

**TITULO**

"Obesidad y calidad de vida"

**NOMBRE Y APELLIDOS DEL AUTOR**

Dr. Martín López de la Torre Casares

**CENTRO DE TRABAJO**

S. Endocrinología  
Hospital Universitario Virgen de las Nieves  
Granada

**DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA**

**C/ Abu Isaac 6-3º D**  
**18005-Granada**  
**Email: [mcasares@arrakis.es](mailto:mcasares@arrakis.es)**  
**Tfno/fax: 958-256857**

## **RESUMEN**

Cada día se concede más importancia a la perspectiva del estado de salud por parte del propio paciente, tanto en su aspecto físico como mental y social, la llamada Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Para evaluarla se están desarrollando herramientas que permiten cuantificar este concepto cualitativo, mediante instrumentos genéricos y específicos, que adecuadamente validados permiten conocer el impacto de la obesidad sobre el individuo, su cambio a lo largo del tiempo, compararlo con otros individuos, con la calidad de vida de otras patologías, de una población sana, o de una población general. Permiten además agrupar los pacientes y facilitan el estudio de los mecanismos que le han llevado a ser obeso y las consecuencias de serlo. Los test de CV servirán para seleccionar los tratamientos y para monitorizar la eficacia de los mismos. Aunque no hay evidencia de patologías psiquiátricas mayores en los obesos considerados globalmente, aquellos con mayor grado de obesidad están más predispuestos a padecerlas. Estos últimos además tienen alteradas la mayoría de las dimensiones exploradas por los test de Calidad de vida, y si se someten a una pérdida radical de peso mejoran desde los primeros meses, aunque está por determinar si estas mejorías se mantienen con el paso del tiempo, y si son tan manifiestas entre los pacientes con pérdidas moderadas de peso, y todavía no se encuentra bien cuantificada la frustración que supone la frecuente recidiva de esta enfermedad. El rápido desarrollo de herramientas válidas para valorar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en la obesidad obliga a su uso como una parte más de la evaluación clínica de cualquier individuo obeso.

## **PALABRAS CLAVE**

Calidad de Vida, Obesidad

La valoración del estado de salud y de enfermedad a nivel individual y poblacional ha sido clásicamente obtenida mediante datos cuantitativos de disminución o desaparición de enfermedad o de prolongación de la vida (morbilidad, mortalidad), y a través de la interpretación del personal sanitario<sup>(1,2)</sup>. Recientemente se está también valorando la perspectiva del estado de salud por parte del propio paciente, tanto en su aspecto físico como mental y social<sup>(3,4)</sup>. De esta manera surgen los conceptos de "Calidad de Vida" (CV) y "Calidad de Vida Relacionada con la Salud" (CVRS), y se hacen necesarias herramientas que permitan cuantificarlos, como los cuestionarios de salud, capaces de explorar "dominios" o "dimensiones" mediante items o preguntas concretas<sup>(5)</sup>. La valoración de todos y cada uno de ellos es difícil, pero necesaria cuando se pretende comparar diferentes poblaciones o patologías, cuantificar los cambios que sufre la CVRS en el transcurso del tiempo por la aplicación de un determinado tratamiento, relacionar la CVRS con las expectativas de vida y los costes sanitarios, o preveer una situación futura<sup>(6)</sup>. Muchas variables influyen sobre las dimensiones y son cambiantes en el tiempo (personalidad y sustrato psicopatológico, patologías y limitaciones físicas del sujeto, ambiente social y cultural en que se desenvuelve, creencias y oportunidades de desarrollo, etc).

El enfoque inicial de la valoración de la CV en la obesidad puede ser genérico o específico<sup>(7)</sup>. Los instrumentos genéricos ofrecen un enfoque general de la CV, siendo aplicables a cualquier enfermedad, mediante la exploración de dimensiones generales que incluyen dimensiones físicas, mentales y sociales, permitiendo compararla con otras patologías y encuadrarla en el marco de salud del paciente o de una población dada, así como comparar el impacto de los diferentes tratamientos administrados. La mayoría de estos instrumentos son capaces de valorar varias dimensiones y aplicarles una puntuación o medida, en lo que se llama "perfil de salud". Otro tipo de instrumentos genéricos reflejan preferencias de los pacientes por procesos terapéuticos y resultados, lo que se utiliza en estudios de coste-utilidad. Son las "medidas de utilidad". Por otro lado los llamados instrumentos específicos centran su atención en una patología (la obesidad), en una población, una función, o un problema concretos, con el fin de detectar alteraciones propias de esa patología, esa población, esa función o ese problema, que se difuminarían en un test general, y cambios concretos de la misma a lo largo del tiempo. Entre los obesos severos hay alteraciones especialmente destacadas, como las alteraciones del sueño, de la autoestima, del apetito o de la actividad sexual que habrán de ser considerados y valorados en los test específicos con una especial relevancia<sup>(8)</sup>. Por cuanto estos test pierden la perspectiva general de un test genérico y no permiten comparar diferentes enfermedades, la información que ofrecen los test genéricos y específicos son complementarios.

