

G. Mauricio Mejía^{1*}; María Victoria Benjumea Rincón²; Paula A. Escandón³; Andrés F. Roldán⁴; Adriana M. Vargas⁵

Resumen

Antecedentes: la obesidad es una condición de salud que ha aumentado su prevalencia en Colombia y en Caldas. **Objetivo:** identificar factores relacionados con hábitos y conductas de adultos con sobrepeso, residentes en tres zonas urbanas de Manizales, La Dorada y Chinchiná durante 2015. **Materiales y métodos:** estudio cualitativo en 23 adultos seleccionados por conveniencia. El procedimiento para la recolección de datos se centró en entrevistas a profundidad. Se desarrolló una guía de entrevista y se realizó una prueba piloto para optimizar la secuencia temática en la interacción con los participantes. El análisis de datos se realizó con el software Dedosse. En la codificación de fragmentos y categorización se utilizó codificación abierta nombrando códigos de frases en vivo y se debatieron procedimientos entre los investigadores para lograr consenso. **Resultados:** se identificaron cuatro categorías de factores relacionados con hábitos y conductas: 1) *hábitos y conductas no saludables en ambiente obesogénico*; 2) *información nutricional*; 3) *conductas racionales y no racionales/actitudes e imaginarios*; y 4) *la atención de salud*. **Conclusiones:** un estilo de vida sedentario, ambiente obesogénico, ausencia de políticas públicas para el control del sobrepeso y poca oferta y disponibilidad de programas, de servicios y de nutricionistas se identifican como factores relacionados con hábitos y conductas de adultos con sobrepeso en Caldas.

Palabras clave: sobrepeso, hábitos alimenticios, conducta alimentaria, estilo de vida sedentario, adulto, etiquetado nutricional, Colombia.

1* Autor de correspondencia. Doctor en Diseño, diseñador industrial. Docente Departamento de Diseño. Universidad de Caldas. Manizales-Colombia. mauricio.mejiaramirez@ucaldas.edu.co

2 Doctora en Ciencias de la Salud, nutricionista dietista. Docente Departamento Básico Clínico. Líder Grupo Materno Perinatal de Caldas. Universidad de Caldas. Manizales-Colombia. benjumea@yahoo.com.ara

3 Doctoranda en Diseño y Creación, diseñadora industrial. Docente Universidad Nacional de Colombia. Manizales-Colombia. paescandon@unal.edu.co

4 Doctorando en Diseño y Creación, diseñador industrial. Universidad de Caldas. Manizales-Colombia. roldaman@gmail.com

5 Estudiante de Maestría en Salud Pública, nutricionista dietista. Universidad de Caldas. Manizales-Colombia. adriana.vargas1514@gmail.com

Factors Related to Habits and Behaviors of Overweight Adults in Caldas, Colombia

Abstract

Background: Obesity is a health condition that has increased in prevalence in Colombia and the city of Caldas. **Objective:** To identify factors related to habits and behaviors of overweight adults living in three urban areas of Manizales, La Dorada and Chinchiná during 2015. **Materials and Methods:** This was a qualitative study with a convenience sample of 23 adults. The procedure for data collection focused on in-depth interviews. An interview guide was developed and a pilot test was conducted to optimize the thematic sequence in the interaction with the participants. Data analysis was done using the software Dedosse. In the coding of fragments and categorization, open coding was used, naming live codes of sentences and procedures were discussed among researchers to achieve consensus. **Results:** Four categories of factors related to habits and behaviors were identified: unhealthy habits and behaviors in an obesogenic environment, nutritional information, rational and irrational behavior / attitudes, and imaginary and health care services. **Conclusions:** Sedentary lifestyle, obesogenic environment, absence of public policies for the control of overweight, and low supply and availability of programs, services, and nutritionists are identified as factors related to habits and behaviors of overweight adults in Caldas.

Keywords: Overweight, food habits, feeding behavior, sedentary lifestyle, adult, nutritional labeling, Colombia.

INTRODUCCIÓN

La obesidad es una condición de salud que ha aumentado su prevalencia en el mundo (1,2), en Colombia y en Caldas (3). Más de la mitad de los adultos colombianos (51,2 %) presenta exceso de peso (sobrepeso y obesidad), cifra que incrementa con la edad y con el estrato socioeconómico (4). En Caldas, el exceso de peso entre adultos pasó de 44,9 % en 2005 a 51,0 % en 2010 (4); el sedentarismo, que explica en gran parte este problema de salud pública, también aumentó en Colombia, en especial entre los jóvenes (4). Los países en desarrollo han alcanzado a una gran velocidad los niveles de sobrepeso de países desarrollados, ya que los primeros adoptaron, desde los años 90, costumbres que iniciaron los segundos en los años 70, tales como el consumo de alimentos procesados, el comer fuera de casa y un mayor consumo de grasas y bebidas azucaradas (5). Según el Instituto Nacional de Salud Pública

de Cuernavaca (INSP) (6), entre otros, los medios de comunicación influyen directamente sobre los hábitos y estilos de vida, por ejemplo, el 94 % de la publicidad relacionada con el consumo de comidas rápidas y de gaseosas se transmite en horas de alta audiencia (7-9).

