrementado en México en todos los grupos de edad, sexo y clases sociales, con predominio en las zonas urbanas. En 1998 se estimó para las mujeres entre 12 y 49 años en 35.1%, incrementándose para 1999 hasta 51.8%⁽¹⁶⁾

Al sobrepeso y la obesidad se le considera la nueva gran epidemia en México, silente y con gran impacto en la salud pública, por todas las enfermedades que favorecen. Estos desafíos han estimulado la promoción de estrategias para intensificar la prevención, detección, control y tratamiento de los factores de enfermedades crónicas.⁽¹⁵⁾

En el estado de Oaxaca el 53.9% de la población es población adulta con 20 años o más. Más de la mitad (52.8%) de la población tiene menos de 25 años. 21.5% son niños menores de nueve años (9.6%) en el grupo de 0 a 4 años y (11.9%) en el grupo de 5 a 9 años; 24.6% son adolescentes entre 10 y 19 años (14.2% en el grupo de 10 a 14 años y 10.4% en el grupo de 15 a 19 años)

Los resultados más relevantes de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006) a escala nacional, demostraron que en los últimos 18 años la desnutrición aguda o emaciación en niños menores de cinco años ha disminuido 4.4 puntos porcentuales o 73% (de 6% en 1988 a 1.6% en 2006).⁽¹⁷⁾

De acuerdo con la distribución del índice de masa corporal para la edad, 26% de los escolares en México y uno de cada tres adolescentes presentan exceso de peso, es decir, la combinación de sobrepeso más obesidad.

En las personas mayores de 20 años, las prevalencias de sobrepeso y obesidad (IMC ≥ 25) se han incrementado de manera alarmante; actualmente, 71.9% de las mujeres y 66.7% de los hombres mexicanos tienen exceso de peso.

La prevalencia de sobrepeso más obesidad en Oaxaca fue de 60.9% en los adultos mayores de 20 años de edad (61.9% para mujeres y 59.2% para hombres).

La prevalencia de circunferencia de cintura considerada como obesidad abdominal fue de 64.6% en el Estado, con una marcada diferencia entre sexos: 49.6% hombres y 73.7% mujeres. En las localidades urbanas la prevalencia encontrada fue mayor (69.8%) que en las localidades rurales (55.7%).

Seis de cada 10 adultos mayores de 20 años en Oaxaca presentan exceso de peso (IMC ≥ 25), y 60% de este grupo de población tiene obesidad abdominal. 26% de los escolares en México y uno de cada tres adolescentes presentan exceso de peso, es decir, la combinación de sobrepeso más obesidad. En las personas mayores de 20 años, las prevalencias de sobrepeso y obesidad (IMC ≥ 25) se han incrementado de manera alarmante. Actualmente, 71.9% de las mujeres y 66.7% de los hombres mexicanos tienen exceso de peso. ⁽¹⁷⁾

La prevalencia de diabetes mellitus por diagnóstico médico previo en adultos mayores de 20 años en México se ha incrementado de 4.6% en 1993, 5.8% en 2000 a 7% en 2006.

La prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en adultos de 20 años o más para Oaxaca fue de 5.2%, siendo menor en mujeres (5%) que en hombres (5.5%). Para el grupo de 60 años o más esta prevalencia fue de 11.2 por ciento.

Estudios epidemiológicos realizados en los años ochenta del siglo XX mostraron que el riesgo de sufrir complicaciones cardiovasculares aumenta en forma lineal cuando el índice de masa corporal es mayor de 25 kg/m². El incremento del riesgo se vuelve exponencial cuando el índice de masa corporal es mayor de 30 kg/m².

(18)

El IMC es un método simple y ampliamente usado para estimar la proporción de grasa corporal. El IMC fue desarrollado por el estadístico y antropometrista belga Adolphe Quetelet. Este es calculado dividiendo el peso del sujeto en kilogramos por el cuadrado de su altura en metros, por lo tanto es expresado en kg/m².⁽¹⁹⁾

Clasificación de la Organización Mundial de la Salud del estado nutricional de acuerdo con el Índice de Masa Corporal

