

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 10

**“EVALUACIÓN DE LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS Y
LOS HÁBITOS DE VIDA RELACIONADOS CON EL
SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES INSCRITOS A
PROGRAMA PIERDE KILOS, GANA VIDA EN UNA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR”**

TESIS PRESENTADA POR
MARÍA ISABEL LUNA CARREÓN

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

ASESOR:

DRA. ANA LAURA SAGAÓN TÉLLEZ

AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES, OCTUBRE DE 2025.



Aguascalientes, Ags. A 22 septiembre del 2025

DRA. JANNETT PADILLA LÓPEZ
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD

P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de MEDICINA FAMILIAR en la Unidad de Medicina Familiar No. 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la OOAD Aguascalientes.

DRA. MARÍA ISABEL LUNA CARREÓN

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“EVALUACIÓN DE LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS Y LOS HáBITOS DE VIDA
RELACIONADOS CON EL SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES INSCRITOS A
PROGRAMA PIERDE KILOS, GANA VIDA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR”**

Número de Registro: **R-2024-101-038** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS**.

La **DRA. MARÍA ISABEL LUNA CARREÓN** asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que se proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad, Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.


ATENTAMENTE:

DRA. ANA LAURA SAGAÓN TÉLLEZ
DIRECTORA DE TESIS



Aguascalientes, Ags. A 22 septiembre del 2025

DR. SERGIO RAMIREZ GONZALEZ

DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de MEDICINA FAMILIAR en la Unidad de Medicina Familiar No. 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la OOAD Aguascalientes.

DRA. MARÍA ISABEL LUNA CARREÓN

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“EVALUACIÓN DE LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS Y LOS HÁBITOS DE VIDA RELACIONADOS CON EL SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES INSCRITOS A PROGRAMA PIERDE KILOS, GANA VIDA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR”

Número de Registro: **R-2024-101-038** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS**.

La **DRA. MARÍA ISABEL LUNA CARREÓN**, asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE:

DRA. JANNETT PADILLA LÓPEZ

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD



GOBIERNO DE
MÉXICO



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación e Investigación
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **101.**
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 01 001 038**

Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 01 CEI 001 2018082**

FECHA **Viernes, 19 de abril de 2024**

Maestro (a) **ANA LAURA SAGAON TELLEZ**

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **EVALUACIÓN DE LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS Y LOS HÁBITOS DE VIDA RELACIONADOS CON EL SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES INSCRITOS A PROGRAMA PIERDE KILOS, GANA VIDA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2024-101-038

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Doctor (a) **CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO**
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 101

Imprimir





DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL
EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 05/02/2026

NOMBRE: LUNA CARREÓN MARIA ISABEL **ID** 151291

ESPECIALIDAD: MEDICINA FAMILIAR LGAC (del posgrado): ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES

TIPO DE TRABAJO: (X) Tesis () Trabajo práctico

SEDE HOSPITALARIA: INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS Y LOS HABITOS DE VIDA RELACIONADOS CON EL SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES INSCRITOS A PROGRAMA PIERDE KILOS, GANA VIDA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): EVALUACIÓN DE LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS Y LOS HABITOS DE VIDA RELACIONADOS CON EL SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES INSCRITOS A PROGRAMA PIERDE KILOS, GANA VIDA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

INDICAR SI - NO - NA (No aplica) SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

SI	El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
SI	La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
SI	Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
SI	Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
SI	Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
SI	El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
SI	Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
NO	Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
SI	Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

SI	Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Posgrado
SI	Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios
SI	Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial
SI	Cuenta con la aprobación del (a) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
SI	Coincide con el título y objetivo registrado
SI	Tiene el CVU de la SECHTI actualizado
NA	Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

SI ☒
 No ☐

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

MCB E SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ FLORES

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

DR. EN FARM. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 3.36 (Párrafo II, inciso g) del Reglamento General de Posgrado, doy a la letra mi autorización de la persona titular del Decanato del Centro de Estudios de la Salud:

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

A **Dios**, por darme el don de la vida, enseñarme que sus planes y tiempos son perfectos, por permitirme ser una mujer de bien y darme la oportunidad de ser un instrumento para ayudar a la gente por medio de mi vocación.

A mis papás: **Leticia de Jesús Carreón Carrillo y Martín Luna Raya**, no tengo como agradecer todo lo que han hecho por mí, gracias por su amor, trabajo y sacrificios para siempre darnos lo mejor a mí y a mis hermanos en todos los aspectos, soy inmensamente feliz por la gran familia que somos.

A mis hermanos **Luis, Paty, Miri y Diego** quienes aguantaron mis días de flojera, me dejaban dormir en mis postguardias, escuchaban sin cesar mis anécdotas de guardia y siempre me brindaban apoyo y consejo para no rendirme ante los momentos de adversidad.

A mi novio **Mario** por acompañarme en este proceso de la especialidad, por comprender mis tiempos, mi cansancio y mis ganas de superarme y a pesar de ello elegir estar conmigo, escuchándome, consintiéndome, alimentándome y hasta viajar para apoyarme en todo momento. Te amo, por siempre.

A **mis adscritos y futuros colegas**, gracias por enseñarme y convencerme de elegir la especialidad médica más noble, integral y empática de toda la medicina. Prometo aplicar todos los conocimientos que me fueron compartidos como pasante y residente, saben que en mí encuentran una amiga y una compañera en la cual confiar.

A mis **amigos y familia**: Gracias por ser un gran apoyo, por creer en mí y seguir todo mi proceso de formación a lo largo de mi vida, por motivarme a ser mejor y saber esperar para vernos una o dos veces al año por todas mis ocupaciones.

Y no menos importante: A mí, **María Isabel Luna Carreón**, gracias por no rendirte, por siempre querer superarte, por demostrar que la verdadera vocación existe y que, a pesar de todos los obstáculos, sacrificios, lagrimas, corajes, frustraciones y alegrías siempre se puedes salir adelante y demostrar ser la mejor.

INDICE GENERAL

RESUMEN.....	4
1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. MARCO TEORICO.....	8
2.1. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN.....	8
2.2. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	10
2.3. SOBREPESO Y OBESIDAD.....	14
2.4. BASES TEÓRICAS.....	15
2.5. MARCO CONCEPTUAL.....	18
3. JUSTIFICACIÓN.....	20
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
4.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	23
5. OBJETIVO.....	24
5.1. OBJETIVO GENERAL.....	24
5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	24
6. HIPÓTESIS.....	24
6.1. HIPÓTESIS ALTERNATIVA.....	24
6.2. HIPÓTESIS NULA.....	24
7. MATERIAL Y MÉTODOS.....	25
7.1. DISEÑO DE ESTUDIO.....	25
7.2. UNIVERSO DE ESTUDIO.....	25
7.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	25
7.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	25
7.5. UNIDAD DE OBSERVACIÓN.....	26
7.6. UNIDAD DE ANÁLISIS.....	26
7.7. TIPO DE MUESTREO.....	26
7.8. CÁLCULO PARA EL TAMAÑO DE MUESTRA.....	26

7.9.	PLAN PARA RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS	26
7.10.	DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	27
7.11.	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	31
7.12.	ASPECTOS ÉTICOS.....	33
7.13.	RECURSOS E INFRAESTRUCTURA.....	34
7.14.	CRONOGRAMA	35
8.	RESULTADOS.....	36
9.	DISCUSIÓN.....	44
10.	CONCLUSIONES	47
11.	GLOSARIO	49
12.	REFERENCIAS	50
13.	ANEXOS.....	53
ANEXO A.	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	53
ANEXO B.	CARTA DE NO INCONVENIENTE.....	54
ANEXO C.	INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN.....	55
ANEXO D.	MANUAL OPERACIONAL.....	56
ANEXO E.	CORRECCIONES REALIZADAS.....	65

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Datos normativos.....	29
Tabla 2.	Compendio de ítems	30
Tabla 3.	Sexo.....	36
Tabla 4.	Edad por sexo.....	37
Tabla 5.	Peso por sexo	37
Tabla 6.	Talla por sexo	37
Tabla 7.	IMC por sexo.....	38
Tabla 8.	Contenido calórico	39
Tabla 9.	Alimentación saludable.....	40
Tabla 10.	Bienestar psicológico.....	40
Tabla 11.	Ejercicio físico.....	41
Tabla 12.	Consumo de alcohol	41
Tabla 13.	Puntajes de la escala de hábitos alimenticios y niveles de obesidad	42
Tabla 14.	Correlación entre las dimensiones de la escala de hábitos alimenticios y el grado de obesidad	43

INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1.	Sexo.....	36
Gráfica 2.	Grado de obesidad	38
Gráfica 3.	Puntajes de la escala de hábitos alimenticios y niveles de obesidad	42

RESUMEN

Antecedentes: El sobrepeso y la obesidad representan problemas de salud pública global con prevalencias crecientes. En México, la obesidad afecta a más del 70% de los adultos y está asociada con múltiples comorbilidades crónicas. La promoción de hábitos saludables es fundamental para prevenir y tratar estas condiciones. Estudios previos han destacado la importancia de evaluar conductas alimentarias y estilos de vida para implementar intervenciones efectivas en poblaciones específicas. **Objetivo:** Evaluar las conductas alimentarias y los hábitos de vida relacionados con el sobrepeso y la obesidad en pacientes inscritos en el programa “Pierde kilos, gana vida” en una Unidad de Medicina Familiar (UMF). **Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal. Se incluyeron 102 pacientes adultos (68% mujeres, 32% hombres) con diagnóstico de sobrepeso u obesidad, inscritos en el programa de la UMF No.10 en Aguascalientes. Se utilizó un cuestionario autoadministrado adaptado a población mexicana para evaluar cinco dominios: contenido calórico, alimentación saludable, ejercicio físico, bienestar psicológico y consumo de alcohol. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva e inferencial con MedCalc y Microsoft Excel. **Resultados:** La edad media de los participantes fue de 43.03 años. La mayoría presentó sobrepeso (40%) u obesidad grado I (33%), con solo un paciente con peso normal. Los hábitos alimentarios revelaron que el 53% de los participantes nunca considera las calorías al comer fuera y el 26% nunca realiza ejercicio físico. Las mujeres representaron un mayor porcentaje en las categorías más altas de obesidad. Factores emocionales como el picoteo por ansiedad fueron frecuentes, aunque con variación individual. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los hábitos evaluados entre los distintos grados de obesidad. **Conclusiones:** Este estudio resalta patrones conductuales que requieren intervención, como la falta de actividad física y baja consciencia sobre la ingesta calórica. Es necesario implementar estrategias educativas y programas personalizados que promuevan hábitos saludables, así como realizar estudios longitudinales que evalúen cambios en las conductas y su impacto en la obesidad.

Palabras clave: Sobrepeso, Obesidad, Hábitos alimentarios.

ABSTRACT

Background: Overweight and obesity represent global public health problems with increasing prevalence. In Mexico, obesity affects more than 70% of adults and is associated with multiple chronic comorbidities. Promoting healthy habits is essential to prevent and treat these conditions. Previous studies have highlighted the importance of evaluating dietary behaviors and lifestyles to implement effective interventions in specific populations.

Objective: To evaluate dietary behaviors and lifestyle habits related to overweight and obesity in patients enrolled in the “Lose weight, gain life” program at a Family Medicine Unit (UMF).

Material and methods: Transversal descriptive study. 102 adult patients (68% women, 32% men) diagnosed with overweight or obesity, enrolled in the program at UMF No. 10 in Aguascalientes, were included. A self-administered questionnaire adapted to the Mexican population was used to evaluate five domains: caloric content, healthy eating, physical exercise, psychological well-being, and alcohol consumption. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics with MedCalc and Microsoft Excel.

Results: The mean age of participants was 43.03 years. Most were overweight (40%) or grade I obese (33%), with only one patient with normal weight. Eating habits revealed that 53% of participants never consider calories when eating out and 26% never exercise. Women represented a higher percentage in the highest obesity categories. Emotional factors such as snacking due to anxiety were frequent, although with individual variation. No statistically significant differences were found in the habits evaluated between the different degrees of obesity.

Conclusions: This study highlights behavioral patterns that require intervention, such as lack of physical activity and low awareness of caloric intake. It is necessary to implement educational strategies and personalized programs that promote healthy habits, as well as to conduct longitudinal studies that evaluate changes in behaviors and their impact on obesity.

Keywords: Overweight, Obesity, Eating habits.

1. INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y la obesidad constituyen uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, con una prevalencia en constante aumento que afecta a todas las edades y estratos socioeconómicos. (1) En México, más del 70% de los adultos enfrenta alguna de estas condiciones, las cuales están estrechamente relacionadas con el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemias y diversos tipos de cáncer. (2) Pese a los avances en la identificación de factores de riesgo y en las estrategias para el manejo de estas enfermedades, el control efectivo del sobrepeso y la obesidad sigue siendo un desafío, principalmente debido a la complejidad multifactorial que subyace en su desarrollo, incluyendo los hábitos alimentarios, la actividad física, el bienestar psicológico y otros comportamientos de salud. (3) La evaluación de las conductas alimentarias y los hábitos de vida es fundamental para comprender las prácticas que contribuyen al sobrepeso y la obesidad en poblaciones específicas. Sin embargo, existe una notable carencia de información detallada y contextualizada sobre estos aspectos en el ámbito local, particularmente en pacientes inscritos en programas de intervención dirigidos a la pérdida de peso. Este vacío limita el diseño e implementación de estrategias personalizadas y culturalmente adaptadas que puedan abordar eficazmente las necesidades de esta población. Aunque se han realizado estudios sobre los estilos de vida en diversas regiones de México, muchos de estos carecen de instrumentos específicos validados para evaluar de manera integral las conductas relacionadas con la obesidad o no consideran la eficacia de los programas existentes en el primer nivel de atención.

En este contexto, el presente estudio se plantea como una necesidad crítica para aportar datos relevantes sobre los hábitos de vida y las conductas alimentarias de los pacientes con sobrepeso y obesidad inscritos en el programa “Pierde kilos, gana vida” en una Unidad de Medicina Familiar. Este programa, diseñado para promover la adopción de estilos de vida saludables, carece de evaluaciones previas que permitan medir su impacto y orientar su mejora continua. La utilidad de la información generada radica en su capacidad para identificar patrones de comportamiento y áreas prioritarias de intervención, lo que permitirá desarrollar estrategias más efectivas para la prevención y manejo del sobrepeso y la obesidad. Así mismo, este estudio busca llenar el vacío de conocimiento sobre la interacción de factores emocionales, sociales y conductuales en el contexto local, contribuyendo a la generación de evidencia científica que apoye la toma de decisiones en

salud pública y la mejora de la calidad de vida de los pacientes afectados por estas condiciones.



2. MARCO TEORICO

2.1. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN

Se ha realizado una búsqueda sistemática en algunas bases de datos de contenido médico para establecer el estado del arte del conocimiento y las referencias bibliográficas base para la realización de este protocolo. Se utilizaron los buscadores BVS y Pub Med utilizando como descriptores de salud Obesidad, conducta alimentaria, estilo de vida, Modelo de Habilidades de Información Motivación Comportamiento en inglés y español.

BVS: DeCS/MeSH: Conducta Alimentaria / Feeding Behavior / Comportamento Alimentar, Hábitos / Habits / Hábitos, Conductas Relacionadas con la Salud / Health Behavior / Comportamientos Relacionados com a Saúde, Sobrepeso / Overweight / Sobrepeso, Obesidad / Obesity / Obesidade:..... Detalle de la búsqueda: ((feeding behavior) AND (habits) AND (obesity) AND (ti:(adults)) AND (mj:("Conducta Alimentaria" OR "Obesidad" OR "Conductas Relacionadas con la Salud" OR "Ejercicio Físico" OR "Estilo de Vida"))) AND (year_cluster:[2018 TO 2023]) Resultados: 209 artículos en total publicados en los últimos 5 años (2018-2023), 208 artículos de texto completo, 193 de MEDLINE. 139 estudios referentes a factores de riesgo 87 estudios de prevalencia, 0 articulos uniendo descriptores de salud en el título solamente.