Elaborar un test genérico o específico requiere comprobar su utilidad clínica, es decir su validez, fiabilidad, sensibilidad al cambio, interpretabilidad clínica y carga<sup>(6, 9, 10)</sup>. Para cumplir todos estos requisitos el test elaborado ha de ser inicialmente aplicado a un grupo piloto de individuos, y corregirlo en la medida que sea necesario. Conseguir un test adecuado es costoso y difícil, por lo que frecuentemente se prefiere elegir un test ya elaborado y validado. El problema en este caso es adaptarlo al entorno en el que se va a aplicar, no sólo porque sea preciso traducirlo de una a otra lengua sino de una a otra cultura<sup>(11,12,13,14)</sup>, y porque la población sobre la que se aplica pueda ponderar

de manera diferente las diferentes dimensiones, máxime en cuestiones relacionadas con una patología como la obesidad. Es recomendable comprobar la validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio de la herramienta adaptada. Hay por último que añadir los problemas para discernir la mejoría de salud en individuos que ya gozan de buena salud ("efecto techo") y detectar empeoramiento de la salud en quienes la tienen ya muy deteriorada ("efecto suelo"), razón por la que también se debe conocer el porcentaje de individuos con la puntuación máxima del test y aquellos con la puntuación mínima. Algunos autores también recomiendan evaluar previamente el nivel cognitivo de un paciente y compararlo con el esperado para su edad y nivel de educación<sup>(15)</sup>, ya que en pacientes obesos se han descrito problemas a dicho nivel<sup>(16)</sup>.

A nivel individual los cuestionarios de calidad de vida nos permitirán conocer el impacto de la obesidad sobre un individuo en un momento concreto, y cómo cambia a lo largo del tiempo cuando actúa una circunstancia (generalmente un tratamiento), constituyendo un importante parámetro de decisión y planteamiento terapéutico ante un paciente. Podremos además comparar dicho impacto individual, de forma transversal, con el que producen otras patologías, con una población sana, o con una población general. La comparación conduce a colocar el problema en su verdadero lugar y concederle el valor que merece. Es evidente que algunos pacientes con similar grado de obesidad, alteran en gran medida su CV y otros apenas nada, y unos responderán con grandes cambios a las medidas terapéuticas y otros apenas nada. Los test de CV permiten agrupar los pacientes y facilitan el estudio de los mecanismos que le han llevado a ser obeso y las consecuencias sobre su CV de serlo, y en dicha medida se pueden aplicar terapéuticas más adaptadas a los pacientes. En este sentido los test de CV no sólo son cuantificadores de un estado de salud sino también herramienta de conocimiento etiopatogénico, fisiopatológico y terapéutico y se pueden convertir en un objetivo terapéutico importante.

Los test de CV no sólo servirán para seleccionar los tratamientos, sino también para monitorizar la eficacia del mismo, por lo que no es exagerado recomendar su exploración ante la instauración de cualquier medida terapéutica<sup>(17)</sup>. Este tipo de test empieza a ser utilizado en la valoración de tratamientos farmacológicos de la obesidad y de patologías relacionada con ella (hipertensión arterial, diabetes mellitus), para demostrar en estudios a doble ciego si la mejora de la CVRS obtenida con una reducción de peso o con una actuación terapéutica determinada queda alterada con el fármaco en cuestión<sup>(18)</sup>

No basta que el obeso baje peso o mejore de sus complicaciones o prolongue sus expectativas de vida, sino que además debe sentirlo así, como un beneficio que mejore tanto su salud física como emocional. Esta utilidad puede generalizarse a un nivel socio-político-sanitario, ya que la repercusión sobre la salud y el gasto económico que supone un determinado plan de actuación aplicado a una población ha de conocer el impacto que éste va a suponer tanto en la CV de los pacientes a los que va dirigido como en la población general.

La CV del obeso está afectada en al menos cuatro esferas:

1.- Problemas directamente relacionados con la obesidad, entendida ésta como el excesivo acúmulo de grasa, que le condiciona tanto problemas

físicos (alteración del rendimiento físico), como mentales (alteración de la autoestima, depresión) o sociales (alteración de la relación con los demás, la integración social, las relaciones sexuales, etc.)

