

OBESIDAD

PREVENCIÓN DE LA GANANCIA DE PESO EN ADULTOS

PREVENTION OF WEIGHT GAIN IN ADULTS

Mónica Katz, Ana Cappelletti, Marianela Ackerman, Liliana Papalia, Martín Giannini, Martín Viñuales, Carolina Pentreath, Inés Kawior, Silvia Sáenz, Lila Cafaro

Grupo de Trabajo de Obesidad de la Sociedad Argentina de Nutrición

Correspondencia: Mónica Katz

E-mail: monicatk@yahoo.com

Presentado: 13/02/17. Aceptado: 18/03/17

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflicto de interés.

RESUMEN

A pesar que la epidemia de obesidad ya es global, existen pocas acciones con foco en la prevención primaria dirigidas a la población adulta de peso normal. Además, la mayoría de ellas posee un diseño inadecuado. En general, se basan en la información y se dirigen a uno o a dos determinantes de la obesidad: dieta y ejercicio. Excluyen los aspectos emocionales y casi todas implican intervenciones sobre los individuos y no sobre el entorno. Las que lo abordan ejercen impacto en un único aspecto del entorno, en general sin involucramiento transversal de los diferentes actores que intervienen en el fenómeno de la pandemia de obesidad y, sobre todo, no son sostenidas en el tiempo. Dada la importancia de la prevención primaria y la dificultad para perder peso y mantenerlo, la escasez de evidencia es sorprendente y deja a los gobiernos sin directivas. En esta revisión analizaremos esta problemática sanitaria y ofrecemos algunas evidencias acerca de experiencias exitosas.

Palabras clave: obesidad, prevención primaria, ganancia de peso, entorno, intervenciones.

Actualización en Nutrición 2017; Vol. 18 (64-68)

ABSTRACT

Although the obesity epidemic is already global, there are few actions focused on primary prevention aimed at the adult population of normal weight. In addition, unfortunately most have an inadequate methodological design.

In general, the actions are based on information, are directed to one or two determinants of obesity -diet and exercise – and exclude emotional aspects, almost all involve interventions on individuals and not on the environment.

Those who address it, have an impact in a single environment, generally without cross-cutting involvement of the different actors involved in the phenomenon of the pandemic and, above all, are not sustained over time.

Given the importance of primary prevention and the difficulty in losing and maintaining weight, the paucity of evidence is surprising and leaves governments without directives. In this review we will analyze this public health problem and offer some evidence about successful experiences.

Key words: obesity, primary prevention, weight gain, environment, interventions.

Actualización en Nutrición 2017; Vol. 18 (64-68)

INTRODUCCIÓN

El mapa de la malnutrición en el mundo muestra que la epidemia de obesidad ya es global. Las personas tienden a ganar peso a través de los años. De hecho, modestos incrementos ponderales pueden disparar obesidad a través del tiempo. Esto, precisamente, genera una enorme ventana de oportunidades para prevenir la ganancia de peso. Sin embargo, a pesar de la creciente prevalencia de sobrepeso y obesidad y de sus consecuencias clínicas, sociales, emocionales y económicas, existen pocas medidas en prevención primaria dirigidas a la población adulta de peso normal. Y lamentablemente la mayoría posee un diseño inadecuado. Analizaremos esta problemática.

Acciones globales para combatir la epidemia

Si bien no ha habido impacto positivo sanitario aún, existen varias declaraciones de compromisos para la acción en el área. El pionero fue el documento del año 2003: "Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas", publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En 2013 esta institución adoptó un "Plan de acción global para la prevención y control de enfermedades no transmisibles" con un marco de monitoreo; se propuso como objetivo la estabilización de la prevalencia de la obesidad entre 2010 y 2015. Aún este modesto objetivo representó un desafío sanitario incumplido¹.

El paradigma reinante es el del individuo como

responsable único de sus decisiones. Sin dudas, las personas poseen responsabilidad sobre su salud, pero debemos reconocer que múltiples factores del entorno facilitan la toma de decisiones beneficiosas o, por el contrario, representan barreras a la salud. El medio es, en última instancia, el espacio donde se expresan los comportamientos humanos. Los entornos alimentarios impactan en las vulnerabilidades biológicas, psicológicas, sociales y económicas de las personas, y ello puede generar comportamientos de riesgo.

