

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE
ESMERALDAS



ESCUELA DE ENFERMERÍA

TESIS DE GRADO

CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS OBESAS VS LAS
SOMETIDAS A CIRUGÍA BARIÁTRICA, ATENDIDOS EN LA
CLÍNICA "LA PROVIDENCIA". ESMERALDAS 2016

PREVIO A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA

AUTORA

REYNA REYNA CINDY KATHERINE

ASESOR

MSC. ANGEL EDUARDO PUPO SUÑOL

Esmeraldas, 2017

TRIBUNAL DE GRADUACIÓN

Trabajo de tesis aprobado luego de haber dado cumplimiento a los requisitos exigidos por el reglamento de Grado de la PUCESE previo a la obtención del título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Presidente tribunal de Graduación

Lector 1

Lector 2

Director de tesis

Directora de Escuela

Esmeraldas, _____ Abril, 2017.

AUTORIA

Yo, **Cindy Katherine Reyna Reyna** declaro que la presente investigación enmarcada en el actual trabajo de tesis es absolutamente original, auténtica y personal.

Siendo la responsable legal de las ideas, métodos y resultados presentados en esta investigación, perteneciente al patrimonio científico de la autora y de la PUCESE.

En virtud que el contenido de esta investigación es de exclusiva responsabilidad legal y académica de la autora y de la PUCESE.

Cindy Katherine Reyna Reyna

CI. 0802099499

DEDICATORIA

El presente trabajo de Tesis está dedicado a mi familia, a mis padres Magdalena y Lenin; y a mi hermana Denisse, que con su apoyo y confianza han aportado en el cumplimiento de mis objetivos como persona y estudiante. Gracias al amor que siempre me brindan, sin ustedes no sería la persona que hoy en día soy.

AGRADECIMIENTO

En primera instancia agradezco a Dios por ser siempre el guía supremo de mi vida, por la fuerza que me da para poder superar cada obstáculo que en mi vida se presente.

Gracias a mis padres que me dieron la vida y me criaron siempre en un ambiente de amor y respeto, apoyándome en todo momento, enseñándome a no desfallecer ni rendirme ante las adversidades.

A mi hermana, por su compañía en noches largas y tediosas.

Al Mgt. Angel Pupo, director de tesis, por valiosa guía y asesoramiento a la realización de la misma.

A todos y cada uno de mis profesores quienes han aportado en mi educación, por su dedicación y paciencia en su trabajo de impartir el saber.

Al Dr. Napoleón Salgado y a todo su equipo, en especial a la nutricionista Nathaly Salvador por todo su apoyo, y por cambiarme la vida.

INDICE

TRIBUNAL DE GRADUACIÓN	ii
AUTORIA	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
INDICE	vi
INDICE DE TABLAS Y FIGURAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
SIGLAS Y ABREVIATURAS	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1	4
MARCO DE REFERENCIA	4
CAPÍTULO 2	9
MATERIALES Y MÉTODO	9
CAPÍTULO 3	11
RESULTADOS	11
CAPÍTULO 4	20
DISCUSIÓN	20
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	23
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
ANEXOS	30

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

	PÁGINA
Tabla 1. Distribución en números absolutos y porcentuales de características sociales y demográficas.....	13
Tabla 2. Distribución en números absolutos y porcentuales de los resultados de la pregunta: ¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?.....	14
Tabla 3. Distribución en números absolutos y porcentuales de los resultados de la pregunta: ¿Cuán Satisfecho/a está de sí mismo?.....	14
Tabla 4. Distribución en números absolutos y porcentuales de los resultados de la pregunta: ¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?.....	15
Tabla 5. Distribución en números absolutos y porcentuales de los resultados de la pregunta: ¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?.....	15
Tabla 6. Distribución en números absolutos y porcentuales de clasificación de estado ponderal según IMC.....	17
Tabla 7. Distribución en números absolutos y porcentuales de los resultados del Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud.....	18
Figura 1 Comparación de promedio, máximo y mínimo IMC entre participantes con obesidad vs sometidos a CB.....	16
Figura 2. Comparación de promedio, máximo y mínimo IMC entre participantes con obesidad vs sometidos a CB.....	17

RESUMEN

Las repercusiones en la calidad de vida de una persona con obesidad abarcan en lo físico, lo psicológico y lo social, sin mencionar el deterioro de la salud de los mismos por el número de enfermedades asociadas a la obesidad. **Objetivo:** Determinar la calidad de vida de las personas obesas vs sometidas a cirugía bariátrica, atendidos en la clínica la Providencia de la ciudad de Esmeraldas. **Materiales y métodos:** El presente proyecto clasificó en una investigación descriptiva, y según el diseño, este estudio fue transversal y comparativo. Se hizo uso de la visita domiciliaria para la recolección de datos, mediante una entrevista, una ficha de Índice de Masa Corporal y el WHOQOL-BREF. **Resultados:** Se considera una baja calidad de vida si se obtiene un puntaje de 69 puntos o menos, el 56,67% de las personas con obesidad obtuvieron un puntaje dentro de este rango, mientras solo el 3,33% de las personas intervenidas quirúrgicamente clasificaron dentro de este rango, por otro lado al obtener un puntaje de 100 a 130 en el cuestionario se clasifica la calidad de vida del participante como alta, el 70% de las personas sometidas a la cirugía bariátrica clasificaron dentro de esta categoría mientras el 6,67% de las personas con obesidad lo hicieron. **Conclusiones:** Luego de analizar los dos grupos de estudios, las personas con obesidad y las personas operadas, se llegó a la conclusión de que las personas luego de esta cirugía mejoran su calidad de vida, demostrando que la obesidad disminuye la calidad de vida de las personas.

Palabras claves: Calidad de vida, obesidad, obesidad mórbida, cirugía bariátrica,

ABSTRACT

The repercussions on the quality of life of a person with obesity cover the physical, the psychological and social, not to mention the deterioration of their health due to the innumerable diseases associated with obesity. **Objective:** Determinate the quality of life from obese people vs people who have been submitted to bariatric surgery, attended at "La Providencia" clinic in the city of Esmeraldas. **Materials and methods:** The present project classified in a descriptive research, and according to the design, this study was transversal and comparative. The home visit was used for data collection, through an interview, a Body Mass Index record and the WHOQOL-BREF. **Results:** A low quality of life is considered if a score of 69 points or less is obtained, 56.67% of the people with obesity obtained a score within this range, whereas only 3.33% of the persons undergoing surgery classified within of this range. On the other hand, when a score of 100 to 130 is obtained in the questionnaire, the quality of life of the participant is classified as high, 70% of the persons submitted to bariatric surgery classified within this category while 6.67% of the obese people did. **Conclusions:** After analyzing the two study groups, the people with obesity and the people operated on, it was concluded that people after this surgery improve their quality of life, demonstrating that obesity decreases the quality of life of people.

Keywords: Quality of life, obesity, morbid obesity, bariatric surgery, diseases.

SIGLAS Y ABREVIATURAS

CV: Calidad de Vida

CB: Cirugía Bariátrica

IMC: Índice de Masa Corporal

HTA: Hipertensión arterial

HCL: Hipercolesterolemia

ECV: Enfermedades Cardiovasculares

OMS: Organización Mundial de la Salud

Et al: Colaboradores

Cm: Centímetro

Kg: Kilogramo

m²: Metros al cuadrado

WHOQOL-BREF: Short Version of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire

B.A.R.O.S.: Bariatric Analysis and Reporting Outcome System

INTRODUCCIÓN

Hoy en día la obesidad se ha convertido en un problema de interés e importancia global, por sus altos índices a nivel mundial. Las repercusiones en la calidad de vida de una persona con obesidad abarcan no sólo en lo físico, sino también lo psicológico y lo social, sin mencionar el deterioro de la salud de los mismos por el sinnúmero de enfermedades asociadas a la obesidad. La búsqueda incansable de la solución a este problema abarca numerosas alternativas para su tratamiento, siendo muy conocida en la actualidad una solución quirúrgica, la cirugía bariátrica.

El 13% de la población mundial adulta mayor de 18 años tienen obesidad, y más de 42 millones de niños ya mostraban sobrepeso; esta epidemia mundial cada año cobra la vida de al menos 2,8 millones de adultos. Sólo en América Latina 23% de mujeres y 16% de hombres la sufren de igual manera. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

En nuestro país, Ecuador contamos con una cifra algo alarmante del 22% de obesidad según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (ENSANUT, 2012)

Existen varias causas que pueden conllevar a la obesidad, entre ellas podemos encontrar el desconocimiento de conceptos básicos de nutrición, que trae consigo la ausencia de una buena disciplina nutricional con un consumo de alimentos altamente calóricos, que sumado a un aumento de la ingesta alimenticia conlleva a un aumento de grasa corporal propiciando, estados de pesadez corporal, daño vascular, deterioro óseo, malformaciones etc.

