

Evaluación de la actitud y las dificultades que los médicos de Atención Primaria tienen ante el diagnóstico y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad

M. Guerra-García^a, L. Pousa-Estévez^b, A. Charro-Salgado^c
y E. Becoña-Iglesias^d

^aFarmacia de Atención Primaria. Servicio de Atención Primaria. A Guarda. Pontevedra. España.

^bUnidad de Atención Primaria. Baiona. Pontevedra. España.

^cServicio de Endocrinología, Metabolismo y Nutrición. Hospital Universitario San Carlos. Madrid. España.

^dCátedra de Psicología Clínica y Psicobiología. Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

INTRODUCCIÓN. El conocimiento de los problemas que dificultan el manejo de la obesidad ayudará a desarrollar estrategias para su abordaje. El objetivo del presente trabajo es evaluar la actitud de los médicos de Atención Primaria con respecto al diagnóstico y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad y conocer los problemas que dificultan su manejo.

MATERIAL Y MÉTODO. Estudio transversal con muestreo aleatorio. Emplazamiento: centros de Atención Primaria de Galicia. Participantes: médicos de Atención Primaria. Cuestionario autoaplicable validado de 61 ítems que exploran variables sociodemográficas, medios, procedimientos, actitudes y necesidades.

RESULTADOS. Se distribuyeron 200 cuestionarios. Tasa de respuesta: 63%. Varones, 48,15%; mujeres, 51,58%. Edades: el 59,26% entre 45-54 años y el 29,63% entre 35-44 años. Tiempo por consultas a demanda: $5,42 \pm 1,73$ min. El 83,33% considera la falta de tiempo por la presión asistencial, el 68,52% declara falta de formación en dietas individualizadas, para el 72,22% los pacientes no aceptan la obesidad como problema de salud y para el 77,78%, éstos no colaboran. El 64,88% siente frustración ante la dificultad para conseguir que los pacientes pierdan peso. El 89,19% de los médicos consideran que disponer de más tiempo, más formación (92,59%) y profesionales con formación específica (87,04%) mejoraría la atención a la obesidad.

CONCLUSIONES. Los médicos mayoritariamente consideran problemas: la falta de percepción por los pacientes de la obesidad como problema de salud y la negativa a reconocer sus malos hábitos alimentarios, la presión asistencial y la falta de

formación. Hay frustración y dificultad para conseguir y mantener objetivos de peso aceptables.

Palabras clave: obesidad, sobrepeso, calidad de la atención de salud, prevención y control.

INTRODUCTION. Being aware of the problems that make it difficult to manage obesity will help to develop strategies to deal with it. This paper aims to evaluate the attitude of the Primary Care doctors regarding the diagnosis and treatment of overweight patients and obesity and to define the problems that challenge its proper management.

MATERIAL AND METHOD. A cross-sectional random sample study. Location: Primary Care centers in Galicia. Participants: Primary Care doctors. Method: a 61-item self-completed questionnaire that examines sociodemographic variables, resources, procedures, attitudes and needs.

RESULTS. Two hundred questionnaires were distributed with a response rate of 63%. Men: 48.15% and women: 51.58%. Age: 59.26% were between 45-54 years and 29.63% between 35-44 years. Time for consultation upon request 5.42 ± 1.73 min. A total of 83.33% of the doctors surveyed consider these problems to be lack of time due to care pressure, 68.52% lack of training about individualized diets, 72.22% that patients do not accept obesity as a health problem and do not cooperate (77.78%). A total of 64.88% express feeling frustrated regarding the difficulty they have to get their patients to lose weight. 89.19% of the doctors consider that having more time, more training (92.59%) and professionals with specialized training (87.04%) would improve obesity care.

CONCLUSIONS. Most of the doctors consider that the problems are lack of awareness of the patients of obesity as a health problem and their refusal to recognize that they have bad nutritional habits, health care pressure and lack of trai-

Correspondencia: M.M. Guerra García.
Servicio de Atención Primaria de Porriño.
Rúa Fernández Areal, s/n.
36400 Porriño. España.