Es evidente la necesidad de cambiar el paradigma actual en obesidad focalizado o, exclusivamente en el individuo, o únicamente en su entorno, hacia uno con énfasis en la naturaleza recíproca de la interacción entre la persona y el medio ambiente.

El entorno alimentario

El sistema alimentario moderno es una red interconectada de productores, industria e instituciones. Pero el centro es el individuo. Las políticas pueden afectar a todas las partes involucradas en esta red hacia cualquier dirección. El entorno está modelado además por la cultura, por los hábitos de los pares, las diferentes figuras que funcionan como modelos, las normas sociales y culturales, también por la información y el marketing². Nos vemos afectados por la arquitectura de la decisión alimentaria, es decir, el contexto en el que se elige. Los restaurantes *buffet*, la modalidad "*all inclusive*", las porciones grandes, el tamaño de los platos, la ubicación de los alimentos en los supermercados, el precio y las estrategias de promoción. Por otro lado, la publicidad se dirige a grupos específicos vulnerables como niños y adolescentes.

Es necesario cambiar el paradigma de la cantidad (alimentos para todos con foco en desnutrición) por el de la calidad. Por ejemplo, en Argentina la regulación de las grasas *trans* impulsó a la industria a reformular sus productos.

Sin embargo, que la gente modifique sus elecciones hacia mejores preferencias alimentarias depende no sólo del "perfil" saludable o positivo de un alimento sino de los precios. La mujer que trabaja opta por comidas preparadas rápidas y a precio conveniente más que cocinar. Y en general, los alimentos de alta densidad calórica y baja densidad nutricional tienden a ser más económicos. Los cambios de hábitos también dependen de los conocimientos o creencias en nutrición, de la disponibilidad y variedad de oferta de alimentos en los puntos de venta y del sabor o el placer generado por un alimento³.

El objetivo de un programa exitoso de preven-

ción de ganancia de peso sería proveer un ambiente en el que no sólo se aprenda a consumir y preferir alimentos saludables, sino uno que facilite las decisiones beneficiosas.

Dado que el precio y la falta de acceso son determinantes del consumo de alimentos, para desalentar la ingesta de productos altos en calorías, las estrategias económicas pueden ser más válidas, innovadoras y efectivas que la mera prohibición. Una de las estrategias más estudiadas es la de los gravámenes a los ingredientes alimentarios o a los alimentos. En Dinamarca se introdujo, en 2011, el primer "impuesto a la grasa" del mundo. El objetivo era reducir las enfermedades cardiovasculares. Cualquier producto que contenía más del 2,3% de grasas saturadas costaba un extra de 16 coronas (~US\$ 3) por kilogramo (~2,2 libras). Sin embargo, el gobierno danés revocó el impuesto en noviembre de 2012 (menos de 12 meses después de su implementación) debido a que los consumidores habían encontrado maneras de eludir el polémico impuesto comprando a través de la frontera, en Alemania o Suecia. Aunque el impuesto sobre las grasas danés fue demasiado breve para medir su impacto real en la salud, su derogación destaca los desafíos que pueden surgir de un gravamen sobre los alimentos.

En México se estableció un impuesto a las gaseosas en 2014 de MXN 1,00 por litro a las bebidas con azúcares agregados. El impacto se midió mediante la recaudación fiscal y la disminución del consumo de bebidas azucaradas. La recaudación fue de US\$ 9.152.472 millones en un año. En relación con el consumo de las bebidas se observó una reducción promedio de 6% en las compras de las bebidas azucaradas (12 mL/cápita/día) en comparación con el año 2013. Simultáneamente se observó un aumento de aproximadamente 7% en las compras de bebidas sin impuesto (con edulcorantes artificiales, agua mineral carbonatada, agua, jugos sin azúcares adicionados y leche sin azúcares adicionados) y 4% en la compra de agua durante el mismo período. Dado que el gobierno lanzó en los medios masivos una campaña de información que promovía hábitos saludables y se tomaron otras medidas complementarias a nivel nacional, el impuesto tal vez no fue la única medida que generó la disminución del consumo.

