

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA OBESIDAD EN POBLACIÓN
ADULTA DE 18 A 64 AÑOS. UNA REVISIÓN DE LITERATURA**

Luisa Fernanda Bohórquez Morales

Pontificia Universidad Javeriana
Facultad de ciencias
Carrera de Nutrición y dietética

Bogotá D.C
Noviembre 2022

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA OBESIDAD EN POBLACIÓN
ADULTA DE 18 A 64 AÑOS - UNA REVISIÓN DE LITERATURA**

Luisa Fernanda Bohórquez Morales

Presentado como requisito parcial para optar al título de:

Nutricionista y dietista

Directora:

Adriana Marcela Zorro Osorio

Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de ciencias

Carrera de Nutrición y dietética

Bogotá D.C

Noviembre 2022

NOTA DE ADVERTENCIA

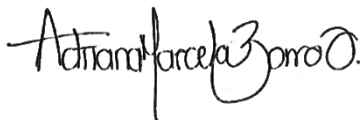
Artículo 23 de la Resolución N° 13 de Julio de 1946

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de tesis. Solo velará por que no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y por qué las tesis no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellas el anhelo de buscar la verdad y la justicia”.

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA OBESIDAD EN POBLACIÓN
ADULTA DE 18 A 64 AÑOS - UNA REVISIÓN DE LITERATURA**

LUISA FERNANDA BOHÓRQUEZ MORALES

APROBADO



Adriana Marcela Zorro Osorio
Nutricionista Dietista MSc,
Directora



Luz Nayibe Vargas Mesa
Nutricionista Dietista MSc.
Jurado

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA OBESIDAD EN POBLACIÓN
ADULTA DE 18 A 64 AÑOS - UNA REVISIÓN DE LITERATURA**

LUISA FERNANDA BOHÓRQUEZ MORALES

APROBADO

Alba Alicia Trespalacios Rangel
Microbiología PhD.
Decana de Facultad de Ciencias

Luisa Fernanda Tobar Vargas
Nutricionista Dietista, MSc
Director de Carrera

DEDICATORIA

A Dios y la Virgen del Carmen con mucho amor y gratitud, a mi Papito, a quien honro por el maravilloso ser humano que fue y que cada día me demuestra que, aunque la distancia sea enorme y la ausencia indescriptible, el amor y los lazos perduran y nunca se rompen.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco especialmente a mis padres Héctor y Ana Esperanza, por ser mi guía y ejemplo de fortaleza, valentía y honestidad.

A mi hermana María Alejandra, a mi sobrina María Victoria y a mi tía Ángela por acompañarme y apoyarme siempre.

Agradezco a mis amigas Laura, María Fernanda, Alejandra y Karen por su ayuda y apoyo incondicional, a mis docentes quienes me acompañaron en este proceso y fueron parte de mi formación académica, especialmente agradezco a mi profesora Adriana Marcela Zorro por su generosidad al compartir sus extensos conocimientos.

A la Pontificia Universidad Javeriana, por permitirme hacer parte de esta prestigiosa institución, convirtiéndome en una profesional integral.

TABLA DE CONTENIDO

<u>RESUMEN</u> -----	x
<u>ABSTRAC</u> -----	xi
<u>1.INTRODUCCIÓN</u> -----	1
<u>2.MARCO TEÓRICO</u> -----	2
<u>2.1 Determinante sociales de la salud</u> -----	2
<u>2.1.1 Determinantes estructurales</u> -----	3
<u>2.1.2 Determinantes intermedios</u> -----	4
<u>2.1.3 Determinantes singulares</u> -----	4
<u>2.2 Políticas públicas y su importancia desde el abordaje de los determinantes sociales.</u> -----	5
<u>2.3 Obesidad</u> -----	7
<u>3.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN</u> -----	10
<u>3.1 Justificación de la investigación</u> -----	12
<u>4. OBJETIVOS</u> -----	14
<u>4.1 General</u> -----	14
<u>4.2 Específicos</u> -----	14
<u>5. METODOLOGÍA</u> -----	14
<u>5.1.1 Población de estudio</u> -----	14
<u>5.1.2 Variables del estudio</u> -----	15
<u>5.2 Metodología de búsqueda</u> -----	15
<u>5.3 Recolección de la información</u> -----	15
<u>5.4 Análisis de información</u> -----	15
<u>6. RESULTADOS</u> -----	16
<u>6.1 Análisis de y recolección de artículos</u> -----	16
<u>6.2 Determinantes sociales estructurales</u> -----	19
<u>6.2.1 Sexo o género</u> -----	19
<u>6.2.2 Raza o pertenecía étnica</u> -----	20
<u>6.2.3 Edad</u> -----	20
<u>6.3 Determinantes sociales de la salud intermedios</u> -----	21
<u>6.3.1 Nivel socioeconómico</u> -----	21
<u>6.3.2 Nivel educativo</u> -----	22
<u>6.3.3 Ocupación</u> -----	22
<u>6.3.4 Ubicación geográfica</u> -----	23
<u>6.3.5 Acceso a servicios de salud</u> -----	24
<u>6.3.6 Seguridad alimentaria</u> -----	24

6.3.7 Estado civil-----	25
<u>6.4 Determinantes sociales singulares</u> -----	25
6.4.1 Actividad física-----	26
6.4.2 Estilos de vida-----	26
6.4.3 Hábitos alimentarios-----	27
6.4.4 Salud mental-----	27
<u>7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS</u> -----	27
<u>8. CONCLUSIONES</u> -----	30
<u>9. RECOMENDACIONES</u> -----	31

Lista de Gráficos

<u>Gráfico 1. Distribución de los artículos según la base de datos en la que se encuentran publicados</u>	16
<u>Gráfico 2. Distribución de artículos por año de publicación</u>	17
<u>Gráfico 3. Distribución por afiliación de los autores</u>	17

Lista de figuras

<u>Figura 1. Niveles de determinación y categorías de cada nivel</u>	18
<u>Figura 2.- Nube de palabras análisis cualitativo de determinantes sociales de la salud estructurales, intermedios y singulares.</u>	18
<u>Figura 3.Nube de palabras análisis cualitativo de determinantes sociales de la salud estructurales.</u>	19
<u>Figura 4. Nube de palabras análisis cualitativo determinantes sociales de la salud intermedios.</u>	21
<u>Figura 5. Nube de palabras análisis cualitativo determinantes singulares</u>	25

Lista de anexos

<u>Anexo 1. Tabla Cadenas de búsqueda por base de datos</u>	42
<u>Anexo 2. Criterios de inclusión y exclusión</u>	43
<u>Anexo 3. Diagrama del método selección de artículos</u>	44
<u>Anexo 4. Enlace matriz selección artículos</u>	45
<u>Anexo 5. Tabla variables independientes.</u>	45

RESUMEN

Objetivo: Describir los determinantes sociales de la obesidad en población adulta de 18 a 64 años, a través de una revisión de literatura. **Metodología:** se realizó una revisión de literatura, en la que se utilizaron bases de datos (Embase, Pubmed, Scopus), se crearon cadenas de búsqueda para la recolección de artículos que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión, luego mediante el software Microsoft Excel se consolidó la matriz de selección y finalmente realizó el análisis cualitativo utilizando el software NVivo. **Resultados:** con una muestra final de 38 artículos, los cuales analizados para identificar los determinantes sociales de la obesidad, se pudo observar por cada nivel (estructural, intermedio, singular) como la estructura política, económica, social y cultural de los entornos en donde se desarrolla una persona puede afectar y favorecer el desarrollo de la obesidad en población adulta entre 18 y 64 años. **Conclusiones:** La obesidad es una enfermedad crónica no transmisible que no solamente se relaciona aspectos biológicos de las personas, al contrario, es un problema de salud público multicausal y que al analizarlos a la luz de los determinantes sociales se evidencia la importancia de abordarlo integralmente.

Palabras clave: Obesidad, determinantes sociales de la salud, determinantes estructurales, determinantes intermedios, determinantes singulares, adultos.

ABSTRAC

Objective: To describe the social determinants of obesity in the adult population aged 18 to 64 years, through a literature review. **Methodology:** a literature review was carried out, in which databases (Embase, Pubmed, Scopus) were used, search chains were created for the collection of articles that met the inclusion and exclusion criteria, then using the Microsoft software Excel consolidated the selection matrix and finally performed the qualitative analysis using NVivo software. **Results:** with a final sample of 38 articles, which were analyzed in light of the social determinants of obesity, it was possible to identify each level (structural, intermediate, singular) as the political, economic, social and cultural structure of the The environments where a person develops can affect and favor the development of obesity in the adult population between 18 and 64 years of age. **Conclusions:** Obesity is a chronic non-communicable disease that is not only related to biological aspects of people, on the contrary, it is a multi-causal public health problem and when analyzed in light of social determinants, the importance of addressing it comprehensively is evident.

Keywords: Obesity, social determinants of health, structural determinants, intermediate determinants, singular determinants, adults.

1.INTRODUCCIÓN

La obesidad comprendida como el desequilibrio energético como consecuencia del exceso de consumo de alimentos altamente calóricos y un bajo gasto energético entre otros factores, se ha catalogado como una enfermedad multifactorial crónica no transmisible, contribuyendo a la aparición de enfermedades como: diabetes mellitus 2, hipertensión, enfermedad cardiovascular, entre otras. Además, se ha comprobado en relación a sus causas, que la obesidad no solamente se origina por el aumento del consumo de alimentos, sino que el entorno donde una persona se desenvuelve puede contribuir al desarrollo de esta enfermedad.

Por consiguiente, los factores sociales, económicos y culturales que se han asociado a esta enfermedad, y que trascienden de los genéticos o biológicos, son: el nivel socioeconómico, nivel educativo, acceso a servicios de salud, estado civil, ubicación geográfica de residencia, acceso a los alimentos, hábitos y costumbres alrededor de la alimentación descritos en la presente investigación; los cuales contribuyen al aumento de la prevalencia de obesidad a nivel mundial y nacional.

Por consiguiente, la presente revisión de literatura analiza e identifica a la luz de los determinantes sociales de la salud en todos sus niveles tanto estructural, intermedio y singular, las inequidades sociales y como estas, desde la estructura social, económica, así como su entorno y las características culturales propias de las personas, influyen en esta problemática de salud. Esta revisión pretende además contribuir a las posibles intervenciones y estrategias para la promoción, prevención e intervención de esta enfermedad en adultos desde un enfoque integral que abarque todas las circunstancias en las que se desenvuelve una persona de manera clara y concluyente en su relación con el desarrollo de la obesidad.

2.MARCO TEÓRICO

2.1 Determinante sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud se definen según la OMS como: “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (De La Guardia Gutiérrez & Ruvalcaba Ledezma, 2020), estas circunstancias se pueden reconocer por medio de niveles que identifican las inequidades y/o desigualdades de las diferentes poblaciones yendo desde la organización económica y social de un país hasta las características individuales de una persona. La equidad se incorpora con los determinantes sociales de la salud, en la valoración y análisis de las desigualdades desde la idea de la justicia social, (Hernández-Álvarez, 2008), pues las estructuras sociales, políticas y culturales afectan las condiciones de vida de las personas. En el sector de la salud, esta evalúa las desigualdades de un problema específico que pueda presentar una persona o una comunidad; se analiza en función de políticas, oportunidades y acciones que estén dirigidas a equilibrar dicho problema, asegurando el derecho a que todos accedan a las mismas oportunidades. (Asamblea Legislativa, 2014). De acuerdo a esto, es importante resaltar la equidad como parte de los determinantes sociales de la salud pues finalmente, estos están orientados a la toma de decisiones generando un impacto en la disminución de desigualdades.