La mala alimentación, el sedentarismo, la inactividad física, el mayor consumo de alimentos hipercalóricos y de comidas rápidas se relacionan con la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles (10-12). En Colombia, con tendencias similares a las globales, el Instituto de Bienestar Familiar (ICBF) publicó que en la alimentación se presenta una elevada frecuencia de consumo diario de comidas rápidas, gaseosas, alimentos de paquete, golosinas y dulces; y se evidencia bajo consumo de productos integrales, de frutas, hortalizas y verduras; configurando una alimentación con un limitado aporte en fibra, además del alto consumo de alimentos calóricos (4). En lo relati-

vo a la actividad física, también se encontró una constante reducción, pues según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) de 2010 (4), el 46,5 % de la población es inactiva; factores de vulnerabilidad e inequidad de género se relacionan con la actividad física: los hombres realizan mayor actividad física que las mujeres y en los niveles socioeconómicos más altos hay mayor práctica de actividad física que en los niveles más bajos. Adicionalmente, el tiempo dedicado a ver televisión y a jugar con videos se incrementó de dos a cuatro horas en menores de edad y en mujeres (4).

Son variados los factores ambientales e individuales que influyen en el constante incremento de la prevalencia de sobrepeso en Colombia (3). A los factores ambientales se les atribuye mayor responsabilidad en la tendencia pandémica de la obesidad. Caballero (13), en 2007, explicó que la sociedad se encuentra en un ambiente obesogénico que consiste en espacios urbanos que promueven el uso de transporte automotor, restringen las caminatas y que además son inseguros; con presencia generalizada de establecimientos de comidas rápidas; dependencia de comidas preparadas por otros y consumidas fuera de casa. Los gobiernos han delegado a los individuos la responsabilidad del manejo de la obesidad (14) y las industrias alimentarias de productos ultraprocesados (15) tienen mayor poder de comercialización y publicidad en todos los contextos.

Aunque son reconocidas ampliamente las causas generales del sobrepeso, es limitado el conocimiento que explique los factores que se relacionan con los hábitos y las conductas de los adultos caldenses con sobrepeso que ayuden a diseñar propuestas novedosas para su control. Por ello, en este estudio, se buscó identificar factores relacionados con hábitos y conductas de adultos con

sobrepeso, residentes en tres zonas urbanas de Manizales, La Dorada y Chinchiná durante 2015.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para cumplir con el objetivo propuesto, se diseñó un estudio cualitativo con 23 adultos (de 19 a 40 años; mujeres: 17, hombres: 6); 14 de ellos con sobrepeso (IMC 25,0-29,9 kg/m²) más nueve profesionales de la salud que atendían pacientes con estas características. Los participantes se reclutaron durante la asistencia a consulta de medicina general en tres centros de salud de los municipios más poblados del departamento de Caldas; Manizales: cuatro pacientes y tres profesionales, La Dorada: seis pacientes y tres profesionales, y Chinchiná: cuatro pacientes y tres profesionales. Los profesionales fueron cuatro nutricionistas dietistas, cuatro enfermeras y un médico general.

Para la recolección de los datos se diseñó una guía, indicando los procedimientos a seguir durante las entrevistas a profundidad. La guía de entrevista semiestructurada contenía preguntas abiertas y se propuso con el objetivo de que el participante aportara información valiosa y pertinente para la investigación. Este instrumento fue evaluado por los investigadores antes de su aplicación definitiva. La entrevista se inició con una presentación de los investigadores, solicitando a los participantes autorizar la grabación del audio y firmar el consentimiento informado, posteriormente se solicitó al paciente predecir peso y talla. Se realizó una medición de talla y peso para identificar a través del IMC si el paciente tenía sobrepeso. La guía de entrevista comenzó con preguntas sobre información demográfica; posteriormente se realizaron preguntas abiertas relacionadas con: 1) consumo de alimentos; 2) actividad física; 3) autopercepción de la imagen corporal, y 4) factores emocionales y acciones para controlar el peso. Las entrevistas a profundidad se realizaron en consultorios de los centros de salud de los municipi-

pios con una duración aproximada de 40 minutos, siguiendo la guía de entrevistas diseñada para tal fin. Siempre se conservó el anonimato de los participantes y se usaron seudónimos en el análisis. La grabación se realizó con una grabadora de voz digital y los archivos de audio y las anotaciones del diario de campo fueron transcritos con el mayor detalle posible manteniendo la fidelidad de la información. Para el análisis cualitativo se utilizó el *software* multiusuario en línea Dedosse;¹ se crearon códigos y memos en los datos y luego se categorizaron los códigos en grupos (ver Figura 1).

En la codificación de fragmentos y categorización, se utilizó codificación abierta nombrando códigos en vivo de frases y se debatieron los procedimientos entre los investigadores llegando a un consenso. Dicha codificación permitió identificar patrones y repeticiones en la información a través de co-ocurrencia de códigos suministrada por el *software*. Para el análisis de la información se realizó una revisión detallada de cada categoría previamente identificada y se infirieron los hallazgos (Figura 1).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este proyecto contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad de Caldas (16), se diligenció un consentimiento informado escrito donde se explicaba el objetivo de la investigación y se solicitaba la autorización de grabar el audio de las entrevistas, entregando copia de este a todos los participantes.

RESULTADOS

Los hallazgos en catorce adultos con sobrepeso y nueve profesionales de la salud entrevistados fueron organizados para las cuatro categorías sobresalientes de patrones resultantes del análisis entre los investigadores así:

Hábitos y conductas no saludables en ambiente obesogénico

Hallazgo 1. Los adultos jóvenes mantienen rutinas ocupadas por actividades de estudio o trabajo, lo



Figura 1. Nube de Palabras relacionada a peso de códigos en análisis cualitativo, *software* dedoose.