Es probable que pequeños impuestos produzcan ingresos sustanciales a los gobiernos, pero no existe evidencia que afecten las tasas de obesidad. Por el contrario, altos impuestos al consumo probablemente tengan un impacto directo en el peso en poblaciones en riesgo, pero es menos probable que

sean políticamente aceptables o sostenibles por diferentes razones. Entre ellas, si un alimento o bebida que contiene un nutriente crítico en porcentajes mayores al requerido se reformula para estar exento del impuesto: ¿este alimento sería tecnológicamente factible y sensorialmente aceptable para la gente?

Varias investigaciones mencionan que los gravámenes a los alimentos o bebidas pueden desviar el consumo hacia sustitutos no deseados, pues la gente desea pagar menos pero no renuncia fácilmente al placer y el gusto. Este fenómeno de sustitución puede disminuir el impacto buscado por el impuesto⁴.

Hasta la fecha, estos experimentos fiscales no poseen evidencia en relación con su efecto sobre la obesidad y sus comorbilidades. Quizás los efectos combinados de estos impuestos y subvenciones a los alimentos y productos “saludables” podrían ser mayores que cualquiera de los dos efectos aislados. Es probable que la eficacia de subsidios o incentivos sea un factor determinante del éxito de las estrategias tributarias en la lucha contra la obesidad. Incentivos económicos, *vouchers* o cajas de frutas y verduras podrían fomentar el consumo saludable en familias de bajos ingresos^{5,6}. Un 25-50% de descuento en frutas y verduras resultó eficaz para estimular las compras de esos productos y no condujo a mayores gastos en categorías de alimentos no saludables ni a mayores cantidades totales de calorías compradas. Se necesitan futuros estudios para confirmar estos hallazgos en el largo plazo^{7,8,9}. Muchos expertos señalan que los impuestos deben combinarse con subsidios enfocados a apoyar a familias pobres para aumentar simultáneamente la accesibilidad y disponibilidad de agua potable, promover un cambio hacia el consumo de bebidas y comida más saludables y mejorar la atención de la salud mientras se generan cambios en la agricultura e industria. Sin embargo, esto no ha sucedido aún en ningún país del mundo.

Al momento de diseñar estrategias, es necesario recordar que las políticas más efectivas operan a través de múltiples mecanismos que deben generar una respuesta positiva del sistema alimentario. No actúan mágicamente, sino como acciones complementarias y mutuamente reforzadoras. Además el proceso de diseño de políticas inteligentes se enriquece mediante el compromiso transdisciplinario de expertos en salud pública, comportamiento económico, sociología y antropología, entre otros. También es imprescindible la habilidad y voluntad política de los gobiernos para implementar políticas nutricionales. Y es fundamental lograr consensos. Es importante identificar los conflictos

de intereses que estas políticas generan en las compañías, y encontrar caminos posibles para determinar qué modelos de interacción pueden desarrollarse con el fin de trabajar para orientar a estas empresas a mejorar la calidad nutricional de sus productos y perseguir como objetivo final una disminución del desarrollo de ECNT.

El entorno físico

Teniendo en cuenta los beneficios de la actividad física sobre la salud, no es sencillo comprender por qué dos de cada tres (60%) argentinos o norteamericanos no realiza ejercicio en los niveles recomendados. Las barreras al movimiento son innumerables. Muchos adelantos tecnológicos han hecho nuestras vidas más fáciles, pero menos activas. Además diversas variables comportamentales y psicológicas pueden afectar nuestros planes de ser más activos. Las razones más comunes por las que los adultos señalan que no adoptan estilos de vida más activos son la falta de tiempo, la falta de disponibilidad, la falta de motivación, el rechazo al ejercicio, el aburrimiento, la falta de confianza en su capacidad para ser físicamente activos o baja autoeficacia, el temor a resultar herido, los motivos económicos, los trastornos de la imagen corporal, la ausencia de capacidad de establecer metas personales, de monitorear el progreso o de recompensarse por el progreso, la ausencia de estímulo, la falta de apoyo de familiares y amigos, la inexistencia de parques, aceras, senderos para bicicletas o senderos seguros y agradables hacia hogares o trabajos^{10,11,12}.