Sedentarismo provoca disminución del consumo calórico, con la consiguiente, hay una acumulación de calorías.

En la ciudad de Esmeraldas la búsqueda de soluciones para la obesidad siempre ha estado presente, y en la actualidad es un poco más frecuente encontrar personas cuya calidad de vida se ve afectada por esta enfermedad y la mayor parte del tiempo luego de intentar diferentes opciones y no obtener resultados, sea por la razón que sea, optan por la cirugía bariátrica.

Pero, ¿cuál es la calidad de vida que tiene las personas con obesidad, sometidos o no a cirugía bariátrica que se atendieron en la Clínica La Providencia de la ciudad de Esmeraldas?

La obesidad es una pandemia mundial que mata a miles de personas cada año, antes de eso mantiene a las personas con elevados estados de enfermedad, acompañado por la carencia de agilidad para las simples actividades rutinarias sin considerar otras de mayor complejidad, desencadenando estados de depresión, inseguridad, aislamiento, pérdida del autoestima por lo que ante la búsqueda incansable de soluciones los de mayor poder económico acceden a acciones más radicales como la cirugía bariátrica para con esto disminuir la cantidad de alimentos en la ingesta diaria y como respuesta logra la pérdida de peso.

Este estudio tuvo relevancia porque si bien es cierto que la cirugía bariátrica es una alternativa de solución para la obesidad, que ha registrado buenos resultados y sostenidos a mediano y largo plazo, no puede ser generalizada como única solución por sus costos, los efectos secundarios de mediano plazo y la dificultad de accesibilidad para personas de escasos recursos económicos, sino que se deberán propiciar estilos de vida y hábitos adecuados

La estrategia de prevención de enfermedades crónicas degenerativas busca empoderar a la población en el conocimiento de su cuerpo, su funcionalidad, su entorno y dotarlo de herramientas para conseguir estados de bienestar duraderos sin pasar por procesos invasivos que pueden poner en riesgo su vida.

Y a través del presente estudio se determinó la calidad de vida en personas con obesidad, y se pudo comparar con las personas sometidas a una cirugía bariátrica con el propósito de determinar el nivel de bienestar en la vida de las personas y valorar la verdadera relevancia del procedimiento cuyos resultados son hasta ahora parte sólo de la experiencia médico paciente.

Se buscó con el presente trabajo a su vez darle importancia al empoderamiento de las personas a través del conocimientos sobre conceptos nutricionales que creará en las personas una buena disciplina nutricional, hará personas con una ingesta nutricional de acuerdo a sus requerimientos y de acuerdo a su gasto energético, personas más activas,

con un estilo de vida saludable, disminuyendo riesgos de enfermedades metabólicas, crónico degenerativas, cardiovasculares e incluso cancerígenas.

Los objetivos de esta investigación fueron determinar la calidad de vida de las personas obesas vs sometidas a cirugía bariátrica, atendidos en la clínica la Providencia de la ciudad de Esmeraldas, y además identificar el estado físico, emocional, psicológico, familiar, laboral y social de una persona con obesidad y compararlo en relación a las personas sometidas a una cirugía bariátrica, también determinar el IMC y su relación con las limitaciones físicas y valorar el nivel de satisfacción con su calidad de vida en personas con obesidad vs sometidas a cirugía bariátrica.

CAPÍTULO 1

MARCO DE REFERENCIA

Un análisis del impacto en la calidad de vida en personas con obesidad, luego de someterse a una cirugía bariátrica, realizado en España, mostró diferentes cambios, la calidad de vida de las personas con obesidad se mostró como justa (34,1%) y como pobre (27,3%), mientras que en personas operadas pasó a ser justa en un 1,4%, y muy buena en un 54,5%, demostrando que en pacientes con obesidad mórbida esta intervención es una de las opciones de solución más factibles. (Alcaraz García et al., 2015)

En Colombia, al comparar la calidad de vida entre obesos programados a una cirugía bariátrica con pacientes previamente intervenidos, se observó como resultado que las personas aún sin intervenir presentaban una peor calidad de vida que los ya operados y con un IMC promedio de 40,5 Kg/m² muy por encima de los intervenidos que fue de 29.9 Kg/m², demostrando de esta forma la efectividad de esta alternativa ante la obesidad. (Velázquez Zambrano et al., 2014)

Resaltar la importancia del manejo y monitoreo de pacientes bariátricos por parte de un equipo multidisciplinario. El estudio realizado en Colombia, mostró que los resultados de la cirugía en el manejo de la obesidad son muy favorables, logrando una disminución sostenida e importante de peso con una efectividad del 60 al 80%, pero conlleva a su vez una serie de efectos secundarios, pero que pueden ser prevenibles, tratables e incluso predecibles. (Yupanqui et al., 2012)

Identificar qué hábitos o conductas se deberían reformar e incluso erradicar para lograr pérdidas de peso en personas con obesidad mórbida, donde se pudo obtener una relación en estos hábitos y el aumento de peso e IMC, el estudio realizado en México, concluyó que la modificación de los mismos lograría una mejor respuesta al tratamiento de la obesidad en personas que se someterán a una cirugía bariátrica. (Reséndiz Barrangán et al., 2015)

Analizando los diferentes conceptos de Calidad de Vida, en Chile, se concluyó que la calidad de vida es un estado generalizado de bienestar, pero que es subjetiva ya que es lo que percibe cada individuo de sí mismo, por lo que será diferente entre una persona y

otra, y que podría estar sujeta a cambios conforme pase el tiempo y surjan situaciones a lo largo de sus vida. (Urzúa M. Et al., 2012)

Tomando en resumen lo que plantea Meeberg, la calidad de vida es un sentimiento de satisfacción con la vida en general, la capacidad mental para evaluar la vida propia como satisfactoria o no, de tener un aceptable estado de salud físico, mental, social y emocional determinado por cada sujetos y una evaluación objetiva realizada por una persona sobre las condiciones de vida. Por otro lado Fernández-Ballesteros, concluye que la CV es subjetiva, que el puntaje asignado a cada dimensión es diferente en cada persona y el valor asignado a cada dimensión puede cambiar a través de la vida. (Urzúa M. Et al., 2012)

Por lo que se entiende como calidad de vida a un estado generalizado de complacencia de las facultades personales de cada individuo, que puede ser analizada o evaluada mediante aspectos ya sean subjetivos, es decir percibidos por el individuo como es que se sientan sanos, productivos, seguros, y capaces de exteriorizar sus emociones y compartir su intimidad; o bien sean, objetivos, es decir que son percibidos según el ambiente que rodea al individuo como su relación armónica con él mismo, o con la comunidad o el bienestar material que posee.

Para poder hacer una valoración de la Calidad de vida de un individuo podemos encontrar una serie de indicadores que engloban los aspectos más relevantes de la vida de una persona, entre estos indicadores están:

- Satisfacción emocional
- Relaciones interpersonales
- Satisfacción material
- Desarrollo personal
- Satisfacción física
- Determinación personal
- Inclusión social
- Respeto a los derechos de cada individuo

Según la OMS la obesidad no es más que una enfermedad perjudicial y de mucho riesgo, que produce una acumulación anormal y excesiva en el cuerpo de tejido adiposo

causada principalmente por un desequilibrio energético, es decir, no existe un equilibrio entre las calorías que se ingiere y las que se gastan, pasando a formar parte de los factores de riesgo de enfermedades crónicas como la diabetes, las ECV, e incluso las cancerígenas. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

Existen indicadores para medir la obesidad, o para medir la distribución de la grasa corporal, pero el más aceptado y aplicado es el cálculo del IMC, en el cual se considera obesidad cuando sobrepasa los 30 Kg/m^2 , aparte que el indicador de los diferentes grados de obesidad que existen, quedando clasificada de la siguiente manera:

- Obesidad grado I: $\text{IMC } 30\text{-}34 \text{ Kg/m}^2$
- Obesidad grado II: $\text{IMC } 35\text{-}39,9 \text{ Kg/m}^2$
- Obesidad grado III: $\text{IMC igual o } >40 \text{ Kg/m}^2$

La cirugía bariátrica es un procedimiento quirúrgico que en la actualidad es utilizado como tratamiento para personas con obesidad severa, que no han tenido éxito en tratamientos previos, y que por su condición están en riesgo de que enfermedades afecten su calidad de vida.