2.- Problemas relacionados con las complicaciones orgánicas derivadas de la obesidad, como artropatías, diabetes mellitus, HTA o arteriosclerosis. De hecho la comorbilidad es una dificultad frecuentemente añadida a la valoración de la CVRS en la obesidad.

3.- Problemas relacionados con el pronóstico vital y la percepción del mismo, como las expectativas de padecer en un futuro patología cardiovascular o hipertensión, por la concienciación de la obesidad como factor de riesgo cardiovascular.

4.- Cambios de la CVRS ante los resultados de un tratamiento generalmente largo, de resultados lentos y con frecuentes recidivas.

Aunque los obesos está sometido a mayor stress psicosocial que el resto de la población por los prejuicios y discriminación a que se ven sometidos a diario, podríase decir que el grado de psicopatología no es importante, y no hay evidencia de patologías psiquiátricas mayores en los obesos como grupo, por lo que sus alteraciones de CV no son secundarias a dichas patologías<sup>(19,20)</sup>. Cuando se estudian sólo los obesos mórbidos, aparecen mayores índices de depresión, hipocondriasis, histeria e impulsividad<sup>(21)</sup>. Hay además obesos incluidos en grupos de riesgo, con más susceptibilidad al stress propio de la obesidad, tal como los adolescentes, las mujeres jóvenes y los obesos mórbidos, soportando con más frecuencia alteraciones de la CV, aunque no lleguen a sufrir una psicopatología mayor.

Los obesos sufren emocionalmente de una deficiente autoestima, ánimo deprimido, labilidad emocional, ansiedad y sentimientos de culpa y autoreproche, y le frustra el fracaso continuo para conseguir unos estándares de peso considerados ideales, a pesar de grandes esfuerzos<sup>(22)</sup>.

Las muestras de pacientes escogidas para los trabajos soportan un sesgo de selección, ya que los pacientes sometidos a estos test han acudido a su médico por su preocupación ante la obesidad, por lo que pueden ofrecer más psicopatología que el resto de obesos de la población, mayor grado de obesidad y/o mayor grado de complicaciones orgánicas por la misma, y por tanto le reportaba una especial satisfacción la pérdida de peso<sup>(23,24)</sup>. Se podría argumentar que los pacientes con peor CVRS son aquellos con mayor peso corporal, y aquellos con mayor peso son los que más se van a beneficiar de la pérdida de peso y por tanto los que mayor preocupación habrían de tener por su enfermedad y mayor interés por solucionarla. Esta suposición no es válida para todos los individuos: Mayor número de personas se sienten obesas que las que son objetivamente obesas, especialmente en el sexo femenino, a pesar de que la obesidad moderada no ha demostrado consecuencias importantes para la salud<sup>(25)</sup>. En contrapartida sólo un 11% de los pacientes severamente obesos se someten a un tratamiento médico para perder peso a pesar del gran beneficio que obtendrían por ello. La relación entre un mayor IMC y la mala percepción de salud es más directa en varones conforme aumenta la edad, al revés que en mujeres, en quienes prevalecen razones estéticas y psicosociales para perder peso sobre las razones de salud<sup>(26)</sup>. Seidell y cols mostraron que las más frecuentes quejas relacionadas con el IMC en ambos sexos, independientemente de la edad, clase social o tabaquismo, estaban

relacionadas con el tracto digestivo, el sistema esquelético y muscular y problemas respiratorios<sup>(26)</sup>.

Podemos plantear el estudio de la CVRS en la obesidad mediante la utilización de test genéricos de salud o bien test específicos para la obesidad (Tabla I).

Aunque los primeros test aplicados para conocer el impacto de la obesidad sobre la CV eran globales (SF 36, SIP, QWB, NHP), actualmente se están diseñando test específicos como el IWQOL.

En 312 obesos que buscaban perder peso (IMC medio 38,1 Kg/m<sup>2</sup>) Fontaine y Bartlett<sup>(27)</sup> han encontrado alteraciones cuando se comparan con las normas de la población general en 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 resultó sobre la vitalidad y el dolor corporal. Estos resultados fueron ajustados para factores sociodemográficos y para varias comorbilidades, para estimar mejor el impacto de la obesidad. Estos autores observaron peores puntuaciones en todas las dimensiones exploradas cuando el paciente aquejaba dolor, pudieron deducir que el dolor contribuiría al fallo de la CV de forma independiente del peso, iniciando terapias independientes para mejorarlo. Analizando la CV según el grado de obesidad<sup>(28)</sup> los obesos mórbidos (IMC medio 48,7 Kg/m<sup>2</sup>) presentan peor función física, social y de rol, peor percepción de salud general y mayor dolor corporal que los obesos leves (IMC medio 29,2 Kg/m<sup>2</sup>) o moderados a severos (IMC medio 34,5 Kg/m<sup>2</sup>).

