



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21
FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO



***“ASOCIACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE SALUD Y
EL BIENESTAR PSICOLÓGICO EN LOS PACIENTES
CON OBESIDAD DE 20 A 40 AÑOS DE LA
UMF No. 21 IMSS”***

NUM. DE REGISTRO: R-2012-3703-10

T E S I S
**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:
DR. JONATHAN GARCIA LOPEZ

ASESORES:
DRA. TERESA SALAZAR CORDERO, E.M.F., M.C.
DR. ARTURO DIAZ HERNANDEZ, E.M.F., M.C., M. EN C.

MEXICO, D.F. 2013



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.

***“ASOCIACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE SALUD Y
EL BIENESTAR PSICOLÓGICO EN LOS PACIENTES
CON OBESIDAD DE 20 A 40 AÑOS DE LA
UMF No. 21, IMSS”***

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA**

DR. JONATHAN GARCIA LOPEZ

AUTORIZACIONES

**DR. JOSE LUIS ORTIZ FRIAS
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21, IMSS**

**DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON
COORDINADOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
DE LA UNIDA DE MEDICINA FAMILIAR N° 21, IMSS**

**DR. JORGE MENESES GARDUÑO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21, IMSS**

ASESORES

DRA. TERESA SALAZAR CORDERO
PROFESOR ADJUNTO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21, IMSS.

DR. ARTURO DIAZ HERNANDEZ
COORDINADOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 11 IMSS.

Unidad de Medicina Familiar N° 21. Teléfono 57 68 60 00 ext. 21407.
Avenida Francisco del Paso y Troncoso No. 281, Colonia Jardín Balbuena
Delegación Venustiano Carranza, Distrito Federal, Código Postal 15900.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS...

Por permitirme una vida llena de alegría y felicidad en compañía de mis seres queridos.

A MIS HIJOS...

Que siempre fueron mi motivo, fuerza e inspiración, para alcanzar esta meta, por hacerme ver que los esfuerzos y sacrificios valen la pena, y que tengo que ser un ejemplo para ustedes, son todo en mi vida, los amo con toda mi alma y todo mi corazón.

A MI ESPOSA...

No tengo palabras para agradecerte por tu apoyo incondicional, por ser tan tolerante y paciente cuando tenías que serlo, por animarme en esos momentos difíciles y nunca dejarme caer, por ser quien eres y estar a mi lado... simplemente no encuentro la forma de decirte cuanto te amo y que al fin lo logramos.

A MIS PADRES...

Por ser una vez más una parte fundamental para alcanzar mis metas en la vida... Sabiendo que jamás encontraré la forma de agradecerles su constante apoyo y esfuerzo este sueño es también de ustedes.

A MIS HERMANOS...

Que siempre han confiado en mí y me han alentado a seguir adelante.

...GRACIAS

INDICE

1. RESUMEN	7
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
3. JUSTIFICACION	13
4. MARCO TEORICO	14
5. OBJETIVOS	37
6. HIPOTESIS	38
7. MATERIAL Y METODO	39
8. RESULTADOS	46
9. DISCUSION	71
10. CONCLUSIONES	76
11. SUGERENCIAS	78

12. ANEXOS **80**

13. BIBLIOGRAFIA **86**

RESUMEN

“ASOCIACION ENTRE LA PERCEPCIÓN DE SALUD Y EL BIENESTAR PSICOLÓGICO EN LOS PACIENTES CON OBESIDAD DE 20 A 40 AÑOS DE LA UMF 21 IMSS”

Dra. Teresa Salazar Cordero *, Dr. Arturo Díaz Hernández **,

Dr. Jonathan García López***.

La obesidad es un problema de salud pública mundial que se ha ido incrementado al pasar de los años, impactando en la esperanza y calidad de vida. Hasta la década pasada, la investigación en el campo de la obesidad estuvo enfocada en: la asociación entre sobrepeso y morbimortalidad, y en el tratamiento de la misma. Poco se sabe sobre la relación que se tiene entre esta enfermedad y la percepción de salud con los problemas psicológicos, como un complemento importante para la valoración integral del paciente obeso.

Material y Método: Realizamos un estudio observacional, transversal analítico, prolectivo y retrospectivo, de Agosto a Octubre del 2012, en pacientes con Obesidad, recolectando sus datos personales y aplicando instrumentos de evaluación, para posteriormente ingresarlos al sistema estadístico SPSS 20 y analizarlos, de manera univariada con medidas de tendencia central y multivariado mediante prueba de X^2 , correlación de Spearman y U de Mann-Whitney.

Resultados: Encontramos una fuerte y significativa asociación estadística entre el bienestar psicológico y todas las dimensiones de la percepción de la salud, en el movimiento físico ($r = .548$ sig.=.000), en el dolor ($r = .595$ sig.=.000), con el sueño ($r = .204$ sig.=.000), en la motivación ($r = .265$ sig.=.000), el aislamiento social ($r = .221$ sig.=.000), y la reacción emocional ($r = .708$ sig.=.000).

Conclusiones: La asociación de la percepción de salud en sus diferentes dimensiones con la obesidad, coincide con la literatura médica mundial; a mayor obesidad, hay más alteración de la movilidad física, del sueño, de la motivación y de la reacción emocional. Y la fuerte correlación entre la percepción de salud y el bienestar psicológico, es a mayor distres psicológico mayor alteración de la percepción de salud en sus diferentes dimensiones.

Palabras Clave: Percepción de Salud, Dimensiones, Bienestar Psicológico, Obesidad.

*Profesora Adjunta de la Residencia de Medicina Familiar No. 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Maestro en Ciencias. Especialista en Medicina Familiar y Coordinador del área de Enseñanza de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

***Residente de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar N° 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

SUMMARY

**"ASSOCIATION BETWEEN HEALTH PERCEPTION
PSYCHOLOGICAL WELL IN PATIENTS WITH OBESITY
20 TO 40 YEARS OF UMF 21 IMSS "**

Dr. Teresa Salazar Cordero *, Dr. Arturo Diaz Hernández **,
Dr. Jonathan Garcia Lopez ***.

Obesity is a global public health problem that has been increased to over the years, impacting on life expectancy and quality of life. Until the last decade, research in the field of obesity was focused on: the association between overweight and morbidity, and in the treatment thereof. Little is known about the relationship is between this disease and health perception with psychological problems as an important complement to the comprehensive assessment of the obese patient.

Methods: We conducted an observational, analytical cross-sectional and retrospective prolective, from August to October 2012, in patients with obesity, collecting personal data and applying assessment instruments, and later enter it into the system and analyze SPSS 20, of univariate measures of central tendency and multivariate by X2 test, sperman correlation and Mann-Whitney.

Results: We found a strong and significant statistical association between the psychological and all dimensions of perceived health, physical movement ($r = .548$ sig. = .000), In pain ($r = .595$ sig. = .000), with sleep ($r = .204$ sig. = .000), motivation ($r = .265$ sig. = .000), social isolation ($r = .221$ sig. = .000), and emotional reaction ($r = .708$ sig. = .000).

Conclusions: The association of perceived health in different dimensions with obesity coincides with medical literature, to greater obesity, more impaired physical mobility, sleep, motivation and emotional reaction. And the strong correlation between perceived health and psychological wellbeing is more impaired psychological distress increased perceived health in different dimensions.

Keywords: Perception of Health, Dimensions, Psychological Well, Obesity

*Associate Professor of Family Medicine Residency No. 21 of the Mexican Social Security Institute.

**Master of Science. Family Medicine Specialist and Coordinator of Teaching Family Medicine Unit No. 11 of the Mexican Social Security Institute.

***Resident Family Medicine Family Medicine Unit No. 21, the Mexican Social Security Institute.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las últimas décadas se ha observado un continuo y alarmante aumento de la obesidad a nivel mundial. En Estados Unidos se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública. El marcado ascenso de prevalencia ha llevado a la OMS a considerar la obesidad como la pandemia del siglo XXI. En México desde hace ya varios años, la obesidad ha dejado de ser sólo una preocupación estética y asunto privado, según la última encuesta nacional de salud y nutrición en el 2006, la obesidad la establecen el 29.4% de la población total, su impacto sobre la morbilidad, la calidad de vida, el incremento de padecimientos asociados y al aumento del gasto sanitario la configuran como un verdadero e importante problema de Salud Pública.ⁱ

Durante muchos años se ha mantenido la teoría de que los obesos son personas que tienen problemas afectivos o de personalidad que intentan aliviar mediante la conducta de comer. Esto, aunado a las condiciones ambientales, culturales y sociales, en que se desenvuelve un paciente, influye en su funcionamiento y bienestar psicológico, físico y social; repercutiendo en la perspectiva de salud del individuo y en su calidad de vida. El concepto de calidad de vida relacionada con la salud o percepción a la salud, llegó al campo de los cuidados sanitarios con la mirada de que el bienestar de los pacientes obesos, es un punto importante de ser considerado tanto en su tratamiento como en el sustento de vida, por las implicaciones que conlleva la enfermedad. La evaluación de calidad de vida, específicamente relacionada a la salud en un paciente obeso, a través de su percepción de salud; representa el impacto de una enfermedad que no sólo repercute en la esfera física, sino mental y social; como profesionales de la salud es vital para nosotros conocer la percepción del paciente que tiene esta enfermedad, refiriéndose a las limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y el desconocimiento de sus redes de apoyo en general.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Existirá alguna asociación entre la percepción de la salud y el bienestar psicológico en pacientes con obesidad de 20 a 40 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS en 2012?

JUSTIFICACION

En el campo de la salud, se usa cada día con mayor frecuencia, el término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), viene siendo de gran interés para los profesionales sanitarios, porque les permite obtener información complementaria y diferente a los indicadores clínicos tradicionales explorando la percepción que tiene el paciente de su salud, su capacidad funcional, el sentimiento de bienestar, además del impacto de las enfermedades.

La obesidad en nuestro país ya es un problema de salud, que abarca grandes magnitudes económicas y sociales mucho más grandes de las sospechadas, y se cree que su impacto en la salud del mexicano en el futuro mediano. Aunque la obesidad es fácil de identificar, es sumamente difícil definirla en el aspecto psicológico, quedando claro entonces que, cuando intentamos definir esta enfermedad, no basta centrarse en el organismo como sistema biológico, sino que es indispensable analizar los aspectos psicológicos; que si no conocemos esto, difícilmente tendremos un apego al tratamiento y salud en el individuo. Además la Calidad de Vida Relacionada a la Salud o Percepción de la salud, en el paciente con obesidad ha sido ampliamente estudiada fuera de nuestro país, en relación con los aspectos psicológicos, muy poco se ha mencionado de ello. En México hay trabajos publicados, la mayoría de ellos enfocados en la asociación del sobrepeso con la morbilidad y por otro lado el tratamiento.

No se le ha dado importancia a la calidad de vida relacionada a la salud en relación con la obesidad y aún más en la percepción del paciente en su esfera psicológica sobre su enfermedad, por lo que es más interesante conocer esta relación y necesidad de realizar este estudio.

MARCO TEORICO

OBESIDAD

La obesidad es una enfermedad crónica que se caracteriza por un aumento de la masa grasa y en consecuencia un aumento de peso. Existe pues, un aumento de las reservas energéticas del organismo en forma de grasa. El término crónico se aplica debido a que forma parte del grupo de enfermedades que no podemos curar con el arsenal terapéutico del que se dispone en la actualidad.

No hay que confundir peso excesivo con obesidad, ya que por ejemplo un culturista tiene un peso elevado pero a expensas de la masa muscular; la insuficiencia cardíaca puede producir una retención de agua y también producir un aumento de peso, lo mismo ocurre con la insuficiencia hepática y renal.

Desde un punto de vista antropométrico, habitualmente es utilizado en las clínicas, se considera obesa a una persona con índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 30 por metro cuadrado. En la actualidad el empleo de la impedanciometría multifrecuencial tiene un interés complementario a la valoración antropométrica para la estimulación de la composición corporal y grado de adiposidad. En función del porcentaje graso corporal, define a sujetos obesos aquellos que presentan porcentajes por encima del 25% en los hombres y del 33% en las mujeres. Los valores comprendidos entre 21 y 25% en los hombres y entre 31 y 33% en las mujeres se consideran límites. Los valores normales son del orden del 12 al 20% en varones y del 20 al 30% en mujeres.ⁱⁱ

EPIDEMIOLOGÍA DE LA OBESIDAD

La obesidad es un reto para la salud de numerosos países. En el 2004 a la Organización Mundial de la Salud (OMS) le sorprendieron las crecientes cifras de la población con sobrepeso y obesidad llegando a calificar esta situación como una epidemia. Esta situación se está convirtiendo en un grave problema en muchos

países de ahí la preocupación de las autoridades sanitarias nacionales e internacionales en diseñar estrategias para afrontar las consecuencias actuales y prevenirlas en el futuro.

La OMS indica que en 2005 había en todo el mundo aproximadamente 1600 millones de adultos (mayores de 15 años) con sobrepeso y al menos 400 millones de adultos obesos. Además, calcula que en 2015 habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad. Aunque antes se consideraba un problema exclusivo de los países de primer nivel, el sobrepeso y la obesidad están aumentando espectacularmente en los países de segundo y tercer nivel sobre todo en el medio urbano.

Si bien, las cifras de prevalencia de sobrepeso y obesidad fluctúan en función de la fuente consultada (OMS, International Obesity Task Force-IOTF), esto indica una prevalencia creciente de las personas con sobrepeso y obesidad en países de tercer nivel.

Por ello resulta evidente que la obesidad se identifique como un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas de gran prevalencia en países desarrollados y no desarrollados como la Hipertensión Arterial Sistémica, Dislipidemia y Diabetes Mellitus tipo 2 aunque también se han asociado otras como la cardiopatía isquémica, el accidente vascular cerebral, el síndrome de hipoventilación y apnea del sueño, la esteatohepatitis no alcohólica, la colestiasis, la osteoartritis y alteraciones en la reproducción. Existen estudios recientes que asocian la obesidad mórbida con un mayor riesgo de desarrollar diversos tipos de cáncer, enfermedad esofágica por reflujo, nefrolitiasis y enfermedad de Alzheimer.ⁱⁱⁱ

LA OBESIDAD EN MEXICO

Más del 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 32,671 millones sin contar a los niños. Estas cifras alarmarían a cualquiera que fuere responsable del bienestar de México y del futuro económico de México.

El hecho de tener sobrepeso u obesidad conlleva a un mayor riesgo de mortalidad, así como al desarrollo de múltiples padecimientos especialmente enfermedad coronaria, diabetes tipo 2, cáncer y apoplejía que hoy por hoy, son las principales causas de muerte en nuestro país. La OMS anunció que existen en el mundo más de un billón de adultos con sobrepeso de los cuales aproximadamente 300 millones padecen obesidad.

De acuerdo con los últimos resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) en el 2006 los estados nutricios de la población se puede clasificar en cuatro categorías: desnutrición, peso adecuado, pre obesidad o sobrepeso y obesidad.

Mencionando las últimas dos de pre obesidad o sobrepeso y obesidad su prevalencia es mayor entre hombres que mujeres: 37.4% de las mujeres y 42.5% de los hombres presentan esa condición nutricional, con un promedio nacional de 40%. Sucede lo contrario en la categoría de obesidad, donde la proporción es mayor entre las mujeres que los hombres, ya que mientras 34.5% de las mujeres tiene obesidad el 24.2% de los hombres se ubican en esa categoría; el promedio nacional de personas obesas en México es de 29.4%.

Sumando las dos condiciones de exceso de peso: pre obesidad o sobrepeso y obesidad, 71.9% de las mujeres y el 66.7% de los hombres lo padecen en el país. Las cifras de la encuesta nacional de salud y nutrición en el 2006 indican que cerca de 30% de la población mexicana adulta mayor de 20 años de edad está en su peso adecuado, mientras que 69.4% de los mexicanos adultos tiene exceso de peso corporal, el 40% sufre pre obesidad o sobrepeso y 29.4% obesidad.

El sobrepeso y la obesidad son el resultado de una compleja interacción entre los genes y el ambiente, se caracteriza por un desequilibrio de energía debido a un estilo de vida sedentario, un consumo excesivo de energía, o ambos. Los cambios en la alimentación y en el estilo de vida que acompañan a la urbanización y el desarrollo de las sociedades han favorecido la expresión de los genes que predisponen a la obesidad y, a su vez, han modificado los patrones de salud y enfermedad.^{iv}

CLASIFICACION DE LA OBESIDAD

La obesidad se clasifica en tres grupos la etiología, la dependiente del IMC y la debida a la disposición topográfica de la acumulación de grasa. La clasificación etiológica, destaca por su frecuencia donde la obesidad esencial es debido a la alteración de la regulación del ajuste de peso, o bien a una alteración del ponderostato.

Clasificación por Etiológica

Actualmente sabemos que la obesidad se produce cuando coinciden en una misma persona la predisposición genética y factores ambientales desencadenantes, se determina que es la más frecuente de origen endocrino causado por el hipotiroidismo, síndrome de poliquistosis ovárica, hiperinsulinismo, o bien puede ser debida a fármacos como estrógenos, hidrácidas entre otros.

Clasificación por Índice de Masa Corporal (IMC)

Se establece con un índice que relaciona el peso con el individuo (expresada en Kg.) con la altura (expresada en metros) y elevada al cuadrado según el último consenso del 2007 y actualización en obesidad.

VALORES DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Criterios (SEDDO 2007).	
< 18.5	Peso bajo
18.5 – 24.9	Peso Normal
25 – 26.9	Sobrepeso Grado I
27 – 29.9	Sobrepeso Grado II (preobesidad)
30 – 34.9	Obesidad tipo I
35 – 39.9	Obesidad tipo II
40 – 49.9	Obesidad tipo III (mórbida)
>50	Obesidad tipo IV (extrema)
<i>IMC = Peso (kg) / Talla⁽²⁾ (mts)</i>	

Se considera todavía normal hasta un IMC por debajo de 27 siempre y cuando no se asocie algún factor de riesgo y la distribución de la grasa sea de tipo ginoide. A partir de un valor de 40 la obesidad se denomina mórbida. Este criterio de clasificación, si bien no es perfecto, es suficiente como indicativo del grado de obesidad y se puede obtener fácilmente con un mínimo utillaje (Prueba de Quelet).

Clasificación Topográfica

La distribución del acumulo de grasa puede tener un predominio superior (central o androide) o bien de predominio inferior (periférica o ginoide). En la primera, más propia de los hombres la grasa se acumula sobre todo en la cara, región cervical, tronco y región supraumbilical, también aumenta de modo notable la grasa abdominal profunda (obesidad visceral).

