

3. ¿Cómo propiciar conductas de adherencia a un plan nutricional?



SAMANTHA JOSEFINA BERNAL-GÓMEZ¹

ALMA GABRIELA MARTÍNEZ MORENO²

MARÍA JAQUELINNE ALEMÁN-DÍAZ³

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.342.03>

Resumen

La alimentación es un fenómeno biopsicosocial que, histórica y evolutivamente, ha influido en la adaptación y evolución de las especies, incluyendo al ser humano. No obstante, algo tan básico para la supervivencia ha sido también uno de los principales factores y fenómenos incidentes en el desarrollo y mantenimiento de diversas enfermedades, como el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónico-degenerativas. Al respecto, se ha procurado la generación de estrategias de intervención, pero muchas de ellas han resultado poco efectivas o sostenibles. Ejemplo de ello ha sido la implementación de planes nutricionales, o también conocidos como regímenes alimentarios, los cuales buscan modificar la alimentación y con ello reducir estas problemáticas. En ese sentido, es pertinente identificar estrategias desde la perspectiva conductual que favorezcan la adherencia terapéutica a planes nutricionales para incrementar la efectividad de estos tratamientos.

¹ Doctora en Ciencia del Comportamiento con orientación en Alimentación y Nutrición. Profesora-investigadora en la Universidad de Guadalajara, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8039-0015> ; samantha.bernal@cusur.udg.mx

² Doctora en Ciencia del Comportamiento con orientación en Análisis de la Conducta. Profesora-investigadora de la Universidad de Guadalajara, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7495-1007> ; Scopus: 13907898400

³ Maestrante en Ciencia del Comportamiento con orientación en Alimentación y Nutrición en la Universidad de Guadalajara, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-6581-1578>

Palabras clave: *adherencia terapéutica, modificación de la conducta, conducta alimentaria.*

Introducción

La alimentación es un fenómeno biopsicosocial, en el cual el comer y el beber son fundamentales para la supervivencia, pero también influyen en el desarrollo de diversas problemáticas alimentarias. En ese sentido, como una estrategia para disminuirlas han sido propuestos diversos tratamientos nutricionales. No obstante, la falta de adherencia a ellos ha fomentado el descontrol de peso corporal y, por consiguiente, diversas enfermedades asociadas con el incremento de este (Pinillos, 2015), inclusive en la baja efectividad de tratamientos médicos en enfermedades específicas que requieren tratamientos nutricionales, incrementando el riesgo de enfermedades cardiovasculares (Ewers et al., 2020; Kebbe et al., 2021); sintomatología de diabetes mellitus 2 (Kalyani et al., 2021), entre otras.

Los principales tratamientos que existen para lograr el objetivo de la baja de peso corporal para personas con sobrepeso y obesidad son: tratamiento nutricional o dietético, tratamiento de actividad física, tratamiento con base en fármacos, tratamiento de intervención quirúrgica y algunos tratamientos mixtos (Ruban et al., 2019). Sin embargo, dichos tratamientos no han mostrado los resultados esperados debido a la baja adherencia terapéutica. La adherencia terapéutica es conceptualizada como el comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento, el cual es acordado por el profesional y el consultante (Martín et al., 2008). Sin embargo, existe evidencia de que hay un incremento en la falta de adherencia terapéutica, sobre todo en países en vías de desarrollo (OMS, 2004).

Para generar estrategias que fomenten la adherencia terapéutica es importante en primera instancia comprender los factores que influyen en esta y que sean abordados multidisciplinariamente.

Conceptualización de tratamiento nutricional

Las intervenciones nutricionales son acciones dirigidas a modificar conductas alimentarias que influyen en el desarrollo y mantenimiento de problemáticas alimentarias y, en algunos casos, patologías como el sobrepeso y la obesidad. Dichas intervenciones se categorizan en primarias, secundarias y terciarias: las intervenciones primarias se realizan antes de que aparezca la patología; las intervenciones secundarias se realizan cuando aparecen algunos factores de riesgo; y, finalmente, las intervenciones de tercer nivel, es decir, cuando ya existe la patología (Cortés-Olguín et al., 2019).