PubMed: (("obeses"[All Fields] OR "obesity"[MeSH Terms] OR "obesity"[All Fields] OR "obese"[All Fields] OR "obesities"[All Fields] OR "obesity s"[All Fields]) AND ("overweight"[MeSH Terms] OR "overweight"[All Fields] OR "overweighted"[All Fields] OR "overweightness"[All Fields] OR "overweights"[All Fields]) AND ("feeding behaviour"[All Fields] OR "feeding behavior"[MeSH Terms] OR ("feeding"[All Fields] AND "behavior"[All Fields]) OR "feeding behavior"[All Fields]) AND ("habits"[MeSH Terms] OR "habits"[All Fields] OR "habit"[All Fields]) AND ("2014/03/02 00:00":"3000/01/01 05:00"[Date - Publication] AND "loattrfree full text"[Filter]) AND ("adult"[MeSH Terms] OR "adult"[All Fields] OR "adults"[All Fields] OR "adult s"[All Fields])) AND ((ffrft[Filter]) AND (2018:2023[pdat])) Resultados: 341 artículos, 341 articulos de texto completo disponible, 163 artículos publicados en últimos 5 años, 10 articulos como ensayo clínico, 0 artículos uniendo descriptores de salud con obesidad en el título.

Diagrama de búsqueda

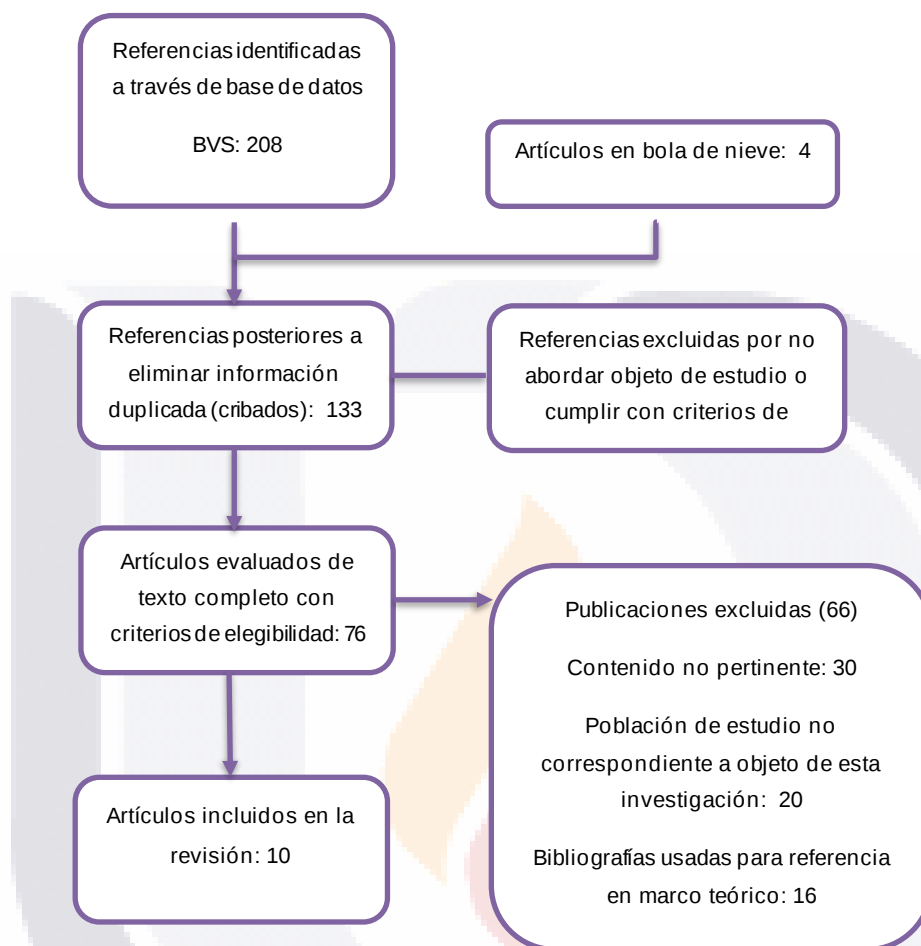


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA adaptado a estrategia de búsqueda de información de protocolo de investigación presente. Fuente: Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas (4)

2.2. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

El tema de sobrepeso y obesidad ha sido objetivo de estudio en múltiples ocasiones con un gran apogeo a partir de esta última década, como se ha mencionado anteriormente los estilos de vida influyen en forma fundamental en el proceso salud-enfermedad, por lo que su conocimiento debe ser una prioridad para todo profesional de la salud, especialmente para quienes trabajan en el primer nivel de atención. El conocer los factores de riesgo que se asocian a esta enfermedad crónico degenerativa ayudan al personal de salud a generar acciones para su prevención y control, así como evitar con ello complicaciones.(9)

La OMS creó el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020, que tiene por objeto cumplir los compromisos de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre las Enfermedades No Transmisibles. El Plan de acción mundial contribuirá a realizar avances a través de nueve metas mundiales relativas a las enfermedades no transmisibles que deben alcanzarse no más tarde de 2025, incluidas una reducción relativa del 25% en la mortalidad prematura a causa de dichas enfermedades para 2025 y una detención del aumento de la obesidad mundial para coincidir con las tasas de 2010(3).

Carrera Espiñeira y cols. En el año 2021, España. Realizaron un análisis sobre las diferencias de género en hábitos alimentarios y ejercicio físico en pacientes con diagnóstico de sobrepeso que requirieron internamiento en el servicio de medicina interna en 4 hospitales de España por otro motivo diferente al diagnóstico previamente mencionado durante el tiempo comprendido de febrero 2018 a febrero 2020 con un total de 275 pacientes. Este análisis se hizo previo al ingreso y al momento de su egreso por medio de un estudio descriptivo transversal aplicando el cuestionario PARDO el cual toma en cuenta 5 dimensiones relacionados con hábitos de vida y conductas alimentarias, así como el instrumento EQ-5D-5L donde se mide la percepción propia sobre su estado de salud al momento de su egreso hospitalario. Concluyendo que antes del ingreso hospitalario, las mujeres tenían hábitos alimentarios más saludables y no diferían de los hombres en práctica de ejercicio físico o puntuación del índice de comorbilidad; sin embargo, ellos tenían un IMC más alto. Al alta, las mujeres reportaron peor salud percibida y mayor dolor/malestar en comparación con los hombres. Por lo cual los autores mencionan que es necesario promover la salud hábitos en pacientes con sobrepeso y tener especialmente en cuenta el dolor experimentado por las mujeres con el fin de mejorar el manejo clínico de esta población.(10)

Kotarsky C. y cols. 2021 Estados Unidos de América. Realizaron un ensayo controlado y aleatorizado tipo cohorte con el objetivo de determinar si la alimentación con restricción de tiempo y el ejercicio físico aeróbico y de resistencia funcionan como estrategia dietética eficaz para reducir masa grasa y preservar la masa magra en pacientes adultos con diagnóstico de sobrepeso y obesidad. De un total de 21 participantes de forma aleatoria a un grupo poblacional se sometieron a estrategia de Alimentación con restricción de tiempo (ingesta de alimentos entre las 12 y 20hrs diario, 11 pacientes en total) y el otro grupo continuó con su alimentación normal (10 pacientes). Ambos grupos fueron sometidos a 8 semanas de ejercicio aeróbico y entrenamiento de resistencia supervisado. Durante el tiempo de desarrollo de las intervenciones fueron evaluados el rendimiento muscular, ingesta de macronutrientes, biomarcadores, hormonas, ingesta de energía. Resultados: Las pérdidas de masa corporal fueron mayores con la estrategia de alimentación con restricción de tiempo antes y después de la intervención con ejercicio físico concluyendo que el entrenamiento físico y estrategia dietética con restricción de ingesta de alimentos posterior a las 20 horas son eficaces para reducir masa grasa y aumentar masa magra en adultos con sobrepeso y obesidad.(11)

Se han realizado diferentes estudios retrospectivos y prospectivos de tipo observacional, así como aplicación de instrumentos (la mayoría no validados y adaptados en población mexicana) para conocer el estilo de vida y conductas alimentarias en la población general, dentro de ellos destacan:

López- Carmona y asociados en el año 2000 y 2003 comprobaron la validez y fiabilidad del instrumento FANTASTIC aplicando en población con diagnóstico de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Estos instrumentos han sido traducidos al idioma español pero su utilización clínica o en investigación ha sido escasa además que no ha demostrado su utilidad real en la práctica clínica como una herramienta que permita identificar los estilos de vida “poco saludables” en pacientes con enfermedades específicas como la hipertensión arterial, diabetes mellitus y obesidad. (9,12)

En 2002, López-Carmona y cols. Construyeron y validaron un instrumento para medir el estilo de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (IMEVID). Este cuestionario valora siete dominios (nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y adherencia al tratamiento) y fue aplicado en una Unidad de Medicina Familiar en el Estado de México a 389 sujetos. Los autores señalan que se trata del primer cuestionario específico para sujetos con diabetes mellitus tipo 2

realizado en población mexicana con validez aparente, validez de contenido y buen nivel de consistencia interna. Este instrumento se toma como referencia para saber que la necesidad de saber el estilo de vida de la población derechohabiente es de relevancia, sin embargo este instrumento no se podría aplicar debido a que solamente no ayuda a conocer prevalencia de los estilos de vida, no se genera una intervención para conocer cambios en dichos estilos e igualmente no hay una fundación teórica para el cambio de estilo de vida. (13)

En el año 2008, la doctora Victoria Bolado-García(14) y colaboradores validaron y aplicaron el instrumento Impact of Weight of Quality of Life (IWQOL) y el Impact of Weight of Quality of Life Lite (IWQOL-lite) en una población de 82 pacientes obesos en México DF. Estos cuestionarios valoran algunos aspectos determinantes de la calidad de vida: salud, alimentación, social-interpersonal, vida sexual, autoestima, actividades de la vida diaria, trabajo y actividad física. El cuestionario se aplicó antes y después de una sola intervención de asesoría nutricional. Igualmente este instrumento fue validado en población latinoamericana con diagnóstico de obesidad; sin embargo no es de utilidad para el objetivo de estudio debido que el resultado que arroja este cuestionario es medir la calidad de vida, no existe una base teórica y no hay una conclusión sobre un cambio en hábitos de vida con una sola intervención nutricional.(14)

Alcalde Rabanal et al en el año 2018 realizaron un estudio observacional, transversal con una muestra por conveniencia en 4 estados de México en donde se aplicó una encuesta con 2 instrumentos: la Escala de Stunkard, Sorensen y Schulsinger (1983), la cual ha sido validada en México y el cuestionario complementario semicuantitativo para indagar el consumo de comida en la semana previa a la aplicación del cuestionario así como el cuestionario internacional de actividad física. Los resultados arrojaron que de 10 326 participantes mayores de 18 años (47% hombres y 53% mujeres) 73% de los pacientes padecen alguna enfermedad crónica degenerativa: diabetes y/o hipertensión arterial y/o sobrepeso/obesidad. Los factores de riesgo que mayor impacto se encontraron en este estudio fue la ocupación, nivel de escolaridad, lugar donde consumen sus alimentos, nutrientes en los alimentos, grado de actividad física. Este artículo muestra de forma más explícita los factores de riesgo más frecuentes en pacientes con comorbilidades, sin embargo los instrumentos aplicados son de gran extensión (se describen 106 ítems en el cuestionario complementario) y cuestionarios subjetivos (el diagnóstico de sobrepeso y obesidad se dan por la escala de Stunkard la cual se basa en elegir el tipo de cuerpo en

base a la percepción del paciente lo cual se puede prestar a muchos sesgos en la interpretación de los resultados. (15)



2.3. SOBREPESO Y OBESIDAD

El sobrepeso y la obesidad en México es uno de los problemas de salud pública más importantes en cualquier nivel de atención en salud. La causa fundamental de la obesidad es el desequilibrio energético entre las calorías ingeridas y las consumidas por las actividades de la vida diaria, sin embargo, se han estudiado y considerado algunos otros factores de riesgo que pueden impactar y desencadenar el sobrepeso y obesidad es por ello que, de la mano de la salud pública, se considera necesario identificar con precisión dichos factores prevalentes en cierta población para poder promover el autocuidado y medidas de prevención de complicaciones mediante estrategias de intervención por parte de toda la sociedad (pacientes, familia, profesionales de la salud) (5)

A nivel global, la prevalencia de obesidad ha aumentado casi al triple en un intervalo de tiempo entre 1975 y 2016 llegando a diagnosticarse en 650 millones de adultos aproximadamente. De acuerdo con la World Obesity Federation en el año 2020 el 14% de hombres y 18% de mujeres adultos a nivel mundial tenía obesidad, el 3% sobrepeso y aproximadamente 5 millones de muertes estuvieron asociadas a la obesidad. En una proyección hacia el año 2035 si se continua con esta tendencia al incremento de población con obesidad se contempla que el 23% de adultos hombres y 27% de mujeres adultas tendrán diagnóstico de esta enfermedad crónico degenerativa no transmisible.(1)

Así mismo se ha reportado un aumento en la incidencia de pacientes con enfermedades crónico degenerativas y su asociación con el sobrepeso y obesidad, donde se observa que los pacientes con obesidad grado III presentan mayor comorbilidad de hipertensión arterial y dislipidemia lo cual supone un reto para la atención en salud a cualquier nivel debido a que el control de una patología supone el control de las comorbilidades, sin embargo si no se logra el control de dicha patología la probabilidad de aumentar la gravedad o añadir mayores comorbilidades es factible. Es por ello que el control de las comorbilidades es una estrategia eficaz de prevención de la enfermedad cardiovascular la cual está catalogada como principal causa de mortalidad en adultos en México. (2)

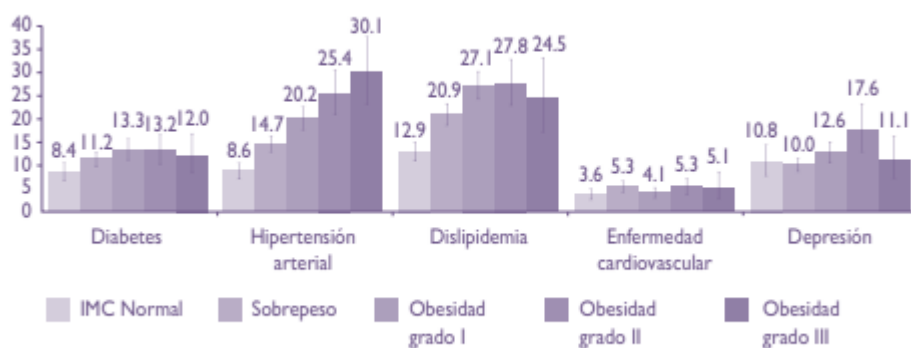


Figura 2. Prevalencia de enfermedades crónicas en adultos con diagnóstico de obesidad. Fuente: México, ENSANUT 2022(4)

2.4. BASES TEÓRICAS

Los modelos teóricos son útiles para promover el entendimiento de la conducta de la salud, dirigir la investigación y facilitar la posibilidad de transferir una intervención sobre un tema de salud, un área geográfica, o un escenario del cuidado de la salud a otro(6).

La necesidad del sector salud de conocer los factores que influyen en las personas para lograr un cambio en sus hábitos de vida diaria ha sido motivo de estudio y con ello se han logrado establecer distintas teorías que involucran aspectos sociales e individuales que permiten explicar que mediante el conocimiento sobre un tema ayuda a promover el establecimiento de comportamientos relacionados con la salud.

Algunos ejemplos de las teorías que se han establecido son: Modelo de creencias sobre salud de Hochbaum en 1958, Modelo transteórico de Prochaska y Velicer en 1997, modelo de reducción de riesgos por Catanua en 1990, Teoría de la acción razonada por Fishbein y Ajzen en 1975, Teoría del comportamiento planificado por Ajzen en 1991 y Godin & Kok en 1996, Teoría social-cognitiva en 1989 por Bandura, Teoría Información- motivación- habilidades conductuales por Fisher & Fisher en 1993 y 2000(7).

El modelo Información Motivación Habilidades conductuales (IMB por sus siglas en inglés) se define como el conjunto de factores en la información, motivación y habilidades conductuales que se asocian conceptual y empíricamente con el desempeño de la conducta relacionada con la salud, pero que a menudo se tratan de forma aislada entre sí en los esfuerzos de intervención de promoción de la salud.(7)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Este modelo fue aplicado por primera vez en 1992 con el objetivo de dar a conocer los determinantes psicológicos para el riesgo de infección por VIH así como conductas preventivas para la adquisición de esta patología. Posteriormente se utilizó en diversos estudios como base teórica para conocimiento sobre la detección de cáncer de mama, ingesta de frutas y verduras en adolescentes para la prevención de obesidad y sobrepeso y el uso adecuado de casco en personas choferes de motocicleta como medida de prevención de lesiones en cráneo por accidente de motocicleta(7,8).