Este tipo de acumulación grasa es el que está ligado a las complicaciones metabólicas y cardiocirculatorias relacionadas a la resistencia a la insulina y que da lugar al síndrome metabólico. Sin embargo en la obesidad periférica o ginoide, más propia de las mujeres, la grasa se acumula en la parte inferior del cuerpo: región infraumbilical del abdomen, caderas, región glútea y muslos.

La diferencia entre estos dos tipos de acumulación tiene gran importancia, desde el punto de vista clínico para poder valorar el grado de riesgo metabólico y cardiovascular vinculado a la acumulación de adipocitos. Desde el punto de vista antropométrico, ésta valoración puede hacerse mediante la medición del cociente cintura/cadera (C/C). Se acepta que valores superiores al percentil 90 de este cociente en la población estudiada, son determinantes y representan un riesgo importante para la salud. En la actualidad, existe una tendencia utilizar sólo la circunferencia de la cintura, valor más importante que el de la cadera para valorar el riesgo de la acumulación central de la grasa. Según datos citados de la SEEDO, los valores de riesgo para la circunferencia de la cintura se fijan en 95cm para los hombres y en 82cm para las mujeres; considerándose elevada si es superior a 102cm en hombres y 90cm en mujeres. Hay otra medición diferente a las habituales que el diámetro sagital, donde presenta una muy buena correlación con la acumulación adiposa perivisceral medida por tomografía computarizada o resonancia magnética. Este indicador se valora estimando la distancia entre el ombligo y L4-L5 con el individuo en decúbito supino, si las cifras son superiores a 25cm de diámetro sagital delimita los valores de riesgo.

**Valores de Riesgo según la distribución de la grasa corporal.
(Datos antropométricos) (SEEDO 2007).**

	Criterio	Valores límite
Índice cintura/cadera	Hombres	Mujeres
	>1	>0.901
Circunferencia de la cintura SEEDO	>1	>0.854
	Hombres	Mujeres
	>95cm	>82cm (valores de riesgo)
	>102cm	>90cm (valores de riesgo elevado)
National Institutes of Health (NIH)	>102cm	>88cm (valores de riesgo)
Diámetro Sagital	>25cm	Valores de riesgo

Sin embargo, por grupo étnico se hacen criterios referentes al perímetro de la cintura (PC), considerándolo un buen indicador indirecto de acumulación de grasa visceral y en la actualidad es la medición indicada en los consensos y guías clínicas para definir la obesidad abdominal o central. Según múltiples estudios la circunferencia de cintura se asocia con el riesgo y mortalidad cardiovascular. Se mide, en la línea media entre el margen costal inferior y la espina ilíaca antero superior, en bipedestación y en un plano paralelo al suelo tras una espiración poco profunda.

En recientes publicaciones de consenso se subraya la importancia de adaptar estos puntos de corte a las diferentes poblaciones. Los criterios de una organización a otra varían de acuerdo a su población como se muestra en la tabla

Recomendaciones actuales de perímetro de cintura para el diagnóstico de obesidad central.

Perímetro de cintura recomendado para diagnóstico.			
Población	Organización	Hombres	Mujeres
Europea (origen europeo)	IDF	>94cm	>80cm
Caucasiana	OMS	>80cm (riesgo alto)	>88cm (riesgo alto)
		>102cm (riesgo muy elevado)	>94cm (riesgo muy elevado)
Estados Unidos	AHA/NHLBI(ATP-III)	>102cm	>88cm
Europea	ESC	>102cm	>88cm
Asiática (incluye Japón)	IDF	>90cm	>80cm
Asiática	OMS	>90cm	>80cm
Japonesa	Japanese obesity Society	>85cm	>90cm

IDF(International diabetes federation) OMS(Organización Mundial de la Salud) AHA/NHLBI (American Heart Association/National heart lung and blood institute) ESC (European cardiovascular societies)

Es importante subrayar que en las guías clínicas se recomienda tomar la medida del Perímetro de cintura (PC) en personas con un IMC entre 18,5 y 35 Kg./m², ya que el riesgo de morbimortalidad asociado está en relación exponencial con la magnitud del exceso de grasa y no añade valor predictivo al riesgo ya proporcionado por un IMC superior a 35 Kg./m².^v

FACTORES PREDISPONENTES

Factores genéticos

Cada vez se acumula más evidencia sobre la función de la carga genética en el desarrollo de la obesidad. Si bien es cierto que es difícil diferenciar entre la herencia genética y la llamada herencia ambiental es decir, entre las características propias de los individuos y lo aprendido, la evidencia indica que en algunas familias se llega a dar la susceptibilidad a la obesidad. La influencia genética es difícil de elucidar y la identificación de los genes responsables no se logra de manera adecuada en los estudios familiares. Por otra parte, es claro que la influencia del genotipo en la etiología de la obesidad generalmente se ve atenuada o exacerbada por factores no genéticos.^{vi}

El descubrimiento en humanos del llamado *gen de la obesidad* o *gen ob* ha cambiado la noción sobre la función de la herencia en el desarrollo de la obesidad. Este gen codifica la proteína leptina en las células adiposas. Aparentemente, la leptina actúa a nivel del hipotálamo e influye en el apetito y en el balance energético. Se ha descubierto también una deficiencia genética de leptina en humanos.

Cuando hay deficiencia de leptina, la saciedad se encuentra alterada, lo cual trae como consecuencia un hambre constante que conduce al consumo excesivo de alimentos. Sin embargo, la mayoría de las personas obesas no tiene una deficiencia de leptina. Se ha especulado que la leptina aumenta cuando se ha incrementado el tamaño de los adipocitos en un esfuerzo por suprimir el apetito e

inhibir el almacenamiento de grasa. Los sujetos obesos con concentraciones elevadas de leptina circulante pueden ser resistentes al efecto de saciedad que normalmente imparte la leptina. Esta situación se asemeja a la de la resistencia a la insulina en la diabetes.

Factores metabólicos

Se ha postulado que una anomalía metabólica básica podría incrementar el almacenamiento energético en el tejido adiposo y producir obesidad por varios caminos: a) la desviación preferente de los sustratos energéticos hacia la síntesis y el almacenamiento de los triglicéridos; b) el aumento de la eficiencia para degradar los hidratos de carbono, los ácidos grasos y los aminoácidos, almacenar la energía adicional en forma de triglicéridos en el tejido adiposo; c) una mayor eficiencia para efectuar trabajo fisiológico, lo que da por resultado una situación en la que se requiere menos energía y el exceso de ésta se convierte en triglicéridos que se almacenan en el tejido graso, y d) la inhibición de la movilización de la energía almacenada en forma de triglicéridos en el tejido adiposo.

Factores Nutricionales

Un aspecto importante de la dieta del obeso es la distribución de los nutrimentos. Algunos estudios sobre los hábitos alimentarios de los sujetos obesos muestran que éstos por lo general tienden a abusar de alimentos ricos en lípidos, que por tener una elevada densidad energética y no existir una regulación adecuada de una comida a otra, a diferencia de las proteínas y los hidratos de carbono favorecen su depósito en forma de grasa corporal.

El estilo de vida como factor

Los cambios recientes en el estilo de vida, caracterizados por un consumo excesivo de energía y una reducción notable en la actividad física, ofrecen una explicación razonable de la etiología de la obesidad. La disminución en los patrones de actividad física en los países desarrollados, e incluso en las naciones

en vías de desarrollo, han contribuido de manera notable al escalamiento del problema de la obesidad.

Factores sociales

Los datos epidemiológicos indican que la prevalencia de obesidad recibe una notable influencia de los factores sociales, económicos, raciales y otros relacionados con el estilo de vida. Lejos está la obesidad de distribuirse de manera uniforme en la sociedad. En los países desarrollados representa un serio problema de salud pública, aunque también los países de economías menos privilegiadas tienen alta prevalencia de obesidad.

En general se ha encontrado una relación inversa entre el estado socioeconómico y la prevalencia de obesidad, aunque este fenómeno es más pronunciado en las mujeres. Sin embargo, la abundancia económica también trae como consecuencia un estilo de vida que favorece el desarrollo de obesidad.

Mortalidad y morbilidad

La obesidad es causa principal de mortalidad cardiovascular en el mundo y están asociados a ella con riesgos diversos, otros numerosos problemas de salud, como las enfermedades de la vesícula biliar, diversos tipos de cáncer y la osteoartritis entre otras. La obesidad es considerada, el factor principal de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2 al atribuírsele 61% de la prevalencia.

Aunque, sin duda alguna, la mortalidad es un criterio a considerar para desarrollar guías en relación al peso corporal, no es menos importante tomar en cuenta la incidencia de enfermedades a causa del exceso de peso. Padecimientos tales como la enfermedad arterial coronaria, la apoplejía, la diabetes tipo 2, cáncer y osteoartritis contribuyen a un gran sufrimiento con deterioro importante en la calidad de vida aun cuando no sean causa de muerte inmediata.

ESTADO PSICOLÓGICO Y OBESIDAD

Durante muchos años se ha mantenido la teoría de que los obesos eran personas que tenían problemas de personalidad que se aliviaban mediante la conducta de comer. Kaplan y Kaplan proponían que la sobre ingesta es una conducta aprendida, utilizada por el sujeto obeso como mecanismo para reducir la ansiedad.

En cuanto a los aspectos psicológicos, por una parte, a la fecha no existe una definición precisa de la personalidad del sujeto obeso, ni tampoco alguna alteración psiquiátrica determinada. No obstante, algunas características psicológicas que se asocian a las personas obesas son: dependencia, pasividad, baja asertividad, bajo nivel de introspección.

Aunque se sabe que la psicopatología que acompaña a la obesidad no es la causa primaria de ésta; sin embargo, en el tratamiento debe tomarse en cuenta si se considera que existe algún factor psicológico que interfiere con el manejo de la misma y se recomienda una evaluación psicológica o psiquiátrica llevada a cabo por un especialista. Entre las consecuencias psicológicas que suelen presentarse en las personas con sobrepeso u obesidad se encuentran: baja autoestima debida a la discriminación y a la sensación del sujeto de sentirse inferior en lo que respecta a su apariencia física.

La depresión es otro síntoma común en el obeso que, al no poder alcanzar su meta, tiene que resignarse a seguir siendo obeso y éste estado persiste debido a que le es sumamente difícil cumplir una dieta, generándose en él culpa y ansiedad por no lograr cumplir los objetivos que se propone o le proponen.^{vii}

Esto sin olvidar las consecuencias psicopatológicas del no seguir una dieta (aumento de depresión, ansiedad, nerviosismo, debilidad e irritabilidad), de los ciclos de pérdida y 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. Logran conducir al paciente obeso dentro de un círculo vicioso del que resulta francamente imposible salir, volviendo después de tantos esfuerzos de nuevo a la depresión, la ansiedad y la angustia.

Se ha señalado que es más común encontrar alteraciones de la personalidad y problemas psiquiátricos en personas obesas que en las de peso normal. Entre las alteraciones referidas se encuentran: agorafobia, depresión mayor, fobia simple, bulimia y dependencia del tabaco. Así mismo, se han apreciado desórdenes de personalidad relacionados con conductas excéntricas, dramáticas, una elevada ansiedad, conductas de evasión y agresión.^{viii}

Desde esta perspectiva, la obesidad es visualizada como el síntoma o la consecuencia de un problema de ajuste psicológico o social. Sin embargo, se debe recordar que la obesidad en sí misma como un estado patológico, investida de estigmas sociales, que no revierte únicamente el problema de estética corporal, sino que atenta incluso contra las cualidades emocionales, de carácter o personalidad de la persona, afectando a cualquier tipo de población y a cualquier edad.^{ix}

CALIDAD DE VIDA

El interés por la calidad de vida ha existido desde los 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. ^x

La expresión de Calidad de Vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de la vida urbana. Durante la década de los 50^a y a comienzos de los 60^a, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad surge la necesidad de medir esta realidad, a través de datos objetivos, y desde las ciencias sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos, que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos.

Transcurridos 20 años, aún existe una falta de consenso sobre la definición del constructor y su evaluación; así, aunque históricamente han existido dos aproximaciones básicas: aquella que lo concibe como una entidad unitaria y la que lo consideran como un constructo compuesto por una serie de dominios.

Felce y Perry en 1995 encontraron diversos modelos conceptuales de calidad de vida, y las cuatro postulaciones de Borthwick-Duffy en 1992, la calidad de vida ha sido definida como:

- a) La calidad de las condiciones de vida de una persona;
- b) La satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales;
- c) La combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, es la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que esta experimenta; y
- d) La combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. ^{xi}

El concepto calidad de vida que es utilizado en relación con la salud, la justicia y la ética, ha sido estructurado teniendo en cuenta los aportes de varias disciplinas

de contenidos muy diferentes. En su esencia está el carácter valorativo, contextual e histórico al que debe atenderse, así como su fidelidad a los valores humanos que constituyan expresión de progreso social y respecto a una individualidad en que se armonicen necesidades individuales y sociales.

Después de una amplia revisión de la literatura, en relación al concepto calidad de vida, nos guiaremos para el presente estudio por la definición, que propuso la OMS en 1994, en donde se afirma que es la *“percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.”*

El concepto de calidad de vida es una categoría que se puede desglosar en niveles de particular hasta llegar a su expresión singular en el individuo. En este sentido, es oportuno diferenciar entre calidad de vida objetiva y subjetiva. De la cual parten diferentes vías de estudio de la calidad de vida, como el estudio a la salud, que ha venido siendo una de las pocas áreas de estudio.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD O PERCEPCIÓN DE LA SALUD

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), es un concepto subjetivo, multidimensional, multimetódico, contextualizado culturalmente, y que cambia con el tiempo (CDC, 1994 a, CDC, 1994 b). Se ha definido como el valor asignado a cinco aspectos de la vida que pueden ser evaluados negativa o positivamente en una ordenación continua de óptimo a mínimo. Estos aspectos o dominios incluyen: la salud física, la salud mental o el funcionamiento psicológico y cognitivo, el funcionamiento social, el funcionamiento de los papeles a representar, conociéndolo también como Percepción de la salud. Su medición podrá ser distinta en base a los objetivos de la investigación o intervención, a la naturaleza de la condición o problemática de salud, a su evolución en el tiempo, al grupo de interés, al tipo de metodología.^{xii}

El concepto de CVRS llegó al campo de los cuidados sanitarios con la mirada de que el bienestar de los pacientes es un punto importante de ser considerado tanto en su tratamiento como en el sustento de vida.

Desde su incorporación como una medida del estado de salud de las personas, ha sido uno de los conceptos que en el campo de la salud más se ha utilizado de manera indistinta al de calidad de vida, siendo muy pocos los autores que hacen una distinción con el término calidad de vida general (CV). Frecuentemente la calidad de vida relacionada con la salud, es usada indistintamente como percepción de la salud, estado de salud, estado funcional, calidad de vida o evaluación de necesidades.

Es necesario tomar en cuenta que uno de los riesgos de la medición de la calidad de vida centrada específicamente en el impacto de una enfermedad, es considerar exclusivamente a la calidad de vida desde un punto de vista funcional, centrándose principalmente el interés en lo que es “normal” y adecuado funcionamiento de la persona en distintos aspectos de su vida, es decir, en un estado funcional completo.

En este punto es importante recordar, tal como lo plantean Ángel y Thoits, que la percepción de normalidad o anormalidad de una condición física o mental está de acuerdo a un grupo de referencia, teniendo un marcado efecto la cultura sobre la salud y la enfermedad (por ejemplo, la percepción de la seriedad de los síntomas está influenciada por los grupos de referencia).^{xiii}

En este marco, Blalock y col. hallaron que muchos pacientes se comparaban a sí mismos con personas sin enfermedad cuando ellos tenían estándares de superación de sí mismos y se comparaban con otros pacientes cuando estaban experimentando dificultades en su desarrollo. En ambos casos la comparación fue de carácter social.

CVRS debido a que el término es utilizado en el campo de la medicina en su interés por evaluar la calidad de los cambios como resultado de intervenciones médicas, debe limitarse a la experiencia que el paciente tiene de su enfermedad, la experiencia del paciente es resultado de los cuidados médicos para establecer la salud, el impacto de la enfermedad en la vida diaria, es decir, en su esfera biopsicosocial se mide desde la perspectiva de los pacientes en su salud, que al ser mala su perspectiva; nos habla del mal cuidado médico y orientación otorgada por el profesional de la salud.

Para Fernández, Hernández y Siegrist, la CVRS debería comprender por lo menos la percepción que la persona tiene del impacto que ha provocado la enfermedad o su tratamiento sobre su sentimiento de bienestar y la capacidad de actuación (funcionalismo). Estas dimensiones básicas deben ser analizadas tanto en los dominios físico, emocional y social.

“Podemos definir entonces que la calidad de vida relacionada con salud, o percepción de la salud, es el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud”.

Para Ebrahim, los propósitos específicos de las mediciones de la CVRS son monitorear la salud de la población, evaluar el efecto de las políticas sociales y de salud, focalizar los recursos con relación a las necesidades, diagnóstico de la naturaleza, severidad y pronóstico de una enfermedad y evaluar los efectos de un tratamiento.

Son muchos los clínicos e investigadores que plantean la utilización de la CVRS como un indicador de evaluación, fundamentalmente en las enfermedades crónicas, ya que las mediciones clínico/fisiológicas tradicionales proveen información para el clínico, pero tienen un limitado interés para el paciente,

ofreciendo a menudo un correlato pobre de la capacidad funcional y el bienestar, áreas que son más familiares y que despiertan mayor interés en los pacientes.^{xiv}

Conceptualmente, la calidad de vida hace referencia al grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, estado emocional, vida familiar, amorosa, social, así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas. En los últimos años, las investigaciones han estado orientadas a la CVRS, a la cual se han dado tres enfoques principales:

- Como un modo de referir la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad, determinada sobre su calidad de vida en general.
- Para evaluar el efecto de un tratamiento en diversos ámbitos de la vida del paciente, sobre su bienestar físico, emocional y social.
- Para identificar y evaluar las necesidades de atención a la salud de la población, con la implantación de políticas y programas tendentes a mejorar el nivel de salud.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD O PERCEPCIÓN A LA SALUD Y OBESIDAD

Aunque hasta hace poco tiempo sólo mediamos el impacto que la obesidad tenía sobre la morbimortalidad, todos teníamos en mente los problemas sociales y el costo que la enfermedad generaba. No obstante, la medición de la repercusión de la obesidad sobre la CVRS, no se ha llevado a cabo hasta la última década y son relativamente pocos los estudios que abordan el tema.

El primer estudio sobre CVRS y obesidad se publicó en 1983. Stewart y Brook, al estudiar a 5.817 obesos con un índice de masa corporal (IMC) $> 29 \text{ kg/m}^2$, encontraron que éstos presentaban peor estado funcional relacionado con el

desarrollo de actividad física cotidiana como andar, subir escaleras, hacer deporte etc., tenían más dolor corporal, mayor número de preocupaciones, o sea alteraciones en ámbito psicológico y peor percepción de su salud.