A lo largo del tiempo diferentes autores elaboraron modelos y propuestas con el fin de establecer los mencionados determinantes sociales de la salud. Por citar un ejemplo, el modelo de los autores Dahlgren y Whitehead de 1991 se enfoca en resaltar factores de riesgo tales como la edad o el sexo y que, según los autores, son determinantes de conductas y hábitos en el día a día de una persona. Así mismo, encontramos el modelo de Diderichsen, Evans y Whitehead, que hace énfasis sobre cómo los contextos sociales asignan una estratificación o posición social. (Carmona-Meza and Parra-Padilla 2015). Por otro lado, se encuentra el modelo Laframboise-Lalonde en el cual inicialmente se

habla de causas y circunstancias de enfermedad y muerte que afectan a las personas, este autor las clasifica en cuatro grupos: biología humana, medio ambiente, estilos de vida y/o comportamientos y finalmente, servicios de salud (José Garrido Tapia et al., n.d, 2021). Similarmente, encontramos el modelo de Wilkinson y Marmot el cual se enfoca en las políticas públicas como un instrumento favorecedor del entorno social, encargadas de dirigir a la sociedad a un bienestar común e igualitario. En última instancia, está el modelo de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud establecida por la OMS en el año 2005, la cual clasifica los determinantes en dos grupos, estructurales e intermedios, los cuales identifican e influyen en cómo las personas experimentan las inequidades en áreas tales como salud, oportunidades de vida, enfermedad y muerte (Hernández et al., 2017), Es así, que se facilita la identificación y el nivel de determinación en el cual se puede abordar adecuadamente un problema. (Caballero González & Moreno Gelis, Meralys Mitchell Figueroa, Eva Vega Hernández, Maylen Columbié Pérez, 2012). Estos modelos de determinantes sociales (con algunas diferencias entre ellos), han sido fundamentales en las estrategias de promoción, prevención e intervención, pues están encaminados a entender la salud como resultado de la estructura económica, social y cultural de las personas y no solo enfocándose superficialmente en el problema a tratar, sino analizando todo el panorama, con el fin de que las intervenciones sean efectivas y sean ejecutadas de manera integral ante las diferentes situaciones de inequidad y riesgo existentes para la salud.

2.1.1 Determinantes estructurales

Los determinantes estructurales están relacionados con la organización de una sociedad, identificando dentro de ellos la inequidad, la cual determina la distribución de los recursos y bienes del estado en temas como: servicios, salud, educación y empleo. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Estos determinantes tienen como ejes centrales el entorno social, político como las políticas públicas de seguridad alimentaria, los entornos alimentarios, físicos y de salud; así mismo pueden también

ser incluidos el cambio climático, la pobreza, la migración, la industrialización y la producción de los principales sectores económicos. (Montero-López et al. 2021).

Estos determinantes al estar definidos por políticas macroeconómicas y sociales también pueden ser útiles para identificar cómo las personas acceden o no a los alimentos y analizan a su vez la situación y estado nutricional de las poblaciones. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

2.1.2 Determinantes intermedios

Los determinantes intermedios hacen énfasis en las condiciones materiales en donde las personas viven y se desenvuelven, además de sus circunstancias ambientales y sociales. Estas afectan directamente la salud de las personas dependiendo de los determinantes estructurales, pues según su posición social y económica, serán expuestos de manera diferente a presentar o no un estado de vulnerabilidad o inequidad (Ugarte & García, 2014). En estos determinantes evalúan también el acceso a servicios de salud, hábitos, prácticas, entorno, costumbres y relaciones de los grupos poblacionales resaltando características específicas de los grupos, familias y comunidades. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

2.1.3 Determinantes singulares

Los determinantes singulares al igual que los anteriores son relevantes como herramienta de identificación y análisis de las circunstancias que afectan la salud y bienestar de las personas pues estos se enfocan en el entorno social, sus prácticas alimentarias, consumo y comportamiento alimentario, ingesta y otros hábitos tales como la actividad física o sedentarismo. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

2.2 Políticas públicas y su importancia desde el abordaje de los determinantes sociales.

Los determinantes sociales descritos anteriormente, como las circunstancias y condiciones sociales en las que se desarrolla una persona y de cómo estas influyen en su salud, son actualmente implementados en políticas públicas en varios países, pues el análisis que se hace bajo estos parámetros facilita y direccionan correctamente las intervenciones correspondientes para que de manera integral se logre un resultado sobre la problemática planteada.

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social junto con el equipo consultor de la Universidad de los Andes formuló el Plan Decenal de salud pública 2022-2031, firmado en junio del presente año 2022 y que próximamente será publicado para su posterior ejecución. Esta es una política de Estado que busca en los próximos 10 años orientar la salud Pública del país, y (Ministerio de Salud, 2019) e integrar los determinantes de salud en sus objetivos para así *“gestionar las necesidades individuales y colectivas en salud de la población por medio de esfuerzos territoriales, institucionales y sociales coordinados y articulados entre los actores del sistema de salud y los demás sectores, que permitan el abordaje de los determinantes sociales de la salud”* (Ministerio de Salud, 2019).

Esta política que busca por medio de los determinantes sociales, favorecer la salud pública del país, además de contribuir positivamente a la estrategia para la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) del Departamento Nacional de Planeación adoptó través del documento CONPES 3918, y estableció las metas y estrategias para el cumplimiento de la agenda 2030. (Departamento de Planeación Nacional - DNP, 2018). Esta política corresponde a un acuerdo realizado en el año 2015 por los 197 Estados pertenecientes a las Naciones Unidas, donde se busca por medio de 17 objetivos poner fin a la pobreza y la desigualdad, mejorando la calidad de vida y promoviendo un crecimiento económico que incluya a las personas de manera

digna en países con economías sostenibles, mejorando la calidad de vida y protegiendo el planeta. (Naciones Unidas CEPAL, 2018). Se constituyen como una herramienta de planificación para cumplir las metas propuestas. (Organización de Naciones Unidas CEPAL, 2018). Entre los 17 objetivos planteados el número tres titulado “Salud y bienestar” busca la disminución de enfermedades no transmisibles como la obesidad hasta en un tercio por medio de prevención y tratamiento oportuno. En este contexto, un ejemplo de políticas públicas dirigidas a la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles y que está asociada al mejoramiento del estado de salud y nutricional es la Ley 1355 de 2009, esta busca por medio de la promoción de ambientes saludables en donde se promueva la alimentación balanceada y saludable, la actividad física, estrategias de información, educación y comunicación y la regulación en la comercialización de productos alimenticios altos en sodio, grasas trans y saturadas. (Congreso de la República de Colombia, 2009). Cabe mencionar que a partir de esta ley, se han expedido más leyes que contribuyen al objetivo de los entornos saludables como la ley 2120 del 30 de julio 2021, la cual busca fomentar entornos alimentarios saludables y prevenir enfermedades no transmisibles que garanticen el derecho fundamental a la salud, en donde entidades como la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN), el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, los Ministerios de Salud y Protección Social y el Ministerio de Trabajo, trabajaran en conjunto según su competencia en orientar, garantizar y evaluar indicadores de evolución de estas enfermedades crónicas no transmisibles, así como también verificarán y reglamentarán sellos de advertencia en los productos alimenticios para conocimiento de los consumidores. Así mismo, mediante estrategias de educación y comunicación se buscará fomentar hábitos y entornos saludables. (Congreso de Colombia, 2021).

En conclusión, los determinantes sociales son importantes en la intervención y abordaje de problemas de salud pública, pues amplían la visión y promueven el desarrollo, financiación e implementación de políticas públicas de manera más eficaz como se explicó anteriormente. Tomando en cuenta que todos los factores están dirigidos al

mejoramiento de la salud y calidad de vida, es importante entender que estas no pretenden ser transitorias, sino sostenibles en el tiempo, disminuyendo a su vez, la inequidad.

2.3 Obesidad

Se define obesidad como el desequilibrio a largo plazo de la ingesta calórica en exceso y la disminución del gasto calórico, lo que conlleva a la acumulación de triglicéridos en los adipocitos aumentando el número y tamaño de los mismos. Al generarse este desequilibrio se alteran los mecanismos metabólicos lo que generará una acumulación en diferentes tejidos, principalmente el hígado y músculo favoreciendo enfermedades como la esteatosis hepática, resistencia a la insulina, síndrome metabólico, aterosclerosis entre otras. (José & Muniz, 2016). Es de anotar que el tejido adiposo tiene funciones hormonales importantes y de protección externa para el cuerpo, pero es el exceso de este el que se convierte en un factor de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles, entendidas como afecciones que no son causadas por infecciones transmitidas, sino trastornos que son prevenibles mediante la disminución de factores de riesgo presentes en el entorno o hábitos. Algunos ejemplos son las enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus II, enfermedades pulmonares crónicas y el cáncer. (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2019).

La obesidad es una enfermedad multifactorial en la que intervienen diferentes factores genéticos, metabólicos, hormonales, sociales y culturales. Se caracteriza por el aumento del índice de masa corporal (IMC) mayor de 30 kg/mt², prevaleciendo el tejido adiposo y favoreciendo a la aparición de enfermedades como la hipertensión, diabetes, dislipidemias y enfermedades del sistema cardiovascular como la aterosclerosis.

La obesidad se puede clasificar e identificar por su morfología y la localización de la grasa corporal. Dentro de su misma definición, encontramos subcategorías de la obesidad tales como: obesidad androide, obesidad central, obesidad abdominal,

obesidad periférica y finalmente, obesidad homogénea o global. Para ejemplificar algunas de ellas, en el caso de la obesidad abdominal se hace referencia a la ubicación del tejido adiposo en cara, tórax y abdomen, y se relaciona directamente con enfermedades cardiovasculares. Por una línea similar, la obesidad periférica se refiere a aquellos lugares del cuerpo en donde la adiposidad se acumula en extremidades inferiores y está relacionada con enfermedades de tipo circulatorio y óseos (por ejemplo, artrosis de la rodilla). Por último, la obesidad global se caracteriza principalmente por no predominar en exceso en una sola parte del cuerpo, sino que por el contrario se puede manifestar en toda la extensión del mismo. (José & Muniz, 2016).

La obesidad también puede ser clasificada por su etiología (el origen de las causas de una enfermedad). Para ilustrar, la etiología primaria está definida por el consumo inadecuado de alimentos altamente calóricos con un inadecuado equilibrio metabólico y la etiología secundaria hace referencia a las patologías que se puedan derivar de la obesidad como efecto secundario. En contraste, también es posible clasificar la obesidad desde la histología, (rama de la medicina que tiene que ver con el estudio y análisis de los tejidos, en este caso el crecimiento de los adipocitos) y que a su vez puede ser categorizada entre hiperplasia (aumento del número celular a partir de las ya existentes en órganos o tejidos) e hipertrofia (aumento del tamaño celular que a su vez desencadena el crecimiento del órgano afectado) (Malo Serrano et al., 2017).

Una vez establecida su categorización, es importante establecer los comportamientos asociados a la obesidad, así como también es fundamental tener en cuenta que estos pueden volverse hábitos que favorecen el aumento del peso. Por ejemplo, costumbres como el consumo de porciones inadecuadas de alimentos y el incremento del consumo de grasas saturadas, carbohidratos y bebidas alcohólicas. En contraste, es común que haya una disminución del consumo de frutas, verduras, cereales integrales, y carnes tales como pollo, cerdo, res y pescado. Sumado a lo anterior, no es inusual que se

realice poca actividad física y mantengan un estilo de vida poco saludable. (de Salas et al., 2016).

Es así que enfermedades como la obesidad, traen consecuencias en la salud física, biológica, psicológica y social de las personas y pueden manifestarse en periodos de tiempo cortos o largos de acuerdo con la gravedad, manejo y tratamiento.