La práctica de esta cirugía se remonta en los años 50, donde se logró descubrir una cirugía que exitosamente ayudaba a la pérdida de peso, pero a su vez traía una larga lista de complicaciones graves que amenazaban la vida de los pacientes, al pasar los años cerca de los años 70 y hasta la actualidad, se han ido mejorando las técnicas y con esto se logró reducir el alto índice de complicaciones.

Hoy en día existen tres tipos de procedimientos de la cirugía bariátrica que a su vez engloban diferentes técnicas que se describirán a continuación:

- Procedimientos restrictivos: dentro de este tipo de procedimiento podemos encontrar dos técnicas que son actualmente utilizadas, la banda gástrica ajustable, que limita la ingesta de alimentos colocando un anillo ajustable en la entrada del estómago; y, la gastrectomía vertical, en la cual se disminuye de igual forma la ingesta, reduciendo el volumen del estómago extrayendo parte de el mismo. (Viloria-González, 2014)
- Procedimientos de malabsorción: aquí podemos encontrar el llamado Cruce duodenal, que consiste en que posterior a una gastrectomía de más del 50% se realiza un cruce en el intestino delgado a la altura de como su nombre lo indica, el

duodeno; por otro lado encontramos en este tipo de procedimientos la Derivación biliopancreática, técnica muy similar al cruce duodenal, se diferencia en que la gastrectomías es solo de la mitad del estómago. (Viloria-González, 2014)

- Procedimientos mixtos: Es decir que combina los métodos restrictivos y los malabsortivos, en estos días la técnica más usada es el conocido Bypass Gástrico, en este se reduce el volumen del estómago sin gastrectomía y se realiza a su vez un cruce del intestino delgado. (Viloria-González, 2014)

Existen varios beneficios que trae consigo la cirugía bariátrica, el principal es el aumento de la esperanza de vida mediante la pérdida de peso notable y sostenida en pacientes que no lo consiguieron por métodos tradicionales, de aquí derivan los demás beneficios como una disminución de los riesgos que una persona con obesidad tiene para padecer enfermedades cardiovasculares, e incluso cancerígenas, también existe una real mejoría en las comorbilidades que acompañan a la obesidad como la hipertensión, la diabetes, apnea del sueño, osteoartritis. Junto a estos beneficios podemos agregar los psicológicos ya que puede aumentar la autoestima, disminuir episodios de depresión, etc. Por lo que, logra una mejoría de la calidad de vida de estas personas.

Por otra parte, como toda cirugía conlleva sus riesgos y sin un debido cuidado posibles complicaciones a largo o mediano plazo, entre los riesgos durante la cirugía se pueden mencionar hemorragias, pueden también existir problemas durante la anestesia o con los medicamentos y pueden producirse émbolos pulmonares e incluso trombosis. (Yupanqui et al., 2012)

Los cuidados posteriores son de vital importancia ya que de ello depende evitar que las áreas suturadas o engrapadas no se separen, o para evitar posibles infecciones. A mediano y largo plazo luego de que los hábitos alimenticios del paciente den un giro de 360 grados, tiene que tener muy en claro que el comer demasiado, o ingerir demasiados alimentos con grasas y azúcares puede ocasionarle el llamado Síndrome de dumping o de vaciado rápido, en el cual posterior a estas ingestas pueden aparecer náuseas, vómitos e incluso diarrea. (Mesa García & Muñoz del Castillo, 2006)

Si el paciente no tiene una buena adhesión al tratamiento y manejo de su nuevo estilo de vida posterior a la cirugía pueden presentarse otras complicaciones, como la deficiencia de macro y micronutrientes que son esenciales para el funcionamiento del organismo

por lo que deben seguir correctamente su plan de alimentación complementado con suplementos vitamínicos y proteínicos.

El presente trabajo investigativo se basó legalmente en el artículo 42 de la Constitución de la República, el cual dispone que la autoridad de gobierno garantizará el derecho a la salud, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, provisión de agua potable y saneamiento básico, así como el fomento de ambientes sanos en todos los aspectos de la vida del individuo. Además la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia, por lo que este trabajo reviste significación en el campo de la salud. (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

Además según la Ley Orgánica de Salud del Ecuador, la cual en su Art. 3 plantea que la salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, siendo un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransmisible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; así como el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables. (Ley Orgánica de Salud, 2008)

Además en su Art. 16, el cual enuncia que el Estado establecerá una política intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional, que favorezca a eliminar los malos hábitos alimenticios, así como el respeto y fomento de los conocimientos y prácticas alimentarias tradicionales, así como el uso y consumo de productos y alimentos propios de cada región y garantizará a las personas, el acceso permanente a alimentos sanos, variados, nutritivos, inocuos y suficientes. (Ley Orgánica de Salud, 2008)

CAPÍTULO 2

MATERIALES Y MÉTODO

Las personas que se incluyeron en el estudio fueron personas que viven en el área urbana del cantón de Esmeraldas, en la Provincia de Esmeraldas, que han sido atendidas en la Clínica “La providencia” ubicada en la calle Eugenio Espejo entre las avenidas Olmedo y Sucre, la cual es una unidad de salud privada con fines de lucro, que ofrece atención en diferentes especialidades, que cuenta con servicio de hospitalización, y que además ofrece en alquiler sus consultorios a doctores especialistas en el área de la cirugía bariátrica para sus servicios a la comunidad. La aplicación de los instrumentos de recolección de datos se realizó en los domicilios de cada una de las personas participantes durante los meses de Octubre a Diciembre del 2016.

Se utilizaron las siguientes metodologías; cualitativa porque consistió en describir y observar el problema y cuantitativo porque se interpretaron puntuaciones en los instrumentos utilizados, y el análisis de datos se plasmó en tablas y gráficos numéricos y porcentuales.

Conforme a los objetivos planteados el presente proyecto clasificó en una investigación descriptiva, basada en la observación de variables establecidas, también clasificó como analítica porque con los instrumentos se obtuvieron resultados válidos que ayudaron en las conclusiones.

Según el diseño, este estudio fue transversal debido a que el análisis se realizó en un momento determinado de las personas que participaron en el estudio, también fue un estudio comparativo porque se relacionó la información obtenida de las personas con obesidad ya sometidas a una cirugía bariátrica y los que no, para así evaluar quienes poseen una mejor calidad de vida.

El presente proyecto de investigación también fue del diseño de campo por que se procuró recoger los datos directamente de los sujetos investigados o de la realidad donde ocurren los hechos, utilizando como estrategia la visita domiciliaria y la observación directa a la población de estudio.

La población a estudiar, fue de 122 pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, que presentaron obesidad grado II, y III, que acudieron a los servicios prestados por un

especialista en la clínica “La providencia”, de los cuales 82 fueron sometidos a una cirugía bariátrica.

La muestra fue de 60 pacientes, divididos de la siguiente forma, 30 personas con obesidad, y 30 sometidas a cirugía bariátrica para el total ya enunciado, y la técnica de muestreo fue no probabilística y por conveniencia respecto de la población que ha sido atendida en consulta o que haya sido operada por un determinado especialista. Las características para clasificar a los que formaron parte de la muestra fue tener obesidad ya sea grado II o III, y en caso de haberse sometido a la cirugía, haber cumplido ya seis meses desde la intervención quirúrgica.

Para empezar se identificó la muestras según los criterios de inclusión y exclusión para proceder a la localización de los domicilios de los mismos, y de esta forma se pudo realizar una programación zonal y efectivizar la organización de las visitas domiciliarias en las cuales los participantes de esta investigación dieron su permiso de participar en la misma, luego de leer y firmar un consentimiento informado, en el cual fue plasmado el tema de investigación, se manifestó el motivo de la misma, explicando en que consiste y asegurando al participante que su identidad se mantendría siempre en anonimato, posterior a esto consta el nombre completo del participante, número de cedula, y la correspondiente rubrica autorizando utilizar sus resultados, posterior a esto se aplicaron los instrumentos de recolección de datos.

La entrevista fue aplicada tipo conversación direccionada mientras se realizaba la toma de medidas antropométricas para determinar el IMC, posteriormente se le solicitó a la personas que respondan las preguntas del cuestionario de calidad de vida de la OMS.