Los tres pilares de intervención en este modelo se describen a continuación(7):

Información: Brindar conocimiento sobre las acciones específicas de promoción a la salud dando a entender a los participantes mediante hechos específicos, teorías implícitas y/o heurísticas que permiten la toma de decisiones sobre si adoptar o no una conducta respecto a la promoción de salud).

Por ejemplo: En el área de prevención de VIH/SIDA hechos como el uso de condón (hechos específicos) y sexo monógamo es sexo seguro (heurísticas). Así mismo utilizando este modelo en el caso de promoción y tamizaje sobre cáncer de mama se han propuesto como información: “Las pruebas genéticas para brca1 y brca2 pueden aclarar el riesgo de cáncer de mama y de ovario” (hecho específico). “Tengo senos pequeños y las mujeres con senos pequeños no padecen cáncer de mama” (teorías implícitas).

Motivación: Determinante que mediante actitudes y factores personales y sociales influyen fuertemente en el desarrollo de habilidades conductuales relacionadas a la salud. La construcción motivacional de este modelo utilizó como base la teoría de la acción razonada de Ajzen y Fishbein donde se plantea que el comportamiento social esta determinado por la intención de la persona para realizar el acto en cuestión, así mismo esta motivación se ve influenciada por dos factores importantes: la actitud de la persona hacia la realización del acto y la percepción de la sociedad respecto a la realización de dicho acto.

Ejemplo: en el tema de prevención de VIH las actitudes personales hacia el uso del condón y las percepciones de apoyo social al mismo predicen fuertemente el comportamiento de uso del condón. En el área de apego a un tratamiento médico de reemplazo hormonal en pacientes postmenopáusicas son fuertemente apoyadas tanto a nivel personal como social; lo cual genera que las pacientes no abandonen dicho tratamiento.

Habilidades conductuales: Determinante resultado de una persona que se encuentra informada, motivada y con capacidad de implementar conductas de promoción de la salud de una manera efectiva. (7)

El modelo IMB especifica que la información y la motivación para la promoción de la salud funcionan a través de habilidades conductuales para influir finalmente en el comportamiento de promoción a la salud (Figura 2).

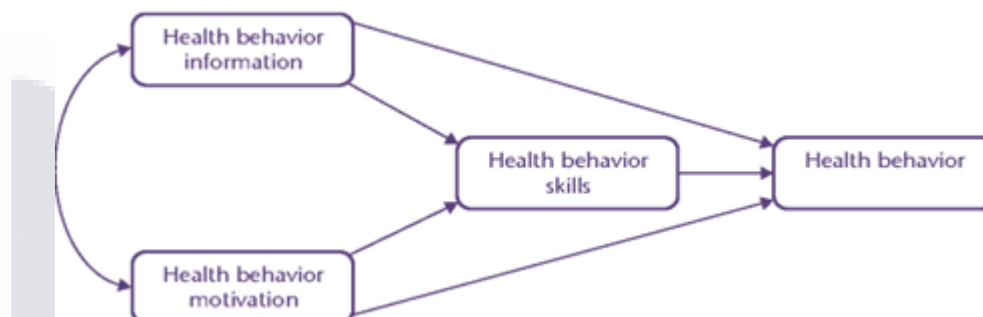


Figura 3. Factores determinantes planteados en el modelo IMB para lograr un cambio en el comportamiento de la salud. Fuente: Fisher W, Fisher J, Harman J. The Information-Motivation-Behavioral Skills Model: A General Social Psychological Approach to Understanding and Promoting Health Behavior. En: Social psychological foundations of health and illness. 2009. p. 82-106. (7)

Así mismo los autores de este modelo precisan 3 pasos para generar el proceso de promoción de conductas iniciales:

Elicitación: Identificar empíricamente los déficits y fortalezas de la población objetivo como nivel de información, motivación y habilidades conductuales existentes en la población a estudiar

Intervención: Diseño e implementación de intervenciones conceptualmente basadas, empíricamente dirigidas y adaptadas a población objetivo. Estas intervenciones específicas están diseñadas para abordar déficits identificados previamente en la elicitación.

Evaluación: Determinar mediante evaluación rigurosa si la intervención ha tenido efectos significativos y sostenidos sobre la información, motivación y habilidades conductuales de una conducta de salud objetivo.

Especifica los procedimientos que pueden utilizarse para identificar los constructos y los vínculos causales entre ellos que son especialmente influyentes en una determinada población para lograr un comportamiento de promoción de la salud de interés (7)

2.5. MARCO CONCEPTUAL

Es conocido que el sobrepeso y la obesidad son enfermedades crónicas definidas por la OMS como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, poniendo a las personas en riesgo de desarrollar enfermedades concomitantes como la diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y cáncer. (3,16)

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). (3)

En el caso de los adultos, la OMS define el sobrepeso y la obesidad como se indica a continuación: sobrepeso IMC igual o superior a $25\text{kg}/\text{m}^2$. Obesidad: IMC igual o superior a $30\text{kg}/\text{m}^2$. (3)

La Organización Mundial de la Salud considera al estilo de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos. De esta manera, ha propuesto la siguiente definición: “Los estilos de vida son patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo a su capacidad para elegir y a sus circunstancias socioeconómicas (5,16)

La conducta alimentaria se define como el comportamiento normal relacionado con: los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos. El desarrollo de la conducta alimentaria es un proceso complejo en el que participan componentes fisiológicos de regulación de la ingesta alimentaria, del crecimiento y peso corporal; componentes psicológicos del niño, de los padres y de la familia y además componentes culturales y sociales. (17)

Los modelos teóricos ayudan a los investigadores al momento de diseñar proyectos de investigación y programas de intervención, pues ponen al tanto al científico de qué aspectos debe de observar y/o intervenir para lograr un cambio en la conducta. En diversos trabajos de revisión de las teorías sobre las conductas de salud se resume que los modelos teóricos son útiles para promover el entendimiento de la conducta de salud, dirigir la investigación y

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

facilitar la posibilidad de transferir una intervención sobre un tema de salud, un área geográfica, o un escenario del cuidado de la salud a otro. (7)

El modelo IMB postula que en la medida en que los individuos tengan información destacada adecuada sobre un comportamiento de salud, estén motivados para actuar de acuerdo con su conocimiento y tengan las habilidades conductuales necesarias para realizar ese comportamiento de salud, superarán con éxito los obstáculos para realizar el mismo(6)



3. JUSTIFICACIÓN

El rápido incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad tanto a nivel estatal, nacional y mundial en un período corto de tiempo nos indica que el ambiente en el que esta desenvuelta la población podría estar entre los principales factores de influencia. Como se mencionó anteriormente la World Obesity Federation en el año 2020 reportó el 14% de hombres y 18% de mujeres adultos a nivel mundial tenía obesidad, el 3% sobrepeso y aproximadamente 5 millones de muertes estuvieron asociadas a la obesidad. En una proyección hacia el año 2035 si se continua con esta tendencia al incremento de población con obesidad se contempla que aproximadamente 690 millones de adultos hombres y 842 millones de mujeres adultas tendrán diagnóstico de obesidad. (1)

A nivel nacional en el año 2018 el IMSS reportó en cuanto a obesidad el porcentaje de adultos de 20 y más años con sobrepeso y obesidad es de 75.2% (39.1% sobrepeso y 36.1% obesidad), porcentaje que en 2012 fue de 71.3%. En el IMSS, 77.5% los derechohabientes de 20 y más años presentan sobrepeso y obesidad, de los cuales 38.7% tiene obesidad, es decir que casi 4 de cada 10 derechohabientes padecen esta enfermedad. (2,18)

El desequilibrio del balance energético que produce la obesidad, muchas veces es debido a una falta de control en la ingesta o en el gasto energético. La prevención exitosa de las enfermedades crónicas no transmisibles (como lo es el sobrepeso y la obesidad) se ha relacionado fuertemente con el conocimiento y control de los factores de riesgo, administración de algún fármaco, detección precoz de las complicaciones, así como coordinación entre los diferentes niveles de atención en salud. Para saber qué cambios debe llevar a cabo un paciente tenemos que conocer previamente cuáles son aquellos hábitos que el paciente realiza actualmente y en base a ellos partir para mediante un modelo de información, motivación, habilidades conductuales llevar un comportamiento en salud con beneficio principal en el control del peso.

Los estudios encontrados durante la revisión bibliográfica mostraron que a pesar de existir instrumentos validados y algunos de ellos inclusive adaptados a la cultura mexicana no se ha logrado encontrar uno que dé a conocer la prevalencia de los hábitos de vida y conductas alimentarias en los pacientes con sobrepeso y obesidad (la mayoría de ellos modificables) así como el impacto que se llega a tener al contar con información y motivación para el cambio en estos hábitos de vida hacia una tendencia de promoción a la salud y prevención de complicaciones.(13–15,19)

La investigación psicológica relacionada con el sobrepeso y la obesidad se ha dirigido sobre todo al estudio del estilo de vida y de los hábitos relacionados con la conducta alimentaria. Y la forma habitual de evaluar estos hábitos ha sido mediante la aplicación de cuestionarios. Sin embargo, y a pesar de que en la literatura especializada existen varios de estos instrumentos, el "Programa de atención integral al paciente con sobrepeso y obesidad" no cuenta con un instrumento específico para la medición del estilo de vida y la conducta alimentaria.(20)

El objetivo principal de esta investigación es que por medio de la aplicación de un instrumento validado y adaptado a la población mexicana se conozca la frecuencia de realización de hábitos de vida que tienen mayor influencia en el desarrollo del sobrepeso y obesidad y que mediante la participación en un programa multidisciplinario ya establecido por el Instituto Mexicano del Seguro Social se logre generar una modificación en los hábitos de vida con tendencia a un aumento en la frecuencia de hábitos saludables y disminución de hábitos perjudiciales. Con estos resultados se comprobaría que mediante el modelo de información y motivación se logrará una modificación en los hábitos de vida con beneficio en el control de enfermedades crónicas y prevención de complicaciones.

Al adquirir conocimiento sobre la prevalencia de hábitos de vida en personas con diagnóstico de sobrepeso y obesidad mediante un instrumento validado y adaptado a nuestra cultura; así como el cambio mediante un proceso de información y motivación por medio de intervenciones establecidas en un programa institucional se pretende que en un futuro cercano se desarrollen estrategias de prevención y promoción de la salud en el primer nivel de atención a todos los derechohabientes disminuyendo así la prevalencia de pacientes con sobrepeso y obesidad o el desarrollo de complicaciones al tener un mantenimiento de hábitos de vida y conductas alimentarias perjudiciales para los pacientes y población en general.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde inicios de este milenio la OMS considera la obesidad como una epidemia global y por lo tanto un problema de salud pública. A nivel nacional por medio de la ENSANUT se logró conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad en pacientes adultos reportada en el año 2022 con un valor de 38.3% y 36.9% respectivamente. Esto significa un incremento del 21.4% respecto a la obesidad en un intervalo de 16 años (2006-2022). La prevalencia se encuentra mayor en pacientes de sexo femenino y se ha reportado que entre mayor edad la cantidad de pacientes con sobrepeso y obesidad tiende a igualarse(2,19).

Se han realizado diversos estudios respecto a conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad en México, así como la comorbilidad con otras enfermedades crónico degenerativas como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, enfermedades respiratorias y cardiopatía. Dentro de dichos estudios mencionan los factores y hábitos de vida presentes en los pacientes; sin embargo, hay pocos estudios donde mediante instrumentos se conozca la prevalencia de dichos hábitos de vida y conductas alimentarias, así como la modificación de los mismos ante el sometimiento a un programa multidisciplinario que tiene como objetivo el mejorar la calidad de vida en pacientes con sobrepeso y obesidad. (2)

Por ello mediante la aplicación de un instrumento validado y adaptado a la población mexicana se pretende conocer las prevalencias de los hábitos de vida con mayor influencia en el desarrollo y mantenimiento del sobrepeso y obesidad. Apoyado de un programa multidisciplinario institucional se logrará conocer si mediante el método de cambio a través de la información y motivación se generen habilidades conductuales respecto al cambio de hábitos de vida y conductas alimentarias y con ello la prevalencia de hábitos saludables aumenten (en el caso del instrumento se espera un aumento en la dimensión: actividad física, contenido calórico, bienestar psicológico y alimentación saludable) y disminuya la frecuencia de los hábitos nocivos (consumo de alcohol).(20)

Con el análisis de resultados de la presente investigación se pretende dar a conocer la prevalencia de hábitos de vida en pacientes en una unidad de medicina familiar; esto servirá de base y punto de partida para crear estrategias de prevención y promoción de la salud específicas para pacientes con sobrepeso y obesidad en el primer nivel de atención. Si se llega a comprobar el funcionamiento de este instrumento se puede aplicar en un futuro en la consulta de medicina familiar como parte de una evaluación integral y así mismo dar un seguimiento en el cambio de hábitos de vida.

4.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

En pacientes con sobrepeso y obesidad participantes del programa Pierde kilos, gana vida en una unidad de medicina familiar ¿Se encuentran cambios rumbo a la mejoría ante la evaluación de las conductas alimentarias y estilos de vida conforme avanza el programa?

¿Cuál es el resultado de la evaluación de las conductas alimentarias y los hábitos de vida relacionados con el sobrepeso y obesidad en pacientes inscritos a programa Pierde kilos, gana vida en una unidad de medicina familiar?



5. OBJETIVO

5.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar las conductas alimentarias y los hábitos de vida relacionados con el sobrepeso y obesidad en pacientes inscritos a programa Pierde kilos, gana vida en una unidad de medicina familiar durante la participación de este.

5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los hábitos de vigilar el contenido calórico de la dieta durante la participación en programa multidisciplinario “pierde kilos, gana vida” en pacientes adultos con diagnóstico de sobrepeso y obesidad.
- Identificar el hábito de comer por bienestar psicológico durante la participación en programa multidisciplinario “pierde kilos, gana vida” en pacientes adultos con sobrepeso y obesidad.
- Identificar el hábito de realizar actividad física durante la participación en programa multidisciplinario “pierde kilos, gana vida” en pacientes adultos con sobrepeso y obesidad.
- Identificar el hábito de consumo de alcohol durante la participación en programa multidisciplinario “pierde kilos, gana vida” en pacientes adultos con sobrepeso y obesidad.
- Identificar el hábito de realizar alimentación saludable durante la participación en programa multidisciplinario “pierde kilos, gana vida” en pacientes adultos con sobrepeso y obesidad.

6. HIPÓTESIS

6.1. HIPÓTESIS ALTERNATIVA

Los pacientes que han cursado por el programa multidisciplinario “Pierde kilos, gana vida” si realizaron un cambio de hábito respecto al estilo de vida y conducta alimentaria en comparación con sus hábitos de vida previo al programa.

6.2. HIPÓTESIS NULA

Los pacientes que han cursado por el programa multidisciplinario “Pierde kilos, gana vida” no realizaron un cambio de hábito respecto al estilo de vida y conducta alimentaria en comparación con sus hábitos de vida previo al programa.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1. DISEÑO DE ESTUDIO

La presente investigación fue un estudio descriptivo longitudinal.

7.2. UNIVERSO DE ESTUDIO

De acuerdo con los datos proporcionados en el archivo de la Unidad de Medicina Familiar No. 10 en Aguascalientes, se brinda atención a derechohabientes, de los cuales 501 recibieron atención durante el periodo de marzo de 2024. De estos, 102 derechohabientes contaban con registro de diagnóstico de sobrepeso u obesidad.

7.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio estuvo constituida por hombres y mujeres adultos, con edades entre 20 y 64 años, que presentaban un diagnóstico de sobrepeso u obesidad y estaban inscritos en el programa “Pierde kilos, gana vida” en la Unidad de Medicina Familiar No. 10 del IMSS en Aguascalientes.

7.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

7.4.1. *Criterios de inclusión*

Pacientes adultos (entre 20 y 64 años) ambos sexos.

