

**CONDUCTAS DE SALUD DE LOS ADULTOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD  
QUE ASISTEN A UN PROGRAMA DE SALUD**

**NATALIA ANDREA VERA MONTOYA**



**UNIVERSIDAD ANTIOQUIA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA  
MEDELLÍN  
2018**

**CONDUCTAS DE SALUD DE LOS ADULTOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD  
QUE ASISTEN A UN PROGRAMA DE SALUD**

**NATALIA ANDREA VERA MONTOYA**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de  
MAGÍSTER EN ENFERMERÍA**

**Asesores: EDITH ARRENDONDO HOLGUÍN**

**Magíster en enfermería**

**Correo electrónico: [\\_edith.arredondo@udea.edu.co](mailto:_edith.arredondo@udea.edu.co)**

**DIEGO ALEJANDRO SALAZAR BLANDON**

**Magíster en ciencias estadísticas**

**Correo electrónico: [alejandro.salazar@udea.edu.co](mailto:alejandro.salazar@udea.edu.co)**

**UNIVERSIDAD ANTIOQUIA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

**MEDELLÍN**

**OCTUBRE 30 DE 2018**

**NOTA DE ACEPTACIÓN**

---

---

---

---

---

---

---

**Presidente del jurado**

---

**Jurado**

---

**Jurado**

Medellín, octubre 30 de 2018

## **DEDICATORIA**

A Mafe, por ser mi compañera de vida hace muchos años y aguantar tantos sacrificios con la esperanza de siempre mejorar nuestras condiciones de vida.

A Juanjo, porque a pesar de sus reproches por la disminución en el tiempo que le dediqué, comprendió que este es un sueño que requiere renuncias y sacrificios.

Y, obviamente, a Iván, mi esposo y mi amigo, por sus palabras de aliento y por no dejarme desfallecer ni siquiera en los momentos más duros que se nos presentaron.

A ellos, mil gracias por creer en mí.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis asesores Edith y Diego, por confiar en mí y acompañarme en este duro, pero satisfactorio camino.

A mis compañeros de trabajo, porque siempre me apoyaron, me dieron sus mejores aportes y me enviaron la mejor energía cada que lo necesité.

A la institución de salud, por abrirme las puertas y permitirme desarrollar la investigación con su población.

## CONTENIDO

pág.

INTRODUCCIÓN .....	13
1. marco referencial.....	15
1.1 Tema.....	15
1.2 Planteamiento del problema .....	15
1.3 Pregunta de investigación.....	25
1.4 Justificación .....	26
2. OBJETIVOS .....	33
2.1 Objetivo general.....	33
2.2 Objetivos específicos .....	33
3. Marco teÓrico.....	34
3.1 Personas con sobrepeso y obesidad .....	34
3.2 Cuidados de enfermería a la persona con sobrepeso y obesidad .....	36
3.3 Promoción de la salud .....	42
<b>3.3.1 Escuelas de promoción de la salud en enfermería .....</b>	<b>46</b>
<b>3.3.1.1 Importancia del modelo de promoción de la salud en el desarrollo de las conductas de salud .....</b>	<b>48</b>
3.4 Programas de salud para el cuidado de las personas con sobrepeso y obesidad .....	61
4. marco contextual .....	64
5. METODOLOGÍA.....	65
5.1 Universo.....	66
5.2 Población .....	66
<b>5.2.1 Criterios de inclusión.....</b>	<b>66</b>
<b>5.2.2 Criterios de exclusión.....</b>	<b>66</b>
5.3 Muestra.....	67
5.4 Validez del estudio.....	67
<b>5.4.1 Validez interna.....</b>	<b>67</b>
<b>5.4.2 Validez externa .....</b>	<b>69</b>

5.5	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN .....	69
<b>5.5.1</b>	<b>Instrumentos de recolección .....</b>	<b>70</b>
<b>5.5.1.1</b>	<b>Operacionalización de variables .....</b>	<b>71</b>
5.6	Prueba piloto.....	73
5.7	Plan de análisis.....	74
<b>5.7.1</b>	<b>Conformación de la base de datos .....</b>	<b>74</b>
<b>5.7.2</b>	<b>Control de calidad y veracidad de los datos .....</b>	<b>75</b>
<b>5.7.3</b>	<b>Puntuación del instrumento .....</b>	<b>75</b>
<b>5.7.4</b>	<b>Medidas estadísticas .....</b>	<b>76</b>
5.8	Consideraciones éticas.....	78
<b>5.8.1</b>	<b>Conflictos de interés.....</b>	<b>82</b>
6.	RESULTADOS .....	83
6.1	Análisis de variables sociodemográficas, clínicas y educativas.....	83
6.2	Conductas de salud .....	86
6.3	Correlaciones de importancia para el estudio.....	88
<b>6.3.1</b>	<b>Relaciones entre conductas de salud y condiciones sociodemográficas, clínicas y educativas .....</b>	<b>88</b>
<b>6.3.2</b>	<b>Relaciones entre conductas de salud .....</b>	<b>97</b>
7.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	101
8.	CONCLUSIONES.....	108
9.	RECOMENDACIONES .....	109
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	112

## LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Ítems por dimensión del HPLP II.....	59
Tabla 2. Operacionalización de variables.....	70
Tabla 3. Clasificación de las conductas promotoras de salud de acuerdo a la puntuación del Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP II).....	75
Tabla 4. Medición $\alpha$ de Cronbach por dimensiones y el total de la escala HPLP II en el estudio “Conductas de salud de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud”.....	76
Tabla 5. Conductas de salud de los participantes del estudio “Conductas de salud de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud”.....	85
Tabla 6. Relaciones entre las conductas de salud con las condiciones sociodemográficas, clínicas y educativas de los participantes del estudio “Conductas de salud de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud”.....	87
Tabla 7. Relaciones entre la dimensión de responsabilidad en salud con la asistencia a actividad grupal, el apoyo y la motivación de los participantes del estudio “Conductas de salud de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud”.....	89

Tabla 8. Relaciones entre la dimensión de la actividad física con la edad, las comorbilidades y la ocupación de los participantes del estudio “Conductas de salud de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud”.....90

Tabla 9. Relaciones entre la dimensión de nutrición con el sexo, el estrato socioeconómico, la asistencia a actividad grupal y las comorbilidades de los participantes del estudio “Conductas de salud de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud”.....91

Tabla 10. Relaciones entre la dimensión del crecimiento espiritual con el sexo, la motivación y el apoyo de los participantes del estudio “Conductas de salud de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud”.....93

Tabla 11. Relaciones entre la dimensión de relaciones interpersonales con la edad, la motivación y el apoyo de los participantes del estudio “Conductas de salud de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud”.....94

Tabla 12. Relaciones entre la dimensión de manejo del estrés con el sexo, las comorbilidades y la motivación de los participantes del estudio “Conductas de salud de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud”.....95

Tabla 13. Relaciones entre la dimensión de nutrición con la actividad física de los participantes del estudio “Conductas de salud de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud”.....96

Tabla 14. Relaciones entre la dimensión de manejo del estrés con la nutrición de los participantes del estudio “Conductas de salud de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud”.....97

Tabla 15. Relaciones entre la dimensión de actividad física con las relaciones interpersonales de los participantes del estudio “Conductas de salud de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud” .....97

Tabla 16. Relaciones entre la dimensión de relaciones interpersonales con el crecimiento espiritual de los participantes del estudio “Conductas de salud de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud” .....98

## LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Modelo de promoción de la salud.....	56

## LISTA DE GRÁFICAS

pág.

Gráfica 1. Clasificación de conductas promotoras de salud de acuerdo a la puntuación del instrumento Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP II).....	75
Gráfica 2. Grupos de edad de los participantes del estudio “Conductas de salud de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud”.....	82
Gráfica 3. Distribución del IMC al ingreso y el actual de los participantes del estudio “Conductas de salud de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud”.....	84
Gráfica 4. Apoyo a los participantes del estudio “Conductas de salud de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud”.....	85

## INTRODUCCIÓN

El interés por conocer las conductas de salud de las personas con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud surge en la práctica del cuidado, después de identificar diversos factores que alteran la adherencia a los tratamientos en relación con la adquisición de conductas de vida saludable, lo cual limita el logro de sus metas, la conservación de la salud y la permanencia en los programas. Para el personal de salud y, en particular para el profesional de enfermería que cuida estas personas y coordina los programas, es difícil lograr metas, ya que las personas con sobrepeso y obesidad se enfrentan socialmente al mercadeo de ofertas, de alimentación poco saludable y a conductas de vida que los lleva a estados de mayor sedentarismo cada día. El sobrepeso y la obesidad en el siglo XXI son un fenómeno de salud identificado y estudiado por diferentes disciplinas de la salud, las ciencias sociales e, incluso, el arte, ya que tiene múltiples impactos en la vida del ser humano, su familia y la sociedad.

Culturalmente, y con representación de grandes artistas en la historia de la humanidad (incluso desde épocas antiguas), el hombre ha plasmado en sus obras el sobrepeso y la obesidad en relación con la forma de vida de algunas civilizaciones. En diferentes épocas se ilustran el sobrepeso y la obesidad con la bonanza, la riqueza, la pobreza y el pecado. Actualmente, sin embargo, el sobrepeso y la obesidad son una realidad que aumenta cada año y que roba la vida y el bienestar de las personas que la padecen y de su familia, independiente de la cultura, el género o el estrato socioeconómico.

El ser humano, en su evolución y camino hacia la civilización, ha modificado, adquirido, reformado y abandonado conductas para el cuidado de su salud que, junto con la genética, han incidido en el aumento del sobrepeso y la obesidad,

consideradas como enfermedades crónicas de acelerado avance en la mayoría de los países desarrollados y en vías de desarrollo en las últimas décadas.<sup>1,2</sup>

Por lo anterior, en la presente investigación se pretenden identificar el nivel de conductas de salud que tienen los adultos con sobrepeso u obesidad para desarrollar conductas de salud relacionadas con la alimentación saludable, la actividad física, el soporte espiritual, las relaciones interpersonales, la responsabilidad con su propia salud y el manejo del estrés. Se espera que los resultados del presente trabajo evidencien el nivel de conductas saludables de las personas con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa salud y que den luces al equipo de salud en general y a enfermería en particular, para orientar más efectivamente los programas y direccionar el cuidado de enfermería hacia la contribución en el empoderamiento de las personas de su autocuidado, lo que permite contribuir que la persona satisfaga las necesidades y expectativas frente al cuidado de su salud y logre, finalmente en el programa, disminuir e incluso eliminar barreras que impiden alcanzar sus metas relacionadas con la pérdida de peso y el desarrollo de conductas de vida saludable.

En enfermería y en el área de la salud se espera que esta investigación logre aportar al desarrollo de programas y pedagogías que permitan la motivación del adulto con sobrepeso y obesidad que asiste a un programa de salud, para que estos tengan un mayor compromiso con un plan de acción para la adquisición de conductas de salud que incidan en la disminución del sobrepeso y la obesidad, y en el desarrollo de conductas promotoras de salud, lo cual tendrá unas implicaciones favorables en la vida, la salud, el bienestar y el desarrollo humano de las personas.

## **1. MARCO REFERENCIAL**

### **1.1 Tema**

Conductas de salud y condiciones sociodemográficas de las personas con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud.

### **1.2 Planteamiento del problema**

El presente estudio surge de la práctica profesional en el cuidado de adultos con sobrepeso y obesidad, de la interacción que permite evidenciar a la enfermería las problemáticas que vive esta población. La obesidad y el sobrepeso son definidas como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud y se calcula con el índice de masa corporal (IMC), de acuerdo a este se realiza la clasificación, si la persona tiene un IMC igual o superior a 30 es considerada obesa y si tiene un IMC igual o superior a 25 es considerada con sobrepeso.<sup>3</sup> El sobrepeso y la obesidad son motivo de preocupación para las autoridades de salud, debido a las consecuencias físicas, psíquicas y sociales que implican para la persona que las padece y para los sistemas de salud que deben atender su problemática.

La obesidad no es solo un problema que afecta a la persona que la sufre, sino a las personas con los que esta interactúa en diversos ámbitos de su vida: laboral, familiar y social. Igualmente, impacta en su salud, ya que afecta esferas mentales y físicas. El sobrepeso y la obesidad en la población adulta son factores de riesgo de gran relevancia para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles; son responsables del 44% de la carga de diabetes, puesto que con el incremento de la grasa corporal, sobre todo cuando se localiza en el abdomen, favorece la resistencia a la insulina que, a largo plazo, acarrea un daño en las células  $\beta$  del páncreas para

desencadenar, finalmente, la diabetes mellitus tipo 2, la cual genera diversas complicaciones como las amputaciones, la enfermedad cerebrovascular, la retinopatía, la enfermedad renal y la impotencia sexual. Asimismo, el sobrepeso y la obesidad son responsables del 23% de las cardiopatías isquémicas y del 7% al 41% de ocurrencia de algunos cánceres (endometrial, de cérvix, ovárico, mamario, de colon, esofágico, pancreático, de la vesícula biliar, hepático, renal, tiroideo, prostático, tipo linfoma no Hodgkin, mieloma múltiple y leucemia), por lo que tienen un gran impacto en la aparición y la descompensación de enfermedades crónicas.<sup>2,4,5</sup> Otras comorbilidades asociadas con el sobrepeso y la obesidad son las alteraciones del sistema osteoarticular, la insuficiencia cardíaca, el reflujo gastroesofágico, la hipertensión arterial y los trastornos respiratorios como las infecciones, el asma y la apnea del sueño.<sup>6,7</sup>

Las personas con sobrepeso u obesidad tienen dificultades con su autocuidado y deben asumir una serie de estigmas y rechazos sociales por no poder cumplir con la adherencia al cuidado de su salud; son personas que se aíslan de su círculo social por no poder asumir actividades que les exige ejercicio físico y conductas de alimentación aprobadas socialmente. Estas condiciones hacen que las personas se desmotiven y abandonen nuevamente los hábitos saludables adquiridos.<sup>8</sup>

El padecimiento del sobrepeso y la obesidad tienen un impacto en la vida de las personas adultas; estas refieren aspectos negativos frente a su cuerpo mediante expresiones como la tristeza, la vergüenza y el aislamiento social, que demuestran que la obesidad afecta el bienestar de los seres humanos y permiten plantear que el tratamiento debe encaminarse no solo a mejorar las comorbilidades que surgen con la enfermedad, sino a reducir, al mismo tiempo, el sufrimiento psicosocial.<sup>9</sup> Culturalmente, es común que se lancen juicios y comentarios en contra de las personas con sobrepeso y obesidad, y que la sociedad de consumo ponga barreras en cuanto a la adquisición de prendas de vestir y diversos objetos que se usan frecuentemente, lo que causa más relegamiento social. Las barreras culturales de

aceptación a las personas con sobrepeso y obesidad pueden encontrarse en las instituciones de salud y sus profesionales, y en el ámbito familiar, laboral y académico donde se desenvuelve la persona.

El sobrepeso y la obesidad agravan y generan un impacto por su asociación con otras enfermedades crónicas; igualmente, generan un alto costo en su tratamiento para quienes las padecen y para el sistema de salud que los atiende, ya que son múltiples y variadas las consecuencias que deterioran la calidad de vida, incrementan el uso de medicamentos, la atención en salud y los procedimientos quirúrgicos; es una enfermedad que puede incidir en el desencadenamiento, incluso, de muertes prematuras.<sup>10</sup> De acuerdo con Chimbo, “los pacientes obesos con enfermedades coronarias, han mostrado un aumento de mortalidad de 40% por encima de los pacientes que no son obesos. En general las personas con obesidad tienen una mortalidad de más de 50%”.<sup>11</sup>

Es claro que la obesidad es una enfermedad letal que produce, con otras enfermedades, la muerte en aproximadamente 3 millones de personas adultas en el mundo.<sup>2</sup> Martin y col. encontraron que

“En el año 2006 se produjeron en España 25.671 muertes atribuibles al sobrepeso y obesidad, 16.405 en varones y 9.266 en mujeres. La mortalidad atribuible al sobrepeso y obesidad supuso un 15,8% del total de muertes en varones y un 14,8% en mujeres, pero si nos referimos solo a aquellas causas donde el sobrepeso y obesidad son factor de riesgo, las cifras se elevan hasta el 31,6% en varones y el 28% en mujeres. La causa más frecuente de mortalidad atribuible a la obesidad fue la enfermedad cardiovascular con un 58% del total”.<sup>12</sup>

El sobrepeso y la obesidad implican grandes costos en términos económicos, personales y sociales; debido a su naturaleza crónica y progresiva, requieren tratamiento y control por toda la vida. No obstante, son condiciones que dependen, en gran medida, de la modificación y la adquisición de conductas de vida saludable,

la cual es la mejor alternativa de tratamiento, por lo cual se convierte en una enfermedad de seguimiento vitalicio para los servicios de salud.<sup>7</sup>

En su etiopatogenia, la obesidad se considera como una enfermedad multifactorial, en la cual influyen factores genéticos, endocrinos, metabólicos y ambientales. Es claro que, de la población general, solo de un 2% a un 3% de las personas con obesidad tienen como causa alguna enfermedad endocrina como el hipotiroidismo, el síndrome de Cushing, el hipogonadismo y las lesiones hipotalámicas asociadas a hiperfagia; mientras que otros estudios concluyen que el sobrepeso y la obesidad se deben a múltiples factores que inciden en que las personas con dichas alteraciones consuman grandes cantidades de calorías que no alcanzan a gastar.<sup>6,13</sup>

Desde el siglo XX se evidencia que las principales causas del sobrepeso y la obesidad son el consumo de las dietas hipercalóricas y el sedentarismo; es decir, el desequilibrio energético entre las calorías que se consumen y las que se gastan, así como la disminución de la actividad física, producto de un estilo de vida cada vez más sedentario.<sup>6</sup> Socialmente, es poca la motivación que tienen las personas para realizar ejercicio físico y la oferta social de gastronomía en su mayoría es de alimentos ricos en grasas, azúcares y carbohidratos, lo que implica para ellas un consumo elevado de calorías.

Se han identificado como factores relacionados con las conductas poco saludables en personas con sobrepeso y obesidad, el estilo de vida sedentario, el ambiente obesogénico, la ausencia de políticas públicas para el control del sobrepeso y la poca oferta y disponibilidad de programas orientados a la disminución del peso y a la adquisición de conductas de vida saludable. Tampoco se cuenta con servicios de salud en general ni de nutrición en particular, que ayuden a esta población; lo cual agudiza aún más la problemática. Dentro de estos factores hay condicionantes para

la ejecución de conductas no saludables como las rutinas ocupadas por actividades de estudio o trabajo de los adultos jóvenes, que conllevan a una reducción de la actividad física y al consumo de alimentos no saludables y procesados, cuya elección está muy condicionada por la publicidad de los medios de comunicación.<sup>13</sup>

Son el sobrepeso y la obesidad enfermedades que afectan no solo en la adultez, sino que la prevalencia en niños y adolescentes ha aumentado sustancialmente en los últimos años. En los Estados Unidos, el peso promedio de un niño ha aumentado 5 kg en las últimas tres décadas y situaciones similares se presentan en países aún en vía de desarrollo, donde no se termina de superar el problema de desnutrición y ya se carga la balanza hacia tener una importante población infantil con sobrepeso y obesidad.<sup>14</sup>

El incremento de la obesidad en la población adulta en los países en vía de desarrollo y en los desarrollados es un fenómeno influenciado por aspectos sociales como la pobreza y el hambre. Al respecto, del Castillo plantea:

“Su complejidad hoy se conoce como la presencia de la doble carga nutricional, en una Latinoamérica que no ha superado los problemas de la deficiencia, a pesar de haber suscrito un compromiso desde el año 2000 en los Objetivos del Milenio, pero que incorpora, en cambio, los problemas emergentes del exceso, instalados tanto en la población adulta como en la infantil”.<sup>15</sup>

Surge entonces la paradoja de disminuir el hambre y la desnutrición, pero con ello aumentan la obesidad y el sobrepeso en las poblaciones como consecuencia de dietas con un alto contenido calórico, bajas en proteínas y otros nutrientes, lo cual muestra una problemática nutricional de la población que, en muchos de los casos, se refleja en el incremento de la obesidad en diversas partes del mundo.

La obesidad y el sobrepeso se relacionan con la urbanización, la industrialización de las sociedades y la migración de las personas del campo a las grandes ciudades, lo que ocasiona profundos cambios en la dieta. En ello influyen factores como la distribución de alimentos, los precios, los valores de género, los medios de comunicación y comercialización, y los cambios en el ejercicio físico que aumentan la prevalencia de la obesidad. Por otro lado, el mercado de la industria de alimentos procesados no aclara en sus comerciales las contraindicaciones, los efectos ni los componentes de estos alimentos. Actualmente, la industrialización de las sociedades incentiva cada vez menos la movilización de los seres humanos, puesto que se cuenta, por ejemplo, con el automóvil, el metro y las motocicletas, que desmotivan la deambulaci3n y favorecen el sedentarismo. Desde la dinámica laboral también existen cambios que influyen en una vida más sedentaria debido al aumento en la automatización de las actividades laborales, los métodos modernos de transporte y la vida urbana.<sup>1,2,12,16,17</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que, en el año 2014 en el mundo, el 39% de las personas adultas de 18 años o más, tenían sobrepeso y el 13% eran obesas.<sup>4</sup> La prevalencia mundial de la obesidad se multiplicó exponencialmente entre 1980 y 2014. Al respecto, Bastien encontró que, en Estados Unidos, para el año 2010, la prevalencia de obesidad fue del 35,7% y en Canadá fue del 27% en hombres y del 25% en mujeres.<sup>18</sup> Esta misma situación se presenta en el mundo y cada vez aumenta más su incidencia.

En cuanto a la situación en Latinoamérica y el Caribe, cerca del 58% de la población vive con sobrepeso, es decir, 360 millones de personas, solo hay tres países donde el porcentaje de sobrepeso está por debajo del 50% (Haití, Paraguay y Nicaragua) y los que presentan mayor porcentaje son Bahamas (69%), México (64%) y Chile (63%). La obesidad afecta a 140 millones de personas (23%) en la región, las más

afectadas son las mujeres en más de 20 países de América Latina y el Caribe, con tasas 10 puntos porcentuales por encima de los hombres.<sup>19</sup>

En Colombia, uno de cada tres jóvenes o adultos tiene sobrepeso (37,7%) y uno de cada cinco es obeso (18,7%), es decir, el 56,4% de la población colombiana tiene sobrepeso u obesidad, lo cual significa un incremento de 5.2 puntos porcentuales con relación a la encuesta de 2010. El 59.5% de las mujeres y el 52.7% de los hombres tienen sobrepeso u obesidad, incidencia que incrementa con la edad y es más alta en la población de 50 a 64 años. La obesidad es un 2,85% más común en el área urbana que en la rural. El creciente sobrepeso y obesidad conlleva a que la población colombiana esté en un riesgo elevado de sufrir enfermedades asociadas a la obesidad; continúan los múltiples casos de reganancia de peso en la población, incluso después del tratamiento con fármacos o de una cirugía bariátrica.<sup>20,21</sup> En el país las enfermedades crónicas son responsables del 75% de la mortalidad y el 80% de las enfermedades crónicas son consideradas prevenibles y tienen una estrecha relación con la obesidad. En las últimas dos décadas las muertes por enfermedades crónicas prevenibles relacionadas con la obesidad se han triplicado.<sup>22</sup>

En el mundo, el sobrepeso y la obesidad han pasado desapercibido por muchos años y no se les ha brindado la atención necesaria en el sistema de salud, con el agravante de que el tratamiento farmacológico es escaso (en el momento, en Colombia hay una sola alternativa de este tipo), lo que deja la intervención quirúrgica como la última y casi única alternativa, con los múltiples efectos que esta acarrea; siendo compleja en sí misma como tratamiento, ya que por sí sola no lograr curar la obesidad y requiere acompañamiento de por vida de conductas que garanticen el mantenimiento de la pérdida del peso.