1 <http://www.dedoose.com>

cual los lleva a consumir alimentos no saludables en lugares próximos a sus actividades y a reducir su actividad física: cerca de la mitad de los pacientes indicó estar muy ocupado en su rutina diaria, mencionando que sus actividades cotidianas no les permitían ejercitarse ni acceder a comidas saludables en horarios programados. Así mismo, la mayoría de los profesionales citó las consecuencias en los hábitos por la falta de tiempo para alimentarse; Helena describió las implicaciones en la alimentación de las preparaciones rápidas con pastas, enlatados y embutidos. Algunos profesionales señalaron también dicha situación:

Pues no es fácil conseguir alimentos saludables cerca de sus lugares habituales de trabajo o de estudio.

Hallazgo 2. Alto consumo de alimentos procesados de bajo costo y promocionados por la industria sin hacer claridad sobre sus efectos: la mitad de los profesionales añadió que los medios de comunicación influían en la elección de los alimentos, publicitando los procesados por encima de las frutas y las verduras. Vicente mencionó que la gente acepta como normal estos alimentos procesados. Refirió que no hay comerciales de televisión sobre “cómase un melón”, pues los agricultores no tienen recursos para publicidad. La mayoría de los profesionales mencionó el tema económico como factor indispensable para acceder a los alimentos. Las frutas y verduras son compradas regularmente debido a que son perecibles. La mitad de los pacientes refirió como criterio de compra de alimentos los precios; Lorena lo indicó:

Más que todo que el arroz tal está económico ¡ah bueno compremos ese arroz! ¿sí ve? Los frijoles y eso es lo mismo, es decir, lo que es mercado de grano y eso, más que todo uno se fija en la economía.

Algunos profesionales sugirieron que la industria alimentaria tiene responsabilidad social en el sobrepeso. María, mencionó:

El etiquetado nutricional está diseñado para que lo lea un profesional, que conozca del tema de nutrición y de nutrientes, pero no está diseñado para que lo entienda una ama de casa común. Digamos que la legislación en eso es muy flexible en Colombia, lo único que te piden es declarar qué tiene el alimento.

Y agregó que las industrias no aclaran las contraindicaciones y los efectos secundarios de su consumo, ni su composición real.

Hallazgo 3. Los pacientes son conscientes de que deben mejorar sus hábitos, pero motivarlos es difícil, ya que esperan resultados en corto tiempo y están influenciados por los medios de comunicación y por su estilo de vida: la mitad de los profesionales mencionó que es difícil motivar a los pacientes para perder peso, pues quieren obtener resultados rápidos y además tienen influencias externas de los medios de comunicación o del contexto laboral o familiar. Algunos profesionales refirieron que los pacientes tenían conocimientos acerca del consumo de alimentos saludables y la importancia de la práctica de algún tipo de ejercicio, pero, por diversas razones, no los ponían en práctica. Tal como lo expresó María:

Particularmente saben cómo alimentarse, es decir, saben qué tienen que comer, pero no lo hacen.

La mayoría de los profesionales en salud estuvo de acuerdo en que el uso de herramientas tecnológicas tales como celulares, redes sociales y televisión propiciaba la inactividad física. El tiempo dedicado al uso de este tipo de tecnologías promovió la zona de confort, impidiendo la práctica de algún deporte o actividad que les implicara moverse. Como lo expresó María:

Hábitos y conductas de adultos caldenses con sobrepeso

Todos tienen algún aparato tecnológico que los haga quedarse quietos, cualquier estrato lo tiene. El televisor es el primero, sí está determinado por la tecnología. En la zona urbana muchísimo más.

Información nutricional

Hallazgo 1. Los hábitos alimentarios y el estilo de vida de pacientes con sobrepeso están influenciados por factores culturales: los profesionales de la salud mencionaron que en esta región es notorio el consumo de carbohidratos en preparaciones tradicionales como sancocho, frijoles y sudado, entre otros. Algunos de estos alimentos fueron consumidos también en el desayuno y en la comida. Carmen mencionó esta situación sumada al alto consumo de productos de panadería como parte de la cultura alimentaria de los caldenses:

Todo lo de panadería y aquí hay muchas panaderías, todos los barrios están atestados de panaderías, y eso es algo que no ha entrado a arreglar nadie, y es uno de los principales factores de riesgo, la gente come mucha panadería.

Hallazgo 2. Los pacientes con sobrepeso no comprenden la información nutricional de los alimentos y cuentan con pocos conocimientos para mantenerse saludables, recurriendo a tratamientos equivocados para bajar de peso: el conocimiento nutricional de las personas con sobrepeso fue limitado, debido a la escasa o nula educación formal sobre el tema. María, la profesional, lo explicó:

Si yo le digo a una persona: este alimento tiene tartrazina, ejemplo, es un aditivo, pero si la señora no conoce ni siquiera que es la tartrazina y cuál es el efecto que puede tener en su salud, pues ella simplemente puede leer que contiene tartrazina, pero eso para ella no tiene ningún punto, ni positivo ni negativo por el cuál pueda desechar o incluir el alimento. No está bien presentada la información y la gente no está educada para entenderla.