Es paradójico observar cómo la cultura “castiga” la actividad física: las maratones son costosas y muchas veces elitistas, las membresías a gimnasios o clubes son onerosas, la indumentaria deportiva es cara, los profesionales de la actividad física poseen formación orientada al alto rendimiento y la excelencia deportiva y no hacia el individuo sedentario.

Si la meta es incentivar un comportamiento saludable como la actividad física, las condiciones sociales y comunitarias no están dadas. Por otra parte, es fundamental reconocer que la motivación es un fenómeno multidimensional. De hecho, existen diferentes patrones motivacionales, creencias acerca de las habilidades deportivas, de competencia percibida. Analizar las barreras más comunes a la actividad física y crear estrategias para superarlas permitiría afrontar el desafío sanitario de disminuir el síndrome de inactividad física, lograr que la actividad física forme parte de la vida diaria de las personas y, lo más importante, prevenir la ganancia de peso en los adultos^{13,14,15,16}.

El entorno emocional

La salud mental y emocional está influenciada por muchos factores. Entre ellos, las experiencias personales a través del ciclo vital, los ambientes en los que se establecen relaciones significativas, el lugar de trabajo, las condiciones sociales y económicas; todos son determinantes sociales de la salud mental y emocional.

La regulación emocional juega un rol central en el comportamiento alimentario y el control del peso corporal. Sin embargo, es complejo contar con una única teoría que explique su relación con el proceso de ganancia de peso a través del tiempo¹⁷.

El estrés puede conducir a un aumento del apetito y cambios en las preferencias alimentarias. La ingesta emocional se refiere al consumo de alimentos por razones diferentes a la ingesta homeostática: para afrontar emociones, celebrar o socializar, en respuesta a señales del entorno y en respuesta a creencias relacionadas con los alimentos o el cuerpo. Por esa razón, mejorar la autorregulación conductual, es decir, la habilidad de inhibir los impulsos o de calmarse frente al estrés, puede ser importante para prevenir la ganancia de peso.

Los programas dirigidos a prevenir la ganancia de peso deberían cubrir las estrategias con las cuales las personas enfrentan las emociones, hecho que, por otro lado, implica lograr una mayor motivación y adherencia.

La mayoría de los programas de prevención de ganancia de peso carece de herramientas de afrontamiento de los aspectos emocionales del comportamiento alimentario.

Experiencias existentes

Uno de los trabajos pioneros concluye que los programas para la prevención de la ganancia de peso en los adultos pueden ser más eficaces que los programas de tratamiento de la obesidad¹⁸. En 1999 un enfoque educativo de baja intensidad para la prevención del aumento de peso mantuvo el interés durante un largo período de tiempo y se asoció positivamente con el cambio de comportamiento, pero no fue lo suficientemente fuerte como para reducir de forma significativa el aumento de peso con la edad¹⁹.

En una revisión sistemática se señala que existe demasiada heterogeneidad en términos de diseño de los estudios, fundamento teórico y población objetivo para sacar conclusiones firmes acerca de qué enfoques de intervención son más efectivos. Se precisan más investigaciones para ampliar el conjunto de pruebas²⁰.

Lombard et al. también concluyen que existían pocos ensayos dirigidos a la prevención del aumento de peso. Que los ensayos existentes variaban en intensidad, métodos de administración, grupos objetivo y componentes del estudio, y por lo tanto ofrecían oportunidades limitadas para la comparación²¹. En una revisión que incluyó también múltiples bases de datos desde enero de 1980 hasta junio de 2013 se concluyó que debido a la evidencia muy limitada y anticuada, no es posible determinar de manera concluyente si los programas de prevención basados en el comportamiento y los cuidados primarios conducen a una prevención de ganancia de peso a corto plazo o sostenida y a mejores resultados de salud en adultos de peso normal²².

