



Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), noviembre-diciembre 2024,
Volumen 8, Número 6.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i6

**EFEECTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE
LOS PACIENTES DEL PROGRAMA
PIERDE KILOS GANA VIDA**

**EFFECT ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS IN
THE LOSE KILOS, GAIN LIFE PROGRAM**

Diana Yuridia Barrera López
Instituto Mexicano del Seguro Social

Sergio Carlos Fernández Martínez
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dulce Miclelle Cantoran Mora
Instituto Mexicano del Seguro Social

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i6.15657

Efecto en la Calidad de Vida de los Pacientes del Programa Pierde Kilos Gana Vida

Diana Yuridia Barrera López¹

barreralepezdianayuridia@outlook.com

<https://orcid.org/0000-0001-7775-1492>

Instituto Mexicano del Seguro Social

Sergio Carlos Fernández Martínez

sergio.fernandezm@imss.gob.mx

<https://orcid.org/0000-0001-5651-8026>

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dulce Miclelle Cantoran Mora

michelle_dmcm@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-0938-9756>

Instituto Mexicano del Seguro Social

RESUMEN

La obesidad es una enfermedad grave y compleja con impacto negativo en la salud y calidad de vida. El programa “Pierde Kilos Gana Vida” (PKGv) promovido por el IMSS da seguimiento a pacientes con sobrepeso y obesidad, en coordinación con medicina familiar y nutrición con el propósito de llevar al paciente a normopeso. Objetivo general determinar el efecto en la calidad de vida de los pacientes del programa PKGv. Se realizó estudio analítico, longitudinal, prospectivo, cuasi experimental, unicéntrico, homogéneo, en el periodo de marzo a agosto 2023, aplicando el instrumento IWQOL-LITE con alfa de Cronbach 0.90-0.96. Variables sociodemográficas se analizaron con medidas de tendencia central, para el análisis inferencial se realizó prueba de Kolmogorov – Smirnov, posteriormente se realizó prueba no paramétrica de Wilcoxon. Los resultados fueron, edad media en hombres 52 años (DE 15.28); mujeres 53.11 (DE 14.34), obesidad grado I y II hombres del 77.7%, mujeres con sobrepeso y obesidad grado I 71%. Ambos sexos estado civil casado fue de mayor porcentaje en 44.4 y 35.5 respectivamente, 55.6 % de varones posee escolaridad primaria, en mujeres existe mayor grado académico. En prueba de Wilcoxon se obtuvo una p menor a 0.05 en el cuestionario para medir calidad de vida.

Palabras clave: sobrepeso, obesidad, calidad de vida

¹ Autor principal.

Correspondencia: barreralepezdianayuridia@outlook.com

Effect on the Quality of Life of Patients in the Lose Kilos, Gain Life Program

ABSTRACT

Obesity is a serious and complex disease with a negative impact on health and quality of life. The “Lose Kilos Gain Life” (PKGVL) program promoted by the IMSS follows up on overweight and obese patients, in coordination with family medicine and nutrition with the purpose of bringing the patient to normal weight. General objective to determine the effect on the quality of life of patients of the PKGV program. An analytical, longitudinal, prospective, quasi-experimental, single-center, homogeneous study was carried out in the period from March to August 2023, applying the IWQOL-LITE instrument with Cronbach's alpha 0.90-0.96. Sociodemographic variables were analyzed with measures of central tendency, for the inferential analysis the Kolmogorov – Smirnov test was performed, subsequently the non-parametric Wilcoxon test was performed. The results were, mean age in men 52 years (SD 15.28); women 53.11 (SD 14.34), obesity grade I and II men 77.7%, women with overweight and obesity grade I 71%. Both sexes, marital status, married was the highest percentage at 44.4 and 35.5 respectively, 55.6% of men have primary schooling, in women there is a higher academic degree. In the Wilcoxon test, a p less than 0.05 was obtained in the questionnaire to measure quality of life.

Keywords: overweight, obesity, quality of life

*Artículo recibido 10 noviembre 2024
Aceptado para publicación: 20 diciembre 2024*



INTRODUCCIÓN

La obesidad es una interacción de agentes ambientales y huésped, en este caso los alimentos ricos en grasa, azúcar, harinas y sal aunado con la poca o nula actividad física, son los principales factores ambientales responsables de incremento en la prevalencia a nivel mundial. Otros factores influyen como fármacos, estrés, provocan un desbalance energético. Por esta razón el concepto de obesidad ha pasado de ser de un factor de riesgo a una enfermedad primaria. La organización mundial de salud (OMS), la federación mundial de obesidad (WOF), entre otras consideran a la obesidad un conjunto multimetabólico y hormonal, incluyendo desregulación del apetito, balance energético y disfunción endocrina con altos niveles de leptina e insulina resistencia, disfunción endotelial, además de síntomas acompañantes como es dolor articular, inmovilidad y apnea del sueño.

Uno de los principales determinantes de la calidad de vida en la población adulta mayor es la función cognitiva. Recientes estudios mencionan que un IMC mayor diagnosticando obesidad, pudiera tener un factor protector ante el desarrollo de deterioro cognitivo, pero siempre y cuando no cuenten con alguna otra comorbilidad como es diabetes tipo 2, hipertensión arterial sistémica o síndrome metabólico que invierten a un factor de riesgo.

El envejecimiento y el sobrepeso son considerados problemas de salud pública mundial por la relación que existe en el desarrollo de enfermedades metabólicas asociadas a procesos inflamatorios sistémicos de bajo grado afectando la calidad de vida y los costos. La obesidad como ya se ha mencionado es la acumulación excesiva de grasa corporal debido a un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético.