Andrade concluye en su estudio que la falta de modelos de salud integral para el cuidado de las personas con sobrepeso y obesidad es un factor que complica aún más el problema de la obesidad;<sup>23</sup> ya que existen, además de las barreras percibidas por los adultos para la realización de la actividad física, la falta de información acerca de los beneficios, de apoyo de las familias y de espacios como centros de salud y gimnasios para adultos (esencialmente los mayores). Todo ese panorama ocasiona una baja adherencia de los pacientes a los programas que se tienen diseñados. Ramos concluyó en su estudio que la adherencia al tratamiento es un proceso complejo que requiere de continuar con educación en salud a la población, y a los profesionales del área, mayor investigación y el diseño de estrategias que permitan mejorar las redes de apoyo, así como vincularlo con una participación activa y responsable en la construcción y ejecución de su tratamiento.<sup>24</sup> Y son las personas conscientes de que deben mejorar sus hábitos, pero como esperan resultados a corto plazo y tienen influencias externas que no permiten la adquisición de las conductas saludables, se desmotivan fácilmente.<sup>13</sup>

La obesidad como enfermedad crónica es un problema de salud que altera la parte física y la salud mental, los que genera la necesidad de tratamientos (en estos momentos con unas alternativas muy reducidas y poco efectivas) para combatir la enfermedad. Hasta el 2010, se contaba con la sibutramina como fármaco para el tratamiento de la obesidad, pero debido al incremento en un 16% del riesgo cardiovascular la Europa Medicines Agency (EMA, por su sigla en inglés), recomendó no continuar con el uso de dicho medicamento para el tratamiento de la obesidad, ya que los riesgos superaban los beneficios.<sup>25</sup> Desde ese momento, en Colombia se cuenta con el orlistat como único tratamiento farmacológico aprobado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos (INVIMA) para la obesidad, el cual está indicado en personas con índice de masa corporal (IMC) > 30 Kg/m<sup>2</sup> y siempre como complemento de una dieta hipocalórica. Este medicamento altera la absorción de la grasa por inhibición de la enzima lipasa pancreática y se describen como efectos adversos la incontinencia fecal, la diarrea, el goteo oleoso, la

flatulencia y el dolor abdominal <sup>26,27</sup> estos efectos secundarios son responsables, en gran medida, del abandono del tratamiento por parte del paciente, máxime cuando continúa con la ingesta de alimentos ricos en grasas que hacen que se produzcan con mayor frecuencia y severidad. La autorización de este medicamento por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) no se hacen de manera constante y oportuna por ser un medicamento no incluido en el plan básico de beneficios (PBB), por lo que precisa del trámite ante el Comité Técnico Científico (CTC) del formulario MIPRES, lo que ocasiona que las personas se desmotiven y deserten de dicho tratamiento.

La alternativa de tratamiento quirúrgico de la obesidad se indica en personas con  $IMC \geq 40 \text{ Kg/m}^2$  o en personas con  $IMC$  de 35 a  $39.9 \text{ Kg/m}^2$  asociado a comorbilidad. Existen unas contraindicaciones absolutas desde el punto de vista psiquiátrico como los trastornos de personalidad, los trastornos bipolares, el retardo mental, la dependencia a sustancias psicoactivas, entre otros.<sup>26</sup> La Asociación Colombiana de Cirugía Bariátrica define la cirugía bariátrica así:

“La palabra Bariátrica procede del griego BAROS que significa peso y IATRICS que significa tratamiento, por lo tanto, la Cirugía Bariátrica se define como el conjunto de procedimientos quirúrgicos diseñados con la intención de perder peso y mejorar las enfermedades asociadas. Dichos procedimientos quirúrgicos se han enfocado en modificar anatómicamente el tracto digestivo con el objetivo de producir restricción a nivel del estómago y disminución de la absorción a nivel del intestino”.<sup>28</sup>

Se definen como complicaciones de la cirugía bariátrica: la estenosis de la anastomosis, la dilatación del tubo gástrico, el reflujo gastroesofágico, las deficiencias nutricionales, la obstrucción intestinal y la coledolitiasis.<sup>28</sup> Barros encontró que

“Hubo una reducción en el índice de masa corporal ( $47,2 \pm 6,8 \text{ Kg/m}^2$  en el preoperatorio y  $31,3 \pm 5,0 \text{ Kg/m}^2$  después de la cirugía,  $p < 0,001$ ). La comorbilidad que tuvo una resolución más alta fue la hipertensión ( $p < 0,001$ ) y las principales

complicaciones fueron la caída del cabello, la hernia incisional y colelitiasis. La cirugía proporcionó pérdida de peso satisfactorio y la mejora de las comorbilidades asociadas, así como la calidad de vida”.<sup>9</sup>

En los Estados Unidos, en 1998, se realizaron 12775 procedimientos bariátricos; y en los últimos tiempos, más de 200000 por año. Todos los tipos de cirugía bariátrica implican restricción del espacio para la ingesta de comida, por lo que la intervención de enfermería debe encaminarse a educar en cuanto a hábitos que promuevan la ingestión de alimentos saludables y adecuados en cantidad para los individuos.<sup>29</sup> Tras la cirugía bariátrica existen múltiples necesidades de cuidado que van más allá del contexto hospitalario y que implican para el equipo de salud, especialmente para enfermería, intervenciones de promoción de la salud encaminadas a lograr que la persona elija una dieta adecuada y realice actividad física, sin omitir el control de las otras comorbilidades y las conductas relacionadas con el manejo del estrés, la espiritualidad y las relaciones con las demás personas, ya que todo este conjunto permitirá tener personas más sanas desde lo físico, lo psicológico y lo social; asimismo, la autora plantea la importancia, para enfermería, de la investigación en esta área para contribuir a enriquecer el cuidado a las personas sometidas a cirugía bariátrica.<sup>30</sup>

En el contexto local se evidencia como las instituciones cada vez más disminuyen o no instalan programas de salud orientados a la atención integral de la persona adulta con sobrepeso y obesidad. Cuando se busca en las plataformas virtuales de las principales EAPB del departamento de Antioquia, sobre la oferta de programas para el control del peso en sus usuarios y específicamente, se encuentra que solo dos tienen un programa educativo e interdisciplinario para la atención de personas adultas con obesidad; sin embargo, en todas las EAPB se encuentra que tienen con alguna IPS del nivel básico el programa de riesgo cardiovascular, en el cual se dan indicaciones de conductas saludables para el control de las enfermedades de base

como la hipertensión arterial (HTA), la diabetes mellitus (DM), la dislipidemia, entre otras.

Posterior a la revisión bibliográfica realizada para la elaboración del estado del arte de esta investigación, en el periodo de tiempo comprendido entre 2012 y 2016, donde se encuentra un vacío en el contexto colombiano y latinoamericano en relación con la investigación de cuidado al adulto con sobrepeso y obesidad, la mayoría de estudios son desde la medicina, desde otras disciplinas son incipiente y más aún desde enfermería, si bien hay algunos programas de salud enfocados en disminución de peso, no se ha escrito en el ámbito nacional y municipal sobre la descripción de su población, las conductas de salud, las opciones de cuidado y tratamiento que se ofrecen, el rol del profesional de enfermería y el impacto que se obtiene con las intervenciones desarrolladas al interior de sus programas en las personas que padecen obesidad y sobrepeso.

### **1.3 Pregunta de investigación**

Al indagar por la complejidad del sobrepeso y la obesidad en la actualidad, la profesión de enfermería y otras disciplinas del equipo de salud deben desarrollar investigaciones que logren aportar en esta área. La presente investigación tiene como pregunta:

¿Cuáles son las conductas de salud de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud?

## 1.4 Justificación

Los avances en el estudio de la obesidad como enfermedad crónica han despertado el interés en el tratamiento y cuidado de las personas que la padecen. Conocer la fisiología desde el metabolismo del adipocito, corroboró el carácter patológico de la obesidad, puesto que se habían ignorado las etapas iniciales de la enfermedad y las pocas intervenciones de salud se realizaban cuando las personas estaban en sobrepeso, obesidad moderada o severa. Y llegando a la conclusión que hoy los programas que atienden ésta población deben tener un marco teórico no desde la enfermedad sino desde la promoción de estilos de vida saludable que le permitan al individuo empoderarse de la gestión de su salud. Actualmente, tanto el sector salud como los investigadores visualizan el sobrepeso y la obesidad como factores de riesgo y como enfermedades dentro del panorama de atención en salud. El derecho a la atención en salud implica que las instituciones de salud tomen el sobrepeso y la obesidad como enfermedades que, exponencialmente, afectan a la población y pueden ser evitables si se hace una educación en salud a las comunidades y una orientación hacia el empoderamiento en la ejecución de conductas de vida saludable.<sup>6</sup>

En Colombia, la Ley 1355 de 2009<sup>31</sup> determina que la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles que se le asocian son prioridad en salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y detección. En la Guía de Atención Integral Obesidad <sup>26</sup> se encuentra que, en Colombia, la obesidad es un evento prioritario de salud pública y de las Instituciones Prestadoras de Salud de primer nivel, las cuales tienen la responsabilidad de detectar tempranamente las personas con problemas de sobrepeso u obesidad mediante actividades relacionadas con la información, la educación, la comunicación, la demanda inducida, las redes de apoyo y las actividades individuales de tratamiento y rehabilitación. En cuanto a lo local, la ciudad de Medellín con el Acuerdo 029 de 2017 <sup>32</sup> adopta, consolida y

articula programas, proyectos y acciones para el control, prevención y atención del sobrepeso y la obesidad en la ciudad, en este se establecen responsabilidades a las diferentes secretarías y entes públicos garantizando una intervención intersectorial y busca la participación de las Secretarías de Salud, Educación, Inclusión Social, Familia y Derechos Humanos, Cultura, Desarrollo Económico, Seguridad, entre otras quienes deben desde su accionar estimular en la población las conductas de vida saludables, enfocadas desde la alimentación saludable y balanceada, la actividad física, acompañamiento psicológico, familiar y social y un componente de comportamiento y cultura ciudadana.

A través de los años, la promoción de la salud ha evolucionado en búsqueda de dar mayores respuestas a necesidades de la población, considerada en sus inicios como una medida para brindar educación en salud y el desarrollo de habilidades en la población para la participación,<sup>33</sup> luego se conceptúa como un trabajo educativo y de capacitación a las comunidades en cuestiones relacionadas con la conservación de la salud<sup>34</sup> la equidad sanitaria, cuya acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial.<sup>35</sup> Esto requiere que las personas tengan acceso a la información y a programas de salud que les permita el desarrollo de actitudes, aptitudes y capacidades para la gestión y búsqueda de recursos para el mantenimiento de su propia salud, con un adecuado acompañamiento del estado y sus diversos sectores. Posteriormente se amplía la visión de la promoción de la salud hacia el empoderamiento individual y colectivo de la salud y la importancia de los ambientes favorables para la salud<sup>36</sup>

A través de estrategias fundamentadas en la promoción de la salud puede aportarse al logro de la salud de las personas con sobrepeso y obesidad en el mundo. A partir de esta propuesta puede lograrse el diseño de intervenciones en salud enfocadas

en las personas con sobrepeso y obesidad, en el reconocimiento del papel esencial que cumple la interacción de diferentes entidades de los sectores público y privado en el mantenimiento de las condiciones de salud de la población, y en la importancia del diseño e implementación de políticas públicas para mejorar las condiciones nutricionales y de actividad física en las poblaciones, la educación en salud que se brinda en las instituciones desde la formación escolar y las empresas; así como darle relevancia a la salud mental y a la participación y la autogestión que tiene la persona de su propia salud.<sup>37</sup>

La modificación de hábitos de vida hacia unas conductas promotoras de salud, no es una tarea fácil para la población en general, ya que es un proceso que requiere de aprendizaje, acompañamiento y asesoría de personal cualificado que motive y guíe a las personas en la toma de decisiones que mejoren sus condiciones de salud. Se ha encontrado que las personas que asisten a programas de salud orientados desde las conductas promotoras de salud, tienen reducciones significativas de peso con la intervención brindada por profesionales de la salud en cuanto a nutrición, actividad física y apoyo psicológico; tienen una mayor adherencia al programa, y realizan ajustes en su alimentación y se preocupan por su condición.<sup>13,38</sup> Identificar y analizar las conductas de salud de las personas con sobrepeso y obesidad es importante para comprender los múltiples factores que influyen en estas alteraciones de salud tan complejas y poder diseñar programas de atención integral, acompañados de un grupo interdisciplinario que oriente programas más pertinentes y efectivos a partir de las necesidades y las realidades de las personas.

En las personas con obesidad sometidas a cirugía bariátrica, el profesional de enfermería debe centrarse en educar, motivar y asesorar, para que puedan modificar sus conductas de salud durante las etapas pre y posquirúrgicas, ya que de esto dependerá, en gran medida, el impacto en la reducción de peso que pueda obtenerse y, sobre todo, que logre mantener esa pérdida de peso en el tiempo. Esto, igualmente, incide positivamente en su calidad de vida, lo que se evidencia en un

estudio que reporta mejoras en la calidad en un 94,6% de las personas participantes que fueron intervenidas por cirugía bariátrica.<sup>8,39</sup>

Contemplando a la persona con sobrepeso y obesidad, desde las diferentes esferas que contemplan al ser humano, se pretende mejorar la condición de salud física, porque al conocer los aspectos más débiles en cuanto a conductas de salud, se centrará la intervención en mejorar la modificación de dichas conductas, lo cual llevará a la pérdida de peso, con menor riesgo de complicaciones y de enfermedades asociadas, lo cual impactara a su vez la salud mental y la parte espiritual, además, con mejoría de su vida familiar, laboral y social.

El desarrollo de estudios cuyo enfoque teórico se orienta por algunos planteamientos de la promoción de la salud, permiten a los profesionales de enfermería el diseño de planes de cuidado acordes con las necesidades de las personas con sobrepeso y obesidad, las estrategias de promoción de la salud a nivel individual logran que las intervenciones de enfermería logren influir en la pérdida de peso y la adopción de conductas de salud, ya que son la única alternativa que garantiza la estabilización del peso a largo plazo y evita la reganancia y las complicaciones derivadas.

En cuanto al papel de la enfermería en la promoción de conductas de la salud, Pender<sup>40</sup> aporta que, desde esta visión holística del ser humano, se promueven condiciones para mejorar y facilitar la salud de los individuos y las comunidades, con el acompañamiento de un equipo de salud y la implementación de estrategias que lleven al empoderamiento de las poblaciones sobre su situación de salud. Se logra realmente así un impacto, cuando se trasciende la definición de salud como la ausencia de enfermedad (muy arraigada a la medicina tradicional) en un modelo curativo y de perspectiva biológica, a una definición multidimensional que incluya la preocupación por las dimensiones social, económica, cultural y ambiental del individuo y su comunidad.

Para brindar cuidado de enfermería de las personas con sobrepeso y obesidad desde una mirada integral y de promoción de conductas de salud, el tiempo de atención durante la consulta debe ser suficiente para realizar una escucha capaz de capturar los sentimientos, deseos y percepciones; pero asimismo debe haber un intercambio de conocimientos sobre la enfermedad y su cuidado, para determinar medidas de abordar los problemas de esa persona y enfocar la terapia hacia las dificultades y necesidades reales de la persona, con la consecuente mejoría de la adherencia a los tratamientos y para, finalmente, obtener el resultado de optimizar las pérdidas de peso.<sup>41</sup> La profesión de enfermería tiene un gran reto desde la educación a la persona con sobrepeso y obesidad y su familia, ya que dicha alteración de la salud requiere de una presencia activa desde el cuidado en la prevención, el tratamiento y la rehabilitación; pero, especialmente desde la promoción de conductas de salud, a través de programas estructurados de modificación de conductas y dirigido por profesionales especializados en el tema de obesidad, estudios como el de Crowe<sup>42</sup> evidencian que personas con obesidad que asisten a programas dirigidos profesionales de enfermería y equipos interdisciplinarios obtuvieron significativas mejoras en medidas antropométricas y metabólicas. No se puede, sin embargo, desconocer que por tratarse el sobrepeso y la obesidad de enfermedades multicausales, dichos programas deben tener un enfoque interdisciplinario y centrado en la persona, deben ser planificados previamente y coordinados para realizar cuidados de enfermería seguros y de alta calidad; es por ello que siempre el tratamiento para el sobrepeso y la obesidad, ya sea quirúrgico, farmacológico o no farmacológico, debe estar guiado o asesorado por un equipo interdisciplinario, que logre identificar el grado de percepción que tienen las personas sobre su enfermedad para poder tener un cuidado integral de sus necesidades y buscar siempre conseguir el interés y la participación activa de ellas y sus familias para desarrollar aprendizajes que les permitan aumentar las posibilidades de éxito al modificar o adquirir conductas saludables, disminuir de peso y mantener su salud.<sup>43,44</sup>

Como se mencionó, los objetivos del cuidado de enfermería no solo debe centrarse en la persona con tratamiento quirúrgico, sino en todo aquel que tenga problemas de peso, donde se debe guiar y asesorar todo el proceso del tratamiento para poder lograr objetivos de reducción de peso y mejorar con ellos las condiciones de vida de dicha población; por lo tanto, enfermería es el eje del tratamiento interdisciplinario, es quien debe reforzar indicaciones y detectar, en la persona y en su entorno, posibles factores que no permitan seguir las indicaciones dadas por todos los profesionales; igualmente, debe potencializar los factores que favorecen la adquisición de dichas conductas.

El presente estudio pretende aportar en la disminución de brechas existentes entre la teoría y la práctica en relación con el cuidado brindado a la población con sobrepeso y obesidad. Se espera que los resultados permitan a las instituciones de salud diseñar y mejorar programas de cuidado a las personas con sobrepeso y obesidad para que tengan un mayor impacto en la salud de los usuarios. Que se logren llevar programas enfocados en las necesidades de las personas que necesitan perder peso.

En relación a la Enfermería este estudio pretende aportar en el ejercicio de la práctica profesional tanto en el área de promoción de la salud como en el tratamiento y rehabilitación de dicha población, además en la elaboración de protocolos y guías de cuidado; se espera que el presente trabajo se convierta en un factor motivante para que la investigadora y otros investigadores desarrollen una línea de profundización en el área y que se establezca como prioridad una línea de investigación dentro del cuidado a personas con enfermedades crónicas a las personas con sobrepeso y obesidad basada desde la investigación en el campo de la promoción de la salud, que se centra desde la intersectorialidad y la unicidad del ser humano y no solo en bases clínicas y de laboratorio, que fragmentan al ser

humano, se deben generar estrategias en las que se permita que la persona sea quien decida sobre su propia salud para poder generar autoeficacia y es por ello, que desde el conocer las conductas de salud de las personas con sobrepeso y obesidad, permitirá que se orienten las intervenciones de enfermería con estrategias que sensibilicen, empoderen, motiven y fortalezcan conductas de salud para mantener la misma.<sup>45</sup>

En cuanto a la institución de salud, el estudio permitirá disminuir en la población los riesgos asociados al sobrepeso y la obesidad, pues las estrategias que se implementen tendrán una base más certera de las conductas de dicha población, por lo cual, generarán un mayor impacto. Para el sistema de salud se generara también un aporte, ya que, al disminuir los riesgos, las posibles complicaciones que se asocian con el sobrepeso y la obesidad tienden a disminuir y se minimizarán los recursos económico, humano y tecnológico que se necesitan para tratarlas.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo general**

Determinar las relaciones entre los factores sociodemográficos, clínicos y educativos con las conductas promotoras de salud de los adultos con sobrepeso u obesidad que asisten a un programa de salud.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar a través del cuestionario Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP II) (*Adult version*), las conductas de salud de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud.
- Describir las variables sociodemográficas, clínicas y educativas de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud.
- Relacionar las conductas de salud y las variables sociodemográficas, clínicas y educativas de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud.

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1 Personas con sobrepeso y obesidad

El sobrepeso y la obesidad en los adultos son condiciones que vienen en aumento en los últimos años en el mundo, que implican grandes impactos en la persona, en las familias y en la sociedad, en los escenarios sociales y en las instituciones de salud, y que ponen a las personas que la padecen en una condición de vulnerabilidad ante la discriminación, el rechazo, la pérdida de sus roles y la enfermedad.

Se definen el sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa en diversos sitios y órganos del cuerpo, que implica el aumento de peso corporal por encima de índices normales y cambios importantes en el metabolismo; lo cual es perjudicial para la salud. Además, son enfermedades crónicas, progresivas e incurables, que se caracterizan por el acúmulo exagerado de tejido graso, que resulta de la afectación de múltiples factores ambientales, genéticos y emocionales que conllevan a diversas enfermedades asociadas. La obesidad se caracteriza por la acumulación de un mayor contenido de grasa corporal en la persona; según su magnitud y su ubicación topográfica determinan riesgos de salud que limitan las expectativas y la calidad de vida de las personas y sus familias.<sup>2,4,7</sup>

El sobrepeso y la obesidad están determinados por un IMC de 25 Kg/m<sup>2</sup> o más, el cual es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla, que se calcula dividiendo el peso de la persona en kilogramos por el cuadrado de la talla en metros (Kg/m<sup>2</sup>); de acuerdo al resultado de la operación, se clasifica en sobrepeso un IMC

entre 25 y 29,9 y cuando dicho valor es igual o superior a 30 se denomina obesidad.<sup>2,4,37</sup>

La obesidad y el sobrepeso no sólo es una enfermedad que altera la parte fisiológica y metabólica del ser humano, sino su integralidad. Alteran además la calidad de vida de las personas que las padecen, la cual está entendida por Ardila como: “Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Tiene aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es aquella sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye aspectos como la intimidad consigo misma, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la percepción de la salud. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y los niveles de salud”.<sup>46</sup> La calidad de vida del paciente con sobrepeso y obesidad se ve afectada, según Magallares,<sup>47</sup> por la discriminación en diferentes ámbitos de su vida; incluyendo el sanitario, donde los profesionales de la salud tienen creencias negativas sobre los pacientes con obesidad; desde lo laboral hay imaginarios de que estos pacientes son más lentos y torpes, por lo que no pueden competir en las mismas condiciones en los procesos de selección, se ve en el ámbito escolar y en las relaciones interpersonales donde se contempla que, incluso para la elección de pareja, generan estigmas el sobrepeso y la obesidad y se observa entonces un aislamiento social para evadir comentarios y burlas de las cuales son objeto.

El sobrepeso y la obesidad para la persona que las padecen, tienen una estrecha relación con una serie de trastornos mentales como la ansiedad, la depresión y los trastornos de la conducta alimentaria. Los trastornos de alimentación más frecuentemente asociados a la obesidad son los no especificados como el trastorno por atracones, el síndrome del comedor nocturno y la bulimia nerviosa. El trastorno por atracones se caracteriza por un patrón de comportamiento alimentario alterado,

en el cual se presentan episodios recurrentes de alimentación compulsiva; durante estos, las personas realizan ingestas en mayor cantidad y más voraces de lo que cualquier persona comería normalmente; como característica especial, la persona experimenta la pérdida de control sobre la ingestión de alimentos; en un atracón se pueden ingerir grandes cantidades de calorías. Queda claro que los trastornos emocionales y el padecimiento de enfermedades mentales de la persona influyen importantemente en el tratamiento de la obesidad. En este aspecto, otros factores como la personalidad, la impulsividad, el estrés, la ingesta compulsiva, los aspectos cognitivos y neuropsicológicos son conductas que inciden sobre el peso y los aspectos comportamentales como la sobreingesta y el sedentarismo.<sup>48,49,50</sup>

Frente a los fenómenos complejos que vive la persona con sobrepeso y obesidad, y su familia, el cuidado de enfermería ofrece estrategias y mecanismos que ayudan a modificar o adquirir conductas saludables para recobrar su salud de manera integral y afrontar la enfermedad y sus complicaciones cuando ya esta ha hecho parte de su vida.

### **3.2 Cuidados de enfermería a la persona con sobrepeso y obesidad**

La experiencia de vivir con sobrepeso y obesidad es compleja para la persona y su familia, lo cual plantea al profesional de enfermería grandes retos en el cuidado de ésta persona. Para el presente trabajo se sustenta la definición de cuidado desde la visión filosófica de interacción recíproca planteada por Fawcett; desde ésta el ser humano es visto como un ser holístico; las partes que lo integran se consideran solamente en el contexto del todo; es interactuante se ve como una entidad integrada, organizada y no reducible a partes discretas. Aun cuando las partes se reconocen, solamente tienen significado dentro del contexto de la persona total.

Los seres humanos son activos y las interacciones entre ellos y sus ambientes son recíproca y buscan el desarrollo de comportamientos para el mantenimiento de la salud. A veces los cambios en su vida y comportamientos son continuos; otras veces el cambio ocurre solamente para facilitar la supervivencia. El cambio del comportamiento ocurre a través de la vida como resultado de múltiples factores dentro del individuo y dentro del ambiente donde se desarrolla, por lo cual los comportamientos en salud deben ser analizados por los profesionales de manera más amplia. El cuidado desde ésta perspectiva debe ser íntegro e incluir aspectos de gran relevancia para la persona, como son: las creencias, los valores, los temores, los intereses, los gustos, las experiencias y los aprendizajes previos para que, a partir de la individualidad, se logre con esa persona concertar y construir un plan de cuidado acorde con sus expectativas, motivaciones y necesidades para que, finalmente, lleve a la modificación de conductas que desencadenarán en el mejoramiento de la salud. <sup>51,52</sup> Desde esta visión, se pretende comprender que la persona con sobrepeso y obesidad es un sujeto activo en su proceso de cuidado y que para que la persona logre el cambio, el profesional de enfermería debe contemplar que la realidad de ella es multidimensional, que no solo depende de la persona, sino también del contexto en el cual se desarrolla.