Clasificación	IMC (kg/m ²)	
	Valores principales	Valores adicionales
Infrapeso	<18,50	<18,50
Delgadez severa	<16,00	<16,00
Delgadez moderada	16,00 - 16,99	16,00 - 16,99
Delgadez aceptable	17,00 - 18,49	17,00 - 18,49
Normal	18,50 - 24,99	18,50 - 22,99
		23,00 - 24,99
Sobrepeso	≥25,00	≥25,00
Preobeso	25,00 - 29,99	25,00 - 27,49
		27,50 - 29,99
Obeso	≥30,00	≥30,00
Obeso tipo I	30,00 - 34,99	30,00 - 32,49
		32,50 - 34,99
Obeso tipo II	35,00 - 39,99	35,00 - 37,49
		37,50 - 39,99
Obeso tipo III	≥40,00	≥40,00

- Estos valores son independientes de la edad y son para ambos sexos. ⁽¹⁹⁾

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Estado de Oaxaca la prevalencia del sobrepeso más obesidad en adultos mayores de 20 años de edad se oscila entre el 60.9 % (61.9 para mujeres y 59.2 para hombres), mientras que las mujeres del municipio de Juchitán de Zaragoza, en la región del Istmo de Tehuantepec, ocupan a nivel nacional el primer lugar en sobrepeso y obesidad. ⁽¹⁷⁾ Diario “El Piñero de la Cuenca”, 28 de octubre del 2008, Oaxaca, Oaxaca).

Existe evidencia científica de que la obesidad tiene un sustancial impacto negativo en la capacidad funcional del individuo y en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. ^(5,6) y demuestran que la calidad de vida relacionada con la salud del paciente obeso deteriora su capacidad física, bienestar psicológico y funcionamiento social, entre otros aspectos. ⁽⁹⁾

Tendrá esta condición clínica algún efecto sobre la calidad de vida en la población adscrita a la UMF de la Ciudad de Juchitán de Zaragoza, Oaxaca.

4.- JUSTIFICACIÓN

No existe en la Unidad de Medicina Familiar de este Municipio, antecedentes de estudios de investigación sobre la calidad de vida de los individuos con sobrepeso y obesidad. De manera empírica, se sabe del menor grado de habilidad física de los sujetos con sobrepeso con relación a aquellos con peso dentro de rangos normales. Sin embargo, no se sabe y no se han medido de manera objetiva los grados de deficiencia en la calidad de vida de los pacientes de este universo dentro de las esferas tanto física, como emocional y social.

En la inteligencia de la existencia de una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en esta localidad, se impone la necesidad de evaluar la calidad de vida en pacientes con estas características clínicas.

Considerando que la familia es la figura social en la que el individuo encuentra los elementos para desarrollar y definir tanto su salud como su enfermedad; se hace indispensable, hallar todo aquel componente que pudiera causar algún grado de alteración o disfunción familiar. Alteración que deberá implicar y poner en riesgo la estabilidad de la familia.

Por lo anterior expuesto, se hace necesario, para el objetivo de este estudio determinar la calidad de vida del sujeto obeso.

5.- OBJETIVOS

GENERAL.-

Identificar la calidad de vida en pacientes con sobrepeso/obesidad en derechohabientes de la UMF No 6 de la Ciudad de Juchitán de Zaragoza, Oaxaca.

6.- METODOLOGIA

Tipo de Estudio:

Observacional

Transversal

Descriptivo

Universo:

Geográfico.

Unidad de Medicina Familiar No. 6 en la Ciudad de Juchitán, Oaxaca.

Demográfico.-

Adultos mayores, de 20 a 64 años de edad con exceso de peso (sobrepeso u obesidad), adscritos a la UMF No. 6

Cronológico.-

Del 1º. de marzo al 31 de octubre del año 2009

Descripción de las variables:

Propias del estudio:

1.- Variable independiente:

Sobrepeso u obesidad

2.- Variables dependientes.-

Calidad de vida.

Inherentes al estudio:

1.- Cualitativas: sexo, calidad de vida, sobrepeso u obesidad

2.- Cuantitativas: edad, índice de masa corporal.

Descripción operativa:

Selección de la muestra.-

Se seleccionaron de manera aleatoria a derechohabientes adscritos a la UMF No. 6 con evidencia clínica de sobrepeso u obesidad quienes se encontraron entre las edades de 20 y 64 años, a los que se les determinó exceso de peso de acuerdo al instrumento: índice de masa corporal. Los sujetos elegidos, todos ellos pertenecientes al turno vespertino de la consulta externa, presentaron un índice de masa corporal igual o mayor de 25. Posteriormente se le aplicó a cada uno de ellos, previo consentimiento informado, el cuestionario e instrumento de evaluación de calidad de vida SF-36.