Resultados muy similares obtuvieron Siedell y col. en Holanda, en una población de obesos con un IMC $> 30 \text{ kg/m}^2$ a quienes a las dificultades de movilidad se añadían mayores problemas respiratorios y musculoesqueléticos.

Los índices de ansiedad y depresión eran superiores a los de la población en general y a los de pacientes con otras enfermedades crónicas (claudicación intermitente, lesión espinal, melanoma maligno generalizado). La morbilidad psiquiátrica era más frecuente en los obesos mórbidos. En general, las mujeres mostraban peores indicadores de bienestar y también se observaron más problemas psicosociales relacionados con la obesidad, menos interacción social y peor salud percibida.

Fontaine, estudiando a 312 obesos que deseaban perder peso (IMC medio de $38,1 \text{ kg/m}^2$), encontraron que presentaban peores puntuaciones comparadas con las de la población normal en las 8 dimensiones del test SF-36 (peor función física, limitaciones del rol por problemas físicos, dolor corporal, percepción de la salud general, vitalidad, función social, limitaciones de rol por problemas emocionales y salud mental). El mayor impacto negativo se produjo sobre la funcionalidad física, (vitalidad y energía para levantarse y emprender algo) y el dolor corporal.

Estos resultados se ajustaron para factores sociodemográficos y para varias comorbilidades, con el propósito de estimar mejor el impacto de la obesidad. Los autores observaron peores puntuaciones en todas las dimensiones exploradas cuando el paciente aquejaba dolor y pudieron deducir que el dolor contribuía al empeoramiento de la CVRS de forma independiente del peso, por lo que era necesario iniciar terapias independientes para mejorarlo.^{xv}

Analizando la CVRS según el grado de obesidad los obesos mórbidos, presentan peor función física, social y de rol, peor percepción de la salud general y mayor dolor corporal que los obesos leves o de moderados a graves. En ellos también se veían afectadas las parcelas relacionadas con la parte emocional y social.

En México de alguna manera se han realizado muy pocos estudios, de los cuales unos cuantos son los que se han publicado para nuestro conocimiento; solo el de Pedraza y colaboradores en el 2008 que encuentran una correlación significativa entre el índice de masa corporal y de las capacidades del individuo, en una percepción de la salud, nos muestra un panorama de la obesidad y la calidad de vida en nuestro país.

La CVRS constituye un concepto o idea abstracta y compleja, que no puede ser medida como variable sintética, ya que está compuesta por un conjunto de variables intermedias o dimensiones, cada una de las cuales contribuye a cuantificar algún rasgo o aspecto relevante de los que creemos que engloba este concepto abstracto que es la CVRS. Es decir, las dimensiones que medimos constituyen diferentes aspectos de la CVRS, como pueden ser el funcionamiento físico, el funcionamiento social, la percepción de bienestar, etc.^{xvi}

El interés de los sistemas de salud en la enfermedad ya no debe ser cerrado, la percepción de la salud en cada individuo es diferente y debemos de tomar en cuenta la opinión de los pacientes que estamos atendiendo, las políticas de salud deben de mejorarse para permitir el estudio de la opinión del paciente, en lo relacionado a la obesidad ya se estudió, desde sus inicios hasta los nuevos tratamientos más sofisticados; es hora que debemos de abrir más los ojos y entender otra perspectiva diferente del paciente obeso; como es su calidad de vida y más específico la CVRS, que en los estudios realizados fuera de México, tiene una relación; sin embargo, la población obesa de nuestro país como las políticas sociales de salud y de atención son diferentes, nuestros recursos son limitados y

con lo que tenemos debemos de enfrentar esta problemática y adentrarnos en brindarle al paciente la confianza necesaria para apoyarlo en su tratamiento.

Por ello el interés actual de los sistemas de salud en la CVRS, de la mayoría de los países, donde la obesidad sigue creciendo y siendo ya una epidemia difícil de controlar, ni por mas estrategias de salud que realicen para detener la enfermedad, debemos de concientizar a los pacientes de la enfermedad que tienen para que ellos mismo inicien su autocuidado, mejoría y muestren una mejor calidad de vida para la producción del individuo y su funcionalidad como miembro de la sociedad y parte importante de la familia.^{xvii}

Para investigar estas dimensiones se diseñan instrumentos de medida que deben reunir una serie de propiedades técnicas que nos garanticen que estamos midiendo aquello que queremos medir y con un error de medición lo más pequeño posible. Los instrumentos de medida de la CVRS suelen ser cuestionarios validados, que con frecuencia contienen varias escalas que se corresponden con las distintas dimensiones que conforman el constructo CVRS. Por lo tanto, una escala es una serie de preguntas para las que no hay respuestas correctas o incorrectas, que pretenden cuantificar una determinada característica, en nuestro caso, esta característica es una de las dimensiones del cuestionario (v.g.: percepción del bienestar, funcionamiento social, etc.).^{xviii}

La escala puede medir esta característica o dimensión en distintos niveles de medida (nominal, ordinal, intervalo o razón). Generalmente, cuando las respuestas a los diversos ítems vienen en un nivel de medida de intervalo o razón, se pueden sumar obteniendo una puntuación total de la escala.

La elección y selección de instrumentos de CVRS dependerá de aspectos tales como su disponibilidad, el tipo de atención sanitaria que deseemos, la gravedad y la naturaleza de la enfermedad, los posibles beneficios, efectos negativos

esperados del tratamiento, el ambiente en el que se desee aplicar el instrumento así como otras características de la población.

Las medidas genéricas son instrumentos de aplicabilidad general. Están diseñados para ser utilizados en un amplio arco de problemas de salud y grupos de población como medio de detección y cribaje (screening), así como para la medición global de la evolución de distintos tratamientos o intervenciones sanitarias.

Las medidas específicas, se han desarrollado para evaluar los efectos de una enfermedad determinada una condición o problema de salud, para un grupo diagnóstico específico, para una dimensión específica de funciones (función sexual, estado emocional) o para una población concreta (pacientes geriátricos, por ejemplo). Presentan, al menos potencialmente, una mayor validez de contenido y más sensibilidad al cambio y a las diferencias (en condición de salud, tiempo, efectos del tratamiento, etc.). Por otra parte, generan también información de mayor relevancia para la planificación del tratamiento.

El Nottingham Health Profile (NHP) fue desarrollado originariamente en Gran Bretaña a finales de los 70 (el proyecto se inició en 1975 y fue completado en 1981) para medir la percepción subjetiva del impacto de los problemas de salud. Es un instrumento genérico para la medida del sufrimiento físico, psicológico y social asociado a problemas médicos, sociales, emocionales y del grado en que dicho sufrimiento incide en la vida de los individuos.

Se consideró el modo de aportar información adicional sobre cómo los problemas de salud percibida afectaban a la vida diaria. Realizando así una segunda parte del cuestionario. A partir de los datos recogidos por Martini y Mc Dowell se seleccionaron aquellas áreas de ejecución de tareas más afectadas por la salud; el trabajo, trabajo doméstico, vida social, vida familiar, vacaciones y "hobbies".

El Perfil de Salud de Nottingham (NHP) consta de dos partes:

La primera parte, se compone de 38 ítems pertenecientes a seis grandes dimensiones de la salud: *Energía* (3 ítems), *Dolor* (8 ítems), *Movilidad Física* (8 ítems), *Reacciones Emocionales* (9 ítems), *Sueño* (5 ítems) y *Aislamiento Social* (5 ítems).

La segunda parte consiste en siete preguntas sobre la existencia de limitaciones a causa de la salud en siete actividades funcionales de la vida diaria: en el *trabajo*, las *tareas domésticas*, la *vida social*, la *vida familiar*, la *vida sexual*, las *aficiones* y el *tiempo libre*. Al igual que en la primera parte, se responde con un “SÍ/NO” a cada cuestión planteada.

En cuanto a los estudios descriptivos sobre la población general es reseñable el efectuado por Antó en 1990 donde se aplicó el NHP como indicador de la necesidad en la población de más de 40 años de edad y fue comparada con los resultados obtenidos en base a los días en cama y días de actividad restringida como indicadores de necesidad.

Autores como Torrens, han escogido este instrumento genérico de medición auto percibida del nivel de salud como método de evaluación de las intervenciones médicas. Encontrando que el perfil solo percibe la situación de salud del individuo en el momento determinado, así subjetivamente valora la calidad de vida en ese momento del paciente que se estudia.^{xix}

El *Psychological General Well-Being Index* fue desarrollado a partir del *Psychological General Well-Being Schedule* diseñado dentro del marco del estudio RAND12, con el propósito de obtener un índice que permitiese medir estados emocionales intrapersonales que expresasen un sentimiento subjetivo de bienestar o de distrés.

Se trata de una escala de evaluación de los sentimientos del individuo acerca de su estado personal interior, más que acerca de condiciones externas tales como ingresos o entorno laboral, siendo considerada una medida de bienestar psíquico general, que evalúa estados emocionales que expresan un sentimiento subjetivo de bienestar o de distrés.^{xx}

El PGWB Índice consta de un total de 22 ítems que pertenecían a la primera sección del *General Well-Being Schedule*, y que evalúan los seis estados intrapersonales siguientes: ansiedad, humor depresión, bienestar, autocontrol, salud general y vitalidad. Puede ser utilizado en forma auto aplicable. El tiempo de administración es corto, oscilando entre 8 y 15 minutos.

En la versión castellana, derivada de la adaptación realizada en el Reino Unido, cada ítem puntúa de 1 a 5 puntos en función de la intensidad o frecuencia con que el sujeto experimenta cada uno de los estados afectivos durante las tres últimas semanas. La puntuación total oscila pues, entre 22 y 110 puntos; a mayor puntuación menor nivel de distrés psicológico y viceversa.^{xxi}

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la asociación entre la percepción a la salud y el bienestar psicológico en los pacientes con obesidad de 20 a 40 años en la UMF No. 21.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir los datos sociodemográficos en los pacientes con obesidad de la unidad de medicina familiar no. 21.
- Evaluar la percepción de salud en los pacientes con obesidad de la unidad de medicina familiar no. 21.
- Evaluar el bienestar psicológico en los pacientes con obesidad de la unidad de medicina familiar no. 21.
- Correlacionar la percepción de la salud y el estado de bienestar psicológico.

HIPOTESIS

HIPÓTESIS METODOLOGICA:

- Si existe asociación entre la percepción de salud y el bienestar psicológico en los pacientes con obesidad de 20 a 40 años de la unidad de medicina familiar no. 21.

HIPOTESIS ESTADISTICA:

- $H_0 : H_1 = H_2$
No existe diferencia estadística entre la percepción de salud y el bienestar psicológico en los pacientes con obesidad de 20 a 40 años de la unidad de medicina familiar no. 21.
- $H_A : H_1 \neq H_2$
Si existe diferencia estadística entre la percepción de salud y el bienestar psicológico en los pacientes con obesidad de 20 a 40 años de la unidad de medicina familiar no. 21.

MATERIAL Y METODO

TIPO DE ESTUDIO:

Estudio observacional, transversal, analítico, prolectivo y retrospectivo.

POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Universo: pacientes derechohabientes del IMSS.

Población blanco: derechohabientes entre 20 y 40 años con diagnóstico Obesidad.

Población de estudio: derechohabientes de la UMF No. 21 entre 20 a 40 años que hayan sido diagnosticados con obesidad durante mayo 2011 a mayo 2012.

Unidad de análisis: un paciente con diagnóstico de Obesidad.

FUENTE DE INFORMACIÓN:

- Cuestionario de Percepción de Salud de Nottingham.
- Cuestionario de Índice de Bienestar Psicológico en General.
- Cuestionario Sociodemográfico.

PERÍODO DEL ESTUDIO

El estudio se realizará de agosto 2012 a octubre 2012.

SITIO DEL ESTUDIO:

Unidad de Medicina Familiar No. 21 IMSS

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- a. Derechohabientes adscritos a la UMF No. 21:
- b. Hombre y mujeres de 20 a 40 años.

- c. Diagnosticados con Obesidad de diciembre 2010 a mayo 2012.
- d. Pacientes de consulta subsecuente o de primera vez.
- e. Acepten participar en el estudio.
- f. Con presencia de IMC de 30 o más.
- g. Que contesten el 80% de las encuestas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a. Con patologías psiquiátricas previamente diagnosticadas.

MUESTREO:

Se utilizara un muestreo aleatorio probabilístico simple, se realizara cálculo de tamaño de muestra a partir de la fórmula, para una proporción para muestras finitas, considerando el número de casos reportados con el diagnóstico de Obesidad de diciembre de 2010 a mayo de 2012; en ambos sexos, de edades de 20 a 40 años, a partir de los datos obtenidos del sistema ARIMAC de la unidad, se tomaran en cuenta para el cálculo de tamaño de muestra los siguientes parámetros:

N= total de individuos... 2994 (es el número de casos reportados dentro del rango de edad y período antes mencionado).

Z alfa/2 = Nivel de confianza 95% (1.96).

P= Proporción de observación que se espera obtener en una categoría (0.70).

q= Otra parte del porcentaje de observación en una categoría y que es igual a 1-p (0.30).

e= Potencia o error (0.05).

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2} P \cdot q}{(N-1)e^2 + Z^2_{\alpha/2} P \cdot q}$$

El tamaño de muestra mínimo se calculó de la siguiente manera:

$$n = \frac{2994(1.96)^2 [0.70 (1 - 0.70)]}{(2994 - 1) (0.05)^2 + (1.96)^2 [0.70 (1 - 0.70)]}$$

$$n = \frac{2994(3.84) [0.70 (0.3)]}{(2994 - 1) (0.0025) + (3.84) [0.70 (0.3)]}$$

$$n = \frac{2994 (3.84) (0.21)}{(2993) (0.0025) + (3.84) (0.21)}$$

$$n = \frac{1839.5}{8.0969} = 291$$

$$n = \boxed{291}$$

VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDICIÓN
Calidad de vida relacionada a la salud o Percepción de Salud	Es la percepción de un individuo de su situación de vida, puesto en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.	Es el <u>bienestar social</u> general del individuo, en todos los aspectos emocional, social y laboral obtenido a través del instrumento; Perfil de Salud de Nottingham. Donde se clasificara: 1. Deficiente 2. Buena 3. Excelente	Cualitativa Ordinal Dependiente	Puntaje obtenido del instrumento
Bienestar psicológico	Es la respuesta emocional o patrón de respuestas que engloba aspectos cognitivos displacenteros de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos.	Sintomatología clínica característica asociada a la escala establecida en el cuestionario de Índice de Bienestar Psicológico en general. Puntuación obtenida en la escala correspondiente para ansiedad expresada por la presencia o ausencia del síntoma en una escala visual análoga. 1. Leve 2. Moderada 3. Severa	Cualitativa Ordinal	Puntaje obtenido en el instrumento
Obesidad	Índice de Masa Corporal mayor de 30.	Se obtendrá de la exploración física del paciente a partir del resultado de la fórmula peso entre la talla al cuadrado (índice de Quelet o IMC). Expresado a través de la siguiente clasificación: Obesidad GI: 30-34.9 Obesidad GII: 35-39.9 Obesidad GIII: >40	Cualitativa Ordinal	Índice de masa corporal (IMC)
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona, hasta un momento determinado de su vida.	Tiempo de vida en años cumplidos referido en la encuesta del paciente.	Cuantitativa Discreta	Años cumplidos.
Actividad Laboral	Actividad remunerada para un individuo.	Actividad desempeñada de	Cualitativa Nominal	Actividad referida

		manera regular con aporte económico descrita por el paciente en el cuestionario.		
Sexo	Fenotipo determinado cromosómicamente para un individuo.	Género al que pertenece referido por el paciente en el cuestionario. Hombre o Mujer	Cualitativa Nominal	Referida en el cuestionario
Escolaridad	Grado de estudios	Último nivel de escolaridad completo del paciente que refiere en el cuestionario clasificado como: Analfabeta Sabe leer y escribir Primaria Secundaria Bachillerato Carrera técnica Licenciatura Posgrado	Cualitativa Ordinal	Referida en el cuestionario
Estado civil	Situación jurídica de una persona física considerada desde el punto de vista del derecho de familia y que hace referencia a la calidad de padre, hijo, casado, soltero, etc.	Situación civil actual al aplicar el estudio. Referido por el paciente en el cuestionario.	Cualitativa Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Viudo 6. Otro
Peso	La unidad de masa en el <u>sistema</u> internacional de unidades.	Es la medida en kilogramos indicada en la báscula.	Cuantitativa Discreta	Es de acuerdo a lo que marque la báscula
Talla	Estatura de una persona. Medida de la estatura del cuerpo humano desde los pies hasta el techo de la bóveda del cráneo.	Es la medida indicada en centímetros en el estadiómetro o regla fija de pared. O bien obtenida de la cartilla de salud del paciente.	Cuantitativa Discreta	Es de acuerdo a la medida que se tome.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:

Se realizó un estudio transversal analítico, en una población de pacientes con Obesidad en la ciudad de México durante los meses de agosto a septiembre 2012. Utilizándose muestreo probabilístico simple a partir de la muestra.

Se explicó al paciente el motivo del estudio, se dio un consentimiento por escrito y se aplicaron los instrumentos en un lapso de 15 a 20 minutos para determinar percepción de salud o calidad de vida relacionada a la salud y estado psicológico del paciente con obesidad; esto con previa autorización del Comité Local de Protocolo.

Se aplicaron instrumentos, auto aplicables a los pacientes que acudieron a consulta tanto del turno matutino como vespertino que cumplan con los criterios de inclusión: adultos de 20 a 40 años de edad ambos sexos, diagnosticados en mayo de 2011 a mayo de 2012 con obesidad, subsecuente o de primera vez; acepten participar en el estudio, con presencia de IMC de 30 o más y; contesten el 80% de las encuestas.

ANALISIS ESTADISTICO

Una vez recolectada la información se realizó en la base de datos dentro del sistema EXCEL y SPSS estadística descriptiva (medidas de tendencia central, de dispersión de normalidad y de posición) y de acuerdo a la naturaleza de la variable se eligieron pruebas paramétricas y no paramétricas donde se utilizaron como medida de asociación chi cuadrada, U de Mann-Whitney y para correlacionar prueba de Sperman.

ASPECTOS BIOÉTICOS:

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en la Declaración de Helsinki, las Guías Éticas Internacionales para Investigación Biomédica en su apartado referente a la investigación en humanos, lo dispuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en materia de investigación en el reglamento de la ley general de salud.