De igual manera, una vez conocido lo complejo de la problemática que vive la persona con sobrepeso y obesidad dentro de la sociedad y los servicios de salud, es clara la importancia de la participación del profesional de enfermería y de un equipo interdisciplinar e intersectorial, que pueda dar atención a la problemática que viven las personas y su familia. Sin embargo es importante de igual manera, resaltar el papel fundamental que tiene la persona como individuo en el desarrollo de conductas de promoción de la salud, por lo que se retoman algunas orientaciones normativas y teóricas desde la estrategia de promoción de la salud; es a través del cuidado, visto como un acto, que si se mantiene en el tiempo, va a instaurar conductas promotoras de salud, se lograra en la población el bienestar. <sup>53</sup>

En el presente trabajo se retoma la definición de cuidado de enfermería que orienta la atención de las personas con sobrepeso y obesidad, es importante partir de la definición de cuidado que tienen la legislación en Colombia y algunas propuestas de teóricas de la disciplina, las cuales permiten al profesional comprender la importancia de un enfoque teórico que oriente las intervenciones desde la promoción de la salud.

La Ley 266 de 1996,<sup>54</sup> en su artículo 3º, dice que la Enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar. Tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona. Su práctica debe fundamentarse en conocimientos sólidos y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas y en sus propias teorías y tecnologías.

Pender<sup>40</sup> plantea que la enfermería orienta sus acciones hacia el fomento de la promoción de la salud de las personas, los grupos, las familias y comunidades que cuida; ya que la enfermera es importante frente a la motivación para que las personas realicen un reconocimiento de la gestión de su propia salud y reconozcan la importancia de esta en su propia vida. Pender en su modelo propone al profesional de enfermería tener una visión holística de los individuos y una comprensión integral de las necesidades y los recursos sociales que requiere para la satisfacción de las necesidades de salud, no solo desde los requerimientos biológicos, sino sociales, emocionales, espirituales y educativos. Su teoría del *Modelo de Promoción de la Salud* postula que la naturaleza de las personas es multifacética en su interacción con el entorno, cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza que es importante durante el cuidado identificar el nexo

entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con las conductas de salud que se pretenden lograr, para que la enfermera identifique las respuestas y las formas como las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud, puesto que las enfermeras son educadas para preocuparse por las personas en el contexto cultural individual y comunitario. Pender proyecta las intervenciones del cuidado de enfermería hacia el fortalecimiento de las condiciones de salud de los individuos, los entornos laborales, las familias y las comunidades.<sup>55</sup>

De acuerdo con los factores multifactoriales implícitos en la problemática del sobrepeso, la obesidad y las necesidades complejas de las personas que la padece, la humanización del cuidado en los programas de pérdida de peso es prioritaria, por lo que algunos supuestos de la teoría de J. Watson se retoman para una mejor comprensión del concepto de cuidado y de salud de las personas sujetos de estudio de la presente investigación. De acuerdo con Watson,<sup>56</sup> el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona. Por ello, es de vital importancia en la profesión de enfermería el contacto con las otras personas, puesto que a través de las interacciones que se establecen en esas relaciones enfermero-paciente, enfermero-comunidad, enfermero-familia, es posible brindar cuidado basado en relaciones terapéuticas, centradas en la genuinidad y la sinceridad, que le permitan a la persona cuidada la expresión de sus sentimientos y solicitar la ayuda para mejorar la comprensión y la eficacia del cuidado de su salud. A través del cuidado basado en la humanización y la compasión se logra la empatía con la persona con sobrepeso y obesidad, para generar las estrategias necesarias para el mejoramiento y mantenimiento de las conductas de salud que le permitirán perder peso y compartir con el profesional de enfermería sus necesidades, las barreras y los logros o fracasos que tienen en la gestión de su propia salud.

Es claro que para el cuidado de las personas con sobrepeso y obesidad, el profesional de enfermería debe diseñar programas basados en el cuidado integral con un enfoque desde la salud y no desde la enfermedad; al respecto, pensadoras como Colliere<sup>57</sup> en relación al cuidado, proponen que cuidar es una serie de actos de vida cuya finalidad y función es mantener a los seres humanos vivos y sanos, y para ello se deben asegurar las necesidades individuales, familiares, grupales y comunitarias de la persona, quien en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud. El cuidado de las personas representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida; de tal forma, el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad) que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

En el contexto colombiano, investigadoras como Rincón,<sup>58</sup> mencionan que el cuidado de enfermería debe tener la acción participativa del cuidador y la persona cuidada y por ello se requiere de una relación intersubjetiva y empática, es decir, que en esa relación de cuidado se debe dar un crecimiento que trascienda lo personal y busque la reciprocidad; y es por ello que no se puede ver a la persona con sobrepeso y obesidad simplemente como un sujeto al cual se le dan órdenes y recomendaciones, sino hacerlo partícipe de su cuidado y empoderarlo de sus decisiones para que conscientemente tome las decisiones con relación a sus conductas de salud. Propone además que la promoción de la salud como una estrategia colectiva e intersectorial, permite al profesional de enfermería hacer un análisis y reconocimiento de la cotidianidad de las comunidades y la participación activa de las personas en la gestión de su propia salud, puesto que son ellos quienes conocen y pueden llegar a visualizar soluciones que mejoren las condiciones que favorecen el sobrepeso y la obesidad o incluso promover y motivar el mantenimiento de las condiciones que son óptimas para mantener la salud en las comunidades. El cuidado de enfermería desde los planteamientos de la promoción de la salud logra

que la persona promueva y eleve el nivel de vida, con una participación política en la toma de decisiones y de gestión de su salud más activa. La promoción de la salud como estrategia debe ser orientadora del cuidado en cualquier nivel de complejidad de atención del sistema de salud y en los diferentes escenarios donde se desarrolla el ser humano, ya que al verse a la persona de manera integral en la interacción con el medio, se presentan modificaciones en ambos y es claro que no debe confundirse con el tema de la prevención. La prevención primaria enfatiza sobre la protección de la salud y el control de los factores de riesgo, es decir que se centra en algunos grupos poblacionales que están expuestos a ciertos riesgos y su objetivo es evitar que enfermen. Desde ahí, se puede decir que la prevención trabaja controlando las posibilidades negativas, mientras que la promoción se enfoca en las posibilidades positivas de la vida cotidiana para mantener la salud.

Visto el cuidado desde un paradigma centrado en la salud es importante conocer cómo los Gobiernos, las comunidades científicas y, en particular algunas disciplinas como la enfermería, se han venido preocupando por un enfoque del cuidado y la atención desde la Promoción de la Salud. Algunos gobiernos y entidades como la OMS, después de los análisis en relación con la salud de los pueblos, han emitido algunas cartas que orientan al sector salud, a los gobiernos y a los profesionales al desarrollo de programas basados en la salud. En este sentido, la enfermería ha evolucionado en el concepto de cuidado no centrado en la enfermedad y la atención de los aspectos biológicos, sino en la promoción de la salud, por lo cual surge la escuela de promoción de la salud. Sus representantes Allen M y Pender N., proponen teorías que en el mundo han orientado desde hace algunas décadas el desarrollo de políticas, la prestación de los servicios de salud, el desarrollo de programas y currículos centrados en la salud logrando dilucidar la importancia del individuo y la familia en el mantenimiento de la salud como un bien social e individual.

### 3.3 Promoción de la salud

En el desarrollo histórico del concepto de promoción de la salud, se ha trasegado por definiciones que buscan dar respuesta y mejoras las condiciones para establecer oportunidades de vida y desarrollo en los seres humanos. Desde Alma Ata <sup>33</sup> en 1978, se ha buscado ese estado completo de bienestar físico, mental y social, trascendiendo lo comúnmente conocido como salud que era la ausencia de enfermedad y es por ello que la promoción de la salud es tomada como una medida educativa y de desarrollo social, por ello se planteó la necesidad de la articulación de diferentes sectores como la educación, la agricultura, la industria, la vivienda, entre otros, que aporten al estado de bienestar de la población.

El concepto de promoción de la salud es un eje teórico fundamental del presente estudio, ya que es a través de esta estrategia, como los profesionales podrían encontrar un camino hacia el mejoramiento de las condiciones de salud de los individuos y las comunidades con sobrepeso y obesidad; igualmente, es un concepto que permite a enfermería comprender la importancia de la participación individual e intersectorial en el desarrollo del empoderamiento y concientización que la persona y su familia tienen hacia la gestión de su salud y el logro de conductas saludables. Es fundamental recalcar que este trabajo pretende resaltar el papel del individuo en el desarrollo de conductas de salud; por lo tanto, retoma la propuesta teórica de Pender N que, en este sentido, se pronuncia e intenta evidenciar el punto en el que algunas cartas resaltan la importancia que tiene la persona en la promoción de la salud.

La carta de Ottawa<sup>35</sup> plantea que la promoción de la salud es una estrategia de la salud que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, es brindar estrategias que generen el empoderamiento que conlleve a la gestión individual y colectiva de

las conductas promotoras de salud. Las personas solo alcanzarán su plena salud potencial, cuando sean capaces de asumir el control de lo que determina su estado de salud, es decir, que puedan ejercer una conducta razonada. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente y se requiere de la acción de las personas, asumiendo sus conductas como individuo, pero también como familia y comunidad. Dicha Carta plantea que la salud es la fuente de riqueza de la vida cotidiana, es decir, que la salud no se ve solo como la ausencia de enfermedad y, por lo tanto, la promoción de la salud no solo le concierne al sector salud, sino que es un interés intersectorial, puesto que implica la atención de todos los sectores donde se desenvuelve el ser humano. Se establece entonces que los requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la renta, la equidad, la alimentación, la justicia social y un ecosistema estable. Por lo tanto, las acciones para mejorar la salud deberán estar basadas en estos requisitos.

Se concluye que la intersectorialidad se da entre los sectores sanitario, económico y político con el gobierno, la industria y los medios de comunicación, los cuales son esenciales para proporcionar las condiciones para favorecer la participación activa de las comunidades en la promoción de la salud; esto implica la elaboración de una política pública, donde la salud integral y el desarrollo de los ciudadanos sea el fin en todos los sectores y en todos los niveles de la atención. La intersectorialidad es la acción coordinada que lleva a practicar una política sanitaria y social que permita una mayor equidad con la asignación de recursos. La acción conjunta de todos los sectores contribuye a asegurar la existencia de bienes y servicios sanos y seguros, una mayor higiene de los servicios públicos y de un medio ambiente más grato y limpio.<sup>35</sup>

La conferencia de Adelaida <sup>34</sup> en 1988 continua con el concepto de promoción de la salud que surgió en Alma Ata y Ottawa, como un trabajo educativo y de capacitación a las comunidades en cuestiones relacionadas con la conservación de la salud, pero además, la necesidad de generar políticas públicas en vía de la salud pública, la equidad, el desarrollo, la responsabilidad por la salud, la salud de las mujeres y la nutrición. En la Conferencia de Sundsvall<sup>36</sup> en 1991 se amplía la visión de la promoción de la salud hacia el empoderamiento individual y colectivo de la salud y la construcción de alianzas para generar ambientes más favorables para la salud. En Yakarta<sup>59</sup> en 1997 se define que la promoción de la salud es un elemento esencial para el desarrollo de la salud, permitiendo a las personas el control sobre su salud para mejorarla, a través de inversiones y acciones, actúa sobre los determinantes de la salud para crear la mayor ganancia para la gente, contribuir significativamente a la reducción de las desigualdades en salud, asegurar los derechos humanos y construir un capital social; en esta conferencia se plantea que la meta final es incrementar la expectativa de salud y reducir las diferencias en la expectativa de salud entre países y grupos.

En la V Conferencia Mundial<sup>60</sup> desarrollada en México en el año 2000, plantea que la promoción de la salud debe contemplar aspectos culturales propios de cada lugar y considera cinco prioridades a trabajar: promover la responsabilidad social por la salud, ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo, consolidar y ampliar las alianzas en pro de la salud, aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud y asegurar una infraestructura necesaria para la promoción de la salud. En el año 2005 en la Carta de Bangkok<sup>61</sup> donde se establece la promoción de la salud en un mundo globalizado, centrándola como un derecho humano fundamental para el disfrute del mayor grado de salud posible sin discriminación alguna.

Al respecto, la OMS<sup>62</sup> plantea que en la promoción de la salud es importante que las personas tengan un mayor control de su propia salud y para ello existe una amplia gama de intervenciones desde los ámbitos social y ambiental destinadas a

beneficiar y proteger la salud y no centrarse solo en curar y tratar las enfermedades. Pero igualmente propone que el individuo debe estar apoyado por los estados y los diversos sectores para lograr apropiarse de acciones que le permitan tener unas conductas saludables. La misma entidad describe tres componentes esenciales de la Promoción de la Salud:

- Buena gobernanza sanitaria, donde se requiere que todos los países hagan de la salud un aspecto central de su política, se debe tener en cuenta la salud en todas las decisiones políticas con sus repercusiones y, como tal, dar prioridad a las que eviten que la gente enferme o se lesione. Las políticas deben ser respaldadas por incentivos a regulaciones que combinen en el sector privado los objetivos de la salud pública.
- Educación sanitaria, donde las personas han de adquirir conocimientos, aptitudes e información que les permita elegir opciones saludables en los diferentes ámbitos de su vida y con ello ir modificando conductas hacia unas acciones que sean promotoras de la salud. Así mismo se deben garantizar en el entorno los recursos para que las personas puedan elegir estas opciones.
- Ciudades saludables, desde la promoción de la salud se involucra el ambiente, se requiere el liderazgo y compromiso del ámbito municipal para tener una planeación urbana saludable. Las ciudades son el pilar desde donde se desarrolla una sociedad saludable, ya que unas ciudades saludables, conforman un país saludable y, finalmente entre los países, un mundo saludable.

De acuerdo con la Declaración de Shanghái,<sup>63</sup> la salud es un derecho universal y el producto de la vida diaria, de las actividades que se desarrollan en diferentes lugares donde la gente vive, trabaja, compra y juega y es por ello que esos lugares deben ser seguros para toda la población; asimismo, se contempla que los conocimientos en salud que tenga la población, empoderan a las personas para impactar en determinantes de la salud. La declaración en uno de sus compromisos incluye el aumentar el control de los ciudadanos sobre su propia salud y sus determinantes, en ella, también se encuentran postulados que van trasegando desde el ámbito general, con decisiones desde los gobiernos para garantizar el acceso a los servicios de salud a toda la población, pasando por los escenarios comunitarios que promuevan la equidad y la participación social, para llegar al individuo que es, en últimas, quien modifica, ejecuta y conserva las conductas saludables después de que ocurra el empoderamiento de su situación de salud.

La promoción de la salud requiere una inclusión del término persona y no de paciente en los asuntos relacionados con la salud, donde se adopte una visión que incorpore el ámbito social y que los profesionales estén basados en conceptos de salud y no solo en enfermedad, la utilización de indicadores de salud y reconocer que la salud debe tener inversión para poder tener sociedades desarrolladas y sostenibles.<sup>64</sup>

### ***3.3.1 Escuelas de promoción de la salud en enfermería***

Al igual que los gobiernos, disciplinas como la enfermería se han preocupado por repensar el cuidado y la atención en salud desde la promoción de la salud y por ello, desde los años sesenta, la disciplina ha estado interesada en el desarrollo de enfoques de cuidado centrados en la salud y en las estrategias que le permitan al individuo promoverla y conservarla; desde la escuela de promoción de la salud, se busca como lograr que las personas adquiera conductas saludables. Desde allí los profesionales de enfermería comprenden la salud como el bien más preciado del

ser humano y es por ello que las intervenciones y estrategias de cuidado van en pro del mantenimiento o mejoramiento de la salud.<sup>65</sup>

Desde la enfermería Pender,<sup>40</sup> propone en su teoría de Modelo de Promoción de la Salud dar un papel protagónico al individuo; al plantear en sus supuestos que las personas expresan su propio potencial de salud, tienen autoconciencia reflexiva para valorar sus competencias, crecen positivamente para conseguir el equilibrio ente el cambio y la estabilidad, interactúan con el entorno a partir de su complejidad biopsicosocial logrando la transformación de ambos, lo que le permite cambiar y desarrollar conductas de salud que hacen posible la vida.

A partir de que la promoción de la salud no se centra en la enfermedad; Pender propone que dentro de las principales metas de la promoción de la salud se encuentra la optimización de la salud aun padeciendo enfermedades crónicas, motivando a las personas a la adquisición de conductas saludables, para con ello minimizar los efectos de la enfermedad y evitar la aparición de comorbilidades. La enfermería tiene cuatro elementos que promueven la promoción de la salud desde el cuidado: desde una perspectiva individual, la enfermera acompaña a la persona en las decisiones de cuidado de su propia salud, para este acompañamiento es necesario tomar a la persona como sujeto que debe analizar y encontrar los beneficios que obtiene con la modificación de las conductas, solo de esta manera se logrará generar el impacto a largo plazo y no el constante abandono de las conductas de salud; desde una filosofía de fortalecimiento motivacional la enfermera colabora con los individuos y las comunidades para que aumenten el control sobre las decisiones en salud, propendiendo por el empoderamiento de sus ámbitos cotidianos con incidencia en su proceso de salud; como tercer elemento está el conocimiento que el profesional de enfermería debe tener sobre política social y salud para poder abogar desde ámbitos locales, nacionales e internacionales por políticas en beneficio de la equidad en salud y finalmente esta la orientación de la

comunidad, donde enfermería con un equipo de salud y los líderes de las comunidades colaboran y trabajan por tener comunidades sanas. Dentro de la teoría es fundamental el acompañamiento que realiza el profesional de enfermería a la persona para que exponga, analice, decida y se empodere de las decisiones de su proceso de salud, ya que tiene como base, el aprendizaje social y la conducta razonada, es decir que esta persona sea consciente de sus decisiones y para ello es necesario, que primero se analicen los beneficios de la conducta que se piensa modificar, las barreras para poder desarrollarlas, las experiencias previas que haya tenido con la modificación de las conductas, para ir encontrando el camino que le permita la manera de ejecutar las conductas y que finalmente logre la adquisición de esta.

A través de la promoción de la salud, se motiva en la población con sobrepeso y obesidad a la realización de acciones que son conductas promotoras de salud, las cuales buscan fortalecer los hábitos que favorezcan, entre otros, una alimentación balanceada, la práctica de actividad física, el esparcimiento y el empoderamiento en cuanto a la responsabilidad individual y colectiva con relación a su bienestar y el de los demás; acá se puede resaltar la estrategia de fortalecimiento de los siete hábitos implementada por la Secretaria de Salud de Medellín, desde la cual se promueve la adopción de conductas saludables desde la salud sexual y reproductiva, la alimentación saludable, la salud bucal, la promoción de la actividad física, la salud mental, entre otros.<sup>66</sup>

### ***3.3.1.1 Importancia del modelo de promoción de la salud en el desarrollo de las conductas de salud***

En la vida cotidiana los seres humanos desde la infancia observan la manera como otras personas se comportan y desde esa etapa se emplean conductas por imitación, bien sea a los padres u otros humanos que tiene el niño a su alrededor y

que finalmente definirán las conductas que ese ser humano desarrolle.<sup>67</sup> La conducta es definida en diccionarios como un comportamiento, según la Escuela Psicológica Behaviorista, es la respuesta de un organismo vivo a un estímulo exterior. Se dice eminentemente de la conducta humana en relación con una norma moral, profesional. La conducta es la manera como los hombres se comportan en su vida y la manera como dirigen sus acciones.<sup>68,69</sup>

Delgado<sup>70</sup> concluye que la conducta es una palabra que proviene de las ciencias naturales; en una transpolación de su significado original, la conducta encierra fenómenos observables, por lo tanto, la utilización del término brinda objetividad y satisface los deseos de cuantificar. Etimológicamente es una palabra derivada del latín y que significa conducida o guiada, es decir, que todas las manifestaciones que se comprenden dentro de sí suponen que son conducidas por algo que bien pudiera ser interno o externo. Desde ahí, puede decirse que la conducta puede ser guiada por fenómenos psíquicos y también por el medio social sobre el sujeto y es entonces, el conjunto de acciones y reacciones con que un ser vivo tiene frente a una situación o al medio.

La modificación de las conductas se basa en los principios del aprendizaje operante o instrumental<sup>71</sup> y serían aproximaciones sucesivas, a través de las cuales pueden adquirirse nuevos comportamientos. Este procedimiento implica el refuerzo positivo de aquellos elementos de la conducta relevantes que se parecen a la forma final de la conducta que se desea producir. La imitación es igualmente un aspecto esencial del aprendizaje por observación y, con ello, las diferentes conductas que se puedan tomar, que tiene un gran arraigo a los comportamientos de los demás.

Pender, define las conductas como acciones o resultados positivos de salud que en pro del bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva la persona realiza en la autodeterminación por su propia salud. Dichas conductas están

influenciadas por factores biológicos, psicológicos y socioculturales de la persona; por los beneficios percibidos de la conducta, el afecto que se tenga de ésta y el apoyo social que se tenga para el logro de las metas. Entre las conductas de promoción de la salud se tiene la dieta sana, realizar ejercicio regularmente, control del estrés, el descanso, crecimiento espiritual y relaciones positivas. La teoría del modelo de promoción de la salud surge como un interés por ampliar el aprendizaje en el campo de la optimización de la salud humana, expone aspectos que interfieren en la conducta de los seres humanos, sus actitudes, las experiencias previas, la injerencia del medio y las situaciones, para que finalmente logre llegar a la modificación hacia el accionar que promueva conductas saludables. La intervención del profesional de enfermería se basa en conocer y entender las conductas de la persona con relación al cuidado de la salud y, posteriormente, entre la persona y el personal de enfermería, buscan, diseñan y ejecutan estrategias que permitan mantener las conductas saludables. La teoría del Modelo de Promoción de la Salud es una teoría de mediano rango, que plantea como importante los resultados después de lograr conductas de salud. El resultado es un factor de gran relevancia para las personas con sobrepeso y obesidad, ya que en gran medida la motivación para continuar con la modificación de sus conductas de salud, dependen de los logros que empiecen a ver con relación a la pérdida de peso. En la naturaleza del receptor de cuidado se clasifica como una teoría mecanicista que busca el cambio a través de la interacción, pues es a través de la relación que establece con el profesional de enfermería, desde donde se puede o no lograr la motivación hacia la modificación de las conductas.<sup>55,72</sup>

En el modelo de promoción de la salud la salud es vista de una manera muy positiva y es el concepto de mayor peso en la teoría, se considera el bien más preciado del ser humano y por ello, las intervenciones de enfermería deben estar en caminadas a preservarla y mantenerla, a diseñar estrategias de conservación de las condiciones óptimas de salud, en lugar de buscar recuperarla. Con relación al concepto de persona, esta se encuentra como centro de la teoría y es considerada

como única, ya que depende de su patrón cognitivo perceptual y los diferentes factores que interfieren en ella. El entorno es considerado como las interacciones que se presentan en la cotidianidad y que influyen sobre las conductas promotoras de salud y, por último, enfermería es el profesional que se encarga de motivar a la persona para que preserve su salud.<sup>40</sup> El Modelo de Promoción de la Salud propone como importantes el acompañamiento, la asesoría y la motivación que ejerce el profesional de enfermería en sus intervenciones a la persona con sobrepeso y obesidad, para que logre preservar su salud, lo cual solo podrá lograrse con el mantenimiento de las conductas de salud, que no es una tarea fácil, ya que depende de diversos factores que influyen en la persona para que llegue a tomar la decisión de la modificación de sus conductas.

Concluyendo que para la prestación del cuidado a las personas con sobrepeso y obesidad es muy importante la educación, Pender, para el desarrollo de su teoría de promoción de la salud, toma como fuente importante la Teoría del aprendizaje social de Albert Bandura y el Modelo de valoración de expectativas de motivación humana de Feather. Bandura muestra la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce asimismo que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas y señala cuatro requisitos para que se pueda dar el aprendizaje y modelación del comportamiento: la atención, que es estar expectante ante lo que sucede; la retención, que es recordar lo que se ha observado; la reproducción, que hace referencia a la habilidad de reproducir la conducta; y la motivación, que es una buena razón para querer adoptar esa conducta.