En este sentido, los tratamientos nutricionales tienen como objetivo primordial incidir en la forma de alimentarse del/la consultante o paciente, cambiar los hábitos alimentarios y cambiar hábitos relacionados con la actividad física. Específicamente, el tratamiento dietético o régimen alimentario ha sido una estrategia para reducir el peso corporal a nivel individual y, con ello, prevenir enfermedades, patologías o trastornos metabólicos (Carvajal, 2017). Asimismo, se busca disminuir el consumo de productos procesados, estimular la producción local de alimentos, regular la publicidad, la promoción y el etiquetado de alimentos, además de mejorar el entorno escolar para favorecer la nutrición y la realización de actividad física (Serrano et al., 2017).

En tratamiento nutricional, la pérdida de peso corporal se logra, en la mayoría de las ocasiones, mediante un déficit calórico, es decir, consumir menos calorías de las que el organismo está habituado a ingerir. Este objetivo se puede alcanzar a través de varias estrategias, por ejemplo, la dieta hipocalórica, cuyo mecanismo de acción se basa en un balance energético negativo, es decir, un consumo de 800 a 1600 calorías por día. Dentro de esta estrategia existen algunas variantes o tipos de dieta: dieta Cambridge, ayuno intermitente, entre otras. Algunas de estas dietas incluyen: reemplazo de comidas, dietas bajas en grasas, dietas bajas en carbohidratos, dietas ricas en proteínas y dietas de estilo mediterráneo (Ruban et al., 2019).

En las dietas bajas en carbohidratos, generalmente se promueve limitar el consumo de estos en un 26-45 %, enfatizando el consumo de vegetales, proteínas y frutos secos (Kumar et al., 2022). Adicionalmente, también pue-

de haber otros tratamientos nutricionales, por ejemplo: a) dieta mediterránea hipocalórica (Estruch et al., 2019); b) dieta cetogénica (Bueno et al., 2013); c) ayuno intermitente (Patterson y Sears, 2017); d) dieta DASH modificada para pérdida de peso (Sacks et al., 2009); e) dieta basada en plantas baja en grasa (Barnard et al., 2005); o bien, otras intervenciones complementarias con tratamiento psicológico tales como: a) intervención psicoeducativa para mejorar la adherencia en mujeres con sobrepeso u obesidad (González-Ramírez et al., 2016); b) intervenciones psicológicas para promover la adherencia en adultos mayores (Montaño-Fuentes y López-González, 2022); c) programa educativo sobre hábitos saludables (Monardes et al., 2020); d) abordaje basado en barreras identificadas, con seguimiento a dos años (Sánchez-Reyes et al., 2019); e) enfoque dietético combinado con asesoría regular (Martínez-González et al., 2019).

En cualquiera de los casos, la no adherencia a estos tratamientos puede tener diversas consecuencias biopsicosociales, es decir, repercutir en la salud fisiológica, psicológica y el bienestar y calidad de vida de las personas, algunas de ellas descritas a continuación.

Consecuencias clínicas de la no adherencia al tratamiento

Existen muchos motivos por los cuales una persona decide realizar un tratamiento nutricional, algunos de ellos orientados a cuestiones estéticas, pero otros son iniciados cuando una persona ve comprometida su salud. Si bien al inicio puede existir la motivación del cambio, la mayoría de las ocasiones esto no es sostenible y ello constituye un problema complejo que tiene implicaciones desfavorables en la evolución del tratamiento, así como un mayor costo sanitario (Buitrago, 2011; Dilla et al., 2009; González-Bueno et al., 2016), por lo que se considera una barrera importante para la efectividad de los tratamientos (Peña-Valenzuela et al., 2023).

El costo e impacto en el contexto clínico dependerán del tipo de incumplimiento referente a las recomendaciones brindadas por el profesional sanitario, la enfermedad o condición que se está abordando, así como el tipo de fármaco recetado, si fuera el caso (Dilla et al., 2009). Cuando aún no están presentes comorbilidades, las consecuencias pueden, incluso, implicar

el desarrollo de estas, debido a que se presenta un bajo control de la enfermedad, una reducción en la calidad de vida de la persona, así como el incremento de la morbilidad y mortalidad en el paciente (González-Bueno et al., 2016).

Al respecto, en casos específicos, se encuentra que en pacientes con enfermedades crónicas como el asma, la hipertensión, la diabetes y el VIH/SIDA, su exacerbación se ha asociado con una baja adherencia al tratamiento que, a su vez, se relaciona con las diversas complicaciones médicas, psicosociales y psicológicas que la propia enfermedad implica, aumentando de esta manera la complejidad del tratamiento, así como la duración de este. Por su parte, esto se vincula con desesperanza y baja autoeficacia, disminuyendo así la calidad de vida de los pacientes (OMS, 2003).