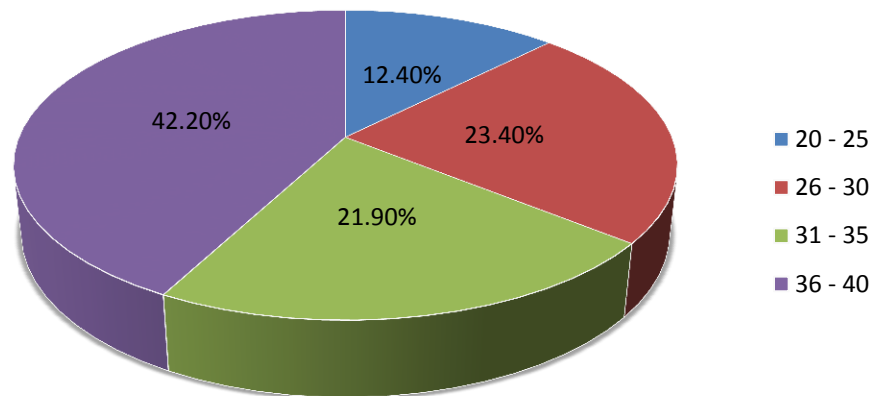
Este protocolo se consideró sin riesgo para el paciente de acuerdo al artículo 100 fracción III de la ley general de salud vigente, ya que existió una seguridad en que el sujeto de estudio no se expuso a riesgos ni daños innecesarios y de acuerdo a la fracción II de la ley general de salud el conocimiento que se pretendía obtener no se podía obtener por otro método idóneo. Incluyendo la carta de consentimiento informado para el paciente que acepto participar en el estudio.

RESULTADOS

TABLA 1: GRUPOS DE EDAD DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE LA UMF 21 EN 2012.

GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA N°	PORCENTAJE %
20 – 25	36	12.4
26 – 30	68	23.3
31 – 35	64	22.8
36 – 40	123	42.3
TOTAL	291	100%

GRÁFICO 1: POBLACIÓN DE ESTUDIO POR EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS



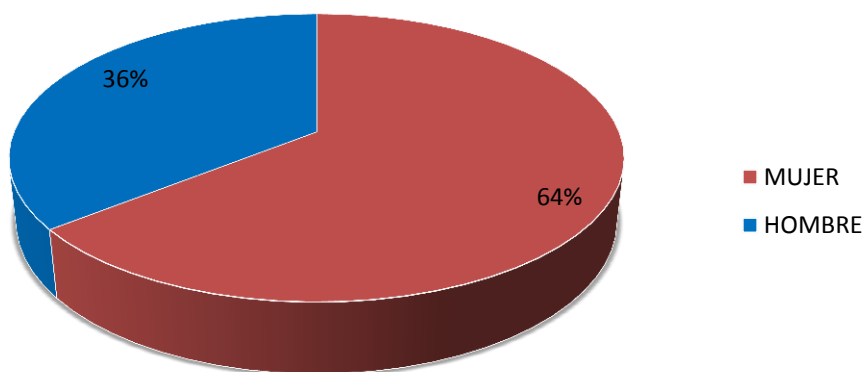
FUENTE: Encuesta aplicada de la Asociación entre la Percepción de Salud y el Bienestar Psicológico en Obesos de 20 a 40 años en la UMF 21 de Julio a Octubre en el 2012.

La variable demográfica que se muestra es la edad presentando las siguientes características: La edad de la muestra en estudio es de 20 a 40 años, y de ella los pacientes de 36 a 40 años (42.20%) son los que tienen una mayor participación, siendo la media de edad 32, mediana 34 y moda 40.

TABLA 2: PREVALENCIA DEL SEXO EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE LA UMF 21 EN 2012

SEXO	FRECUENCIA N°	PORCENTAJE %
MUJER	187	64.3
HOMBRE	104	35.7
TOTAL	291	100%

GRÁFICO 2: POBLACIÓN DE ESTUDIO POR SEXO



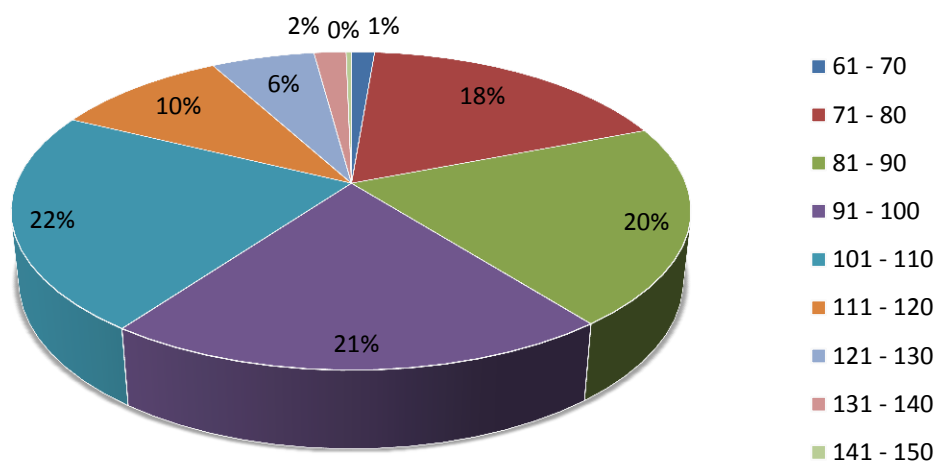
FUENTE: Encuestas aplicadas de la Asociación entre la Percepción de Salud y el estado de Bienestar Psicológico en Obesos de 20 a 40 años en la UMF 21 de Julio a Octubre en el 2012.

Así mismo la variable demográfica que es el sexo se muestra de la siguiente forma: La población del sexo femenino fue del 64% en comparación con el 36% en hombre de la muestra total de la población en estudio.

TABLA 3: PESO EN KILOGRAMOS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE LA UMF 21 EN EL 2012

PESO EN KG	FRECUENCIA N°	PORCENTAJE %	MEDIDA
61 – 70	4	1.3	Media
71 – 80	52	17.8	96.5
81 – 90	58	20.3	
91 – 100	60	20.6	Mediana
101 – 110	65	22.3	96
111 – 120	29	9.8	
121 – 130	17	5.8	Moda
131 – 140	5	1.8	101
141 – 150	1	.3	
TOTAL	291	100%	

GRÁFICO 3: POBLACIÓN DE ESTUDIO POR PESO



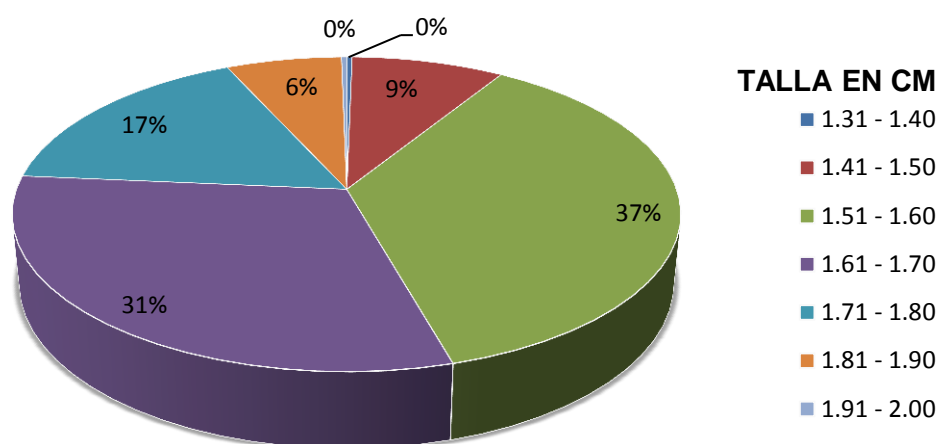
FUENTE: Encuestas aplicadas de la Asociación entre la Percepción de Salud y el estado de Bienestar Psicológico en Obesos de 20 a 40 años en la UMF 21 de Julio a Octubre en el 2012.

En cuanto al peso de los participantes, se encontraron entre 101 – 110 kg siendo el mayor porcentaje con el 22%. Seguida por el grupo de 91 – 100 kg con 21%. Obteniendo una media de 96.6 kg., moda de 101 kg. y mediana 96 kg.

TABLA 4: TALLA DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE LA UMF 21 EN EL 2012.

TALLA	FRECUENCIA N°	PORCENTAJE %	MEDIDAS
1.31 – 1.40	1	.3	Media
1.41 – 1.50	25	8.6	1.63
1.51 – 1.60	107	36.7	Mediana
1.61 – 1.70	89	30.9	1.62
1.71 – 1.80	49	16.8	Moda
1.81 – 1.90	19	6.5	1.60
1.91 – 2.00	1	.3	
TOTAL	291	100%	

GRÁFICO 4: POBLACIÓN DE ESTUDIO POR TALLA



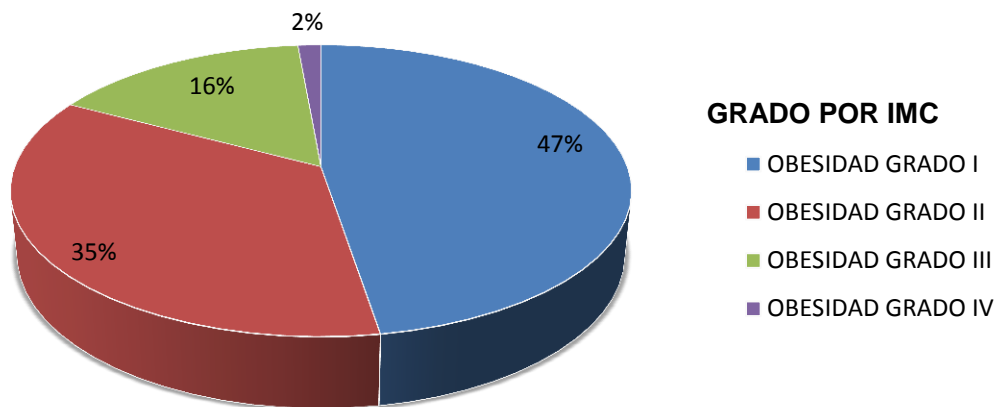
FUENTE: Encuestas aplicadas de la Asociación entre la Percepción de Salud y el estado de Bienestar Psicológico en Obesos de 20 a 40 años en la UMF 21 de Julio a Octubre en el 2012.

Así mismo la talla en la población de estudio se encuentra que el grupo de 1.51 – 1.60 cm es el que presenta el mayor porcentaje con 37%, seguido por el grupo de 1.61 – 1.70 cm con un porcentaje de 31%. Obteniéndose una media de 1.63 cm, una moda de 1.60 cm y mediana de 1.62cm.

TABLA 5: GRADO DE OBESIDAD DE ACUERDO AL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE LA UMF EN EL 2012.

GRADO DE OBESIDAD	FRECUENCIA N°	PORCENTAJE %
GRADO I	138	47.4
GRADO II	103	35.4
GRADO III	46	15.8
GRADO IV	4	1.4
TOTAL	291	100%

GRÁFICO 5: POBLACIÓN DE ESTUDIO POR GRADO DE OBESIDAD



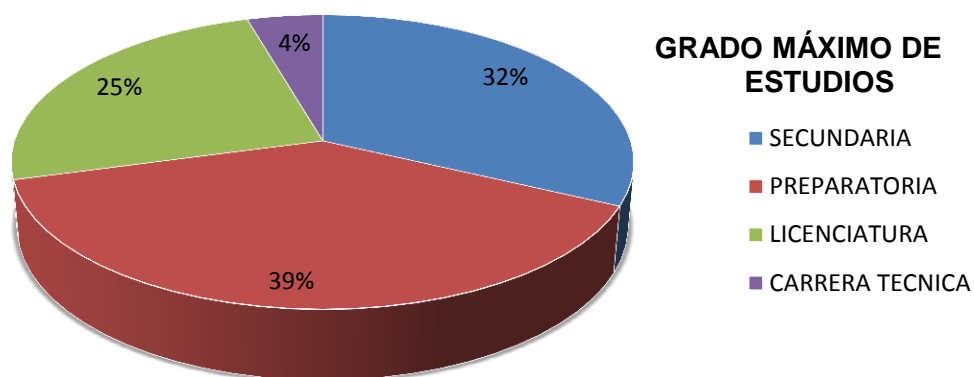
FUENTE: Encuestas aplicadas de la Asociación entre la Percepción de Salud y el estado de Bienestar Psicológico en Obesos de 20 a 40 años en la UMF 21 de Julio a Octubre en el 2012.

De la misma manera el índice de masa corporal (IMC), en la población participante tiene la siguiente característica: En la población se encuentra que la Obesidad Grado I es la que prevalece más, con un 47%, seguida por la Obesidad Grado II con un 35%.

TABLA 6: ESCOLARIDAD DE POBLACIÓN DE ESTUDIO DE LA UMF 21 EN EL 2012

ESCOLARIDA	FRECUENCIA N°	PORCENTAJE %
SECUNDARIA	93	32
PREPARATORIA	113	38.8
LICENCIATURA	72	24.7
CARRERA TECNICA	13	4.5
TOTAL	291	100%

GRÁFICO 6: POBLACIÓN DE ESTUDIO DE ACUERDO A ESCOLARIDAD



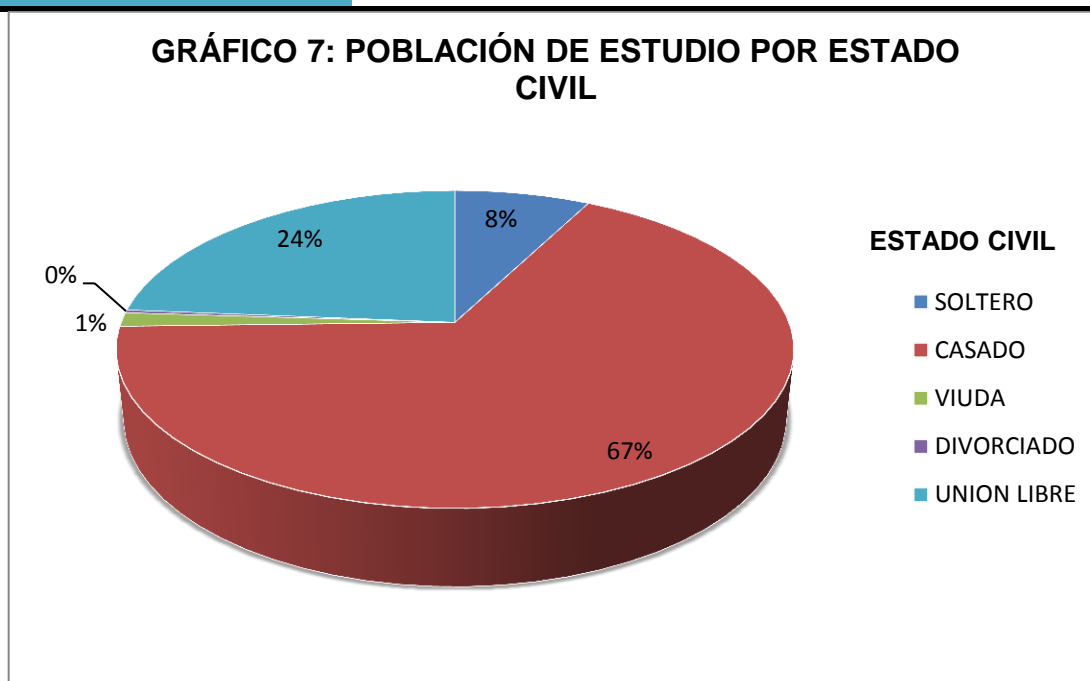
FUENTE: Encuestas aplicadas de la Asociación entre la Percepción de Salud y el estado de Bienestar Psicológico en Obesos de 20 a 40 años en la UMF 21 de Julio a Octubre en el 2012.

Con respecto a la escolaridad se encuentra en la población participante del estudio, reflejan que la mayor prevalencia es la preparatoria con un 39%, seguida de la secundaria con un 32%.

TABLA 7: ESTADO CIVIL DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE LA UMF 21 EN EL 2012.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA N°	PORCENTAJE %
SOLTERO	22	7.6
CASADO	195	67.0
VIUDO	4	1.4
DIVORCIADO	1	.3
UNIÓN LIBRE	69	23.7
TOTAL	291	100%

GRÁFICO 7: POBLACIÓN DE ESTUDIO POR ESTADO CIVIL



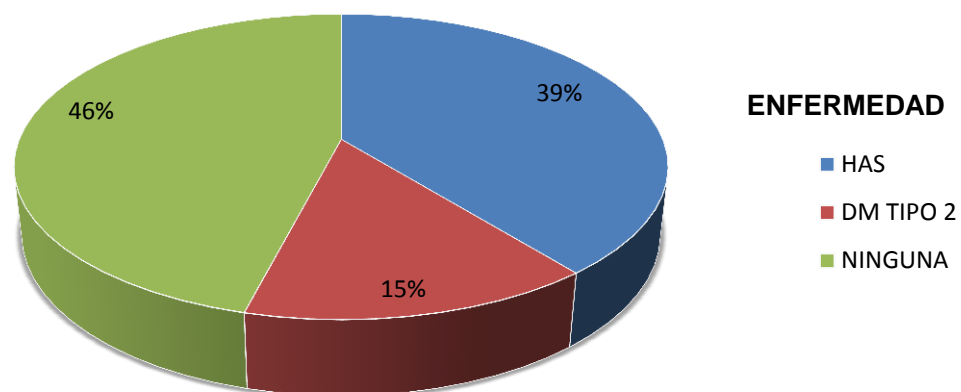
FUENTE: Encuestas aplicadas de la Asociación entre la Percepción de Salud y el estado de Bienestar Psicológico en Obesos de 20 a 40 años en la UMF 21 de Julio a Octubre en el 2012.

Así mismo el estado civil en la población de estudio, fue el de Casado con una prevalencia por arriba de la media del total de la población con 67%, seguida por los de Unión Libre con 24% y los Solteros en un 8%.

TABLA 8: PRESENCIA DE ENFERMEDAD CRONICO-DEGENERATIVA EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE LA UMF EN EL 2012.

ENFERMEDAD	FRECUENCIA N°	PORCENTAJE %
HAS	114	39.2
DM TIPO 2	43	14.8
NINGUNA	134	46.0
TOTAL	291	100%

GRÁFICO 8: POBLACIÓN DE ESTUDIO CON PRESENCIA DE ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVA



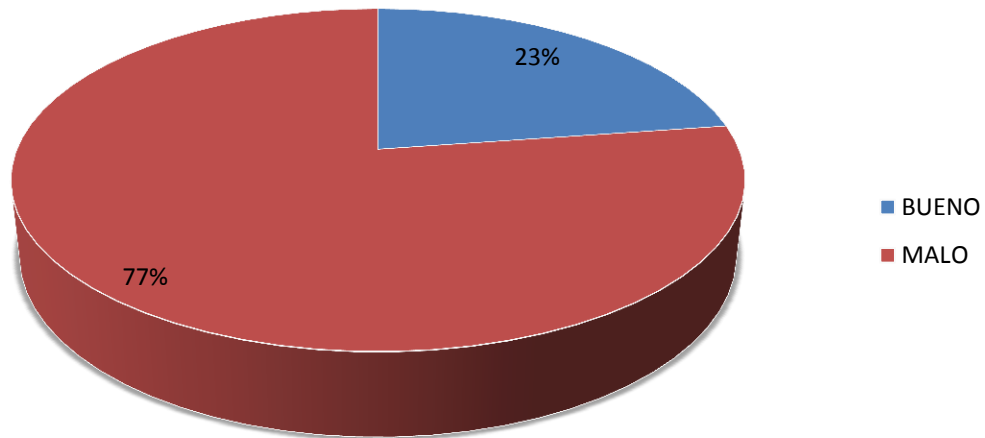
FUENTE: Encuestas aplicadas de la Asociación entre la Percepción de Salud y el estado de Bienestar Psicológico en Obesos de 20 a 40 años en la UMF 21 de Julio a Octubre en el 2012.