Como aspecto fundamental dentro del Modelo de Promoción de la Salud, para la modificación de conductas se encuentra la motivación, es decir que, la ejecución de conductas esta ligada a una decisión, la cual es consecuencia de uno o varios motivos. Esa motivación, va más allá de lo observable, tiene un componente espiritual del cual, incluso la misma persona en ocasiones no es consciente; la

motivación, además, esta mediada por la libertad para ejercer el control sobre las necesidades que este decide cubrir. <sup>73</sup>

Para Bandura,<sup>71</sup> las conductas se aprenden a través de la observación por medio del modelado, la conducta está regulada por las consecuencias de las acciones, descartando aquellas respuestas no recompensadas o que producen castigo; por lo tanto, las consecuencias de las respuestas influyen en la conducta en forma de antecedente al crear la expectativa de resultados similares en futuras ocasiones. Es por ello que se puede afirmar que la conducta está controlada por la interacción de los factores externos con los generados por el propio individuo. La mayor parte de las conductas están bajo el control del autorreforzamiento, que es un proceso en el que los individuos mejoran y mantienen su propia conducta aplicándose a sí mismos recompensas si su comportamiento se ajusta a ciertas normas autodescriptivas.

Norman Feather, citado por Aristizabal<sup>55</sup> por su lado afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional es clave para conseguir un logro es la intencionalidad, entendida esta como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de las metas planteadas; finalmente, dice que cuando hay una intención clara, concreta y definida para conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. Aristizabal<sup>55</sup> plantea que la teoría de Modelo de Promoción de la Salud muestra como las características y experiencias individuales, así como los conocimientos y aspectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en el aprendizaje y desarrollo de comportamientos de salud. El modelo de promoción de la salud en relación con el desarrollo de la conducta está integrado por tres componentes, las características y experiencias individuales, cogniciones y afectos relacionados a la conducta específica y el resultado conductual, los cuales se describen a continuación.

En la primera instancia se encuentran las características y experiencias individuales, que incluye dos aspectos fundamentales: la conducta previa relacionada, que se refiere a las experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud; y los factores personales, que contemplan lo biológico, lo psicológico y lo sociocultural; dichos factores personales son predictivos de una cierta conducta y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas.

El segundo componente son las cogniciones y afectos relacionados a la conducta específica. Aquí se ubican los componentes centrales del modelo y se relacionan con los conocimientos y afectos específicos de la conducta. Este comprende seis conceptos:

- Las influencias situacionales en el entorno que pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta de salud.
- Los beneficios percibidos por la acción que son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud.
- Las barreras percibidas para la acción alude a las preocupaciones o desventajas de la persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta o la conducta real.
- La autoeficacia percibida que constituye uno de los conceptos más importantes del modelo y que representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, conforme es mayor la autoeficacia, aumenta también la probabilidad de un compromiso de acción y actuación real de la conducta. La autoeficacia tiene como resultado menos barreras percibidas.

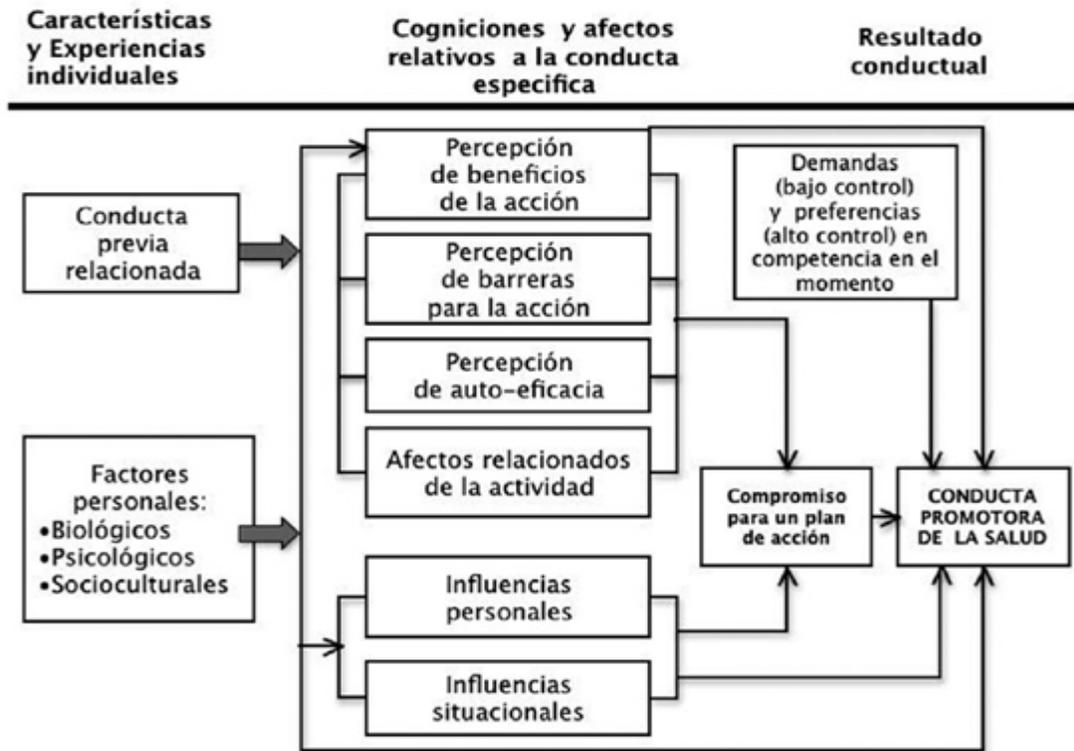
- Los afectos relacionados con el comportamiento, que son las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos hacia una conducta.
- Las influencias interpersonales que son las expectativas de los allegados, así como la ayuda y el apoyo que brindan.

Todos estos componentes influyen para que se pueda adoptar un compromiso para la acción, el cual constituye un precedente para el resultado final deseado en la adopción de conductas de salud.

Paralelamente están las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas, entendiendo que las demandas son las conductas alternativas sobre las que los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes en el entorno, como por ejemplo el trabajo y en cambio las preferencias posibilitan un control relativamente alto sobre las acciones dirigidas a elegir algo, es decir, las preferencias personales.

Finalmente, el resultado y último componente será la conducta promotora de salud que es la expresión de la acción, dirigida a los resultados de salud positivos como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. (Ver Figura 1).

**Figura 1. Modelo de promoción de la salud**



*Fuente:* Modelo de promoción de la Salud de Pender 1996. En Cid PH, Merino JE, Siepovich JB

De acuerdo con lo enunciado anteriormente, desde la disciplina de la enfermería y, más específicamente desde el modelo de promoción de la salud de Nola Pender, en las últimas décadas hay un interés por definir indicadores empíricos para lograr medir las conductas promotoras de salud; entendiéndose estas como acciones que permiten cuantificar las acciones y reacciones de los seres humanos; para mejorar su salud, es por ello que se han diseñado instrumentos de medición, entre los cuales está la escala Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP II), que busca puntuar las conductas de salud de las personas.

### **3.3.1.1.1 Escala Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP II)**

La implementación de la teoría del modelo de promoción de la salud en la práctica ha sido posible en parte por el desarrollo de instrumentos que han permitido construir una herramienta de medición, de conductas de salud que individualmente permiten identificar dimensiones que permiten ver la salud como un estado integral del ser humano y multifactorial. El HPLP II<sup>74</sup> *Adult Version* (ver ANEXO A) es una escala diseñada en 1987 que ha sido utilizada desde entonces en diversos lugares del mundo; a este instrumento se le han realizado diferentes tipos de validaciones, lo que consolida su validez para la realización de investigación.

El HPLP II segunda versión se compone de 52 ítems y seis subescalas organizadas en dimensiones así: 1. Crecimiento espiritual. 2. Relaciones interpersonales. 3. Nutrición. 4. Actividad física. 5. Responsabilidad de la salud. 6. Manejo del estrés. La escala se construyó a partir de los principales supuestos teóricos de la teoría de Nola Pender y la validez y fiabilidad de la escala se reportó tras un estudio realizado en Estados Unidos con 712 adultos, en edades entre los 18 a 92 años. La validez de contenido se hizo con la revisión de literatura y la evaluación de expertos en el tema. La validez de constructo fue apoyada por el análisis factorial que confirmó una estructura de seis dimensiones de estilo de vida que promueve la salud, mediante la convergencia con el cuestionario de estilo de vida personal ( $r = 0,678$ ), y por una correlación no significativa con la deseabilidad social. La validez de criterio se identifica mediante correlaciones significativas con medidas simultáneas de salud percibida y calidad de vida ( $R = -0,269$  y  $R = -0,491$ , respectivamente).

Para fortalecer aún más la validez de contenido y asegurar la congruencia con el estado actual de la ciencia, se revisó la literatura relativa a las dimensiones de estilo de vida que promueve la salud, como resultado, los nombres de tres dimensiones se modificaron en la versión inicial del HPLP de la siguiente manera: la subescala o

dimensión de autorrealización, a menudo genero confusión en los usuarios, por lo cual se cambió el nombre por crecimiento espiritual. La subescala de apoyo interpersonal se renombró relaciones interpersonales, para distinguirla de la construcción más amplia de apoyo social. La subescala o dimensión de ejercicio fue renombrada actividad física, para reflejar la gama más amplia de niveles de actividad. Se reconoció que las dimensiones de las relaciones interpersonales y el crecimiento espiritual están estrechamente alineados ya que ambas implican un sentido de conexión y pertenencia, la revisión de la literatura; sin embargo, dio el apoyo suficiente para mantener la singularidad como subescalas separadas. Las seis dimensiones de estilo de vida que promueven la salud medidos por el HPLPII se definen a continuación. Estas definiciones guían la evaluación de los elementos para cada subescala.

- El **crecimiento espiritual** se centra en el desarrollo de los recursos internos de la persona que le permiten trascender, conectarse y desarrollarse como ser humano. Trascender permite a la persona ponerse en contacto con su ser más equilibrado, proporciona paz interior y abre a la posibilidad de crear nuevas opciones para convertirse en algo más allá de quién y qué somos. Conecta la sensación de armonía, plenitud, y la conexión con el universo. El desarrollo consiste en maximizar el potencial humano para el bienestar a través de la búsqueda de sentido en una vida con propósito, y trabajando hacia metas en la vida.
- Las **relaciones interpersonales** implican la utilización de la comunicación para lograr una sensación de intimidad y cercanía en las relaciones con los demás. Comunicación implica el intercambio de pensamientos y sentimientos a través de mensajes verbales y no verbales.

- La **Nutrición** implica la selección y el consumo de alimentos esenciales para el sustento, la salud y el bienestar. Se incluye la elección de una dieta diaria saludable, con las directrices proporcionadas por la pirámide de alimentos.
- La **Actividad física** implica la participación regular en una actividad ligera, moderada o vigorosa. Puede ocurrir dentro de un programa planificado y supervisado por el bien de la aptitud y la salud o incidentalmente como parte de las actividades de la vida o de ocio.
- La **responsabilidad de la salud** implica un sentido activo de responsabilidad para el propio bienestar. Incluye prestar atención a la propia salud, educación de uno mismo acerca de la salud, y el ejercicio de consumo informado en la búsqueda de ayuda profesional.
- El **manejo del estrés** implica la identificación y movilización de los recursos psicológicos y físicos para controlar eficazmente o reducir la tensión.

La puntuación del HPLP se tienen obtiene a partir de la siguiente equivalencia numérica de la evaluación de los ítems: Nunca (N) = 1; A veces (S) = 2; A menudo (O) = 3; Rutinariamente (R) = 4. Los ítems incluidos en cada subescala se mencionan en la Tabla 1.

**Tabla 1. Ítems por dimensión del HPLP II**

DIMENSION	ITEM NUMERO	ITEM
	3	Informo a un doctor(a) o a otros profesionales de la salud cualquier señal inusual o síntoma extraño

Responsabilidad de la salud	9	Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud
	15	Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones
	21	Busco una segunda opinión cuando pongo en duda las recomendaciones de mi proveedor de servicios de salud
	27	Discuto mis cuestiones de salud con profesionales de la salud
	33	Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas
	39	Cuantitativo
	45	Pido información de los profesionales de la salud sobre como tomar buen cuidado de mi misma(o)
	51	Busco orientación o consejo cuando es necesario
Actividad física	4	Sigo un programa de ejercicios planificados
	10	Hago ejercicios vigorosos por 20 o más minutos, por lo menos tres veces a la semana (tales como: caminar rápidamente, andar en bicicleta, baile aeróbico, usar la maquina escaladora)
	16	Tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas (tales como: caminar continuamente de 30 a 40 minutos, 5 o más veces a la semana)
	22	Tomo parte en actividades físicas de recreación (tales como: nadar, bailar, andar en bicicleta)
	28	Hago ejercicios para estirar los músculos por lo menos 3 veces por semana
	34	Hago ejercicios durante actividades físicas usuales diariamente (tales como: caminar a la hora del almuerzo, utilizar escaleras en vez de elevadores, estacionar el carro lejos del lugar de destino y, caminar)
	40	Examino mi pulso cuando estoy haciendo ejercicios
	46	Alcanzo mi pulso cardíaco objetivo cuando hago ejercicios
Nutrición	2	Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas, y en colesterol
	8	Limito el uso de azúcares y alimentos que contienen azúcar (dulces)
	14	Consumo de 6 a 11 porciones de pan, cereales, arroz, o pasta (fideos) todos los días
	20	Consumo de 2 a 4 porciones de frutas todos los días
	26	Consumo de 3 a 5 porciones de vegetales todos los días
	32	Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt, o queso cada día
	38	Consumo solamente de 2 a 3 porciones de carne, aves, pescado, frijoles, huevos, y nueces todos los días
	44	Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados
50	Cómo desayuno	

Crecimiento espiritual	6	Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva
	12	Creo que mi vida tiene propósito
	18	Miro hacia el futuro
	24	Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo(a)
	30	Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida
	36	Encuentro cada día interesante y retador (estimulante)
	42	Estoy consciente de lo que es importante para mí en la vida
	48	Me siento unido(a) con una fuerza más grande que yo
	52	Expongo mi persona a nuevas experiencias y retos
Relaciones interpersonales	1	Discuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas
	7	Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos
	13	Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras
	19	Paso tiempo con amigos íntimos
	25	Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros
	31	Toco y soy tocado(a) por las personas que me importan
	37	Busco maneras de llenar mis necesidades de intimidad
	43	Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí
49	Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso	
Manejo del estrés	5	Duermo lo suficiente
	11	Tomo algún tiempo para relajarme todos los días
	17	Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar
	23	Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme
	29	Uso métodos específicos para controlar mi tensión
	35	Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos
	41	Practico relajación o meditación por 15 a 20 minutos diariamente
	47	Mantengo un balance para prevenir el cansancio

*Fuente:* Health Promotion Model – Instruments to measure health promoting lifestyle: health promoting lifestyle profile [HPLP II] (Adult versión) 1995. En Deep Blue, 62. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ

- **Investigaciones que han utilizado el cuestionario HPLP II.** Con el descriptor HPLP II, se realiza una búsqueda en Science Direct, en los períodos del 2012 al 2016 de las investigaciones, donde se utilizó como instrumento de recolección de información, la escala HPLP II en el mundo (Ver ANEXO F); encontrando que se ha utilizado en Estados Unidos, China,

Irán, Corea, Bélgica, Turquía, Taiwán, Indonesia, Chile y Colombia. Las poblaciones con quienes se ha utilizado van desde adolescentes, mujeres, adultos y adultos mayores y estudiantes de enfermería; dentro de estos estudios hay población sana, como también población con enfermedades como esclerosis múltiple y obesidad. Los resultados obtenidos arrojan datos de coeficientes de Pearson de correlación entre 0,01 y 0,65. El alfa de Cronbach de 0,67 a 0,94. En Latinoamérica, ha sido usado el cuestionario en Chile y Colombia, en investigaciones desarrolladas por disciplinas como la enfermería y trabajo social, en un periodo comprendido entre 2007 y 2016 (Ver ANEXO G).

### **3.4 Programas de salud para el cuidado de las personas con sobrepeso y obesidad**

Los programas de pérdida de peso han sido diseñados para abordar la problemática del sobrepeso y la obesidad de manera interdisciplinaria, interviniendo en aspectos nutricionales, de actividad física, de salud mental. En el contexto local se cuenta con un programa en Medellín, orientado por disciplinas como enfermería, medicina general, fisioterapia, nutrición, psicología y psiquiatría para garantizar un tratamiento integral de la persona con obesidad.

En vista de la compleja situación del aumento de peso en los individuos, lo ideal sería tener un aporte intersectorial, tal y como es planteado desde la promoción de salud, que no solo es cuestión de una nación, sino que necesita que se aúnen esfuerzos mundiales, la Declaración de Roma sobre Nutrición y un Marco de Acción<sup>75</sup> es formalizada en la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición en el año 2014; esta es desarrollada por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la OMS; en dicha declaración, altos

funcionarios de 170 países se acogieron a las recomendaciones sobre políticas y programas para abordar la nutrición a través de múltiples sectores; además compromete a los gobiernos a prevenir la malnutrición, el hambre, la carencia de micronutrientes y al obesidad. La pretensión es que se desarrolle un diálogo entre la sociedad civil, el sector privado y el público para mejorar las condiciones de las comunidades afectadas.

Desde la OMS en la Guía para incrementar los niveles de actividad física,<sup>76</sup> igualmente se estipulan aspectos para incentivar la realización de ejercicio, basándose en las preferencias de acuerdo a las condiciones y a la cultura del territorio; se plantea la intersectorialidad, con la educación, el transporte, la planificación urbana y la comunicación para que, conjuntamente, se diseñen y pongan en marcha estrategias que lleven a aumentar los niveles de ejercicio en los individuos.

En Colombia, la ley 1355 de 2009<sup>31</sup> determina el compromiso que deben tener distintas instituciones públicas para combatir la obesidad, hace referencia a los Ministerios de la Protección Social, Cultura, Educación, Transporte, Ambiente y Vivienda y Desarrollo Territorial y Agricultura y Desarrollo Rural y de las Entidades Nacionales Públicas de orden nacional Coldeportes, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Departamento Nacional de Planeación como órganos impulsores de políticas de seguridad alimentaria y nutricional, así como de actividad física. En el marco de AgroExpo,<sup>77</sup> evento realizado en julio de 2015 en Bogotá, el Viceministro de Salud Pública, centra la atención en el bajo consumo de frutas y verduras de la población colombiana, el plantea que con el aumento en su consumo se puede disminuir la incidencia de enfermedades cardiovasculares, obesidad y algunos tipos de cáncer; con estrategias como la 4x4 es decir adoptar cuatro hábitos de vida saludables que incluyen no fumar, consumo limitado de alcohol y realizar actividad física con alimentación saludable; para prevenir cuatro enfermedades que

son la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el cáncer y las enfermedades cardiocerebrovasculares. La reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares sería de un 80% y el riesgo de padecer cáncer de un 30%.

Dentro de las recomendaciones terapéuticas que hace el Ministerio de salud colombiano en la guía de práctica clínica<sup>22</sup>, se encuentra que el objetivo de las intervenciones para el manejo de sobrepeso y obesidad en adultos, debe ser la reducción de por lo menos el 5% del peso basal en un periodo mínimo de seis meses, tiempo durante el cual la persona recibirá recomendación y acompañamiento por parte de un equipo interdisciplinario; es por ello que el presente trabajo establece que la población participante debe llevar como mínimo este tiempo en el programa de salud el cual participa.

Centrando ahora la atención en los servicios de salud, y entendiendo la obesidad como una enfermedad que tiene múltiples causas, el diseño de las terapias de intervención, debe estar centrado en un manejo interdisciplinario de la enfermedad, Delgado y col.<sup>78</sup> plantean que tras una intervención profesional enfocada en educación nutricional, terapia psicológica y sesiones de ejercicio físico, en personas con obesidad mórbida u obesidad más comorbilidad, durante 12 semanas, se presentó una disminución en el peso de  $98,5 \pm 10,7$  antes de la intervención a  $91,1 \pm 12,3$  después de la intervención interdisciplinaria; asimismo el IMC bajo de  $39,8 \pm 3,1$  a  $36,9 \pm 4,5$ ; llegando ellos a concluir que a mayor duración del programa se evidenciarían reducciones de peso más significativas.

Rajmil y col.<sup>79</sup> recomiendan la implementación de programas multicomponentes llevados a cabo por profesionales y donde se tenga participación de la familia, para hacer un abordaje de aspectos conductuales, individuales y sociodemográficos, que lleven a combatir la inadherencia, que es uno de los motivos del fracaso de las intervenciones.

#### 4. MARCO CONTEXTUAL

El programa de salud funciona en una Institución Prestadora de Servicios de salud ambulatoria, ubicada en la Comuna 10 de la ciudad de Medellín, frente al parque de la vida y cercana la Facultad de Medicina de Universidad de Antioquia, es una sede habilitada para consulta externa, salud oral, servicio farmacéutico y de ópticas, ayudas diagnósticas y complementación terapéutica de primer y segundo nivel, ofrece un amplio portafolio, al cual acceden las personas a través de los convenios y contratos que tienen con diferentes EAPB.

Al programa de salud asisten personas de toda la ciudad y el área metropolitana, ya que en él se concentran personas que requieren un seguimiento más periódico por parte del equipo interdisciplinario. En el programa se encontraban inscritas 2934 personas con patologías como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad coronaria, entre otras; del total de la población, 1065 personas cumplían con los criterios de inclusión. El programa hace atención individual por profesionales como: medicina general, medicina interna, medicina del deporte, nutrición, psicología y fisioterapia, se cuenta además con el apoyo de un enfermero quien es el encargado de la parte administrativa, que tiene que ver con la gestión de agendas, la asignación de citas y la resolución y orientación al usuario ante dificultades de tipo administrativo, hay una auxiliar de enfermería quien tiene como función la toma de medidas antropométricas y la presión arterial previa al control médico. Además de estas actividades individuales, el programa realiza acciones educativas grupales por módulos, los cuales son brindados por medicina del deporte, nutrición y psicología, a estas acciones se programan todos los usuarios.<sup>80</sup>

## 5. METODOLOGÍA

El presente estudio busca conocer las conductas de salud de las personas con sobrepeso y obesidad, además de las condiciones sociodemográficas, clínicas y educativas de la población; se abordó desde el enfoque cuantitativo; con un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, ya que solo se tomó la población en un momento definido y no se hizo seguimiento en el tiempo; se realizaron correlaciones entre las características socioeconómicas, clínicas y educativas con las dimensiones que definen la conducta de salud usando un instrumento, cuyo soporte teórico se basa en la teoría del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender.

Se correlacionaron el total del nivel de conductas promotoras de salud con aspectos sociodemográficos como el sexo, la edad, el estrato socioeconómico, la escolaridad, las comorbilidades y la ocupación, el apoyo y la motivación, se incluyó además, la variable educativa de asistencia a la actividad grupal. Posteriormente se hacen correlaciones por dimensiones con variables sociodemográficas y educativas, así: responsabilidad en salud con la asistencia a actividad grupal, el apoyo y la motivación; la dimensión de actividad física con la edad, las comorbilidades y la ocupación, la nutrición se correlaciono con el sexo, el estrato socioeconómico, la asistencia a la actividad grupal y las comorbilidades, en cuanto al crecimiento espiritual se correlaciono con el sexo, la motivación y el apoyo, la dimensión de relaciones interpersonales con la edad, la motivación y el apoyo y finalmente el manejo del estrés con el sexo, las comorbilidades y la motivación. Se buscaron además relaciones entre las dimensiones del instrumento, por lo cual se correlacionaron la nutrición con la actividad física, el manejo del estrés con la nutrición, la actividad física con las relaciones interpersonales y las relaciones interpersonales con el crecimiento espiritual.

## **5.1 Universo**

El universo del estudio, estaba conformado por 2934 adultos hombres y mujeres que asisten a un programa de salud, con atención en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) ambulatoria.

## **5.2 Población**

Del total de 2934 personas que conformaban el universo, 1065 cumplían con los criterios de inclusión al estudio, siendo esta la población. En dichos criterios se consideran activos aquellos pacientes que han asistido en los últimos tres meses a, por lo menos, un control del programa, pues son ellos quienes han recibido en el último trimestre educación sobre conductas saludables.