El IWQOL fue un test específico diseñado y validado por Kolotkin y cols<sup>(29,30)</sup> con el fin de estudiar el efecto del peso sobre la CV, más que la CV per se. Se elaboró recogiendo 74 ítems que reflejaran las cuestiones referidas con más frecuencia en una encuesta de obesos, dividiéndolos después en 8 escalas según la dimensión que reflejaran, que fueron: Salud (14 ítems), vida social/interpersonal (11 ítems), trabajo (7 ítems), morbilidad (10 ítems), autoestima (10 ítems), vida sexual (6 ítems), actividades de la vida diaria (7 ítems) y satisfacción por la comida (9 ítems). En un grupo de 181 pacientes con un IMC medio de 38,3 Kg/m<sup>2</sup> encontraron un impacto sobre la autoestima y la vida sexual mayor en las mujeres que en los hombres, siendo la autoestima un área especialmente vulnerable en ellas independientemente del peso. Las mujeres tienen una alteración en estas facetas ya desde obesidades moderadas (IMC < 32,7 Kg/m<sup>2</sup>), en tanto el hombre necesita un peso corporal mayor para alcanzar similares alteraciones. El aumento de IMC también altera los demás dimensiones de la CV en el varón (excepto el trabajo y la satisfacción por la comida), y en la mujer (excepto la autoestima, la vida sexual y la satisfacción con la comida, en que el impacto es similar para cualquier grado de obesidad). Para ambos sexos mayor peso significa peor CV. Considerando el rango medio de edad de este estudio (48,7 +/- 13,7 años), la edad más avanzada impactó sobre la movilidad y la salud, pero no sobre el trabajo, la vida sexual y las actividades de la vida diaria o la satisfacción por la comida. Conforme aumentaba la edad había menor repercusión del peso sobre la autoestima y la vida social/interpersonal. Este cuestionario está empezando a usarse en diversos países con objetivos clínicos y de investigación (ensayos clínicos de fármacos y tratamientos quirúrgicos para la obesidad<sup>(30)</sup>).

El test usado en el Swedish Obese Subjects Intervention Trial (SOS) incluye ítem de otros cuestionarios a los que se añadió un módulo específico de problemas relacionados con la obesidad<sup>(31)</sup>, de tal forma que recoge aspectos generales (medidas de percepción general de salud, bienestar mental, disturbios emocionales, función psicosocial) y específicos para la obesidad (problemas psicosociales relacionados con la obesidad y comportamientos alimentarios). Los primeros 1743 pacientes del estudio (37 a 57 años de edad e  $IMC \geq 34 \text{Kg/m}^2$  en varones e  $IMC \geq 38 \text{Kg/m}^2$  en mujeres) mostraban peor estado de salud y emocional que la población general. Los índices de ansiedad y depresión eran también mayores que la población general, y que otras patologías crónicas (claudicación intermitente, lesión espinal, melanoma maligno generalizado). La morbilidad psiquiátrica es más frecuente en las obesas mórbidas que en los obesos. En general las mujeres mostraban peores indicadores de bienestar. También se observaron más problemas psicosociales relacionados con la obesidad y de interacción social.

La valoración de pacientes con obesidad moderada requiere la utilización de test elaborados específicamente para estos pacientes, lo que ofrecerán más datos que los test genéricos o los elaborados para obesidades mórbidas como los que hemos comentado. Con este objetivo Mathias y cols<sup>(32)</sup> han validado un nuevo test HRQOL (Health Related Quality of Life) autoadministrado que contiene dimensiones globales y específicas de la obesidad al que han añadido una valoración HSP (Health State Preference) para la valoración interactiva de la prioridad en el estado de salud, que complementa la valoración ofrecida por el test. El HRQOL no es totalmente nuevo, ya que dos terceras partes del cuestionario recoge ítems previamente existentes y validados, aunque la mayoría no habían sido usados para el estudio de la obesidad. Los ítem originales iban dirigidos a problemas relevantes en los obesos.