En este sentido algunos pacientes, a pesar de saber que los productos disponen de información nutricional, manifestaron no interesarse por leer los contenidos de los alimentos, tal como lo evidenció Fernando:

No, información nutricional nunca miro.

Los pacientes con sobrepeso refirieron tratamientos equivocados para resolver esta condición: dietas milagrosas, pastillas, batidos y tratamientos homeopáticos que no fueron recomendados por los profesionales de la salud. Algunos profesionales citaron también como alternativa para adelgazar tratamientos estéticos o quirúrgicos. María dijo:

Y hacen la dieta de aguantar hambre: pan y agua, la piña con el atún, los revueltos que quieran. Pero nunca intentan comenzar por lo más adecuado que es modificar los hábitos.

Carmen planteó:

Cuando ellos cambian hábitos hay resultados, cuando hay resultados se animan y ven que la cosa es en serio, que se les empieza a quitar todas las dolencias, lo primero que se les empieza a quitar son dolores articulares, calambres; entonces lo ven como un beneficio adicional. La educación que uno da debe estar basada en eso, mostrarle qué tan saludable es, y qué cosas se les van a quitar.

Algunos profesionales de la salud señalaron que los pacientes no reconocieron los tamaños de las porciones. Vicente, por ejemplo, afirmó que algunos pacientes mentían porque no sabían cuál era el tamaño de una porción, reconocían una cucharada con un modelo equivalente a cinco o seis cucharadas. Tatiana comentó:

Es voluntad, para decir bueno [...] me voy a comer solamente una porcioncita de arroz...no porción como de cuatro.

Conductas racionales y no racionales/actitudes e imaginarios

Hallazgo 1. Los pacientes con sobrepeso tienen tendencia a consumir alimentos sin reflexionar sobre cantidades, sobre todo en eventos sociales y en grupos; lo cual también puede tener relación con problemas emocionales: al preguntar sobre el reconocimiento de hábitos por parte de los pacientes, algunos profesionales de la salud mencionaron las conductas automáticas de las personas que no son conscientes de su condición y de la cantidad de alimento que consumen, relacionando esta conducta con problemas emocionales. Helena, una de las profesionales, mencionó:

El tema del autocontrol, la autoestima, a mí sí me parece que viene muy fuerte con el tema alimentario y somos muy dados a comer sin tener voluntad, una persona va a cine y se compra el paquete más grande de crispetas y toda la película pone la mano en el balde y llega la mitad de la película y todavía está buscando porque no se ha dado cuenta de qué tanto ha comido; entonces en el tema de las emociones pasa lo mismo, si estoy triste, si estoy alegre, si estoy deprimido, si me siento mal, si tengo rabia; todo viene ligado a la alimentación.

Dentro de estas características no racionales, la tercera parte de los profesionales mencionó la necesidad que tienen algunas personas de aparentar dentro de un medio social para ser aceptadas por un grupo, y cómo los más jóvenes tendían a seguir los hábitos dentro de su contexto social. Vicente, otro de los profesionales, mencionó la presión que ejerce un grupo sobre las conductas de consumo, ya que los trabajadores son consumidores en un círculo social, y sus compañeros los castigan por un consumo diferente al del resto del grupo.

Hallazgo 2. Los pacientes con sobrepeso tienden a sentirse satisfechos y son conscientes de su

peso; en especial, para los hombres, en algunos estratos sociales, esta condición es bien vista o no se percibe como parte de una problemática de salud que pueda empeorar. Las mujeres son más conscientes del control de su peso y apariencia física: más de la mitad de los profesionales entrevistados refirió que muchos pacientes con sobrepeso estaban satisfechos corporalmente, ya que es común que esta condición sea aceptada, e incluso, bien vista en algunas comunidades. Diana señaló:

Se acomodan a ese sobrepeso, porque como no [están] tan, todavía tan pesado[s], yo pienso que se pueden sentir bien. Estaba ayer en un taller haciendo un tamizaje de clasificación nutricional con ellas, entonces yo le dije: tienes sobrepeso.—¡Ah sobrepeso! yo ya había bajado no, no, no, si antes estaba muy flaca (y tenía tremendo estómago) estaba muy flaca y que era ya todo el mundo que estaba así que ojerosa, que enferma.

Algunos de ellos explicaron que incluso la gente asoció el sobrepeso con peso normal y que las personas con peso normal fueron vistas con bajo peso; señalaron también que las personas calificaron positivamente a aquellas con sobrepeso y negativamente a quienes tenían peso normal. Dentro de sus apreciaciones se reconoció que el sexo masculino no se preocupó tanto por el sobrepeso, así lo evidenció Helena:

[para los hombres] el tema estético no viene tan marcado y aparte porque hemos aceptado culturalmente que los hombres gorditos, pues normal. Mientras que una mujer gordita ya no está tan normal.

También esta profesional afirmó que las mujeres tomaron más acciones de autocuidado respondiendo a cánones estéticos, sociales y emocionales.

La atención de salud

Hallazgo 1. Además del IMC, es importante descartar enfermedades que tengan relación con su condición, lo que requiere un enfoque particular de tratamiento: más de la mitad de los profesionales reconoció el IMC como el principal indicador para diagnosticar a un paciente con sobrepeso u obesidad. Además del IMC, la tercera parte de los profesionales mencionó la necesidad de conocer la estructura corporal de los pacientes, ya que es importante establecer la masa grasa, la masa muscular, la masa ósea y los líquidos para determinar si un paciente tiene sobrepeso u obesidad. Estos mismos profesionales comentaron que algunos pacientes pueden tener problemas metabólicos; Vicente indicó que hay organismos que son resistentes a la pérdida de peso.