### **5.2.1 Criterios de inclusión**

- Persona activa en el programa de salud.
- Persona con sobrepeso u obesidad, establecido por índice de masa corporal al ingreso al programa.
- Persona con edad entre los 18 y los 75 años.
- Persona que sabe leer y escribir

### **5.2.2 Criterios de exclusión**

- Persona con diagnóstico de deterioro cognitivo o alteración de la conciencia diagnosticada por psiquiatría o neurología.
- Adultos mayores de 75 años.

- Persona no activa en el programa de salud.

### **5.3 MUESTRA**

La selección de los participantes (unidad de análisis) se realizó por un muestreo a conveniencia. Esto debido a la dinámica del programa, ya que hay personas con controles programados a más de tres meses, lo cual dificultaría la captación de los participantes en los tiempos destinados para la recolección de la información aleatorizada. Se obtuvo una muestra de 294 pacientes que corresponde al 28% de la población. Se garantizó siempre el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión definidos para el estudio.

### **5.4 VALIDEZ DEL ESTUDIO**

#### **5.4.1 Validez interna**

La investigadora busco mantener en todo momento la coherencia interna entre cada uno de los apartados del estudio, lo que garantizó la correlación entre título, objetivos, marco teórico, metodología, resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones.

Se tuvo en cuenta el control de sesgos tanto durante el planteamiento de la metodología, como durante el trabajo de campo.

*Control de sesgos de selección:* Como el muestreo es no probabilístico se minimiza este sesgo con la aplicación juiciosa de los criterios de inclusión para la selección de los participantes del estudio. Y el estudio cuenta además con un número

representativo de personas en su muestra (294) que corresponde al 28% de la población.

*Sesgo de Información:* para la recolección de la información se usa el cuestionario HPLP II, el cual tiene además de su permiso para el uso en Colombia, confiabilidad y estabilidad reportadas en la literatura, lo que lo hace una herramienta confiable para la recolección de la información en éste estudio. Las personas que recogen la información son entrenadas en el uso del cuestionario.

Para la aplicación del cuestionario se buscó un lugar con suficiente privacidad y comodidad para que las personas participantes contestaran tranquilamente el cuestionario sin interferencia de ruidos o distractores. Tanto el investigador como los auxiliares de investigación, realizaron entrenamientos para la aplicación del cuestionario; proceso que fue orientado por los asesores. Los datos recolectados fueron consignados en una base de datos en excel y luego extrapolados al sistema SPSS (con las debidas confirmaciones de el paso adecuado de cada cuestionario a la base de datos), el análisis es realizado por el investigador principal con apoyo de un asesor experto en estadística y en manejo del programa y en análisis temáticas de los datos.

*Sesgo de respuesta:* la técnica de recolección será dirigida por el investigador, previa explicación al participante tanto de la definición de los distintos conceptos contemplados en el instrumento como en las posibles opciones de respuesta de cada uno de los ítems, tratando en todo momento de no condicionar las respuestas de los participantes.

*Sesgo en la participación de los sujetos:* La participación es voluntaria, la investigadora cuenta con el apoyo de los profesionales de salud que atienden la consulta en la institución y motivan a los pacientes a participar en el estudio con la

respuesta del cuestionario; sin embargo, aclara a las personas durante la firma del consentimiento informado que la participación es voluntaria.

#### **5.4.2 Validez externa**

Con relación a la validez externa, el presente estudio fue sometido a constante audibilidad desde la concepción del estudio hasta su finalización, por parte de grupos de investigadores tanto en la socialización de los trabajos de los estudiantes como en el grupo de investigación GIPECS; fue igualmente presentado a grupos de profesionales como la medicina en diferentes especialidades (endocrinología, deportología, medicina interna), nutrición, psicología y fisioterapia; de los cuales fueron retomadas algunas de sus sugerencias para el mejoramiento del estudio. Éste estudio obtuvo además aval de los Comités de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia y de la IPS Universitaria.

Los resultados del presente estudio hacen referencia a la población particular estudiada, por tratarse de una muestra a conveniencia, los resultados no pueden extrapolarse a la población en general.

### **5.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN**

La investigadora principal abordó a los participantes en quienes se identificó el cumplimiento de criterios, en la base de datos suministrada por la institución de salud con el nominal de personas inscritas en el programa, en las instalaciones de la Institución de Salud donde se desarrolla el programa, al salir de las citas de control para no afectar el proceso en el programa, ni interrumpir el diligenciamiento de la encuesta, se direccionó a la persona a un área aparte para tener más privacidad y

silencio al momento de explicarle los objetivos del estudio, la custodia de la información y cuáles son los fines de los datos suministrados, posterior a su aprobación verbal, se suministró el documento en físico del consentimiento informado (Ver ANEXO B), el cual se leyó y explico para que luego el participante lo diligenciara, al firmarlo se recogió y se entregó el cuestionario que en la parte inicial contempla las variables sociodemográficas, clínicas y educativas y en la segunda parte está la escala HPLP II, al participante para que lo autodiligenciara en un tiempo estimado de 20 minutos.

### ***5.5.1 Instrumentos de recolección***

Con el instrumento de variables sociodemográficas, se pretendía un acercamiento a las condiciones de vida de las personas con sobrepeso y obesidad, incluidas en el estudio. Se abordaron aspectos como la ocupación, el nivel educativo, el sexo, el estrato socioeconómico, la edad, el peso al ingreso al programa y el peso actual; se incluye además la variable de asistencia a la actividad grupal, que es una de las actividades fundamentales del programa de salud, donde se brinda educación al usuario y su familia por parte de nutrición, psicología y medicina del deporte. (Ver ANEXO E).

Con el cuestionario HPLP II se buscaba medir las conductas de salud de las personas con obesidad y sobrepeso. (Ver ANEXO A). Este instrumento es una escala tipo Likert, cuya puntuación va de 1 a 4, donde el 4 significa una conducta más saludable.

El coeficiente alfa de Cronbach para la escala total fue de 0,943 y para las subescalas o dimensiones oscilaron entre 0,793 y 0,872, lo cual habla de la consistencia interna de instrumento y sus dimensiones. El test retest se llevó a cabo en un lapso de tres semanas y arrojó un coeficiente de estabilidad para la escala

total de 0,892. Dados los buenos resultados en los procesos de validación antes presentados, se espera que este instrumento permita medir los patrones de conductas de promoción de la salud de manera efectiva.<sup>74</sup>

### 5.5.1.1 Operacionalización de variables

**Tabla 2. Operacionalización de variables**

<b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>	<b>DEFINICION</b>	<b>NATURALEZA</b>	<b>MEDICION</b>	<b>VALORES</b>
Fecha de ingreso	Fecha en que ingreso al programa de salud	Cuantitativo	Razón	Se encontró en el acceso al campo que todos los participantes fueron trasladados de otra IPS, por lo cual todos tenían la misma fecha de ingreso al programa 01/04/2017, es por ello que no se utiliza el dato para hacer cálculos
Peso al ingreso	Peso en kilogramos al ingreso al programa	Cuantitativo	Razón	Discreto (45 – 150)
Talla al ingreso	Talla en metros cuadrados	Cuantitativo	Razón	Discreto (1.30 – 1.90)
Peso actual	Peso actual en kilogramos	Cuantitativo	Razón	Discreto (45 – 150)

Edad	Edad en años cumplidos	Cuantitativo	Razón	Discreto (18 – 75)
Sexo	Sexo	Cualitativo	Nominal	Hombre Mujer
Estrato socioeconómico	Clasificación de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos	Cuantitativo	Razón	Discreta 1. 2. 3. 4. 5. 6.
Nivel educativo	Grado de escolaridad	Cualitativo	Ordinal	Primaria Secundaria Técnico Tecnológico Profesional Posgraduado
Ocupación	Actividad o trabajo	Cualitativo	Nominal	Empleado Desempleado Ama de casa Independiente Pensionado Otro
Enfermedades	Comorbilidades del sobrepeso y la obesidad que padece	Cualitativo	Nominal	Pregunta abierta
Apoyo	Persona que apoya al participante en su	Cualitativa	Nominal	Cónyuge Amigos Vecinos

	proceso de salud enfermedad			Hijos Padres Otro familiar Institución ¿Cual? Otro ¿Cuál? No tiene apoyo
Motivación	Motivo por el cual sigue las recomendaciones de salud	Cualitativa	Nominal	Su bienestar Su salud Su autoestima Su familia Las condiciones del barrio ¿Cuál? No tiene factores motivantes
Actividad grupal	Asistencia a actividad educativa grupal que brinda el programa	Cualitativa	Nominal	Si No
HPLP II	Conductas de salud	Cualitativas	Ordinal	Nunca Algunas veces Frecuentemente Rutinariamente

*Fuente:* Autoría propia.

## 5.6 Prueba piloto

Para la realización de la prueba piloto se definió que la recolección se haría entre el 23 y el 31 de octubre de 2017, tiempo durante el cual se recolectan 28 encuestas, de personas captadas a conveniencia, quienes asistieron a las actividades educativas del programa de salud, durante los días descritos y que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión definidos para el estudio, así como el procedimiento para la recolección de la información.

Posterior a la aplicación de la prueba piloto, se modificó el orden de las preguntas en el cuestionario de caracterización sociodemográfica, dejando en la parte superior los datos de ingreso al programa, el peso y la talla para poder hacer posteriormente el cálculo del índice de masa corporal, se incluyó además en la variable ocupación, la opción de pensionado, ya que el 50% de los participantes de la prueba piloto respondieron de esta manera a ella. En el cuestionario de conductas promotoras de salud se incluyó en la explicación del diligenciamiento de la encuesta, la observación que especificara a que se referían las opciones de respuesta de la escala de Likert, ya que en la prueba piloto generaban confusión las opciones frecuentemente y rutinariamente, en la aclaración se insertó que frecuentemente hace referencia a casi siempre y rutinariamente a siempre.

Debido a las modificaciones que se presentaron en el cuestionario posterior a la realización de la prueba piloto, estas encuestas no fueron tenidas en cuenta para la muestra y hay personas que accedieron a realizarla de nuevo.

## **5.7 Plan de análisis**

### **5.7.1 Conformación de la base de datos**

La base de datos se crea, procesa y analiza en el paquete estadístico SPSS versión 24, donde se crearon las variables establecidas en el cuestionario de caracterización sociodemográfica, clínicas y educativas y el HPLP II. Para su uso en las instalaciones de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, la institución cuenta con la licencia para la utilización del programa. Para proteger los datos, se tiene un archivo físico donde se guardaron los consentimientos informados y las encuestas diligenciadas, dicho archivo reposa en la residencia de la investigadora principal. En relación a los archivos electrónicos, fueron guardados en el computador personal de la investigadora, con una copia en un disco externo a los cuales solo tiene acceso la investigadora, además se realizó copia de seguridad que se enviarán a la nube de Google Drive.

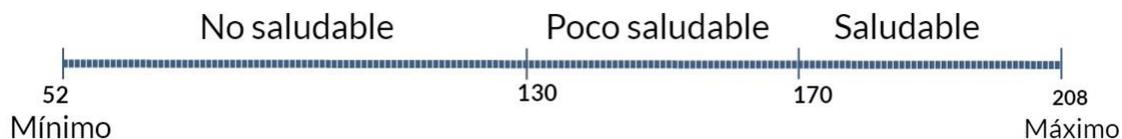
### ***5.7.2 Control de calidad y veracidad de los datos***

La tabulación de los datos obtenidos la realizó la investigadora cada vez que eran recogidas las encuestas, lo que garantiza la confiabilidad y veracidad de estos. Para prevenir errores se digitaron y revisaron el total de las encuestas por parte de la investigadora y de manera aleatoria el 10% por parte de los asesores.

### ***5.7.3 Puntuación del instrumento***

Para obtener la puntuación global se parte de la suma de las respuestas de los 52 ítems, en el cual se obtiene un puntaje mínimo de 52 y máximo de 208, donde a mayor puntuación mejor es la conducta. Para el análisis de los resultados se reclasificó puntuación de tal forma que valores inferiores al puntaje medio del rango de respuesta, se consideró como no saludable y el medio superior se dividió en poco saludable y saludable como se muestra la Grafica 1.

**Gráfica 1. Clasificación de conductas promotoras de salud de acuerdo a la puntuación del instrumento Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP II)**



*Fuente:* Autoría propia.

De forma análoga, se procedió para la puntuación y análisis por dimensiones. (Ver tabla 3).

**Tabla 3. Clasificación de las conductas promotoras de salud de acuerdo a la puntuación del Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP II)**

CONDUCTAS	No saludable	Poco saludable	Saludable
Responsabilidad de la salud	9 a 27	28 a 31	32 a 36
Actividad física	8 a 20	21 a 26	27 a 32
Nutrición	9 a 27	28 a 31	32 a 36
Crecimiento espiritual	9 a 27	28 a 31	32 a 36
Relaciones interpersonales	9 a 27	28 a 31	32 a 36
Gestión del estrés	8 a 20	21 a 26	27 a 32
<b>Total de la escala</b>	<b>52 a 130</b>	<b>131 a 169</b>	<b>170 a 208</b>

*Fuente:* Autoría propia.

#### **5.7.4 Medidas estadísticas**

Se calcularon medidas de tendencia central, dispersión y tablas de frecuencias para las variables sociodemográficas y para la puntuación general de las conductas de

salud y las dimensiones que mide el Instrumento Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP II).

Para explorar las relaciones entre las variables sociodemográficas, clínicas y educativas con los resultados obtenidos de las conductas promotoras de salud, se calcularon tablas de contingencia y para indagar por la significancia estadística se aplicaron pruebas  $\chi^2$ .

Se calculó el alfa de cronbach para establecer la fiabilidad del instrumento en la población del presente estudio.

**Tabla 4. Medición  $\alpha$  de Cronbach por dimensiones y el total de la escala HPLP II en el estudio “Conductas de salud de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud”**

<b>CONDUCTAS</b>	<b><math>\alpha</math> de Cronbach</b>
<b>Responsabilidad de la salud</b>	0,616
<b>Actividad física</b>	0,744
<b>Nutrición</b>	0,536
<b>Crecimiento espiritual</b>	0.731
<b>Relaciones interpersonales</b>	0,673
<b>Gestión del estrés</b>	0,613
<b>Total de la escala</b>	0,885

*Fuente:* Autoría propia.

Se obtiene para la escala en general como resultado del  $\alpha$  de cronbach 0.885; llama la atención la dimensión de nutrición con el valor más bajo en 0.536 y actividad física el de mayor valor con 0.744

## **5.8 Consideraciones éticas**

Para la realización del presente estudio se tuvieron en cuenta las pautas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos, del Consejo Internacional de las Ciencias Médicas (CIOMS) y la OMS,<sup>81</sup> el cual está basado en instrumentos como el Código de Nuremberg que estableció condiciones para la conducta ética de la investigación en seres humanos, haciendo énfasis en el consentimiento informado,<sup>82</sup> la Declaración Universal de los Derechos Humanos,<sup>83</sup> la Declaración del Helsinki que ha sido fundamental para la ética en investigaciones biomédicas y establece pautas para los investigadores tanto en estudios clínicos como no clínicos<sup>84</sup> y dentro de la cual se establecen principios en los cuales se fundamentara esta investigación. La beneficencia permitió poner por encima del mismo estudio las condiciones de la persona, al propender por un bien al concluir el estudio, partiendo de la importancia de los resultados para generar programas educativos para la población con sobrepeso y obesidad, basados en sus necesidades y que generen un impacto en sus condiciones de vida.

El principio de respeto se reflejó al garantizar a las personas su autonomía para poder decidir en qué momento deseaba retirarse del estudio y protegiendo a las personas con algún tipo de deterioro cognitivo, puesto que este es, incluso, considerado como un criterio de exclusión; y, finalmente, el principio de justicia, puesto que se protegen a las personas más vulnerables y se cuenta con el apoyo de un grupo de profesionales, entre los que se encuentra psicología, nutrición,

medicina del deporte, medicina general y, por supuesto, enfermería, que hicieron intervención al participante cuando se requirió.<sup>81</sup>

También se les informo a los participantes de la importancia del estudio y que su participación en el mismo no influye en el desarrollo de su proceso en el programa de salud.

Con relación a la legislación colombiana, se adoptaron las disposiciones dadas por la Resolución 0008430 de 1993,<sup>85</sup> ya que como dispone en el Artículo 1, es la norma que tiene por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud. En el Artículo 6 numeral f, se define que la investigación deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, es por ello que se contó con el apoyo del equipo interdisciplinario que realiza la atención dentro del programa, con lo cual se superaron las afectaciones que se generaron a los participantes.

Con relación al riesgo del presente estudio se determinó que es mínimo; la única intervención de valoración física que realizó la investigadora es la toma de medidas antropométricas, específicamente el peso. Esta se realizó en el momento de aplicar los cuestionarios ya que se requería el valor del peso y la talla, con el fin de clasificar el IMC de las personas que participaron en el estudio. Este dato, determinó el grado de sobrepeso u obesidad de los participantes, para posteriormente correlacionarlo con las conductas promotoras de salud.

Adicionalmente, se considera de mínimo riesgo por el contenido de algunos ítems que contiene el instrumento HPLP II, los cuales ahondan en aspectos como la espiritualidad, la responsabilidad de salud y las relaciones interpersonales, temas que desencadenaron algún tipo de alteración emocional en algunos participantes,

cuando ello sucedió se realizó la intervención por parte de la investigadora y cuando fue necesario, por la psicóloga del programa.

Ezequiel Emanuel<sup>86</sup> plantea 7 requisitos que proporcionan un marco sistémico y racional para determinar si la investigación clínica es ética, entre ellos el valor, dentro del cual, el presente estudio busca generar a partir de los resultados **con los participantes**: devolución de los resultados de la investigación o una conferencia que les permita conocer y reflexionar acerca de sus de conductas de salud. **Con la institución**: aportar reflexiones teóricas y estrategias para mejorar los programas de pérdida de peso a los cuales asisten las personas con obesidad, estas pueden ser implementadas por profesionales que realizan en el cuidado de las personas con obesidad en el programa. **Con la comunidad académica**: en el grupo de investigación GIPECS, una reunión académica de enfermería (RAE) en la Facultad de Enfermería de Universidad de Antioquia, la participación en un congreso o en un evento académico de importancia para el desarrollo disciplinar, conservando siempre el anonimato de los datos para poder garantizar los derechos de los participantes y se publicara además un artículo científico en una revista indexada de enfermería, de las ciencias sociales o de la salud.

Otro de los requisitos es la proporción favorable de riesgo beneficio, tomada en cuenta, ya que, si bien es una investigación en la cual se ha considerado un riesgo mínimo de acuerdo con la resolución 0008430 de 1993<sup>85</sup>, el beneficio posterior al estudio será mayor ya que al conocer las conductas de salud de la población con sobrepeso y obesidad se genera información que permita generar estrategias que empoderen a los individuos en pro de su salud.

El consentimiento informado, donde la persona con sobrepeso y obesidad asintió de manera escrita su participación en el estudio (ver ANEXO B). El respeto a los

sujetos inscritos quienes seguirán siendo atendidos dentro del programa con las mismas características educativas establecidas hasta el momento.

Para garantizar la confidencialidad de los datos, las encuestas no tienen ningún dato de identificación de la persona participante en el estudio y se codificaron con el número consecutivo de diligenciamiento y la fecha en la cual se aplicó la encuesta con el formato día, mes y año, con ese mismo código se hizo el ingreso en la base de datos, posteriormente se archivaron en carpetas diferentes de los consentimientos informados. La custodia de las encuestas y los consentimientos se realizará durante cinco años.

El presente estudio tiene aval del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, como consta en el Acta No CEI-FE 2017-17 y de la institución de salud donde se realiza con Acta No. IN38-2017 y se siguieron las recomendaciones que dichos comités hacen a la investigación. El trabajo de campo se inició una vez se obtuvo el aval de los Comités de ética relacionados con la investigación.

La primera enfermera que usó el instrumento en Colombia obtuvo los permisos para su uso a través de la Universidad Concepción de Chile, donde adelantaba sus estudios de doctorado. En contacto con la investigadora, sugiere que se solicite directamente a Nola Pender. Es por ello que se solicita el permiso para el uso del instrumento en su versión en español, directamente a la autora Nola Pender (Ver ANEXO C), quien dio su permiso para el uso del instrumento en Colombia, en la versión en español del mismo (Ver ANEXO D).

Finalmente, el estudio pretende que sus resultados sean de relevancia para la implementación de programas enfocados en las necesidades de la población con sobrepeso y obesidad, propiciando acciones que mejoren los resultados en la pérdida de peso y con ello disminuir las complicaciones asociadas a la enfermedad.

### **5.8.1 Conflictos de interés**

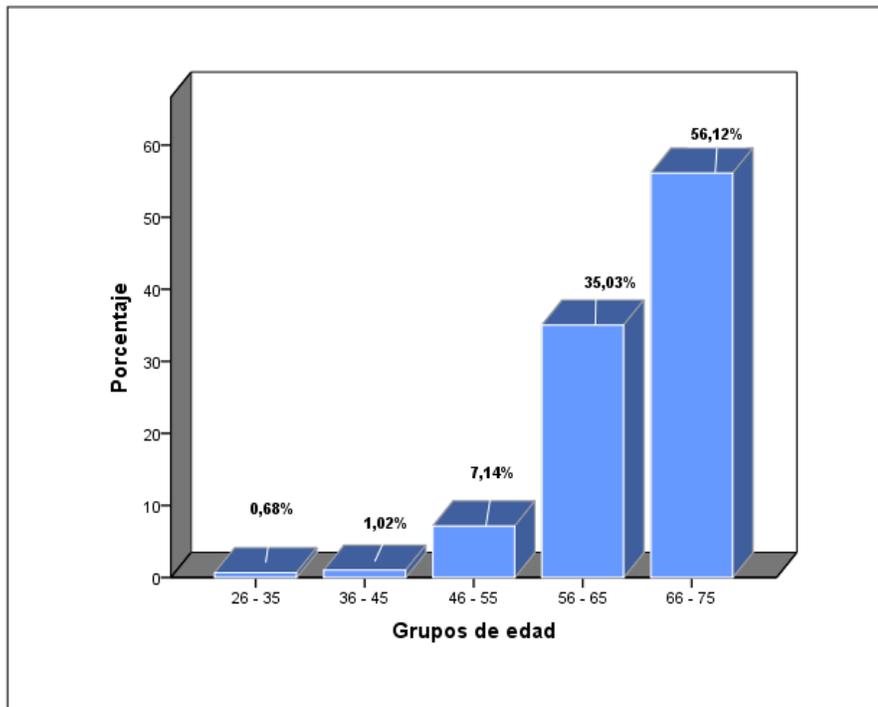
Los derechos de autor son un posible conflicto de interés, por lo que se deja claramente plasmado en la solicitud del permiso a la institución, que los derechos de autor son de propiedad de la investigadora y de la Universidad de Antioquia, dando créditos a la institución donde se realiza la misma y salvaguardando en todo momento el buen nombre de esta.

## 6. RESULTADOS

### 6.1 Análisis de variables sociodemográficas, clínicas y educativas

Se recolectaron en total 294 encuestas de personas con sobrepeso y obesidad que asisten al programa de salud. La edad promedio de los participantes es de 66 años, con desviación estándar (DE) de 8 años, con un mínimo 26 y un máximo de 75 años; el grupo de edad más representativo está entre los 66 y los 75 años (ver Gráfica 2). Del total de participantes el 69.04% son mujeres.

**Gráfica 2. Grupos de edad de los participantes del estudio “Conductas de salud de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud”**



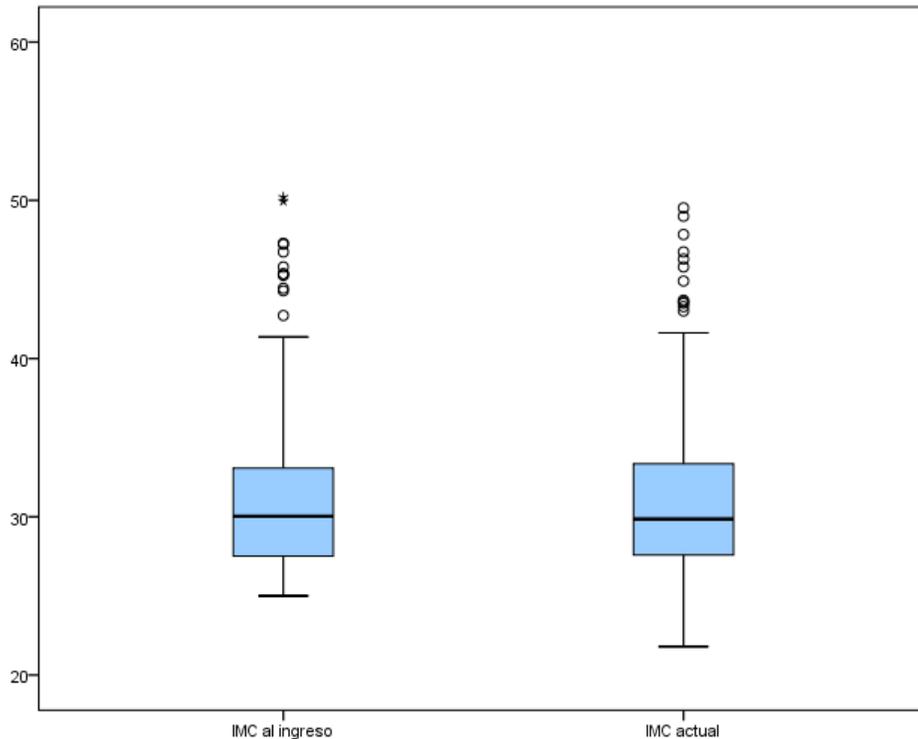
*Fuente:* Autoría propia.