INSTRUMENTO DE EVALUACION

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 (Medical Outcomes Study, MOS).⁽²⁰⁾

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.⁽²¹⁾

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. ⁽²²⁾

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el MOS, que incluían 40 conceptos relacionados con la salud. ⁽²¹⁾

Para crear el cuestionario, se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas del test inicial. El cuestionario final cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento. ⁽²¹⁾

Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: función física (FF), rol físico (RF), dolor corporal (DC), salud general (SG), vitalidad (VT), función social (FS), rol emocional (RE) y salud mental (SM). Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la aplicación del SF-36 ⁽²³⁾.

Se han propuesto dos formas diferentes de puntuación. La primera (Rand Group) establece una graduación de las respuestas para cada ítem desde 0 a 100. No todas las respuestas tienen el mismo valor, que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta. La segunda forma de puntuación (The Health Institute) otorga diferentes pesos específicos a cada respuesta, según unos coeficientes que no siguen una distribución lineal. Sea cual sea el método empleado, el significado de la puntuación es el mismo: cuanto mayor sea, mejor estado de salud refleja. ⁽²⁴⁾

Los ítems y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayores sean, mejor estado de salud. El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100. ⁽²⁵⁾

El test detecta tanto estados positivos de salud, como negativos. El contenido de las cuestiones se centra en el estado funcional y el bienestar emocional. Su ámbito de aplicación abarca población general y pacientes y se emplea en estudios descriptivos y de evaluación.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra se obtuvo con la fórmula para cálculo de muestras en estudios descriptivos, con un nivel de confianza del 90 por ciento y un margen de error del 10, resultando una muestra de 85 individuos con sobrepeso y/u obesidad.

CRITERIOS:

INCLUSIÓN:

Sujetos que aceptaron participar en el estudio mediante consentimiento informado.

Individuos de ambos sexos con diagnóstico de sobrepeso u obesidad sin enfermedades consuntivas ni incapacitantes detectados en la consulta externa.

Derechohabientes y adscritos a la UMF No. 6.

ELIMINACIÓN:

Personas que decidieron no participar en el estudio

EXCLUSIÓN:

A quienes no cumplieron los criterios de inclusión.

RECURSOS:

1).- Humanos:

El investigador

Dr. Carlos Ignacio Calvo López

Un asesor de Investigación

Dr. Zoe Antonio Cruz

2).- Materiales:

Báscula con estadímetro, cinta métrica flexible de un metro de longitud, papel bond blanco, lápices, borradores, formatos de encuesta SF-36, equipo de cómputo e impresora, memoria (USB), silla, escritorio.

3).- Financiamiento del proyecto:

Estará a cargo del responsable de la investigación.

METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION

El cuestionario SF-36 se aplicó en la sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar No. 6 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de Juchitán, Oaxaca. El cuestionario fue aplicado directamente por el investigador a la población con sobrepeso u obesidad por selección al azar durante el turno vespertino.

Se encuestaron solo a los pacientes que aceptaron participar en el estudio, que fueran alfabetos y una edad de 20 a 64 años de edad.

Se interrogó en cada paciente la edad. Se dio por sentado el género y se tomaron de cada paciente las siguientes mediciones: peso, talla y determinación del IMC

El peso se tomó con el paciente en ropa interior, sin calzado y con bata clínica. La talla se registró con estadímetro de la misma báscula para la toma del peso y sin calzado. Se calculó el índice de masa corporal de acuerdo con la fórmula de Quetelet (peso en kilogramos sobre talla al cuadrado).

CONSIDERACIONES ETICAS.-

Este estudio se ajustó a las normas y principios básicos en materia de investigación científica fundamentados de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud el cual está vigente en nuestro país.

El presente estudio se apega a lo referente del título primero, en su artículo 3º. apartado 1, y al título segundo, capítulo 1, artículo 17. Categoría 1, sobre “Investigación sin riesgo”, ya que los pacientes proporcionan información a través de entrevistas. ⁽²⁶⁾ Además de estar en relación a lo establecido en los principios básicos de la “Declaración de Helsinki”, de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52ª. Asamblea General Mundial celebrada en 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008. ⁽²⁷⁾

7.- RESULTADOS

Se analizaron un total de 85 sujetos con un rango de edad de 20 a 64 años, divididos en 9 grupos con un rango de clase de 5 años. A estos se les determinó índice de masa corporal y se les aplicó el cuestionario e instrumento de evaluación SF-36.