Diagnóstico de sobrepeso u obesidad (diagnosticado mediante $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$)

Inscritos a programa “Pierde kilos, gana vida”

Adscritos a UMF 10

7.4.2. *Criterios de exclusión*

$IMC < 25 \text{ kg/m}^2$

Mujeres embarazadas

Pacientes no inscritos a programa “Pierde kilos, gana vida”

7.4.3. *Criterios de eliminación*

Llenado del cuestionario inicial menor a 80%

Pacientes que voluntariamente no acepten participar.

7.5. UNIDAD DE OBSERVACIÓN

La unidad de observación estuvo compuesta por pacientes adultos, hombres y mujeres, con edades entre 20 y 64 años cumplidos, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 10 de Aguascalientes.

7.6. UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis consistió en la prevalencia de conductas alimentarias y hábitos de vida de los pacientes que participaron voluntariamente en el programa “Pierde kilos, gana vida”.

7.7. TIPO DE MUESTREO

Se realizó un muestreo censal con pacientes que decidieron inscribirse en el programa “Pierde kilos, gana vida” y que firmaron la carta de consentimiento informado.

7.8. CÁLCULO PARA EL TAMAÑO DE MUESTRA

El estudio utilizó un muestreo censal, incluyendo a los 102 pacientes inscritos en el programa.

7.9. PLAN PARA RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

- Una vez que se obtuvo el registro por el Comité de Ética (CLIES 1018) e Investigación (CLIS 108), se solicitó autorización al director de la Unidad de Medicina Familiar No. 10 para la realización del trabajo de campo del protocolo.
- Se reunió a la población muestral en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 10 (auditorio). En esta sesión informativa, se explicó a los pacientes el propósito de la investigación y los beneficios esperados de su participación. Posteriormente, se solicitó que firmaran el consentimiento informado.
- Se entregó de forma impresa el instrumento de recolección de datos, “Cuestionario de hábitos relacionados con el sobrepeso y la obesidad”, el cual fue autoadministrado. Se dieron instrucciones generales y se resolvieron dudas durante la aplicación del mismo, con un tiempo estimado de 15 minutos.
- Se generó un expediente físico para cada participante, que incluyó el cuestionario realizado y el consentimiento informado firmado.
- La información fue vaciada en una base de datos para su análisis posterior.

- Se procesaron los datos mediante programas de Office (Excel) y MedCalc, utilizando medidas de tendencia central (media, mediana, moda, asimetría) y medidas de dispersión (rango, varianza, desviación estándar), además de intervalos de confianza, pruebas de normalidad y generación de histogramas por criterio analizado.

7.10. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“Cuestionario de hábitos relacionados con el sobrepeso y la obesidad”

Pardo Merino y sus colaboradores en el año 2004 en Madrid, España diseñaron y validaron un instrumento el cual evalúa los hábitos y conductas relacionadas con el control de peso en los pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad. Además de discriminar entre los sujetos que se encuentran en un programa de adelgazamiento ya sea orientado o por cuenta propia. El cuestionario inicial constó de 57 preguntas agrupadas en 8 factores que abarcaban temas sobre conductas de la vida diaria que son sugeridas a pacientes con sobrepeso y obesidad; dicho cuestionario era auto aplicable y constaba de un modelo de Teoría de respuesta al ítem tipo Likert con 5 categorías de respuesta en base a la frecuencia con la que realiza dicha actividad descrita en el ítem.(21)

Los 5 factores que se evalúan son(20,21):

- Contenido calórico de la dieta: “Preocupación” por el contenido energético de la dieta
- Comer por bienestar psicológico: Afirmaciones que relacionan la ingesta de alimento como respuesta a malestares psicológicos
- Ejercicio físico: Práctica habitual de ejercicio físico.
- Alimentación saludable: Ítems relacionados con los alimentos: Grupo alimenticio, forma de preparación, frecuencia de ingesta
- Consumo de alcohol: Frecuencia de ingesta de bebidas alcohólicas

La primera muestra se aplicó a 298 personas de ambos sexos con diagnóstico de sobrepeso y obesidad en base al IMC atendidos en consulta en hospitales de España. Posterior a su aplicación se realizó un análisis factorial exploratorio y el índice de fiabilidad por medio de α - de Cronbach donde fueron depurados los ítems con menor fiabilidad (α de Cronbach menor a 0.3) aplicándose a una segunda muestra de 156 sujetos con los mismos criterios expuestos en la primera muestra quedando así 5 dominios/factores y un total de

22 ítems; a este cuestionario final se evaluaron las diferentes propiedades de medición pertinentes en base al instrumento las cuales arrojaron los siguientes resultados(21):

Consistencia interna mediante índice de fiabilidad α de Cronbach 0.80. separados y evaluados en su totalidad y por factores (6)

Estabilidad o consistencia temporal por medio de test-re-test con intervalo de aplicación 7-22 días coeficiente de correlación 0.95 (excepto en la dimensión consumo de alcohol 0.85) y significativo $p < 0.001$

Validez de constructo: fue validada mediante análisis factorial con extracción por factorización del eje principal y rotación oblicua reportando 61.4% de la varianza total reflejando así la dimensionalidad de los ítems desarrollados además de que se encuentran 3 dimensiones las cuales se reproducen de forma idéntica independientemente del método de extracción aplicado.

Validez de contenido: Validado mediante inter-jueces de Hambleton y Rovinelli (12 personas) . El índice fue valorado por ítem encontrando un valor cercano a 1 en todos los ítems, dependiendo del mayor valor del índice fueron agrupados en los 5 dominios/factores en los que fue desarrollado el estudio.

Validez discriminativa: En base a las dimensiones que se preguntan en el cuestionario se permite distinguir entre la población que sigue una dieta de las que no. Es por ello que posteriormente a la aplicación del instrumento es probable clasificar 3 grupos de sujetos que respondieron esta encuesta: 1) sujetos que no siguen ningún programa de adelgazamiento, 2) sujetos que siguen una dieta, 3) sujetos que realizan actividad física y dieta como programa de adelgazamiento. Mediante medias y desviaciones estándar de cada grupo de preguntas se puede concluir que dichos ítems permiten discriminar a los pacientes en alguno de los tres grupos descritos anteriormente

El presente cuestionario no tiene origen o predecesor motivo por el cual se observó la necesidad de conocer dichos hábitos de vida en cierta población mediante la realización y aplicación de un instrumento válido y fiable, el cual mediante análisis por medio de expertos corroboran y dan luz verde para su aplicación en las diferentes poblaciones que se pretende estudiar(21).

Así mismo **Pardo Merino y colaboradores;** autores del cuestionario original ante la observación e investigación sobre los instrumentos sobre conductas que impactan en el sobrepeso y obesidad en personas mexicanas se percataron de la inexistencia de este; y

en el año **2018** decidió adaptar el instrumento previamente validado para la población mexicana. A continuación, se describen las características de esta adaptación (20):

Muestra: 393 sujetos mayores, edad 18-60 años con diagnóstico de sobrepeso y obesidad (definido por medio de IMC mayor a 25kg/m³)

Exclusión de ítems 1,6,12 del cuestionario original por presentar problemas de adaptación cultural y con saturación menor a 0.40 en el análisis factorial.

Solución factorial con análisis pertinente (KMO=82) con una varianza total de 62%

Consistencia interna con alfa de Cronbach 0.78

Estabilidad temporal por medio de test- retest con muestra de 50 personas en un intervalo de tiempo de 5-21 días. Resultado: >0.70 con $p < 0.001$

Validez discriminante: Se recogieron los datos de una muestra de 49 pacientes que participaron en programa de adelgazamiento realizando la aplicación del cuestionario antes de iniciar el programa y otra después de dos meses de iniciado el programa encontrando diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones pre y post de todos los factores; así como una pérdida de 0.86kg en aproximadamente dos meses.

Datos normativos (baremos): Para ubicar a un sujeto dentro del decil que corresponde se realiza el siguiente procedimiento estadístico

Sumar puntuaciones de preguntas correspondientes a la dimensión buscada

Dividir la suma por el número de preguntas en esa dimensión (factor)

Al obtener la puntuación entre 1 y 5 se compara con datos normativos para conocer la ubicación relativa del sujeto

Dominios		<i>Contenido Calórico</i>	<i>Bienestar Psicológico</i>	<i>Ejercicio físico</i>	<i>Consumo de alcohol</i>	<i>Alimentación saludable</i>
Media		2.37	3.82	2.45	4.11	3.43
Desviación típica		0.73	1.00	1.16	1.05	0.90
Deciles	10	1.50	2.33	1.00	2.50	2.33
	20	1.75	3.00	1.33	3.00	2.67
	30	2.00	3.33	1.67	4.00	3.00
	40	2.13	3.67	2.00	4.00	3.00

50	2.25	4.00	2.00	4.50	3.33
60	2.43	4.33	2.67	5.00	3.67
70	2.75	4.67	3.00	5.00	4.00
80	2.88	4.67	3.67	5.00	4.33
90	3.38	5.00	4.33	5.00	4.67

Tabla 1 Datos normativos: medias, desviaciones típicas y deciles de los 5 factores que contempla el cuestionario final adaptado a población mexicana, Fuente: Pardo Merino A, Petrie Carrillo MA, García Ríos P, Jurado Vázquez B, Escalante Lorenzana NR, Vázquez Barrios V, et al. Adaptación a la población mexicana del «Cuestionario de hábitos relacionados con el sobrepeso y la obesidad»

Cuestionario total de 19 ítems para la población mexicana

Este cuestionario fue de tamaño reducido, de fácil utilización en la práctica clínica y autoadministrable. Su objetivo principal fue la valoración de las conductas alimentarias y los hábitos de vida relacionados con el sobrepeso y la obesidad. Al haber sido adaptado a la población mexicana, facilitó una mejor comprensión tanto para el encuestador como para los participantes.(20)

Se trató de un cuestionario autoadministrado compuesto por 19 ítems formulados en escala tipo Likert, relacionados con el sobrepeso y la obesidad. Todas las respuestas se registraron en una escala de 5 puntos sobre la frecuencia de ciertos hábitos de vida: 1) nunca, 2) pocas veces, 3) con alguna frecuencia, 4) muchas veces y 5) siempre. La puntuación total del cuestionario se calculó como la media de las puntuaciones de los 19 ítems, donde una puntuación más alta indicó una conducta más saludable. [\(Ver anexo: Instrumento de evaluación\)](#)

Categoría (hábito de vida)	Nº Ítems	Puntaje mínimo	Puntaje máximo (ideal)
Contenido Calórico	8	8	40
Alimentación saludable	3 (1 puntaje invertido)	7	11
Ejercicio físico	3	3	15
Bienestar psicológico	3 puntaje invertido	15	3
Consumo de alcohol	2	10	2
Total	19		71

Tabla 2 Compendio de ítems en base a categorías principales, así como puntajes mínimos y máximos para cada categoría

7.11. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Nombre del instrumento: "Cuestionario de hábitos relacionados con el sobrepeso y la obesidad"					
Objetivo del instrumento: Evaluar y cuantificar las conductas relacionadas con el sobrepeso y obesidad de la población mexicana así como cuantificar el impacto de la modificación de la conducta sobre la pérdida de peso.	Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Pregunta	Codificación
	Sexo: Condición orgánica, masculina o femenina, de las personas, animales y las plantas.	Cualitativa dicotómica	Escala nominal	Sexo	1. Femenino 2. Masculino
	Edad: Tiempo en años que ha vivido una persona	Cuantitativa discreta	Escala de proporción	Edad en años	20,21,22,23,24,25...64
	Peso: Fuerza con que la Tierra atrae a un cuerpo. Representada en kg.	Cuantitativa continua	Escala de proporción	Peso en kilogramos	...
	Talla: Estatura o altura de las personas representada en metros.	Cuantitativa continua	Escala de proporción	Talla en metros	...
	IMC: Método que indica la relación entre el peso y talla de una persona. Representada en kg/m ²	Cuantitativa continua	Escala de proporción	Índice de Masa Corporal	25,26,27,28...
	Contenido Calórico: "Preocupación" por el contenido energético de los alimentos consumidos	Cuantitativa	Likert	1. Soy consciente de las calorías que tomo al cabo del día	Escala tipo Likert de 5 puntos (1) Nunca (2) Pocas Veces (3) Con alguna frecuencia (4) Muchas veces (5) Siempre
				2. Si pico, tomo alimentos bajos en calorías (fruta, un vaso de agua, etc.)	Escala tipo Likert de 5 puntos (1) Nunca (2) Pocas Veces (3) Con alguna frecuencia (4) Muchas veces (5) Siempre
				4. Los lácteos que tomo son desnatados	Escala tipo Likert de 5 puntos (1) Nunca (2) Pocas Veces (3) Con alguna frecuencia (4) Muchas veces (5) Siempre
				6. Me sirvo raciones pequeñas	Escala tipo Likert de 5 puntos (1) Nunca (2) Pocas Veces (3) Con alguna frecuencia (4) Muchas veces (5) Siempre
				8. Cuando tengo hambre entre horas tomo tentempiés con pocas calorías	Escala tipo Likert de 5 puntos (1) Nunca (2) Pocas Veces (3) Con alguna frecuencia (4) Muchas veces (5) Siempre
				11. Cuando me apetece comer algo espero unos minutos antes de tomar	Escala tipo Likert de 5 puntos (1) Nunca (2) Pocas Veces (3) Con alguna frecuencia (4) Muchas veces (5) Siempre

				17. Cuando como en un restaurante tengo en cuenta las calorías de los alimentos	Escala tipo Likert de 5 puntos (1) Nunca (2) Pocas Veces (3) Con alguna frecuencia (4) Muchas veces (5) Siempre
				18. Cuando como en un restaurante tengo en cuenta las calorías de los alimentos	Escala tipo Likert de 5 puntos (1) Nunca (2) Pocas Veces (3) Con alguna frecuencia (4) Muchas veces (5) Siempre
	<u>Alimentación saludable:</u> Ítems relacionados con los alimentos respecto a grupo alimenticio, forma de preparación, frecuencia de la ingesta	Cuantitativa	Likert	3. Como verdura todos los días	Escala tipo Likert de 5 puntos (1) Nunca (2) Pocas Veces (3) Con alguna frecuencia (4) Muchas veces (5) Siempre
				5. Tomo alimentos frescos en vez de platos precocinados	Escala tipo Likert de 5 puntos (1) Nunca (2) Pocas Veces (3) Con alguna frecuencia (4) Muchas veces (5) Siempre
				19. Compró principalmente alimentos precocinados	Escala tipo Likert de 5 puntos (1) Nunca (2) Pocas Veces (3) Con alguna frecuencia (4) Muchas veces (5) Siempre
				9. Picoteo si estoy bajo/a de ánimo	Escala tipo Likert de 5 puntos (1) Nunca (2) Pocas Veces (3) Con alguna frecuencia (4) Muchas veces (5) Siempre
	<u>Bienestar Psicológico:</u> Afirmaciones que relacionan la ingesta de alimento como respuesta a malestares psicológicos	Cuantitativa	Likert	12. Picoteo si tengo ansiedad	Escala tipo Likert de 5 puntos (1) Nunca (2) Pocas Veces (3) Con alguna frecuencia (4) Muchas veces (5) Siempre
				15. Cuando estoy aburrido/a me da hambre	Escala tipo Likert de 5 puntos (1) Nunca (2) Pocas Veces (3) Con alguna frecuencia (4) Muchas veces (5) Siempre
	<u>Ejercicio Físico:</u> Práctica habitual de actividad física	Cuantitativa	Likert	7. Realizo un programa de ejercicio físico	Escala tipo Likert de 5 puntos (1) Nunca (2) Pocas Veces (3) Con alguna frecuencia

					(4) Muchas veces (5) Siempre
				10. Hago ejercicio físico regularmente	Escala tipo Likert de 5 puntos (1) Nunca (2) Pocas Veces (3) Con alguna frecuencia (4) Muchas veces (5) Siempre
				13. Saco tiempo cada día para hacer ejercicio	Escala tipo Likert de 5 puntos (1) Nunca (2) Pocas Veces (3) Con alguna frecuencia (4) Muchas veces (5) Siempre
				14. Tomo bebidas de baja graduación alcohólica (cerveza, vino)	Escala tipo Likert de 5 puntos (1) Nunca (2) Pocas Veces (3) Con alguna frecuencia (4) Muchas veces (5) Siempre
	<u>Consumo de alcohol:</u> Frecuencia de ingesta de bebidas alcohólicas	Cuantitativa	Likert	16. Tomo bebidas de alta graduación alcohólica (licores, ginebra, whiskey)	Escala tipo Likert de 5 puntos (1) Nunca (2) Pocas Veces (3) Con alguna frecuencia (4) Muchas veces (5) Siempre

7.12. ASPECTOS ÉTICOS

7.12.1. Valor científico

El presente proyecto se apoyó en el método científico para conocer, a través de prevalencias, los factores de riesgo que influyen en los hábitos de vida y las conductas alimentarias en la población con diagnóstico de sobrepeso y obesidad adscrita a una unidad de medicina familiar en Aguascalientes. El desarrollo de esta investigación sirvió como punto de partida para demostrar que, mediante intervenciones basadas en información y motivación, se pueden generar cambios en las habilidades conductuales de vida que mejoren la calidad de vida de los pacientes con sobrepeso y obesidad. Este proyecto buscó establecer estrategias que aumenten la información y motivación en los pacientes derechohabientes como medidas preventivas frente al desarrollo de sobrepeso y obesidad.