Asumiendo por todo lo dicho que los obesos tienen alterada su CV, uno de los más interesantes motivos de utilizar los cuestionarios de CV es conocer el impacto de la pérdida de peso sobre ella: El peso antes de un tratamiento y el grado de pérdida de peso es importante para evaluar la mejoría de la CV. Cuando se evalúan pacientes con obesidad mórbida que han perdido mucho peso de forma mantenida, como ocurre con tratamientos quirúrgicos, las mejoras en los test de CV son importantes, en prácticamente todas las dimensiones exploradas, incluidas las sociales y laborales. Todo ello a pesar de los riesgos y complicaciones del procedimiento quirúrgico<sup>(33)</sup>. Trabajos recientes de Isacson y cols<sup>(34)</sup> en este tipo de enfermos (edad 20-65 años,  $IMC > 36 \text{Kg/m}^2$  en varones e  $IMC > 38 \text{Kg/m}^2$  en mujeres) intervenidos mediante gastroplastia vertical anillada fueron estudiados después de 28 meses (rango 17 a 66 meses) de la intervención, y comparados a otros pacientes quirúrgicos no obesos (colecistectomías). Estos obesos habían perdido en promedio 40 Kg, alcanzando un BMI de 31. Aplicando un test de CV basado parcialmente en el Göteborg Quality of Life Instrument y modificado para hacerlo más específico para detectar alteraciones pre y postquirúrgicas, no encuentran diferencias entre ambos grupos en cuanto a CV global, si bien el cambio de la misma con relación a la situación previa a la intervención era mayor tras la gastroplastia que tras la colecistectomía, habiendo mejorado significativamente para los obesos. Su deficiente CV prequirúrgica era similar al de individuos no obesos tras 28 meses de la intervención, e incluso puntuaban mejor que éstos en

cuanto a autoestima, relación con la pareja y relaciones sociales. Probablemente sus mejores relaciones de pareja puedan ser consecuencia del aumento de la autoestima, con el que también se pueden relacionar otros parámetros de la CV. Estudios a 1-2 años en obesos mórbidos intervenidos con otras técnicas (bypass gástrico o intestinal) en un número suficiente de pacientes mediante diversos cuestionarios (Danish Obesity Project Questionnaire, etc.) como el realizado por Kral y cols<sup>(8)</sup> por el Danish Obesity Project, o por Van Gemert<sup>(35)</sup> confirman las mejoras en diversos aspectos de la CV (bienestar mental, percepción de salud, relación social, movilidad, energía, reacción emocional, autoestima y capacidad y posibilidades de trabajo). Los buenos resultados también ocurren cuando se comparan los pacientes que pierden peso con métodos quirúrgicos con los que siguen una dieta<sup>(36,37)</sup>. Los pacientes sometidos a cirugía están muy motivados y han tomado una decisión agresiva porque estaban sometidos a una mayor carga psicosocial que era la que les motivaba la elección de dicho tratamiento<sup>(38,39)</sup>. Además suelen seguir un procedimiento de selección psicopatológica previo a la cirugía junto a un programa de información que mejora su predisposición a sufrir este procedimiento con mejores resultados en cuanto a CV.

Ha sido publicado el seguimiento durante 24 meses en el proyecto SOS, a cuyos resultados basales nos hemos referido antes. Este proyecto está estudiando un gran número de obesos mórbidos sometidos a cirugía. Entre 487 pacientes (IMC  $\Delta$  34 Kg/m<sup>2</sup> en varones y  $\Delta$  38 Kg/m<sup>2</sup> en mujeres) Karlsson y cols<sup>(38)</sup> observaron que la mala CV previa mejora de forma llamativa después de la cirugía gástrica cuando se compara con los obesos tratados convencionalmente, que apenas sufren cambios. El cambio más apreciable ocurre entre 6 y 12 meses después de la intervención. Los cambios se relacionaban con la magnitud de la pérdida de peso, de tal forma que mejoraban más cuando la pérdida de peso era mayor, y la conducta alimentaria mejoró en consecuencia. La gran mejoría emocional inicial (más evidente en mujeres) es mayor de lo esperado por la pérdida de peso conseguida, y viene a estabilizarse e incluso empeorar ligeramente, encontrándose al cabo de 2 años más acorde con la pérdida de peso conseguida, y entonces es similar en hombres y mujeres<sup>(38)</sup>.