Se tabularon en números y porcentajes los datos obtenidos, subsiguiente a esto se expresaron en tablas y gráficos estadísticos, a través del programa Excel para el análisis de datos. Posteriormente se realizó un cruce de información entre los instrumentos, la entrevista, la observación y el test, para de esta manera obtener conclusiones válidas. Finalmente se sustentaron los datos en el programa Word.

CAPÍTULO 3

RESULTADOS

El estudio se realizó a 60 personas, 30 con obesidad, y 30 que han sido sometidas a una cirugía bariátrica, luego de entrevistar a cada uno de los participantes se llegó al siguiente resultado, las personas sometidas a una cirugía bariátrica en su totalidad se encuentran satisfechos consigo mismo, mientras que en las personas con obesidad solo una minoría se siente de la misma forma.

En su gran mayoría, las personas entrevistadas manifestaron que siempre tuvieron tendencia al sobrepeso, pero no fue sino hasta la adolescencia que su peso aumentó considerablemente, y solo una pequeña parte lo hizo durante su etapa de adultez. La mayor parte de las personas entrevistadas supieron dar a conocer que antes de subir de peso, su vida era mejor, era más activa, con más libertad de realizar cualquier actividad sin limitación alguna, a pesar de que se conoce de las limitaciones que puede provocar ser una persona obesa, algunas de las personas que se operaron manifestaron que su vida antes y ahora es relativamente igual.

En cuanto a cómo consideran su salud, los sometidos a cirugía manifestaron que muy bien, mucho mejor a lo que solían estar antes de la cirugía, aunque algunos efectos de la cirugía a veces le causaban molestias, como el síndrome de dumping, por ejemplo, que eran molestias pasajeras, en cambio las personas con obesidad casi todos consideran tener una mala salud y tienen conocimiento de su riesgo de padecer muchas más enfermedades. Todos estuvieron de acuerdo que la obesidad puede limitarles de ciertas o muchas cosas, pero algunos expresaron que eso no era impedimento absoluto para poder vivir una vida en total plenitud. Entre las limitaciones que más se coincidió por parte de las mujeres era no poder usar la ropa que deseaban si no limitarse a lo que lograban conseguir, y lo que más manifestaron los hombres era no poder realizar las actividades de ocio que en su mayoría era jugar fútbol, pero se mencionó un gran número de limitaciones más como problemas para relacionarse, problemas sexuales con su pareja, en aquellas personas que tiene una pareja.

Cada uno de los participantes con su actual obesidad está al tanto de las consecuencias que conlleva vivir en su estado, las enfermedades relacionadas, y muchos manifestaron principalmente que su estado, si no modifican su vida actual, puede llevarlos a la

muerte. Por otra parte, las personas operadas agradecen haber tomado la decisión que les llevó a tal cambio total de vida, refiriéndose como una salvación para ellos, y a pesar de que algunos han recuperado luego de varios años algo del peso perdido, no desean volver a lo que solían ser.

Todos los entrevistados han intentado, e incluso siguen intentando bajar de peso muchas veces, sin tener éxito a largo plazo, medicamentos, dietas de todo tipo, jugos especiales, entre otros, que lograron bajarles de peso pero sólo durante un tiempo, y los que se sometieron a cirugía sólo lo consiguieron con este procedimiento.

Luego de tabular los resultados arrojados por los instrumentos de recolección de datos de los participantes, se resumió las características sociodemográficas de los mismos comparándolas entre los dos grupos de estudio, en los cuales se presenta que en su mayoría pertenecen al sexo femenino, ocupando el 56,67% del total de participantes, en cuanto a los estudios alcanzados por cada uno se encontró que todos han concluido al menos un primer nivel de educación, un número mucho mayor el segundo nivel, y la mayor cantidad de participantes con el 63,33% ha culminado sus estudios universitarios sean de tercer o cuarto nivel.

Otro resultado que es importante mencionar es el hecho de si los participantes presentaban alguna enfermedad actualmente, en lo cual se obtuvo que aunque no fue la mayoría, una importante cantidad de 12 personas con obesidad y 6 personas sometidas a cirugía, es decir el 30% de toda la muestra presentaban una comorbilidad asociada a su condición actual, o consecuencias de su estado antes de someterse al procedimiento. (Ver Tabla 1)

Tabla 1.
Distribución en números absolutos y porcentuales de características sociales y demográficas.

	OBESIDAD		CIRUGÍA BARIÁTRICA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexo						
Femenino	16	53,33	18	60	34	56,67
Masculino	14	46,67	12	40	26	43,33
NIVEL DE ESTUDIO						
Ninguno	0	0	0	0	0	0
Primer Nivel	1	3,33	0	0	1	1,67
Segundo Nivel	12	40	9	30	21	35
Tercer o Cuarto Nivel	17	56,67	21	70	38	63,33
ESTADO CIVIL						
Soltero(a)	9	30	9	30	18	30
Separado/a	3	10	1	3,33	4	6,67
Casado/a	10	33,33	15	50	25	41,67
Divorciado/a	2	6,67	2	6,67	4	6,67
Unión Libre	5	16,67	3	10	8	13,33
Viudo/a	1	3,33	0	0	1	1,67
ENFERMEDAD ACTUALMENTE						
Si	12	40	6	20	18	30
No	18	60	24	80	42	70

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF aplicado a la población de estudio.

Para el objetivo planteado de identificar el estado físico, psicológico, familiar, laboral y social de una persona con obesidad y compararlo con el de una persona sometida a CB, se escogió de entre las 26 preguntas del cuestionario de CV de la OMS, siete preguntas que respondieran a cada uno.

Para valorar el estado físico, tenemos la pregunta ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades diarias?, aquí se obtuvo que el mayor porcentaje de personas con obesidad, el 36,67% coincidió que se siente poco satisfecho en cuanto a la pregunta, mientras en las personas operadas, el mayor porcentaje, de 46,67%, se encuentra muy satisfecho con su habilidad de realizar sus actividades diarias, por lo que el estado físico se ve mucho más afectado en las personas con obesidad, a tal punto que le dificulta hacer actividades de su diario vivir. (Ver tabla 2)

Tabla 2.

Distribución en números absolutos y porcentuales de los resultados de la pregunta: ¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?

	OBESIDAD		CIRUGÍA BARIÁTRICA	
	Nº	%	Nº	%
Muy Insatisfecho/a	4	13,33	1	3,33
Poco	11	36,67	1	3,33
Lo normal	9	30	4	13,33
Satisfecho/a	4	13,33	10	33,33
Muy satisfecho/a	2	6,67	14	46,67

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF aplicado a la población de estudio.

¿Cuán satisfecho está de sí mismo?, es la pregunta que se escogió para valorar el estado emocional y psicológico de los pacientes. De las personas con obesidad el mayor porcentaje se centró en la opción de poco satisfecho/a con el 47%, por otro lado el mayor porcentaje del otro grupo de estudio se centró en la opción de Muy satisfecho/a con el 43,33%. Observándose un problema de aceptación consigo mismo por partes de los participantes obesos, afectando claramente su salud psicológica. (Ver Tabla 3)

Tabla 3.

Distribución en números absolutos y porcentuales de los resultados de la pregunta: ¿Cuán Satisfecho/a está de sí mismo?

	OBESIDAD		CIRUGÍA BARIÁTRICA	
	Nº	%	Nº	%
Muy Insatisfecho/a	2	6,67	0	0
Poco	14	46,67	1	3,33
Lo normal	10	33,33	5	16,67
Satisfecho/a	3	10,00	11	36,67
Muy satisfecho/a	1	3,33	13	43,33

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF aplicado a la población de estudio.

En cuanto al estado familiar y social de los participantes, se consideró como mejor opción la pregunta para saber ¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?, no hubo mucha diferencia notable entre los resultados de las personas con obesidad y las sometidas a CB, mientras las personas con obesidad coincidieron en un 33,33% de considerar normal su satisfacción con sus relaciones personales, los sometidos a CB

obtuvieron un 36,67% en sentirse Satisfechos/as. La mayoría en ambos grupos está relativamente bien en sus relaciones personales (Ver Tabla 4).

Tabla 4.

Distribución en números absolutos y porcentuales de los resultados de la pregunta: ¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?

	OBESIDAD		CIRUGÍA BARIÁTRICA	
	Nº	%	Nº	%
Muy Insatisfecho/a	2	6,67	1	3,33
Poco	4	13,33	3	10
Lo normal	10	33,33	8	26,67
Satisfecho/a	9	30	11	36,67
Muy satisfecho/a	5	16,67	7	23,33

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF aplicado a la población de estudio.