Con relación al estrato socioeconómico, el 95% de los participantes pertenecen a los estratos 1, 2 y 3, siendo el estrato 2 el más representativo con un 50,3% del total. En cuanto al nivel de estudio, se encontró que el 58,5% tiene escolaridad primaria, secundaria un 30,3% y hay un 1,7% que no tiene ningún estudio. En cuanto a la ocupación de las personas con sobrepeso y obesidad que participaron en el estudio, el 43,9% son amas de casa, 39,8% pensionados y entre empleados e independientes se encuentran 13,6% participantes.

El índice de masa corporal (IMC) promedio de los participantes al ingreso al programa fue de 30,99 Kg/m<sup>2</sup> con DE = 4,85, con un mínimo de 25,00 Kg/m<sup>2</sup> y un máximo de 50,21 Kg/m<sup>2</sup>; mientras que el promedio del IMC actual tiene una mínima reducción, con una media de 30,93 Kg/m<sup>2</sup> con DE = 4,95, un mínimo de 21,80 Kg/m<sup>2</sup> y un máximo de 49,52 Kg/m<sup>2</sup>, la distribución del IMC antes y después se presenta en la gráfica 3.

Con respecto a las comorbilidades asociadas al sobrepeso y la obesidad, se evidenció que 4 de cada 5 participantes del estudio (82,7%), tienen hipertensión arterial, más de la mitad presenta diabetes mellitus (55,1%) y 1 de cada 5 sufren de dislipidemia (20,4%); los trastornos tiroideos representan en los participantes un 17,7%, las enfermedades cardíacas el 13,9%, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica un 12,2% y la alteraciones osteoarticulares el 10,9%. Con porcentajes inferiores al 10% se encuentran comorbilidades como la enfermedad renal crónica, la enfermedad cerebrovascular, la insuficiencia venosa, algunos trastornos psiquiátricos, la prediabetes y la apnea del sueño, entre otros.

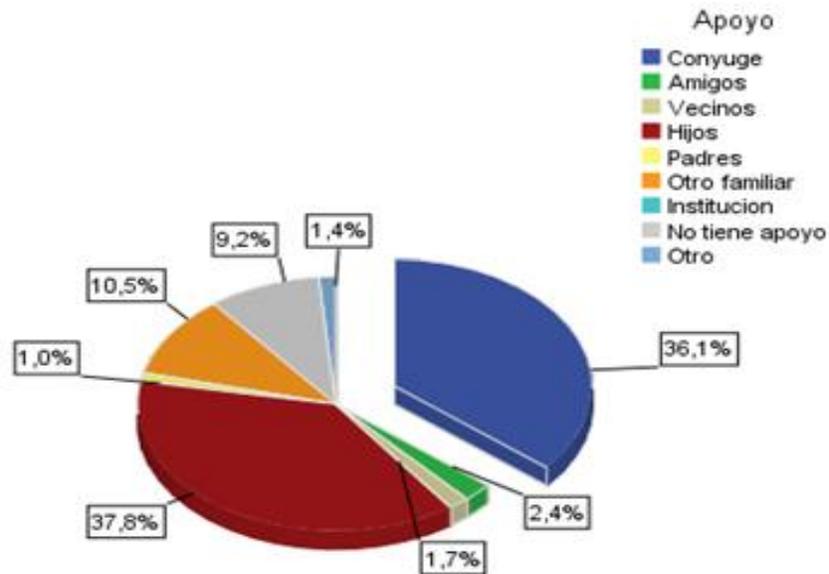
**Gráfica 3. Distribución del IMC al ingreso y el actual de los participantes del estudio “Conductas de salud de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud”**



*Fuente:* Autoría propia.

La principal motivación para seguir las indicaciones de profesionales de salud y modificar sus conductas en 7 de cada 10 participantes (70,7%) es su salud. Tan solo el 26,9% de los participantes asisten a la actividad grupal. Con relación al apoyo en el proceso de salud-enfermedad, el 37,8% lo obtienen de los hijos, el 1,4% es apoyado por otra persona (vecinos, excompañeros sentimentales y sobrinos). (Ver gráfica 4).

**Gráfica 4. Apoyo a los participantes del estudio “Conductas de salud de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud”**



Fuente: Autoría propia.

## 6.2 Conductas de salud

**Tabla 5. Conductas de salud de los participantes del estudio “Conductas de salud de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud”**

		Recuento	% de N tablas
Responsabilidad de la salud	No saludable	210	71,4%
	Poco saludable	54	18,4%
	Saludable	30	10,2%
	Total	294	100,0%
Actividad física	No saludable	200	68,0%
	Poco saludable	78	26,5%
	Saludable	16	5,4%
	Total	294	100,0%
Nutrición	No saludable	209	71,1%

	Poco saludable	63	21,4%
	Saludable	22	7,5%
	Total	294	100,0%
Crecimiento espiritual	No saludable	146	49,7%
	Poco saludable	70	23,8%
	Saludable	78	26,5%
	Total	294	100,0%
Relaciones interpersonales	No saludable	169	57,5%
	Poco saludable	80	27,2%
	Saludable	45	15,3%
	Total	294	100,0%
Manejo del estrés	No saludable	106	36,1%
	Poco saludable	135	45,9%
	Saludable	53	18,0%
	Total	294	100,0%
Total	No saludable	88	29,9%
	Poco saludable	167	56,8%
	Saludable	39	13,3%
	Total	294	100,0%

*Fuente:* Autoría propia.

La calificación global de las conductas de salud de la población con exceso de peso se presenta en la tabla 2. Llama la atención que más de la mitad de los participantes (56,8%) se clasifica como poco saludable y tan solo 1 de cada 10 (13,3%) tienen conductas saludables. Con relación a las dimensiones, se encuentra que en cinco de ellas, la mayoría de los participantes tiene conductas no saludables; donde se resalta que en actividad física el 68% participantes tienen conductas no saludables y tan solo el 5,4% conductas saludables; en cuanto a la nutrición, el 71,1% de los participantes tienen conductas no saludables y el 7,5% conductas saludables.

### 6.3 Correlaciones de importancia para el estudio

Con base en la revisión bibliográfica y las relaciones las conductas de salud y las diferentes variables sociodemográficas, clínicas y educativas, pero además entre las dimensiones que fueron reportadas en los estudios revisados, se definen los cruces que a continuación se describen y se analizan.

#### 6.3.1 Relaciones entre conductas de salud y condiciones sociodemográficas, clínicas y educativas

**Tabla 6. Relaciones entre las conductas de salud con las condiciones sociodemográficas, clínicas y educativas de los participantes del estudio “Conductas de salud de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud”**

		Nivel Conductas								$\chi^2$	p
		No saludable		Poco saludable		Saludable		Total			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Sexo	Hombre	29	31,9	56	61,5	6	6,6	91	100	5,1	0,78
	Mujer	59	29,1	111	54,7	33	16,3	203	100		
Años (Agrupada)	26 - 35	2	100	0	0	0	0	2	100	10,12	0,256
	36 - 45	2	66,7	0	0	1	33,3	3	100		
	46 - 55	5	23,8	12	57,1	4	19	21	100		
	56 - 65	33	32	57	55,3	13	12,6	103	100		
	66 - 75	46	27,9	98	59,4	21	12,7	165	100		
Estrato socio-económico	1	13	40,6	16	50	3	9,4	32	100	6,65	0,758
	2	41	27,7	84	56,8	23	15,5	148	100		
	3	29	28,7	59	58,4	13	12,9	101	100		
	4	5	45,5	6	54,5	0	0	11	100		
	5	0	0	1	100	0	0	1	100		
	6	0	0	1	100	0	0	1	100		
Escolaridad	Ninguno	1	20	3	60	1	20	5	100	13,6	1,92
	Primaria	47	27,3	100	58,1	25	14,5	172	100		
	Secundaria	25	28,1	54	60,7	10	11,2	89	100		

	Técnico	6	50	5	41,7	1	8,3	12	100		
	Tecnológico	4	40	5	50	1	10	10	100		
	Profesional	5	83,3	0	0	1	16,7	6	100		
Asiste a actividad grupal	Si	24	30,4	40	50,6	15	19	79	100	3,39	0,183
	No	64	29,8	127	59,1	24	11,2	215	100		
Apoyo	Familia	72	28,7	143	57	36	14,3	251	100	3,29	0,51
	Otros	5	31,3	9	56,3	2	12,5	16	100		
	No tiene apoyo	11	40,7	15	55,6	1	3,7	27	100		
Comorbilidades	Diabetes	44	27,2	91	56,2	27	16,7	162	100	5,38	0,496
	Dislipidemia	19	31,7	31	51,7	10	16,7	60	100		
	Hipertensión A	70	28,8	138	56,8	35	14,4	243	100		
Motivación	Autoestima	8	36,4	12	54,5	2	9,1	22	100	20,71	0,008
	Bienestar	38	37,3	53	52	11	10,8	102	100		
	Familia	13	38,2	18	52,9	3	8,8	34	100		
	Salud	49	23,6	127	61,1	32	15,4	208	100		
Ocupación	Empleado	12	38,7	14	45,2	5	16,1	31	100	8,42	0,39
	Desempleado	2	25	5	62,5	1	12,5	8	100		
	Ama de casa	34	26,4	74	57,4	21	16,3	129	100		
	Independiente	1	11,1	8	88,9	0	0	9	100		
	Pensionado	39	33,3	66	56,4	12	10,3	117	100		
	Total	88	29,9	167	56,8	39	13,3	294	100		

Fuente: Autoría propia.

En la tabla 6 se presenta el cruce entre las conductas de salud y las variables sociodemográficas, clínicas y educativas, encontrándose que del total de participantes el 29.9% tiene conductas no saludables, el 56.8% conductas poco saludables y el 13.3% conductas saludables; se evidencia además, que hay significancia estadística, en la relación entre las conductas de salud con la motivación ( $p < 0.05$ ). Con relación a las conductas saludables, se observa que en cuanto a la ocupación los mayores porcentajes los tienen los empleados y las ama de casa, con un 16.1% y 16.3% respectivamente) en cuanto a la motivación, el 15.4% tienen como motivación su salud, el 19.2% de las personas que participaron

asisten a la actividad grupal del programa. El 33.3% están en el rango de edad entre 36 y 45 años; al relacionar con el sexo, es mayor el porcentaje de mujeres con un 16.3%. en las conductas poco saludables llama la atención que el 88.9% trabajan como independientes, el 59.1% no asisten a la actividad grupal, el total de los participantes que tienen conductas no saludables se encuentran por encima de los 46 años y en las conductas poco saludables en su mayoría se ocupan como empleados (38.7%), la motivación es su familia con un 38.2%, la comorbilidad mas asociada es la dislipidemia con un 31.7%, el 40.7% no tiene apoyo, se encuentra que hay mayor porcentaje en la medida que aumenta el nivel de escolaridad iniciando en un 20% en los que no tienen ninguna escolaridad, hasta un 83.3% en quienes son profesionales, sin embargo estas diferencias no son estadísticamente significativas el 45.5% de los participantes pertenecen al estrato socioeconómico 4, en el sexo no hay una diferencia significativa entre ambos (31.9% hombre y 29.1% mujeres)

**Tabla 7. Relaciones entre la dimensión de responsabilidad en salud con la asistencia a actividad grupal, el apoyo y la motivación de los participantes del estudio “Conductas de salud de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud”**

		Responsabilidad de la salud								$\chi^2$	P
		No saludable		Poco saludable		Saludable		Total			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Asiste a actividad grupal	Si	53	67,1	12	15,2	14	17,7	79	100	6,86	0,032
	No	157	73	42	19,5	16	7,4	215	100		
	Total	210	71,4	54	18,4	30	10,2	294	100		
Apoyo	Familia	175	69,7	52	20,7	24	9,6	251	100	7,03	0,134
	Otros	14	87,5	0	0	2	12,5	16	100		
	No tiene apoyo	21	77,8	2	7,4	4	14,8	27	100		
	Total	210	71,4	54	18,4	30	10,2	294	100		
Motivación	Autoestima	17	77,3	4	18,2	1	4,5	22	100	12,39	0,134
	Bienestar	77	75,5	19	18,6	6	5,9	102	100		

Familia	28	82,4	3	8,8	3	8,8	34	100
Salud	141	67,8	41	19,7	26	12,5	208	100
Total	263	71,9	67	18,3	36	9,8	366	100

Fuente: Autoría propia.

En cuanto a las relación de responsabilidad en salud con asistencia actividad grupal, el apoyo y la motivación (ver tabla 7) se encuentra que, hay una relación con significancia estadística entre las conductas y la asistencia a la actividad grupal ( $p < 0.05$ ). En relación con las conductas saludables para esta dimensión, el 12.5% tienen como motivación su propia salud, el 14.8% no tienen apoyo y el 17.7% asisten a la actividad grupal. Mientras que en las conductas poco saludables, el 20.7% reciben el apoyo de su familia, y el 19.5% no asisten a la actividad grupal. En las conductas no saludables, el 82.4% tiene como motivación a su familia, el apoyo lo recibe de otras personas en un 87.5% y el 7% no asiste a la actividad grupal.

**Tabla 8. Relaciones entre la dimensión de la actividad física con la edad, las comorbilidades y la ocupación de los participantes del estudio “Conductas de salud de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud”**

		Actividad física								$\chi^2$	p
		No saludable		Poco saludable		Saludable		Total			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Años (Agrupada)	26 – 35	2	100	0	0	0	0	2	100	3,63	0,889
	36 – 45	2	66,7	1	33,3	0	0	3	100		
	46 – 55	14	66,7	7	33,3	0	0	21	100		
	56 – 65	72	69,9	24	23,3	7	6,8	103	100		
	66 – 75	110	66,7	46	27,9	9	5,5	165	100		
	Total	200	68,0	78	26,5	16	5,4	294	100		
Comorbilidades	Diabetes	111	68,5	39	24,1	12	7,4	162	100	8,06	0,233
	Dislipidemia	35	58,3	19	31,7	6	10	60	100		
	Hipertensión A	168	69,1	60	24,7	15	6,2	243	100		

	Total	314	67,5	118	25,4	33	7,1	465	100	
Ocupación	Empleado	20	64,5	10	32,3	1	3,2	31	100	7,66
	Desempleado	6	75	2	25	0	0	8	100	
	Ama de casa	84	65,1	33	25,6	12	9,3	129	100	
	Independiente	6	66,7	3	33,3	0	0	9	100	
	Pensionado	84	71,8	30	25,6	3	2,6	117	100	
	Total	200	68,0	78	26,5	16	5,4	294	100	0,467

*Fuente:* Autoría propia.

En la tabla 8 se presenta el cruce de la actividad física con la edad, las comorbilidades y la ocupación, a pesar de no encontrarse significancia estadística entre la actividad física y las variables ya mencionadas, se encontró que por la concentración de los participantes en los rangos de mayor edad, aumenta también el porcentaje que se relaciona con cada una de las clasificaciones de las conductas, de estas concentraciones; llama la atención que, mientras en las conductas saludables se sube de siete a nueve participantes, en las no saludables se pasa de 72 a 110. Con relación a las comorbilidades se observa que tanto la diabetes como la hipertensión arterial tienen mayor concentración de personas con conductas no saludables, al obtener 68,5% y 69,1%, respectivamente. En cuanto a la ocupación, llama la atención que de los desempleados ninguno tiene conductas saludables y en cambio de todas las ocupaciones es la que mayor porcentaje de conductas no saludables presenta con un 75%.

**Tabla 9. Relaciones entre la dimensión de nutrición con el sexo, el estrato socioeconómico, la asistencia a actividad grupal y las comorbilidades de los participantes del estudio “Conductas de salud de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud”**

Nutrición

		No saludable		Poco saludable		Saludable		Total		$\chi^2$	p
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Sexo	Hombre	71	78	18	19,8	2	2,2	91	100	5,97	0,05
	Mujer	138	68	45	22,2	20	9,9	203	100		
Estrato socio-económico	1	23	71,9	7	21,9	2	6,3	32	100	9,451	0,49
	2	102	68,9	33	22,3	13	8,8	148	100		
	3	75	74,3	19	18,8	7	6,9	101	100		
	4	9	81,8	2	18,2	0	0	11	100		
	5	0	0	1	100	0	0	1	100		
	6	0	0	1	100	0	0	1	100		
Asiste a grupal	Si	58	73,4	15	19	6	7,6	79	100	0,385	0,825
	No	151	70,2	48	22,3	16	7,4	215	100		
	Total	209	71,1	63	21,4	22	7,5	294	100		
Comorbilidades	Diabetes	104	64,2	43	26,5	15	9,3	162	100	11,99	0,062
	Dislipidemia	42	70	12	20	6	10	60	100		
	Hipertensión A	172	70,8	55	22,6	16	6,6	243	100		
	Total	318	68,4	110	23,7	37	8,0	465	100		

Fuente: Autoría propia.

Al relacionar la nutrición con sexo, estrato socioeconómico, asistencia a actividad grupal y comorbilidades (ver tabla 9), se encuentra relación con significancia estadística entre la dimensión y el sexo ( $p=0.05$ ) en relación con las conductas saludables se observa que el 10% tiene dislipidemia y el 9.3% diabetes mellitus, no se encuentra diferencia entre la asistencia a la actividad grupal con porcentajes de 7.6% de quienes si asisten y 7.4% de quienes no asisten, el mayor porcentaje de participantes pertenecen al estrato socioeconómico 2 con un 8.8% y en relación con el sexo, el 9.9% son mujeres. En las conductas poco saludables el 26.5% sufren de diabetes mellitus, el 22.3% no asisten a la actividad grupal, y el 22.2% son mujeres. En las conductas no saludables, el 70.8% tienen hipertensión, el 73.4% asisten a la actividad grupal, el 81.8% pertenecen al estrato socioeconómico 4 y el 78% son hombres

**Tabla 10. Relaciones entre la dimensión del crecimiento espiritual con el sexo, la motivación y el apoyo de los participantes del estudio “Conductas de salud de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud”**

		Crecimiento espiritual								$\chi^2$	p
		No saludable		Poco saludable		Saludable		Total			
		n	%	N	%	n	%	n	%		
Sexo	Hombre	55	60,4	22	24,2	14	15,4	91	100	9,26	0,1
	Mujer	91	44,8	48	23,6	64	31,5	203	100		
	Total	146	49,7	70	23,8	78	26,5	294	100		
Motivación	Autoestima	11	50	5	22,7	6	27,3	22	100	20,1	0,01
	Bienestar	55	53,9	19	18,6	28	27,5	102	100		
	Familia	23	67,6	8	23,5	3	8,8	34	100		
	Salud	91	43,8	53	25,5	64	30,8	208	100		
	Total	180	49,2	85	23,2	101	27,6	366	100		
Apoyo	Familia	127	50,6	59	23,5	65	25,9	251	100	6,45	0,958
	Otros	7	43,8	4	25	5	31,3	16	100		
	No tiene apoyo	12	44,4	7	25,9	8	29,6	27	100		
	Total	146	49,7	70	23,8	78	26,5	294	100		

Fuente: Autoría propia.

Al cruzar la dimensión de crecimiento espiritual con el sexo, la motivación y el apoyo, se observa en la tabla 10, que hay relación con significancia estadística entre la dimensión y la motivación ( $p < 0.05$ ). Se encuentra además que en las conductas saludables hay 31.3% que recibe el apoyo de otros, la motivación en un 30.8% es su salud y el 31.5% son mujeres. En las conductas poco saludables, el 25.9% no tienen apoyo, el 25.5% se sienten motivados por su salud y no hay diferencias en el sexo ya que son porcentajes muy similares 24.2% hombres y 23.6% mujeres. En las conductas no saludables, el 50.6% reciben el apoyo de su familia, el 67.6% tienen como motivación a su familia y el 60.4% son hombres.

**Tabla 11. Relaciones entre la dimensión de relaciones interpersonales con la edad, la motivación y el apoyo de los participantes del estudio “Conductas de salud de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud”**

		Relaciones interpersonales								$\chi^2$	p
		No saludable		Poco saludable		Saludable		Total			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Años (Agrupada)	26 – 35	2	100	0	0	0	0	2	100	9,4	0,309
	36 – 45	2	66,7	1	33,3	0	0	3	100		
	46 – 55	12	57,1	2	9,5	7	33,3	21	100		
	56 – 65	59	57,3	30	29,1	14	13,6	103	100		
	66 – 75	94	57	47	28,5	24	14,5	165	100		
	Total	169	57,5	80	27,2	45	15,3	294	100		
Motivación	Autoestima	9	40,9	11	50	2	9,1	22	100	19,47	0,013
	Bienestar	58	56,9	29	28,4	15	14,7	102	100		
	Familia	19	55,9	12	35,3	3	8,8	34	100		
	Salud	107	51,4	63	30,3	38	18,3	208	100		
	Total	193	52,7	115	31,4	58	15,8	366	100		
Apoyo	Familia	141	56,2	71	28,3	39	15,5	251	100	2,68	0,612
	Otros	9	56,3	5	31,3	2	12,5	16	100		
	No tiene apoyo	19	70,4	4	14,8	4	14,8	27	100		
	Total	169	57,5	80	27,2	45	15,3	294	100		

Fuente: Autoría propia.

Al explorar relaciones de la dimensión de relaciones interpersonales con la edad, la motivación y el apoyo, se observa en la tabla 11 que hay una relación estadísticamente significativa ( $p < 0.95$ ) entre la dimensión y la motivación. En las conductas saludables se encuentra que el 15.5% recibe el apoyo de su familia, el 18.3% tienen como motivación su salud, y el 33.3% se encuentran en el rango de edad de 46 a 55 años. En las conductas poco saludables, el 31.3% recibe el apoyo de otros y un 14.8% no tiene apoyo. El 50% tienen como motivación su autoestima

y el 33.3% están en el rango de edad de 36 a 45 años. En cuanto a las conductas no saludables el 70.4% no tiene apoyo, el 56.9% tiene como motivación su bienestar.

**Tabla 12. Relaciones entre la dimensión de manejo del estrés con el sexo, las comorbilidades y la motivación de los participantes del estudio “Conductas de salud de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud”**

		Manejo del estrés								$\chi^2$	p
		No saludable		Poco saludable		Saludable		Total			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Sexo	Hombre	35	38,5	44	48,4	12	13,2	91	100	2,09	0,351
	Mujer	71	35	91	44,8	41	20,2	203	100		
	Total	106	36,1	135	45,9	53	18,0	294	100		
Comorbilidades	Diabetes	51	31,5	79	48,8	32	19,8	162	100	10,91	0,091
	Dislipidemia	28	46,7	20	33,3	12	20	60	100		
	Hipertensión A	84	34,6	114	46,9	45	18,5	243	100		
	Total	163	35,1	213	45,8	89	19,1	465	100		
Motivación	Autoestima	9	40,9	9	40,9	4	18,2	22	100	15,8	0,045
	Bienestar	41	40,2	43	42,2	18	17,6	102	100		
	Familia	13	38,2	21	61,8	0	0	34	100		
	Salud	67	32,2	99	47,6	42	20,2	208	100		
	Total	130	35,5	172	47,0	64	17,5	366	100		

Fuente: Autoría propia.

Respecto a la relación entre el manejo del estrés con el sexo, las comorbilidades y la motivación, se evidencia en la tabla 12, que hay relación significativamente estadística ( $p < 0.05$ ) entre la dimensión y la motivación; en las conductas saludables se encuentra que el 20.2% se siente motivado por su salud, el 20% sufre de dislipidemia y el 20.2% son mujeres. En las conductas poco saludables, el 42% se siente motivado por su salud, el 48.8% sufre de diabetes mellitus y el 46.9% de

hipertensión arterial, el 48.4% son hombres. En las conductas no saludables, se sienten motivados en un 40.9% por su autoestima y el 40.2% por su bienestar, en 46.7% tiene dislipidemia como comorbilidad y el 38.5% son hombres.