La sensibilidad al cambio de estos test de CV puede no ser suficiente para detectar alteraciones en obesidades más moderadas sometidas a tratamientos convencionales, y con resultados más modestos. En estos pacientes también mejora la CV en test genéricos cuando la pérdida de peso es significativa, aunque está por determinar hasta qué punto esta mejoría es sostenida. Aplicando un test genérico (SF 36) Fontaine y cols estudiaron 38 obesos moderados (IMC medio 31,6 Kg/m<sup>2</sup>) sometidos a un programa de modificación del estilo de vida (dieta y ejercicio) con visitas semanales. Tras 12 semanas de tratamiento y conseguida una pérdida de peso media de 8,6 Kg habían mejorado la función física, salud mental, percepción de salud general, limitaciones del rol por problemas físicos, vitalidad, dolor corporal, función social y limitaciones del rol por problemas físicos. No sabemos si estas modificaciones permanecerán en un estudio más prolongado o si la pérdida de peso es menos acusada, o la atención médica menor, y tampoco hasta qué punto empeora el test de CV si se vuelve a ganar peso, o qué ocurrirá con tests específicos.<sup>(27)</sup>



Los tests de CV también son administrados en pacientes con otras patologías asociadas a la obesidad. Un cuestionario genérico de CV autoadministrado a 902 pacientes con HTA en estadio I entre 45 y 69 años en tratamiento médico (dietético y ejercicio físico) y diferentes tratamientos farmacológicos, Grimm y cols en 1997<sup>(40)</sup> analizan una serie de parámetros como el sexo, raza, peso, actividad física, excreción de Na<sup>+</sup> en orina, uso previo de antihipertensivos, tensión arterial, tabaquismo, ingesta de alcohol, educación e ingresos. Al inicio del estudio muestran mejores índices de CV los individuos más activos físicamente y menos obesos, cuando se comparan con los menos activos y más obesos. A lo largo de los 4 años de seguimiento la CV fue mejorando siendo la cantidad de peso perdido y el aumento de la actividad física los parámetros más relacionados con una mejoría de la CV. Los Autores lo atribuyen a una mejor percepción de uno mismo y los posibles efectos biológicos sobre la energía y la salud mental.

La aplicación de otro cuestionario genérico de CV (SF 36) a 975 varones hipertensos ancianos (entre 60 y 81 años) sometidos a tratamiento médico por la HTA demostró peor CV ante síntomas físicos y obesidad, no observando asociación alguna con la medicación ni con la edad<sup>(41)</sup>.

De ambos estudios se deduce la importancia que la reducción de peso tiene en el manejo de la HTA.

Desde que empezamos disponer de las herramientas necesarias para un conocimiento suficiente de la CV en los obesos se hace necesario su uso en nuestra práctica clínica, y no podremos hablar de éxito o fracaso de un determinado tratamiento aplicado al obeso sin contar con el sentir del propio enfermo.

**Tabla 1.- Ejemplos de test de calidad de vida genéricos y específicos para la obesidad**

TIPOS DE TEST	SIGLAS	SIGNIFICADO	AUTORES	ADAPTACION ESPAÑOLA
<b>GENERICOS</b>	SIP	Sickness Impact Profile	Gilson y cols, 1975 Bergner y cols, 1981	Badia y cols, 1994.
	SF-36	Medical Outcomes Study-Form Health Survey	Ware y cols, 1992.	Alonso y cols, 1995
	NHP	Nottingham Health Profile	Hunt y Ewen, 1980	Alonso y cols, 1990 y 1994
	CCV	Cuestionario de Calidad de Vida	Ruiz y Baca, 1993	
	Euroqol	Europ quality of life	Euroqol Group, 1990	Badia X y cols, 1995 y 1998
	GQLS	Göteborg Quality of Life Scale	Tibblin y cols, 1990	
<b>ESPECIFICOS PARA LA OBESIDAD</b>	IWQOL	Impact of weight on Quality of Life Scale	Kolotkin y cols, 1995	
	SOS	Swedish Obese Subjets	Sullivan y cols, 1993	
	HRQOL+ HSP	Health Related Quality of Life+ Health State Preference	Mathias y cols, 1997	