7.12.2. Identificación del riesgo y clasificación del riesgo

La investigación se clasificó como de riesgo mínimo. Se basó en la aplicación de un cuestionario en el que se evaluó la frecuencia de hábitos de vida y conductas alimentarias,

así como su tendencia a mejorar conforme se implementaron técnicas de información y motivación durante la participación en un programa multidisciplinario institucional.

7.12.3. Consentimiento informado para adultos

El proyecto se apegó a lo dispuesto en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y en la Declaración de Helsinki. Se desarrolló bajo los principios éticos de respeto, autonomía, dignidad y protección de los derechos y el bienestar de los participantes. Se evitó emitir juicios o comentarios sobre las respuestas al cuestionario, garantizando la privacidad y la confidencialidad de los participantes. Tanto la participación como el abandono de la investigación fueron completamente voluntarios y sin repercusiones en las futuras atenciones médicas de los pacientes. Se incluyó una carta de consentimiento informado firmada por cada participante.

Se anexa carta de consentimiento informado

7.12.4. Resguardo de la información

La información fue resguardada por un período de 5 años. En caso de presentarse alguna eventualidad no prevista, se notificó inmediatamente al Comité de Ética e Investigación correspondiente.

7.13. RECURSOS E INFRAESTRUCTURA

7.13.1. Recursos humanos

La presente investigación se llevó a cabo por un equipo formado por una investigadora responsable, un médico becario (residente de medicina familiar) y los pacientes que deciden participar de forma voluntaria en dicho protocolo.

7.13.2. Recursos Materiales

Se contó con la infraestructura de la Unidad de Medicina Familiar No. 10, específicamente el auditorio equipado con pupitres. Los materiales utilizados incluyeron una computadora personal con conexión a internet, programas informáticos como Microsoft Office, Gmail y MedCalc, así como insumos físicos, entre ellos cuestionarios impresos, consentimientos informados, bolígrafos, clips y folders.

Recurso	Cantidad	Costo (mxn)	Total
Computadora Laptop	1	17 000.00	17 000
Copias	400	0.50	200
Bolígrafo	100	4.00	400
Folder	100	2.30	230
Clips	100	0.20	20

7.13.3. *Financiamiento*

El costo total del protocolo corrió a cargo de la médico becario (tesista)

7.14. CRONOGRAMA

Actividad										
	Mar - Jun 2023	Jul 2023	Sep 2023	Oct 2023	Nov – Dic 2023	Feb 2024	Abr 2024	Jul- Nov 2024	Dic 2024 – Mar 2025	May – Jul 2025
Acopio de la literatura	R									
Revisión de la literatura	R	R								
Planteamiento del problema	R	R								
Antecedentes		R	R	R						
Justificación			R	R						
Introducción			R	R						
Hipótesis			R	R						
Material y métodos				R	R					
Envío de protocolo a SIRELCIS						R				
Registro y aprobación ante comité de ética						R				
Registro y aprobación ante comité de investigación							R			
Acopio de la información							R	R		
Captura y tabulación de la información								R		
Análisis de la información								R	R	
Discusión de resultados									R	R
Presentación de resultados										R

Realizado	R
Planeado	P

8. RESULTADOS

La **Tabla 3**, y la **Gráfica 1** correspondiente presentan la distribución porcentual y de frecuencia de los pacientes participantes en el estudio. De los 102 pacientes evaluados, el 68% son mujeres, lo que corresponde a 69 individuos, mientras que el 32% son hombres, representando un total de 33 personas. Esta distribución se refleja visualmente en la gráfica de pastel, donde se destaca la proporción mayoritaria de mujeres en comparación con los hombres..



Tabla 3 Sexo

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Hombre</i>	33	32%
<i>Mujer</i>	69	68%
Total	102	100%

Fuente: Instrumento aplicado

La **Tabla 4** presenta los valores estadísticos descriptivos de la edad de los pacientes según su sexo. Para los hombres, la edad promedio es de 42.76 años, con un rango de entre 19 y 60 años y una desviación estándar de 11.74. En el caso de las mujeres, la media es de 43.16 años, con edades que oscilan entre 21 y 64 años y una desviación estándar de 11.42. En general, considerando ambos sexos, la edad promedio de los participantes es de 43.03 años, con un mínimo de 19 años, un máximo de 64 años y una desviación estándar global de 11.47.

Tabla 4 Edad por sexo					
		Media	Mínimo	Máximo	Desviación estándar
Sexo	Hombre	42.76	19.00	60.00	11.74
	Mujer	43.16	21.00	64.00	11.42
	Total	43.03	19.00	64.00	11.47

Fuente: Instrumento aplicado

La **Tabla 5** muestra los valores estadísticos descriptivos del peso de los pacientes según su sexo. En los hombres, el peso promedio es de 87.7 kg, con un rango que varía entre 59.6 y 116.0 kg, y una desviación estándar de 14.0. En las mujeres, el peso medio es de 85.9 kg, con un mínimo de 62.0 kg y un máximo de 139.0 kg, y una desviación estándar de 16.3. En el total de la población estudiada, el peso promedio es de 86.5 kg, con un rango de entre 59.6 y 139.0 kg, y una desviación estándar de 15.6.

Tabla 5 Peso por sexo					
		Media	Mínimo	Máximo	Desviación estándar
Sexo	Hombre	87.7	59.6	116.0	14.0
	Mujer	85.9	62.0	139.0	16.3
	Total	86.5	59.6	139.0	15.6

Fuente: Instrumento aplicado

La **Tabla 6** presenta los valores descriptivos de la talla de los pacientes clasificados por sexo. En los hombres, la talla promedio es de 143.15 cm, con un mínimo de 15.00 cm y un máximo de 189.00 cm, y una desviación estándar de 61.00. En las mujeres, la talla media es de 128.00 cm, con un rango entre 15.00 cm y 174.00 cm, y una desviación estándar de 59.64. En el total de los participantes, la talla promedio es de 132.90 cm, con valores mínimos y máximos de 15.00 cm y 189.00 cm respectivamente, y una desviación estándar de 60.20.

Tabla 6 Talla por sexo					
		Media	Mínimo	Máximo	Desviación estándar
Sexo	Hombre	143.15	15.00	189.00	61.00
	Mujer	128.00	15.00	174.00	59.64
	Total	132.90	15.00	189.00	60.20

Fuente: Instrumento aplicado

La **Gráfica 2** y la **Tabla 7** ilustran la distribución del índice de masa corporal (IMC) de los pacientes según las categorías de peso y grado de obesidad. En términos generales, se observa que solo un paciente presenta peso normal. La mayoría de los participantes, 40 en total, se encuentran en la categoría de sobrepeso, seguida por 33 pacientes con obesidad grado I, 17 con obesidad grado II y 11 con obesidad grado III. En cuanto a la distribución por sexo, los hombres representan 17 casos de sobrepeso, 15 de obesidad grado I, 16 de obesidad grado II y 5 de obesidad grado III. Por otro lado, las mujeres incluyen 23 casos de sobrepeso, 18 de obesidad grado I, 16 de obesidad grado II y 11 de obesidad grado III. En total, los datos consideran a 33 hombres y 69 mujeres entre las categorías evaluadas.

Gráfica 2. Grado de obesidad

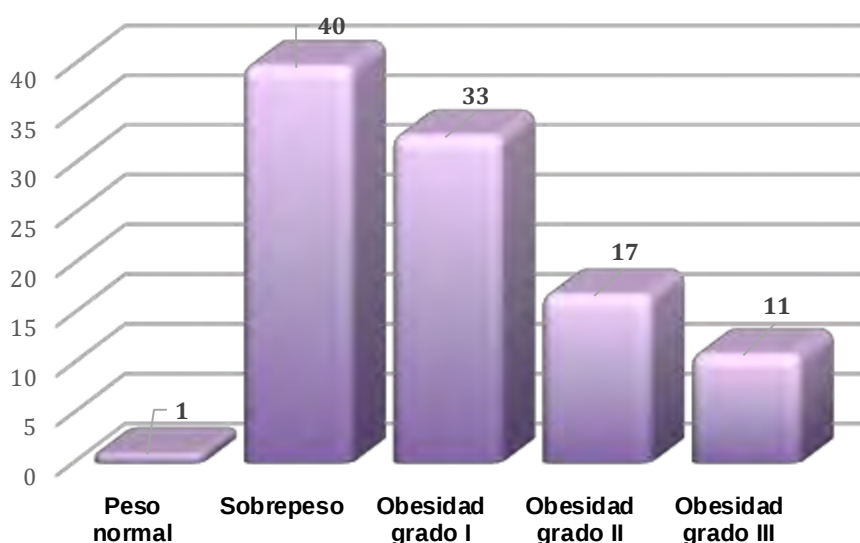


Tabla 7 IMC por sexo

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
IMC Categorías	Peso normal	0	1	1
	Sobrepeso	17	23	40
	Obesidad grado I	15	18	33
	Obesidad grado II	1	16	17
	Obesidad grado III	0	11	11
Total		33	69	102

Fuente: Instrumento aplicado

La **Tabla 8** presenta la frecuencia con la que los participantes reportan conductas relacionadas con el contenido calórico de los alimentos. En cuanto a la consciencia sobre las calorías consumidas durante el día, el 22% señala que nunca lo hace, mientras que un 7% afirma hacerlo siempre. En relación a consumir alimentos bajos en calorías al picar, un 4% indica que nunca lo hace, frente a un 7% que siempre lo hace. Respecto a consumir lácteos descremados, un 26% señala que nunca lo hace, mientras que un 22% menciona hacerlo siempre. Sobre servirse porciones pequeñas, un 9% responde que nunca lo hace, mientras que un 4% siempre lo hace. En cuanto a elegir tentempiés bajos en calorías entre comidas, un 12% señala que nunca lo hace, mientras que un 1% lo hace siempre. Al esperar unos minutos antes de comer algo que apetece, un 16% afirma que nunca lo hace, mientras que un 2% menciona hacerlo siempre. Finalmente, al considerar las calorías de los alimentos en restaurantes, un 53% indica que nunca lo hace, mientras que solo un 1% lo hace siempre.

Tabla 8 Contenido calórico

	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>Con alguna frecuencia</i>	<i>Muchas veces</i>	<i>Siempre</i>
<i>Soy consciente de las calorías que tomo al cabo del día</i>	22	32	31	10	7
<i>Si pico, tomo alimentos bajos en calorías (fruta, un vaso de agua, etc.)</i>	4	29	37	25	7
<i>Los lácteos que tomo son desnatados</i>	26	25	19	10	22
<i>Me sirvo raciones pequeñas</i>	9	29	40	20	4
<i>Cuando tengo hambre entre horas tomo tentempiés con pocas calorías</i>	12	43	30	16	1
<i>Cuando me apetece comer algo espero unos minutos antes de tomar el alimento</i>	16	36	23	25	2
<i>Cuando como en un restaurante tengo en cuenta las calorías de los alimentos</i>	53	29	11	8	1

Fuente: Instrumento aplicado

La **Tabla 9** muestra las frecuencias de conductas relacionadas con una alimentación saludable. Respecto a comer verduras diariamente, el 2% de los participantes reporta nunca hacerlo, mientras que el 6% lo hace siempre. En cuanto a tomar alimentos frescos en lugar de platos precocinados, el 3% señala que nunca lo hace, y un 19% menciona hacerlo siempre. Sobre la compra de alimentos precocinados, un 29% indica que nunca los compra, mientras que el 8% los adquiere siempre.

Tabla 9 Alimentación saludable

	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>Con alguna frecuencia</i>	<i>Muchas veces</i>	<i>Siempre</i>
<i>Como verdura todos los días</i>	2	34	42	18	6
<i>Tomo alimentos frescos en vez de platos precocinados</i>	3	14	36	30	19
	<i>Siempre</i>	<i>Muchas veces</i>	<i>Con alguna frecuencia</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>Nunca</i>
<i>Compro principalmente alimentos precocinados</i>	0	8	20	45	29

Fuente: Instrumento aplicado

La **Tabla 10** refleja las frecuencias de conductas relacionadas con el bienestar psicológico en los participantes del estudio. En cuanto a picotear cuando están bajos de ánimo, el 2% reporta hacerlo siempre, mientras que el 30% indica que nunca lo hace. Respecto a picotear en situaciones de ansiedad, el 5% lo hace siempre y el 32% nunca lo realiza. Sobre la conducta de comer por aburrimiento o cuando sienten hambre, el 24% señala que nunca lo hace, mientras que el 3% reporta hacerlo siempre.

Tabla 10 Bienestar psicológico

	<i>Siempre</i>	<i>Muchas veces</i>	<i>Con alguna frecuencia</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>Nunca</i>
<i>Picoteo si estoy bajo/a de ánimo</i>	2	13	22	35	30
<i>Picoteo si tengo ansiedad</i>	5	14	19	32	32
	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>Con alguna frecuencia</i>	<i>Muchas veces</i>	<i>Siempre</i>
<i>Cuando estoy aburrido/a me da hambre</i>	24	36	26	13	3

Fuente: Instrumento aplicado

La **Tabla 11** muestra las frecuencias de prácticas relacionadas con el ejercicio físico entre los participantes del estudio. En cuanto a realizar un programa de ejercicio físico, el 26% indica que nunca lo hace, mientras que el 4% lo hace siempre. En relación a realizar ejercicio físico de forma regular, el 25% señala que nunca lo hace, y un 2% afirma hacerlo siempre. Respecto a sacar tiempo cada día para hacer ejercicio, el 36% reporta que nunca lo hace, mientras que el 1% menciona hacerlo siempre.

Tabla 11 Ejercicio físico

	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>Con alguna frecuencia</i>	<i>Muchas veces</i>	<i>Siempre</i>
<i>Realizo un programa de ejercicio físico</i>	26	41	23	8	4
<i>Hago ejercicio físico regularmente</i>	25	42	21	12	2
<i>Saco tiempo cada día para hacer ejercicio</i>	36	36	19	10	1

Fuente: Instrumento aplicado

La **Tabla 12** presenta la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas entre los participantes. En relación con las bebidas de baja graduación alcohólica, como cerveza y vino, el 40% reporta que nunca las consume, mientras que el 1% indica hacerlo siempre. En cuanto a las bebidas de alta graduación alcohólica, como licores, ginebra o whiskey, el 59% señala que nunca las consume, mientras que ningún participante reporta consumirlas siempre.

Tabla 12 Consumo de alcohol

	<i>Siempre</i>	<i>Muchas veces</i>	<i>Con alguna frecuencia</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>Nunca</i>
<i>Tomo bebidas de baja graduación alcohólica (cerveza, vino)</i>	1	6	18	37	40
<i>Tomo bebidas de alta graduación alcohólica (licores, ginebra, whiskey)</i>	0	2	15	26	59

Fuente: Instrumento aplicado

La **Gráfica 3** y la **Tabla 13** presentan los puntajes de la escala global de conductas alimentarias según las categorías de IMC. Los participantes con peso normal tienen un puntaje promedio de 62.00, mientras que aquellos con sobrepeso registran una media de 58.93 con una desviación estándar de 7.93. Los individuos en la categoría de obesidad grado I tienen un promedio de 57.30 y una desviación estándar de 8.94. En obesidad grado II, el puntaje promedio es de 60.59 con una desviación estándar de 7.54, mientras que en obesidad grado III, la media es de 55.09 con una desviación estándar de 8.56. El análisis estadístico muestra un valor de F de Fisher de 0.983 y un valor p de 0.431, indicando que no hay diferencias estadísticamente significativas entre las categorías evaluadas.