Se determinaron variables de tendencia central para edad e IMC. Para los componentes de calidad de vida referidos en el instrumento de evaluación, sólo se obtuvo el promedio aritmético.

Se obtuvieron los siguientes datos: un total de 85 sujetos evaluados, 43 (50.6%) pertenecientes al género femenino y 42 (49.4%) al masculino. Un mayor número de individuos dentro de la clase de 45 a 49 años de edad con un total de 17 pacientes, significando un 19.9 por ciento del total. La clase con el menor número de sujetos correspondió a la de 55 a 59 años con un total de 4 pacientes significando un 4.8 por ciento del total. (gráfico 1y tabla 1)

GRAFICO 1

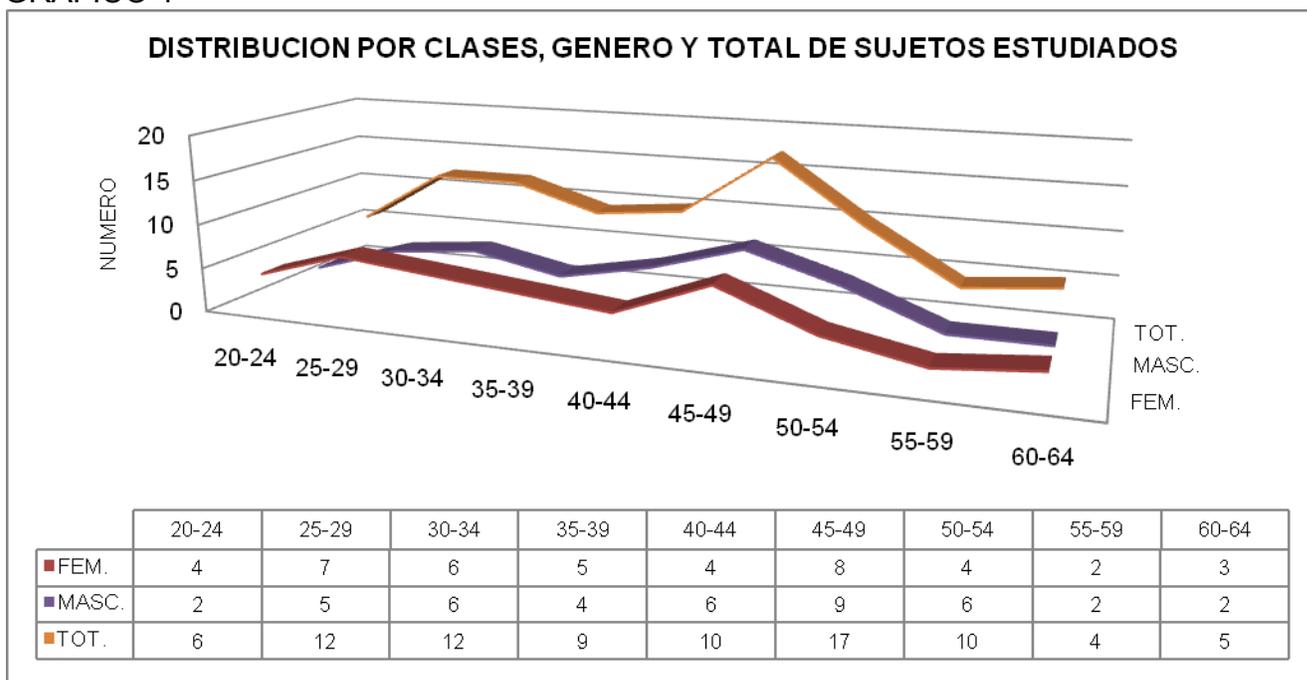


TABLA 1.- Número de pacientes, totales y porcentajes por grupos de edad

CLASE	FEM	%	MASC	%	TOTAL	FEM %	MASC %	TOTAL %
20-24	4	9.3	2	4.76	6	4.7	2.4	7.1
25-29	7	16.3	5	12	12	8.2	6	14.2
30-34	6	14	6	14.3	12	7	7	14
35-39	5	11.6	4	9.5	9	6	4.7	10.7
40-44	4	9.3	6	14.3	10	4.7	7	11.7
45-49	8	18.6	9	21.4	17	9.4	10.5	19.9
50-54	4	9.3	6	14.3	10	4.7	7	11.7
55-59	2	4.7	2	4.76	4	2.4	2.4	4.8
60-64	3	6.9	2	4.76	5	3.5	2.4	5.9
TOTAL	43	100	42	100	85	50.6	49.4	100