En otro contexto, como el de los pacientes con diabetes mellitus, se identifica una baja adherencia a los planes nutricionales, caracterizados por la reducción de carbohidratos, lo cual favorece que los tratamientos sean poco efectivos e inclusive la aparición de comorbilidades como incremento en la presión arterial, sobrepeso u obesidad e incrementos en los niveles de algunos bioquímicos (Kumar et al., 20219). Otra de las consecuencias clínicas reportadas referentes a la no adherencia ha sido el incremento de eventos cardiovasculares en pacientes con sobrepeso y obesidad (Ewers et al., 2020; Kebbe et al., 2021).

La baja o nula adherencia condiciona la efectividad o no efectividad de los tratamientos, teniendo repercusiones en el contexto clínico dependiendo de la enfermedad que se esté tratando, los recursos personales (p.ej. redes de apoyo, estrategias de afrontamiento del paciente, resiliencia, constancia, motivación, autoeficacia), así como los recursos económicos del paciente. De manera global, esto repercute en el cumplimiento de los objetivos de salud de la población de los sistemas de atención de salud. Por lo tanto, es necesario implementar estrategias dirigidas a la mejora de la adherencia al tratamiento. Pero, antes de ello, es pertinente primero comprender qué se entiende por adherencia nutricional.

Conducta de adherencia nutricional

Conceptualización breve de conducta

Cuando se habla de conducta, es frecuente que el concepto lo relacionen con lo que hacen otras personas para una determinada tarea. También es común pensar que es absolutamente todo lo que hace un organismo vivo, pero en ocasiones se considera que es solo lo observable, descartando los procesos internos. No obstante, la conducta implica tanto los procesos internos como los observables a simple vista. Técnicamente, el concepto de conducta es empleado para referirse a cualquier acción, actividad, respuesta, reacción, a nivel muscular y fisiológico (Fexia i Baqué, 2003) y, en función del nivel al que es observada y medida, la conducta puede clasificarse en dos tipos: conducta manifiesta y conducta encubierta. La primera es la que puede ser observada directamente, tanto por el organismo que la realiza como por otros organismos que le acompañan en el ambiente; mientras que la conducta encubierta no puede observarse directamente, son respuestas internas, antes descritas como “actividades que suceden bajo la piel” (Ardilla, 2013; Fexia i Baqué, 2003; Martin y Pear, 2008). También se les puede denominar conducta privada a los pensamientos, sentimientos y emociones. Adicionalmente, se ha descrito la existencia de un tercer tipo de conducta, la conducta cognitiva, la cual se considera una conducta no manifiesta que sucede en el pensamiento, por ejemplo, el imaginar, pensar, memorizar y hablar consigo mismo (Martin y Pear, 2008).

Desde la perspectiva del comportamiento alimentario, cuyas bases se sitúan en el análisis de la conducta, el uso del término conducta como algo universal permite describir lo que hacen los organismos para alimentarse, es decir, aquellos objetos perceptibles por medio de los órganos de los sentidos, los cuales se encuentran implícitos y explícitos en los procesos relacionados con la alimentación. Asimismo, la conducta es el medio por el cual los organismos son capaces de interactuar; este intercambio de información que se lleva a cabo entre un organismo y otro genera procesos de aprendizaje, de manera que estos pueden influir en la conducta de otros debido a que ambos coexisten en un mismo ambiente (Domjan, 2016; López-Espi-

noza et al., 2018). Así, la conducta debe comprenderse como un tipo de conexión que se establece entre un tipo de acción o respuesta del organismo y una situación ambiental concreta; esto quiere decir que la conducta no es solo una acción, sino que es la acción como respuesta a una situación específica. Por ejemplo, comer es una acción que pudiese explicarse como una respuesta refleja o innata, dicho en otras palabras, como la necesidad fisiológica caracterizada por un vacío en el estómago asociada con el movimiento de este órgano, sin embargo, no en todas las ocasiones la conducta de comer representa una respuesta a una necesidad de nutrientes, ya que esta acción es dependiente de una situación ambiental.

Así, a pesar de que la conducta es fundamental para la evolución y los procesos de adaptación, se ha demostrado que los diferentes tipos de conductas que realiza el organismo contribuyen al mantenimiento de la constancia de la función autorreguladora, con lo cual se garantiza el funcionamiento adecuado del organismo y la supervivencia (Fuentes, 2010; Moran y Schulkin 2000; Richter, 1927, 1943; Schulkin, 2005), aunque también se favorece el proceso de enfermedad. Un ejemplo de ello es la conducta de comer, la cual es susceptible de modificarse como respuesta a cambios ambientales, dependiendo del tipo de alimentos y de los momentos en los cuales son consumidos y de la representación que puede tener para la persona en cuestión. Así, cuando se pretende que estos cambios se orienten a la mejora (es decir, una alimentación más saludable), sería plausible denominarla conducta de adherencia nutricional.