El tejido adiposo se clasifica en tejido adiposo marrón con grandes capacidades de producir calor por la termogénesis y tejido adiposo blanco con la capacidad de almacenamiento de energía y homeostasis a la demanda nutricional este a su vez se puede subdividir en tejido adiposo visceral (retroperitoneal, mesentérico, gonadal, pericárdico) y subcutáneo (debajo de la piel). Esta clasificación de tejido adiposo se ha estudiado ya que tiene una asociación directa con el desarrollo de resistencia a la insulina y riesgo cardiometabólico.

Una gran cantidad de tejido adiposo visceral está asociada a intolerancia a la glucosa y en sujetos obesos se encuentra una disminución en tejido adiposo subcutáneo contribuyendo a un mayor deterioro metabólico favoreciendo el surgimiento de diabetes tipo 2.



Esta redistribución de tejido adiposo se encuentra en el envejecimiento, es por esto la importancia del control de la población de la tercera edad ya que el desarrollo fisiológico se considera un factor de riesgo para padecer enfermedades cardiometabólicas.

Se ha informado que el aumento en el tamaño y el número de adipocitos provoca una inflamación crónica con activación de adipoquinas la cual su función es el reordenamiento y función del tejido adiposo blanco, observándose en la obesidad un aumento de este por incremento de los triglicéridos. Las adipocitocinas son el principal responsable de la quimioatracción de las células inmunitarias provocando la inflamación sistémica, el envejecimiento por sí solo promueve un estado inflamatorio afectando la esperanza de vida.

Se estima que para el año 2050 una de cada seis personas a nivel mundial contara con más de 65 años, estos índices nos indican un aumento en la esperanza de vida, sin embargo, no está relacionada con una calidad de vida adecuada, lo que nos lleva a pensar en tomar acciones para un envejecimiento exitoso con alto funcionamiento físico, psicológico y social, sin enfermedades de importancia. Expertos en el tema mencionan tres componentes esenciales para lograrlo: evitar enfermedades y probables discapacidades, función cognitiva y física y con esto un alto compromiso con la vida, todos estos componentes forman el concepto de calidad de vida relacionado con la salud (CVRS).

El estado fisiológico del envejecimiento provoca disfunciones anabólicas del sistema musculoesquelético ocasionando reducción de la masa y fuerza muscular repercutiendo en la tasa de mortalidad. Actividades que ayudan a la función cardiorrespiratoria como es fuerza y resistencia han demostrado un efecto positivo en la funcionalidad física disminución del dolor corporal, salud mental y vitalidad por lo tanto una alta calidad de vida.

En México algunos factores individuales y sociodemográficos que se asocian a una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad es el pertenecer a nivel sociodemográfico bajo, inseguridad alimentaria, ser mujer y talla baja. Reportes describen una doble cara de la enfermedad ya que la mala calidad de las dietas es responsable tanto de desnutrición como de obesidad, la talla baja es un reflejo de desnutrición y recientes estudios mencionan una relación con la obesidad, por lo que se piensa que al garantizar una dieta adecuada en los primeros años de vida reducirían el porcentaje de desnutrición y por ende de obesidad.



En el ENSANUT 2018 – 2019 se obtuvieron los siguientes datos 74.2% de los adultos tienen sobrepeso (39.1%), obesidad (36.1%) y 81.6% tienen adiposidad abdominal. Prevalencias más altas en la cuarta década de la vida, mayormente en localidades urbanas que en las rurales. Casos de obesidad mórbida fueron mayor en mujeres. Las mujeres de talla normal tuvieron pocas posibilidades de tener obesidad. A diferencia de otros países de Latinoamérica como son Estados Unidos, Argentina, Canadá y Brasil donde la prevalencia es mayor en hombres.

En el análisis del ENSANUT 2021 arrojó un incremento en los pacientes con obesidad 75.0% en mujeres y 69.6% en hombres. Prevalencia de obesidad más alta un 22.6% más en mujeres que en hombres 31.8%, mientras que en sobrepeso fue de 10.3% mayor en hombres (37.8%) que en mujeres (33.9%).

La dieta de los mexicanos en la actualidad es muy diferente a la del pasado, ya que anteriormente se basaba en granos, cereales y leguminosas, hoy en día la base de la alimentación es comida procesada y rápida basada en harinas y bebidas gaseosas azucaradas predisponiendo al sedentarismo e inactividad física. El incremento de sobrepeso y obesidad afectará la competitividad del país, desarrollo económico y debilita las finanzas del sector salud.

El eje principal para el bienestar de la población es lograr acciones efectivas contra la mala nutrición. Sin embargo, existen conflictos de intereses económicos con las industrias de alimentos y bebidas de productos ultraprocesados estas empresas son apoyadas por grupos económicos poderosos. Por su parte existen políticas en prevención de la obesidad en la que destaca el caso del Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles (OMENT) quien surgió en 2013 como parte de la Estrategia Nacional para Prevenir y Controlar el Sobrepeso, Obesidad y la Diabetes, pero con grandes intereses comerciales promoviendo el sistema de etiquetado el cual no se tiene sustento científico internacional y nacional apropiada sobre la efectividad, y, por último líneas de alimentos escolares realizando esfuerzos para que sus productos no sean eliminados de las escuelas.

La modificación del estilo de vida es fundamental como base del tratamiento, con adecuado ejercicio y una dieta equilibrada. En este último el objetivo será buscar la pérdida de peso, pero con un adecuado estado nutricional y lograr cambios metabólicos positivos. El programa “Sistema Mexicano de Alimentos Equivalentes” basándose en el concepto de “alimento equivalente”.