Para la edad, se obtuvo una moda de 47 años a nivel general con una moda de 47 para el sexo femenino y de 45 años para el masculino; una mediana general de 41 años con 38 años para mujeres y 42.5 para hombres. El promedio aritmético fue de 40.6 años para mujeres y 41.5 para los hombres, significando un total de 40.5 años por ambos sexos.

Con relación al índice de masa corporal se obtuvo un promedio aritmético total de 34.9 kg/talla². Un 34.8 para el sexo femenino y un 35.0 para el sexo masculino. Una mediana general de 34.3 kg/talla² con 33.6 para mujeres y 34.3 para hombres, y una moda general de 38.5 con 29.2 para mujeres y 33.1 para hombres.

Por género, el masculino presentó un promedio más alto en cuanto a IMC con 35 kgs/talla², así con en la mediana y la moda con 34.3 y 33.1 kgs/talla², respectivamente.

Por grupo de edad, tomando en cuenta a ambos sexos, el promedio aritmético más alto se encontró en el de edad de 30 a 34 años en el sexo femenino con un promedio de 39.1 kg/talla². Por otra parte, el promedio más bajo correspondió al grupo de edad de 35 a 39 años también correspondiente al género femenino. (tabla

2)

TABLA 2.- Promedios de IMC por grupo de edad y desviación estándar

GRUPO DE EDAD	FEMENINO	MASCULINO
20-24	30.9	31.4
25-29	37.3	36.8
30-34	39.1	35.6
35-39	29.3	33.1
40-44	35.2	33.8
45-49	35.1	35.4
50-54	33.4	35.3
55-59	33.9	36.4
60-64	35.7	35.8
DESVIACION ESTANDAR	3.02	1.74

En cuanto a los valores de sobrepeso y obesidad en ambos géneros, el sobrepeso tuvo una mediana de IMC de 29.2 para el género femenino contra un 27.7 en el masculino, un promedio aritmético de 28.73 en las mujeres y un 27.7 en los hombres y presentó una desviación estándar de 1.12 en mujeres y 1.36 en los hombres.

En obesidad para género masculino correspondió una mediana de IMC de 35.3 y para el género femenino de 34.9, un promedio aritmético de 36 y para las mujeres de 36.2. Presenta una desviación estándar de 4.74 en el género masculino contra una desviación estándar de 4.87 en el femenino

Los porcentajes de calidad de vida más altos se presentaron de manera general en hombres, como se puede ver en las tablas 3 y 4, los cuales se describen más adelante.

TABLA 3.- Promedio aritmético de edad, IMC y componentes del instrumento sf-36 por género y en su totalidad.

	EDAD	IMC	SG	FF	RF	RE	FS	DC	VT	SM	SR1A
FEM.	40.6	34.8	56	79	78	60	77	70	68	78	60
MASC.	41.5	35	59	75	91	83	81	73	71	76.5	53
TOT.	41	34.9	57.5	77	84.5	71.5	79	71.5	69.5	77	56.5

IMC=índice de masa corporal, SG= salud general, FF= función física, RF= rol físico, RE= rol emocional, FS= función social, DC= dolor corporal, VT= vitalidad, SM= salud mental, SR1A= salud referida hace un año.