Por último para considerar el estado laboral de cada persona del presente estudio, se tomó la pregunta ¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo? Aquí se obtuvieron los siguientes resultados 10 personas de las 30 con obesidad, es decir el 33,33% se encuentran pocos satisfechos con su capacidad de trabajo, por otro lado tenemos que 12 de 30 sometidos a CB, que significa el 40%, se encuentran muy satisfechos con su capacidad de trabajo, quedando claro que la obesidad es limitante también para desenvolverse en el área laboral de la persona que la padece. (Ver Tabla 5)

Tabla 5.

Distribución en números absolutos y porcentuales de los resultados de la pregunta: ¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?

	OBESOS		CIRUGÍA BARIÁTRICA	
	Nº	%	Nº	%
Muy Insatisfecho/a	3	10	2	6,67
Poco	10	33,33	2	6,67
Lo normal	8	26,67	5	16,67
Satisfecho/a	5	16,67	9	30
Muy satisfecho/a	4	13,33	12	40

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF aplicado a la población de estudio.

Continuando con los resultados obtenidos de la investigación, se tomaron medidas antropométricas a cada participante, peso y talla específicamente, para la obtención del IMC de los mismos, y posteriormente clasificarlos según su estado ponderal, en los cuales se podían ubicar en peso normal, sobrepeso, obesidad tipo I, obesidad tipo II u obesidad tipo III. Con los registros del peso e IMC se obtuvo un promedio, el máximo y el mínimo de los datos recogidos, graficándolos se pudo observar que los pesos e IMC de las personas con obesidad eran notablemente muy superiores a los de las personas sometidas a CB, demostrando que con este procedimiento quirúrgico lograron una marcada y significativa pérdida de peso y por ende una gran reducción de su IMC, puesto que los pesos e IMC con los que ingresaron al quirófano eran similares a los del grupo de personas con obesidad. (Ver Figura 1 y Figura 2)

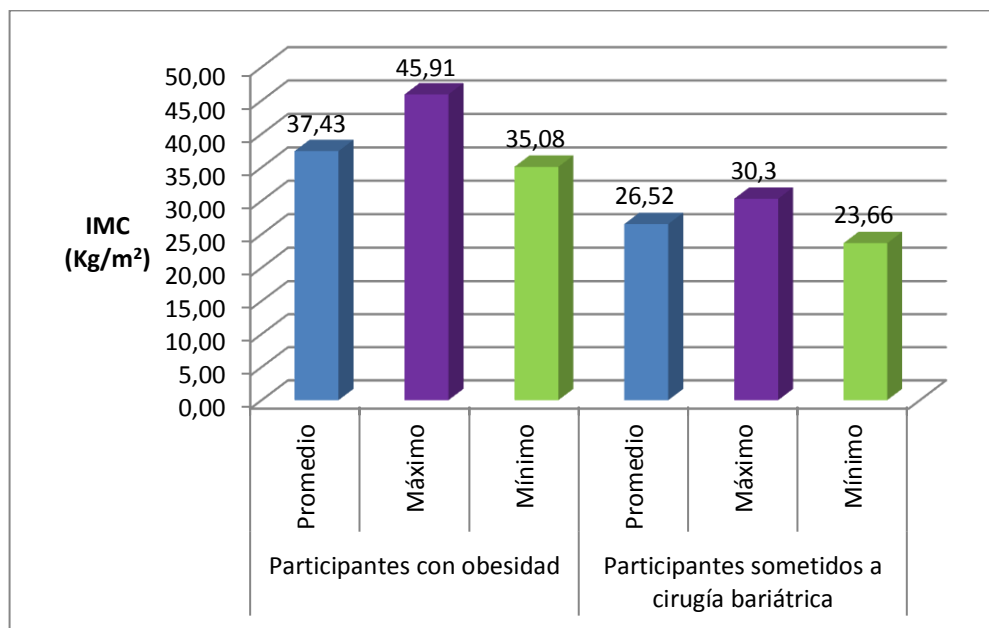


Figura 1. Comparación de promedio, máximo y mínimo IMC entre participantes con Obesidad vs sometidos a CB.

Fuente: Ficha de IMC obtenida a partir de datos de la población de estudio.

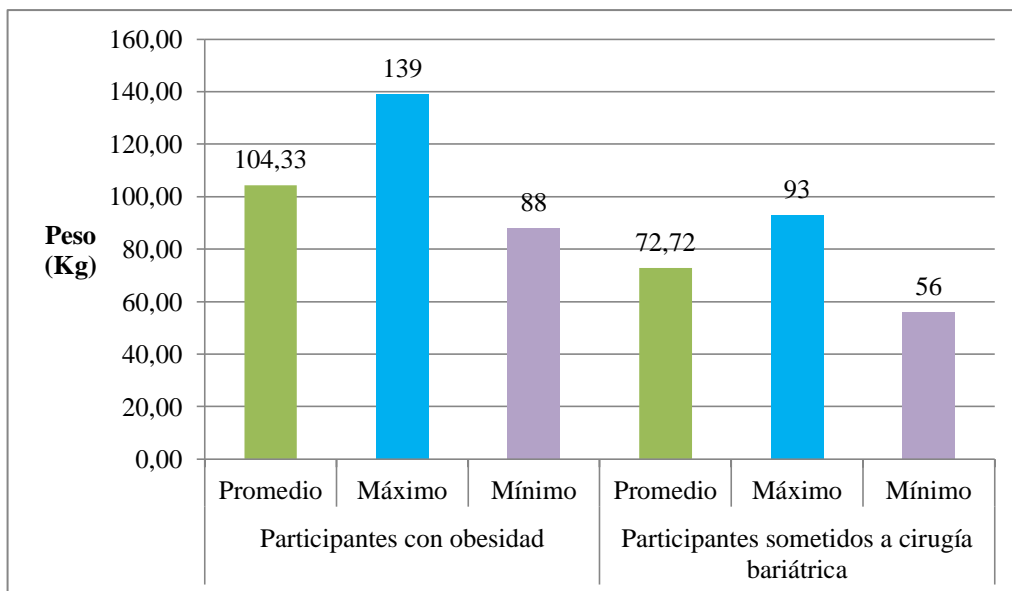


Figura 2. Comparación de promedio, máximo y mínimo del peso entre participantes con Obesidad vs sometidos a CB.

Fuente: Ficha de IMC obtenida a partir de datos de la población de estudio.

Dentro de los parámetros de inclusión de los participantes con obesidad, era estar clasificados dentro de una obesidad tipo II y tipo III, por lo que para este grupo no se tomó en cuenta personas con obesidad tipo I; la mayoría de las personas incluidas para este primer grupo fueron en su mayoría personas con Obesidad tipo II con un total del 83,33% mientras que el 16,67% restante padecen de Obesidad tipo III, por otro lado los participantes sometidos a algún procedimiento quirúrgico, del tipo bariátrico, clasificó el 40% dentro de peso normal, el 46,67% sobrepeso y un menor porcentaje de 13,33% dentro de obesidad tipo I, las personas que se ubican con una obesidad tipo I son aquellas que luego de más de tres años de cirugía han recuperado una parte del peso que lograron perder luego del procedimiento, las personas con sobrepeso son aquellas que se ubican entre los seis y doce meses de su cirugía, y las personas que lograron un normo peso son las ubicadas entre los 12 y 24 meses de su intervención, según los datos obtenidos a partir de la ficha de IMC, la entrevista y datos proporcionados por profesionales (Ver Tabla 6).

Tabla 6.
Distribución en números absolutos y porcentuales de clasificación de estado ponderal según IMC

	OBESIDAD		CIRUGÍA BARIÁTRICA	
	Nº	%	Nº	%
Peso normal	0	0	12	40
Sobrepeso	0	0	14	46,67
Obesidad I	0	0	4	13,33
Obesidad II	25	83,33	0	0
Obesidad III	5	16,67	0	0

Fuente: Ficha de IMC obtenida a partir de datos de la población de estudio.