### 6.3.2 Relaciones entre conductas de salud

Al retomar las coincidencias entre los resultados obtenidos en las puntuaciones de las diferentes dimensiones y con base en lo encontrado en la literatura y múltiples estudios revisados al respecto, se realizaron los siguientes cruces entre dimensiones para poder determinar sus relaciones en los participantes del presente estudio.

**Tabla 13. Relaciones entre la dimensión de nutrición con la actividad física de los participantes del estudio “Conductas de salud de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud”**

		Nutrición								$\chi^2$	p
		No saludable		Poco saludable		Saludable		Total			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Actividad física	No saludable	154	77,0	37	18,5	9	4,5	200	100	24,04	>0,001
	Poco saludable	51	65,4	17	21,8	10	12,8	78	100		
	Saludable	4	25,0	9	56,3	3	18,8	16	100		
	Total	209	71,1	63	21,4	22	7,5	294	100		

Fuente: Autoría propia.

Se observa en la tabla 13 el cruce entre las dimensiones de nutrición y actividad física, un 7.5% presentan conductas saludables en la dimensión de nutrición y de ellos un 18.8% también tienen conductas saludables en actividad física. El 21.4% tienen conductas poco saludables en nutrición, de ellos el 56.3% tienen conductas

saludables en actividad física y el 71.1% tiene conductas no saludables en nutrición y el 77% de ellos también tiene conductas no saludables en actividad física.

**Tabla 14. Relaciones entre la dimensión de manejo del estrés con la nutrición de los participantes del estudio “Conductas de salud de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud”**

		Manejo del estrés								$\chi^2$	p
		No saludable		Poco saludable		Saludable		Total			
		n	%	N	%	n	%	n	%		
Nutrición	No saludable	98	46,9	90	43,1	21	10,05	209	100	76,71	>0,001
	Poco saludable	7	11,1	40	63,5	16	25,40	63	100		
	Saludable	1	4,5	5	22,7	16	72,73	22	100		
	Total	106	36,1	135	45,9	53	18,03	294	100		

Fuente: Autoría propia.

Al cruzar las dimensiones de manejo del estrés y nutrición se observa que en conductas saludables en manejo del estrés se encuentra un 18.03% y de ellos el 72.73% también tienen conductas saludables en nutrición. En cuanto al 45.9% de quienes tienen conductas poco saludables en manejo del estrés, el 63.5% también tienen conductas poco saludables en nutrición; en las conductas no saludables en manejo del estrés hay un 36.1% y de ellos hay un 46.1% que además tiene conductas no saludables en nutrición (ver tabla 14).

**Tabla 15. Relaciones entre la dimensión de actividad física con las relaciones interpersonales de los participantes del estudio “Conductas de salud de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud”**

		Actividad física								$\chi^2$	p
		No saludable		Poco saludable		Saludable		Total			
		N	%	n	%	n	%	n	%		
Relaciones interpersonales	No saludable	127	75,1	37	21,9	5	3,0	169	10	18,39	0,01
	Poco saludable	43	53,8	32	40,0	5	6,3	80	100		
	Saludable	30	66,7	9	20,0	6	13,3	45	100		
	Total	200	68,0	78	26,5	16	5,4	294	100		

Fuente: Autoría propia.

En la tabla 15 se observan las relaciones encontradas entre las dimensiones de actividad física y relaciones interpersonales, donde se evidencia una relación significativamente estadística ( $p < 0.05$ ), allí hay en total un 5.4% que tienen conductas saludables en actividad física y de ellos el 13.3% también tiene conductas saludables en relaciones interpersonales. En cuanto a las conductas poco saludables en actividad física (26.5%), el 40% también tiene conductas poco saludables en la dimensión con la cual se hizo el cruce. El 68% tiene conductas no saludables en actividad y de ellos 75.1% tiene la misma clasificación en relaciones interpersonales.

**Tabla 16. Relaciones entre la dimensión de relaciones interpersonales con el crecimiento espiritual de los participantes del estudio “Conductas de salud de los adultos con sobrepeso y obesidad que asisten a un programa de salud”**

		Relaciones interpersonales								$\chi^2$	p
		No saludable		Poco saludable		Saludable		Total			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Crecimiento espiritual	No saludable	122	83,6	22	15,1	2	1,4	146	100	106.8	>0,001
	Poco saludable	34	48,6	24	34,3	12	17,1	70	100		
	Saludable	13	16,7	34	43,6	31	39,7	78	100		

Total	169	57,5	80	27,2	45	15,3	294	100	
-------	-----	------	----	------	----	------	-----	-----	--

*Fuente:* Autoría propia.

Al realizar cruce entre la dimensión relaciones interpersonales y el crecimiento espiritual, se evidencia en la tabla 16 que el 15.3% de los participantes tienen conductas saludables en la dimensión de relaciones interpersonales y de estos, el 39.7% tienen también conductas saludables en crecimiento espiritual. Con relación al 27.2% que tienen conductas poco saludables en relaciones interpersonales el 43.6% tienen conductas saludables en crecimiento espiritual y en conductas no saludables, hay un 57.5% de participantes que en su dimensión de relaciones interpersonales se ubican en esta clasificación y de ellos, el 83.6% también tienen esta clasificación en el crecimiento espiritual.

## 7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El rango de edad donde se ubica mayor porcentaje de la población del presente estudio es entre los 66 y los 75 años; de manera similar a los resultados del presente estudio, Marqueta y col.<sup>87</sup> encontraron en España que la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad es en la población entre 65 y 74 años. Woolf y col.<sup>88</sup> en su estudio reportan como edad promedio 65,9 con DE 9,7. El presente estudio encuentra que la población adulta mayor es más susceptible de sufrir sobrepeso y obesidad, siendo esta población la que padece en mayor proporción enfermedades crónicas en sí misma por su proceso de envejecimiento y por asociación con el sobrepeso y la obesidad, por lo cual consultan en el programa. Adicionalmente, la carga de las conductas de salud igualmente incide en el aumento de peso. El sobrepeso y la obesidad son producto de las conductas inadecuadas adquiridas en el trasegar de la vida y desde la infancia no se motiva ni se educa al niño para transformar éstas en conductas saludables que ayuden tanto al desarrollo humano como a la conservación de la misma salud.

Se concluye además que el 69% de los participantes son mujeres, cifra coherente con lo reportado por la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2015<sup>20</sup> donde el 59.5% de la mujeres tienen sobrepeso y obesidad; asimismo, La FAO y la OPS<sup>19</sup> plantean que la relación mujeres/hombres es significativamente más alta en el sexo femenino en la mayoría de los países latinoamericanos. En contraposición, Marqueta y col.<sup>87</sup> reportan que en España es más frecuente en varones; en esta misma vía, Woolf y col.<sup>88</sup> describen que un 71,4% sus participantes son hombres. Esquivel y Vinicio,<sup>89</sup> en su estudio con mujeres que presentan sobrepeso, reportan que el 34% supera los valores de consumo de grasa total y de un consumo frecuente de harinas y bajo consumo de frutas y vegetales; el 42% reportó consumo de medicamentos para comorbilidades como la dislipidemia y la

hipertensión; el 54% inicio con aumento de peso desde la niñez o la adolescencia y consideran las participantes como principal causa (45,6%) el embarazo.

Tal y como es reportado por Bhurosy y Jeewon<sup>90</sup> el aumento en el peso se puede atribuir a las alteraciones de las condiciones nutricionales y de actividad física por las influencias socioeconómicas, las tendencias en el IMC promedio actual en las naciones en desarrollo superarán incluso los valores medios máximos de IMC informados en países desarrollados, situación consecuente con lo encontrado en este estudio, donde el 95% de los participantes están concentrados en los estratos 1, 2 y 3; sin embargo, Sengupta y col.<sup>91</sup> en su estudio con población de la India, concluyen que la relación entre el sobrepeso y la obesidad con el estrato socioeconómico no se pueden generalizar. Mejía y Arango<sup>92</sup> encuentran en su estudio en Colombia, que el mayor porcentaje de hombres y mujeres con sobrepeso se ubican en el quintil de pobreza bajo con 27,3% y 26,2%, respectivamente, encontrando una relación entre pobreza y el sobrepeso y la obesidad.

El 58,5% de los participantes reportan escolaridad primaria en el presente estudio; Mejía y Arango<sup>92</sup> en su estudio destacan que los hombres obesos con un índice de pobreza alto y muy alto en un 48,3% y 38,9% alcanzaron la primaria como nivel educativo, respectivamente. En otro estudio realizado por Ruiz y col.,<sup>93</sup> de manera similar a lo ya descrito, reportan diferencias en el nivel educativo según el sexo, donde un mayor número de mujeres tenía un nivel educativo inferior al bachillerato, es decir que hay una relación entre aumento de peso y el bajo nivel de escolaridad.

Con respecto a la ocupación, en el presente estudio se encontró que el 43,9% son amas de casa, el 39,8% pensionados y entre empleados e independientes se encuentran el 13,6% participantes, similar a lo encontrado por Marqueta y col.,<sup>87</sup> quienes plantean que hay mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en aquellos que realizan trabajos no cualificados. Ruiz y col.<sup>93</sup> mencionan que una mayor

proporción de mujeres se catalogaron como desempleadas, categoría en la cual también incluyeron a las amas de casa; los cambios en las dinámicas laborales y el ingreso de las tecnologías y las comunicaciones van influyendo a una vida más sedentaria.<sup>16</sup> Ontiveros<sup>94</sup> encontró que la practica laboral tiene relación con el sobrepeso y la obesidad en hombres. En relación con las mujeres Hernández<sup>95</sup> concluye que la obesidad, acarrea rechazos y estigmas sociales desde diferentes áreas que incluyen lo laboral, ya que socialmente se considera que por su exceso de peso la mujer tiene impedimentos para desarrollar las diferentes tareas que le sean asignadas. De acuerdo a lo anteriormente escrito, el sobrepeso y la obesidad tienen una relación cíclica con la parte laboral donde se afectan mutuamente.

Cuando se realiza la comparación entre el índice de masa corporal al ingreso al programa y el actual, cabe anotar que, si bien no se reporta disminución significativa en las medias, al analizar los mínimos y máximos en el IMC se ve una disminución importante al pasar en el mínimo de 25,00 Kg/m<sup>2</sup> a 21,80 Kg/m<sup>2</sup> y en el máximo de 50,21 Kg/m<sup>2</sup> a 49,52 Kg/m<sup>2</sup>, hallazgo acorde con lo planteado por Delgado y col.,<sup>78</sup> quienes concluyeron que tras una intervención profesional enfocada en educación nutricional, terapia psicológica y sesiones de ejercicio físico, en personas con obesidad mórbida u obesidad más comorbilidad, durante 12 semanas, se presentó una disminución en el peso de 98,5 Kg a 91,1 Kg después de la intervención interdisciplinaria; asimismo, el IMC bajó de 39,8 a 36,9; llegando ellos a concluir que a mayor duración del programa se evidenciarían reducciones de peso incluso más significativas.

Las comorbilidades más comunes de los participantes fueron la hipertensión arterial presente en un 82,7%, la diabetes mellitus en el 55,1% y la dislipidemia en un 20,4%; resultados similares fueron reportados por Ruiz y col.,<sup>93</sup> quienes en su estudio encontraron que las comorbilidades más asociadas a la población con obesidad fueron la dislipidemia con un 45,9%, la hipertensión arterial con un 37,4%

y la diabetes mellitus con un 13,1%. Dentro de las tres principales comorbilidades reportadas por Mejía y col.<sup>96</sup> se encuentra una diferencia con relación a la hipertensión arterial que estaba presente en un 32% y la diabetes con un 44%, ambas con porcentajes inferiores a los reportados en el presente estudio.

En los resultados del presente estudio se evidencia que el 70,7% de los participantes son motivados por su propia salud para seguir las recomendaciones en cuanto a conductas saludables; sin embargo, Sebire y col.<sup>97</sup> encontraron que las personas con diagnóstico de diabetes mellitus centran su motivación en evitar que les descubra un incumplimiento o el limpiar culpas después de fallas en alguna conducta. Para la adquisición de conductas saludables, las personas basan su decisión en las experiencias individuales, las cogniciones y los aspectos relacionados con la conducta, es de suma importancia la autopercepción que tenga esa persona, pues desde ahí se basa la capacidad para llegar al resultado conductual que estará fuertemente ligado con la motivación y la sensación de bienestar que genere la conducta modificada.<sup>55</sup> En este punto, cobra vital importancia la promoción de la salud, ya que es a partir de ella como puede lograrse el diseño de intervenciones en salud enfocadas en la educación en salud que se brinda no solo en las instituciones sino también desde la formación escolar y las empresas; así como darle relevancia a la salud mental, a la participación y a la autogestión que tiene la persona de su propia salud.<sup>37</sup>

En cuanto al apoyo en el proceso salud-enfermedad, es brindado a los participantes en un 37,8% por los hijos y el 36,1% por el conyugue; en contraste, Mora<sup>98</sup> en su investigación encontró que las familias externamente parecen ayudar y apoyar a las personas con obesidad, pero no ejecutan su rol y dejan a las personas con obesidad con falta de apoyo. Comparando con otra enfermedad crónica, Vilató y col.<sup>99</sup> reportan en su estudio realizado con personas que viven con VIH o sida, que el 90,5% de las personas percibió a la familia como su principal fuente de apoyo,

resultado coherente con los hallados en el presente estudio y que basados en la teoría de promoción de la salud<sup>55</sup> tienen incidencia en las conductas de salud, visto desde la influencias personales que otros puedan ejercer para la adquisición y mantenimiento de las conductas de salud.

Se concluye en el presente estudio que la participación en actividad grupal incide en el desarrollo de conductas saludables y más aún se evidencia en las conductas no saludables de quienes no asisten a la actividad grupal. Salinas y col.<sup>100</sup> reportan en su estudio cómo la participación en actividades grupales, junto con intervenciones individuales reflejan incidencia en las variables de peso e IMC de su grupo intervenido en comparación con el grupo control; de igual forma, en indicadores bioquímicos, en el consumo de calorías consumidas y el incremento en la ingesta de frutas y verduras.

En la nutrición se aprecia que el 71,1% de los participantes tienen conductas no saludables, dato que coincide con lo reportado por Arteaga<sup>6</sup> con respecto a las causas de la obesidad, donde la parte nutricional es fundamental para el aumento de peso. Mejía y col.<sup>13</sup> concluyen en su estudio que los participantes por las ocupaciones diarias reportan conductas nutricionales no saludables. Llama la atención como dentro de las conductas de salud, una de las dimensiones más alteradas es la nutrición, concluyéndose en el presente estudio que el 71% de los participantes no se alimentan saludablemente. Las conductas nutricionales están relacionadas la migración de las personas del campo a las grandes ciudades, que traen consigo cambios en la dieta; pero además, en la alimentación influyen factores como la distribución de alimentos, los precios, los valores de género y los medios de comunicación y comercialización que aumentan la prevalencia de la obesidad; así como el mercadeo de la industria de alimentos procesados no aclara en sus comerciales las contraindicaciones, efectos e incluso componentes de estos alimentos.<sup>13,16,17</sup>

En la dimensión de actividad física se encontró que el 68% de los participantes tienen conductas no saludables, contrario a lo reportado por Barrón y col.<sup>101</sup> donde el 93% de los adultos mayores participantes de su estudio realizan algún tipo de actividad física. Los resultados del presente estudio, no obstante, son coherentes con lo mencionado por Arteaga<sup>6</sup> sobre el sedentarismo como una de las principales causas del sobrepeso y la obesidad. De acuerdo con Santos y col.,<sup>8</sup> las personas con sobrepeso y obesidad tienen dificultades con su autocuidado y deben asumir una serie de estigmas y rechazos sociales por no poder cumplir con la adherencia al cuidado de su salud; son personas que se aíslan de su círculo social por no estar en capacidad de asumir actividades que les exige el ejercicio físico. Andrade<sup>23</sup> concluye en su estudio que existen, además de las barreras percibidas por los adultos mayores para la realización de actividad física, la falta de información acerca de los beneficios, la falta de apoyo de las familias y la falta de espacios como centros de salud y gimnasios para adultos mayores; todo ese panorama ocasiona una baja adherencia de los pacientes a los programas que se tienen diseñados.

El tratamiento del estrés obtuvo como resultado significativo que el 45,9% de los participantes se clasifican en un nivel de conductas poco saludables; de acuerdo con lo reportado por Messier y col.<sup>102</sup> en su estudio el manejo de niveles de estrés inadecuado está presente en 30% de los trabajadores. En esta dimensión es importante analizar como el sobrepeso y obesidad tienen relación con varios trastornos mentales como la ansiedad, la depresión y los trastornos de la conducta alimentaria; dentro de estos últimos, los más frecuentemente asociados a la obesidad son los no especificados, el trastorno por atracones, el síndrome del comedor nocturno y la bulimia nerviosa; también está el trastorno por atracones; factores como la personalidad, la impulsividad, el estrés, la ingesta compulsiva, aspectos cognitivos y neuropsicológicos son conductas que llegan a tener incidencia sobre el peso y aspectos comportamentales como la sobreingesta y el sedentarismo.<sup>48,49,50</sup>

En la dimensión de crecimiento espiritual, un 49,7% de los participantes tiene conductas no saludables. Alva,<sup>103</sup> en su estudio, encontró que el 75% de sus participantes tiene un nivel bajo de espiritualidad y que el 80,1% tienen estilos de vida no saludables. Con los resultados obtenidos en esta dimensión se evidencia en los participantes que aún tienen deficiencias en sus recursos internos para trascender, conectarse y desarrollarse como ser humano. Ya que en esta dimensión se describe como se maximiza el potencial humano para el bienestar a través de la búsqueda de sentido en una vida con propósito y trabajando hacia metas en la vida.<sup>74</sup>

Las relaciones entre actividad física y nutrición son reportadas por Mejía y col.<sup>13</sup>, quienes encontraron que las personas no consumen alimentos de manera saludable, ni conservando horarios, ni realizan actividad física debido a sus ocupaciones diarias por actividades de estudio o trabajo de los adultos, lo que causa que la población reduzca su actividad física y consuma alimentos no saludables, procesados y cuya elección se basa en los medios de comunicación, la poca oferta y disponibilidad de programas orientados a la disminución de peso y la adquisición de conductas de vida saludable. Duran y col,<sup>104</sup> en Chile, utilizaron la primera versión del HPLP y encontraron una asociación negativa entre las conductas de salud con las dimensiones de crecimiento espiritual y la responsabilidad en salud y nutrición, al igual que manejo del estrés y el apoyo interpersonal.

## 8. CONCLUSIONES

- Se evidencia en la población estudiada, que variables como la edad, el sexo, el nivel socioeconómico y las comorbilidades tienen influencia directa sobre el desarrollo de conductas saludables.
- A pesar de que a aspectos relacionados como la nutrición y la actividad física se enfatizan de manera importante en el programas de salud, la información no está generando en las personas la conciencia suficiente como para tener conductas saludables.
- Se concluye que los hombres participantes en este estudio tienen un nivel más bajo de conductas de salud en comparación con las mujeres; así mismo, las conductas en la población estudiada son más bajas a mayor edad.
- La población participante del estudio, en su mayoría tiene una o mas comorbilidades asociadas al sobrepeso y a la obesidad; comorbilidades como la hipertensión, la diabetes, la dislipidemia.
- Las conductas de salud de las personas que asisten al programa educativo obtuvieron una baja puntuación en la mayoría de las conductas, es decir, conductas no saludables en las dimensiones de nutrición, actividad física, relaciones interpersonales, crecimiento espiritual, responsabilidad en salud y poco saludables en manejo del estrés.
- Se evidencia en los resultados del estudio, que si bien es posible que las personas tengan conductas más saludables en algunas dimensiones, las conductas se interrelacionan entre ellas y por ello no se encuentran diferencias amplias en las puntuaciones de las dimensiones.

## 9. RECOMENDACIONES

- Continuar una línea de investigación de este tema, realizando estudios con población joven y que tengan diferentes condiciones sociales, para poder determinar cómo son las conductas de salud ejecutadas por ellos, teniendo en cuenta las diferencias entre edades, niveles socioeconómicos, actividad laboral, nivel educativo, entre otras, las cuales, de acuerdo con los resultados, tienen relación con la ejecución de las conductas promotoras de salud.
- Continuar esta investigación con estudios de intervención para medir realmente el impacto de los programas de salud, detectar oportunidades de mejora y lograr incidencia en las condiciones de salud de la población con sobrepeso y obesidad.
- Socializar el presente estudio en el contexto local con los programas de salud.
- Es necesario cambiar los contenidos, las metodologías y los enfoques de los programas educativos, vinculando a las personas con sobrepeso y obesidad en la toma de decisiones de manera consciente para que estos se conviertan en espacios más atractivos e influyentes en la responsabilidad de la gestión de la propia salud de las personas; desde ahí, para enfermería se abre un camino para reestructurar programas, no basados no de manera coercitiva, impositiva, sino motivacional y abordando al ser humano desde sus expectativas y necesidades de cuidado, es decir el cuidado tiene que brindarse de manera individualizada.

- Al ser el sobrepeso y la obesidad problemáticas complejas es necesario que los profesionales de enfermería, en conjunto con otras disciplinas y sectores de la sociedad, participen en la gestión de políticas públicas de programas de pérdida de peso dirigidos a niños, jóvenes y familias e incluso a la población sana con el fin de crear en la ciudad una cultura de promoción de la salud.
- En el ámbito de la formación es necesario que los futuros profesionales vean de manera explícita cómo la promoción de la salud es una estrategia importante para el desarrollo de conductas saludables en la familia y, por ende, en el niño y el joven.
- Los jóvenes deben ver en sus docentes, su familia y la sociedad modelos de personas con conductas saludables, lo que les permitirá vivir una verdadera cultura de vida saludable.
- Concientizar sobre la importancia de las conductas de salud en los programas de pérdida de peso. Las conductas de salud, pueden influir positivamente en la pérdida de peso y sentar las bases para que la persona cree hábitos que permitan mantener un peso saludable en el tiempo.
- Sumar a las variables fisiológicas de interés dentro de los programas de pérdida de peso, variables que midan las conductas de salud, de tal forma que se pueda diagnosticar su estado al ingreso al programa y durante su desarrollo para que se direccionen las actividades e intervenciones en función de las dimensiones que así lo requieran.

- Los resultados aportan evidencia de que el ser humano debe ser visto de manera holística, no fragmentado a sus partes, solo de esta manera, se podrá tener impacto real en las conductas de salud, basados en la motivación, el apoyo y la parte espiritual como factor importantes a fortalecer y tener un impacto en la vida de las personas.