De acuerdo con Livia Dainelli y cols. en el artículo “Health-Related Quality of Life in Weight Loss Interventions: Results from the OPTIWIN Trial”, comparó la efectividad de dos intervenciones conductuales intensivas para la pérdida de peso. Mencionan que se ha estudiado en las últimas cuatro décadas un aumento en la prevalencia de la obesidad, definida como el índice de masa corporal (IMC) de $\geq 30 \text{ kg/m}^2$, ha ido en aumento en los EE. UU. entre cada edad, sexo y grupo étnico, lo que representa graves pérdidas económicas, humanas y sociales. Se ha demostrado que las intervenciones de pérdida de peso, basadas en intervenciones clínicas por ejemplo cirugía bariátrica o el uso de fármacos y conductuales como es control de dieta y ejercicio, tienen un impacto no solo en los resultados de salud física, sino también en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Se utilizó el cuestionario de impacto del peso en la calidad de vida (IWQOL-LITE) por sus siglas en inglés. La puntuación media normalizada de IWQOL-Lite mostró que la CVRS mejora por cada kg perdido, y que una mayor reducción de peso se asoció positivamente con una mejor CVRS.

Rebecca L. Perla y cols. En el estudio “Short- and Long-Term Changes in Health-Related Quality of Life with Weight Loss: Results from a Randomized Controlled Trial” encontraron mejoras significativas en la calidad de vida relacionada con la salud a la pérdida de peso moderado. Las pérdidas de peso más grandes se asociaron con mayores mejoras generales en la función física, la autoestima y las puntuaciones totales de IWQOL-Lite, y encontramos evidencia de beneficios particularmente sólidos con una pérdida de $\geq 10 \%$ del peso inicial. Es posible que se necesiten intervenciones complementarias que aborden la angustia pública, la depresión y el estrés percibido relacionados con el peso para mejorar estos aspectos del bienestar psicosocial en pacientes que reportan estos o problemas relacionados.

Ronette L. Kolotkin y cols. en el estudio “Validation of a new measure of quality of life in obesity trials: Impact of Weight on Quality of Life-Lite Clinical Trials Version” menciona que la obesidad y sobrepeso tienen un gran impacto en varios aspectos de la calidad de vida relacionada con la salud, un concepto multidimensional que abarca el impacto del estado de salud de una persona en su funcionamiento físico, mental, social, y de roles; en algunos casos hasta espiritual y sexual, satisfacción sobre la vida y el medio ambiente.



Contrariamente la pérdida de peso tiene el potencial de mejorar el funcionamiento y, la salud física entre las personas con obesidad. Como consecuencia la CVRS pueden ser evaluados ampliamente utilizando encuestas en salud y diversas intervenciones de pérdida de peso.

Anny Aasprang y cols. del departamento de salud y el cuidado del campus universitario del oeste de Noruega en su trabajo “Calidad de vida por el paciente con obesidad: desarrollo de un nuevo instrumento de medición”, mencionan que sus pacientes presentaron síntomas de ansiedad y depresión independientemente del cambio de peso que se registró en esta población, por lo que hacen hincapié en el seguimiento de la salud mental de los pacientes.

Gitanjali Srivastava en su trabajo de estudio “Early weight loss outcomes from a newly established hospital-affiliated specialized obesity care delivery model in Central Florida”, realizó un modelo de atención de la obesidad personalizado, multidisciplinario, dirigido por un médico y personal afiliado a un hospital. Se realizaron intervenciones intensivas en el estilo de vida utilizando la escala IWQOL-LITE, más farmacoterapia complementaria durante más de 6 meses consecutivos. Llegaron a la conclusión que los modelos de atención especializados a personas con obesidad pueden tener éxito en el tratamiento de esta enfermedad.

Jiat-Ling Poon y cols. en su estudio “A qualitative study to examine meaningful change in physical function associated with weight-loss” midieron calidad de vida en un grupo de pacientes con diagnóstico de obesidad y sobrepeso utilizando la escala IWQOL-LITE obteniendo resultados favorables en el interrogatorio de los participantes ya que mencionaron que al poder cambiar un solo rubro en la escala de medición se notaría una mejoría notable en su vida diaria.

Monica C. Serra y cols. en su estudio “Healthy Lifestyle and Cognition: Interaction between Diet and Physical Activity” evaluaron la relación que existe entre un estilo de vida saludable y la cognición mediante la intervención con una dieta específica y actividad física. La obtención de resultados fue positivo ya que presentaron mejor memoria y función ejecutiva al igual que redujeron un deterioro cognitivo, estos resultados fueron más evidentes en la aplicación de ejercicio aeróbico y de resistencia que con la aplicación de la dieta.

Yi Qu y cols. del departamento de neurología del hospital universitario de Qingdao China, en su trabajo de investigación “Association of body mass index with risk of cognitive impairment and dementia:



A systematic review and meta-analysis of prospective studies” realizaron un estudio en el cual asociaron índice de masa corporal con riesgo de deterioro neurológico y demencia. Aplicando un metaanálisis de efectos aleatorios de dosis-respuesta, que involucraron veintinueve de 20.083 literaturas identificadas. El metaanálisis mostró que la insuficiencia ponderal en la mediana edad, la obesidad y la insuficiencia ponderal en la vejez confieren un riesgo 1,39, 1,31 y 1,64 veces mayor de deterioro cognitivo y demencia, mientras que el sobrepeso y la obesidad en la vejez confieren una reducción del 21 % y del 25 % en el riesgo. El riesgo de demencia en la vejez disminuyó cuando el IMC era inferior a 27 kg/m², mientras que esta protección para demencia vascular estuvo ausente cuando el IMC superó los 39 kg/m². Un IMC más alto produjo efectos opuestos ejercidos sobre la demencia en la población de mediana y avanzada edad. En primer lugar, una relación dosis-respuesta respalda aún más la guía desde el punto de vista de la prevención de la demencia.