TABLA 4.- Resultados de valores de tendencia central y desviación estandar

EDAD	FEMENINO	MASCULINO	GENERAL
MODA	47	45	47
MEDIANA	38	42.5	41
PROMEDIO ARITMETICO	40.6	41.5	40.5
DESVIACION ESTANDAR	12.1	10.7	11.43
IMC	FEMENINO	MASCULINO	GENERAL
MODA	29.2	33.1	38.5
MEDIANA	33.6	34.3	34.3
PROMEDIO ARITMETICO	34.8	35	34.9
DESVIACION ESTANDAR	5.29	5.26	5.25
SALUD GENERAL	FEMENINO	MASCULINO	GENERAL
MODA	50	60	60
MEDIANA	52	60	57
PROMEDIO ARITMETICO	56	59	57
DESVIACION ESTANDAR	14.8	11.9	13.4
FUNCION FISICA	FEMENINO	MASCULINO	GENERAL
MODA	90	85	85
MEDIANA	85	80	80
PROMEDIO ARITMETICO	79	75	77
DESVIACION ESTANDAR	18.2	18.9	18.5
ROL FISICO	FEMENINO	MASCULINO	GENERAL
MODA	100	100	100
MEDIANA	100	100	100
PROMEDIO ARITMETICO	78	91	85
DESVIACION ESTANDAR	35.6	19	29
ROL EMOCIONAL	FEMENINO	MASCULINO	GENERAL
MODA	100	100	100
MEDIANA	66.6	100	100
PROMEDIO ARITMETICO	60	83	71
DESVIACION ESTANDAR	44.4	32.3	40.2
FUNCION SOCIAL	FEMENINO	MASCULINO	GENERAL
MODA	75	100	100
MEDIANA	75	87.5	75
PROMEDIO ARITMETICO	77	81	78.8
DESVIACION ESTANDAR	17.7	19.4	18.6
DOLOR CORPORAL	FEMENINO	MASCULINO	GENERAL
MODA	100	100	100
MEDIANA	69.5	69.5	69.5
PROMEDIO ARITMETICO	70	73	71.5
DESVIACION ESTANDAR	21.5	20	20.7
VITALIDAD	FEMENINO	MASCULINO	GENERAL
MODA	70	75	70
MEDIANA	70	72.5	70
PROMEDIO ARITMETICO	68	71	69
DESVIACION ESTANDAR	15.2	11.4	13.5

SALUD MENTAL	FEMENINO	MASCULINO	GENERAL
MODA	72	84	84
MEDIANA	76	80	80
PROMEDIO ARITMETICO	78	76.4	77
DESVIACION ESTANDAR	16.1	13.4	14.7
SALUD REFERIDA HACE 1 AÑO	FEMENINO	MASCULINO	GENERAL
MODA	61	61	61
MEDIANA	61	61	61
PROMEDIO ARITMETICO	60	53	57
DESVIACION ESTANDAR	23	20	21.8

Por su parte, en el género femenino los porcentajes más altos ocurrieron en los conceptos de función física y salud mental, así como en el rubro de salud referida hace un año.

En el concepto de salud general los mejores porcentajes favorecieron al sexo masculino, principalmente para los grupos de edad: 20-24, 55-59 y 60-64

En cuanto al elemento de función física el género femenino destacó en 5 de los 9 grupos de edad con predominio favorable en los grupos de edad: 25-29, 35-39, 40-44, 50-54 y 60-64

En relación al rol físico las diferencias importantes se presentaron con ventaja para el género masculino en los grupos de edad: 30-34, 35-39 y 60-64.

El rol emocional presentó mejores resultados en el sexo masculino destacándose en los grupo de edad: 20-24, 30-34, 45-49 y 60-64. En este concepto solo el género femenino destaca en el grupo de edad de los 55 a 59 años.

Función social fue el elemento en el que se registraron resultados muy similares entre los dos géneros con diferencias en los grupos de edad de 20-24, 50-54 y 60-64 años.

Sobre dolor corporal los porcentajes más bajos los presenta el género femenino con predominio en los grupos 20-24, 30-34 y 45-49 años. Los hombres tienen los porcentajes más bajos en los grupos de edad: 35-39, 40-44, 50-54 y 55-59 años.

En el concepto de vitalidad el género masculino presentó mejores porcentajes a nivel general, predominando el género femenino en los grupo de 25-29, 35-39, 40-44 y 50-54 años de edad.

Salud mental, el otro concepto en el que a nivel general tuvo mejores porcentajes el género femenino, presentó mejores resultados en los grupos de 25-29, 35-39, 40-44, 45-49 y 55-59 años de edad.

8.- DISCUSION

En este estudio se evitó incluir a individuos con complicaciones por enfermedades crónicas degenerativas, como también a pacientes que cursaran con lesiones por traumatismos recientes que les significaran incapacidades físicas, así como a sujetos portadores de síntomas agudos por enfermedades infectocontagiosas. Lo anterior se tuvo en consideración con la finalidad de evitar procesos mórbidos que pudieran enmascarar una probable relación más directa y clara entre sobrepeso u obesidad y calidad de vida.