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Salomon CG, Manson JE. Obesity and mortality: a review of the epidemiologic data. *Am J Clin Nutr* 1997; 66 (Suppl): 1044S-1050S.
- 2.- Seidell JC, Verschuren MM, van Leer EM, Kromhout D. Overweight, underweight and mortality. A prospective study of 48287 men and women. *Arch Intern Med* 1996; 156: 958-963.
- 3.- WHO. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Basic documents. Geneva, Switzerland. World Health Organization 1948.
- 4.- Patrick DL, Erickson P. What constitutes quality of life?. Concepts and dimensions. *Clin Nutr* 1988; 7: 53-63.
- 5.- Patrick DL, Bergner M. Measurement of health status in the 1990s. *Annu Rev Public Health* 1990; 11: 165-183.
- 6.- Scientific Advisory Committee. Instrument review criteria. *Medical Outcomes Trust Bull* 1995; 3 (4): I-IV.
- 7.- Guyatt GH, Veldhuyzen Van Zanten SJO, Feeny DH, Patrick DL. Measuring quality of life in clinical trials. A taxonomy and review. *Can Med Assoc J* 1989; 140: 1441-1448.
- 8.- Kral JG, Sjöström LV, Sullivan MB. Assessment of quality of life before and after surgery for severe obesity. *Am J Clin Nutr* 1992; 55 (2 Suppl): 611-614.
- 9.- Guyatt GH, Kishner B, Jaeschke R. Measuring health status: What are the necessary measurement properties?. *J Clin Epidemiol* 1992; 45: 1341-1345.
- 10.- Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related Quality of Life. *Ann Intern Med* 1993; 118: 622-629.
- 11.- Del Greco L, Walop W, Eastridge L. Questionnaire development: 3. Translation. *Can Med Assoc J* 1987; 136: 817-818.
- 12.- Guyatt GH. The philosophy of health-related quality of life translation. *Qual Life Res* 1993; 2: 461-465.
- 13.- Mathias SD, Fifer SK, Patrick DL. Rapid translation of quality of life measures for international clinical trials: avoiding errors in the minimalist approach. *Qual Life Res* 1994; 3: 403-412.
- 14.- Herdman M, Fox Rusby, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res* 1998; 7/4: 323-325
- 15.- Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, Folstein MF. Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and education level. *JAMA* 1993; 269 (18): 2386-2391.
- 16.- Sorensen TIA, Sonne-Holm S, Christensen U. Cognitive deficiency in obesity independent of social origin. *Lancet* 1983; 1: 106 (letter).
- 17.- Badia X, Carné X. La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 550-556.
- 18.- James WPT, Avenell A, Broom J, Whitehead. A one-year trial to assess the value of orlistat in the management of obesity. *Int J Obesity* 1997; 21 (Suppl 3): S24-S30.
- 19.- Halmi KA, Long M, Stunkard AJ. Psychiatric diagnosis of morbidly obese gastric bypass patients. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 470-472.

- 20.- Stunkard AS, Wadden TA. Psychological aspects of severe obesity. *Am J Clin Nutr* 1992; 55: 5245-5325.
- 21.- Wadden, TA, Stunkard AJ. Social and Psychological consequences of obesity. *Ann Intern Med* 1985; 103 (6 pt2): 1062-1067.
- 22.- Mardomingo MJ. Psicopatología de la obesidad. En "Obesidad: Presente y futuro" de B Moreno, S Monereo y J Alvarez. Grupo Aula Medica SA, eds. Madrid 1997: 105-114.
- 23.- Fitzgibbon ML, Stolley MR, Kirschenbaum DS. Obese people who seek treatment have different characteristics than those who do not seek treatment. *Health Psychol* 1993; 12: 342-345.
- 24.- Higgs ML, Wale T, Cescato M et al. Differences between treatment seekers in an obese population: medical intervention vs. Dietary restriction. *J Behav Med* 1997; 20: 391-405.
- 25.- Stewart AL, Brook RH. Effects of being overweight. *Am J Public Health* 1983; 73: 171-178.
- 26.- Seidell JC, Bakx KC, Deurenberg R, Burema J, Hantvast JGAV, Huygen FJA. The relation between overweight and subjective health according to age, social class, slimming behavior and smoking habits in Dutch Adults. *Am J Public Health* 1986; 76: 1410-1415.
- 27.- Fontaine KR, Bartlett SJ. Estimating Health-Related Quality of Life in obese individuals. *Dis Manage Health Outcomes* 1998; 3(2): 61-70.
- 28.- Fontaine KR, Cheskin LJ, Barofsky I. Health-related quality of life in obese persons seeking treatment. *J Fam Pract* 1996; 43: 265-270.
- 29.- Kolotkin RL, Head S, Hamilton M, et al. Assessing impact of weight on quality of life. *Obes Res* 1995; 3: 49-56.
- 30.- Kolotkin RL, Head S, Brookhart A. Construct validity of the impact of weight on Quality of Life Questionnaire. *Obes Res* 1997; 5/5: 434-441
- 31.- Sullivan M, Karlsson J, Sjöstrom L et al. Swedish obese subjects (SOS)-an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjects examined. *Int J Obesity* 1993; 17: 503-512.
- 32.- Mathias SD, Williamson CL, Colwell HH, Cisternas MG, Pasta DJ, Stolshek BS, Patrick DL. Assessing health-related quality of life and health state preference in persons with obesity: a validation study. *Qual Life Res* 1997; 6: 311-321.
- 33.- Terra JL. The psychiatrist's point of view on the treatment of morbid obesity by gastroplasty. *Ann Chir* 1997; 51 (2): 177-182.
- 34.- Isacson A, Frederiksen SG, Nilsson P, Hedenbro JL. Quality of life after gastroplasty is normal: A controlled study. *Eur J Surg* 1997; 163: 181-186.
- 35.- Van Gemert WG, Adang EM, Greve JW, Soeters PB. Quality of Life assessment of morbidly obese patients: Effect of weight-reducing surgery. *Am J Clin Nutr* 1998; 67 (2): 197-201.
- 36.- Halmi KA, Stunkard AJ, Mason EE. Emotional responses to weight reduction by three methods: gastric bypass, jejunoileal bypass, and diet. *Am J Clin Nutr* 1980; 33 (Suppl): 446-451.
- 37.- Andersen T, Backer OG, Stockholm KH, Quaade F. Randomized trial of diet and gastroplasty compared with diet alone in morbid obesity. *N Engl J Med* 1984; 310: 352-356.