Para medir la CV de los participantes se hizo uso de una versión corta del cuestionario WHOQOL elaborado por la OMS, en la cual se toma en cuenta varios aspectos, la salud física y psicológica de la persona estudiada, sus relaciones sociales y el ambiente en el que se desarrolla, cada pregunta tiene un valor, en el cual 130 es el puntaje más alto y 26 el más bajo, a partir de él se obtuvieron los siguientes resultados, se considera una baja CV si se obtiene un puntaje de 69 puntos o menos, el 56,67% de las personas con obesidad obtuvieron un puntaje dentro de este rango, mientras solo el 3,33% de las personas intervenidas quirúrgicamente clasificaron dentro de este rango, una CV media se sitúa dentro de un puntaje de 70 a 99, aquí se obtuvo que el 26,67% de las personas operadas tiene una CV media, y el otro grupo posee el 36,67% dentro de la misma clasificación, al obtener un puntaje de 100 a 130 en el cuestionario se clasifica la calidad de vida del participante como alta, el 70% de las personas sometidas a la cirugía bariátrica clasificaron dentro de esta categoría mientras solo el 6,67% de las personas con obesidad lo hicieron. Con los presentes resultados se demuestra que las personas que decidieron someterse a la intervención quirúrgica para tratar su problema de obesidad, tienen una mejor CV que las personas que no lo han hecho, pero a pesar que no tienen en su totalidad un CV alta, las personas que clasificaron dentro de CV baja o media en cuanto a su salud física y mental manifestaron estar muy satisfechos, pero problemas sociales, económicos y ambientales no permitieron obtener una mayor puntuación (Ver Tabla 7).

Tabla 7.

Distribución en números absolutos y porcentuales de los resultados del Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud

	Obesidad		Cirugía bariátrica		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Baja (69 y menos)	17	56,67	1	3,33	18	30
Media (70-99)	11	36,67	8	26,67	20	33,33
Alta (100-130)	2	6,67	21	70,00	22	36,67

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF aplicado a la población de estudio.

CAPÍTULO 4

DISCUSIÓN

Los participantes que se sometieron a una cirugía bariátrica para tratar su problema de obesidad y ciertas comorbilidades ya adquiridas por su condición mostraron un gran cambio en cuanto a peso e IMC, una disminución notable y sostenible, con un IMC promedio de 26,52 Kg/m², porque a pesar de que iniciaron con datos muy similares a los del grupo de personas con obesidad cuyo IMC promedio fue de 37,43 Kg/m², los datos actuales como podemos observar arrojaron cantidades más bajas que los demás, resultados similares al estudio realizado por María Alcaraz en el año 2015 en el cual se hizo un seguimiento a las personas sometidas a dicha cirugía a mediano y largo plazo, y que a pesar que se diferenció en que era un seguimiento y no una comparación entre ambos grupos de los participantes en el presente estudio, se vio una gran disminución a mediano plazo en comparación al peso con el que ingresaron al quirófano, y una pequeña recuperación del peso perdido a largo plazo, pero que no era muy significativa debido a que igual existía una satisfacción por parte de las personas estudiadas.

Las personas con obesidad tienen muchas limitaciones por el peso excesivo, que en este objeto de estudio tuvo un promedio de 104,33 Kg. Por su condición se privan de muchas cosas, empeora su salud, entre otras cosas, por lo que consideran su CV como mala, y aquellas que vivieron tales limitaciones y luego de decidir operarse, perdieron el peso, cuyo promedio de este grupo de personas rodea los 72,72 Kg., disminuyendo su IMC, y aumentando su CV, demostrando que para aquellos que no consiguen bajar de peso con los métodos convencionales, una buena opción sería la cirugía para mejorar su CV, y como concluyó Velásquez en su estudio realizado en el 2014, luego de comparar la CV de personas operadas y programadas a la intervención mediante la escala SF-36 y escala de B.A.R.O.S, y aunque en mi estudio se usó un instrumento diferente, ambas investigaciones concluyeron que las personas operadas tienen actualmente una mejor calidad de vida, en comparación a las personas con obesidad, quedando en evidencia la efectividad del procedimiento quirúrgico.

De acuerdo a lo que planteó Urzúa, en el 2012, en su revisión teórica del concepto de CV, luego de analizar todos los diferentes conceptos alrededor de este término, se determinó que la CV es la satisfacción que cada persona percibe de sí mismo y de su

entorno, un perfecto equilibrio entre su salud física y mental, al ambiente en el que se desarrolla la vida de la persona, lo material que necesita para su sobrevivencia, y como se desenvuelven sus relaciones sociales, es por eso que a pesar de tener obesidad grave o tipo II, u obesidad mórbida o tipo III, con una salud deteriorada, en los resultados un 6,67% obtuvo una CV considerada como alta según el puntaje del cuestionario, y un significativo 36,67% con una CV media, es decir, a pesar de su obesidad, la persona no considera su CV de vida del todo mala, asimismo, considerando el otro grupo de estudio, o sea las personas sometidas a CB, aunque la mayoría obtuvo un alto puntaje, clasificándolo en una excelente CV, también clasificó un importante 26,67% como CV media, y otro pequeño pero no menos significativo 3,33% como CV baja. Es decir, según lo investigado en el estudio citado, y la presente investigación, cada quien percibe su CV de forma diferente, y de acuerdo a las condiciones que vive, como se siente consigo mismo, y con todo lo que le rodea.

Según lo mencionado de cómo percibe cada persona su CV, algunas de las personas entrevistadas y a las cuales se les aplicó el cuestionario, manifestaron que a pesar de tener un peso bajo en comparación de lo que solían pesar, existían ciertas molestias que a lo largo de su proceso de la cirugía a su vida actual se presentaban, como lo que algunos mencionaron como “atascamiento”, vómitos recurrentes, o el conocido síndrome de dumping, anemias continuas, caída del cabello, entre otros efectos que puede conllevar a mediano y largo plazo esta cirugía, a lo mejor es una de las razones para que no consideren su salud del todo bien, por lo que sus calidades de vida no calificaron como alta, y lleva relación con la revisión sistemática de artículos relacionados con la cirugía bariátrica realizada en el 2012 por Hernán Yupanqui, en la que estipula la cantidad de efectos que trae consigo el procedimiento, cuando no se lleva un adecuado control de los pacientes, y cuando los mismos no siguen rigurosamente sus dietas, o sus tratamientos, esencialmente de vitaminas que no podrán ser absorbidas como solían antes de la cirugía, e incluso, adaptarse a los cambios radicales de vida pueden llegar a afectar su salud psicológica, incluso en la presente investigación se ha manifestado varias veces la presencia recurrente de sentimientos meramente negativos, por lo que todo esto se ve afectando también su CV.

Existen muchas causas para la obesidad, pero una de ella son los hábitos que poseen las personas, comer a cualquier hora, comer en cantidades exageradas, no realizar actividades físicas, pero sobre todo el consumo constante de alimentos altos en grasa o

golosinas, que son algunas de las más mencionadas por los pacientes con obesidad, y son algunos hábitos que también menciona Reséndiz en su investigación realizada en el año 2015 junto a muchos más como seguir comiendo incluso después de sentirse saciado, tomar poca agua, etc., hábitos que según la frecuencia en los que se realiza están muy relacionados a las personas que presentan obesidad.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Con los resultados obtenidos podemos concluir.

El estado físico, emocional, psicológico, y laboral se encuentran afectados en las personas con obesidad, ya que el mayor porcentaje se ubicó dentro de los que están poco satisfechos debido a las múltiples limitaciones que esta condición conlleva, sin embargo en el ámbito familiar y social, no está del todo afectado. Comparando el estado físico, emocional, psicológico, familiar, laboral y social de las personas sometidas a CB y las personas con obesidad, las primeras poseen mejor estado que las del segundo grupo de estudio, debido a que las limitaciones son mucho menores e incluso inexistentes luego de 6 meses de someterse al procedimiento.

Un alto IMC quiere decir obesidad, y obesidad quiere decir limitaciones, psicológicas, sociales, pero sobre todo físicas, energía insuficiente para realizar actividades del diario vivir, dificultades respiratorias, dolor, alteraciones en las articulaciones que pueden dificultar la movilización y por ende reduce su habilidad de realizar ejercicio, lo cual no ayuda en su condición sino más bien la puede agravar.

En su mayoría, las personas con obesidad no se encuentran satisfechas con su calidad de vida, puesto que su puntaje los ubicó en una CV baja. Por otro lado hubo un nivel de satisfacción superior por parte de los participantes sometidos a CB, que clasificó dentro de la categoría de CV Alta.

En base a los resultados y conclusiones obtenidas se hacen las siguientes recomendaciones:

Al Ministerio de Salud Pública del Ecuador que mediante los medios de comunicación masiva se logre concientizar a las personas de todas las edades con capacidad de entendimiento, sobre la obesidad, sus causas y todas sus consecuencias a corto, mediano y largo plazo, para prevenir esta condición.

No generalizar la CB como única solución para la obesidad, por sus costos, los efectos secundarios de mediano plazo y la dificultad de accesibilidad para personas de escasos recursos económicos, más bien se recomienda al Ministerio de Salud Pública propiciar estilos de vida y hábitos adecuados a la población.