En México existen muy pocos estudios publicados en donde se evalúe la obesidad junto a la calidad de vida relacionada con la salud. En la región del Istmo de Tehuantepec y específicamente en la ciudad de Juchitán, Oaxaca no hay publicaciones al respecto, lo que dificulta la comparación de los resultados obtenidos en el presente trabajo.

Al igual que en el estudio de González Pedrasa y colaboradores ⁽²⁸⁾, el presente trabajo se realiza en una Unidad Médica de Primer Nivel de Atención, lo que puede ser benéfico en comparación a aquellos que se llevan a cabo en centros de un mayor nivel de atención, ya que esto último podría influir en el paciente en su consideración sobre una probable peor autopercepción de salud.

En un estudio similar, Casillas Estrella Miguel ⁽²⁹⁾, en donde evalúa la relación entre IMC e insatisfacción de la imagen corporal, concluye que existe una correlación positiva entre el grado de insatisfacción de la imagen corporal y el IMC. Se presenta también en este trabajo un predominio de exceso de peso en el sexo femenino. Y aunque en este trabajo no se evalúa la calidad de vida con el mismo instrumento, el común denominador es la prevalencia de un peor estado de salud y menor grado en la calidad de vida relacionado al exceso de peso.

En el presente trabajo el género masculino presentó mayores promedios de edad así como un mayor índice de masa corporal en comparación con las mujeres, sin embargo, en el rubro de calidad de vida obtuvo un mejor resultado. El género femenino presentó peores cifras tanto de sobrepeso como de obesidad cuando estas entidades se evaluaron de manera separada.

En esta región del Estado de Oaxaca, la mujer se integra al mercado laboral, no necesariamente remunerado a través de un sueldo, en edades muy tempranas. Esta condición pudiera estar relacionada con una menor calidad de vida a nivel general, con relación al género femenino. También, como se apuntó al principio de este trabajo, aún un importante número de familias e individuos siguen pensando que cierto grado de sobrepeso es un estado de buena salud y buena imagen. Esta percepción ha sido empíricamente confirmada en la consulta diaria dentro de esta Unidad Médica.

9.- CONCLUSIONES

En este trabajo se sugiere que existe un vínculo entre una menor calidad de vida relacionada con la salud y un exceso en el peso corporal, por encima de lo recomendado como saludable. Relación que podrá ser demostrada de una manera más clara en estudios posteriores en las que se considere una muestra más representativa y en estudios comparativos contra individuos con peso corporal dentro de parámetros normales y en los que se incluyan un mayor número de variables, así también como la elaboración de estudios similares en otras Unidades de Medicina Familiar de localidades dentro del Istmo de Tehuantepec

Si de manera empírica se tenía la impresión similar a los resultados del presente estudio, ahora podemos elaborar un juicio con mejores argumentos acerca de la calidad de vida y exceso de peso en esta UMF.

10.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Schwartzmann Laura. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales ciencia y enfermería IX 2003 (2): 9-21. Chile.
- 2.- WHOQOL GROUP (1995). The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. Soc. Sci. Med. Vol. 41, N° 10, pp. 1.403-1.409.
- 3.- Salvador Cabedo Manuel (Coord.) Hacia un concepto integral de la calidad de vida: La Universidad y los mayores. Ed. Publicaciones de la Universidad de Jaume 2003, pag. 10
- 4.- David C.W. Law, James D. Douketis, Katherine M. Morrison, et al. Canadian Clinical Practice Guidelines on the Management and Prevention of Obesity in Adults and Children CMAJ. Abril 10, 2007, 176 (8): 2
5. Rejeski WJ, Lang W, Neiberg RH, Van Dorsten B, Foster GD, Maciejewski ML, Rubin R, Williamson DF. Look AHEAD Research group. Correlates of health-related quality of life in overweight and obese adults with type 2 diabetes. Obesity 2006; 14: 870-883.
6. Tyler C, Johnston CA, Fullerton G, Foreyt JP. Reduced quality of life in very overweight Mexican-American adolescents. J Adolesc Health 2007; 40: 366-368.
7. Veugelers PJ, Fitzgerald AL. Prevalence of and risk factors for childhood overweight and obesity. CMAJ 2005; 173: 607-613.
8. Duval K, Marceau P, Lescelleur O, Hould FS, Marceau S, Biron S, Lebel S, Perusse L, Lacasse Y. Health-related quality of life in morbid obesity. Obes Surg 2006; 16: 574-579.
9. Jia H, Lubetkin EI. The impact of obesity on healthrelated quality-of-life in the general adult US population. J Public Health 2005; 27: 156-164.