Francesca Favieri y cols. en su artículo “The Executive Functions in Overweight and Obesity: A Systematic Review of Neuropsychological Cross-Sectional and Longitudinal Studies” confirmaron la presencia de una relación entre funciones ejecutivas y sobrepeso/obesidad, aunque la direccionalidad de esta relación no fue clara; ni una sola función ejecutiva surgió como más involucrada que otras en esta relación. A pesar de esto, se evidenció una influencia recíproca entre las funciones ejecutivas y el sobrepeso/obesidad. Los resultados de esta revisión destacan la importancia de un modelo teórico capaz de considerar todas las principales variables de interés, con el objetivo de estructurar enfoques integrados para resolver los problemas de sobrepeso/obesidad.

Yuseima Govantes Bacallo y cols. del hospital de rehabilitación de la Habana Cuba en su estudio “Calidad De Vida Relacionada Con La Salud En Pacientes Con Obesidad” se evaluaron 74 pacientes durante 6 meses su calidad de vida mediante el cuestionario IWQOL-LITE al final de un tratamiento rehabilitador mediante ejercicios aeróbicos en piscina, uso de parafina y corrientes Kotz en región abdomen al, acompañado de una orientación nutricional y terapia conductual. Obteniendo como resultados una disminución en el impacto del peso corporal en la calidad de vida del paciente obeso. Estos resultados también permiten afirmar que cuando se garantiza un seguimiento periódico por personal profesional basado en adaptaciones dietéticas, según los hábitos de los pacientes, se logra un



mejor apego al tratamiento con cambios en el estilo de vida que constituye uno de los pilares fundamentales en el abordaje de la obesidad.

Jully V. Gay Patiño y col. En su investigación “Asociación entre ansiedad, sobrepeso y obesidad en población adulta adscrita a una unidad de medicina familiar” relacionaron las escalas de ansiedad estado – rasgo (STAI) e índice de masa corporal (IMC) los cuales la mayoría de los pacientes analizados presentó algún grado de ansiedad; existe una asociación estadísticamente significativa entre ansiedad, sobrepeso y obesidad; requiriendo realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno para evitar complicaciones futuras asociadas a las variables de estudio.

Reyna Chacón A. F y cols. en su trabajo “Intervención Dietética En Pacientes Con Sobrepeso Y Obesidad” analizaron el funcionamiento y apego ante una intervención dietética en pacientes con sobrepeso y obesidad durante 6 meses, se contó con: 82% mujeres y 18% hombres, el 92% con sobrepeso y obesidad, con enfermedades como dislipidemias, hipertensión y diabetes, el 82% abandonó el tratamiento, mostrando falta de interés en la salud, baja educación nutricional y el aumento del riesgo a futuras complicaciones. La intervención dietética sí fue funcional, con respecto al apego, que es bajo. Es necesario enseñar cambios de hábitos de alimentación.

El motivo de este trabajo es poder evaluar la calidad de vida que tienen los pacientes que están bajo la supervisión de este proyecto el cual tiene como objetivo la reducción de I.M.C mediante evaluaciones y seguimientos en los cambios del estado de nutrición y parámetros bioquímicos. Con la aplicación de la encuesta IWQL - LITE podremos determinar cómo está repercutiendo este proyecto en la vida cotidiana de los pacientes, y con esto poder dar una mejor atención integral a cada uno de ellos. Sin embargo, es fundamental estudiar cada uno de los casos de esta población ya que la enfermedad por adiposidad puede ser multifactorial provocando en este proyecto que los objetivos no se cumplan y no alcanzar la meta deseada.

Por lo que se plantearon los siguientes objetivos del trabajo:

Objetivo general

- Determinar el Efecto en la Calidad de Vida de los pacientes del programa "Pierde Kilos Gana Vida"



Objetivos Específicos

- Identificar a pacientes mayores de 20 años que se encuentren inscritos al programa “Pierde Kilos Gana Vida”.
- Identificar las variables sociodemográficas del grupo en estudio como edad, género, estado civil, número de hijos, ocupación y escolaridad.
- Estudiar la relación que existe entre las variables sociodemográficas y el diagnóstico de sobrepeso y obesidad de los pacientes en estudio.
- Establecer el impacto que tiene el programa “Pierde Kilos Gana Vida” sobre la calidad de vida de los pacientes al término de su seguimiento.
- Evaluar efectividad del programa “Pierde Kilos Gana Vida”

Periodo y Sitio de Estudio: Se llevó a cabo en los servicios de consulta externa y nutrición de la Unidad de Medicina Familiar No.22 en el segundo semestre del 2023.

Universo de Trabajo: Pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No.22 Teziutlán Puebla que estén inscritos al programa “Pierde Kilos Gana Vida”, durante el período que dure el presente estudio.

Población en Estudio: Esta población comprendió a 40 pacientes mayores de 20 años inscritos al programa “Pierde Kilos Gana Vida” en Teziutlán Puebla que desearon participar en el estudio, bajo consentimiento informado.

Tipo de Muestra: El tipo de muestreo del presente protocolo será discrecional.

Tamaño de Muestra: Dicha muestra fue obtenida de manera aleatoria teniendo como resultado un universo de trabajo compuesto por 40 pacientes a los que se les proporciono conocimiento he información de dicha investigación aceptando y firmando consentimiento informado.

Criterios de Inclusión

- Adultos de 20 años en adelante de ambos sexos.
- Pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad previamente establecido por su médico familiar.
- Pacientes que deseen participar en este proyecto de investigación y firmen el consentimiento informado.