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodriguez LE. Obesidad: fisiología, etiopatogenia y fisiopatología. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2003 [citado 01 May 2016]; 14(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532003000200006&script=sci\\_arttext&lng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532003000200006&script=sci_arttext&lng=en)
2. Moreno G. Definición y clasificación de la obesidad. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2012 [citado 14 May 2016]; 23(2): 124-8. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702882>
3. Organización Mundial de la Salud. Obesidad [Internet]. 2018 [citado 14 Sep 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/obesity/es/>
4. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. 2017 [Citado 19 Abr 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
5. Miguel PE, Silva L. Exceso de peso y riesgo cardiovascular. MEDISAN [internet]. 2015 [consultado 2018 Feb 18]; 19(10). Disponible en: [http://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/59/html\\_149](http://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/59/html_149)
6. Arteaga A. El sobrepeso y la obesidad como un problema de salud. Revista Médica Clínica las Condes [Internet]. 2012 [citado 01 May 2016]; 23(2): 145-53. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.consultaremota.upb.edu.co/science/article/pii/S0716864012702912>

7. Asociación Colombiana de Obesidad y Cirugía Bariátrica. Impacto de la obesidad en el organismo [Internet]. 2017 [citado 01 Jun 2016]. Disponible en: <http://www.acocib.com/index.php/obesidad>
  
8. Santos AT, Panata CH, Schmitt J, Padhila MI, Amante LN. A história de pessoas com obesidade mórbida: uma experiência no sul do Brasil. Enfermagem [Internet]. 2010 [citado 22 May 2016]; 1(3): 109-13 Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=24177&indexSearch=ID>
  
9. Moreira L, Marques N, Nogueira R, Moura T, Áfio J. Assessment of bariatric surgery results. Rev. Gaúcha Enferm [Internet]. 2015 [citado 22 May 2016]; 36(1): 21-7. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472015000100021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000100021)
  
10. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic report of a WHO Consultation on Obesity [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1997 [citado 28 Abr 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/63854>
  
11. Chimbo JL, Sánchez C. Acercamiento clínico nutricional a trastornos metabólicos de obesidad. Repositorio Dspace [internet]. 2012 [citado 23 May 2016]. Disponible en: <http://www.dspace.espol.edu.ec/xmlui/handle/123456789/20965>

12. Martin JJ, Alvarez-Martín E, Gil-Prieto R. Mortalidad atribuible al exceso de peso en España. *Medicina Clinica* [internet]. 2014 [citado 23 May 2016]; 142(12): 526-30. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775313006337>
13. Mejia GM, Benjumea MV, Escandón PA, Roldán AF, Vargas AM. Factores relacionados con hábitos y conductas en adultos con sobrepeso. Caldas, Colombia. *Perspect Nutr Humana* [Internet]. 2017 [citado 22 Mar 2018]; 19(1): 27-40. Disponible en: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/nutricion/article/view/327202/20787235>
14. Lobstein T, Jackson-Leach R, Moodie ML, Hall KD, Gortmaker SL, Swinburn BA, et al. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. *The Lancet* [Internet]. 2015 [citado 05 May 2018]; 385(9986): 2510-20. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673614617463>
15. Del Castillo S. La situación nutricional de la niñez en Latinoamérica: entre la deficiencia y el exceso, de brecha nutricional a deuda social. *Biomedica* [internet]. 2012 [citado 15 May 2016]; 32(4): 417-73. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-41572012000400001](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572012000400001)
16. Patil RR. Urbanization as a determinant of health: a socioepidemiological perspective. *Soc Work Public Health* [Internet]. 2014 [citado 15 May 2016]; 29(4): 335-41. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Urbanization+as+a+determinant+of+health%3A+a+socioepidemiological+perspective>

17. Leung MM, Fu H, Agaronov A, Freudenberg N. Diet-related determinants of childhood obesity in urban settings: a comparison between Shanghai and New York. *Public Health* [internet]. 2015 [citado 15 May 2016]; 129(4): 318-326. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Diet-related+determinants+of+childhood+obesity+in+urban+settings%3A+a+comparison+between+Shanghai+and+New+York>
18. Bastien M, Poirier P, Lemieux I, Despres J. Overview of Epidemiology and Contribution of Obesity to Cardiovascular Disease. *Progress in cardiovascular diseases* [Internet]. 2014 [citado 15 May 2016]; 56(4): 369-81. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24438728>
19. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. FAO/OPS: sobrepeso afecta a casi la mitad de la población de todos los países de América Latina y el Caribe salvo por Haití [Internet]. 2017 [Citado 29 Sep 2018]. Disponible en: <http://www.fao.org/news/story/es/item/463699/icode/>
20. Minsalud. Gobierno presenta Encuesta Nacional de Situación Nutricional de Colombia (ENSIN) [Internet]. 2015 [citado May 08 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Gobierno-presenta-Encuesta-Nacional-de-Situaci%C3%B3n-Nutricional-de-Colombia-ENSIN-2015.aspx>
21. Minsalud. Análisis de Situación de Salud [Internet]. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2014 [citado 28 May 2016]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/ASIS\\_2014\\_v11.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/ASIS_2014_v11.pdf)

22. Minsalud. Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos [Internet]. 2016 [citado 18 Sep 2018]. Disponible en: [http://gpc.minsalud.gov.co/gpc\\_sites/Repositorio/Conv\\_637/GPC\\_obesidad/GUIA\\_SOBREPESO\\_OBESIDAD\\_ADULTOS\\_COMPLETA.pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_637/GPC_obesidad/GUIA_SOBREPESO_OBESIDAD_ADULTOS_COMPLETA.pdf)
23. Osorio E, Padilla N, Ruiz ML. Barreras percibidas y nivel de actividad física en adultos mayores de Aguascalientes, Ags.: Un estudio transversal. *Enfermería Global* [Internet]. 2013 [citado 22 May 2016]; 31: 34-42. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n31/clinica3.pdf>
24. Ramos L. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc* [Internet]. 2015 [citado 27 Oct 2018]; 16 (2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1682-00372015000200006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1682-00372015000200006&script=sci_arttext&tlng=pt)
25. Rubio M. Tratamiento farmacológico de la obesidad en Europa: a la espera de la llegada del mirlo blanco. *Endocrinología y nutrición* [internet] 2014 [citado 27 Oct 2018]; 61 (10): 501-504 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575092214002642?via%3Dihub>
26. Asociación Colombiana de Obesidad y Cirugía Bariátrica. Guía de Atención Integral Obesidad [Internet]. 2011 [citado 03 May 2016]. Disponible en: <http://acocib.com/index.php/guia-atencion-integral-obesidad>
27. Álvarez V. Tratamiento farmacológico de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes* [internet]. 2012 [citado 16 May 2016]; 23(2): 173-79. Disponible

en:

<http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2063/science/article/pii/S071686401270295X>

28. Asociación Colombiana de Obesidad y Cirugía Bariátrica. Guía de manejo en cirugía bariátrica [Internet]. 2014 [citado 04 Jun 2016]. Disponible en: <http://www.acocib.com/guia.pdf>
  
29. Neil JA. Perioperative nursing care of the patient undergoing bariatric revision surgery. Aorn Journal [Internet]. 2013 [citado 22 May 2016]; 97(2): 210-26. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Perioperative+nursing+care+of+the+patient+undergoing+bariatric+revision+surgery>
  
30. Salazar-Maya AM, Hoyos TN, Bojanini-Acevedo L. Percepción de calidad de vida de un grupo de personas operadas de cirugía bariátrica. Invest. Educ. enferm [Internet]. 2014 [citado 20 Nov 2016]; 32(1): 22-32. Disponible en: <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/18546/16328>
  
31. Ley 1355/2009 del 14 de octubre. 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. Ministerio de la Protección Social. Diario Oficial, n° 47502, (14-10-2009).
  
32. Acuerdo 029/2017 del 26 de mayo. Por medio de la cual se adoptan, consolidan y articulan programas, proyectos y acciones para el control,

prevención y atención del sobrepeso y la obesidad en el Municipio de Medellín. Alcaldía de Medellín. Gaceta Oficial, n° 4454, (14-07-2017)

33. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma Ata [Internet]. 1978 [citado 25 Oct 2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
  
34. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas [Internet]. 2010 [citado 25 Oct 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/spanish\\_adelaide\\_statement\\_for\\_web.pdf](http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf)
  
35. Promoción de la salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud [Internet]. 1986 [citado 23 Oct 2016]. Disponible en: [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2\\_carta\\_de\\_ottawa.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf)
  
36. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Sundsvall sobre los ambientes favorables a la salud [Internet]. 1991 [citado 25 Oct 2018]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59967/WHO\\_HED\\_92.1\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59967/WHO_HED_92.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  
37. Ministerio de Salud de Argentina. Primera encuesta nacional de factores de riesgo, informe de resultados [Internet]. 2014 [citado 18 Feb 2018]. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000555cnt-2014-10\\_encuesta-nacional-factores-riesgo-2005\\_peso-corporal.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000555cnt-2014-10_encuesta-nacional-factores-riesgo-2005_peso-corporal.pdf)

38. Arrebola E, Lopez B, Koester T, Bermejo L, Palma S, Lisbona A, et al. Variables predictoras de baja adherencia a un programa de modificación de estilos de vida para el tratamiento del exceso de peso en atención primaria. *Nutr. Hosp* [Internet]. 2013 [citado 19 Feb 2018]; 28(5): 1530-5 Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v28n5/24original19.pdf>
39. López-Pardo M, Lourdes M, Torres M, Diaz J. Cuidados en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica. *Revista de Medicina* [Internet]. 2006 [citado 06 May 2016]; 50(4), 15-22. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2212734>
40. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 7<sup>a</sup> ed. Estados Unidos: Pearson Education; 2015.
41. Santana TT, Pereira P, Suely C, Carneiro F. La percepción de personas obesas sobre su cuerpo. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2015 [citado 22 May 2016]; 19(3): 505-10. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452015000300505#aff01](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000300505#aff01)
42. Crowe C, Gibson I, Cunningham K, Kerins C, Costello C, Windle J, et al. Effects of an eight-week supervised, structured lifestyle modification programme on anthropometric, metabolic and cardiovascular risk factors in severely obese adults. *BMC Endocr Disord* [Internet]. 2015 [citado 22 May 2016]; 15: 37. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4522055/?tool=pubmed>

43. Broome CA, Ayala EM, Georgeson KA, Heidrich SM, Karnes K, Wells JB. Nursing care of the super bariatric patient: challenges and lessons learned. *Rehabilitation Nursing* [Internet]. 2015 [citado 22 May 2016]; 40(2): 92-9. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-25044311>
44. Rivera L, Riveros A. Construcción y validación de un instrumento de conciencia de enfermedad para personas con sobrepeso u obesidad exógenas. *Psicología y salud* [Internet]. 2017 [Consultado 2018 Mar 24]; 27(1): 103-15. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/2441/4297>
45. Jackson S. Global Health Promotion y la investigación sobre las intervenciones de salud de la población. *Global Health Promotion* [internet]. 2017 [Consultado 2018 Sep 17]. 24 (3): 110-111. Disponible en: <https://search.proquest.com/openview/7e4a4abb1f318722d4c523953e09f336/1?pq-origsite=gscholar&cbl=30778>
46. Ardila R. Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología* [Internet]. 2003 [citado 04 May 2016]; 35: 161-4. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
47. Magallares A. Manual de obesidad mórbida. En: Rubio MA, Ballesteros-Pomar MD, Sánchez-Pernaute, Torres García, editores. *Prejuicios, discriminación y calidad de vida en obesidad mórbida*. 2ª ed. [internet]. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2014. p. 79-84 [citado 04 May 2016]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/263707322\\_Prejuicios\\_discriminacion\\_y\\_calidad\\_de\\_vida\\_en\\_obesidad\\_morbida](https://www.researchgate.net/publication/263707322_Prejuicios_discriminacion_y_calidad_de_vida_en_obesidad_morbida)

48. Errandonea UI. Obesidad y trastornos de la alimentación. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2012 [citado 16 May 2016]; 23(2): 165-71. Disponible en: <http://www.elsevier.es/pt-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-obesidad-trastornos-alimentacion-S0716864012702948>
49. Baile J. Trastorno por atracón: reconocido oficialmente como el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. *Revista médica de Chile* [Internet]. 2014 [citado 23 Nov 2016]; 142(1): 128-9. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872014000100022&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872014000100022&script=sci_arttext)
50. Tamayo D, Restrepo M. Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia* [Internet]. 2014 [citado 21 Abr 2016]; 6(1), 91-112. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/view/21619>
51. Bueno LS. Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional. *Ciencia. enferm* [Internet]. 2011 [citado 20 Feb 2018]; 17(1): 37-43. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000100005](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000100005)
52. Fawcett J. *Contemporary nursing knowledge*. 2ª ed. Estados Unidos: F.A. Davis Company; 2006. p. 12-3.
53. Herrero S. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene* [internet]. 2016 [Consultado 2018 Oct 25]. 10 (2). Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1988-348X2016000200006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1988-348X2016000200006&script=sci_arttext&tlng=pt)

54. Ley 266/1996 de 25 de enero de 1996. Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Educación de Colombia. Diario Oficial, nº 42710; (25-01-1996).
55. Aristizábal GP, Blanco DM, Osteguín RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería universitaria* [Internet]. 2011 [citado 15 Oct 2016]; 8(4): 16-23 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>
56. Watson J. *Nursing: the Philosophy and Science of caring*. Boston: Little Brown and Company; 1979.
57. Colliere MF. *Promover la vida*. México: Interamericana McGraw-Hill, 1993. p. 7.
58. Rincón F. Promoción del cuidado de la salud. En: Muñoz L, López AL, Gómez OJ, editores. *Grupo de cuidado. El cuidado de la vida*. Bogotá: Facultad de enfermería Universidad Nacional de Colombia; 1998. p. 40-5.
59. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI [Internet]. 1997 [citado 25 Oct 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr\\_jakarta\\_declaration\\_sp.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf)

60. Organización Panamericana de la Salud. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud [Internet]. 2000 [citado 25 Oct 2018]. Disponible en: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf5.pdf>
61. Organización Mundial de la Salud. Adoptada la nueva carta de Bangkok para la promoción de la salud, a fin de afrontar los rápidos cambios de la salud mundial [Internet]. 2005 [citado 25 Oct 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr34/es/>
62. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la promoción de la salud? [Internet]. 2016 [citado 25 Oct 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>
63. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Shangai sobre la promoción de la salud en la agenda 2030 para el desarrollo sostenible. [Internet]. 2016 [citado 05 Jun 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf.pdf>
64. López-Dicastillo O, Canga-Armayor N, Mujika A, Pardovilla-Belio M, Belintxon M, Serrano-Monzó I, Pumar-Méndez M. Cinco paradojas de la promoción de la salud. Gac Sanit [internet]. 2017 [Consultado 2018 Sep 18]. 31 (3). Disponible en: [https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0213-91112017000300269&script=sci\\_arttext#](https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0213-91112017000300269&script=sci_arttext#)
65. Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Elsevier Masson; 1996. p. 36-8.

66. Alcaldía de Medellín. Estilos de vida saludable [Internet] 2018 [citado 08 May 2018]. Disponible en: <https://www.medellin.gov.co/irj/portal/medellin?NavigationTarget=navurl://1f1873454c19eb5b008b2848c6d95055>
67. Cadena J, González Y. El cuidado de enfermería en pacientes con riesgo cardiovascular sustentado en la teoría de Nola J. Pender. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo [Internet]. 2017 [citado 11 May 2019]; 19 (1) Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145249416008.pdf>
68. Cuaderno de materiales. Glosario de conceptos filosóficos [Internet]. 2007 [citado 27 Dic 2016]. Disponible en: <http://www.filosofia.net/materiales/rec/glosario.htm#c>
69. Real Academia de la Lengua Española [Internet]. 2014 [citado 23 Oct 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=AChkdr3>
70. Delgado J, Delgado YM. Conducta o comportamiento. Más allá de las disquisiciones terminológicas. Revista psicológica científica [Internet]. 2006 [citado 02 Ene 2017]; 8(20). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/conducta-comportamiento/>
71. Bandura A, Walters RH. Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. [Internet]. Estados Unidos: Alianza Editorial; 1974. [citado 29 Oct 2016]. Disponible en: [http://www.soyanalistaconductual.org/aprendizaje\\_social\\_desarrollo\\_de\\_la\\_personalidad\\_albert\\_bandura\\_richard\\_h\\_walters.pdf](http://www.soyanalistaconductual.org/aprendizaje_social_desarrollo_de_la_personalidad_albert_bandura_richard_h_walters.pdf)

72. Cisneros F. Teorías y modelos de enfermería [Internet]. [citado 31 Dic 2016]. Disponible en: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
73. García A. Una Nueva Teoría de Motivación: El Modelo Antropológico de Juan Antonio Pérez López. Revista Puertorriqueña de Psicología [Internet]. 2004 [citado 18 May 2019]; 15 (1). Disponible en: <http://www.ojs.repsasppr.net/index.php/reps/article/view/135>
74. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. Help Promotion model – Instruments to measure health promoting lifestyle: health promoting lifestyle profile [HPLP II] (Adult versión). Deep Blue [Internet]. 1995 [citado 10 May 2016]. Disponible en: <https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/85349>
75. Organización Mundial de la Salud. Los países se comprometen a combatir la malnutrición con políticas y acciones firmes [Internet]. 2014 [citado 21 Abr 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/icn2-nutrition/es/>
76. Organización Mundial de la Salud. Guía de enfoques basados en población para incrementar los niveles de actividad física [Internet]. 2008 [citado 21 Abr 2016]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43933/1/9789243595177\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43933/1/9789243595177_spa.pdf?ua=1)
77. Minsalud. Frutas y verduras, claves para frenar la epidemia silenciosa de obesidad [Internet]. 2015 [citado 24 Abr 2016]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Frutas-y-verduras--claves-para-frenar-epidemia-silenciosa-de-obesidad-.aspx>

78. Delgado P, Caamaño F, Jerez D, Campos C, Ramirez R, Osorio A, et al. Efectos de un programa de tratamiento multidisciplinar en obesos mórbidos y obesos con comorbilidades candidatos a cirugía bariátrica. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2015 [citado 06 Nov 2016]; 31(5): 2011-6. Disponible en: [http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article/view/8569/pdf\\_8027](http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article/view/8569/pdf_8027)
79. Rajmil L, Bel J, Clofent R, Cabezas C, Castell C, Espallargues M. Intervenciones clínicas en sobrepeso y obesidad: revisión sistemática de la literatura 2009-2014. *Anales de pediatría* [Internet]. 2016 [citado 14 May 2016]; 86(4): 197-212. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403316301503>
80. IPS Universitaria. Sedes [Internet] [citado 08 Sep 2018]. Disponible en: <http://www.ipsuniversitaria.com.co/es/quienes-somos/sedes/medellin#ambulatorias>
81. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos [Internet]. 2002 [citado 12 Nov 2016]. Disponible en: [http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas\\_eticas\\_internacionales.htm](http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm)
82. Triviño Z, Stiepovich J, Merino JM. Factores predictores de conductas promotoras de salud en mujeres peri- post-menopáusicas de Cali, Colombia. *Colombia Medica* [Internet]. 2007 [citado 17 Ago 2016]; 38 (4): 395-407. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v38n4/v38n4a9.pdf>

83. Comisión Nacional de Bioética. Código de Nuremberg [Internet]. 2016 [citado 19 Nov 2016]. Disponible en: [http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL.\\_Cod\\_Nuremberg.pdf](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL._Cod_Nuremberg.pdf)
84. Universidad de Chile. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial [Internet]. 1993 [citado 19 Nov 2016]. Disponible en: <http://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/documentos/76030/declaracion-de-helsinki-de-la-asociacion-medica-mundial>
85. Instituto nacional de vigilancia de medicamentos y alimentos. resolución 8430 del 04 de octubre de 1993 [Internet]. 2013 [citado 03 Nov 2016]. Disponible en: <https://www.invima.gov.co/resoluciones-medicamentos/2977-resolucion-no-8430-del-4-de-octubre-de-1993.html>
86. Emanuel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En: Lolás F, Quezada A, editores. Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas [Internet]. Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2003. [citado 21 Nov 2016]. Disponible en: <http://www.libros.uchile.cl/files/presses/1/monographs/258/submission/proof/files/assets/basic-html/page84.html>
87. Marqueta M, Martín-Ramiro JJ, Juárez JJ. características sociodemográficas como factores de riesgo para la obesidad y el sobrepeso en la población adulta española. Medicina clínica [Internet]. 2016 [citado 08 May 2018];

146(11): 471-7 Disponible en:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775316300124>

88. Woolf K, Ganguzza L, Pompeii ML, Hu L, St-Jules D, Jagannathan R, et al. Weight Loss and Self-Efficacy in Obese/Overweight Patients with Type 2 Diabetes and Chronic Kidney Disease in a Lifestyle Intervention Pilot Study. *The FASEB Journal* [Internet]. 2017 [citado 12 May 2018]; 31(1): 477. Disponible en:  
[https://www.fasebj.org/doi/abs/10.1096/fasebj.31.1\\_supplement.970.8](https://www.fasebj.org/doi/abs/10.1096/fasebj.31.1_supplement.970.8)

89. Esquivel V, Vinicio M. Estado nutricional de las mujeres con sobrepeso y obesidad del área de cobertura del Programa de Atención Integral en Salud (PAIS) 2006. *Acta med. Costarric* [Internet]. 2009 [citado 31 May 2018]; 51(4): 222-8. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n4/a07v51n4.pdf>

90. Bhurosy T, Jeewon R. Overweight and Obesity Epidemic in Developing Countries: A Problem with Diet, Physical Activity, or Socioeconomic Status? *The Scientific World Journal* [Internet]. 2014 [citado 12 May 2018]; 2014. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/tswj/2014/964236/abs/>

91. Sengupta A, Angeli F, Syamala TS, Dagnelie PC, Schayck CP. Overweight and obesity prevalence among Indian women by place of residence and socio-economic status: Contrasting patterns from 'underweight states' and 'overweight states' of India. *Social Science & Medicine* [Internet]. 2015 [citado 12 May 2018]; 138: 161-9. Disponible en:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953615003366>

92. Mejía CM, Arango CM. Factores socioeconómicos asociados al sobrepeso y la obesidad en la población colombiana de 18 a 64 años. *RESPYN Revista*  
128

de salud pública y nutrición [Internet]. 2012 [citado 12 May 2018]; 13 (4). Disponible en: <http://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/317/297>

93. Ruiz AJ, Aschner PJ, Puerta MF, Cristancho RA. Estudio IDEA (International Day for Evaluation of Abdominal Obesity): prevalencia de obesidad abdominal y factores de riesgo asociados en atención primaria en Colombia. *Biomedica* [Internet]. 2012 [citado 14 May 2018]; 32(4): 610-6. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/843/84324951016/>

94. Ontiveros M. Interacciones sociales como determinantes de la obesidad y el sobrepeso. *Economía informa* [internet]. 2015 [Consultado 2018 Sep 23]. 391: 1-31. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0185084915000031>

95. Hernández Y. Impacto social del sobrepeso y la obesidad en la mujer adulta. *PsiMe* [internet]. 2016 [Consultado 2018 Sep 25]. 2 (1). Disponible <http://cies-revistas.mx/index.php/Psicomotricidad/article/view/44/>.Pdf

96. Mejía G, Salazar-Piñeros F, Sanabria L, Polania H, Medina R. Caracterización sociodemográfica y familiar de obesos intervenidos a través de cirugía bariátrica en el Hospital Universitario de Neiva. *Revista Facultad de Salud* [Internet]. 2014 [citado 18 May 2018]; 6(1): 59-66. Disponible en: <https://www.journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/155/277#close>

97. Sibere SJ, Toumpakari Z, Turner KM, Cooper AR, Page AS, Malpass A, et al. “I’ve made this my lifestyle now”: a prospective qualitative study of motivation for lifestyle change among people with newly diagnosed type two diabetes mellitus. *BMC Public Health* [Internet]. 2018 [citado 20 May 2018]; 18: 204

Disponible en:  
<https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-5114-5>

98. Mora MA. Percepción de la persona con obesidad sobre su dinámica familiar [tesis de maestría]. Cuenca: Repositorio Institucional Universidad de Cuenca [Internet]. 2016 [citado 26 May 2018]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/27316>
99. Vilató L, Martín L, Pérez I. Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. Revista cubana de salud pública [Internet]. 2015 [citado 01 Jun 2018]; 41(4): 620-30. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2015.v41n4/o5/es>
100. Salinas J, Lera L, González C, Vio F. evaluación de una intervención educativa nutricional en trabajadores de la construcción para prevenir enfermedades crónicas no transmisibles en Chile. Rev. Méd. Chile [Internet]. 2016 [citado 01 Jun 2018]; 144(2): 194-201. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872016000200008&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872016000200008&script=sci_arttext)
101. Barrón V, Rodríguez A, Chavarría P. Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en adultos mayores activos de la ciudad de Chillán, Chile. Rev. Chil. Nutr. [Internet]. 2017 [citado 24 May 2018]; 44(1): 57-62 Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75182017000100008&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75182017000100008&script=sci_arttext&tlng=en)

102. Messier SP, Castro D, Céspedes EC. Estilo de vida en docentes y administrativos de la Universidad de Santander Cúcuta. Semana de la divulgación científica [Internet]. 2016 [citado 02 Jun 2018]; 38-43. Disponible en:  
<http://service.udes.edu.co/semanadivulgacion/segundaSemana/memorias/p-onencias/p6.pdf>
103. Alva L. espiritualidad y estilo de vida en estudiantes de medicina humana de la Universidad Peruana Unión [tesis de maestría]. Lima: Repositorio Universidad Peruana Unión [Internet]; 2017 [citado 2 Jun 2018]. Disponible en:  
[http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/983/Lea\\_Tesis\\_Maestr%C3%ADa\\_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/983/Lea_Tesis_Maestr%C3%ADa_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
104. Duran S, Sánchez S, Valladares M, López A, Valdés P, Herrera T. Actividad física y perfil de estilos de vida promotores de salud en adultos mayores chilenos. Rev Med Chile [Internet]. 2017 [Consultado 2018 May 25]; 145: 1535-40. Disponible en:  
<http://revistamedicadechile.cl/ojs/index.php/rmedica/article/view/5882/3590>