El cuerpo siente que es agredido y genera una contrarregulación de hormonas haciendo actuaciones metabólicas.

La mitad de los profesionales soportó la relación entre sobrepeso y salud. Marcela explicó que cuando un paciente empezó a entender que tenía una enfermedad asociada con el sobrepeso, empezó a reajustar su alimentación y a preocuparse más por su condición. Vicente afirmó que existen padecimientos de los pacientes con sobrepeso y obesidad que responden a desbalances nutricionales. Helena lo corroboró al decir que:

Hoy en día hay un tema muy fuerte que es el tema del hambre oculta y lo estamos viendo cada vez más: es el gordito desnutrido.

Hallazgo 2. El sistema de salud no cuenta con su cientos profesionales en Nutrición vinculados; los tiempos establecidos para la atención son demasiado cortos y la causa de consulta por sobrepeso no se presenta como motivo primario: algunos profesionales acotaron que pese a que algunos médicos redireccionaron los pacientes a

la consulta con nutricionista, los centros de salud no disponían del recurso, dificultando la atención adecuada de los pacientes, así lo dejó entrever la profesional Marcela, al mencionar:

Lo que pasa es que el problema es ese, nosotros por decir, Caprecom, que es con los que nosotros manejamos, no tienen nutricionista acá en el hospital, entonces hay unas personas que pueden ir a consulta, de forma particular donde una doctora.

De la misma manera algunos profesionales de la salud mencionaron como limitantes los cortos tiempos de atención al paciente que imposibilitaron el correcto seguimiento del proceso. Vicente afirmó cómo el sistema de salud obliga a atender a los pacientes cada 20 minutos y esto es imposible, por eso se requiere de varias sesiones para hacerle un perfil al paciente. Así lo confirmó Helena:

Normalmente cuando un paciente acude al servicio viene con un primer diagnóstico de base o un problema de epidemia o una diabetes de reciente aparición, y sumado a eso trae un cuadro de sobrepeso, ya solo sobrepeso como único motivo de consulta yo diría que es muy poco, más o menos 10 a 15 % de la consulta y van remitidos por medicina general.

Algunos profesionales de la salud consideraron que no están preparados para asumir con responsabilidad los temas de nutrición, debido a la falta de capacitación y al desconocimiento de los tratamientos adecuados. Elizabeth mencionó que:

Así pues de manejarlo de una manera integral, no, yo pienso que nos falta más formación.

DISCUSIÓN

Cuatro categorías clave de factores relacionados con los hábitos o las conductas de las personas con sobrepeso y de los profesionales de la salud que los atendían se encontraron en el presente estudio, las cuales son concordantes con hallaz-

gos previos de otros investigadores sobre el tema (17-20).

La primera categoría encontrada fue *hábitos y conductas no saludables en ambiente obesogénico*. Esta permite plantear cómo prevenir el exceso de peso desde el nacimiento, e incluso, desde el embarazo, que es más eficaz a largo plazo que intervenir en la vida adulta (21,22). Este planteamiento no es nuevo (23), no obstante, sigue siendo el menos evidente en las intervenciones de política pública en salud y nutrición en Colombia, a pesar de que desde el año 2009 se aprobó la Ley 1355 del Congreso de la República de Colombia (24) –por medio de la cual “se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención” (p. 1)–; y de que el Ministerio de Salud y Protección Social admitió este año, ante el Congreso de la República, su preocupación por el incremento del gasto en salud para atender a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles y con obesidad.

Son diversas las publicaciones que soportan la importancia de acceder a espacios públicos adecuados para que la población pueda caminar libremente y realizar actividades al aire libre acompañados o no de sus vecinos o familiares y como estrategia para prevenir o intervenir el exceso de peso (25,26). No obstante, en este aspecto, el departamento de Caldas todavía deja mucho que desear, por la escasa inversión en espacios públicos en el área urbana para realizar este tipo de actividades y por la ausencia de una política pública que busque el control de ambientes obesogénicos para la población de todos los estratos. A esta limitante, identificada ya como factor relacionado con el exceso de peso, se suma la influencia de la industria de alimentos y bebidas procesados en el consumo de los mismos, sin posibilidades de control en Colombia, hasta ahora, a pesar de la

evidencia publicada sobre la relación con el exceso de peso.

Por ejemplo, los resultados de la ENSIN 2010 reanalizados por Ocampo (27), en el 2014, mostraron que la prevalencia del exceso de peso en Colombia se asoció con la frecuencia/día del consumo de gaseosas o refrescos azucarados y de alimentos bajos en calorías. Bejarano et al. (28) publicaron que en Colombia, según la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos, el 16,8 % de la energía comprada se derivó de alimentos y bebidas ultraprocesados.