- 38.- Karlsson J, Sjöström L, Sullivan M. Swedish obese subjects (SOS)-an intervention study of obesity. Two-year follow-up of health related quality of life (HRQL) and eating behavior after gastric surgery for severe obesity. *Int J Obes* 1998; 22: 113-126.
- 39.- Larsen F. Psychosocial function before and after gastric banding surgery for morbid obesity. A prospective study. *Acta Psychiatr Scand (Suppl)* 1990; 82: 1-54.
- 40.- Grimm RH, Grandits GA, Cutler JA, Stewart AL, Mc Donald RH, Svendsen K, Prineas RJ, Liebson PR. Relationships of quality of life measures to long term lifestyle and drug treatment in the treatment of mild hypertension study. *Arch Intern Med* 1997; 157/6: 638-648.
- 41.- Anderson RT, Hogan P, Appel L, Rosen R, Shumaker SA. Baseline correlates with quality of life among men and women with medication-controlled hypertension. The trial of nonpharmacologic interventions in the elderly (TONE). *J Am Geriatr Soc* 1997; 45/9: 1080-1085.
- 42.- Gilson BS, Gilson JS, Bergner M, Bobbitt RA, Kressel S, Pollard WE et al. The Sickness Impact Profile. Development of an outcome measure of health care. *Am J Public Health* 1975; 65: 1304-1310
- 43.- Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care* 1981; 19: 787-805
- 44.- Badia X, Alonso J. Adaptación de una medida de la disfunción relacionada con la enfermedad: la versión española del Sickness Impact Profile. *Med Clin* 1994; 102: 90-95.
- 45.- Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF 36) I. *Med Care* 1992; 30 (5): 473-483.
- 46.- Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 771-776.
- 47.- Hunt SM, Mc Ewen J. The development of a subjective health indicator. *Sociol Health Illness* 1980; 2: 231-246.
- 48.- Alonso J, Antó JM, Moreno C. Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *Am J Public Health* 1990; 80: 704-708.
- 49.- Ruiz MA, Baca E. Design and validation of the "Quality of Life Questionnaire ("Cuestionario de Calidad de Vida", CCV): A generic health-related perceived quality of life instrument. *Eur J Psychol Assess* 1993; 9: 19-32.
- 50.- Euroqol Group. Euroqol, a new facility for the measurement of health related quality of life. *Health Policy* 1990; 16: 199-208.
- 51.- Badia X, Fernandez E, Segura A. Influence of socio-demographic and health status variables on evaluation of health states in a Spanish population. *Eur J Public Health* 1995; 5: 87-93.
- 52.- Badia X, Schiaffino A, Alonso J, Herdman M. Using the EuroQol 5-D in the Catalan general population: feasibility and construct validity. *Qual Life Res* 1998; 7: 311-322.
- 53.- Tibblin G, Tibblin T, Peciva S, Kullman S, Svärdsudd K. "The Göteborg QoL instrument". An assessment of well-being and symptoms among men born 1913 and 1923. *Scand J Prim Health Care* 1990: 33-38.

54.- Alonso J, Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the Nottingham Health Profile: a review of adaptation and instrument characteristics. *Qual Life Res* 1994; 3: 385-393.