En lo que concierne a los efectos en la salud a nivel biológico, estos se presentan principalmente como enfermedades crónicas no transmisibles tales como la hipertensión y enfermedades de tipo cardiovascular como insuficiencia cardiaca, infartos, trombosis, arteriosclerosis, problemas circulatorios. Por otro lado, se encuentran afecciones como el síndrome metabólico, un trastorno que se puede desarrollar desde edades tempranas y que tiene características específicas como el aumento de los niveles séricos del colesterol LDL, disminución del colesterol HDL, aumento de los triglicéridos y desequilibrio del nivel de glucosa en sangre pudiendo llegar a desarrollar también diabetes mellitus tipo 2. Igualmente, entre estos riesgos se encuentran las enfermedades respiratorias como la apnea del sueño, la fatiga y el asma, lo que dificultará la participación de quien padece estas dolencias en actividades físicas o ejercicio. (García Milian & Creus García, 2017). Asimismo, son frecuentes las enfermedades o trastornos hepáticos y biliares como por ejemplo el hígado graso no alcohólico y la colestasis.

Es por todo lo mencionado anteriormente que, las personas que tienen obesidad se exponen a un riesgo de muerte tres veces mayor respecto a una persona con un peso saludable, el doble a desarrollar insuficiencia cardiaca congestiva, noventa y tres veces más de desarrollar diabetes mellitus y una reducción en su expectativa de vida de 5 a 8 años menos comparado a una persona con un peso adecuado. (García Milian & Creus García, 2017).

En lo que respecta a las áreas social y psicológica, las personas que padecen obesidad en su mayoría sufren de trastornos tales como depresión, aislamiento, disminución de la autoestima y alteración de la conducta alimentaria, que afectan directamente el

desarrollo de sus relaciones personales, familiares, laborales y sociales (Gómez, 2020). Profundizando más en el ámbito social, se ha identificado que es más difícil para una persona con obesidad encontrar trabajo o pareja, así como una disminución o pérdida del poder adquisitivo, perjudicando paralelamente la posibilidad de tener una jubilación laboral temprana. (Gómez, 2020).

En la actualidad, la obesidad se establece como una epidemia y un problema de salud pública pues no solo es una enfermedad genética o de “malos” hábitos; por el contrario, la estructura social, económica y del entorno social en donde se desarrolla una persona, podría igualmente favorecer el desarrollo de esta enfermedad. La prevalencia mundial de la obesidad para el año 2020 fue aproximadamente de 1.079 millones de personas adultas con obesidad tipo I, II y III observando un aumento significativo en el tiempo pues en el año 2010 había 696 millones de personas con obesidad, casi duplicando la cifra en 10 años (World Obesity Federation, 2022). En el caso de Colombia la prevalencia de obesidad, según el Análisis de Situación de Salud (ASIS 2020) en personas entre los 18 y 64, años ha incrementado un 13.3% en el 2015 (última cifra registrada por la Encuesta Nacional de Situación Nutricional ENSIN) evidenciando un comportamiento similar al mundial.

Según la federación mundial de obesidad, para el año 2030 se estima que habrá un aproximado de 1.269 millones de personas adultas con obesidad (World Obesity Federation, 2022) siendo este un panorama preocupante pues al ser una enfermedad multifactorial requerirá de recursos suficientes por parte del sector de la salud para la intervención de esta. (Rodríguez-Torres & Casas-Patiño, 2018).

3.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

La obesidad es una enfermedad que mundialmente ha venido en constante crecimiento dentro de la población adulta y que genera preocupación en los países, ya que es considerado un problema de salud pública. A su vez, la obesidad es entendida como una enfermedad crónica no transmisible que afecta gravemente el estado de salud de

quien la padece y que es una de las principales causas de muerte a nivel mundial. Como fue mencionado previamente, en Colombia, se evidencia una tendencia creciente de la obesidad, según la encuesta nacional de la situación nutricional (ENSIN) en el año 2005 8.8% de hombres y 16.6% mujeres tenían obesidad, (Profamilia et al., 2006) en el 2010 aumentó a 11,5% en hombres y 21.1% en mujeres, (ENSIN, 2010) para el año 2015 la prevalencia de obesidad siguió en aumento con cifras de 14,4% en hombres y 22,4% en mujeres. Esto puede estar relacionado con el sistema político y económico mundial actual que promueve la globalización y que ha favorecido la comercialización, y a la creciente demanda de productos importados, ultra procesados y estilos de vida sedentarios que han afectado el estado nutricional de las personas. Según el Análisis de Situación de Salud -ASIS- de Colombia 2020 entre el año 2005 y 2018 la principal causa de muerte en la población general fueron las enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades que son consecuencia principalmente de la obesidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

Es por esto que los determinantes sociales de la salud son una herramienta importante para la evaluación e identificación de problemáticas en este campo pues además de enmarcar las circunstancias políticas, económicas, sociales y culturales en las que se desenvuelve una persona, tiene como componente transversal la salud. La salud es definida según la Organización Mundial de la salud (OMS) como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, por consiguiente, las enfermedades o condiciones de vulnerabilidad se deben evaluar como un conjunto y no de manera aislada (Ugarte & García, 2014).

Según un estudio realizado por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de México con 100.000 personas, se pudo identificar, que hay mayor prevalencia de obesidad en personas en estado de pobreza, inseguridad alimentaria, desempleo y acceso limitado a los servicios de salud. (Shamah-Levy et al. 2019). Además la modificación de los estilos de vida como la disminución del trabajo físico, el aumento en el consumo de alimentos fuera del hogar, cambios en patrones culturales, y la aparición de sistemas

alimentarios modernos en donde se favorece el consumo de alimentos procesados y ultra procesados, traen como consecuencia el aumento de obesidad en la población, aumentando la demanda en el sector de salud. (Rodríguez-Torres & Casas-Patiño, 2018).

Actualmente organizaciones como la OMS y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), y los países a través de políticas públicas nacionales (en Colombia, por ejemplo, existe el Plan Decenal de Salud Pública 2021-2031) han avanzado en estrategias que permitan disminuir la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad. Estas organizaciones y países buscan por medio del enfoque de los determinantes sociales, abordar las problemáticas en salud de manera completa con estrategias de intervención que sean sostenibles e integrales en el tiempo. Es por esto que mundialmente se procura disminuir la prevalencia de obesidad -cifras anteriormente mencionadas- y favorecer los sectores de la salud y la economía, buscando equidad para las personas. Por lo tanto, los determinantes sociales de la salud entendidos también como una herramienta útil de verificación, análisis, identificación y evaluación de inequidad en problemáticas de salud pública son importantes para el manejo integral de estas problemáticas. En consecuencia, se plantea la siguiente pregunta de investigación: Según la literatura científica, **¿cuáles son los determinantes sociales en la obesidad en la población adulta?**

3.1 Justificación de la investigación

En el año 2020 la prevalencia mundial de obesidad fue de aproximadamente 1.079 millones de personas adultas con obesidad tipo I,II y III, además según la Federación Mundial de Obesidad, para el año 2030 se estima que habrá un aproximado de 1.269 millones de personas adultas con obesidad (World Obesity Federation, 2022); en Colombia según la ENSIN, la prevalencia de obesidad para el año 2015 fue de 14,4% en hombres y 22,4% en mujeres con un aumento significativo respecto a lo reportado en la ENSIN 2010.

De tal manera que analizar la obesidad a la luz de los determinantes sociales de la salud que como anteriormente se mencionó son “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (De La Guardia Gutiérrez & Ruvalcaba Ledezma, 2020), permite visualizar el problema de manera integral, detallada y acertada al involucrar todos los componentes en los que una persona se desenvuelve y pueden catalizar la presencia de obesidad. Adicionalmente, permite identificar las inequidades a partir de los diferentes niveles de determinación (estructural, intermedio y singular), permitiendo a su vez tener en perspectiva los factores a tener en cuenta en la formulación de estrategias de promoción, prevención e intervención que trasciendan de la perspectiva biológica de la obesidad, e incorporen el conjunto de circunstancias que hacen parte en la vida y desarrollo de una persona como la educación, el nivel socioeconómico, condiciones laborales y características propias de estas.

Es importante mencionar que la pandemia por COVID-19 debilitó la economía de los países, incrementando las necesidades de atención médica, sanitaria, social y económica, (Ministerio de Salud, 2019), lo que insta a realizar un análisis completo e integral que sólo puede lograrse bajo la mirada de los determinantes sociales. La OMS ha manifestado el análisis de la situación en salud bajo la perspectiva de los determinantes pueden llegar a ser más importantes en la ejecución de planes o proyectos que la misma atención en salud o la elección de los estilos de vida de las personas, teniendo un papel importante sobre las desigualdades sociales en salud e inequidad sanitaria. (Ministerio de Salud, 2019). Además, desde la perspectiva económica la obesidad genera un costo elevado al sistema de salud de cada país, pues al ser una enfermedad multifactorial no sólo se interviene en la obesidad como aumento del Índice de masa corporal, si no en cambio en las enfermedades adyacentes ya mencionadas anteriormente. Por ejemplo, en Colombia, en el año 2015 se invirtieron en el tratamiento e intervención de esta enfermedad, aproximadamente \$33.321

millones de pesos, ocupando el 43% de los recursos destinados al sector de la salud. (Rincon Rojas & Nieto Venegas, 2019).

De esta manera este documento puede contribuir al reconocimiento y comprensión de los determinantes sociales de la obesidad, pues establece la importancia de proponer un abordaje interdisciplinario y transectorial de esta condición que propenda por obtener resultado integrales, efectivos y sostenibles en el tiempo. Pues como se ha mencionado previamente, esta enfermedad se ha catalogado como una epidemia y un problema de salud pública de un alto costo para el sistema y para el individuo que la padece.

4. OBJETIVOS

4.1 General

4.1.1 Describir los determinantes sociales de la obesidad en población adulta de 18 a 64 años, a través de una revisión de literatura.

4.2 Específicos

4.2.1 Identificar desde cada nivel de determinación (estructural, intermedio y singular) cuales son los determinantes de la obesidad en población adulta de 18 a 64 años.

4.2.2 Establecer según los determinantes identificados los aspectos a incorporar en una posible intervención integral para el manejo de la obesidad en población adulta de 18 a 64.

5. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de estudio Se realizó una revisión de literatura utilizando como metodología la declaración PRISMA 2020, esta es una guía que cuenta con 27 ítems que forman parte de una lista de verificación que facilitará la revisión de literatura; es útil para identificar, realizar la selección, recolección evaluación y análisis de los artículos, garantizando que la información sea clara y cumpla con los objetivos propuestos para la revisión. *Declaración PRISMA 2020 1.* (n.d.).

5.1.1 Población de estudio

Para la revisión de literatura, como población estudio se tomaron artículos científicos de las bases de datos académicas a partir del año 2010 hasta el 2022. Identificando los criterios de exclusión e inclusión descritos en la tabla 1.

5.1.2 Variables del estudio

Las variables dependientes del trabajo propuesto fueron la obesidad y población adulta entre 18 y 64 años, mientras que las variables independientes (descritas en el anexo 5) fueron los determinantes sociales de la salud y sus diferentes niveles como: estructurales, intermedios y singulares.

5.2 Metodología de búsqueda

Los artículos fueron hallados en las bases de datos académicas: PubMed, Embase y Scopus, con cadenas de búsqueda en donde se utilizaron términos como: Social determinants of health y obesity junto con operadores booleanos descritos en el anexo 2. Además, en cada base de datos se limitó la búsqueda con filtros de año de publicación, especie, idioma y edad.

5.3 Recolección de la información

Para la recolección de la información, todos los resultados de cada base de datos se descargaron y exportaron en formato Excel, se unificaron los artículos en un solo archivo con los siguientes aspectos: Título, Autor, resumen, revista, año de publicación, DOI y afiliación del autor, luego por medio del software VantagePoint el cual es una herramienta que facilita el análisis de patrones y relaciones entre artículos se eliminaron los duplicados. Posteriormente al tener el número de artículos para la revisión, se realizó en Microsoft Excel una matriz para su posterior análisis, preselección y selección.

5.4 Análisis de información

Inicialmente el análisis de la información se realizó en una matriz en donde se filtró por título y fecha de publicación, en este análisis se buscó identificar artículos dirigidos al análisis de los determinantes sociales de la salud y la obesidad, descartando artículos relacionados con patologías o grupos poblacionales que no fueran adultos.