En Chile, Crovetto et al. (29) encontraron que en un periodo de tres décadas el gasto del hogar dedicado a productos ultraprocesados pasó del 42 al 52 % y en Brasil, Silva Canella et al. (30), en un estudio realizado en hogares, describieron que la contribución promedio de alimentos y bebidas procesados al total de energía dietaria disponible estuvo entre 15,4 y 39,4 %. En ese mismo estudio se encontró una asociación positiva entre la disponibilidad de alimentos ultraprocesados en el hogar y el IMC, con la prevalencia de exceso de peso

Algunas experiencias en América Latina han mostrado resultados eficaces en el control del consumo de alimentos procesados. México, por ejemplo, logró imponer un impuesto al consumo de bebidas azucaradas para buscar desestimular su consumo en la población (31). Colombia, hasta ahora, no lo ha logrado por la fuerte influencia de la industria alimentaria.

Tal como se encontró en este estudio y como complemento a los factores descritos, el sedentarismo y el uso excesivo de aparatos electrónicos contribuyen con el incremento del exceso de peso en todos los grupos de población. Esto no es exclusivo de nuestro país, pues ya ha sido discutido y publicado por otros investigadores en contextos diferentes, situación que genera gran preocupa-

ción, pues el acceso a aparatos electrónicos es cada vez más asequible y común en todos los estratos y edades.

La segunda categoría sobre *información nutricional* evidencia cómo la revisión de la etiqueta nutricional de los alimentos procesados no es una práctica común entre la población estudiada. La información y educación nutricional según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) (32) “puede influir en el consumo de alimentos y las prácticas dietéticas: los hábitos alimentarios y la compra de alimentos, la preparación de estos, su inocuidad y las condiciones ambientales” (p. 4). Las condiciones de información o educación nutricional de la población definen las estrategias de intervención para la prevención y el control del exceso de peso; está demostrado que a menor nivel educativo se presenta mayor influencia de los medios de comunicación sobre el consumo de alimentos procesados y de bajo valor nutricional.

Galindo et al. (33), en 2011, mencionaron que “La dieta está asociada con la accesibilidad, con la disponibilidad del tiempo para la compra y preparación de los alimentos, así como con la información y los conocimientos que se tienen acerca de una correcta alimentación” (p. 397). Infortunadamente, aún en Colombia no se cuenta con un Plan de Educación Alimentaria y Nutricional que promueva un adecuado estado nutricional y de salud, a pesar de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) tanto en el 2011 (34) como en el 2012 (35), al igual que varios investigadores, ha promovido la educación e información nutricional como estrategia efectiva para la prevención del exceso de peso.

La tercera categoría sobre *conductas racionales y no racionales/actitudes e imaginarios* permite inferir cómo parte del fracaso atribuido a los tratamientos para bajar de peso se debe a la ausencia

del componente psicológico en las intervenciones y al enfoque en la pérdida de peso y no en la recuperación de la salud de las personas (36,37). Aunque el peso corporal, en algún grado, está bajo el control personal de cada quien, hay una serie de barreras biopsicosociales que dificultan la regulación del peso. Además, hay pruebas ya de que estigmatizar a los individuos obesos disminuye su motivación para la dieta, el ejercicio y la pérdida de peso. Las campañas de salud pública deben centrarse en facilitar el cambio de comportamiento, en lugar de estigmatizar a las personas obesas, y deben basarse en la evidencia empírica disponible. Por otro lado, y como se encontró en este estudio, se ha publicado que los individuos con exceso de peso tienden a subestimar su peso. Ese comportamiento es diferente entre mujeres y hombres, pues ellas subestiman su peso y ellos, en cambio, lo sobreestiman (4).

La cuarta categoría relacionada con la atención en salud indica cómo los médicos son indispensables para la atención de los enfermos y los Nutricionistas, para atender a las personas con malnutrición. No obstante, en Colombia, el talento humano en Nutrición y Dietética es escasísimo (38,39) y el acceso a este, en las EPS, depende de la decisión del médico de remitir o no al paciente (40). De 118 905 profesionales de la salud reportados por el Ministerio de Salud en 2012, solo 2,1 % (n=2 473) corresponde a nutricionistas dietistas, con una relación de 48,1 médicos por un nutricionista y de 9,6 enfermeros por un nutricionista. Esto explica en parte la escasa oportunidad de los pacientes con exceso de peso al acceso a la consulta de nutrición en las diferentes entidades de salud públicas y privadas en Colombia (38). Adicionalmente, la formación en nutrición humana de los profesionales de la salud, diferentes a nutricionistas, deja mucho que desear (41), lo cual no solo representa un riesgo para la salud de los pacientes, sino para el sistema de salud (39).

Lamentablemente el exceso de peso tiene un comportamiento ascendente en su prevalencia (4) y preocupa la poca presencia de profesionales de Nutrición y Dietética vinculados y disponibles en el sistema de salud (38), a lo cual se le suma la poca o escasa información nutricional que se le ofrece a la población colombiana en los medios de comunicación y en el sistema educativo formal como otro de los determinantes del exceso de peso.

Este reporte contiene limitaciones propias de la investigación cualitativa. Las muestras por conveniencia y los contenidos de las entrevistas a profundidad se enfocan más en comprender perspectivas y visiones del fenómeno entre los entrevistadores y los entrevistados, lo cual puede reducir la precisión de los factores identificados; sin embargo, la consistencia de los patrones definidos como hallazgos sugieren que estos factores son relevantes para la problemática de la obesidad en el contexto de Caldas.