Gráfica 3. Puntajes de la escala de hábitos alimenticios y niveles de obesidad

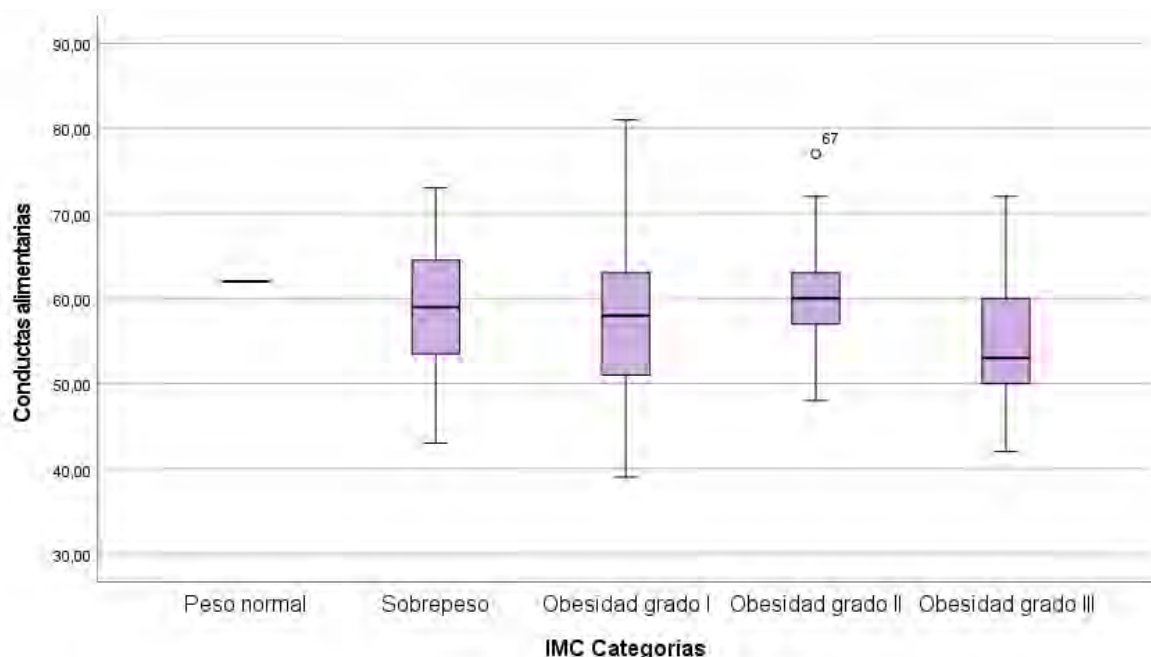


Tabla 13 Puntajes de la escala de hábitos alimenticios y niveles de obesidad

		Puntaje global de escala de conductas alimentarias			F de Fisher	Valor p
		Recuento	Media	Desviación estándar		
IMC Categorías	Peso normal	1	62.00	---	0.983	0.431
	Sobrepeso	40	58.93	7.93		
	Obesidad grado I	33	57.30	8.94		
	Obesidad grado II	17	60.59	7.54		
	Obesidad grado III	11	55.09	8.56		

Fuente: Instrumento aplicado

La **Tabla 14** muestra la correlación entre las dimensiones de la escala de hábitos alimenticios y el grado de obesidad según las categorías de IMC. En la dimensión de contenido calórico, la mayoría de los participantes con sobrepeso y obesidad grados I, II y III presentan un nivel bajo o medio, con valores p de 0.846 que indican ausencia de significancia estadística. En la dimensión de alimentación saludable, los niveles predominantes son medios, especialmente en las categorías de sobrepeso y obesidad grado I, con un valor p de 0.205. En cuanto al ejercicio físico, los niveles bajos son los más frecuentes en todas las categorías, con un valor p de 0.611. En la dimensión de bienestar psicológico, el nivel bajo predomina en todas las categorías excepto en obesidad grado II,

donde el nivel medio es más común, con un valor p de 0.119. Para el consumo de alcohol, el nivel bajo prevalece en todas las categorías, con un valor p de 0.154. Finalmente, en la clasificación general, el nivel medio es más común en todas las categorías, con un valor p de 0.475, indicando que no se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

Tabla 14 Correlación entre las dimensiones de la escala de hábitos alimenticios y el grado de obesidad

		IMC					Exacta de Fisher (Valor p)
		Peso normal	Sobrepeso	Obesidad grado I	Obesidad grado II	Obesidad grado III	
Contenido Calórico	Bajo	1	18	19	9	7	0.846
	Medio	0	18	13	7	3	
	Alto	0	4	1	1	1	
Alimentación saludable	Bajo	0	1	4	0	2	0.205
	Medio	0	17	17	6	5	
	Alto	1	22	12	11	4	
Ejercicio físico	Bajo	0	28	22	11	10	0.611
	Medio	1	7	6	4	1	
	Alto	0	5	5	2	0	
Bienestar psicológico	Bajo	0	2	2	3	3	0.119
	Medio	0	19	17	7	7	
	Alto	1	19	14	7	1	
Consumo de alcohol	Bajo	0	1	2	0	0	0.154
	Medio	1	12	5	1	3	
	Alto	0	27	26	16	8	
Clasificación General	Bajo	0	6	8	2	5	0.475
	Medio	1	29	23	13	5	
	Alto	0	5	2	2	1	

Fuente: Instrumento aplicado

9. DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio destacan la relevancia de las conductas alimentarias y los hábitos de vida en pacientes con sobrepeso y obesidad inscritos en el programa “Pierde kilos, gana vida”. Los hallazgos reflejan una predominancia de participantes femeninos (68%), lo cual coincide con el estudio de Alcalde Rabanal et al. (15), que también identificaron una mayor representación femenina en investigaciones similares. Esto podría estar relacionado con un mayor interés de las mujeres en participar en programas de control de peso o en buscar atención médica para problemas relacionados con el sobrepeso y la obesidad. Sin embargo, estas tendencias de participación pueden limitar la aplicabilidad de los resultados a la población masculina, que suele estar subrepresentada en estos contextos. En cuanto a la distribución del índice de masa corporal (IMC), la mayoría de los participantes se encuentra en las categorías de sobrepeso y obesidad grado I, lo que coincide con la literatura que subraya la alta prevalencia de estas condiciones en poblaciones similares (8,15). Aunque los resultados muestran que solo un paciente presentó un peso normal, esta proporción resalta la necesidad de enfoques preventivos desde las etapas iniciales del sobrepeso, tal como recomienda la OMS en su Plan de Acción Mundial (9). Además, los resultados no muestran diferencias significativas en las conductas alimentarias entre las distintas categorías de IMC, lo cual es consistente con estudios previos que resaltan la naturaleza multifactorial de la obesidad (8,10).

El análisis de los hábitos alimentarios muestra que un porcentaje considerable de los participantes no toma en cuenta el contenido calórico de su dieta, especialmente al comer fuera de casa. Este hallazgo, que evidencia una falta de consciencia sobre la ingesta calórica, es comparable al estudio de Carrera Espiñeira et al. (10), donde los hábitos alimentarios saludables fueron más comunes en mujeres, aunque este patrón no resultó evidente en el presente estudio. La falta de adherencia a prácticas dietéticas saludables, como el consumo de alimentos bajos en calorías y la reducción del picoteo por bienestar psicológico, refuerza la necesidad de estrategias educativas que promuevan una mayor comprensión sobre la relación entre la dieta y la obesidad. Respecto al ejercicio físico, los resultados reflejan que una proporción significativa de los participantes no realiza actividad física regular. Esto se alinea con los hallazgos de Kotarsky et al. (11), quienes demostraron que el ejercicio combinado con estrategias dietéticas, como la restricción de tiempo en la alimentación, es eficaz para reducir la masa grasa y preservar la masa magra en pacientes con obesidad. La baja adherencia al ejercicio en el presente estudio resalta la necesidad

de incorporar programas supervisados y accesibles que motiven a los pacientes a participar de manera activa. Además, considerando los beneficios evidenciados por Kotarsky et al., es fundamental explorar intervenciones que combinen cambios en la alimentación y el ejercicio físico para maximizar los resultados en esta población.

El bienestar psicológico y su relación con los hábitos alimentarios es otro aspecto relevante. Los resultados sugieren que una parte importante de los participantes recurre al picoteo como respuesta a la ansiedad o el aburrimiento, lo cual coincide con estudios previos que identifican la influencia de los factores emocionales en el comportamiento alimentario (10,14). Aunque estas conductas son más comunes en personas con obesidad, no se encontraron diferencias significativas entre los grados de obesidad en este estudio, lo que podría deberse a la falta de medición longitudinal o a las limitaciones inherentes del cuestionario autoadministrado. El bajo consumo de alcohol reportado por los participantes es un hallazgo que contrasta con estudios como el de Alcalde Rabanal et al. (15), donde el consumo de alcohol se asoció con factores culturales y sociales en pacientes con obesidad. Esta discrepancia podría deberse a diferencias en las características sociodemográficas o a un posible sesgo de deseabilidad social en las respuestas autoinformadas. No obstante, este resultado podría indicar que el alcohol no es un factor determinante en los hábitos de esta población específica, al menos en el contexto evaluado.

Desde el punto de vista metodológico, el cuestionario adaptado utilizado en este estudio mostró ser una herramienta útil para evaluar los hábitos alimentarios y las conductas relacionadas con el sobrepeso y la obesidad. Sin embargo, las limitaciones inherentes al diseño descriptivo longitudinal y al autoreporte de datos limitan las conclusiones que se pueden extraer. Los hallazgos de este estudio, aunque valiosos, refuerzan las observaciones de López-Carmona et al. (12,13) y Bolado-García et al. (14), quienes subrayan la importancia de instrumentos validados y culturalmente adaptados para evaluar de manera precisa los estilos de vida en poblaciones específicas. La información obtenida en este estudio puede utilizarse para diseñar intervenciones específicas y personalizadas que aborden las conductas de mayor prevalencia, como la falta de actividad física, el picoteo relacionado con el bienestar psicológico y la baja consciencia sobre la ingesta calórica. Además, los resultados destacan la necesidad de implementar estrategias educativas y comunitarias que promuevan estilos de vida saludables desde un enfoque preventivo, alineándose con las recomendaciones de la OMS (9). También se recomienda incorporar mediciones objetivas y análisis longitudinales para evaluar los cambios en las conductas de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

los pacientes tras su participación en el programa, lo que podría ayudar a determinar el impacto real de las intervenciones implementadas.

Este estudio aporta evidencia relevante sobre los patrones de conducta alimentaria y hábitos de vida en una población con sobrepeso y obesidad, resaltando áreas clave de mejora. La comparación con estudios previos subraya la necesidad de adoptar un enfoque integral y adaptado culturalmente que permita abordar la complejidad de esta enfermedad crónica. La información resultante debe utilizarse para desarrollar programas más efectivos y sostenibles que mejoren no solo los hábitos de vida de los pacientes, sino también su calidad de vida en general.



10. CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio evidencian una predominancia de participantes femeninos, representando el 68% del total, mientras que los hombres constituyen el 32%. La edad promedio de los participantes es de 43.03 años, con una variación que va desde los 19 hasta los 64 años, siendo los hombres ligeramente más jóvenes en promedio que las mujeres. En cuanto al peso, el promedio general es de 86.5 kg, con los hombres mostrando un peso medio superior al de las mujeres. Respecto a la talla, se observan promedios significativamente distintos entre sexos, con los hombres alcanzando un promedio de 143.15 cm frente a los 128.00 cm de las mujeres. En relación al índice de masa corporal (IMC), la mayoría de los participantes se encuentra en las categorías de sobrepeso y obesidad grado I, con 40 y 33 casos respectivamente. Solo un participante presentó un peso normal, mientras que 17 y 11 individuos corresponden a obesidad grados II y III. Esta tendencia se distribuye de manera similar entre hombres y mujeres, con un ligero predominio de mujeres en las categorías más elevadas de obesidad.

En términos de hábitos alimentarios y comportamiento calórico, los datos revelan que una proporción significativa de los participantes no toma en cuenta el contenido calórico de los alimentos, con el 53% señalando que nunca considera las calorías al comer en restaurantes y un 22% afirmando no ser consciente de su ingesta diaria. Solo un pequeño porcentaje sigue prácticas estrictas, como consumir alimentos bajos en calorías al picar o esperar antes de comer algo que desean. En el ámbito de la alimentación saludable, la mayoría de los participantes consume verduras y alimentos frescos con alguna frecuencia, pero un porcentaje importante aún recurre a productos precocinados ocasionalmente. Además, el bienestar psicológico parece influir en los hábitos alimenticios, ya que una proporción considerable recurre al picoteo en situaciones de ansiedad o aburrimiento, aunque los que lo hacen de manera constante representan un porcentaje menor. El ejercicio físico constituye otro aspecto crítico, con el 26% indicando que nunca sigue un programa de ejercicio y el 36% señalando que no saca tiempo diario para realizar actividad física. Solo una minoría realiza ejercicio de manera regular o sigue un programa con consistencia.

El consumo de alcohol se caracteriza por una baja frecuencia, especialmente en lo que respecta a bebidas de alta graduación alcohólica, que el 59% de los participantes afirma nunca consumir. Las bebidas de baja graduación alcohólica son algo más comunes, pero aún así, el 40% de los participantes reporta no consumirlas nunca.

Al analizar los puntajes de conductas alimenticias según las categorías de IMC, se observa una ligera disminución de los puntajes promedio conforme aumenta el grado de obesidad. Sin embargo, las diferencias entre grupos no son estadísticamente significativas, como lo demuestran los valores p mayores a 0.05 en todas las dimensiones evaluadas. Las correlaciones entre hábitos alimenticios y grado de obesidad tampoco evidencian relaciones significativas, aunque se detecta una predominancia de niveles bajos y medios en las diversas dimensiones estudiadas. Los resultados indican que la mayoría de los participantes presenta sobrepeso u obesidad en distintos grados, con hábitos alimenticios y niveles de actividad física que pueden ser mejorados para prevenir y tratar estas condiciones. No se observaron diferencias significativas en los patrones conductuales entre los distintos grados de obesidad, lo que resalta la necesidad de intervenciones generales enfocadas en la mejora de los hábitos de vida en esta población.

11. GLOSARIO

Sobrepeso: Condición caracterizada por un exceso de peso corporal en relación con la altura, definida por un índice de masa corporal (IMC) entre 25 y 29.9 kg/m².

Obesidad: Enfermedad crónica caracterizada por un exceso de grasa corporal, definida por un IMC igual o superior a 30 kg/m², clasificada en grados según el IMC (grado I, II y III).

Índice de Masa Corporal (IMC): Medida utilizada para evaluar el peso corporal en relación con la altura, calculada dividiendo el peso en kilogramos por la altura en metros al cuadrado (kg/m²).

Conductas alimentarias: Acciones y hábitos relacionados con la selección, consumo y preparación de alimentos que afectan la dieta y el estado de salud.

Hábitos de vida: Conjunto de comportamientos y rutinas diarias, como alimentación, actividad física, consumo de alcohol y manejo del estrés, que influyen en la salud física y mental.

Consumo calórico: Cantidad de energía obtenida de los alimentos y bebidas consumidos, medida en calorías, que afecta directamente el peso corporal.

Bienestar psicológico: Estado emocional que incluye aspectos como la autoestima, la percepción del estrés, la ansiedad y la relación entre emociones y conductas, como la alimentación.

Actividad física: Movimiento corporal producido por los músculos que requiere gasto de energía, incluyendo ejercicio estructurado y actividades cotidianas.

Autorreporte: Método de recolección de datos basado en las respuestas proporcionadas directamente por los participantes, lo que puede estar sujeto a sesgos de memoria o deseabilidad social.

Consumo de alcohol: Frecuencia y cantidad de ingesta de bebidas alcohólicas, clasificada en baja o alta graduación según su contenido de alcohol.

Teoría de Respuesta al Ítem (TRI): Modelo estadístico utilizado para diseñar y analizar cuestionarios, evaluando cómo los participantes responden a diferentes ítems basados en una escala de dificultad o frecuencia.