Por su lado, el programa australiano TXT2BfiT posee baja intensidad. Se basa en herramientas tecnológicas y resultó exitoso en la prevención del aumento de peso. De hecho, hasta generó una pérdida de peso modesta y mejoría de los diferentes componentes comportamentales relacionados con el estilo de vida²³. De manera similar, en una revisión que incluyó MEDLINE, Embase, The Cochrane Central Register of Controlled Trials, CINAHL, PsycINFO y ClinicalTrials.gov, se concluyó que a pesar de que la evidencia no es fuerte, existen estrategias efectivas para prevenir la ganancia de peso²⁴.

CONCLUSIONES

Son diversas las conclusiones que pueden extraerse de las experiencias realizadas. En principio son escasas. Por otro lado, mayormente excluyen los aspectos emocionales. Luego se observa la disparidad de las estrategias incluidas, pero en principio casi todas implican intervenciones sobre los individuos y no sobre el entorno. Además difieren en las vías de comunicación empleadas: desde abordajes grupales cara a cara hasta manuales impresos, sitios *web* o aplicaciones de teléfonos celulares. Por último, quizás lo más relevante, dado que en general la adherencia a los cambios de comportamiento deseables es baja, entonces sería fundamental conservar los programas en el largo plazo, o al menos, repetirlos secuencialmente para sostener la motivación para los cambios²⁵. Dada la importancia de la prevención primaria y la dificultad para perder peso y mantenerlo, la escasez de evidencia es sorprendente y deja a los gobiernos sin directivas. Sin embargo, es trascendente señalar que ninguna intervención evidencia efectos adversos²⁶. Por esa razón, a pesar de la falta de evidencia, vale la pena intentar estrategias piloto. De hecho, muchos

países han generado algunas. El gran elemento común de todas es que se trata de acciones unifocales, dirigidas a uno o a lo sumo a dos determinantes de la obesidad -dieta y ejercicio- o con impacto en un único entorno y en general sin involucramiento transversal de los diferentes actores que intervienen en el fenómeno de la pandemia de obesidad. Además se basan mayormente en la información o educación^{27,28,29}. Educación no es sinónimo de cambio. La selección dietaria puede ser modulada más allá de los conocimientos nutricionales, por factores emocionales o por la habilidad/inhabilidad de ejercer control sobre el medio alimentario y socioeconómico^{30,31}.

Los determinantes de la ganancia de peso son complejos y variados. Es por ello que el diseño de programas eficaces para su prevención representa un enorme desafío que implica barajar y dar de nuevo.