En cuanto a una enfermedad crónico degenerativa agregada a la población de estudio, se encontró que el 46% no presentan otra enfermedad agregada, el 39% presentan Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) y el 15% presentan Diabetes Mellitus tipo 2 (DM tipo2).

TABLA 9: CALIDAD DEL MOVIMIENTO FÍSICO DEL PACIENTE EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE LA UMF 21 EN EL 2012.

CALIDAD DE MOV FÍSICO	FRECUENCIA N°	PORCENTAJE %
BUENO	66	22.7
MALO	225	77.3
TOTAL	291	100%

GRÁFICO 9: CALIDAD DE MOVILIDAD FÍSICA EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO



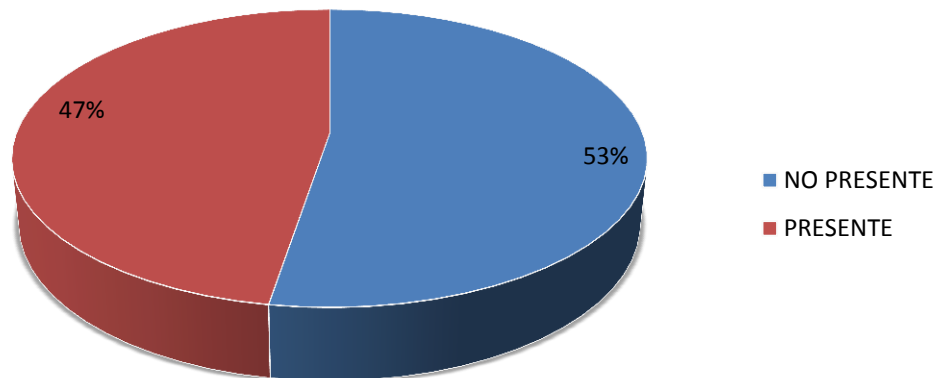
FUENTE: Encuestas aplicadas de la Asociación entre la Percepción de Salud y el estado de Bienestar Psicológico en Obesos de 20 a 40 años en la UMF 21 de Julio a Octubre en el 2012.

Dentro de la Percepción de Salud, la Calidad de la Movilidad Física que se encontró en población de estudio fue Mala con 77%, siendo más de la media de la población, y Buena en un 23% de la población.

TABLA 10: PRESENCIA DE DOLOR EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE LA UMF 21 EN EL 2012.

PRESENCIA DE DOLOR	FRECUENCIA N°	PORCENTAJE %
NO PRESENTE	153	52.6
PRESENTE	138	47.4
TOTAL	291	100%

GRÁFICO 10: PRESENCIA DE DOLOR EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO



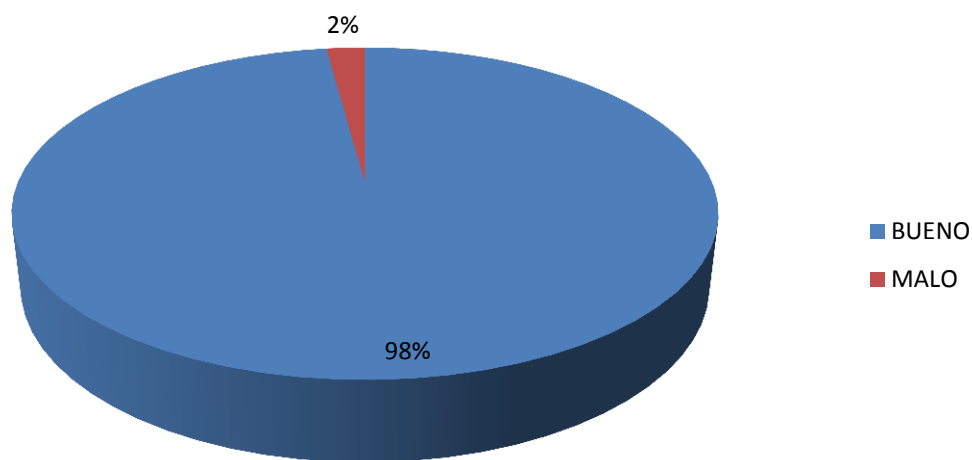
FUENTE: Encuestas aplicadas de la Asociación entre la Percepción de Salud y el estado de Bienestar Psicológico en Obesos de 20 a 40 años en la UMF 21 de Julio a Octubre en el 2012.

Así mismo, la presencia de dolor en los pacientes participantes del estudio, se encontró que un poco más de la mitad No Presentan Dolor con un 53% I, y los que Si Presentan Dolor tiene un 47% del total.

TABLA 11: CALIDAD DEL SUEÑO EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE LA UMF 21 EN 2012.

CAIDAD DEL SUEÑO	FRECUENCIA N°	PORCENTAJE %
BUENO	285	97.9
MALO	6	2.1
TOTAL	291	100%

GRAFICO 11. CALIDAD DEL SUEÑO EN LA POBLACION DE ESTUDIO



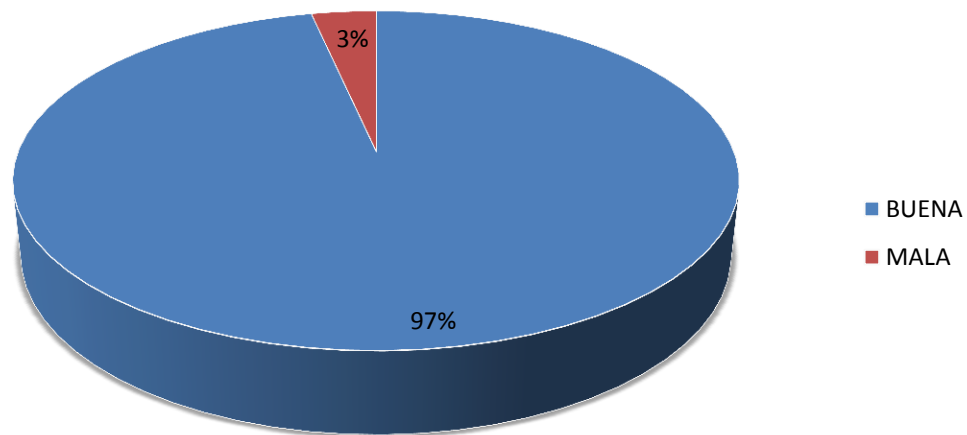
FUENTE: Encuestas aplicadas de la Asociación entre la Percepción de Salud y el estado de bienestar psicológico en Obesos de 20 a 40 años en la UMF 21 de Julio a Octubre en el 2012.

En el caso de la Calidad del Sueño, se encontró que la población de estudio, Si Presentan una Buena Calidad del Sueño con un 98%, y solo Mala la Calidad del Sueño en la población de estudio en un 2% del total de la población.

TABLA 12: CALIDAD DE LA MOTIVACION EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE LA UMF 21 EN EL 2012.

MOTIVACION	FRECUENCIA N°	PORCENTAJE %
BUENA	281	96.6
MALA	10	3.4
TOTAL	291	100%

GRAFICO 12: CALIDAD DE LA MOTIVACION EN LA POBLACION DE ESTUDIO



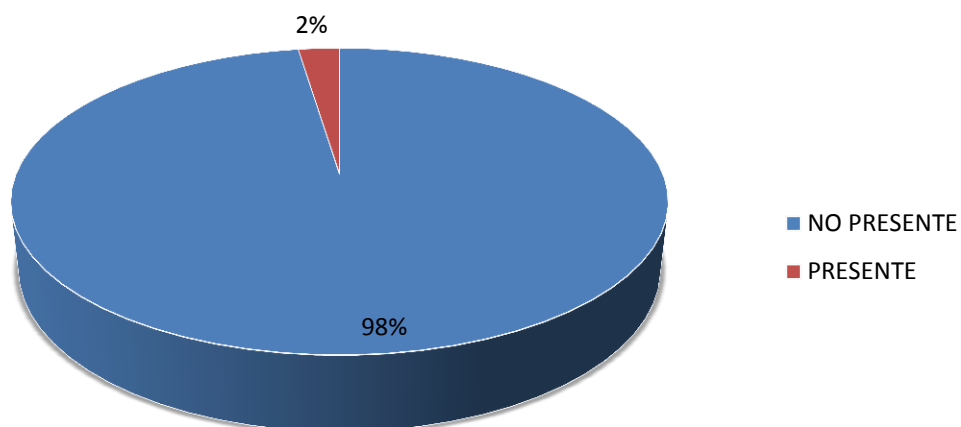
FUENTE: Encuestas aplicadas de la Asociación entre la Percepción de Salud y el estado de bienestar psicológico en Obesos de 20 a 40 años en la UMF 21 de Julio a Octubre en el 2012.

Con respecto a la Calidad de la Motivación, se encontró que Si hay una Buena Motivación en la población con un 97%. Solo el 3% de la población presento Mala Motivación.

TABLA 13: PRESENCIA DE AISLAMIENTO SOCIAL EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

AISLAMIENTO SOCIAL	FRECUENCIA N°	PORCENTAJE %
NO PRESENTE	284	97.6
PRESENTE	7	2.4
TOTAL	291	100%

GRAFICO 13: PRESENCIA DE AISLAMIENTO SOCIAL EN LA POBLACION DE ESTUDIO



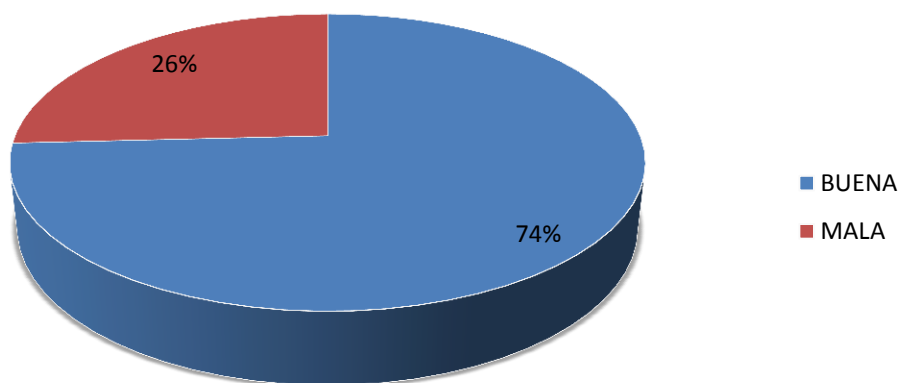
FUENTE: Encuestas aplicadas de la Asociación entre la Percepción de Salud y el estado de bienestar psicológico en Obesos de 20 a 40 años en la UMF 21 de Julio a Octubre en el 2012.

Otro de los aspectos es la Presencia de Aislamiento Social, en la población de estudio se encuentra que No hay Aislamiento Social en un 98%, solo encontrando un 2% donde Si hay Aislamiento Social, del total de la población.

TABLA 14: REACCION EMOCIONAL DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE LA UMF 21 EN EL 2012.

REACCION EMOCIONAL	FRECUENCIA N°	PORCENTAJE %
BUENA	216	74.2
MALA	75	25.8
TOTAL	291	100%

GRAFICO 14: REACCION EMOCIONAL DE LA POBLACION DE ESTUDIO ANTE LOS PROBLEMAS



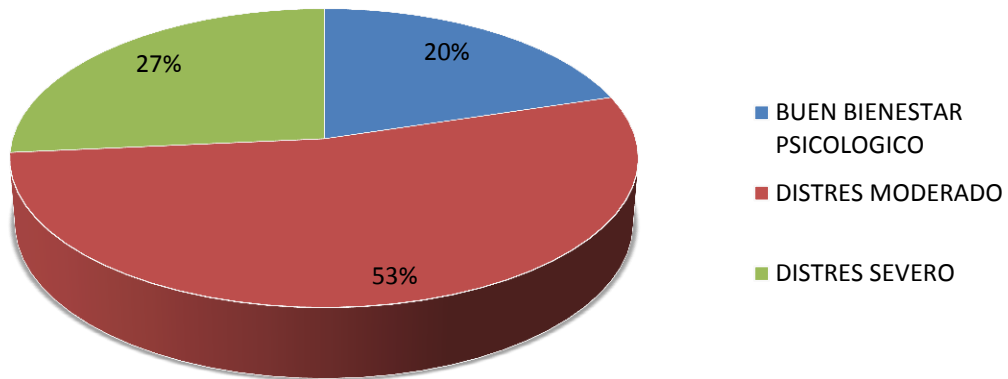
FUENTE: Encuestas aplicadas de la Asociación entre la Percepción de Salud y el estado de bienestar psicológico en Obesos de 20 a 40 años en la UMF 21 de Julio a Octubre en el 2012.

En el caso de la Reacción Emocional, se encuentra que es Buena la Reacción Emocional en un 74%, Mala la Reacción Emocional en un 26% de la población de estudio.

TABLA 15: PRESENCIA DEL BIENESTAR PSICOLOGICO EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

BIENESTAR PSICOLOGICO	FRECUENCIA N°	PORCENTAJE %
BUEN BINESTAR	59	20.3
DISTRES MODERADO	155	53.3
BIENESTAR SEVERO	77	26.5
TOTAL	291	100%

GRAFICO 15: PRESENCIA DE BIENESTAR PSICOLOGICO EN LA POBLACION DE ESTUDIO

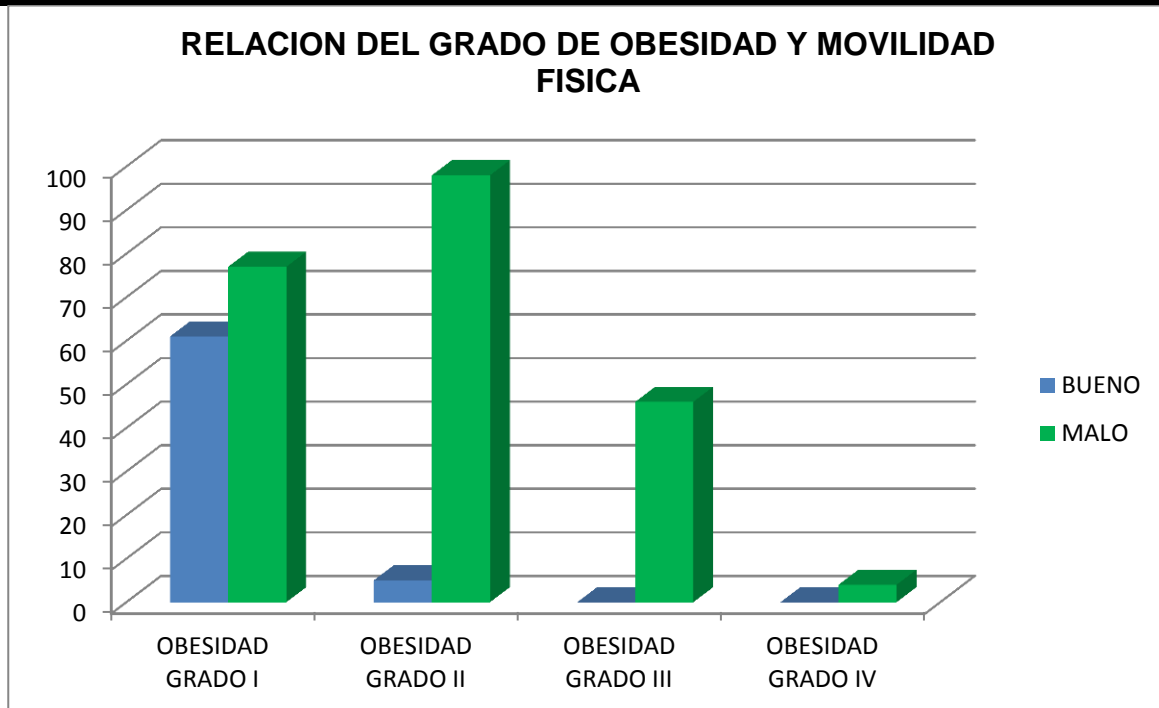


FUENTE: Encuestas aplicadas de la Asociación entre la Percepción de Salud y el estado de bienestar psicológico en Obesos de 20 a 40 años en la UMF 21 de Julio a Octubre en el 2012.

La población de estudio fue de 291 pacientes, donde se encuentra que más de la mitad de ellos presentan un Distres Moderado con el 53%, seguido de un Distres Severo con el 27% y un Buen Bienestar Psicológico con el 20%.

TABLA 16: RELACION DEL GRADO DE OBESIDAD CON LA MOVILIDAD FISICA EN LA POBLACION DE ESTUDIO

GRADO DE OBESIDAD	BUENO	MALO
OBESIDAD GRADO I	61	77
OBESIDAD GRADO II	5	98
OBESIDAD GRADO III	0	46
OBESIDAD GRADO IV	0	4
TOTAL	291	

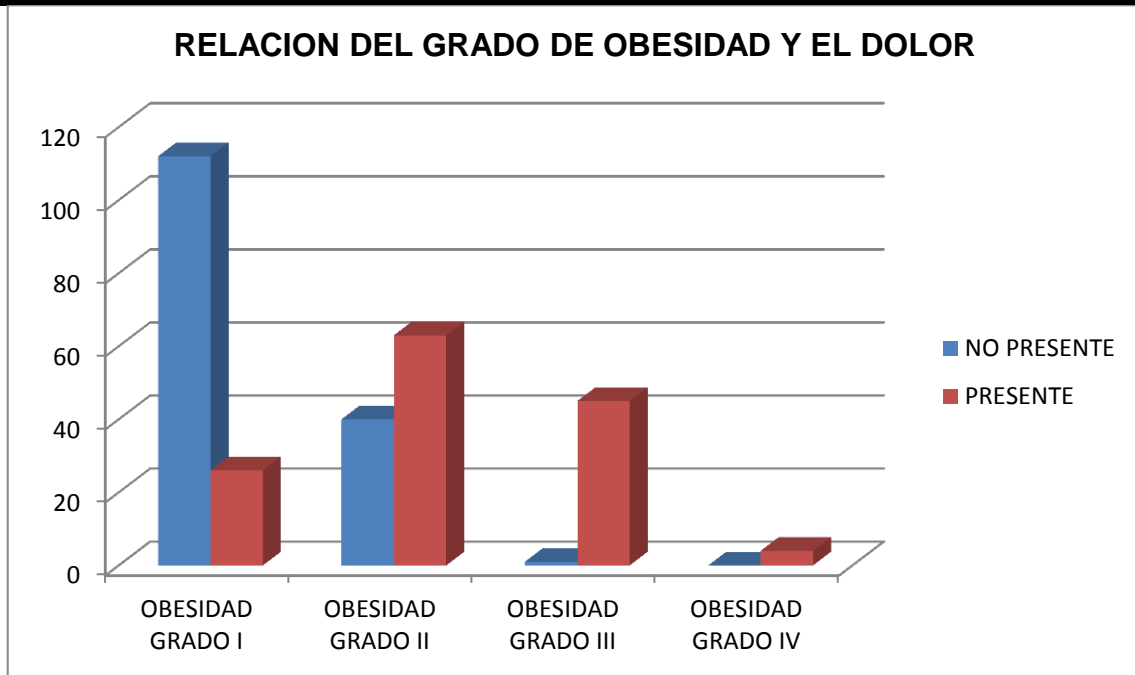


FUENTE: Encuestas aplicadas de la Asociación entre la Percepción de Salud y el estado de bienestar psicológico en Obesos de 20 a 40 años en la UMF 21 de Julio a Octubre en el 2012.