12. REFERENCIAS

1. World Obesity Federation. World Obesity Atlas 2023. 2023 [Internet]. marzo de 2023;232. Disponible en: <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=19>
2. Campos-Nonato I, Galván-Valencia Ó, Hernández-Barrera L, Oviedo-Solís C, Barquera S. Prevalencia de obesidad y factores de riesgo asociados en adultos mexicanos: resultados de la Ensanut 2022. Salud Pública México [Internet]. 14 de junio de 2023 [citado 1 de enero de 2024];65:s238-47. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/14809>
3. Obesidad y sobrepeso [Internet]. [citado 4 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
4. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. Rev Esp Cardiol [Internet]. 1 de septiembre de 2021 [citado 4 de enero de 2024];74(9):790-9. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es-declaracion-prisma-2020-una-guia-articulo-S0300893221002748>
5. Manuel Moreno G. Definición y clasificación de la obesidad. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 1 de marzo de 2012 [citado 2 de enero de 2024];23(2):124-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-definicion-clasificacion-obesidad-S0716864012702882>
6. EL MODELO DE INFORMACIÓN, MOTIVACIÓN Y HABILIDADES CONDUCTUALES [Internet]. [citado 17 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://1library.co/article/el-modelo-de-informaci%C3%B3n-motivaci%C3%B3n-y-habilidades-conductuales.lzgd536z>
7. Fisher W, Fisher J, Harman J. The Information-Motivation-Behavioral Skills Model: A General Social Psychological Approach to Understanding and Promoting Health Behavior. En: Social psychological foundations of health and illness. 2009. p. 82-106.
8. Fisher J, Fisher W, Misovich S, Kimble D, Malloy T. Changing AIDS Risk Behavior: Effects of an Intervention Emphasizing AIDS Risk Reduction Information, Motivation, and Behavioral Skills in a College Student Population. Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc. 1 de marzo de 1996;15:114-23.
9. Validez y fiabilidad del instrumento «FANTASTIC» para medir el estilo de vida en pacientes mexicanos con hipertensión arterial [Internet]. [citado 6 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656700787191>
10. Herrera-Espiñeira C, López-Morales M, Olmedo-Alguacil MM, Martínez-Cirre M del C, Lozano-Sánchez A, Cobo-Porcel I, et al. Differences in Dietary Habits, Physical Exercise, and Quality

of Life between Male and Female Patients with Overweight. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 26 de octubre de 2021 [citado 2 de marzo de 2024];18(21):11255. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8582794/>

11. Kotarsky CJ, Johnson NR, Mahoney SJ, Mitchell SL, Schimek RL, Stastny SN, et al. Time-restricted eating and concurrent exercise training reduces fat mass and increases lean mass in overweight and obese adults. Physiol Rep [Internet]. 27 de mayo de 2021 [citado 2 de marzo de 2024];9(10):e14868. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8157764/>

12. Moctezuma RR. Validez y consistencia del instrumento FANTASTIC para medir estilo de vida en diabéticos.

13. López-Carmona JM, Ariza-Andraca CR, Rodríguez-Moctezuma JR, Munguía-Miranda C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Salud Pública México [Internet]. agosto de 2003 [citado 4 de enero de 2024];45(4). Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

14. Bolado-García VE. Reproducibilidad y sensibilidad del cuestionario “Impacto del peso en la calidad de vida” en mexicanos obesos. 2008;144(5).

15. Alcalde-Rabanal JE, Orozco-Núñez E, Espinosa-Henao OE, Arredondo-López A, Alcayde-Barranco L. The complex scenario of obesity, diabetes and hypertension in the area of influence of primary healthcare facilities in Mexico. PLOS ONE [Internet]. 25 de enero de 2018 [citado 6 de enero de 2024];13(1):e0187028. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0187028>

16. Prevención de la obesidad - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 2 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-obesidad>

17. Osorio E. J, Weisstaub N. G, Castillo D. C. DESARROLLO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA INFANCIA Y SUS ALTERACIONES. Rev Chil Nutr [Internet]. diciembre de 2002 [citado 9 de marzo de 2024];29(3):280-5. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75182002000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

18. Atención de la obesidad comienza con el control del peso y una revisión periódica sobre el estado de salud | Sitio Web «Acercando el IMSS al Ciudadano» [Internet]. [citado 6 de enero de 2024]. Disponible en: <https://imss.gob.mx/prensa/archivo/202002/059>

19. DiBonaventura et al. Obesity in Mexico: prevalence, comorbidities, associations with patient outcomes, and treatment experiences. Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and

Therapy [Internet]. 2018;11(1):1-10. Disponible en:
<https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=39861>

20. Pardo Merino A, Petrie Carrillo MA, García Ríos P, Jurado Vázquez B, Escalante Lorenzana NR, Vázquez Barrios V, et al. Adaptación a la población mexicana del «Cuestionario de hábitos relacionados con el sobrepeso y la obesidad». Nutr Hosp [Internet]. agosto de 2018 [citado 1 de enero de 2024];35(4):854-63. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112018000800016&lng=es&nrm=iso&tlng=es

21. Pardo A, Ruiz M, Jódar E, Garrido J, Rosendo JMD, Usán LA. Desarrollo de un cuestionario para la valoración y cuantificación de los hábitos de vida relacionados con el sobrepeso y la obesidad. Nutr Hosp. 2004;

13. ANEXOS ANEXO A.CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)
Nombre del estudio:	EVALUACIÓN DE LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS Y LOS HÁBITOS DE VIDA RELACIONADOS CON EL SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES INSCRITOS A PROGRAMA "PIERDE KILOS, GANA VIDA" EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.	
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica	
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 10, Aguascalientes, Ags. A de del 2024	
Número de registro institucional:	En trámite	
Justificación y objetivo del estudio:	Se realizará este estudio para evaluar en pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad la prevalencia de conductas alimentarias y hábitos de vida antes, durante y después de participar en un programa multidisciplinario a favor de la disminución de peso; contemplando las fases de cambio de conductas mediante la información, motivación y desarrollo de habilidades conductuales a favor de la salud del paciente, mejorando así la calidad de vida de la paciente derechohabiente y disminución de los costos para el Instituto Mexicano del Seguro Social. Su objetivo: Evaluar las conductas alimentarias y los hábitos de vida relacionados con el sobrepeso y obesidad en pacientes inscritos a programa "Pierde kilos, gana vida" en la unidad de Medicina Familiar Numero 10 IMSS Aguascalientes	
Procedimientos:	Declaro que se me ha informado ampliamente en que consiste esta investigación, así como los inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el protocolo de investigación. Se me ha explicado de forma clara y sencilla en que consiste la investigación, invitándome a participar de forma voluntaria, individual y confidencial. Para la aplicación de los instrumentos, Se utilizará la técnica de cuestionario autoadministrado en línea como instrumento de evaluación: "Cuestionario de hábitos relacionados con el sobrepeso y la obesidad" mediante el programa de Google Forms resolviéndose las dudas que puedan surgir durante la aplicación del instrumento.	
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos potenciales, en caso de presentarse, se procederá brindándole atención de manera inmediata y eficaz para evitar consecuencias negativas, derivándose a su médico familiar o al servicio de urgencias en caso necesario.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los beneficios serán obtenidos de manera indirecta al generar conocimiento sobre los hábitos de vida y conductas alimentarias más prevalentes en pacientes con sobrepeso y obesidad, así como su cambio hacia la mejoría conforme se brinda apoyo multidisciplinario por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador responsable se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí en la atención de los pacientes, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le planteé acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios, o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.	
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo desee conveniente	
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que de los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que se tenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo. Mis datos personales, así como los cuestionarios realizados se encontrarán resguardados en el archivo clínico de esta institución durante 5 años y se encuentran a disposición para consulta y aclaración.	
Declaración de consentimiento: Después de haber leído y habiéndosame explicado todas mis dudas acerca de este estudio: ☐ No acepto participar en el estudio. ☒ Si acepto participar en el estudio.		
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigadora o Investigador Responsable: Ana Laura Sagado Téllez. Matrícula: 99207883 Lugar de adscripción: Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud, Unidad de Medicina Familiar No. 10, IMSS, Delegación Aguascalientes. Tel. 4499149051 Correo electrónico laurasagado@gmail.com Investigador Asociado: María Isabel Luna Carreón. Matrícula 98013575, Lugar de adscripción Médico becario Delegación Aguascalientes, Teléfono: 449516982 Correo electrónico: mi.luna7521@gmail.com En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS. Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congressos, Colores Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 58 27 89 00 extensión 21230, correo electrónico: comite_etica@imss.gob.mx		
Nombre y firma del participante	Nombre y firma del participante 	
Testigo 1	Testigo 2	
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma	
Clave: 2819-009-013		

ANEXO B.CARTA DE NO INCONVENIENTE



GOBIERNO DE
MÉXICO



ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA
AGUASCALIENTES
Unidad de Medicina Familiar 10
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud

Aguascalientes, Ags., a 8 de enero de 2024

Dr. Carlos Armando Sánchez Navarro
Comité Local de Investigación en Salud 101
Delegación Aguascalientes

P R E S E N T E

Asunto: Carta de no inconveniente

Por este conducto manifiesto que **NO TENGO INCOVENIENTE** para que la Dra. Ana Laura Sagaón Téllez, investigador principal, adscrita al Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud, matrícula 99207883, en la Unidad de Medicina Familiar No. 10 del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal en Aguascalientes, así como la investigadora asociada Dra. María Isabel Luna Carreón adscrita al Hospital General de Zona No. 1, matrícula 98013575, realicen el proyecto con el nombre de **"EVALUACIÓN DE LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS Y LOS HÁBITOS DE VIDA RELACIONADOS CON EL SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES INSCRITOS A PROGRAMA PIERDE KILOS, GANA VIDA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR."** En espera del valioso apoyo que usted siempre brinda, le reitero la seguridad de mi atenta consideración.

ATENTAMENTE

Dra. Fabiola Evangelina Santos Matus
Directora de la Unidad de Medicina Familiar No. 10

Dra. Fabiola Evangelina Santos Matus
MÉDICO FAMILIAR
DIRECTORA U.M.F. 10
MAT. 99116982
CED PROF. 4247124
CED. CUR. 7292998
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

Av. De la Convención de 1914 Nte. No.300 Col. Industrial, C. P. 20030, Ciudad Aguascalientes, Ags.
Tel. 449 9145051, www.imss.gob.mx



ANEXO C. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



Fecha: ____ / ____ / 2024

“Instrumento: Cuestionario de hábitos relacionados con el sobrepeso y obesidad”

Favor de contestar la siguiente información

Nombre completo:			Número de Seguro Social		
Teléfono de contacto					
Sexo:	Femenino	Masculino	Edad:	Años	
Peso:	kg	Talla:	Mts.	IMC	kg/m ²

A continuación, se presentan 19 preguntas, todas ellas cuentan con 5 posibles respuestas de las cuales marcará con una X (seleccionará) la casilla que más represente su situación actual:

		Nunca (1)	Pocas veces (2)	Con alguna frecuencia (3)	Muchas veces (4)	Siempre (5)
1	Soy consciente de las calorías que tomo al cabo del día					
2	Si pico, tomo alimentos bajos en calorías (fruta, un vaso de agua, etc.)					
3	Como verdura todos los días					
4	Los lácteos que tomo son desnatados					
5	Tomo alimentos frescos en vez de platos precocinados					
6	Me sirvo raciones pequeñas					
7	Realizo un programa de ejercicio físico					
8	Cuando tengo hambre entre horas tomo tentempiés con pocas calorías					
9	Hago ejercicio físico regularmente					
10	Cuando me apetece comer algo espero unos minutos antes de tomar el alimento					
11	Saco tiempo cada día para hacer ejercicio					
12	Cuando estoy aburrido/a me da hambre					
13	Reviso las etiquetas de los alimentos para conocer las calorías que contienen					
14	Cuando como en un restaurante tengo en cuenta las calorías de los alimentos					
		Nunca (5)	Pocas veces (4)	Con alguna frecuencia (3)	Muchas veces (2)	Siempre (1)
15	Picoteo si estoy bajo/a de ánimo					
16	Picoteo si tengo ansiedad					
17	Tomo bebidas de baja graduación alcohólica (cerveza, vino)					
18	Tomo bebidas de alta graduación alcohólica (licores, ginebra, whiskey)					
19	Compro principalmente alimentos precocinados					
				Puntaje total		

❧ Gracias por tu participación ❧

ANEXO D.MANUAL OPERACIONAL

Unidad de Medicina Familiar N° 10 IMSS Aguascalientes, Ags.

EVALUACIÓN DE LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS Y LOS HáBITOS DE VIDA RELACIONADOS CON EL SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES INSCRITOS A PROGRAMA PIERDE KILOS, GANA VIDA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.

Objetivo: Evaluar las conductas alimentarias y los hábitos de vida relacionados con el sobrepeso y obesidad en pacientes inscritos a programa "Pierde kilos, gana vida" en la unidad de Medicina Familiar Numero 10 IMSS Aguascalientes

Se realizara este estudio para evaluar en pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad la prevalencia de conductas alimentarias y hábitos de vida antes, durante y después de participar en un programa multidisciplinario a favor de la disminución de peso; contemplando las fases de cambio de conductas mediante la información, motivación y desarrollo de habilidades conductuales a favor de la salud del paciente, mejorando así la calidad de vida de la paciente derechohabiente y disminución de los costos para el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Recolección de datos

1. La médico residente realizará la recolección de datos de los pacientes participantes del programa "pierde kilos, gana vida" mediante una lista de registro realizada por el servicio de Nutrición de la UMF 10.
2. Se solicitará apoyo a un medico administrativo para el acceso a computadora con red institucional. Se ingresará al sistema SIMF mediante la matricula del administrativo, se buscará al paciente registrado por catálogo de pacientes y se accederá colocando la opción revisión de expediente y se ingresará a la nota de valoración de médico familiar donde realiza envío a programa institucional confirmando el diagnostico de sobrepeso y obesidad.
3. Se registrará en el cuestionario el nombre completo del paciente y el numero de seguro social con el fin de entregar directamente dichos cuestionarios.
4. Se citará a los participantes en el auditorio de la UMF 10, el cual se encuentra acondicionado para realizar dicha aplicación de instrumento. Se encontrarán presentes los servicios multidisciplinarios a cargo del programa, así como la persona encuestadora. S tomar asiento y se darán indicaciones generales sobre el proyecto a realizar, objetivo de la investigación, explicación en general sobre instrumento a aplicar y se aclararán dudas. Posterior a ello se entregará la carta de consentimiento informado para que firmen en caso de decidir colaborar en esta investigación
5. Se entregará instrumento de evaluación inicial para su llenado. Respecto al peso, talla e IMC de los pacientes será recolectado de la base de datos que posee el servicio de nutrición.

6. Posterior al término del llenado del cuestionario se recogerán las encuestas y se guardarán en un expediente físico junto con el consentimiento informado con firma de autorización. (Se le comunicará a los entrevistados que en el momento en que decida interrumpir, no contestar una pregunta o retirarse del proyecto lo puede hacer sin problema a repercusiones de ninguna índole)

Sección I Ficha de Identificación

En esta sección se completará en 2 partes. Lo correspondiente al nombre y Numero de Seguro Social se registrarán ante la búsqueda en el sistema de la Unidad de Medicina Familiar N°10. El mismo encuestador solicitara al servicio de Nutrición el peso, talla e IMC registrados en su base de datos. La segunda parte será completada por el entrevistado de forma manual.