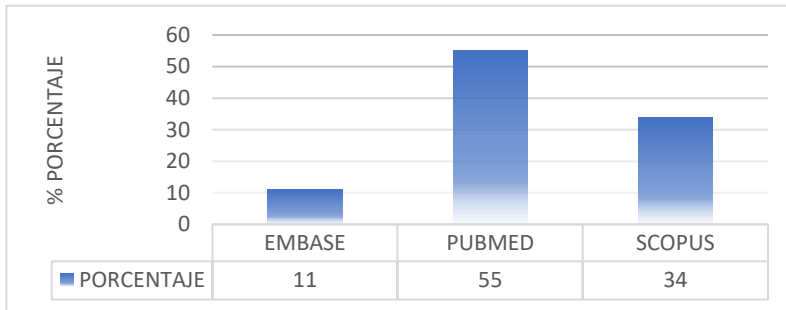
En una segunda matriz se hizo la preselección de artículos por resumen, resultados y conclusiones verificando la relación con el tema principal cumpliendo con los criterios de inclusión, finalmente en una tercera matriz se analizó cada artículo seleccionado por: base de datos, título, revista, tipo de estudio, año, autor, afiliación, resumen, resultados y conclusiones. Además de la descripción general de cada artículo, se segmenta por nivel de determinación (estructural, intermedio y singular) identificado y seleccionado en la lectura lo pertinente a cada uno, para posteriormente en el software NVIVO realizar el análisis cualitativo.

6. RESULTADOS

6.1 Análisis de y recolección de artículos

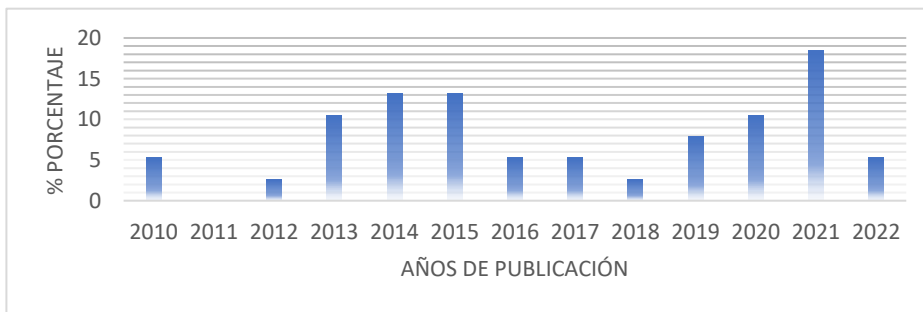
Los artículos de la presente investigación fueron seleccionados y filtrados como se muestra en el anexo 1. Por medio de la eliminación de duplicados, y selección por criterios de inclusión, se llega a una muestra final de 38 artículos analizados. Estos artículos corresponden al 11% de la base de datos de Embase, 55% a Pubmed y el 34% a Scopus. (figura 2.). Según la distribución por año de publicación como se evidencia en la figura 3 en el año 2021 fue en donde más se publicaron investigaciones respecto a los determinantes sociales de la obesidad en población adulta entre 18 y 64 años con un 18%. Finalmente según la afiliación de los autores las investigaciones predominaron países como Estados Unidos (n= 13), España (n=4) y Francia (n =4) tal como lo muestra la figura 4.

Gráfico 1. *Distribución de los artículos según la base de datos en la que se encuentran publicados*



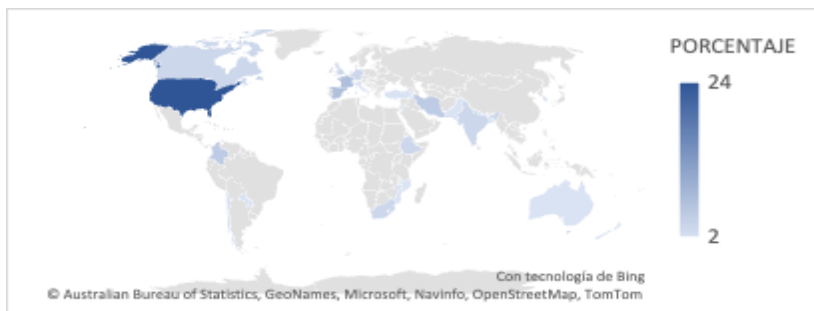
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 2. Distribución de artículos por año de publicación



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 3. Distribución por afiliación de los autores

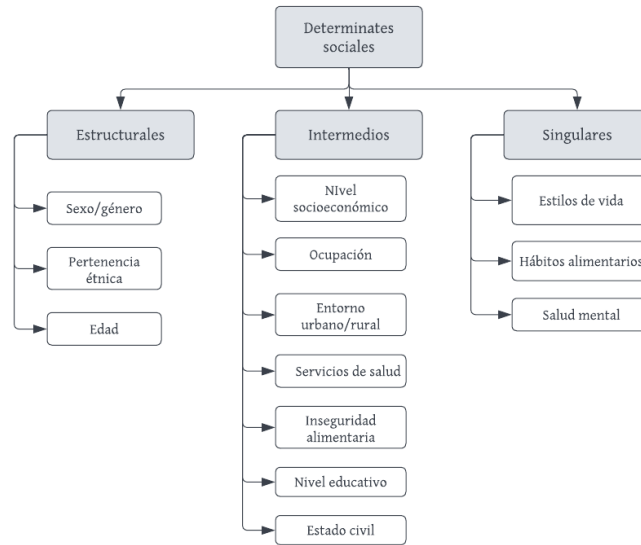


Fuente: Elaboración propia

Por medio del software Nvivo se realizó el análisis cualitativo en los artículos; a través de este software se codificaron los artículos a partir de los niveles de determinación los cuales corresponden a las categorías, posteriormente se realizaron las nubes de palabras

con los conceptos más sobresaliente de cada categoría identificando los subniveles que están estrechamente relacionados y que hacen parte de los determinantes de la obesidad en población adulta como se muestran en la figura 5.

Figura 1. Niveles de determinación y categorías de cada nivel



Fuente: Elaboración propia

Figura 2.- Nube de palabras análisis cualitativo de determinantes sociales de la salud estructurales, intermedios y singulares.



Fuente: Elaboración propia a partir del software NVIVO

6.2 Determinantes sociales estructurales

En esta categoría se incluyen los subniveles género o sexo, pertenencia étnica y edad que, según la revisión de los artículos, fueron los determinantes que desde el nivel estructural tienen mayor relación en la prevalencia de obesidad en la población adulta.

Figura 3. Nube de palabras análisis cualitativo de determinantes sociales de la salud estructurales



Fuente: Elaboración propia a partir del software NVIVO

6.2.1 Sexo o género

El sexo o género de una persona sea mujer u hombre, afectan las condiciones y oportunidades que el individuo tiene en la sociedad y por ende puede favorecer la aparición de enfermedades. De acuerdo con la revisión de literatura, las mujeres tienen mayor prevalencia de obesidad que los hombres; ello se ilustra en un estudio realizado en Mozambique, en el cual se concluyó que la obesidad en la población adulta africana entre los 21 y 41 años era de alrededor del 15% en mujeres y del 6% en hombres. (Macicame et al., 2021). En otro estudio realizado en población canadiense, se identificó mayor prevalencia de obesidad en mujeres con un 36.5% respecto a los hombres con un 31.6% (Chen et al., 2015), esto supone un riesgo de padecer obesidad mayor en mujeres en aproximadamente 4.9 puntos porcentuales (E. Cohen et al., 2019).

6.2.2 Raza o pertenecía étnica

Por otra parte, de acuerdo con los artículos revisados, varios autores exponen que la raza o pertenecía étnica es un indicador que incide en el aumento del peso y obesidad en la población adulta. Según el estudio Sartorius (2015), en Sudáfrica, las mujeres negras africanas y los hombres blancos tienen mayor prevalencia de obesidad. Otros autores investigaron la prevalencia de obesidad en otras razas; por ejemplo, en otro estudio se concluyó que los hombres asiáticos tenían menos probabilidad de ser obesos que los hombres blancos, pero los hombres negros e hispanos tenían mayor probabilidad de ser obesos que los hombres blancos. (Kelley et al., 2016). Los hombres de algunos grupos raciales al ser una minoría están más expuestos a vivir en condiciones de pobreza, situaciones de delincuencia y trabajos mal remunerados y peligrosos que afectan su salud (Kelley et al., 2016). Lo mismo sucede con las aspiraciones educativas y/o económicas, pues muchas veces los hombres negros respecto a los hombres blancos tienen varias desventajas, pues apenas tienen acceso a la educación primaria, situación que tiene relación con una prevalencia de obesidad mayor (A. K. Cohen et al., 2013).

6.2.3 Edad

La edad determina cambios físicos y fisiológicos en los seres humanos por lo que hace parte de los determinantes estructurales de esta investigación. Es por eso que la edad es un atributo que condiciona en una persona su estado de salud general. Según la revisión bibliográfica, la probabilidad de tener obesidad a partir de los 30 años es cuatro veces más alta en comparación con personas de edades entre 18 a 22 años. Es común que alrededor de los 30 años ocurran cambios en la estructura familiar y en el caso de las mujeres es más común que asuman un rol activo en el hogar, como el de realizar las labores domésticas, significando una disminución de actividades que contribuyan a su salud (Mndala & Kudale, 2019). Un estudio realizado en Jordania, reafirma dicha afirmación, ya que establece que las mujeres mayores de 35 años presentan mayor prevalencia de obesidad frente a las mujeres entre los 25 y 34 años (Al Nsour et al.,

autores (Mndala & kudale, 2019; Macicame et al., 2021; Amin et al., 2021; Rengma et al., 2015; Bonnefond & Clément, 2014), describen que al contrario de la anterior afirmación, la obesidad prevalece en el los nivel socioeconómico más altos con un riesgo de casi cinco veces más de tener obesidad, respecto al nivel socioeconómico más bajo (Macicame et al., 2021), de otra parte, un estudio en Malawi concluyó que aproximadamente el 11,3% de las mujeres del estrato socioeconómico más alto eran obesas y más de la cuarta parte (25,8%) eran pre obesas; mientras que en el estrato más pobre, la prevalencia de mujeres con pre obesidad fue de 10,9%,. (Mndala & Kudale, 2019).

6.3.2 Nivel educativo

La educación favorece el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, aumenta las capacidades intelectuales y fortalece el acceso a oportunidades y a recursos que permitan su crecimiento y autonomía. (Vincezi & Tedesco, 2009). En la revisión diferentes autores analizan la educación y su relación con la prevalencia de la obesidad. En primera instancia el autor Yeshaw (2020), encontró que las probabilidades de tener obesidad, eran mayores en personas con educación secundaria y superior, esta situación es descrita también por el autor Sartorius (2015), quien confirmó que los hombres y mujeres africanos ricos y con educación terciaria tenían mayor riesgo de obesidad. Sin embargo, la tendencia en la revisión fue contraria a estas afirmaciones, estudios realizados entre hombres y mujeres en Etiopía por el autor Yigizie Yeshaw (2020), en Estados Unidos por el autor A.K Cohen (2013), en Paraguay por el autor Hocheol Lee (2021), en Irán por el autor Najafi (2020), y Colombia, por el autor Álvarez (2014), afirmaron que la educación secundaria y superior genera un entorno más propenso al cuidado y a comportamientos más saludables, lo que disminuye el índice de masa corporal en la población adulta, con un resultado general que permite identificar que a mayor nivel educativo menor prevalencia de obesidad.