CONCLUSIÓN

En el presente manuscrito se ha reportado un estudio de los factores relacionados con las hábitos y conductas de las personas con sobrepeso en los tres mayores centros urbanos del departamento de Caldas. Se encuentran patrones similares a los mundiales que están asociados con condiciones de obesidad alrededor del mundo como la alta accesibilidad a alimentos procesados y la realización de actividades sedentarias asociadas a dispositivos electrónicos. Es relevante observar que las personas con sobrepeso no consideran los riesgos e implicaciones de su condición. A su vez, los profesionales de salud manifiestan en detalle diversos factores relacionados con el sobrepeso

y que confirman que el contexto de Caldas es similar a los factores debatidos en la literatura. Las diferencias particulares están asociadas a la dieta de platos típicos tradicionalmente alta en carbohidratos y el limitado acceso a profesionales especializados relacionados con obesidad. Estas diferencias son a la vez un patrón que posiblemente se da en todo el país.

A partir de este estudio se identifica que las intervenciones y estrategias para reducir la obesidad pueden enfocarse en mejorar la manera en que las personas comprenden información nutricional y ofrecer mejores servicios de salud. Adicionalmente, emerge una posible área de acción, si se desarrollan estrategias innovadoras, que consiste en aprovechar las conductas irracionales o automáticas de los individuos, teniendo en cuenta sus imaginarios, motivaciones y estados psicológicos. Una posibilidad es ofrecer opciones que ayuden a las personas a tomar mejores decisiones o crear herramientas o productos que faciliten una mejora en la toma de decisiones. Esto no siempre implica una mejor educación al paciente, también es necesario desarrollar estrategias que faciliten mejores decisiones saludables y que reduzcan los efectos del ambiente obesogénico.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo se realizó dentro del proyecto “Aplicación del diseño conductual en estrategias de reducción de la obesidad” cofinanciado por la Universidad de Caldas y Colciencias, proyecto código 112765741320. Agradecemos a los participantes en las entrevistas del estudio por su disposición a compartir su comprensión de la problemática estudiada.

Referencias

1. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19·2 million participants. *The Lancet*. 2016;387:1377-96. DOI:10.1016/S0140-6736(16)30054-X
2. World Health Organization. Obesity and overweight. Fact sheet N°311. Geneva: World Health Organization; 2015. [Citado octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
3. Acosta K. La obesidad y su concentración según nivel socioeconómico en Colombia. Cartagena: Banco de La República. Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER); 2012. [Citado octubre de 2016]. Disponible en: http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_170.pdf
4. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud y Profamilia. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. ENSIN 2010. Bogotá: Da Vinci Editores & CÍA. S N C; 2011.
5. Popkin BM, Adair LS, Ng SW. The Global Nutrition Transition: The Pandemic of Obesity in Developing Countries. *Nutr Rev*. 2012;70(1):3-21. DOI:10.1111/j.1753-4887.2011.00456.x
6. Sánchez-Romero LM, Lara-Castor L, León-Estrada SE, Barquera-Cervera S, eds. Mind the Gap: buscando soluciones creativas contra la obesidad. Cuernavaca: INSP; 2015. [Citado octubre de 2016]. Disponible en: https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/150902_mind_the_gap.pdf
7. Hingle M, Kunkel D. Childhood obesity and the media. *Pediatr Clin North Am*. 2012;59(3):677-92. DOI:10.1016/j.pcl.2012.03.021
8. Dennison B, Edmunds L. The role of television in childhood obesity. *Progress in pediatric cardiology*. 2008;25(2):191-7. DOI:10.1016/j.ppedcard.2008.05.010
9. Guran T, Bereket A. International epidemic of childhood obesity and television viewing. *Minerva Pediatr*. 2011;63(6):483-90.
10. Barquera S, Pedroza-Tobias A, Medina C. Cardiovascular diseases in mega-countries: the challenges of the nutrition, physical activity and epidemiologic transitions, and the double burden of disease. *Curr Opin Lipidol*. 2016;27(4):329-44. DOI: 10.1097/MOL.0000000000000320
11. Lopera-Velásquez V, Santacruz-Sanmartín E. Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles en Medellín en 2011. Evaluación con la metodología Encuesta STEPwise. *Rev Salud Publ Medellín*. 2012;5(2):63-80.
12. González MA, Dennis RJ, Devia JH, Echeverri D, Briceño GD, Gil F, et al. Factores de riesgo cardiovascular y de enfermedades crónicas en población caficultora. *Rev Salud Publ*. 2012;14(3):390-403.
13. Caballero B. The Global Epidemic of Obesity: An Overview. *Epidemiologic Reviews*. 2007;29(1):1-5. DOI:10.1093/epirev/mxm012
14. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML, et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *The Lancet*. 2011;378(9793):804-14. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60813-1
15. Organización Panamericana de la Salud. Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas. Washington, DC: OPS; 2015. [Citado octubre de 2016]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7698/9789275318645_esp.pdf
16. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. [Citado octubre de 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