10. Brown N, Melville M, Gray D, Young T, Skene AM, Hampton JR. Comparison of the SF-36 health survey questionnaire with the Nottingham Health Profile in long-term survivors of a myocardial infarction. *J Public Health Med* 2000; 22: 167-175.
11. Von Gruenigen VE, Gil KM, Frasure HE, Jenison EL, Hopkins MP. The impact of obesity and age on quality of life in gynecologic surgery. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193: 1369-1375.
12. Sach TH, Barton GR, Doherty M, Muir KR, Jenkinson C, Avery AJ. The relationship between body mass index and health-related quality of life: comparing the EQ-5D, EuroQol VAS and SF-6D. *Int J Obes (London)* 2007; 31: 189-196.
13. León-Muñoz LM, Guallar-Castillon P, Banegas JR, Gutiérrez-Fisac JL, López-García E, Jiménez FJ, Rodríguez-Artalejo F. Changes in body weight and healthrelated quality-of-life in the older adult population. *Int J Obes (London)* 2005; 29: 1385-1391.
- 14.- NORMA Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad.
- 15.- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
- 16.- Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Estado de nutrición de niños y mujeres en México. SSA. INSP. INEGI
- 17.- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados por entidad federativa, Oaxaca. Cuernavaca, México. Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud 2007.
- 18.- Aguilar-Salinas CA. Adiposidad abdominal como factor de riesgo para enfermedades crónicas. *Salud Pública Méx.* 2007; 49(1): 311-316

- 19.- Organización Mundial de la Salud: Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud, 2004.
20. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) (I). Conceptual framework and item selection. Med Care. 1992; 30: 473-83.
21. Ware JE. SF-36 health survey update. Spine. 2000; 25: 3130-9.
22. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. BMJ. 2002; 324:1417.
23. Ware JE Jr, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide. Boston: New England Medical Center; 1993.
- 24.- Brazier JE, Harper R, Jones NMB, O’Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, Westlake L. Validating the SF-36 Health Survey questionnaire: new outcome measure for primary care. Br Med J 1992; 305: 160-4.
- 25.- Ware JE, Snow KK. Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide. Boston MA: The Health Institute, New England Medical Center, 1993.
- 26.- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Secretaria de Salud de México. 3 feb. 1983.
- 27.- Declaracion de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, principios éticos para las investigaciones medicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008.

28.- González PA, Moreno CYC, Medina ZL. Asociación entre índice de masa corporal y calidad de vida relacionada con la salud en una Clínica de Medicina Familiar. Revista de Endocrinología y Nutrición 2008; 16(4): 144-152.

29.- Casillas EM, Montaña CN, Reyes VV, Bacardí GM, Jiménez CA. A un mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. Rev Biomed 2006; 17: 243-249.

ANEXOS

ANEXO 1

Cuestionario de Salud SF-36
MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

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

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer 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

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, barrer con la escoba, o caminar más de una hora?

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

5. Su salud actual, ¿le limita para cargar o llevar la bolsa del mandado?

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

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

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

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

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

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

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

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

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

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

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

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

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

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

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

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

20. 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

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

- 1 No, ninguno
- 2 Sí, muy poco
- 3 Sí, un poco
- 4 Sí, moderado
- 5 Sí, mucho
- 6 Sí, muchísimo

22. 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

LAS PREGUNTAS SIGUIENTES SE REFIERE A CÓMO SE HA SENTIDO DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.

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

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

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

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

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

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

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

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

34. Estoy tan sano como cualquiera.

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

35. Creo que mi salud va a empeorar.

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

36. Mi salud es excelente.

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

ANEXO 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACION

Lugar y fecha

Por medio de la presente autorizo mi participación en el proyecto de investigación titulado:

Registrado ante el comité Local de Investigación o la CNIC con el número:

El objetivo del estudio es

Se me ha explicado que mi participación consistirá en

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia de mi representado (a) en el mismo

Nombre y firma

Nombre, firma, matricula del investigador principal

Números telefónicos a los cuales se puede comunicar en caso de emergencia y/o dudas y preguntas relacionada con el estudio:

Testigo