6.3.3 Ocupación

Igualmente, la ocupación es fundamental en la prevalencia de obesidad, está relacionado con el acceso a los alimentos y contribuye a la capacidad adquisitiva permitiendo la elección y facilidad de acceder a diferentes servicios para el cuidado y atención en salud. En los artículos analizados, los autores concuerdan y afirman en que el estar desempleado tiene un impacto negativo y favorece la probabilidad de tener obesidad grado 1 y grado 2 ,(Font et al., 2010), por ejemplo en un estudio realizado en Malawi las mujeres con ocupaciones relacionadas con la agricultura tenían menos probabilidades de obesidad frente a las mujeres desempleadas o jubiladas (Mndala & Kudale, 2019). En Turquía la prevalencia de obesidad en mujeres desempleadas fue de 47,2%, casi el doble observada en mujeres empleadas con un 20,2%. Este comportamiento fue similar en los hombres desempleados y empleados, sin embargo, los hombres jubilados tenían 30,8% de riesgo a la obesidad. (Islek et al., 2020). No obstante, los trabajadores que tienen obesidad “experimentan penalizaciones y enfrentan sesgos sobre decisiones laborales desde su contratación” (Gray, 2017. p. 4) siendo más difícil mantener el empleo o aspirar a un salario justo.

6.3.4 Ubicación geográfica

La ubicación geográfica de una persona en un país puede establecer y determinar las condiciones en las que esta se desenvuelve. Como muestra de esto, y en el análisis realizado se evidencia que en el entorno rural en el que se facilitan los trabajos de fuerza como la agricultura, suelen ser más exigentes físicamente y favorecen al mantenimiento de un peso saludable, es decir se relacionan con una menor prevalencia de obesidad, la cual fue 3,1 veces mayor entre los habitantes urbanos respecto a los rurales. (Tekalegn, 2021). En Pakistán las mujeres que vivían en áreas urbanas tenían 22% más de probabilidades de ser obesas que las mujeres que vivían en zonas rurales con un 11%; (Mehboob et al., 2016). Este resultado tuvo la misma tendencia en estudios realizados en Malawi, por el autor Mndala & Kudale (2019), en Mozambique por el autor Macicame et al., (2021), Canadá, por el autor Yue Chen (2015), Estados Unidos por el autor Christie A. Befort, (2012) y Pakistán por el autor Beenish Mehboob

(2016), en los cuales se establece también, que los residentes de zonas urbanas acceden a los alimentos a través de la compra, mientras que es común que en las zonas rurales prevalezca el consumo de alimentos provenientes de la agricultura familiar. (Macicame et al., 2021).

6.3.5 Acceso a servicios de salud

Igualmente, según los artículos las personas con obesidad barreras para hacer uso de los servicios de salud. Según los autores esto se daba por barreras sociales, económicas o geográficas en el acceso y el servicio deficiente, además el estatus socioeconómico de cada persona estaba estrechamente relacionado a las limitaciones para tener seguro médico (Javed et al., 2022), o acceder a médicos especialistas en salud mental (psicólogos - psiquiatras), y el asesoramiento nutricional. (Javed et al., 2022). Esto contribuye, entre otros, al deterioro de la salud de las personas con obesidad pues se ha encontrado que esta población presenta estrés, depresión y ansiedad relacionado a su estado nutricional. (Keenan et al., 2021). Por otro lado, un estudio realizado en 2016 estableció que las personas aseguradas en salud, tenían más probabilidades de ser obesas, asumiendo más riesgos de salud (Amin et al., 2021).

6.3.6 Seguridad alimentaria

Con respecto a la seguridad alimentaria y sus componentes: *la disponibilidad* la cual se relaciona con la cantidad de alimentos con los que cuenta un territorio, y está influenciada por la producción, importación y almacenamiento de los alimentos. (Methods et al., 2020), y *el acceso* relacionado con la posibilidad de todas las personas a acceder a una alimentación adecuada y sostenible. (Methods et al., 2020), esta se relaciona con la prevalencia a la obesidad, pues varios autores muestran evidencia que entre mayor inseguridad alimentaria mayor índice de masa corporal, esto se relaciona principalmente a la escasez de dinero en los hogares, las mujeres son las principales afectadas pues modifican su ingesta al priorizar a los demás miembros de la familia. (Drewnowski et al., 2014). Los países desarrollados tienen mayor acceso a los

alimentos más saludables mientras que los países de bajos ingresos muestran mayor inseguridad alimentaria y acceso a alimentos de baja calidad. (Macicame et al., 2021; Islek et al., 2020). Esto se relaciona con el estudio del autor Drewnowski (2014), realizado en París y Seattle en donde se concluyó que comprar alimentos en supermercados de bajo costo se asoció a un mayor riesgo de obesidad, mientras que comprar en supermercados de mayor costo mostró ser más positivo frente al riesgo de tener obesidad.

6.3.7 Estado civil

Finalmente, las costumbres o características culturales de cada persona son importantes en cuanto la influencia que estas puedan tener frente al estado de salud, por ejemplo: el estado civil influye en el riesgo a tener obesidad. Según los estudios, ser mujer y estar casada aumentó los riesgos de tener obesidad frente a las mujeres solteras. (Najafi et al., 2020). Pues el matrimonio está asociado con cambios en el estilo de vida afectando la actividad física y hábitos alimentarios saludables evidenciado principalmente en mujeres. (Amin et al., 2021). La misma tendencia se vio en los hombres casados, con un mayor índice de masa corporal frente a los hombres adultos jóvenes y solteros (Raftopoulou, 2017). Igualmente, es de anotar, que en países orientales tanto las mujeres como los hombres preferían aumentar su tamaño y peso corporal pues culturalmente el exceso de peso se relaciona con personas atractivas, saludables y con solvencia económica (Sartorius et al., 2015).

6.4 Determinantes sociales singulares

Este nivel de determinación Se incluyeron los subniveles: actividad física o sedentarismo, hábitos alimentarios, costumbres y características culturales y el entorno social, ya que según la revisión de los artículos estos fueron los que tienen mayor relación en la prevalencia de obesidad en población adulta.

Figura 5. Nube de palabras análisis cualitativo determinantes singulares



Fuente: Elaboración propia a partir del software NVIVO

6.4.1 Actividad física

La actividad física favorece al estado de salud de las personas, disminuye el riesgo de tener obesidad y genera hábitos más saludables alrededor de la alimentación. Los niveles bajos o moderados de actividad física se han relacionado con el aumento del IMC (De Pedro-Jiménez et al., 2022), según la revisión hubo mayor actividad física de intensidad moderada y alta, en áreas rurales asociándose a menor probabilidad de tener obesidad, mientras que el nivel de sedentarismo fue más alto en el área urbana, la urbanización proporciona en general un ambiente más obesogénico. (Chamieh et al., 2014). Además, un estudio realizado en India, expone que vecindarios económicamente desfavorecidos pueden presentar limitaciones para la actividad física, pues carecen de áreas abiertas llevándolos a ser poco aptos para estas actividades. (Rengma et al., 2015), en cambio aquellos que cuentan con espacios abiertos y aptos tienen menos probabilidad de que sus habitantes sean obesos (Raftopoulou, 2017).

6.4.2 Estilos de vida

Además, como estilo de vida y se ha identificado que el consumo de tabaco disminuye la prevalencia a la obesidad, igualmente este es peligroso para la salud y estuvo asociado a problemas psicológicos, estrés y ansiedad en los diferentes estudios analizados (Rodríguez-Alvarez et al., 2018).

6.4.3 Hábitos alimentarios

De igual forma, según la revisión, se pudo evidenciar que en países orientales como China, Pakistán e Irán en los últimos años han cambiado sus hábitos alimentarios, hacia una tendencia de consumo de alimentos altos en grasas y azúcar refinada, similar a la de países occidentales. (Mehboob et al., 2016) lo cual está relacionado con que tanto en el occidente como oriente la prevalencia de obesidad está asociada con el consumo inadecuado de porciones de verduras y frutas diarias y al aumento del consumo de carne y dietas ricas en grasas (Kamphuis et al., 2019).

6.4.4 Salud mental

Finalmente, la salud mental hace referencia al estado psicológico de una persona, comprometiendo su desarrollo y participación en la sociedad. En la obesidad esto es muy importante, pues las personas obesas sufren de discriminación por su aspecto físico lo que lleva a problemas psicológicos y por ende trastornos de conducta alimentaria, que según el estudio: “Household Food Insecurity, Diet Quality, and Obesity: An Explanatory Model” a mayor angustia y estrés, mayor prevalencia a obesidad por el consumo de alimentos altamente calóricos. (Keenan et al., 2021). Este estrés psicológico también se asocia a clases sociales más bajas en donde los mecanismos conductuales como el consumo de licor, azúcar refinada y grasas aumentan el peso corporal (Javed et al., 2022).

7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la presente revisión de literatura se identificaron los determinantes sociales de la salud relacionados con la obesidad en población adulta entre 18 y 64 años de edad, estableciendo las causas de la prevalencia de obesidad, trascendiendo de los aspectos netamente biológicos de esta enfermedad al incorporar en el análisis los determinantes sociales de la obesidad en todos los niveles (estructurales, intermedios y singulares) lo que permite estudiar el fenómeno de una manera más holística con el objetivo de

establecer los aspectos a incorporar en un abordaje realmente integral del estado nutricional de la población.

En los resultados se evidenció que el género podría ser determinante en la prevalencia de obesidad tanto en mujeres como en hombres, pero especialmente se demostró este comportamiento es mayor en mujeres; Esto, debido a que las mujeres toman un rol activo en el hogar, limitándose a actividades físicas, lo cual facilita la apropiación de hábitos sedentarios (Sarma et al., 2016). Además, las mujeres en la estructura social actual al casarse, se responsabilizan del cuidado del hogar, la crianza de los hijos, lo que las lleva a estar en un permanente estado de inequidad que afecta su salud y estado nutricional (Navarro, 2022).

Asimismo, la pertenencia étnica o raza incide en la prevalencia de la obesidad, pues como se evidencio en los resultados, tanto hombres como mujeres negros, asiáticos e hispanos al pertenecer en su territorio las denominadas minorías poblacionales, tienen menores posibilidades de acceder a un trabajo estable, niveles de educación superior y de calidad por lo que su nivel y estatus socioeconómico se veía afectado y disminuido, llevándolo a una limitada solvencia económica y por ende al acceso de alimentos altamente calóricos, pues estos comercialmente son más económicos y perecederos. (Alvarez-Castaño et al., 2012). Además, la educación aparte de favorecer el crecimiento intelectual, permite también tener más conciencia sobre los riesgos y consecuencias a la salud, y así adoptar estilos y hábitos de vida más saludables (Márquez Díaz, 2016).

Como anteriormente se mencionó el nivel socioeconómico es fundamental para el acceso a alimentos saludables, igualmente este no es garantía en la disminución de la prevalencia de la obesidad, según algunos de los resultados las personas pertenecientes a niveles socioeconómicos más altos tienen mayor riesgo de desarrollar obesidad, esto se debe a que el acceso y la disponibilidad económica favorece el consumo de alimentos y productos ultra procesados, disminuyendo el consumo de frutas, verduras,

cereales y proteínas de alta calidad (Temporelli & Viego, 2016). Por lo mismo, este comportamiento se vio en poblaciones de zonas urbanas, se ven inmersas en una cotidianidad circunscrita por entornos obesogénicos, donde la industrialización facilita adquirir hábitos sedentarios como el permanecer por mucho tiempo frente a pantallas de televisión, consumo masivo de productos ultra procesados y bebidas azucaradas, y una disminución considerable de la actividad física. Contrario a lo que se evidencia en zonas rurales donde las personas tienen ocupaciones con una mayor demanda de trabajo físico como la agricultura y cuentan con disponibilidad de alimentos con bajo nivel de procesamiento y mayor densidad nutricional (Ortiz et al., 2017).