Correo electrónico: maria.mercedes.guerra.garcia@sergas.es

Recibido el 9-04-2008; aceptado para su publicación el 17-06-2008.

ning. There is a feeling of frustration and that it is difficult to achieve and keep acceptable weight targets in their patients.

Key words: obesity, overweight, health care quality, prevention and control.

INTRODUCCIÓN

Actualmente se considera que la obesidad es una enfermedad crónica y multifactorial, consecuencia de la interacción entre el genotipo y el ambiente¹. En los países desarrollados, afecta a un gran porcentaje de la población de todas las edades y condiciones sociales y a ambos sexos (en España, el 13,2% de los varones y el 17,5% de las mujeres entre 25 y 64 años son obesos)². Su prevalencia aumentó, y sigue aumentando, hasta adquirir proporciones epidémicas (en España se incrementó un 34,5% en 14 años)^{3,4}.

Las personas obesas tienen más riesgo de diabetes mellitus, hipertensión, cardiopatía isquémica, litiasis de vesícula, artrosis y cáncer, y la obesidad es la segunda causa de mortalidad prematura y evitable después del tabaquismo¹.

Si tenemos en cuenta que más del 80% de la población acude a su Centro de Salud cada año, comprenderemos la importancia de los profesionales (médicos, farmacéuticos, enfermeros, etc.) de la Atención Primaria de Salud (APS) en la prevención primaria y secundaria de la obesidad. Para ello se precisan conocimientos, unas condiciones adecuadas de trabajo y una actitud positiva del profesional hacia el sobrepeso y la obesidad. El conocimiento de los problemas que dificultan el manejo adecuado del sobrepeso y obesidad en APS ayudará a desarrollar estrategias necesarias para su abordaje.

El propósito del presente trabajo es evaluar la actitud que los médicos de Atención Primaria tienen con respecto al diagnóstico del sobrepeso y la obesidad y conocer los problemas que dificultan su manejo adecuado en APS. Hasta ahora, y a diferencia de otros países⁵⁻⁷, no hay ningún estudio que aborde dicha cuestión.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal, mediante muestreo aleatorio, con un cuestionario autoaplicable validado y anonimizado de 61 ítems, que exploran variables sociodemográficas, medios, procedimientos, actitudes y necesidades. Para ello se realizó una revisión exhaustiva del material y la bibliografía sobre el tema, con delimitación de lo que se deseaba medir y la elaboración de los ítems, de forma que todas las áreas de interés quedasen representadas. Posteriormente se realizó una validación por expertos.

Criterio de inclusión: ejercer como médico de familia en APS. Criterio de exclusión: se excluyó del estudio a pediatras y puericultores por entender que el problema de la obesidad, en la población pediátrica, requiere un abordaje

Tabla 1. Características basales de los encuestados

	n (%)
Sexo	
Varones	61 (48,41)
Mujeres	65 (51,58)
Edad	
< 35 años	5 (3,7)
35-44 años	37 (29,63)
45-54 años	75 (59,26)
> 54 años	9 (7,41)
Especialidad	
Medicina de familia	108 (85,71)
Otras especialidades	17 (13,49)
Ninguna	1 (0,79)
Ámbito de trabajo	
Rural (< 10.000 hab.)	29 (23,01)
Semiurbano (10.000-30.000 hab.)	49 (38,89)
Urbano (> 30.000 hab.)	48 (38,1)

específico y de mayor complejidad. Ámbito del estudio: centros de Atención Primaria de Galicia.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa informático SPSS® 15.0. Las variables cuantitativas se expresaron con medidas de centralización y dispersión (media $\pm$ desviación estándar) y las variables cualitativas, como frecuencias y porcentajes. Para la comparación de variables cualitativas se utilizó la prueba χ^2 de Pearson, considerando que la relación era estadísticamente significativa si $\chi^2 < 0,05$ (valor utilizado por convención en ciencias de la salud).