Criterios de Exclusión

- Pacientes derechohabientes diagnosticados con complicaciones por diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, como nefropatías, pie diabético, retinopatía, cardiopatías, neurológicas y complicaciones en la piel.
- Pacientes que padezcan algún tipo de discapacidad física.
- Criterios de Eliminación
- Aquellos pacientes que decidan abandonar el proyecto de investigación.
- Pacientes que no sean constantes a las consultas de valoración.

Hipótesis Alterna

- Se encontraron efectos en la calidad de vida de los pacientes inscritos en el programa Pierde Kilos, Gana Vida.

Hipótesis Nula

- Se encontraron mínimos efecto en la calidad de vida de los pacientes inscritos en el programa Pierde Kilos, Gana Vida.

METODOLOGÍA

Se realizará un estudio analítico, longitudinal, prospectivo, cuasi experimental, Unicentro, se realizará una muestra aleatoria simple con criterios de inclusión, exclusión y eliminación. Donde se aplicó formulario del cuestionario Impacto del Peso en la Calidad de Vida (IWQOL- LITE) con alfa de 0.94, en un periodo de 4 meses en 2 sesiones, al inicio del programa y al finalizar con una pre y post intervención con una duración de 40 minutos. Se analizo un análisis estadístico en donde las variables sociodemográficas fueron analizadas con medidas de tendencia central y para el análisis inferencial la prueba no paramétrica de Wilcoxon para comparar el rango medio de dos muestras relacionadas y determinar si existen diferencias entre ellas.

Diseño de Investigación

- Por el objetivo general: Comparativo
- Por maniobra: Cuasiexperimental
- Por el número de veces que se medirán: Longitudinal
- Por la obtención de datos: Prospectivo, Prolectivo



- Por el número de centros a participar: Unicentro

Métodos de Recolección de Datos

Consistirá en la aplicación del cuestionario sobre el impacto en la calidad de vida (IWQOL – LITE) al inicio de la captura del paciente y al finalizar su seguimiento por los servicios de medicina familiar y nutrición, con aplicación pre – intervención en el primer mes del programa “Pierde Kilos Gana Vida” y una aplicación post intervención en el cuarto mes al finalizar el seguimiento de ese grupo de pacientes inscritos al programa.

La aplicación de esta encuesta tiene como finalidad el determinar la calidad de vida que tiene los pacientes pre y post intervención en el programa “Pierde Kilos Gana Vida” con el objetivo de evaluar el impacto que tiene este proyecto en los pacientes con sobrepeso y obesidad.

Instrumento de Recolección de Datos

La encuesta IWQOL Cuestionario creado y validado en los Estados Unidos De América en el año de 1995 por la Dra. Ronette Kolotkin quien es psicóloga y ha llevado sus investigaciones en comprender, medir y optimizar la calidad de vida relacionada con la salud. Junto con su equipo de trabajo mantienen estudios especializándose en personas con obesidad que desean mejorar su calidad de vida. Existen dos versiones de dicha encuesta IWQOL, versión larga y otra resumida IWQOL – LITE las cuales han sido utilizados en diversos estudios de varios países. El cuestionario incluye 5 rubros que son: función física, autoestima, vida sexual, ansiedad en público y trabajo. Cada uno de ellos cuenta con preguntas que evalúa la frecuencia de la afirmación evaluada con opciones como nunca, raramente, a veces, generalmente y siempre cierto, a estas respuestas se les da un valor numérico del 1 al 5 respectivamente, obteniendo como resultado una cuenta máxima he indicado una menor calidad de vida de 155 puntos. Se tiene que explicar a los participantes de este estudio que no hay respuestas malas o buenas solo tienen que marcar la opción que más se acerque a su realidad según la afirmación de cada rubro.

Análisis de Datos

Los datos se concentrarán en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 26. La confiabilidad o consistencia interna del instrumento ya validado se realizó con la prueba de alfa de Cronbach y la prueba de varianza de los ítems. La encuesta IWQOL – LITE que valora la calidad de vida.



Diseño Estadístico

Estadística descriptiva; medidas de tendencia central (media, mediana, moda), así como estadística inferencial utilizando la prueba Shapiro Wilk.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el desarrollo de esta investigación se obtuvo la intervención de 31 mujeres y 9 hombres, lo que demuestra el compromiso que existe en mayor proporción por el sexo femenino. Se decidió estadificar los rangos de edad teniendo puntos de corte, con mayor participación el rango de edad de 50 a 59 años. Dentro de los participantes se contempló el nivel de escolaridad los que destacaron con mayor participación los pacientes de nivel primaria. Cabe mencionar que por los antecedentes propiamente mencionados se contemplaría mayor participación de sujetos de estudio con nivel escolar mayor sin embargo probablemente por falta de tiempo o desinterés en el programa no se obtuvo mayor participación de este grupo. Se propone flexibilidad en las actividades del programa base de estudio para poder obtener inclusión de los demás grupos etarios. La participación de personas con estado civil casados se apreció con mayor respuesta, esto probablemente impulsado por los estilos de vida y ritmo de los ambientes familiares de pareja. Las personas con estado civil unión libre y viudos mostraron menos desinterés considerando lo anterior por no tener red de apoyo familiar. Como se expuso en los métodos de recolección de datos se incluyó un criterio basado en el IMC obteniendo los siguientes resultados basales. Se obtuvo de la medición posterior al programa obteniendo como resultado un 7% de los pacientes con registro de peso dentro de lo esperado para la edad y talla. Se evaluó inicialmente el estado físico de los participantes teniendo como parámetros, adecuada, medio, baja y severa donde el rango bajo obtiene mayor representatividad. Al terminar el programa y con el objetivo de la evaluación y seguimiento del estado físico de los participantes se obtuvo que los rangos de bajo y severo no se contemplan en el análisis inferencial debido a que no tienen representatividad y por lo tanto se obtuvo cambio en las actividades físicas de los involucrados teniendo mejor registro de actividad alta, adecuada y media. La condición de la percepción individual de los participantes reflejada en el estado de ánimo tiene un gran papel de inicio y se aprecia que la condición media y baja son las predominantes.