Al gobierno central, con ayuda del Ministerio de Salud Pública, y a través del Ministerio de Educación se recomienda impartir conocimientos básicos de nutrición desde temprana edad, para crear una población educada nutricionalmente, y evitar que una mala alimentación cree personas con obesidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albala, C., Kain, J., Burrows, R., & Díaz, E. (2001). *Obesidad: Un desafío pendiente*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, S.A.
- Alcaraz García, A., & al., e. (Febrero de 2015). Calidad de vida en los pacientes obesos y su cambio tras cirugía bariátrica a mediano y largo plazo. *Nutrición Hospitalaria*, pp. 2033-2046.
- Ardila, R. (2013). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35, pp. 161-164.
- Bond, D., & Graham Thomas, S. (2015). Exercise improves quality of life in bariatric surgery candidates: Results from the Bari-Active trial. *Obesity. A research journal*, pp. 536-542.
- Brethauer, S., Chand, B., & Schauer, P. (2006). Risks and benefits of bariatric surgery: Current evidence. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 73, pp. 1-15.
- Carbajo , M., Jiménez , M., Ortiz Solórzano, J., & Arango, A. (2014). Outcomes in weight loss, fasting blood glucose and glycosylated hemoglobin in a sample of 415 obese patients, included in the database of the European Accreditation Council for Excellence Centers for Bariatric. Surgery with Laparoscopic One Anastomosis. *Nutrición Hospitalaria*, pp. 1032-1038.
- Carnero Gregorio, M., Álvarez Freire, P., Morales Vila, A., Álvarez González , M., Carnero Gregorio, O., Arias Álvarez, J., . . . Pérez Méndez, L. (2014). Aplicación de un protocolo de tratamiento de obesidad durante 2 años. *Nutrición Hospitalaria*, pp. 300-304.
- Carpio, C., Santiago, A., García de Lorenzo, A., & Álvarez , R. (2014). Función pulmonar y obesidad. *Nutrición hospitalaria*, pp. 1054-1062.
- Carrasco, D., Gómez, E., & Staforelli, A. (2009). *Obesidad y Adolescencia: Exploración de Aspectos Relacionales y Emocionales*. Sociedad Chilena de Psicología Clínica, pp. 143-149.

- Constitución de la República del Ecuador. (2008). Obtenido de <http://pdba.georgetown.edu/Parties/Ecuador/Leyes/constitucion.pdf>
- Cordelia, M., & Moore, I. (2015). Patrón adaptativo obesogénico cerebral: una propuesta para comprender y evaluar la obesidad en la práctica clínica. *Revista Chilena de Nutrición*, pp. 60-69.
- de Castro Peraza, E., Sosa Alvarez, I., Alfonso Martin, R., & Garzón Rodríguez, E. (2011). *Mirando la Salud y la Enfermedad a través de los ojos del Paciente*. España: Bubok.
- de Cos, A., Cardenas, J., Pelegrina, B., Roldán, M., Calvo, I., Vásquez C., & Pallardo, L. (2015). Riesgo asociado a obesidad según estadiaje de Edmonton en cirugía bariátrica. *Nutrición Hospitalaria*, pp. 196-202.
- Delgado Floody, P., & Et al. (2015). Efectos de un programa de tratamiento multidisciplinar en obesos mórbidos y obesos con comorbilidades a cirugía bariátrica. *Nutrición Hospitalaria*, pp. 2011-2016.
- Díaz Cabrera, D., Isla Díaz, R., Rolo González, G., Villegas Velázquez, O., Ramos Sapena, Y., & Hernández Fernaud, E. (s.f.). *Papeles del Psicólogo*. Recuperado el 22 de Junio de 2015, de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1541.pdf>
- ENSANUT, E. N. (2012). Quito. Obtenido de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf
- ENSANUT-ECU. (2012). Ecuador en Cifras. Obtenido de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/Presentacion%20de%20los%20principales%20resultados%20ENSANUT.pdf
- García Chiarello, P., Biff, M., Sicchieri, J., Barbosa, C., & Rodrigues, F. (2012). Treatment for weight loss of Grade III obese patients in the hospital environment: Comparative study between hospitalization and ambulatory programs. *Revista Chilena de Nutrición*, pp. 160-167.

- García Galbis, M., Cortés Castell, E., Rizo Baeza, M., & Gutierrez Hervas, A. (2015). The variability in adherence to dietary treatment and quality of weight loss: overweight and obesity. *Nutrición Hospitalaria*, pp. 2017-2024.
- Gómez Cabello, A., Vicente Rodríguez, G., Vila Maldonado, S., Casajús, A., & Ara, I. (2012). Envejecimiento y composición corporal: la obesidad sarcopénica en España. *Nutrición Hospitalaria*.
- Gómez, I. C. (s.f.). PEPSIC. Recuperado el 20 de Junio de 2015, de Periódicos Electrónicos en Psicología: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1657-92672007000100011&script=sci_arttext&tlng=en
- González Sandoval, C., Díaz Burke, Y., Mendizabal Ruiz, A., Medina Díaz, E., & Morales, J. (2014). Prevalencia de obesidad y perfil lipídico alterado en jóvenes universitarios. *Nutrición Hospitalaria*, pp. 315-321.
- Higuera Gutierrez, L., Vargas Alzate, C., & Cardona Arias, J. (2015). Impacto de la diabetes, el sobrepeso y la obesidad en la calidad de vida relacionada con la salud del adolescente: metanálisis. *Revista Chilena de Nutrición*, pp. 383-391.
- Jiménez Cruz, A., & Bacardí Gascón, M. (2015). Obesity in Latin America: The need for a comprehensive approach. *Nutrición Hospitalaria*, pp. 2334-2335.
- Landsberg, L., Aronne, L., Beilin, L., Burke, V., Igel, L., James, D., & Sowers, J. (2012). Obesity-Related Hypertension: Pathogenesis, Cardiovascular Risk, and Treatment—A Position Paper of the The Obesity Society and the American Society of Hypertension. *Obesity*, pp. 8-24.
- Ley Orgánica de Salud. (2008). Ecuador.
- M.D. Sasse, K. (2009). *Outpatient Weight-Loss Surgery. Safe and Successful Weight Loss Modern Bariatric Surgery*. Reno, Nevada: 360 Publishing.
- Martin D., A., & Diez del Val, I. (2007). *Cirugía de la Obesidad Mórbida*. Madrid: ARÁN.
- Mechanick, J., Youdim, A., Jones, D., Garvey, T., Hurley, D., McMahon, M., . . . Brethauer, S. (2013). *Clinical Practice Guidelines for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery*

Patient—2013 Update: Cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society. *Obesity: A journal research*, pp. S2-S27.

Mesa García, C., & Muñoz del Castillo, M. (2006). Plan de cuidados estandarizado en cirugía bariátrica. *Nure Investigación*. Obtenido de <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/270/251>

Monckeberg, F., & Muzzo, B. (2015). La desconcertante epidemia de obesidad. *Revista Chilena de Nutrición*, pp. 96-102.

Organización Mundial de la Salud. (Mayo de 2014). World Health Organization. Obtenido de <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/>

Organización Panamericana de la salud; Organización Mundial de la Salud. (3 de Octubre de 2014). Plan de Acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia.

Palloni, A., Beltrán, H., Novak, B., Pinto, G., & Wong, R. (2015). Adult obesity, disease and longevity in Mexico. *Salud Pública de México*, pp. 522-530.

Papapietro, K. (2012). Reganancia de peso después de la cirugía bariátrica. *Revista Chilena de Cirugía*, pp. 83-87.

Ramírez Cardona, L., & Valenzuela Cabez, A. (2014). Aplicación del test de 6 minutos en personas con obesidad, en un programa de actividad física. *Revista de Salud Pública*, pp. 516-521.

Reséndiz Barragán, A., & Et al. (2015). Hábitos de alimentación de pacientes con obesidad severa. *Nutrición Hospitalaria*, pp. 672-681.

Rodríguez Alonso, J., Plaza del Pino, F., & Puentes Sánchez, J. (2006). *Cirugía Bariátrica y Atención Integral de Enfermería*. Obtenido de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0165.pdf>

Rodríguez Flores, M. (2014). Diagnóstico de la obesidad más allá de índice de masa corporal. *Salud Pública de México*, pp. 312-314.