RESULTADOS

Se distribuyeron 200 cuestionarios en 30 Centros de Salud. De ellos, 126 médicos aceptaron responder al cuestionario y la tasa de respuesta alcanzada fue del 63%. Las características basales de los encuestados se reflejan en la tabla 1.

El 74,07% conoce el punto de corte del índice de masa corporal (IMC) con que las sociedades científicas definen obesidad, frente al 25,93% que lo desconoce. La Guía de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad es utilizada en su práctica clínica habitual por el 5,56% de los encuestados.

La media del tiempo de que disponen los médicos encuestados durante las consultas a demanda es de $5,42 \pm 1,73$ min. En cuanto al tiempo disponible por paciente durante las consultas programadas, el 14,81% de los médicos dispone de 5 min o menos por consulta, el 62,96% entre 5 y 15 min y el 14,81% afirma dedicar más de 15 min.

El 89% declara que en su Centro de Salud no existe ningún programa específico para el tratamiento y el seguimiento del sobrepeso y la obesidad, y el 94,44% afirma que en su centro no existe ningún grupo de apoyo para el tratamiento de la obesidad. En la tabla 2 se describen los problemas reflejados por los médicos para el tratamiento de la obesidad. La actitud de los médicos ante el paciente obeso se refleja en la tabla 3. El 64,88% siente frustración ante la dificultad para conseguir pérdidas de peso en los

Tabla 2. Percepción de los médicos de familia sobre los problemas existentes para el diagnóstico y el seguimiento del sobrepeso y la obesidad

	Muy en desacuerdo (%)	En desacuerdo (%)	No estoy seguro (%)	De acuerdo (%)	Totalmente de acuerdo (%)	No sabe/no contesta (%)
No cree que sea una actividad para realizar en Atención Primaria	48,15	35,19	5,56	5,56	3,70	1,84
La presión asistencial genera falta del tiempo necesario	3,7	5,56	7,41	51,85	31,48	0
Falta de formación específica sobre dietas individualizadas	5,56	9,26	16,67	57,41	11,11	0
Falta de formación específica en técnicas de modificación de conducta	3,7	12,96	14,81	46,3	18,52	3,71
Falta de motivación de los profesionales	3,7	3,7	11,11	46,3	18,52	16,67
Dificultad para conseguir objetivos de peso aceptable	0	9,26	5,56	61,11	24,07	0
Dificultad para mantener al paciente en objetivos de peso aceptable	0	7,41	0	64,81	27,78	0
La falta de colaboración de los pacientes	0	12,96	9,26	46,3	31,48	0
Los pacientes no perciben la obesidad como un problema de salud	3,71	11,11	12,96	44,44	27,78	0
La administración no lo considera suficientemente en los objetivos evaluables	1,85	16,67	22,22	42,59	16,67	0

Tabla 3. Actitud de los médicos de familia ante el paciente obeso

	Muy en desacuerdo (%)	En desacuerdo (%)	No estoy seguro (%)	De acuerdo (%)	Totalmente de acuerdo (%)	No sabe/no contesta (%)
Siente frustración por la dificultad para conseguir pérdidas de peso	0	31,42	3,7	57,41	7,47	0
Siente frustración por la dificultad de que las pérdidas de peso perduren	0	24,07	5,56	59,26	11,11	0
Tiene sentimiento de comprensión	5,56	31,48	12,96	42,59	7,41	0
Siente rechazo	10,67	57,85	22,22	7,41	1,85	0
Considera que el paciente no adelgaza porque no quiere	7,41	51,82	14,81	25,96	0	0
El paciente no reconoce los malos hábitos alimentarios	0	12,96	9,26	62,97	14,81	0
El paciente está gordo porque come en exceso	0	27,69	14,81	42,59	14,81	0
Se siente mal cuando examina a un obeso	31,48	59,26	8,56	3,7	0	0

pacientes y el 77,78% opina que el paciente no reconoce sus malos hábitos alimentarios. En la tabla 4 se describen las actitudes que los médicos de familia han de adoptar y en la tabla 5, el tipo de intervenciones y la frecuencia con que se realizan.