Se comprueba que el programa tiene un buen alcance dentro de la condición de la autoestima y se demuestra con la conversión de los evaluados mejorando la percepción individual de esta manera se refleja teniendo niveles de mejor autoestima; se necesitan de esta condición para que los pacientes involucrados en el programa tengan apoyo positivo generando autoaprobación dando como resultado la continuidad y la constancia de lo establecido en el programa.

Dentro de las características de la evaluación se contempló de manera individual la percepción que tenían los participantes en su entorno por ejemplo la convivencia en público y el resultado de la percepción individual entorno a los comentarios que se generaban en torno su apariencia física. Se obtiene que la mayoría de los participantes perciben una aceptación media con tendencia a ser baja. La condición de los pacientes de manera individual debe de tener como cualidad una aceptación y dentro de las capacidades de este programa se les difunde tener solides personal y no contemplar de manera nociva los calificativos de su entorno, siendo esto de manera practica se obtiene lo siguiente que los pacientes tienen una idea que anula los conceptos de su entorno generando de esta manera que el valor individual es el que alimente continuar con los cambios y mejorar su estilo de vida. Muchos de las circunstancias adversas de la obesidad sobre la salud están bien documentados. Con la afectación en relación con la función sexual, dando alteración en la vida de pareja, esto es por la inducción de cambios hormonales y la predisposición a comorbilidades que comprometen el desempeño sexual. Es necesario que se considere y valore la esfera sexual contemplando la vida de pareja, frecuentemente se olvida y se convierta en un elemento importante dentro de las condiciones de desarrollo de cada día de la vida individual de los pacientes. Posterior al programa se obtiene un notorio aumento en la actividad reflejado en un nivel alto. El estado de salud de los pacientes es esencial para el desarrollo de sus capacidades. Una persona con sobrepeso es más propensa a presentar complicaciones como la diabetes mellitus, trastornos musculoesqueléticos, enfermedades cardiovasculares, asma, hipertensión arterial, artritis o incluso estrés o depresión. Esto produce limitaciones para que una persona pueda desarrollar su actividad laboral de forma normal, influyendo negativamente en su productividad. Las bondades del programa Pierde Kilos Gana Vida ayuda que tengamos una herramienta para frenar la obesidad mejor para la salud de todos.



La actividad del médico del primer contacto es hacerle frente desde todos los campos, por lo que es muy importante se realice concientización a los pacientes dándoles recursos los cuales modifiquen conceptos incluyendo aspectos dentro de su área de trabajo. Posterior a desarrollo del programa se obtiene los siguientes resultados. Como podemos observar en esta tabla el resultado de cada apartado del instrumento de evaluación para medir la calidad de vida de los pacientes participantes en el programa se obtiene una $P < 0.005$ por lo que podemos rechazar la hipótesis nula.

Ilustraciones, Tablas, Figuras

Tabla 1

| Sexo | | | | |
|-------------|-------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Mujer | 31 | 77.5 | 77.5 | 77.5 |
| Hombre | 9 | 22.5 | 22.5 | 100.0 |
| Total | 40 | 100.0 | 100.0 | |

Tabla 2

| Edad del encuestado | | | | |
|----------------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| 20 - 29 | 4 | 10.0 | 10.0 | 10.0 |
| 30 - 39 | 5 | 12.5 | 12.5 | 22.5 |
| 40 - 49 | 9 | 22.5 | 22.5 | 45.0 |
| 50 - 59 | 10 | 25.0 | 25.0 | 70.0 |
| 60 - 69 | 8 | 20.0 | 20.0 | 90.0 |
| 70 - 79 | 4 | 10.0 | 10.0 | 100.0 |
| Total | 40 | 100.0 | 100.0 | |

Tabla 3

| Escolaridad de los encuestados | | | | |
|---------------------------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Analfabeta | 2 | 5.0 | 5.0 | 5.0 |
| Primaria | 14 | 35.0 | 35.0 | 40.0 |
| Secundaria | 11 | 27.5 | 27.5 | 67.5 |
| Preparatoria | 5 | 12.5 | 12.5 | 80.0 |
| Licenciatura | 8 | 20.0 | 20.0 | 100.0 |
| Total | 40 | 100.0 | 100.0 | |



Tabla 4

| PREDIAGNÓSTICO (IMC) | | | | |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Sobrepeso | 14 | 35.0 | 35.0 | 35.0 |
| Obesidad I | 13 | 32.5 | 32.5 | 67.5 |
| Obesidad II | 11 | 27.5 | 27.5 | 95.0 |
| Obesidad III | 2 | 5.0 | 5.0 | 100.0 |
| Total | 40 | 100.0 | 100.0 | |

Tabla 5

| POSTDIAGNOSTICO (IMC) | | | | |
|------------------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Sobrepeso | 18 | 45.0 | 45.0 | 45.0 |
| Obesidad I | 11 | 27.5 | 27.5 | 72.5 |
| Obesidad II | 7 | 17.5 | 17.5 | 90.0 |
| Obesidad III | 1 | 2.5 | 2.5 | 92.5 |
| Normo peso | 3 | 7.5 | 7.5 | 100.0 |
| Total | 40 | 100.0 | 100.0 | |