Conducta de adherencia

Se considera adherencia al grado en el que la conducta del paciente se adecua a las recomendaciones y acuerdos realizados con el profesional de la salud (OMS, 2003). Consiste en un proceso conformado por factores asociados con el paciente, el profesional de la salud, así como con la especificidad de la enfermedad o padecimiento presentado (Dilla et al., 2009). Así, se requiere un papel activo, acciones comprometidas y responsabilidad por parte del paciente referente a las recomendaciones brindadas; una mancuer-

na sólida con el profesional de la salud; así como una comunicación clara y asertiva por ambas partes (Dilla et al., 2009; Salmerón, 2021).

En este sentido, al referirse al concepto de adherencia, se alude a esa conducta orientada al adecuado seguimiento al tratamiento integral, considerando aspectos farmacológicos, médicos, psicológicos, nutricionales, entre otros, en los cuales la implementación de hábitos saludables propicia la calidad de vida en el paciente, así como la asistencia a las diferentes sesiones de tratamiento con el acompañamiento de profesionales con quienes se trabaja en conjunto para el logro de los objetivos terapéuticos (Compton, 2006; Buitrago, 2011).

Adicionalmente, es importante diferenciar la adherencia terapéutica de la adherencia del cumplimiento, ya que la primera hace referencia a un trabajo colaborativo con profesionales en función de los objetivos terapéuticos, mientras que el cumplimiento hace referencia a un rol pasivo por parte de los pacientes (Compton, 2006).

En este sentido, cuando se habla de adherencia nutricional, se centra en el logro de los objetivos terapéuticos nutricionales que son un acuerdo entre profesionales y pacientes, lo cual es descrito puntualmente a continuación.

Adherencia nutricional

El tratamiento nutricional es complicado y puede presentar condiciones que contribuyen a que la persona no realice las conductas acordadas con el/la profesional y, en el peor de los escenarios, lo abandone, lo cual sería considerado como no adherencia al tratamiento. La adherencia nutricional corresponde al grado en que el/la paciente realiza el seguimiento y cumplimiento de las recomendaciones nutricionales o modificación de hábitos que son acordadas con el/la nutriólogo/a (Díaz et al., 2019; Salmerón, 2021). Así, la relación entre el/la nutricionista y el/la paciente es de relevancia para favorecer los procesos de motivación al seguimiento de las recomendaciones realizadas por el profesional (Salmerón, 2021), por lo que la comunicación efectiva, la confianza y la empatía son factores que favorecen la alianza paciente-nutriólogo, propiciando así un ambiente colaborativo y adaptado al contexto del/la paciente (Salmerón, 2021).

Asimismo, se ha identificado que la educación alimentaria nutricional favorece la adherencia nutricional e impacta positivamente la salud de los pacientes. Dicha educación consiste en el conocimiento de los beneficios de los alimentos, una comunicación bidireccional con el consultante y la contextualización de los factores socioeconómicos, psicológicos y culturales (Espejo et al., 2022). Por lo anterior, se recomienda que este tipo de educación se proporcione de manera global en el tratamiento nutricional, desde el diagnóstico, la intervención y el monitoreo de los resultados (Espejo et al., 2022), ya que se ha documentado que la falta de información sobre la dieta es también un factor determinante en el abandono o la falta de adherencia al tratamiento nutricional (Landa-Anell et al., 2019).

Así, la comunicación adecuada en el contexto clínico permite la identificación de factores que pueden propiciar una dificultad para el pronóstico favorable del tratamiento y así, en caso de ser necesario, canalizar al paciente con el profesional correspondiente para favorecer el estado de salud integral. En este sentido, se ha observado que la intervención psicológica en planes de tratamiento nutricional incrementa la adherencia a este (Candelaria et al., 2016; Salmerón, 2021).