La obesidad mórbida, las endocrinopatías y los trastornos graves del comportamiento alimentario son motivos de derivación a Atención Especializada para casi todos los encuestados. En la tabla 6 se describen las situaciones que podrían justificar esta derivación según los médicos de familia.

El 89,19% de los médicos consideran que disponer de más tiempo, más formación (92,59%) y profesionales con formación específica como psicólogos, dietistas, etc. (87,04%) mejoraría la atención a la obesidad.

En cuanto al análisis de relaciones, entre las distintas variables, por sexos se encontró que los varones declaraban con mayor frecuencia que las mujeres no poseer formación específica en la realización de dietas, con diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2 = 0,023$). Una relación muy semejante se encontró en lo referente a la falta de formación específica en técnicas de conducta: los varones

declararon este problema con más frecuencia que las mujeres ($\chi^2 = 0,043$). Una relación semejante se encontró entre la sensación de frustración por la dificultad en mantener las pérdidas de peso, más frecuente entre los varones. Esta relación no alcanzó significación estadística ($\chi^2 = 0,053$); sin embargo, la evolución de los datos indica que con un tamaño muestral mayor probablemente sí se alcanzaría dicha significación.

Ante un paciente con sobrepeso las mujeres declaran con mayor frecuencia que los varones hacer intervenciones para evitar el desarrollo de obesidad, con diferencia muy significativa ($\chi^2 = 0,005$).

Por grupos de edad, los médicos de mayor edad refieren con mayor frecuencia ($\chi^2 = 0,047$) la falta de formación específica.

DISCUSIÓN

Nuestro trabajo (similar a otros realizados en diferentes países ^{5,7-9}), trata de conocer cuáles son las actitudes y las prácticas de los médicos que trabajan en la Comunidad Autónoma de Galicia (cuyas condiciones de trabajo son similares a los de otras comunidades de nuestro país),

Tabla 4. Cómo aprecian los médicos de familia qué actitud adoptar ante el diagnóstico del sobrepeso y la obesidad

	Sí (%)	No (%)	A veces (%)	No sabe/ no contesta (%)
En pacientes con otros factores de riesgo, ¿los evalúa conjuntamente con la obesidad?	96,3	0	3,7	0
¿En su práctica habitual sistemáticamente determina peso, talla e IMC, al menos en una ocasión, a todos los usuarios?	74,07	9,26	16,67	0
Cuando un adulto tiene un IMC ≥ 25 o circunferencia de cintura > 88 cm si es mujer y > 102 cm si es varón, ¿evalúa la existencia de factores de riesgo o comorbilidades?	85,89	1,15	12,96	0
¿Realiza la determinación del IMC cada 4 años a todos los mayores de 20 años?	33,33	37,04	29,63	0
¿En su práctica habitual mide sistemáticamente la circunferencia de la cintura de los pacientes con IMC ≥ 25 ?	16,67	48,85	34,48	0
¿En su práctica habitual mide sistemáticamente la circunferencia de la cintura de los pacientes con IMC ≥ 30 ?	25,93	33,33	40,74	0
¿Evalúa conjuntamente la existencia de otros factores de riesgo (diabetes, hipertensión arterial, dislipemia, apnea del sueño, artrosis, etc.)?	88,89	0	11,11	0
¿La decisión de tratar o no tratar la obesidad se determina por la existencia o no de factores de riesgo?	31,48	40,64	25,93	1,95

IMC: índice de masa corporal

Tabla 5. Tipo de intervenciones y frecuencia con que se realizan en los pacientes diagnosticados de sobrepeso u obesidad