Para las asociaciones entre variables de la población de estudio. La movilidad física y el grado de obesidad se observa que en un grado I la movilidad esta conservada de manera adecuada, sin embargo a mayor grado de obesidad mayor la presencia de mala movilidad física del paciente, debido a dolor, o a las múltiples limitaciones que conlleva la misma enfermedad.

TABLA 17: RELACION DEL GRADO DE OBESIDAD CON PRESENCIA DEL DOLOR EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

GRADO DE OBESIDAD	NO PRESENTE	PRESENTE
OBESIDAD GRADO I	112	26
OBESIDAD GRADO II	40	63
OBESIDAD GRADO III	1	45
OBESIDAD GRADO IV	0	4
TOTAL	291	

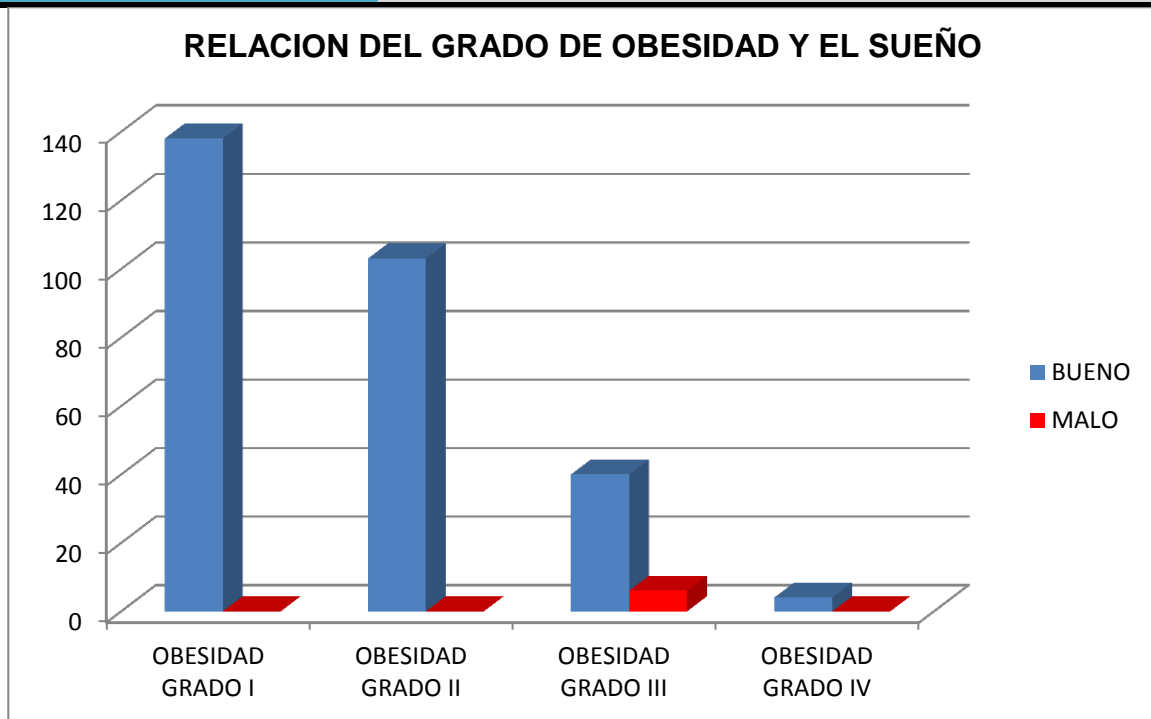


FUENTE: Encuestas aplicadas de la Asociación entre la Percepción de Salud y el estado de bienestar psicológico en Obesos de 20 a 40 años en la UMF 21 de Julio a Octubre en el 2012.

Con respecto al dolor en la muestra se observa que en un grado I no hay presencia del dolor de manera importante, pero al aumentar el grado de obesidad del individuo, la presencia del dolor va incrementándose, ya que la limitación o ausencia de la movilidad física, puede originar dolor.

TABLA 18: RELACION DEL GRADO DE OBESIDAD CON LA CALIDAD DEL SUEÑO EN LA POBLACION DE ESTUDIO

GRADO DE OBESIDAD	BUENO	MALO
OBESIDAD GRADO I	138	0
OBESIDAD GRADO II	103	0
OBESIDAD GRADO III	40	6
OBESIDAD GRADO IV	4	0
TOTAL	291	

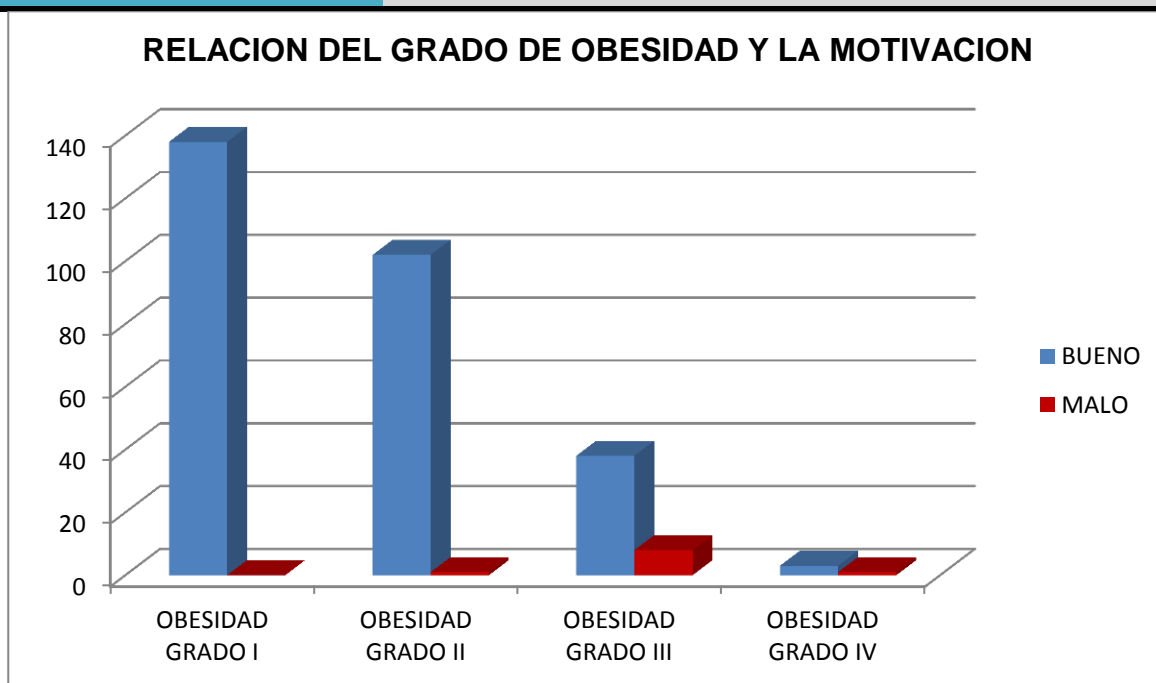


FUENTE: Encuestas aplicadas de la Asociación entre la Percepción de Salud y el estado de bienestar psicológico en Obesos de 20 a 40 años en la UMF 21 de Julio a Octubre en el 2012.

En este caso el grado de obesidad no tiene ninguna relación con la calidad del sueño, este sigue siendo el mismo aunque aumente la obesidad, dado a que la enfermedad afecta a otras áreas y no al sueño.

TABLA 19: RELACION DEL GRADO DE OBESIDAD CON LA MOTIVACION EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

GRADO DE OBESIDAD	BUENO	MALO
OBESIDAD GRADO I	138	0
OBESIDAD GRADO II	102	1
OBESIDAD GRADO III	38	8
OBESIDAD GRADO IV	3	1
TOTAL	291	

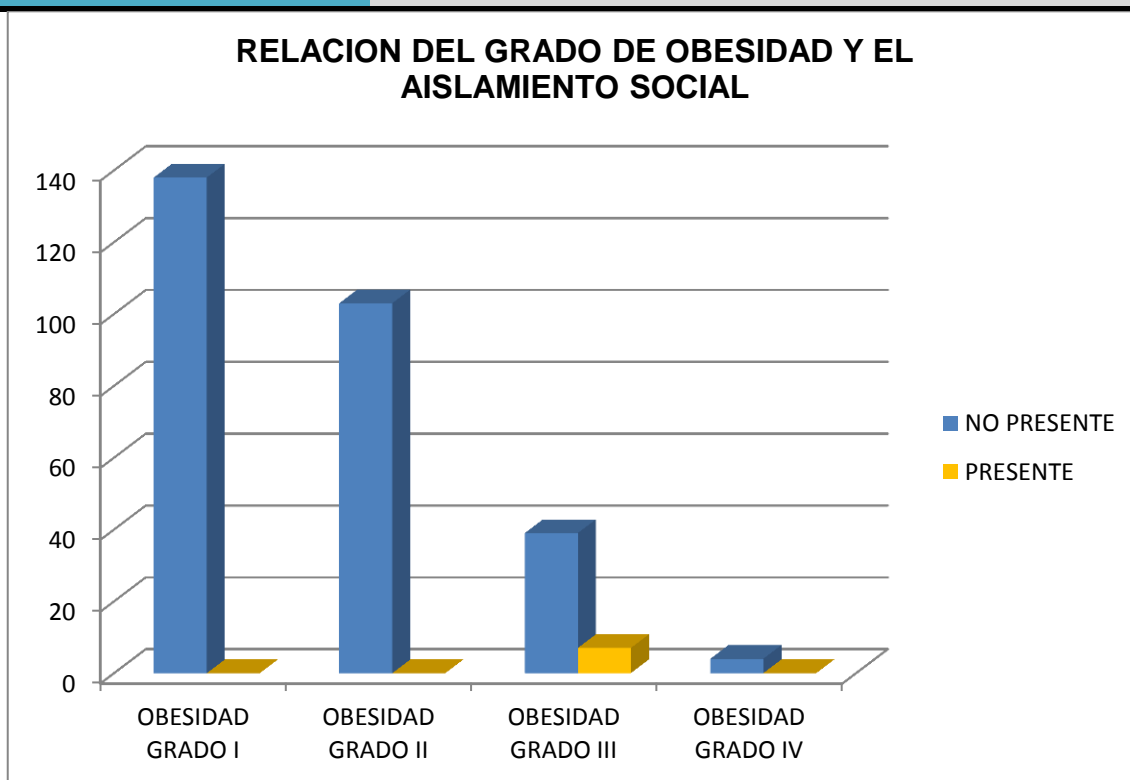


FUENTE: Encuestas aplicadas de la Asociación entre la Percepción de Salud y el estado de bienestar psicológico en Obesos de 20 a 40 años en la UMF 21 de Julio a Octubre en el 2012.

Con respecto a la motivación que se encuentra en la muestra de estudio, no se observa alguna relación, los pacientes con cualquier grado de obesidad tiene una adecuada motivación para realizar sus actividades cotidianas.

TABLA 20: RELACION DEL GRADO DE OBESIDAD CON EL AISLAMIENTO FISICO EN LA POBLACION DE ESTUDIO

GRADO DE OBESIDAD	NO PRESENTE	PRESENTE
OBESIDAD GRADO I	138	0
OBESIDAD GRADO II	103	0
OBESIDAD GRADO III	39	7
OBESIDAD GRADO IV	4	0
TOTAL	291	

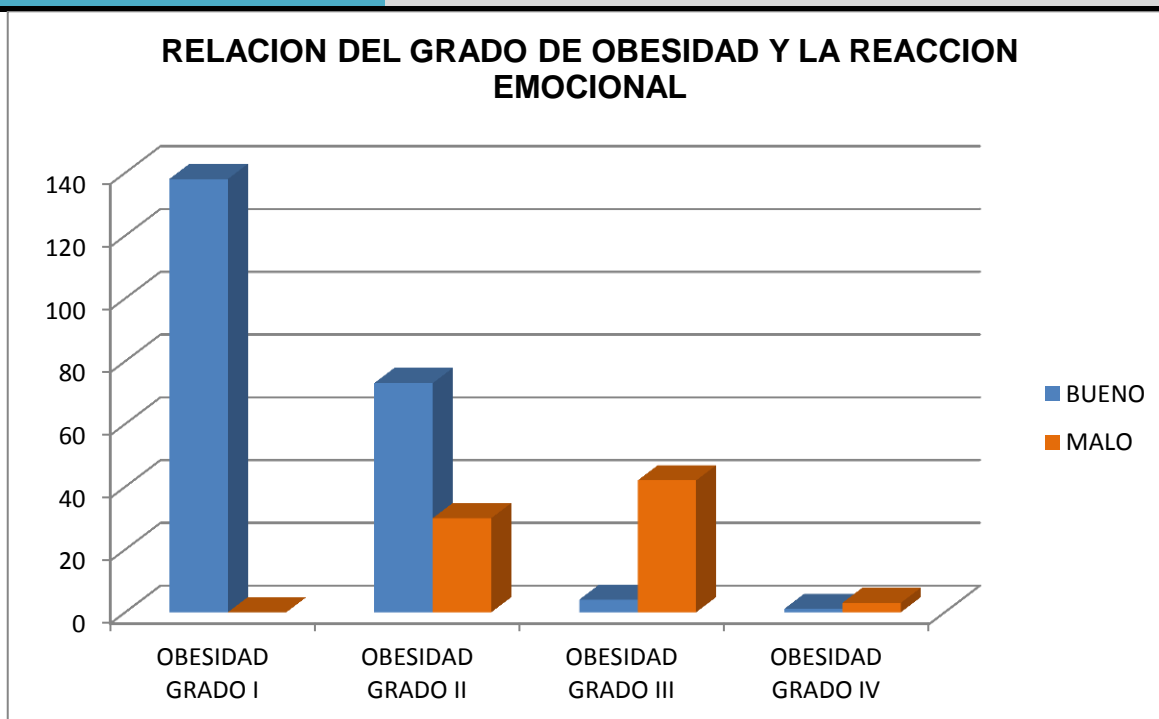


FUENTE: Encuestas aplicadas de la Asociación entre la Percepción de Salud y el estado de bienestar psicológico en Obesos de 20 a 40 años en la UMF 21 de Julio a Octubre en el 2012.

De la misma manera que la anterior el aislamiento social no tiene relación alguna con el grado de obesidad, el incremento del grado de obesidad no predispone al aislamiento social.

TABLA 21: RELACION DEL GRADO DE OBESIDAD CON LAS REACCION EMOCIONAL EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

GRADO DE OBESIDAD	BUENO	MALO
OBESIDAD GRADO I	138	0
OBESIDAD GRADO II	73	30
OBESIDAD GRADO III	4	42
OBESIDAD GRADO IV	1	3
TOTAL	291	



FUENTE: Encuestas aplicadas de la Asociación entre la Percepción de Salud y el estado de bienestar psicológico en Obesos de 20 a 40 años en la UMF 21 de Julio a Octubre en el 2012.

Por el contrario en las reacciones emocionales, la población de estudio se observa que al aumentar el grado de obesidad se van presentando de manera mala las reacciones emocionales, debido a las limitaciones de la enfermedad y al ámbito que rodea al individuo.

TABLA 22: RELACION DEL GRADO DE OBESIDAD CON EL ESTADO DE BIENESTAR PSICOLOGICO EN LA POBLACION DE ESTUDIO

GRADO DE OBESIDAD	BUEN BIENESTAR	DISTRES	
		MODERADO	SEVERO
OBESIDAD GRADO I	59	79	0
OBESIDAD GRADO II	0	76	27
OBESIDAD GRADO III	0	0	46
OBESIDAD GRADO IV	0	0	4
TOTAL		291	



FUENTE: Encuestas aplicadas de la Asociación entre la Percepción de Salud y el estado de bienestar psicológico en Obesos de 20 a 40 años en la UMF 21 de Julio a Octubre en el 2012.

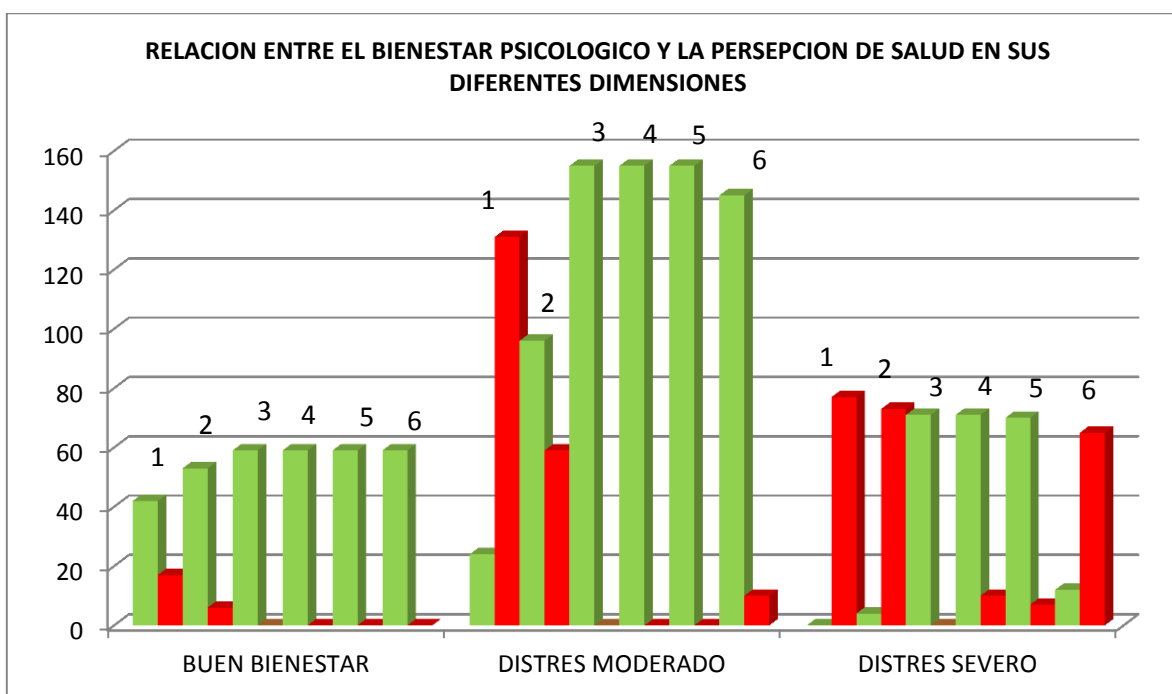
Por otro lado de la población de estudio, el estado psicológico con el grado de obesidad se observan que conforme va en aumento el grado de obesidad, el bienestar psicológico se ve más alterado, en apego a las alteraciones específicas de la percepción de salud que cada individuo maneja.