Tabla 6

| Descriptivos | | Estadístico | Desv. Error | |
|--------------------------------|---|--------------------|--------------------|--|
| Pre diagnostico del encuestado | Media | 2.03 | .145 | |
| | 95% de intervalo de confianza para la media | Límite inferior | 1.73 | |
| | | Límite superior | 2.32 | |
| | Media recortada al 5% | 1.97 | | |
| | Mediana | 2.00 | | |
| | Varianza | .846 | | |
| | Desv. Desviación | .920 | | |
| | Mínimo | 1 | | |
| | Máximo | 4 | | |
| | Rango | 3 | | |
| | Rango intercuartil | 2 | | |
| | Asimetría | .365 | .374 | |
| | Curtosis | -.910 | .733 | |

| | | | |
|------------------|---|------------------------------------|--------------|
| Post_diagnostico | Media | 2.00 | .189 |
| | 95% de intervalo de confianza para la media | Límite inferior Límite superior | 1.62 2.38 |
| | Media recortada al 5% | 1.89 | |
| | Mediana | 2.00 | |
| | Varianza | 1.436 | |
| | Desv. Desviación | 1.198 | |
| | Mínimo | 1 | |
| | Máximo | 5 | |
| | Rango | 4 | |
| | Rango intercuartil | 2 | |
| | Asimetría | 1.224 | .374 |
| | Curtosis | .874 | .733 |

Tabla 7

| Pre. Estado Físico | | | | |
|---------------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Alta | 1 | 2.5 | 2.5 | 2.5 |
| Adecuada | 1 | 2.5 | 2.5 | 5.0 |
| Medio | 8 | 20.0 | 20.0 | 25.0 |
| Baja | 20 | 50.0 | 50.0 | 75.0 |
| Severa | 10 | 25.0 | 25.0 | 100.0 |
| Total | 40 | 100.0 | 100.0 | |

Tabla 8

| Post. Estado físico | | | | |
|----------------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Alta | 24 | 60.0 | 60.0 | 60.0 |
| Adecuada | 11 | 27.5 | 27.5 | 87.5 |
| Medio | 5 | 12.5 | 12.5 | 100.0 |
| Total | 40 | 100.0 | 100.0 | |



Tabla 9**Pre. Autoestima**

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------|-------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Alta | 1 | 2.5 | 2.5 | 2.5 |
| Adecuada | 3 | 7.5 | 7.5 | 10.0 |
| Medio | 15 | 37.5 | 37.5 | 47.5 |
| Baja | 17 | 42.5 | 42.5 | 90.0 |
| Severa | 4 | 10.0 | 10.0 | 100.0 |
| Total | 40 | 100.0 | 100.0 | |

Tabla 10**Post. Autoestima**

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------|-------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Alta | 24 | 60.0 | 60.0 | 60.0 |
| Adecuada | 10 | 25.0 | 25.0 | 85.0 |
| Medio | 5 | 12.5 | 12.5 | 97.5 |
| Severa | 1 | 2.5 | 2.5 | 100.0 |
| Total | 40 | 100.0 | 100.0 | |

Tabla 11**Pre. Ansiedad Publico**

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|--------|-------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Válido | Nula | 3 | 7.5 | 7.5 | 7.5 |
| | Baja | 8 | 20.0 | 20.0 | 27.5 |
| | Media | 19 | 47.5 | 47.5 | 75.0 |
| | Alta | 7 | 17.5 | 17.5 | 92.5 |
| | Severa | 3 | 7.5 | 7.5 | 100.0 |
| | Total | 40 | 100.0 | 100.0 | |

Tabla 12

| Post. Ansiedad Publico | | | | | |
|-------------------------------|-------|-------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válido | Nula | 29 | 72.5 | 72.5 | 72.5 |
| | Baja | 10 | 25.0 | 25.0 | 97.5 |
| | Media | 1 | 2.5 | 2.5 | 100.0 |
| | Total | 40 | 100.0 | 100.0 | |

Tabla 13

| Pre. Vida Sexual | | | | | |
|-------------------------|----------|-------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válido | Alta | 4 | 10.0 | 10.0 | 10.0 |
| | Adecuada | 6 | 15.0 | 15.0 | 25.0 |
| | Media | 15 | 37.5 | 37.5 | 62.5 |
| | Baja | 13 | 32.5 | 32.5 | 95.0 |
| | Severa | 2 | 5.0 | 5.0 | 100.0 |
| | Total | 40 | 100.0 | 100.0 | |

Tabla 14

| Post. Vida Sexual | | | | | |
|--------------------------|----------|-------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válido | Alta | 22 | 55.0 | 55.0 | 55.0 |
| | Adecuada | 12 | 30.0 | 30.0 | 85.0 |
| | Media | 4 | 10.0 | 10.0 | 95.0 |
| | Baja | 2 | 5.0 | 5.0 | 100.0 |
| | Total | 40 | 100.0 | 100.0 | |

Tabla 15

| Pre. Trabajo | | | | | |
|---------------------|----------|-------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válido | Alta | 14 | 35.0 | 35.0 | 35.0 |
| | Adecuado | 9 | 22.5 | 22.5 | 57.5 |
| | Medio | 14 | 35.0 | 35.0 | 92.5 |
| | Bajo | 3 | 7.5 | 7.5 | 100.0 |
| | Total | 40 | 100.0 | 100.0 | |

Tabla 16

| Post. Trabajo | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------------------|----------|-------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Válido | Alta | 38 | 95.0 | 95.0 | 95.0 |
| | Adecuado | 1 | 2.5 | 2.5 | 97.5 |
| | Medio | 1 | 2.5 | 2.5 | 100.0 |
| | Total | 40 | 100.0 | 100.0 | |

CONCLUSIONES

La evaluación pre – intervención con relación a la evaluación post – intervención mostro una P menos de <0.05 lo que nos traduce como aumento de conocimiento significativo, en el cuestionario IWQOL – LITTE en las 5 esferas que engloba, las cuales son: estado físico, autoestima, ansiedad en público, vida sexual y trabajo. Lo que demostró que los pacientes inscritos al programa tienden a un incremento en la calidad de vida a pesar del poco peso perdido.