	Sí (%)	No (%)	A veces (%)	No sabe/ no contesta (%)
Hace recomendaciones de ejercicio y dieta hipocalórica estándar sólo verbalmente	22,22	42,59	31,48	3,71
Hace recomendaciones de ejercicio y dieta hipocalórica estándar y entrega al paciente material escrito	66,67	1,85	31,48	0
Recomendación de ejercicio y dieta personalizada mediante encuesta dietética y atendiendo a los hábitos alimentarios del paciente	22,22	46,3	29,63	1,85
Instaura adicionalmente terapia farmacológica	0	42,59	51,56	5,85
Realiza terapia conductual con el paciente (consejos sobre cambios en el estilo de vida)	53,70	22,22	20,37	3,71
Lo deriva a otro profesional	11,11	12,96	75,93	0
No realiza ninguna intervención	1,85	68,52	8,52	21,11
En los pacientes que tienen sobrepeso, ¿hace alguna intervención para prevenir el desarrollo de obesidad?	70,37	7,41	20,37	1,85
¿Hace recomendaciones a los pacientes con normopeso sobre hábitos de vida saludable?	68,52	16,67	12,96	1,85

Tabla 6. Apreciación de la situaciones que hacen necesario derivar al paciente obeso a la Atención Especializada

	Sí (%)	No (%)	No sabe/no contesta (%)
En los casos de obesidad mórbida	100	0	0
En los casos de obesidad con otros factores de riesgo concomitantes	27,78	64,81	7,41
Cuando se hace necesaria la instauración de terapia farmacológica	44,44	50	5,56
Cuando no se logra los objetivos de peso aceptable	44,44	46,3	9,26
Ante la sospecha o la constatación de endocrinopatías	94,44	1,85	3,71
En los casos de trastorno grave del comportamiento alimentario	98,15	1,85	0
Cuando lo solicita el paciente	72,22	20,37	7,41

mediante un cuestionario (adaptado a nuestro medio) dirigido a dichos profesionales, con respecto a un problema de salud tan importante como el de la obesidad y el sobrepeso.

Una gran mayoría de los médicos encuestados (84,2%) considera que es una actividad que se debe realizar en APS. Una porción importante (casi el 70%) afirma que determina sistemáticamente el peso, la talla y el IMC, al menos en una ocasión, a todos los usuarios y dan recomendaciones sobre hábitos de vida saludables a más de un 62% de los pacientes con normopeso. Muy pocos de los encuestados sienten rechazo hacia el paciente obeso, y sólo un 5,6% se siente mal cuando examina a un obeso.

Estos datos traducen una importante concienciación del problema entre los profesionales. Sin embargo, a pesar de dicha concienciación, más de la mitad de los encuestados no siguen ningún protocolo o guía de práctica clínica y, entre los que afirman seguirla, sólo el 5,56% utiliza la guía de la SEEDO. Además, el 92,9% refiere que en su Centro de Salud no hay ningún programa específico para el tratamiento de la obesidad. Estos datos reflejan la falta de conocimiento y de aplicación de programas adecuados para el tratamiento de la obesidad que hay entre los médicos.

Un problema importante es la falta de tiempo. Con una media de 5 minutos por consulta, resulta comprensible que el manejo de la obesidad se limite, en buena parte de

las ocasiones, a la mera recomendación de hábitos de vida saludable.

El 68,52% de los médicos refieren que les falta formación (la mayoría pertenece a una franja de edad que corresponde a una época en la que no se dedicaba tiempo suficiente al estudio y el tratamiento de la obesidad en las facultades de Medicina ni en el posgrado). El estudio realizado entre los médicos de APS israelíes da un resultado similar⁶, y el realizado en Australia da un resultado contrario⁵. Más de la mitad de los médicos encuestados manifiestan falta de motivación; en ello influyen la dificultad que tienen para que sus pacientes alcancen un peso adecuado (lo alega más del 85% de los encuestados), y la consideración de que las personas obesas no perciben la obesidad como un problema de salud. La insatisfacción profesional en el manejo de la obesidad, tanto para médicos como para otros profesionales de la salud, coincide con otros datos publicados anteriormente por Hoppe et al¹⁰, Campbell et al¹¹ y Thuan et al¹² en un estudio realizado con médicos franceses.