- I. **Fecha de aplicación:** Se anotará la fecha del día en que se aplicará el cuestionario. Se colocará día, mes y año en ese orden
Ejemplo: 21 / 03 / 2024
- II. **Nombre completo:** Registrado y corroborado con base de datos de nutrición y SIMF
Ejemplo: Nombre: María Isabel Luna Carreón
- III. **Numero de seguro Social:** Registrado y corroborado con base de datos de nutrición y SIMF
Ejemplo: 5102 93 0096 1F1993ES
- IV. **Teléfono de contacto:** Se solicitará escriba algún número de teléfono donde se pueda contactar en caso de requerir alguna situación respecto a la investigación.
Ejemplo: 449 516 66 68
- V. **Sexo:** se solicitará que marquen con una X el sexo correspondiente
Ejemplo: ~~Femenino~~
- VI. **Edad:** Se solicitará coloque en números absolutos su edad en años cumplidos
Ejemplo: 21 años
- VII. **Peso:** Se colocará el peso en kilogramos que se encuentran registrados en la base de datos de Nutrición o el último peso registrado en plataforma de consulta SIMF
Ejemplo: 99.3kgs
- VIII. **Talla:** Se colocará la talla en metros que se encuentran registrados en la base de datos de Nutrición o la última talla registrada en plataforma de consulta SIMF
Ejemplo: 1.76mts
- IX. **IMC:** Se colocará IMC calculado que se encuentran registrados en la base de datos de Nutrición o IMC que se calcula y registra en plataforma de consulta SIMF
Ejemplo: 32.1

Sección II. Cuestionario de hábitos relacionados con el sobrepeso y obesidad"

Esta sección consta de 19 ítems con formulación tipo Likert, relacionados con los hábitos de vida y conductas alimentarias relacionadas con el sobrepeso y la obesidad. Todas las respuestas se recogen en una escala de 5 puntos sobre la frecuencia de ciertos hábitos de vida: 1) nunca, 2) pocas veces, 3) con alguna frecuencia, 4) muchas veces y 5) siempre

I. Soy consciente de las calorías que tomo al cabo del día

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente: ¿Durante el día estoy contando las calorías que estoy consumiendo en cada alimento y si es benigno o dañino para mi salud?

Si la respuesta es que **nunca lo realiza se codifica con 1**, si la respuesta es **pocas veces se codifica 2**; si la respuesta es **con alguna frecuencia se codificará 3**, si la respuesta es **muchas veces se codificará 4**; si la respuesta es que **siempre es consciente se codificará 5**

Ejemplo

Nunca	Pocas Veces	Con alguna Frecuencia	Muchas veces	Siempre
1	2		4	5

II. Si pico, tomo alimentos bajos en calorías (fruta, un vaso de agua, etc.)

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente: ¿Tengo colaciones, lonches o entrecomidas que se basan en fruta, agua, verduras etc?

Si la respuesta es que **nunca lo realiza se codifica con 1**, si la respuesta es **pocas veces se codifica 2**; si la respuesta es **con alguna frecuencia se codificará 3**, si la respuesta es **muchas veces se codificará 4**; si la respuesta es que **siempre es consciente se codificará 5**

Ejemplo

Nunca	Pocas Veces	Con alguna Frecuencia	Muchas veces	Siempre
1	2	3		5

III. Como verdura todos los días

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente: De los 7 días de la semana, ¿Qué tan frecuente es que coma verdura en alguna de las comidas?

Si la respuesta es que **nunca lo realiza se codifica con 1**, si la respuesta es **pocas veces se codifica 2**; si la respuesta es **con alguna frecuencia se codificará 3**, si la respuesta es **muchas veces se codificará 4**; si la respuesta es que **siempre es consciente se codificará 5**

Ejemplo

Nunca	Pocas Veces	Con alguna Frecuencia	Muchas veces	Siempre
1	2	3	4	

IV. Los lácteos que tomo son desnatados

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente: Si dentro de su dieta consume leche, ¿Es leche entera, light, deslactosada? Si es deslactosada o light ¿Qué tan seguido toma la leche? (En caso de tomar leche entera o bronca seleccionar la opción nunca como respuesta a esta pregunta)

Si la respuesta es que **nunca lo realiza se codifica con 1**, si la respuesta es **pocas veces se codifica 2**; si la respuesta es **con alguna frecuencia se codificará 3**, si la respuesta es **muchas veces se codificará 4**; si la respuesta es que **siempre** es consciente **se codificará 5**

Ejemplo

Nunca	Pocas Veces	Con alguna Frecuencia	Muchas veces	Siempre
1	2	3	4	5

V. Tomo alimentos frescos en vez de platos precocinados

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente: Consumo alimentos frescos o hechos en casa, en lugar de comprar comida ya preparada o pre congelada..

Si la respuesta es que **nunca lo realiza se codifica con 1**, si la respuesta es **pocas veces se codifica 2**; si la respuesta es **con alguna frecuencia se codificará 3**, si la respuesta es **muchas veces se codificará 4**; si la respuesta es que **siempre** es consciente **se codificará 5**

Ejemplo

Nunca	Pocas Veces	Con alguna Frecuencia	Muchas veces	Siempre
1	2	3	4	5

VI. Me sirvo raciones pequeñas

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente: Las porciones que coloca en su plato la cantidad adecuada de alimentos en base al plato del buen comer.

Si la respuesta es que **nunca lo realiza se codifica con 1**, si la respuesta es **pocas veces se codifica 2**; si la respuesta es **con alguna frecuencia se codificará 3**, si la respuesta es **muchas veces se codificará 4**; si la respuesta es que **siempre** es consciente **se codificará 5**

Ejemplo

Nunca	Pocas Veces	Con alguna Frecuencia	Muchas veces	Siempre
1	2	3	4	5

VII. Realizo un programa de ejercicio físico

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente: De los 7 días a la semana ¿Qué tan seguido involucra una rutina de ejercicio a sus actividades diarias?

Si la respuesta es que **nunca lo realiza se codifica con 1**, si la respuesta es **pocas veces se codifica 2**; si la respuesta es **con alguna frecuencia se codificará 3**, si la respuesta es **muchas veces se codificará 4**; si la respuesta es que **siempre es consciente se codificará 5**

Ejemplo

Nunca	Pocas Veces	Con alguna Frecuencia	Muchas veces	Siempre
1	2	3	4	5

VIII. Cuando tengo hambre entre horas tomo tentempiés con pocas calorías

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente: Cuando le da hambre entre comidas o en sus colaciones ¿Qué tan seguido consume alimentos con pocas calorías (frutas, gelatinas light, agua)?

Si la respuesta es que **nunca lo realiza se codifica con 1**, si la respuesta es **pocas veces se codifica 2**; si la respuesta es **con alguna frecuencia se codificará 3**, si la respuesta es **muchas veces se codificará 4**; si la respuesta es que **siempre es consciente se codificará 5**

Ejemplo

Nunca	Pocas Veces	Con alguna Frecuencia	Muchas veces	Siempre
1	2	3	4	5

IX. Hago ejercicio físico regularmente

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente: De los 7 días a la semana ¿Qué tan seguido realiza actividad física al menos durante 30 minutos?

Si la respuesta es que **nunca lo realiza se codifica con 1**, si la respuesta es **pocas veces se codifica 2**; si la respuesta es **con alguna frecuencia se codificará 3**, si la respuesta es **muchas veces se codificará 4**; si la respuesta es que **siempre es consciente se codificará 5**

Ejemplo

Nunca	Pocas Veces	Con alguna Frecuencia	Muchas veces	Siempre
1	2	3	4	5

X. Cuando me apetece comer algo espero unos minutos antes de tomar alimento

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente: Cuando se le antoja comer algo ¿Que tan seguido espera un tiempo antes de iniciar a comer? (Si generalmente la persona en cuanto se le antoja algo consigue la comida y lo consume se selecciona la respuesta nunca)

Si la respuesta es que **nunca lo realiza se codifica con 1**, si la respuesta es **pocas veces se codifica 2**; si la respuesta es **con alguna frecuencia se codificará 3**, si la respuesta es **muchas veces se codificará 4**; si la respuesta es que **siempre es consciente se codificará 5**

Ejemplo

Nunca	Pocas Veces	Con alguna Frecuencia	Muchas veces	Siempre
1	2	3	4	5

XI. Saco tiempo cada día para hacer ejercicio

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente: Durante sus actividades de la vida cotidiana ¿Qué tan seguido dedica al menos 30 minutos para realizar ejercicio, independientemente del tipo de actividad deportiva?

Si la respuesta es que **nunca lo realiza se codifica con 1**, si la respuesta es **pocas veces se codifica 2**; si la respuesta es **con alguna frecuencia se codificará 3**, si la respuesta es **muchas veces se codificará 4**; si la respuesta es que **siempre** es consciente **se codificará 5**

Ejemplo

Nunca	Pocas Veces	Con alguna Frecuencia	Muchas veces	Siempre
1	2	3	4	5

XII. Cuando estoy aburrido/a me da hambre

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente: Cuando se encuentra aburrido o sin realizar alguna actividad ¿Que tan frecuente le da hambre?

Si la respuesta es que **nunca lo realiza se codifica con 1**, si la respuesta es **pocas veces se codifica 2**; si la respuesta es **con alguna frecuencia se codificará 3**, si la respuesta es **muchas veces se codificará 4**; si la respuesta es que **siempre** es consciente **se codificará 5**

Ejemplo

Nunca	Pocas Veces	Con alguna Frecuencia	Muchas veces	Siempre
1	2	3	4	5

XIII. Reviso las etiquetas de los alimentos para conocer las calorías que contienen

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente: Cuando acude a comprar sus alimentos (despensa, mandado) ¿Que tan seguido revisa las etiquetas de informacion nutrimental y sellos de advertencia para confirmar si es apto y/o saludable?

Si la respuesta es que **nunca lo realiza se codifica con 1**, si la respuesta es **pocas veces se codifica 2**; si la respuesta es **con alguna frecuencia se codificará 3**, si la respuesta es **muchas veces se codificará 4**; si la respuesta es que **siempre** es consciente **se codificará 5**

Ejemplo

Nunca	Pocas Veces	Con alguna Frecuencia	Muchas veces	Siempre
-------	-------------	-----------------------	--------------	---------

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

XIV. Cuando como en un restaurante tengo en cuenta las calorías de los alimentos

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente: Cuando acude a un restaurante o lugar de comida ¿Que tan seguido piensa y contempla las calorías de los alimentos que está por consumir?

Si la respuesta es que **nunca lo realiza se codifica con 1**, si la respuesta es **pocas veces se codifica 2**; si la respuesta es **con alguna frecuencia se codificará 3**, si la respuesta es **muchas veces se codificará 4**; si la respuesta es que **siempre** es consciente **se codificará 5**

Ejemplo

Nunca	Pocas Veces	Con alguna Frecuencia	Muchas veces	Siempre
1	2	3	4	5

XV. Picoteo si estoy bajo/a de ánimo

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente: Cuando se siente triste o desanimado ¿Qué tan seguido come cualquier tipo de comida, aunque sepa que no siempre es saludable?

Si la respuesta es que **nunca lo realiza se codifica con 5**, si la respuesta es **pocas veces se codifica 4**; si la respuesta es **con alguna frecuencia se codificará 3**, si la respuesta es **muchas veces se codificará 2**; si la respuesta es que **siempre** es consciente **se codificará 1**

Ejemplo

Nunca	Pocas Veces	Con alguna Frecuencia	Muchas veces	Siempre
5	4	3	2	1

XVI. Picoteo si tengo ansiedad

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente: Cuando se siente ansioso o con angustia ¿Qué tan seguido come cualquier tipo de comida, aunque sepa que no siempre es saludable?

Si la respuesta es que **nunca lo realiza se codifica con 5**, si la respuesta es **pocas veces se codifica 4**; si la respuesta es **con alguna frecuencia se codificará 3**, si la respuesta es **muchas veces se codificará 2**; si la respuesta es que **siempre** es consciente **se codificará 1**

Ejemplo

Nunca	Pocas Veces	Con alguna Frecuencia	Muchas veces	Siempre
-------	-------------	-----------------------	--------------	---------

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

XVII. Tomo bebidas de baja graduación alcohólica

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente: ¿Qué tan seguido toma bebidas alcohólicas con bajo grado de alcohol? Por ejemplo: Cerveza, vinos, sidra (porcentaje de alcohol menor a 15%)

Si la respuesta es que **nunca lo realiza se codifica con 5**, si la respuesta es **pocas veces se codifica 4**; si la respuesta es **con alguna frecuencia se codificará 3**, si la respuesta es **muchas veces se codificará 2**; si la respuesta es que **siempre** es consciente **se codificará 1**

Ejemplo

Nunca	Pocas Veces	Con alguna Frecuencia	Muchas veces	Siempre
5	4	3	2	1

XVIII. Tomo bebidas de alta graduación alcohólica (licores, ginebra, whiskey)

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente: ¿Qué tan seguido toma bebidas alcohólicas con alto grado de alcohol? Por ejemplo: licores, ron, whisky, tequila, vodka (porcentaje de alcohol mayor a 20%)

Si la respuesta es que **nunca lo realiza se codifica con 5**, si la respuesta es **pocas veces se codifica 4**; si la respuesta es **con alguna frecuencia se codificará 3**, si la respuesta es **muchas veces se codificará 2**; si la respuesta es que **siempre** es consciente **se codificará 1**

Ejemplo

Nunca	Pocas Veces	Con alguna Frecuencia	Muchas veces	Siempre
5	4	3	2	1

XIX. Compro principalmente alimentos precocinados

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente: ¿Qué tan seguido compra y consume alimentos precocinados, precongelados o comida rápida?

Si la respuesta es que **nunca lo realiza se codifica con 5**, si la respuesta es **pocas veces se codifica 4**; si la respuesta es **con alguna frecuencia se codificará 3**, si la respuesta es **muchas veces se codificará 2**; si la respuesta es que **siempre** es consciente **se codificará 1**

Ejemplo

Nunca	Pocas Veces	Con alguna Frecuencia	Muchas veces	Siempre
5	4	3	2	1

Puntaje total

Al término del cuestionario se encuentra un recuadro donde el entrevistador colocará el resultado de la suma de todos los ítems contestados en la sección II. El puntaje mínimo total registrado será 15, el ideal 71, y el máximo 95.

Ejemplo

Puntaje total

66

A continuación se anexa un recuadro con las dimensiones que se evalúa, el número de pregunta correspondiente a dicha dimensión y puntaje por sección mínimo e ideal

	Cantidad de ítems	Numero de pregunta correspondiente a esa sección	Puntaje mínimo por dimensión	Puntaje ideal
Contenido Calórico	8	1,2,4,6,8,10,13,14	8	40
Alimentación saludable	3 (1 invert)	3,5,19	7	11
Ejercicio físico	3	7,9,11	3	15
Bienestar psicológico	3 (2 invert)	12,15,16	11	3
Consumo de alcohol	2 invert	17,18	10	2
Total	19	19		71

La suma de puntaje de las preguntas entre más cercano esté al 71 se interpreta como una persona con adecuados hábitos de vida y conducta alimentaria. El máximo puntaje de 95 no significa el tener buenos hábitos y a que las preguntas invertidas entre mayor puntaje es un peor hábito y/o conducta.

ANEXO E. CORRECCIONES REALIZADAS

Sugerencia de corrección	Acción realizada
Búsqueda de información: descriptores Child, Adolescents, children. Incluir descriptores DeCs y MeSH de acuerdo a objetivos de estudio	Se coloca nuevo historial de búsqueda. Los descriptores de Child, adolescents, children previo a la revisión se encontraban en el historial de búsqueda con el conector previo "NOT" para excluir desde el momento de la búsqueda de artículos dichos descriptores.
Antecedentes científicos	Se complementan artículos relacionados con los hábitos de vida y conductas alimentarias en personas con sobrepeso y obesidad.
Marco teórico	Se complementa
Justificación	Se complementa y colocan preguntas con las que se realiza la justificación en base a la guía para escribir un protocolo de investigación en base a la OPS
Planteamiento del problema	
Pregunta de investigación	PREGUNTA ANTERIOR ¿Cuál es el resultado de la evaluación de las conductas alimentarias y los hábitos de vida relacionados con el sobrepeso y obesidad en pacientes inscritos a programa Pierde kilos, gana vida en una unidad de medicina familiar? NUEVA PROPUESTA DE PREGUNTA En pacientes con sobrepeso y obesidad participantes del programa Pierde kilos, gana vida en una unidad de medicina familiar ¿Se encuentran cambios rumbo a la mejoría ante la evaluación de las conductas alimentarias y estilos de vida conforme avanza el programa?
Material y métodos: incluir y ordenar todas las secciones.	Se modifica, complementa y ordena
Diseño de estudio	Diseño de estudio actual en base a título y acción a realizar: Descriptivo longitudinal
Cálculo de tamaño de la muestra y tipo de muestreo	Se complementa y modifica
Criterios de selección	Se modifican
Instrumento de recolección de datos	Se ordena y complementa información sobre el instrumento
Manual Operacional	Se realiza y se anexa