Igualmente, la ocupación se vio estrechamente relacionada con la prevalencia a la obesidad, pues como ya se mencionó el poder adquisitivo de las personas y el nivel educativo favorece al acceso de alimentos saludables, hábitos y costumbres encaminadas al mejoramiento de la salud. Las personas con empleos estables y educación superior tienen mayor facilidad para acceder a los servicios de salud lo que facilita la participación en acciones de salud encaminadas a la prevención de enfermedades. Caso contrario en personas con un nivel educativo básico o nulo y empleos informales o desempleados que, al no acceder a estos servicios de salud, acrecientan la problemática pues no hay una guía o acompañamiento médico en la prevención y/o tratamiento de las enfermedades adyacentes de la obesidad. Por consiguiente, como se evidenció en los resultados, la salud mental de las personas con obesidad se va a ver más deteriorada, pues esta enfermedad incrementa enfermedades como la depresión, la ansiedad y comportamientos de estrés, (Pedro Bravo Moya, 2020) los cuales contribuyen a la adopción de estilos de vida y hábitos alimentarios negativos favoreciendo el aumento de la prevalencia de obesidad.

Al realizar esta revisión se identificaron limitaciones relacionadas con la selección de artículos, hay poca literatura que analice bajo el enfoque de determinantes sociales la obesidad en la población adulta, además la información de determinantes sociales se

encontró mayoritariamente en países europeos y asiáticos, limitando el análisis en Colombia.

8. CONCLUSIONES

Desde el nivel estructural los determinantes sociales de la obesidad se identifica que el sexo o género de una persona puede incidir en la prevalencia de la obesidad. Como se demostró en la presente revisión, las mujeres tienen mayor riesgo de desarrollar obesidad, pues al hacerse cargo del hogar como está socialmente establecido, reducen considerablemente la actividad física y favorecen la opción de hábitos sedentarios, lo que afecta su estado de salud y facilita el desarrollo de esta enfermedad.

Asimismo, desde el nivel intermedio, el nivel socioeconómico está asociado al aumento de la prevalencia de obesidad en adultos, pues como se describió en la presente investigación, una persona con alto poder adquisitivo tiene la posibilidad de acceder a alimentos y productos ultra procesados con mayor frecuencia, en comparación a una persona o familia con recursos económicos limitados. Sin embargo, diferentes autores demuestran que el tener un empleo estable en conjunto con un alto nivel educativo, favorecen a la disminución de la obesidad pues se adquiere mayor conciencia frente a la salud y los hábitos alimentarios.

De la misma forma, los hábitos alimentarios se identificaron como el determinante del nivel singular que mayor relación tiene respecto a la prevalencia de obesidad, pues el alto consumo de alimentos altos en grasas saturada, sodio y azúcar añadida, afectan la salud de las personas con un aumento significativo del peso corporal.

Analizar la obesidad bajo el enfoque de los determinantes sociales evidencia la importancia de formular intervenciones que sean integrales y sostenibles desde la dimensión social y económica, pues la obesidad no solo es un desequilibrio de la ingesta y gasto calórico, se hace evidente, que interviene toda la estructura social, económica y medioambiental en donde se desenvuelve una persona. Al realizar una

intervención para la promoción, prevención y tratamiento de la obesidad en personas adultas, se deberá hacer de manera integral e interdisciplinaria teniendo en cuenta los determinantes sociales identificados en la revisión, garantizando su efectividad y permanencia en el tiempo.

9. RECOMENDACIONES

En este estudio se plantean las siguientes recomendaciones que podrán ser útiles en la continuidad del análisis y descripción de los determinantes sociales de la obesidad en población adulta:

Realizar investigaciones enfocadas a la descripción a profundidad de cada nivel de los determinantes sociales de la obesidad (estructural, intermedio, singular), esto con el fin de presentar una descripción detallada de su relación y contribución de cada uno de estos niveles con el aumento de la prevalencia de esta enfermedad. Por ejemplo, desde el nivel estructural investigar a profundidad la migración y violencia en los territorios y como afecta en los entornos alimentarios favoreciendo al aumento o disminución de obesidad.

Realizar investigaciones dirigidas a los determinantes sociales de la obesidad en países latinoamericanos, pues estos cuentan con amplias inequidades en todos los sectores y entornos en las que las personas se desenvuelven, siendo de gran importancia abordarlos y según los resultados del presente estudio la información es escasa.

10. REFERENCIAS

De La Guardia Gutiérrez, M. A., & Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2020). Health and its determinants, health promotion and health education. *Jonnpr*, 5(1), 81–90.

<https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Análisis de la Situación de Salud ASIS- Colombia 2020. *Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia*, 98.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS 24022014.pdf>

Cárdenas, E., Juárez, C., Moscoso, R., & Vivas, J. (2017). Determinantes sociales en salud. In *Gerencia para el desarrollo* 61 (Vol. 15).

De La Guardia Gutiérrez, M. A., & Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2020). Health and its determinants, health promotion and health education. *Jonnpr*, 5(1), 81–90.

<https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215>

Duarte, R. M. (2015). OBESIDAD Y SOBREPESO: UNA EPIDEMIA MUNDIAL Obesity and overweight a worldwide epidemic. *Rev Med Hondur*, 83(2), 5–6.

<http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2015/pdf/Vol83-1-2-2015-2.pdf>

González Jiménez, E. (2013). Obesidad: Análisis etiopatogénico y fisiopatológico. *Endocrinología y Nutrición*, 60(1), 17–24.

<https://doi.org/10.1016/j.endonu.2012.03.006>

José, F., & Muniz, S. (2016). Obesity: a very serious public health problem Title in Spanish:

La obesidad: un grave problema de salud pública ANALES DE LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE FARMACIA. Special Issue, 82(1), 6–26. Malo, M.,

Castillo, N., & Pajita, D. (2017). Obesity in the world. *Anales de La Facultad de Medicina*,

78(2), 67.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional- ENSIN 2015. 7(1), 37–72.

https://www.researchgate.net/publication/269107473_What_is_governance/link/548173090cf22525dcb61443/download%0Ahttp://www.econ.upf.edu/~reynal/Civil

<http://www.econ.upf.edu/~reynal/Civil>

wars_12December2010.pdf%0Ahttps://think-

asia.org/handle/11540/8282%0Ahttps://www.jstor.org/stable/41857625

Rodríguez-Torres, A., & Casas-Patiño, D. (2018). Determinantes sociales de la obesidad en México. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 26(4), 281–290.

Caballero González, E., & Moreno Gelis, Meralys Mitchell Figueroa, Eva Vega Hernandez, Maylen Columbié Perez, L. de A. (2012). Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. *Infondir*, 8(15), 1–10. <https://www.medigraphic.com/pdfs/infodir/ifd-2012/ifd1215d.pdf>

Labelle, H. (1976). A new perspective on the health of Canadians. *AARN News Letter*, 32(6), 1–5.

Escobar Velasquez, K., & Ruidiaz Gomez, K. (2017). Desigualdad social y obesidad en la población adulta colombiana. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 17(2), 338–349. <https://doi.org/10.30554/archmed.17.2.2338.2017>

Fortich, R., & Gutiérrez, J. D. (2011). Los determinantes de la obesidad en Colombia. *Revista De Economía Y Región*, 5(2), 155–182. [http://fundacionosanosaludables.drupalgardens.com/sites/g/files/g1650296/f/201406/](http://fundacionosanosaludables.drupalgardens.com/sites/g/files/g1650296/f/201406/Los%20determinantes%20de%20la%20obesidad%20en%20Colombia.pdf)
[Los](http://fundacionosanosaludables.drupalgardens.com/sites/g/files/g1650296/f/201406/Los%20determinantes%20de%20la%20obesidad%20en%20Colombia.pdf) determinantes de la obesidad en Colombia.pdf

Shamah-Levy, T., Campos-Nonato, I., Cuevas-Nasu, L., Hernández-Barrera, L., Morales-Ruán, M. del C., Rivera-Dommarco, J., & Barquera, S. (2019). Sobre peso y obesidad en población mexicana en condición de vulnerabilidad. Resultados de la Ensanut 100k. *Salud Pública de México*, 61(6, nov-dic), 852. <https://doi.org/10.21149/10585>

Ugarte, M. D. L. T., & Garcia, A. O. (2014). Los determinantes sociales de la salud: una propuesta de variables y marcadores/indicadores para su medición.

Álvarez-Castaño, Luz Stella, & Goetz-Rueda, Juan Diego, & Carreño-Aguirre, Cristina (2012). Factores sociales y económicos asociados a la obesidad: los efectos de la inequidad y de la pobreza. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23),98-110.[fecha de Consulta 29 de Julio de 2022]. ISSN: 1657-7027. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54525297007>.

Antonio, S., & Olarte, M. (2020). *ELABORADO POR: Oficina de Investigaciones REVISADO POR: Soporte al Sistema Integrado de Gestión UTS APROBADO POR: Jefe Oficina de Planeación FECHA APROBACION: Noviembre de 2019*. 1–57.

Departamento de Planeación Nacional - DNP. (2018). Estrategia para la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en Colombia. *Documento Conpes 3918*, 74. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Económicos/3918.pdf>

Malo Serrano, M., Castillo M., N., & Pajita D., D. (2017). La obesidad en el mundo. *Anales de La Facultad de Medicina*, 78(2), 67.

<https://doi.org/10.15381/anales.v78i2.13213>

Ministerio de Salud. (2019). Plan Decenal de Salud Pública - PDSP. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. *Ministerio de Salud*, 32, 2012–2021. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8777:2013-plan-decenal-salud-publica-2012-2021-colombia&Itemid=40264&lang=es%0Ahttps://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8777:2013-plan-decenal-salud-publica-

Niederdeppe, J., Roh, S., & Shapiro, M. A. (2015). Acknowledging individual responsibility while emphasizing social determinants in narratives to promote obesity-reducing public policy: A randomized experiment. *PLoS ONE*, 10(2), 1–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117565>

Rodríguez-Torres, A., & Casas-Patiño, D. (2018). Social determinants of obesity in Mexico. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 26(4), 281–290.

Suárez-Carmona, W., Sánchez-Oliver, A. J., & González-Jurado, J. A. (2017). Fisiopatología de la obesidad: Perspectiva actual. *Revista Chilena de Nutricion*, 44(3), 226–233. <https://doi.org/10.4067/s0717-75182017000300226>

Naciones Unidas CEPAL. (2018). La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe Gracias por su interés en esta publicación de la CEPAL. In *Publicación de las Naciones Unidas*. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf

World Obesity Federation. (2022). *Obesity Atlas 2022. March*. <https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/world-obesity-atlas-2022%0Ahttps://data.worldobesity.org/publications/?cat=15#JO>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2019). *Control prevención no transmisibles en las Americas enfermedades*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf>

Congreso de Colombia. (2021). Ley 2120. *Congreso Republica de Colombia*, 1–9.

De La Guardia Gutiérrez, M. A., & Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2020). Health and its determinants, health promotion and health education. *Jonnpr*, 5(1), 81–90. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215>

Profamilia, Instituto Nacional de Salud, Universidad de Antioquia, OPS, & Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2006). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional de Colombia, 2005. In *Ensin*. http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/NormatividadGestion/ENSIN1/ENSIN2005/LIBRO_2005.pdf

ENSIN, I. C. de B. F. (2010). Situación Nutricional En. *Encuesta Nacional de La Situacion Nutricional En Colombia*, 64, 325.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Ba se de datos ENSIN - Protocolo Ensin 2010.pdf%5Cn%5Cn>

Asamblea Legislativa. (2014). Valores Institucionales. *Comisión Institucional de Ética y Valores*. [http://www.asamblea.go.cr/ci/ciev/Documentos compartidos/VALORES - PEI - Igualdad.pdf](http://www.asamblea.go.cr/ci/ciev/Documentos%20compartidos/VALORES%20-%20PEI%20-%20Igualdad.pdf)

de Salas, M. M., Martín-Ramiro, J. J., Gómez, L. R., Martínez, D. E., & Soto, J. J. J. (2016). Hábitos alimentarios y actividad física en relación con el sobrepeso y la obesidad en España. *Revista Espanola de Nutricion Humana y Dietetica*, 20(3), 224–235. <https://doi.org/10.14306/renhyd.20.3.237>

Frade, L., Gómez, D., Amaya, J., Goméz, L., Cordero, N., Rodríguez, V., & Medina, V. (2021). <https://Creativecommons.Org/Licenses/By-Nc/4.0/Deed.Es>. 0–14.