TABLA 23: RELACIÓN ENTRE EL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y LA PERCEPCIÓN DE SALUD EN SUS DIFERENTES DIMENSIONES EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE LA UMF 21 EN EL 2012.

Bienestar Psicológico	Movilidad Física		Dolor		Sueño		Motivación		Aislamiento Social		Reacciones Emocionales	
	B	M	NP	P	B	M	B	M	NP	P	B	M
Buen Bienestar	42	17	53	6	59	0	59	0	59	0	59	0
Distres Moderado	24	131	96	59	155	0	155	0	155	0	145	10
Distres Severo	0	77	4	73	67	10	67	10	70	7	12	65
TOTAL	291		291		291		291		291		291	

B: BUENO M: MALO NP: NO PRESENTE P: PRESENTE

FUENTE: Encuestas aplicadas de la Asociación entre la Percepción de Salud y el estado de bienestar psicológico en Obesos de 20 a 40 años en la UMF 21 de Julio a Octubre en el 2012.



1) MOVILIDAD FISICA 2) DOLOR 3) SUEÑO 4) MOTIVACION 5) AISLAMIENTO SOCIAL 6) REACCION EMOCIONAL
 BUENO O NO PRESENTE (green square) MALO O PRESENTE (red square)

De manera específica, nuestra población de estudio, se observa que la percepción de la salud está afectada con un estado de bienestar psicológico alterado, específicamente encontrándose alterada en la movilidad física, en la presencia de dolor y en las reacciones emocionales, observándose sin alteraciones en el sueño, la motivación y aislamiento social, en cualquier etapa del bienestar psicológico.

TABLA 24: CORRELACION Y ASOCIACION ENTRE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y LA PERCEPCIÓN DE SALUD EN SUS DIFERENTES DIMENSIONES DE ESTUDIO.

	MOVILIDAD FISICA		DOLOR		SUEÑO		MOTIVACION		AISLAMIENTO SOCIAL		REACCION EMOCIONAL	
	r	X2	r	X2	r	X2	r	X2	r	X2	r	X2
EDAD	r= .016 sig= .782	28.65 7 gl= 20 sig= .095	r= .071 sig= .229	28.856 gl= 20 sig= .091	r= .062 sig= .289	12.477 gl= 20 sig= .899	r= .006 sig= .919	13.45 9 gl= 20 sig= .857	r= .025 sig= .674	13.26 6 gl= 20 sig= .866	r= .043 sig= .469	27.573 gl= 20 sig= .120
SEXO	r= -.041 sig= .483	.497 gl= 1 sig= .481	r= -.091 sig= .122	2.397 gl= 1 sig= .902	r= -.007 sig= .902	.015 gl= 1 sig= .901	r= -.062 sig= .292	1.117 gl= 1 sig= .232	r= -.070 sig= .232	1.437 gl= 1 sig= .231	r= -.095 sig= .105	2.635 gl= 1 sig= .120
PESO	r=.318** sig=.000	89.637* gl= 65 sig= .023	r=.375** sig=.000	101.436* gl= 65 sig= .003	r=.454** sig=.009	141.258** gl= 65 sig= .000	r=.212** sig=.000	99.173* gl= 65 sig= .004	r=.144** sig=.014	84.764* gl= 65 sig= .050	r=.414** sig=.000	123.704** gl= 65 sig= .000
TALLA	r= -.059 sig= .315	35.521 gl= 44 sig= .815	r= -.113 sig= .054	43.308 gl= 44 sig= .501	r= -.020 sig= .730	46.107 gl= 44 sig= .385	r= -.054 sig= .360	18.905 gl= 44 sig= 1.000	r= -.066 sig= .265	21.508 gl= 44 sig= .998	r= -.128* sig= .028	56.741 gl= 44 sig= .094
IMC	r=.473** sig=.000	69.783** gl= 3 sig= .000	r=.596** sig=.000	104.321** gl= 3 sig= .000	r=.223** sig=.000	36.620** gl= 3 sig= .000	r=.277** sig=.000	39.398** gl= 3 sig= .000	r=.241** sig=.000	38.202** gl= 3 sig= .000	r=.684** sig=.000	156.847** gl= 3 sig= .000
ESCOLARIDAD	r= -.017 sig= .779	1.954 gl= 3 sig= .582	r= -.040 sig= .493	1.398 gl= 3 sig= .703	r= -.018 sig= .766	3.601 gl= 3 sig= .308	r= -.105 sig= .073	6.028 gl= 3 sig= .110	r= -.070 sig= .232	4.940 gl= 3 sig= .176	r= -.065 sig= .272	7.648 gl= 3 sig= .054
ESTADO CIVIL	r= -.014 sig= .807	4.485 gl= 4 sig= .344	r= .078 sig= .634	2.296 gl= 4 sig= .682	r= .092 sig= .117	2.473 gl= 4 sig= .649	r= -.006 sig= .914	7.505 gl= 4 sig= .111	r= -.015 sig= .232	1.309 gl= 4 sig= .860	r= -.065 sig= .272	3.432 gl= 4 sig= .488
ENFERMEDAD CRONICA DEGENERATIVA	r= -.052 sig= .379	5.728 gl= 2 sig= .057	r= -.191* sig= .001	10.748 gl= 2 sig= .005	r= -.167** sig= .004	9.512 gl= 2 sig= .009	r= -.053 sig= .366	2.759 gl= 2 sig= .252	r=.181** sig=.002	11.136 gl= 2 sig= .004	r=.156** sig=.008	8.027 gl= 2 sig= .018

r= Coeficiente de relación, X2= Chi Cuadrada., gl= Grados de libertad., sig= Significancia

*La correlación o asociación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

**La correlación o asociación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

TABLA 25: CORRELACION Y ASOCIACIÓN ENTRE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y EL BIENESTAR PSICOLÓGICO

VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA	CORRELACION DE SPERMAN	CHI CUADRADA	U DE MANN - WHITNEY
EDAD	r= -.006 sig= .917	X2= 58.285 gl= 40 sig= .031	
SEXO	r= -.059 sig= .313		9093.000 Z -1.012 Sig= .312
PESO	r= .573** sig= .000	X2= 206.546** gl= 130 sig= .000	
TALLA	r= -.059 sig= .314	X2= 106.214 gl= 88 sig= .090	
IMC	r= .771** sig= .000	X2= 239.309** gl= 6 sig= .000	
ESCOLARIDAD	r= -.069 sig= .243	X2= 8.558 gl= 6 sig= .200	
ESTADO CIVIL	r= .050 sig= .393	X2= 6.537 gl= 8 sig= .587	
ENFERMEDAD CRONICO-DEGENERATIVA	r= -.168 sig= .004	X2= 8.909 gl= 4 sig= .063	

TABLA 26: ASOCIACIÓN LINEAL ENTRE LA PERCEPCIÓN DE SALUD EN SUS DIFERENTES DIMENSIONES CON EL BIENESTAR PSICOLÓGICO

DIMENSIÓN	CORRELACION DE SPERMAN	CHI CUADRADA
MOVIMIENTO FÍSICO	r= .548** sig= .000	X2= 106.324** gl= 2 sig= .000
DOLOR	r= .595** sig= .000	X2= 107.617** gl= 2 sig= .000
SUEÑO	r= .204** sig= .000	X2= 17.617** gl= 2 sig= .000
MOTIVACIÓN	r= .265** sig= .000	X2= 28.781** gl= 2 sig= .000
AISLAMIENTO SOCIAL	r= .221** sig= .000	X2= 19.934** gl= 2 sig= .000
REACCIÓN EMOCIONAL	r= .708** sig= .000	X2= 189.149** gl= 2 sig= .000

r=Correlación de Spermán., X2= Chi Cuadrada., sig= Significancia

*La correlación o asociación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

**La correlación o asociación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

DISCUSION

Las características demográficas de la muestra de estudio son similares a las usadas para otros estudios, en el rango de edad se seleccionó una muestra con edad de 20 a 40 años de edad, escogido en función, que no solo se incluían pacientes trabajadores, sino amas de casa y estudiantes; que en relación al estudio son los que tiene una mayor incidencia de presentar alteraciones psicológicas y que tienen una percepción de salud más cercana a la realidad. Otras literaturas Palacios R y col. establecen rangos de edad más amplios desde la adolescencia a la senectud, sin embargo el considerarlo que de esta manera altera los resultados por lo cambios degenerativos que ocurren normalmente en el envejecimiento así alterando la percepción a la salud o el bienestar psicológico, en el caso de los adolescentes el no tener un estilo de vida con muchas responsabilidades, actividades o circunstancias que impliquen tomar decisiones propias para el beneficio de su salud, no están sometidos a cambios psicológicos y no tienes una percepción de su salud cercana a la realidad.

En el caso del sexo las mujeres representan más del 50% de la población de estudio, esto en similitud con otros estudios que determinan la prevalencia de obesidad en el género con una relación de 3:1, según en su estudio Olaiz G y col, especificando Palacios R y col que las mujeres tienes más predisposición a la obesidad por la maternidad, sedentarismo y el estilo de vida al que se someten. A diferencia del hombre que tiene otro estilo de vida.

El peso, la talla y el índice de masa corporal son factores relevantes en el estudio ya que exponen el grado de obesidad en los pacientes, de esta manera se puede relacionar el grado de obesidad con la percepción de salud del paciente; le grado de obesidad en relación a cada una de las dimensiones del PSN, se tuvieron diferencias importantes en los rubros de movilidad física, dolor y reacciones emocionales, calificando peor como aumentaba el grado de obesidad. Lo anterior concuerda con Sach y col. quienes aplicaron el PSN encontrando que las

dimensiones alteradas fueron movilidad y dolor; para el caso de Duval K y col. fueron la movilidad, dolor, higiene personal y emociones al aplicar el SF-36. En el caso del estado de bienestar psicológico, se encontró diferencia importante donde a mayor grado de obesidad mayor presencia de distres severo, en donde hasta el momento no se conoce exactamente la relación Barajas M y col. al estudiar esta relación no la determinan adecuadamente debido a que los resultados estaban asociados a otros factores y patologías psiquiátricas o metabólicas, no obteniendo un resultado fidedigno de la prueba.

En cuanto a la escolaridad esta mencionada como influyente en el afrontamiento a la enfermedad, y a todas sus repercusiones, el tener mayor grado de escolaridad es mejor el afrontamiento de los problemas de salud, desde el punto de vista económico como psicosocial, en esta muestra se encuentra que la preparatoria es el grado máximo, esto solo en similitud de Cassals y Sampere sobre la escolaridad tiene impacto en la calidad de vida, permitiendo una mejor percepción de los problemas de salud desde el punto de vista físico y psicológico.

Con respecto al estado civil, los casados son los que tienen el mayor porcentaje de la muestra de estudio; no encontrándose algún estudio específicamente sobre la relación del estado civil con la percepción de la salud y el bienestar psicológico, sin embargo si concuerda con Cassals y Sampere donde los pacientes que viven en familia tienen mayor apoyo para afrontar las enfermedades y con ello una mejor calidad de vida, entendiendo así que la percepción de salud y el estado psicológico será mejor con el apoyo de la familia.

De las enfermedades crónico degenerativas estudiadas solo la hipertensión arterial sistémica (HAS), se asocia con la obesidad, siendo por la relación que existe por las alteraciones de la función autonómica, generando un incremento en la actividad simpática que produce vasoconstricción, además de que la asociación de las dos aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares, estos resultados

son similares a los reportados por Castro V y col. quienes confirman la relación entre la HAS y obesidad, y no la relación entre la DM y obesidad.

No resulta fácil comparar los resultados de este estudio, con los de otros estudios, ya que la mayoría de ellos sólo se dedican al análisis de la obesidad y la percepción de la salud, y estos usan diferentes escalas para medir la percepción de salud, no obstante de ellos no son muy diferentes al que usamos en nuestro estudio con respecto a las dimensiones de estudio. La obesidad es una enfermedad que en los últimos años ha trascendido en nuestro país, según la ENSANUT del 2012 y la probabilidad de padecerla es muy elevada.

La percepción a la salud es una de las características que en relación con la obesidad se ha estudiado en varios puntos del mundo, haciendo referencia que no todos los servidores de la salud sabemos evaluarla; en esta población de estudio, la percepción a la salud y de acuerdo a sus características sociodemográficas se encuentra que a mayor incremento de peso y a mayor índice de masa corporal propician que el paciente tenga una mala percepción de su salud, corroborando esto con pruebas estadísticas con chi cuadrada y una correlación de spearman (tabla 24), en donde el peso y el sueño se encuentran con una asociación significativa del 0.05 donde $\chi^2=141.258$ con $gl=65$ y $sig=.000$ y con una correlación pobremente significativa del 0.05 donde $r = .454$ $sig= .009$ es decir que el aumento del peso no favorece a una buena calidad del sueño. En cuanto al rubro de las reacciones emocionales y el peso se encuentra $\chi^2 =123.704$ con $gl = 65$ y $sig. = .000$ con una correlación donde $r = .414$ $sig. = .000$, es decir que el peso influye en las reacciones emocionales de alguna manera en similitud con Duval K y col quienes tuvieron dentro de sus estudios las emociones como una de las más afectadas dimensiones, en la percepción de la salud.

De la misma manera en este rubro del índice de masa corporal, siendo uno de los elementos de mayor importancia en el estudio se determinó de la misma manera chi cuadrada y correlación de spearman (tabla 24) donde en cada una de las

dimensiones se encuentra una asociación y correlación importante, significativa al nivel de 0.01, es decir para la movilidad física y el IMC $X^2 = 69.783$ con $gl = 3$ la $sig.=.000$ la correlación es de $r = .473$ $sig.=.000$, para el dolor $X^2 = 104.321$ con $gl = 3$ la $sig.=.000$ en la correlación $r = .596$ $sig.=.000$, para el sueño $X^2 = 36.620$ con $gl = 3$ la $sig.=.000$ la correlación con $r = .223$ $sig.=.000$, de la misma manera la motivación $X^2 = 39.398$ con $gl = 3$ la $sig.=.000$ la correlación $r = .227$ $sig.=.000$, con respecto al aislamiento social la $X^2 = 38.202$ con $gl = 3$ $sig.=.000$ la correlación $r = .241$ $sig.=.000$, y para las reacciones emocionales $X^2 = 156.847$ con $gl = 3$ $sig.=.000$ a correlación $r = .684$ $sig.=.000$. es decir que al aumento del índice de masa corporal influye más en la percepción a la salud como se encontró con Duval y col. donde los pacientes a mayor obesidad mayor presencia de dimensiones alteradas en la percepción de salud.

En otro punto importante se encuentra el bienestar psicológico que es determinante para el afrontamiento de los problemas de salud, en todos sus ámbitos en la relación del estado de bienestar psicológico y los rubros sociodemográficos, se encuentra en la muestra que el peso y el índice de masa corporal son los que tienen más relación (tabla 25), con una asociación y correlación significativa al nivel 0.01, en el peso se encontró $X^2 = 206.546$ con $gl = 130$ $sig.=.000$ en la correlación $r = .573$ $sig.=.000$ en cuanto al índice de masa corporal se tiene $X^2 = 239.309$ con $gl = 6$ $sig.=.000$ la correlación $r = .771$ $sig.=.000$, para entender el peso y el índice de masa corporal son parámetros que influyen en la presencia de alguna etapa del bienestar psicológico, a mas incremento del peso como del índice de masa corporal la presencia de una distres severo es más probable.

La percepción a la salud en todas sus dimensiones ha sido estudiada en relación a parámetros de interés de muchos investigadores, sin embargo en relación al estado de bienestar psicológico, solo Barajas y Robledo lo describen, pero no con exactitud por la presencia de otros factores que no favorecieron a ser fidedigno el resultado, en la población de estudio son los parámetros de mayor importancia,

encontrando por medio de la asociación y correlación una significancia al nivel del 0.01, entre todas las dimensiones de la percepción de la salud y el bienestar psicológico (tabla 26), al movimiento físico $X^2 = 106.324$ con $gl = 2$ $sig.=.000$ una correlación $r = .548$ $sig.=.000$, con respecto al dolor $X^2 = 107.617$ con $gl = 2$ $sig.=.000$ la correlación $r = .595$ $sig.=.000$, para el sueño $X^2 = 17.617$ con $gl = 2$ $sig.=.000$ la correlación $r = .204$ $sig.=.000$, en el caso de la motivación $X^2 = 28.781$ con $gl = 2$ $sig.=.000$ la correlación $r = .265$ $sig.=.000$, para el aislamiento social $X^2 = 19.934$ con $gl = 2$ $sig.=.000$ la correlación $r = .221$ $sig.=.000$, y para el último la reacción emocional $X^2 = 189.149$ con $gl = 2$ $sig.=.000$ la correlación $r = .708$ $sig.=.000$, para entender la relación entre estos dos parámetros tiene una asociación y correlación muy alta, de tal manera que los parámetros si influyen el uno al otro, a la presencia de un distres moderado o severo en el estado de bienestar psicológico es mayor la alteración de cada una de las dimensiones de la percepción a la salud, o en sentido alterno una percepción de la salud alterada en cualquiera de sus dimensiones propicia a la presencia de un distres moderado o severo. Apreciando que no hay estudio actualmente que tenga similitud con el nuestro ya que la relación de estos parámetros no se ha estudiado en nuestro país.