- Shah, M., Simha, V., & Garg, A. (2006). REVIEW: Long-Term Impact of Bariatric Surgery on Body Weight, Comorbidities, and Nutritional Status. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, pp. 4223-4231.
- Urzúa M., A., & Et al. (Enero de 2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, pp. 61-71.
- Velázquez Zambrano, J., & Et al. (2014). Evaluación de la calidad de vida en pacientes obesos y cirugía bariátrica. *Revista Ciencias Biomédicas*, pp. 79-87.
- Viloria-González, T. (2014). Cirugía Bariátrica como modalidad de tratamiento en el paciente con obesidad mórbida. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXI*, pp. 85-98.
- Warkentin, L., Das, D., Majumdar, S., Johnson, J., & Padwal, R. (Marzo de 2014). The effect of weight loss on health-related quality of life: systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Obesity Reviews*, 15(3), pp. 169-182.
- Yupanqui, H., & Et al. (2012). Obesidad y Cirugía Bariátrica. Complicaciones clínicometabólicas. *Acta Médica Colombiana*, Vol. 33(Nº 1), pp. 15-21.
- Zavarize Reis, B., da Costa, D., dos Santos Vieira, D., Oliveira Costa, J., Sousa Teixeira, P., Falcão Raposo, O., & Mendes-Netto, R. (2012). Diet composition is associated with obesity in active women. *Revista Chile Nutrición*, 39(Nº2), pp. 128-135.

ANEXOS

ANEXO 1. Árbol del Problema



ANEXO 3. Operacionalización de Variables

OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
Identificar los condicionantes que propiciaron la realización de la cirugía bariátrica.	Condicionantes Cirugía bariátrica.	Factores que favorecieron para que el paciente consienta o busque la ejecución del procedimiento bariátrico.	Condiciones físicas Situaciones laborales Situación social Condición familiares	Estado de salud Movilidad. Enfermedad añadida	Bueno Regular Malo Activo Poco activo Imposibilitado.	Entrevista
Valorar el estado físico emocional, psicológico, familiar, laboral, social de una persona con obesidad	Calidad de vida	Estado generalizado de complacencia de las facultades personales de cada individuo, evaluada mediante aspectos ya sean subjetivos u objetivos	Estado físico Estado Psicológico Relaciones familiares Condiciones laborales Condiciones sociales	Estado de salud Autoestima Entorno laboral Relaciones interpersonales	Bueno Regular Malo Alta Media Baja	Encuesta Test de B.A.R.O.S

Describir los principales cambios que ocurren en una persona con obesidad luego de someterse a una cirugía bariátrica	Cambios	Cambios físico	Pérdida de peso	Drástico	Cálculo IMC
	posteriores a la			Moderado	Observación
	cirugía			Notable	
				Pocos cambios	
		Cambios emocionales	Autoestima	Sin cambios	
		Cambios laborales	Rendimiento laboral	Bajo	
				Normal	
				Aumentado	
		Cambio social			

ANEXO 4. Presupuesto

Presupuesto			
PAGOS PUCESE			
1. DETALLES	CANTIDAD	V. UNITARIO	V. TOTAL
Matricula	1	149.23	149.23
Proyecto de grado	3	354.85	1064.55
Examen de grado	1	250.36	250.36
TOTAL			1,464.14
RECURSOS MATERIALES			
2. TÉCNICOS	CANTIDAD	V. UNITARIO	V. TOTAL
Computadora	1	900.00	900.00
Cámara fotográfica	1	240.00	240.00
Impresora	1	250.00	250.00
Internet	100	0.60	60.00
Minutos Telefonía	500	0.20	100.00
TOTAL			1,550.00
3. MATERIAL DE OFICINA			
Lápiz	5	0.30	2.00
Esferos	4	0.50	2.00
Resma de hojas A4	8	6.00	48.00
Cuaderno	1	2.00	2.00
Copias	800	0.05	40.00
Carpeta	10	0.50	5.00
Empastado	3	10.00	30.00
Impresiones	900	0.25	225.00
Pendrives	1	15.00	15.00
Anillados	10	2.00	20.00
TOTAL			389.00
4.-SALIDA DE CAMPO			
Movilización	80	3.00	240.00
Alimentación	20	3.00	60.00
Transporte (Quito)	2	20.00	40.00
Viáticos	1	200.00	200.00
Especialistas (Doctor y Nutricionista)	2	100.00	200.00
Imprevistos (10%)	-	-	415.00
TOTAL			1155.00
		5.- TOTAL	4,558.14

Fuente de Financiamiento: Investigación financiada por padres de la autora

ANEXO 5. Ficha de medidas Antropométricas e IMC

EDAD:			
SEXO:	Masculino		Femenino

PESO:	
TALLA:	
IMC:	



Peso normal
IMC 18,5 a 24,9



Sobrepeso
IMC 25 a 29,9



Obesidad
IMC 30 a 34,9



Obesidad Grave
IMC 35 a 39,9



Obesidad Mórbida
IMC =>40

ANEXO 6. Versión adaptada del Cuestionario de Calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BREF)

Antes de iniciar con el cuestionario en sí, me gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted: subraye en la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.

Sexo: _____

¿Cuándo nació? _____

¿Nivel de Estudio? Ninguno / Primer Nivel / Segundo Nivel / Tercer o Cuarto Nivel

¿Cuál es su estado civil?

Soltero(a) / Separado(a) / Casado(a) / Divorciado(a) / Unión libre / Viudo(a)

¿En la actualidad, está enfermo/a? Sí / No

Instrucciones: Las preguntas del siguiente cuestionario sirven para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor **conteste todas las preguntas**. Escoja la opción que más le parezca adecuada y se adapte a su vida, incluso en caso de no estar seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida *durante las dos últimas semanas*. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

Nº	Pregunta	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4, quedando la respuesta de la siguiente forma:

Nº	Pregunta	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión.

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho(a)	Poco insatisfecho(a)	Lo normal	Bastante satisfecho(a)	Muy satisfecho(a)
2	¿Cómo de satisfecho(a) está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
16	¿Cuál es la frecuencia en la que tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas se ha sentido satisfecho(a) y cuánto, en varios aspectos de su vida.

		Muy insatisfecho(a)	Poco	Lo normal	Satisfecho(a)	Muy satisfecho(a)
17	¿Cuán satisfecho(a) está con su sueño?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho(a) está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho(a) está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho(a) está de sí mismo?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho(a) está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho(a) está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho(a) está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho(a) está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho(a) está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
26	¿Cuán satisfecho(a) está con los servicios de transporte en su zona?	1	2	3	4	5

ANEXO 7. Entrevista

- 1) ¿Está usted satisfecho consigo mismo?
- 2) ¿Cuándo comenzó a subir de peso?
- 3) ¿Cómo era su vida antes que aumentara de peso?
- 4) ¿Cómo considera su salud?
- 5) ¿Considera usted que la obesidad le es impedimento para vivir su vida a plenitud?
- 6) ¿Cree usted que la obesidad le restringe realizar cosas? ¿Qué cosas?
- 7) ¿Qué cree que ocurrirá si no se modifican sus conductas relacionadas con la salud?
- 8) ¿Ha intentado bajar de peso antes?
- 9) ¿Qué estrategias ha utilizado?, ¿Cuál cree que ha sido efectiva?
- 10) ¿En qué forma sería diferente su vida si lograra realmente bajar de peso o adoptara un estilo de vida más saludable?

ANEXO 8. Consentimiento informado

Se me ha solicitado participar voluntariamente en el trabajo final de Tesis que lleva a cabo la estudiante de Enfermería de la PUCESE Cindy Reyna Reyna, para optar por el grado de Licenciada en Enfermería, que lleva como título “Calidad de vida de las personas obesas vs sometidas a cirugía bariátrica, atendidos en la clínica la providencia de la ciudad de esmeraldas”.

Afirmo que he entendido la motivación y los objetivos del presente estudio.

Al involucrarme en el trabajo estoy consciente de que mi participación no implica ningún riesgo para mí, ni para otras personas.

De igual modo, estoy en conocimiento de que mi identidad se mantendrá en absoluta reserva y que mis respuestas podrán ser publicadas siempre y cuando se respete mi anonimato.

Al finalizar este estudio tendré acceso a la información y resultados obtenidos a partir de este.

Declaro que todas las preguntas que se me formulan han sido convenientemente aclaradas y que he comprendido la información que se me ha proporcionado.

Yo, _____, con CI: _____,
doy libremente mi consentimiento para participar en este estudio.

Fecha: _____

Firma del Participante

Firma de Investigadora