REFERENCIAS

1. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42755/1/WHO_TRS_916_spa.pdf.
2. Drewnowski A, Darmon N. The economics of obesity: dietary energy density and energy cost. *Am J Clin Nutr* 2005; 82(1 suppl):265S-273S.
3. Vlismas K, Stavrinou V, Panaquiotakos DB. Socio-economic status, dietary habits and health-related outcomes in various parts of the world: a review. *Cent Eur J Public Health* 2009;17(2):55-63.
4. Experiencia de México en el establecimiento de impuestos a las bebidas azucaradas como estrategia de salud pública. México DF, México: OPS, 2015.
5. Franck C, Grandi SM, Eisenberg MJ. Taxing junk food to counter obesity. *Am J Public Health* 2013; 103(11): 1949-1953.
6. Guthrie JF, Frazão E, Andrews M. Improving food choices can food stamps do more? Economic Research Service, US Dept of Agriculture 2007. Disponible en: <http://www.ers.usda.gov/AmberWaves/April07/PDF/Improving.pdf>. Acceso: 13 de enero de 2012.
7. Waterlander WE, Steenhuis IH, de Boer MR, Schuit AJ, Seidell JC. The effects of a 25% discount on fruits and vegetables: results of a randomized trial in a three-dimensional web-based supermarket. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2012 Feb 8; 9:11.
8. Waterlander WE, de Boer MR, Schuit AJ, Seidell JC, Steenhuis IH. Price discounts significantly enhance fruit and vegetable purchases when combined with nutrition education: a randomized controlled supermarket trial. *Am J Clin Nutr* 2013; 97(4):886-95.
9. De Irala-Estevez J, Groth M. A systematic review of socioeconomic differences in food habits in Europe: consumption of fruit and vegetables. *Eur J Clin Nutr* 2000; 54:706-714.
10. Dwyer JJ, Allison KR, Makin S. Internal structure of a measure of self-efficacy in physical activity among high school students. *Soc Sci Med* 1998 May; 46(9):1175-82.
11. Promoting Physical Activity: A Guide for Community Action (Division of Nutrition and Physical Activity: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, USDHHS, 1999).
12. Niñerola J. *Revista de Psicología del Deporte* 2006; Vol. 15, N°1, pp. 53-69.
13. Biddle SJH. Motivation and perceptions of control: Tracing its development and plotting its future in exercise and sport psychology. *Journal of Sport & Exercise Psychology* 1999; 21, 1-23.
14. Brunei PC. Relationship between achievement goal orientations and perceived motivational climate on intrinsic motivation. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports* 1999; 9, 365-374.
15. Lee IM, Djoussé L, Sesso HD, Wang L, Buring JE. Physical activity and weight gain prevention. *JAMA* 2010 Mar 24; 303(12):1173-9.
16. Shiroma EJ, Sesso HD, Lee IM. Physical activity and weight gain prevention in older men. *Int J Obes (Lond)* 2012 Sep; 36(9):1165-9.
17. Van der Horst K, et al. A systematic review of environmental correlates of obesity-related dietary behaviors in youth. *Oxford Journals. Health Education Research* 2006; 22 (2), 203-226.
18. Forster JL, Jeffery RW, Schmid TL. Preventing weight gain in adults: a pound of prevention. *Health Psychol* 1988; 7:515-25.
19. Jeffery RW, French SA. Preventing weight gain in adults: the pound of prevention study. *Am J Public Health* 1999; 89:747-51.
20. Lemmens VE, Oenema A, Klepp KI, Henriksen HB, Brug J. A systematic review of the evidence regarding efficacy of obesity prevention interventions among adults. *Obes Rev* 2008 Sep; 9(5):446-55.
21. Lombard CB, Deeks AA, Teede HJ. A systematic review of interventions aimed at the prevention of weight gain in adults. *Public Health Nutr* 2009; 12:2236-46.
22. Peirson L, Douketis J, Ciliska D, Fitzpatrick-Lewis D, Usman Ali M, Raina P. Prevention of overweight and obesity in adult populations: a systematic review. *CMAJ Open* 2014; Vol. 2, N° 4 E268-E272.
23. Hebden L, Chey T, Allman-Farinelli M. Lifestyle intervention for preventing weight gain in young adults: a systematic review and meta-analysis of RCTs. *Obes Rev* 2012; 13:692-710.
24. Hutfless S, Gudzone KA, Maruthur N. Strategies to prevent weight gain in adults: a systematic review. *Am J Prev Med* 2013; 45:e41-51.
25. Fogelholm M, Kukkonen-Harjula K. Does physical activity prevent weight gain. A systematic review. *Obes Rev* 2000; 1(2):95- 111.
26. Peirson L, Douketis J, Ciliska D, Fitzpatrick-Lewis D, Ali MU, Raina P. Prevention of overweight and obesity in adult populations: a systematic review. *CMAJ Open* 2014; 2(4):E268-72.
27. Wardle J, Parmenter K, Waller J. Nutrition knowledge and food intake. *Appetite* 2000; 34: 269-275.
28. De Vriendt T, Matthyss C, Verbeke W, Pynaert I, De Henauw S. Determinants of nutrition knowledge in young and middle-aged Belgian women and the association with their dietary behavior. *Appetite* 2009; 52: 788-792.
29. Brown ON, O'Connor LE, Savaiano D. Mobile my plate: a pilot study using text messaging to provide nutrition education and promote better dietary choices in college students. *J Am Coll Health* 2014; 62: 320-327.
30. Clarke KK, Freeland-Graves J, Klohe-Lehman DM, Bohman TM. Predictors of weight loss in low-income mothers of young children. *J Am Diet Assoc* 2007; 107: 1146-1154.
31. Tabbakh T, Freeland-Graves J. Healthy eating attitude: a mediator of nutrition knowledge and diet quality using the healthy eating index-2010 in young women. *J Womens Health* 2016; Issues Care, 5:2.