El programa “Pierde Kilos Gana Vida” tiene un gran impacto en la calidad de vida de los derechohabientes. Se hace hincapié en continuar con este programa institucional y tomar en cuenta las propuestas que se hacen en este trabajo de investigación, con el fin de lograr las metas establecidas del programa y llevar a los pacientes a normo peso. Dichas acciones mejorarían el control de enfermedades crónicas, degenerativas y metabólicas dentro del primer nivel de atención médica, y como consecuencia una mejor administración en servicios e interconsultas de segundo y tercer nivel viéndose reflejado en una disminución de insumos médicos dentro del instituto, ahorro de gastos médicos mayores y lo más importante un incremento en la calidad de vida relacionada con la salud.

Propuestas

Añadir al programa la inclusión de actividad física como equipo multidisciplinario.

Alargar el tiempo en duración a 6 meses, ya que 4 meses son insuficientes para lograr objetivos.

Colaboración de integrantes de la familia del paciente como apoyo motivacional

Seguimiento y estudio de las familias de cada paciente participante.

Apoyo con personal de psicología para un adecuado bienestar mental.



Establecer el impacto que tiene el programa en la vida de los pacientes con un seguimiento, mínimo de 1 año por un probable efecto rebote en el peso.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aguilera C. et al. (2019). Obesidad ¿factor de riesgo o enfermedad? Revista Médica Chilena. 147: 470-474. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000400470>
- González Arteaga, J. J., Santamaría, L. A. & Pedraza, O. L. (2020, 6 abril). Asociación de obesidad y dislipidemia con el riesgo de progresión a deterioro cognitivo leve y demencia: revisión sistemática. Revista Repertorio de Medicina y Cirugía, 29(2), 93-102.
- Reyes, F. M. et al. (2021, 5 agosto). White adipose tissue dysfunction in obesity and aging. Biochemical Pharmacology, 192.
- Gómez B. A., et al. (2021). How important is current physical fitness for future quality of life? Results from an-8-year longitudinal study on older adults. Elsevier Gerontología Experimental. 149 (2021). <https://doi.org/10.1016/j.exger.2021.111301>
- Barquera S. et al. (2020). Obesidad en México, prevalencia y tendencias en adultos. Ensanut 2018-19. Revista Salud Pública de México. 62(6). 682 – 692. <https://doi.org/10.21149/11630>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición México 2021. Secretaria de salud, instituto nacional de salud pública (INSP), Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). México 2022.
- Torres F. y Rojas A. (2018). Obesidad y salud pública en México: transformación del patrón hegemónico de oferta-demanda de alimentos. Revista Problemas del Desarrollo. 193(49). 145 – 169. <http://probdes.iiec.unam.mx>
- Barquera S. et al. (2020). Código Nutricia: nutrición y conflicto de interés en la academia. Revista Salud Pública de México. 62(3). 313 – 318. <https://doi.org/10.21149/11291>
- Guía de práctica clínica. Intervención dietética: paciente con obesidad. Ciudad de México. Editor General División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad. 2013. www.imss.gob.mx
- Dainelli, L. et al. (2021). Health-Related Quality of Life in Weight Loss Interventions: Results from the OPTIWIN Trial. MDPI. 18(1785). <https://doi.org/10.3390/ijerph18041785>
- Pearl, R. L. (2018, 20 abril). Short- and Long-Term Changes in Health-Related Quality of Life with



- Weight Loss: Results from a Randomized Controlled Trial. *Obesity*, 26(6), 985-991.
<https://doi.org/10.1002/oby.22187>
- Kolotkin, R. L. (2019, 16 abril). Validation of a new measure of quality of life in obesity trials: Impact of Weight on Quality of Life-Lite Clinical Trials Version. *Clinical Obesity*, 9(3), e12310.
<https://doi.org/10.1111/cob.12310>
- Aasprang, A. (2019). Pasientrapportert livskvalitet ved fedme – utvikling av nytt måleinstrument. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0493>
- Srivastava, G., Buffington . (2018, 24 mayo). Early weight loss outcomes from a newly established hospital-affiliated specialized obesity care delivery model in Central Florida. *Nature*.
<https://doi.org/10.1038/s41366-018-0092-3>
- Poon, J. (2022, 22 julio). A qualitative study to examine meaningful change in physical function associated with weight-loss. *SpringerLink*. <https://doi.org/10.1007/s11136-022-03191-2>
- Serra, M. C. (2020, 10 marzo). Healthy Lifestyle and Cognition: Interaction between Diet and Physical Activity. *SpringerLink*.
- Qu, Y. (2020, agosto). Association of body mass index with risk of cognitive impairment and dementia: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 115, 189-198. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.05.012>
- Favieri, F., Forte, G. & Casagrande, M. (2019, 20 septiembre). The Executive Functions in Overweight and Obesity: A Systematic Review of Neuropsychological Cross-Sectional and Longitudinal Studies. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02126>
- Govantes B. Y. et al. (2018). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con obesidad. *Revista Cubana De Medicina Física Y Rehabilitación*. 10(1).
www.revrehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/rt/prINTERfriendly/275/362
- Gay P. J. et al. (2020). Asociación entre ansiedad, sobrepeso y obesidad en población adulta adscrita a una unidad de medicina familiar. 27(3). 131-134.
<http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2020.3.75893>
- Reyna Chacon, A. F. (2019, 8 julio). intervención Dietética En Pacientes Con Sobrepeso Y Obesidad. *RESPYN Revista de Salud Pública y Nutrición*, 18(2), 8-15.



<https://doi.org/10.29105/respyn18.2-2>