García Milian, A. J., & Creus García, E. D. (2017). La obesidad como factor de riesgo, sus determinantes y tratamiento. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(3), 1–13.

Gómez, J. T. (2020). Causas y consecuencias sistémicas de la obesidad y sobrepeso. *Revista Educação E Humanidades*, I(2), 157–178. <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/reh/article/view/7919>

Hernández-Álvarez, M. (2008). El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. *Revista de Salud Publica*, 10(SUPPL. 1), 72–82. <https://doi.org/10.1590/s0124-00642008000600007>

Hernández, L. J., Ocampo, J., Ríos, D. S., & Calderón, C. (2017). The WHO model as a guideline for public health based on social determinants. *Revista de Salud Publica*, 19(3), 393–395. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.68470>

José Garrido Tapia, E., Margarita Manso López, A., Aitza De la Torre Ricardo, M., & Zarzabal Góngora, I. (n.d.). *Determinantes sociales: un contenido pendiente en el programa de la disciplina Salud Pública. Social determinants: pending content in the Public Health discipline program*. 1–16. <https://orcid.org/0000-0001->

Maria Estela Rafiño. (2020). Qué es la equidad. *Concepto.De*. <https://concepto.de/equidad/#ixzz6Myzu7jhX>

Muñoz, J., & Cuesta, D. (2021). *Equidad. Aproximación a la definición de un concepto jurídico indeterminado a través de sus límites*.

Organización de Naciones Unidas CEPAL. (2018). La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe Gracias por su interés en esta publicación de la CEPAL. In *Publicación de las Naciones Unidas*. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf

PNUD. (2016). Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe. *Naciones Unidas, Mayo*, 50.

- Romero, R. V. R. (2009). Informe Comisión Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. (Spanish). *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(16), 7–11. http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=47027039&lang=es&site=ehost-live%5Cnhttp://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol8_n_16/editorial_vol8_n16.pdf
- Congreso de la República de Colombia. (2009). Ley 1355 de 2009. 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. *Diario Oficial*, 47.502, 1–3. https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/COL_2009_LEY_1355.pdf
- Rincon Rojas, C. F., & Nieto Venegas, J. A. (2019). Determinantes socioeconómicos y nutricionales del sobrepeso y la obesidad en la población adulta del departamento del Guaviare. *Departamento Nacional de Planeación*, 78. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/EstudiosEconomicos/496.pdf>
- Fortich, R., & Gutiérrez, J. D. (2011). Los determinantes de la obesidad en Colombia. *Revista De Economía Y Región*, 5(2), 155–182. [http://fundacionsanosysaludables.drupalgardens.com/sites/g/files/g1650296/f/201406/Los determinantes de la obesidad en Colombia.pdf](http://fundacionsanosysaludables.drupalgardens.com/sites/g/files/g1650296/f/201406/Los%20determinantes%20de%20la%20obesidad%20en%20Colombia.pdf)
- Al Nsour, M., Al Kayyali, G., & Naffa, S. (2013). Overweight and obesity among Jordanian women and their social determinants. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 19(12), 1014–1019. <https://doi.org/10.26719/2013.19.12.1014>
- Álvarez-Castaño, L. S., González-Zapata, L. I., & Góez-Rueda, J. D. (2014). Socioeconomic determinants of abdominal obesity in Medellín, Colombia. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 18(4), 194–204. <https://doi.org/10.14306/renhyd.18.4.87>
- Álvarez Castaño, L. S., Estrada Restrepo, A., Góez Rueda, J. D., Carreño Aguirre, C., & Mancilla López, L. P. (2013). The effects of socioeconomic status and short stature on overweight, obesity and the risk of metabolic complications in adults. *Colombia Medica*, 44(3), 146–154. <https://doi.org/10.25100/cm.v44i3.1218>
- Amin, R., Kolahi, A. A., & Sohrabi, M. R. (2021). Disparities in Obesity Prevalence in Iranian Adults: Cross-Sectional Study Using Data from the 2016 STEPS Survey. *Obesity Facts*, 14(3), 298–305. <https://doi.org/10.1159/000516115>
- Befort, C. A., Nazir, N., & Perri, M. G. (2012). Prevalence of Obesity Among Adults From Rural and Urban Areas of the United States: Findings From NHANES (2005-2008). *Journal of Rural Health*, 28(4), 392–397. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2012.00411.x>
- Bonnefond, C., & Clément, M. (2014). Social class and body weight among Chinese

- urban adults: The role of the middle classes in the nutrition transition. *Social Science and Medicine*, 112, 22–29. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.04.021>
- Brakefield, W. S., Olusanya, O. A., & Shaban-Nejad, A. (2022). Association Between Neighborhood Factors and Adult Obesity in Shelby County, Tennessee: Geospatial Machine Learning Approach. *JMIR Public Health and Surveillance*, 8(8). <https://doi.org/10.2196/37039>
- Chamieh, M. C., Moore, H. J., Summerbell, C., Tamim, H., Sibai, A. M., & Hwalla, N. (2014). Diet, physical activity and socio-economic disparities of obesity in Lebanese adults: Findings from a national study *Disease epidemiology - Chronic BMC Public Health*, 15(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1605-9>
- Chen, Y., Rennie, D. C., Karunanayake, C. P., Janzen, B., Hagel, L., Pickett, W., Dyck, R., Lawson, J., Dosman, J. A., & Pahwa, P. (2015). Income adequacy and education associated with the prevalence of obesity in rural Saskatchewan, Canada. *BMC Public Health*, 15(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2006-9>
- Cohen, A. K., Rai, M., Rehkopf, D. H., & Abrams, B. (2013). Educational attainment and obesity: A systematic review. *Obesity Reviews*, 14(12), 989–1005. <https://doi.org/10.1111/obr.12062>
- Cohen, Alison K., Rehkopf, D. H., Deardorff, J., & Abrams, B. (2013). Education and obesity at age 40 among American adults. *Social Science and Medicine*, 78(1), 34–41. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.025>
- Cohen, E., Gradidge, P. J. L., Ndao, A., Duboz, P., MacIa, E., Gueye, L., Boëtsch, G., Pasquet, P., Holdsworth, M., & Chapuis-Lucciani, N. (2019). Biocultural determinants of overweight and obesity in the context of nutrition transition in Senegal: A holistic anthropological approach. *Journal of Biosocial Science*, 51(4), 469–490. <https://doi.org/10.1017/S0021932018000287>
- Dahly, D. L., Gordon-Larsen, P., Popkin, B. M., Kaufman, J. S., & Adair, L. S. (2010). Associations between multiple indicators of socioeconomic status and obesity in young adult Filipinos vary by gender, urbanicity, and indicator used. *Journal of Nutrition*, 140(2), 366–370. <https://doi.org/10.3945/jn.109.114207>
- De Pedro-Jiménez, D., Romero-Saldaña, M., Molina-Recio, G., De Diego-Cordero, R., Cantón-Habas, V., & Molina-Luque, R. (2022). Relationships between work, lifestyles, and obesity: cross-sectional study based on the 2017 Spanish National Health Survey. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(3), 243–253. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvab072>
- De Silva, A. P., De Silva, S. H. P., Haniffa, R., Liyanage, I. K., Jayasinghe, K. S. A., Katulanda, P., Wijeratne, C. N., Wijeratne, S., & Rajapakse, L. C. (2015). A cross sectional survey on social, cultural and economic determinants of obesity in a low

- middle income setting. *International Journal for Equity in Health*, 14(1).
<https://doi.org/10.1186/s12939-015-0140-8>
- Drewnowski, A., Moudon, A. V., Jiao, J., Aggarwal, A., Charreire, H., & Chaix, B. (2014). Food environment and socioeconomic status influence obesity rates in Seattle and in Paris. *International Journal of Obesity*, 38(2), 306–314.
<https://doi.org/10.1038/ijo.2013.97>
- Font, J. C., Fabbri, D., & Gil, J. (2010). Decomposing cross-country differences in levels of obesity and overweight: Does the social environment matter? *Social Science and Medicine*, 70(8), 1185–1193.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.011>
- Gray, L. (2017). Social determinants of health, disaster vulnerability, severe and morbid obesity in adults: Triple jeopardy? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(12), 1–11.
<https://doi.org/10.3390/ijerph14121452>
- Islek, D., Demiral, Y., Ergor, G., & Unal, B. (2020). Quantifying gender inequalities in obesity: findings from the Turkish population-based Balçova Heart Study. *Public Health*, 186, 265–270. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.06.044>
- Javed, Z., Valero-Elizondo, J., Maqsood, M. H., Mahajan, S., Taha, M. B., Patel, K. V., Sharma, G., Hagan, K., Blaha, M. J., Blankstein, R., Mossialos, E., Virani, S. S., Cainzos-Achirica, M., & Nasir, K. (2022). Social determinants of health and obesity: Findings from a national study of US adults. *Obesity*, 30(2), 491–502.
<https://doi.org/10.1002/oby.23336>
- Kamphuis, C. B. M., Oude Groeniger, J., Poelman, M. P., Beenackers, M. A., & Van Lenthe, F. J. (2019). How does bridging social capital relate to health-behavior, overweight and obesity among low and high educated groups? A cross-sectional analysis of GLOBE-2014. *BMC Public Health*, 19(1), 1–12.
<https://doi.org/10.1186/s12889-019-8007-3>
- Keenan, G. S., Christiansen, P., & Hardman, C. A. (2021). Household Food Insecurity, Diet Quality, and Obesity: An Explanatory Model. *Obesity*, 29(1), 143–149.
<https://doi.org/10.1002/oby.23033>
- Kelley, E. A., Bowie, J. V., Griffith, D. M., Bruce, M., Hill, S., & Thorpe, R. J. (2016). Geography, Race/Ethnicity, and Obesity Among Men in the United States. *American Journal of Men's Health*, 10(3), 228–236.
<https://doi.org/10.1177/1557988314565811>
- Lankarani, K. B., Ghaffarpasand, F., Honarvar, B., Mahmoodi, M., Mirzaee, O., Mehravar, S., Khaksar, M. S., Rastegar, T., Zamiri, N., Heydari, S. T., Fallahzadeh, M. K., Maharlouei, N., Geramizadeh, B., Daneshbod, K., & Daneshbod, Y. (2015). Socioeconomic determinants of health: An adult population based study in Shiraz, southern Iran. *Shiraz E Medical Journal*, 16(4),

1–8. <https://doi.org/10.17795/semj27856>

- Lee, H., Kim, J. E., Amarilla, A., Kang, Y., Boram, & Nam, E. W. (2021). Social determinants of overweight and obesity in Paraguayan adults using quantile regression. *Journal of Public Health Research*, *10*(4), 739–746. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2196>
- Macicame, I., Prista, A., Parhofer, K. G., Cavele, N., Manhiça, C., Nhachungue, S., Saathoff, E., & Rehfuess, E. (2021). Social determinants and behaviors associated with overweight and obesity among youth and adults in a peri-urban area of Maputo City, Mozambique. *Journal of Global Health*, *11*. <https://doi.org/10.7189/jogh.11.04021>
- Martin-Fernandez, J., Caillavet, F., Lhuissier, A., & Chauvin, P. (2014). Food insecurity, a determinant of obesity? - An analysis from a population-based survey in the paris metropolitan area, 2010. *Obesity Facts*, *7*(2), 120–129. <https://doi.org/10.1159/000362343>
- Mehboob, B., Safdar, N. F., & Zaheer, S. (2016). *Obesity Jpma*. *66*(9), 1165–1172.
- Meisel, J. D., Ramirez, A. M., Esguerra, V., Montes, F., Stankov, I., Sarmiento, O. L., & Valdivia, J. A. (2020). Using a system dynamics model to study the obesity transition by socioeconomic status in Colombia at the country, regional and department levels. *BMJ Open*, *10*(6), e036534. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036534>
- Methods, A. S., Fall, P. H., Group, M. T., & Pressure, A. (2020). *N Y S N Y*. *4*(April), 33–35.
- Mndala, L., & Kudale, A. (2019). Distribution and social determinants of overweight and obesity: a cross-sectional study of non-pregnant adult women from the Malawi Demographic and Health Survey (2015-2016). *Epidemiology and Health*, *41*, e2019039. <https://doi.org/10.4178/epih.e2019039>
- Najafi, F., Soltani, S., Karami Matin, B., Kazemi Karyani, A., Rezaei, S., Soofi, M., Salimi, Y., Moradinazar, M., Hajizadeh, M., Barzegar, L., Pasdar, Y., Hamzeh, B., Haghdoost, A. A., Malekzadeh, R., Poustchi, H., Eghtesad, S., Nejatizadeh, A., Moosazadeh, M., Zare Sakhvidi, M. J., ... Hosseini, S. A. (2020). Socioeconomic - Related inequalities in overweight and obesity: Findings from the PERSIAN cohort study. *BMC Public Health*, *20*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8322-8>
- Raftopoulou, A. (2017). Geographic determinants of individual obesity risk in Spain: A multilevel approach. *Economics and Human Biology*, *24*, 185–193. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2016.12.001>
- Rengma, M. S., Sen, J., & Mondal, N. (2015). Socio-Economic, Demographic and Lifestyle Determinants of Overweight and Obesity among Adults of Northeast India. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, *25*(3), 199–208.