17. Heshmat S. Eating behavior and obesity. Behavioral economics strategies for health professionals. New York: Springer Publishing Company, LLC; 2011.
18. Andreyeva T, Long M, Brownell K. The Impact of Food Prices on Consumption: A Systematic Review of Research on the Price Elasticity of Demand for Food. *Am J Public Health*. 2010;100(2):216-22. DOI:10.2105/AJPH.2008.151415
19. Wang DH, Kogashiwa M, Mori N, Yamashita S, Fujii W, Ueda N, et al. Psychosocial Determinants of Fruit and Vegetable Consumption in a Japanese Population. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(8):E786. DOI:10.3390/ijerph13080786
20. World Health Organization. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. [Citado noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/>
21. Aceves-Martins M, Llauradó E, Tarro L, Solà R, Giralt M. Obesity-promoting factors in Mexican children and adolescents: challenges and opportunities. *GlobHealthAction*. 2016;9(1):29625. DOI:10.3402/gha.v9.29625
22. Aldaba S, Osinaga R, Urzainqui F, García B, Falguera E. Una alimentación sana y el ejercicio físico son los factores determinantes y protectores para evitar la obesidad y el sobrepeso. *RevEspNutrComunitaria*. 2014;20(3):91-8.
23. Farías M, Oyarzún E. Obesidad en el embarazo: razones para volver a preocuparse de la nutrición materna. *Medwave*. 2012;12(7):e5459. DOI:10.5867/medwave.2012.07.5459
24. Colombia. Congreso de La República de Colombia. Ley 1355 de 2009. [Citado noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1355_2009.htm
25. Rundle AG, Heymsfield SB. Can Walkable Urban Design Play a Role in Reducing the Incidence of Obesity-Related Conditions? *JAMA*. 2016;315(20):2175-7. DOI:10.1001/jama.2016.5635
26. Sarmiento OL, Díaz Del Castillo A, Triana CA, Acevedo MJ, González SA, Pratt M. Reclaiming the Streets for People: Insights from CiclovíasRecreativas in LatinAmerica. *PrevMed*. 2016;91(16):1-29. DOI: 10.1016/j.yjmed.2016.07.028
27. Ocampo PR. Patrones alimentarios y su relación con el exceso de peso en Colombia: Estudio a profundidad a partir de la ENSIN 2010. [Tesis de Maestría en Salud Pública]. Bogotá: Facultad de Medicina. Instituto de Salud Pública; 2014. [Citado febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/40963/1/05598595.2014.pdf>
28. Bejarano-Roncancio J, Gamboa-Delgado EM, Aya-Baquero DH, Parra DC. Los alimentos y bebidas ultra-procesados que ingresan a Colombia por el tratado de libre comercio ¿influirán en el peso de los colombianos? *RevChil de Nut*. 2015;42(4):409-13. DOI: 10.4067/S0717-75182015000400014
29. Crovetto M, Uauy R. Changes in processed food expenditure in the population of Metropolitan Santiago in the last twenty years. *Rev Med Chil*. 2012;140(3):305-12. DOI: 10.4067/S0034-98872012000300004
30. Canella DS, Levy RB, Martins AP, Claro RM, Moubarac JC, Baraldi LG, et al. Ultra-processed food products and obesity in Brazilian households (2008-2009). *PLoS One*. 2014;9(3):e92752. DOI: 10.1371/journal.pone.0092752
31. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Experiencia de México en el establecimiento de impuestos a las bebidas azucaradas como estrategia de salud pública. México DF, México: OPS; 2015. [Citado febrero de 2017]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18390/978-92-75-31871-3_esp.pdf?sequence=5&isAllowed=y
32. FAO. La importancia de la educación nutricional. [Citado noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.fao.org/ag/humannutrition/31779-02a54ce633a9507824a8e1165d4ae1d92.pdf>
33. Galindo Gómez C, Juárez Martínez L, Shamah Levy T, García Guerra A, Ávila Curiel A, Quiroz Aguilar MA. Conocimientos en nutrición, sobrepeso u obesidad en mujeres de estratos socioeconómicos bajos de la Ciudad de México. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*. 2011;61(4):396-10. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222011000400009

Hábitos y conductas de adultos caldenses con sobrepeso

34. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la consulta de expertos de la Organización Panamericana de la Salud sobre la promoción y la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños en la Región de las Américas. Washington DC: OPS; 2011. [Citado noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18285&Itemid=270
35. World Health Organization. A framework for implementing the set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. Ginebra: OMS. 2012. [Citado febrero de 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80148/1/9789241503242_eng.pdf?ua=1
36. Karasu SR. Of mind and matter: psychological dimensions in obesity. *Am J Psychother.* 2012;66(2):111-28.
37. Cohen D, Farley TA. Eating as an automatic behavior. *PrevChronicDis.* 2008;5(1):A23.
38. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. Caracterización Laboral del Talento Humano en Salud de Colombia: Aproximaciones desde el Ingreso Base de Cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud. 2012. [Citado febrero de 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/CaracterizaciónLaboralTHS.pdf>
39. Guerra-García M, Pousa-Estévez L, Charro-Salgado A, Becoña-Iglesias E. Evaluación de la actitud y las dificultades que los médicos de Atención Primaria tienen ante el diagnóstico y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. *SEMERGEN, Soc. Esp. Med. Rural Gen.* (Ed. Impr.) 2009;35(1):15-9.
40. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. Guía para Profesionales de la Salud. 2016 - Guía N.º 52. [Citado noviembre de 2016]. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_637/GPC_obesidad/GUIA_SOBREPESO_OBESIDAD_ADULTOS_COMPLETA.pdf
41. Cárdenas-Zuluaga D. El papel del médico en la nutrición. *Revista Salud Bosque* 2011;1(2):55-62. Disponible en: http://m.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_salud_bosque/volumen1_numero2/papel_revista_salud_bosque_vol1_num2.pdf