Al contrario de lo que ocurre entre los médicos austrianos⁵, el 87,04% de nuestros médicos de APS estarían dispuestos a trabajar con otros profesionales (dietistas, psicólogos, etc.) en el tratamiento de la obesidad, y el 92,59% estaría dispuesto a recibir cursos de formación sobre el manejo del sobrepeso y la obesidad.

Los datos expuestos muestran de forma contundente que la obesidad recibe un tratamiento deficiente en nuestra APS. Entre los problemas que lo condicionan, destacan la formación deficiente de los facultativos, la falta de tiempo, no aplicar y no conocer los programas, la desmotivación de los profesionales, que los pacientes no reconocen el problema y el bajo porcentaje de éxitos que se consiguen.

Como datos positivos, destacan el alto grado de concienciación entre los profesionales y su buena disposición para trabajar con otros profesionales, así como para formarse. Si tenemos en cuenta que la obesidad es la segunda causa evitable de muerte después del tabaquismo y la magnitud epidémica que está adquiriendo, deduciremos que es muy importante que cambien las condiciones de trabajo de los facultativos de APS, que se les proporcione formación y que se integren otros profesionales en el tratamiento de la obesidad.

CONCLUSIONES

Los principales problemas que dificultan el correcto diagnóstico y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad son:

la falta de tiempo y de formación específica y que los profesionales no siguen las guías de práctica clínica.

De los pacientes, los médicos destacan como problemas la falta de percepción de la obesidad como problema de salud y la negativa de éstos a reconocer sus malos hábitos alimentarios.

Se detecta una sensación de frustración y dificultad para conseguir y mantener objetivos de peso aceptable en los pacientes.

Los médicos tienen buena disposición para recibir formación específica y colaborar con otros profesionales en el manejo de la obesidad.

CONFLICTO DE INTERESES

No los hay.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salas-Salvadó J, Rubio MA, Barbany M, Moreno B. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin (Barc)*. 2007;128:184-96.
2. Aranceta Bartrina J, Serra Magem L, Pérez Rodrigo C y Grupo Colaborativo SEEDO. Prevalencia de obesidad en España. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:460-6.
3. Gutiérrez-Fisac JL, López E, Banegas JR, et al. Prevalence of overweight and obesity in elderly people in Spain. *Obes Res*. 2004;12:710-5.
4. Gutiérrez-Fisac JL, Regidor E, Banegas JR, Rodríguez F. Prevalencia de obesidad en la población adulta española: 14 años de incremento continuado. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:196-7.
5. Campbell K, Engel H, Timperio A, et al. Obesity management: Australian general practitioners' attitudes and practices. *Obes Res*. 2000;8:459-66.
6. Fogelman Y, Vinker S, Lachter J, et al. Managing obesity: a survey of attitudes and practices among Israeli primary care physicians. *Int J Obes*. 2002;26:1393-7.
7. Kristeller JL, Hoerr R. Physician attitudes toward managing obesity: differences among six specialty groups. *Prev Med*. 1997;26:542-9.
8. Ogden J, Bandara I, Cohen H, et al. General practitioners' and patients' models of obesity: whose problem is it? *Patient Educ Couns*. 2001;44:227-33.
9. Stafford R, Farhat J, Misra B, et al. National patterns of physician activities related to obesity management. *Arch Fam Med*. 2000;9:31-8.
10. Hoppe R, Orden J. Practice nurses' beliefs about obesity and weight related interventions in primary care. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1997;21:141-6.
11. Campbell K, Crawford D. Management of obesity; attitudes and practices of Australian dietitians. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2000;24:701-10.
12. Thuan JF, Avignon A. Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. *Int J Obes*. 2005;29:1100-6.