<https://doi.org/10.4314/ejhs.v25i3.2>

- Rodriguez-Alvarez, E., Lanborena, N., & Borrell, L. N. (2018). Obesity inequalities according to place of birth: The role of education. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph15081620>
- Saray, G. D. H. (2020). Inseguridad alimentaria. *Inseguridad Alimentaria*. <https://doi.org/10.2307/j.ctv18dvt8h>
- Sartorius, B., Veerman, L. J., Manyema, M., Chola, L., & Hofman, K. (2015). Determinants of obesity and associated population attributability, South Africa: Empirical evidence from a national panel survey, 2008-2012. *PLoS ONE*, 10(6), 2008–2012. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130218>
- Sutradhar, I., Akter, T., Hasan, M., Das Gupta, R., Joshi, H., Haider, M. R., & Sarker, M. (2020). Nationally representative surveys show gradual shifting of overweight and obesity towards poor and less-educated women of reproductive age in Nepal. *Journal of Biosocial Science*, 2030, 214–232. <https://doi.org/10.1017/S0021932020000152>
- Tekalegn, Y. (2021). Determinants of Overweight or Obesity among Men Aged 20-59 Years: A Case-Control Study Based on the 2016 Ethiopian Demographic and Health Survey. *Journal of Obesity*, 2021. <https://doi.org/10.1155/2021/6627328>
- Vincezi, A. de, & Tedesco, F. (2009). La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad. *Revista Iberoamericana de Educación*, 49(7), 1–12. <https://doi.org/10.35362/rie4972047>
- Yeshaw, Y., Kebede, S. A., Liyew, A. M., Tesema, G. A., Agegnehu, C. D., Teshale, A. B., & Alem, A. Z. (2020). Determinants of overweight/obesity among reproductive age group women in Ethiopia: Multilevel analysis of Ethiopian demographic and health survey. *BMJ Open*, 10(3), 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034963>
- Sarma, H., Saquib, N., Hasan, M. M., Saquib, J., Rahman, A. S., Khan, J. R., Uddin, M. J., Cullen, M. R., & Ahmed, T. (2016). Determinants of overweight or obesity among ever-married adult women in Bangladesh. *BMC Obesity*, 3(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/S40608-016-0093-5>
- Navarro, M. F. (2022). *Obesidad en mujeres: comprendiendo las disparidades de genero en la población chilena mayor de 15 años*
- Alvarez-Castaño, L. S., Goetz-Rueda, J. D., & Carreño-Aguirre, C. (2012). Social and economic factors associated with obesity: the effects from inequality and poverty. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*, 11(23), 98–110.
- Márquez Díaz, R. R. (2016). Obesity: Prevalence and relationship with educational level in Spain. *Nutricion Clinica y Dietetica Hospitalaria*, 36(3), 181–188.

<https://doi.org/10.12873/363marquezdiaz>

Temporelli, K. L., & Viego, V. N. (2016). Condicionantes socioeconómicos y obesidad en adultos: Evidencia basada en regresiones por cuantiles y datos de panel. *Revista de Salud Publica*, 18(4), 516–529. <https://doi.org/10.15446/rsap.v18n4.35480>

Pedro Bravo Moya. (2020). *Impacto de la obesidad en la salud mental: análisis para Chile*.

Rina Ortiz, MD, MgSc1*, Maritza Torres, MD, MgSc2, Susana Peña Cordero, MD, MgSc1, Marcos Palacio Rojas, MD, MgSc3, 4, José Alfredo Crespo, MD4, J. F., & Sánchez, MD5, David Pineda Álvarez, OD6, María Grazia Ordoñez, MD7, Roberto J. Añez, MD3, Joselyn Rojas, MD, MgSc3, 8, Valmore Bermúdez, MD, MPH, MgSc, PHD3, 9. (2017). *Epidemiological behavior of obesity and associated risk factors in the rural population of Cumbe, Ecuador*.

11. ANEXOS

Anexo 1. Tabla Cadenas de búsqueda por base de datos

BASE DE DATOS	CADENA DE BUSQUEDA	Número artículos
Pubmed	((social AND determinant* AND health[Title/Abstract]) OR ("Social determinants of health"[MeSH Terms])) AND ((obesity[MeSH Terms] AND (Obesity[Title/Abstract]))	300
Embase	'social determinant* of health':ab,ti OR 'social determinant* of health') AND (obesity:ab,ti OR 'obesity'/exp)	553
Scopus	(TITLE-ABS-KEY ("social determinant* of health") AND TITLE-ABS-KEY (obesity) AND TITLE-ABS-KEY (adult* OR "middle age*") AND TITLE-ABS-KEY (human*)) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR , 2022) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2021) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2020) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2019) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2018) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2017) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2015) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2014) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2013) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2012) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2011) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2010)) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish"))	729

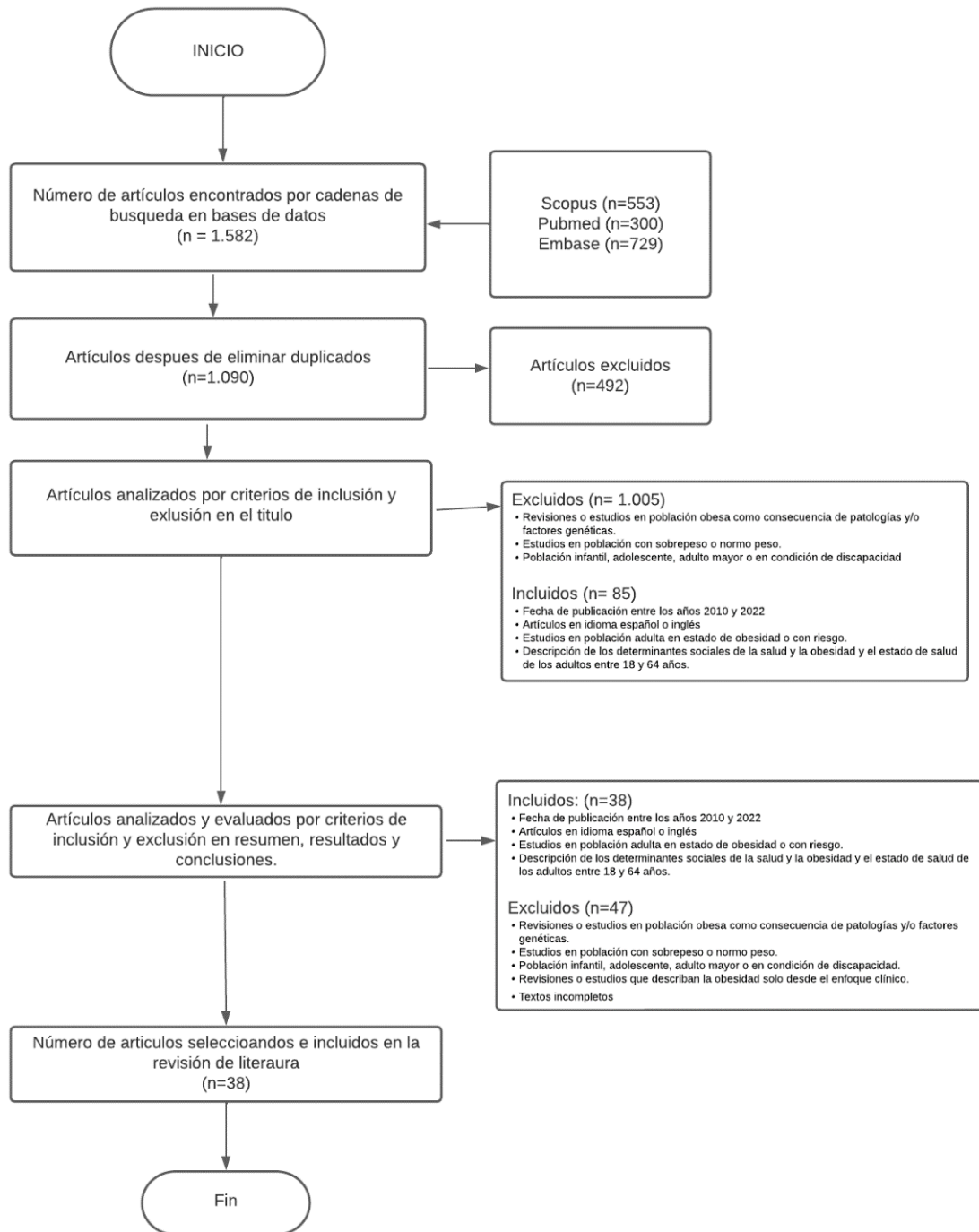
Fuente: Elaboración propia

Anexo 2. Criterios de inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none">- Fecha de publicación entre los años 2010 y 2022- Artículos en idioma español o inglés- Estudios en población adulta en estado de obesidad o con riesgo.- Artículos que describen y relacionan los determinantes sociales de la salud en la obesidad.- Textos completos	<ul style="list-style-type: none">- Revisiones o estudios en población obesa como consecuencia de patologías y/o factores genéticos.-Estudios en población con sobrepeso o normo peso.-Estudios en población en condición de discapacidad.-Revisiones o estudios que describan la obesidad solo desde el enfoque clínico.

Fuente: Elaboración propia

Anexo 3. Diagrama del método selección de artículos



Fuente: Elaboración propia

Anexo 4. Enlace matriz selección artículos

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1sMU47dbPbO-32AlwPaEqN0IPx-dW1_RVAA38ZgJS9TI/edit#gid=0

Anexo 5. Tabla variables dependientes e independientes

Variable	Definición	Tipo
Determinantes estructurales	Relacionados con la organización de una sociedad. Determina la distribución de los recursos y bienes del estado en temas como: servicios, salud, educación y empleo.	Cualitativo
Determinantes intermedios	Condiciones materiales en donde las personas viven y se desenvuelven, además de sus circunstancias ambientales y sociales.	Cualitativo
Determinantes Singulares	Circunstancias que afectan la salud y bienestar de las personas enfocados en el entorno social, sus prácticas alimentarias, consumo y comportamiento alimentario, ingesta y otros hábitos tales como la actividad física o sedentarismo.	Cualitativo
Obesidad	Desequilibrio energético como consecuencia del exceso de consumo de alimentos altamente calóricos y un bajo gasto energético, clasificado con IMC mayor a 30 kg/mt ²	Cualitativo
Población adulta	Personas entre 18 y 64 años de edad	Cuantitativo