CONCLUSIONES

- ✚ La obesidad es una entidad que presenta una trascendencia económica, social, psicológica y cultural; según las características de cada individuo, puede ser un factor de riesgo muy alto para presentar patologías, no solo de tipos metabólicas sino psicológicas, que pueden alterar la funcionalidad de los individuos en edad productiva para la sociedad, como lo es en esta población de estudio.
- ✚ Los aspectos sociodemográficos como factores de riesgo, que se encuentra cada individuo con obesidad, tienen un peso importante en la evolución como en la presencia de alteraciones y complicaciones, por lo que es importante identificarlos y modificarlos, siendo una medida de prevención imprescindible en este grupo de pacientes.
- ✚ El grado de obesidad en los pacientes es un punto determinante para la percepción del salud del paciente, por eso el peso y consecuentemente el índice de masa corporal son los factores modificables más importantes en la población de estudio.
- ✚ La percepción de salud, es un parámetro que no es fácil de evaluar, que su conocimiento nos permite valorar la calidad de vida relacionada a su salud del individuo, nos permite tener un mejor panorama del padecer del paciente, específicamente donde se encuentra la problemática no solo de salud, sino del ámbito social y emocional, saber la necesidad de satisfacción del paciente, para su mejor calidad de vida.
- ✚ El estado psicológico del paciente con obesidad es determinante para el afrontamiento de esta enfermedad, permitiéndole una motivación para llevar a cabo medidas de prevención, apego al tratamiento y cambios en su estilo de vida, elevando su autoestima para una mejor percepción de su salud.

- ✚ El estado psicológico y la percepción de la salud son aspectos que entre sí mismos tienen una fuerte dependencia el uno del otro, determinan el mejoramiento o empeoramiento del individuo y no solo de su salud, sino también de su satisfacción individual, familiar, social, emocional, laboral entre otros. Y que de manera general se le conoce como calidad de vida relacionada a su salud.

SUGERENCIAS

Se encontró por medio de este estudio que los pacientes con obesidad en asociación con el estado de bienestar psicológico y la percepción de su salud tienden a presentar ciertas características que influyen en la salud como:

- ✚ Los factores psicosociales impiden el adecuado afrontamiento a la enfermedad.
- ✚ La limitación de algunas actividades de la vida diaria, por la enfermedad favorecen a desencadenar patologías de tipo psiquiátricas que complican en mejoramiento del paciente de manera integral.

Algunos de los factores predisponentes de la enfermedad, salen de la intervención del Médico Familiar, sin embargo los factores modificables por medio de la detección temprana tienen un impacto, modifica el curso de la enfermedad y favorece a su recuperación; por consiguiente es indispensable reforzar las medidas de detección, de pronóstico y orientación de las posibles complicaciones, siguiendo algunas acciones como:

- ✚ Atención médica de manera regular priorizando el estado psicológico y su percepción de salud del paciente.
- ✚ Fomentar la comunicación y el desarrollo de una relación médico-paciente, basada en empatía, que favorezcan a la comprensión, detección y manejo de la enfermedad.
- ✚ Evaluación del paciente de manera física, psicológica y social, que nos permita conocer la percepción de su salud, especificando el padecer.

- ✚ Fomentar el autocuidado e higiene mental, como medida preventiva de su salud.

- ✚ Canalizar a psicología aquellos pacientes que presentes una puntuación mala en su estado de bienestar psicológico, de la misma manera a los que presenten una obesidad mórbida al servicio de nutrición.

- ✚ Fomentar y Promover un programa de autoayuda al paciente con obesidad, en el primer nivel de atención, donde, se puedan realizar actividades como ejercicio físico, manejo de dietas, control del estrés, terapias psicológicas en grupo e individual, atención médica, entre otras que permitan valorar al paciente desde todos los aspectos principalmente en su percepción de salud para una mejor calidad de vida y de su estado de bienestar psicológico para un afrontamiento idóneo de la enfermedad.

ANEXOS



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México, D.F. ____ de _____ de 2012.

Por medio de la presente yo _____
_____, autorizo mi participación en el protocolo de investigación titulado **“Asociación entre la Percepción de Salud y su Bienestar Psicológico en Pacientes con Obesidad de 20 a 40 años de la UMF No. 21 del IMSS”**, el cual ha sido aprobado por el Comité Local de Investigación en Salud. El objetivo del estudio es determinar si existe asociación de la Calidad de Vida Relacionada a la Salud y Obesidad en la Unidad Familiar. Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder las encuestas que me proporcionen.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna, 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.

Entiendo que es mi derecho retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente, sin afectar la atención médica que reciba por parte del IMSS.

El investigador responsable me asegura que conservará la privacidad en las publicaciones o presentaciones que se deriven del estudio y que los datos que sean proporcionados será información confidencial.

Nombre Completo y Firma
Participante

Dr. García López Jonathan
Residente de Medicina Familiar
e Investigador

Nombre Completo y Firma
Testigo

Nombre Completo y Firma
Testigo

En caso de dudas y preguntas relacionadas con el estudio comunicarse a la Unidad de Medicina Familiar No. 21 con la Dra. Teresa Salazar al 57686000 Ext. 21428 o bien con el Dr. Jonathan García López Cel. 0445532221299



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

No. 21

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO ANTROPOMÉTRICO

Las siguientes preguntas son referentes a su entorno social, laboral y personal, recordando que sólo es de interés para la investigación y de carácter confidencial.

Conteste las siguientes preguntas o marque con una X:

1. EDAD: _____ (años cumplidos).
2. SEXO: Hombre: _____ Mujer: _____
3. ESCOLARIDAD: _____ (Hasta que año estudió)
4. OCUPACIÓN: _____ (A qué se dedica)
5. ESTADO CIVIL: Casado(a): _____ Soltero(a): _____
 Unión libre: _____ Viudo(a): _____ Separado(a): _____
6. PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD COMO: (Puede marcar más de una)
 Diabetes Mellitus tipo 2: _____ Hipertensión Arterial: _____
 Osteoartritis u Osteoartrosis: _____
7. PESO: _____ KG
8. TALLA: _____ CM
9. IMC: _____



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

No. 21

**EL PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM (PSN)
The Nottingham Health Profile (NHP)**

Las siguientes preguntas son para conocer si en este momento presenta alguna alteración, actividad, hábito o pensamiento, marque con una "X" la respuesta.

	PREGUNTAS	SI	NO
1	Siempre estoy fatigado		
2	Tengo dolor por las noches		
3	Las cosas me deprimen		
4	Tengo un dolor insoportable		
5	Tomo pastillas para dormir		
6	He olvidado que es divertirme		
7	Tengo los nervios de punta		
8	Tengo dolor al cambiar de postura		
9	Me encuentro solo		
10	Solo puedo andar dentro de casa		
11	Me cuesta agacharme		
12	Todo me cuesta un esfuerzo		
13	Me despierto por la madrugada		
14	Soy totalmente incapaz de andar		
15	Últimamente me resulta difícil establecer contacto con la gente		
16	Los días se me hacen interminables		
17	Me cuesta subir y bajar escaleras		
18	Me cuesta mucho alcanzar las cosas		
19	Tengo dolor al andar		
20	Últimamente me enojo con facilidad		
21	Creo que soy una carga para los demás		
22	Me paso la mayor parte de la noche despierto		
23	Siento que estoy perdiendo el control de mí persona		
24	Tengo dolor cuando estoy de pie		
25	Me cuesta vestirme		
26	En ocasiones me quedo sin fuerza		
27	Me cuesta estar de pie mucho tiempo		
28	Tengo dolor constantemente		
29	Me cuesta trabajo dormirme		
30	Creo que no tengo a nadie quien me comprenda		
31	Las preocupaciones me provocan insomnio desvelan por la noche		
32	Creo que no vale la pena vivir		
33	Duermo mal por las noches		
34	Me cuesta trabajo interactuar llevarme con la gente		
35	Necesito ayuda para caminar fuera de casa		
36	Tengo dolor al subir y bajar escaleras		
37	Me despierto desanimado		
38	Tengo dolor cuando estoy sentado		



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

No. 21

ÍNDICE DE BIENESTAR PSICOLÓGICO GENERAL
Psychological General Well-Being Index (PGWBI)

Las siguientes preguntas se refieren a como se ha sentido usted en las últimas tres semanas.
Por favor encierre o subraye la respuesta que usted crea que se aproxime a como se ha sentido.

1. **Durante las tres últimas semanas:**
Como se ha sentido
 - De muy buen humor.
 - De buen humor en general
 - He tenido muchos altibajos
 - De mal humor en general
 - De muy mal humor
2. **Durante las tres últimas semanas:**
Se ha sentido alterado por sus nervios
 - Mucho
 - Bastante
 - Algunas veces
 - Un poco
 - En absoluto
3. **Durante las tres últimas semanas:**
Ha controlado usted adecuadamente sus pensamientos, sentimientos o actos.
 - Si totalmente
 - Si en general
 - No demasiado
 - No casi en absoluto
 - En absoluto
4. **Durante las tres últimas semanas:**
Se ha sentido triste, sin ánimo y sin esperanza hasta el punto de pensar que la vida no vale la pena.
 - Mucho
 - Bastante
 - Algunas veces
 - Un poco
 - En absoluto
5. **Durante las tres últimas semanas:**
Ha estado usted sometido a fuertes tensiones o estrés
 - Sí, más de lo que podía soportar
 - Sí, más de lo normal
 - Sí, como siempre
 - Sí, un poco
 - No, en absoluto
6. **Durante las tres últimas semanas:**
Se encuentra usted feliz y satisfecho con la vida que hace.
 - Muy satisfecho
 - Bastante satisfecho
 - Satisfecho en general
 - Algo insatisfecho
 - Muy insatisfecho
7. **Durante las tres últimas semanas:**
Ha tenido usted sensación de estar perdiendo el control de sus pensamientos o actos.
 - En absoluto
 - Solo un poco
 - No suficiente como para preocuparse por ello
 - Si bastante a menudo
 - Si muy a menudo
8. **Durante las tres últimas semanas:**
Se ha sentido ansioso preocupado o alterado.
 - Mucho
 - Bastante
 - Algunas veces
 - Un poco
 - En absoluto
9. **Durante las tres últimas semanas:**
Se ha sentido fresco y descansado al levantarse
 - Todos los días
 - La mayoría de los días
 - Menos de la mitad de los días
 - No a menudo
 - En absoluto
10. **Durante las tres últimas semanas:**
Se ha sentido preocupado por alguna molestia o dolor o ha temido por su salud
 - Todo el tiempo
 - La mayoría del tiempo
 - Algunas veces
 - Poco en ocasiones
 - En absoluto
11. **Durante las tres últimas semanas:**
Se ha dedicado y entretenido con las cosas que le interesan
 - Todo el tiempo
 - La mayoría del tiempo
 - Algunas veces
 - Poco
 - En absoluto
12. **Durante las tres últimas semanas:**
Se ha sentido desanimado y triste

- Todo el tiempo
 - La mayoría del tiempo
 - De vez en cuando
 - Muy ocasionalmente
 - En absoluto
- 13. Durante las tres últimas semanas:**
Se ha sentido estable y seguro de sí mismo
- Todo el tiempo
 - La mayoría del tiempo
 - Algunas veces
 - De vez en cuando
 - Nunca
- 14. Durante las tres últimas semanas:**
Se ha sentido cansado, rendido o agotado
- Todo el tiempo
 - La mayoría del tiempo
 - Algunas veces
 - De vez en cuando
 - Nunca
- 15. Durante las tres últimas semanas:**
Se ha sentido deprimido
- Si mucho
 - Si un poco
 - Suficiente como para preocuparme
 - Un poco deprimido de vez en cuando
 - No en absoluto
- 16. Durante las tres últimas semanas:**
Como se ha sentido de tenso
- Extremadamente tenso todo el tiempo
 - Muy tenso la mayoría del tiempo
 - Un poco tenso a veces
 - Casi nunca
 - En absoluto
- 17. Durante las tres últimas semanas:**
Se ha sentido lo suficiente bien como para hacer las cosas que le gustan o que tenía que hacer
- Si desde luego
 - Si la mayoría del tiempo
 - La mitad del tiempo
 - No a menudo
- No en absoluto
- 18. Durante las tres últimas semanas:**
Cuanta energía o vitalidad ha tenido
- Mucha energía
 - Bastante energía la mayoría del tiempo
 - Ha variado mucho, con altibajos
 - Poca energía la mayoría del tiempo
 - Ninguna energía
- 19. Durante las tres últimas semanas:**
Ha tenido preocupaciones o temores sobre su salud
- Si continuamente
 - La mayoría del tiempo
 - De vez en cuando
 - No mucho
 - En absoluto
- 20. Durante las tres últimas semanas:**
Se ha sentido activo y con energía
- Muy activo todo el día
 - Generalmente activo
 - Algo activo
 - Rara vez activo
 - No activo en lo absoluto
- 21. Durante las tres últimas semanas:**
Como se ha encontrado de alegre
- Nada en absoluto
 - Solo un poco de vez en cuando
 - Como la mitad del tiempo
 - Bastante, casi todo el tiempo
 - Mucho todo el tiempo
- 22. Durante las tres últimas semanas:**
Como se ha encontrado de relajado
- Muy relajado todo el tiempo
 - Generalmente relajado
 - Relajado la mitad del tiempo
 - Raramente me he sentido relajado
 - En absoluto relajado

BIBLIOGRAFIA

1. Kauffer Hormitz M, et.al. Obesidad en el Adulto, Revista de la Facultad de Medicina UNAM, año 2007.
2. Sánchez Castillo C, et.al. Epidemiología de la Obesidad, Gaceta Médica Mexicana, año 2004.
3. Díaz Villaseñor A. La Obesidad en México, Este País, año 2011.
4. López Villalta MJ. Actualización en Obesidad, Revista de Atención Primaria, año 2010.
5. Cabrerizo Lucio MA. Complicaciones asociadas a la obesidad, Revista Española de Nutrición y Comunidad, año 2006.
6. Vázquez Velásquez V. Psicología y Obesidad, Revista de Endocrinología y Nutrición, año 2001.
7. Silvestre E. Aspectos Psicológicos de la Obesidad, Revista de Endocrinología y Nutrición, 2005.
8. Karbman De Shein R. Obesidad en Adultos: Aspectos Médicos, Sociales y Psicológicos, Revista de Atención Primaria, 2010.
9. Alonso J. La Medida de la Calidad de Vida relacionada a la salud en la investigación y práctica clínica, Gaceta Sanitaria, año 2000.
10. Botero de Mejía B. Calidad de Vida relacionada a la salud en adultos mayores de 60 años, Hacia la promoción a la salud, año 2007
11. Manero Megias S. Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad, Endocrinología y Nutrición, año 2000.
12. Consiglio E, et.al. Nuevos indicadores clínicos de la calidad de vida relacionada a la salud, Medicina, año 2003.
13. Romero Márquez RS. Reflexiones sobre calidad de vida relacionada a la salud, Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, año 2010.
14. López de la Torre Cazares M, Obesidad y Calidad de Vida, Endocrinología del Hospital Universitario de Granada, año 2001.
15. Fausto Guerra J. et.al. Aspectos Históricos Sociales de la Obesidad en México, Gaceta Médica Mexicana, año 2006.

16. Olivier Chassany T, et.al. The Psychological General Well-Being Index Manual, año 2004.
17. Ríos Martínez B. Ansiedad, Depresión y Calidad de vida en pacientes obesos, Acta Medica Grupo Angeles, año 2008.
18. Fernández Mayorales G. Calidad de vida y salud: Planteamientos conceptuales y métodos de investigación, Territoris, año 2005.
19. Pedroza Ávila A. et.al Asociación entre índice de masa corporal y calidad de vida relacionada a la salud en una clínica de atención primaria, Revista de Endocrinología y Nutrición, año 2008.
20. González García M. et.al Bienestar Psicológico y población involutiva, evaluación a través de PGWB Index de Dupuy, España. 2000.
21. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, México año 2012.
22. Rubén Salvador et.al Reflexiones sobre la Calidad de Vida Relacionada a la Salud, Rev. Med. IMSS 2010;48 (1) 91-102
23. Romero Margarita et.al Perfil de Salud de Nottinham y SF-36, Universidad de Valencia, España, año 2007.
24. González García-Portilla Ma. et.al Bienestar Psicológico, Evaluación del PGWB, Rev. Gerontologia, México, año 1996.
25. Oliva Juan Obesidad y Calidad de Vida Relacionada a la Salud, Universidad de Castilla, España año 2009.
26. Alfonso Urzua M. Calidad de Vida Relacionada a la Salud: elementos conceptuales, Rev. Med. de Chile, 2010 138; 358-365.
27. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, México, año 2006.

-
- ii Kauffer Hormitz M, et.al. Obesidad en el Adulto, Revista de la Facultad de Medicina UNAM, año 2007.
- iii Sánchez Castillo C, et.al. Epidemiología de la Obesidad, Gaceta Médica Mexicana, año 2004.
- iv Díaz Villaseñor A. La Obesidad en México, Este País, año 2011.
- v López Villalta MJ. Actualización en Obesidad, Revista de Atención Primaria, año 2010.
- vi Cabrerizo Lucio MA. Complicaciones asociadas a la obesidad, Revista Española de Nutrición y Comunidad, año 2006.
- vii Vázquez Velásquez V. Psicología y Obesidad, Revista de Endocrinología y Nutrición, año 2001.
- viii Silvestre E. Aspectos Psicológicos de la Obesidad, Revista de Endocrinología y Nutrición, 2005.
- ix Karbman De Shein R. Obesidad en Adultos: Aspectos Médicos, Sociales y Psicológicos, Revista de Atención Primaria, 2010.
- x Alonso J. La Medida de la Calidad de Vida relacionada a la salud en la investigación y práctica clínica, Gaceta Sanitaria, año 2000.
- xi Botero de Mejía B. Calidad de Vida relacionada a la salud en adultos mayores de 60 años, Hacia la promoción a la salud, año 2007
- xii Manero Megias S. Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad, Endocrinología y Nutrición, año 2000.
- xiii Consiglio E, et.al. Nuevos indicadores clínicos de la calidad de vida relacionada a la salud, Medicina, año 2003.
- xiv Romero Márquez RS. Reflexiones sobre calidad de vida relacionada a la salud, Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, año 2010
- xv López de la Torre Cazares M, Obesidad y Calidad de Vida, Endocrinología del Hospital Universitario de Granada, año 2001.
- xvi Fausto Guerra J. et.al. Aspectos Históricos Sociales de la Obesidad en México, Gaceta Médica Mexicana, año 2006.
- xvii Olivier Chassany T, et.al. The Psychological General Well-Being Index Manual, año 2004.
- xviii Ríos Martínez B. Ansiedad, Depresión y Calidad de vida en pacientes obesos, Acta Medica Grupo Ángeles, año 2008.
- xix Fernández Mayorales G. Calidad de vida y salud: Planteamientos conceptuales y métodos de investigación, Territoris, año 2005.
- xx Pedroza Ávila A. et.al Asociación entre índice de masa corporal y calidad de vida relacionada a la salud en una clínica de atención primaria, Revista de Endocrinología y Nutrición, año 2008.
- xxi González García M. et.al Bienestar Psicológico y población involutiva, evaluación a través de PGWB Index de Dupuy, España. 2000.