Factores que dificultan la adherencia a planes nutricionales

La falta de adherencia nutricional se considera una de las principales causas de las complicaciones de enfermedades crónicas. Por ejemplo, la diabetes *mellitus* tipo 2. Respecto a ello, en diversas investigaciones (González-Castro, 2011; Ortega et al., 2018; Pagès-Puigdemont y Valverde, 2018; Rangel et al., 2017) se ha documentado que existe un alto incumplimiento de las instrucciones de la dieta. De acuerdo con la OMS (2003), existen cinco factores que influyen en la adherencia terapéutica: factores socioeconómicos, factores asociados al tratamiento, factores relacionados con el paciente, factores relacionados con la enfermedad y factores relacionados con el equipo de asistencia sanitaria.

Factores psicológicos implicados en la adherencia al tratamiento nutricional

Se han identificado factores psicológicos relacionados con la adherencia a tratamientos, como la motivación, que es considerada la probabilidad de llevar a cabo una conducta en función de las consecuencias experimentadas en el pasado (Skinner, 1953); la autoeficacia, que corresponde a la percepción de la propia capacidad para realizar acciones orientadas hacia metas en concreto (Bandura, 1997). Asimismo, los estados emocionales se han vinculado con alteraciones en la conducta alimentaria, presentándose excesos y/o decrementos del consumo de alimentos (Adam y Epel, 2007; Farrow et al., 2007); así como también la negación o el rechazo a realizar cambios en hábitos alimentarios o el tipo de dieta que se consume (Landa-Anell et al., 2019).

Factores psicosociales que dificultan la adherencia terapéutica

La falta de adherencia terapéutica corresponde al bajo seguimiento de las recomendaciones por parte del paciente, así como al bajo seguimiento de acuerdos realizados con el profesional sanitario, que tiene incidencia en el pronóstico favorable del tratamiento (Ortega et al., 2018).

En este contexto, se encuentran diferentes factores que dificultan la adherencia al tratamiento, como lo son aquellos relacionados con el paciente, con su contexto, con el tratamiento, con los profesionales de la salud y con la problemática que se aborda (Díaz et al., 2019; Dilla et al., 2009; Buitrago, 2011).

Entre los **factores relacionados con el paciente** que dificultan la adherencia terapéutica se encuentran la edad, la personalidad, creencias de que el tratamiento no será adecuado, la percepción de no necesitar cambios de hábitos, la falta de conocimiento de la enfermedad, el olvido de las acciones a realizar, no acudir a las citas, entre otras (Buitrago, 2011; Del Razo-Olvera et al., 2021; Díaz et al., 2019; Dilla et al., 2009; Peña-Valenzuela et al., 2023; OMS, 2003). Asimismo, se encuentra que la sintomatología relacionada con la depresión, así como alteraciones cognitivas como

el Alzheimer, se han asociado con el incumplimiento de las recomendaciones (Dilla et al., 2009).

Referente a los **factores asociados con el contexto del paciente**, se encuentra que el poco apoyo social, la falta de redes de apoyo, la baja percepción de autoeficacia (Candelaria et al., 2016), el nivel de educación, problemas familiares, dificultades laborales y económicas dificultan la adherencia al tratamiento (Díaz et al., 2019; OMS, 2003). Específicamente en intervenciones nutricionales, se ha observado que el bajo nivel de conocimiento, el costo de los alimentos, los costos del transporte (Díaz et al., 2019; Ramos-Mejía y Alvarado-Gutiérrez, 2024), así como cuestiones de género, por ejemplo, en las mujeres se observa que las tareas domésticas y el estado civil de casadas se asocian con un menor seguimiento de las recomendaciones nutricionales (Gutiérrez y Romero, 2024) debido al tiempo con el que se cuenta para preparar las comidas, las dificultades económicas y el pasar fuera de casa la mayoría del tiempo (Landa-Anell et al., 2019).

Por otra parte, los **factores relacionados con el tratamiento** se vinculan a efectos adversos de algunos medicamentos que pueden propiciar la interrupción del tratamiento y el costo de estos; la dificultad de un seguimiento adecuado en relación con la atención continua particularmente en el ámbito de la salud pública; así como los tratamientos de larga duración o duración indefinida (Dilla et al., 2009; Buitrago, 2011) y la falta de información (Landa-Anell et al., 2019). Específicamente en intervenciones nutricionales, se identifica que los menús previamente establecidos y poco flexibles, a pesar de que muestran resultados favorables a corto plazo, no se mantienen en el tiempo (González et al., 2021).

Referente a los **factores vinculados con el profesional sanitario**, se ha descrito que la falta de comunicación clara y activa, el déficit de empatía y la ausencia de escucha activa hacia el paciente dificultan la adherencia (Candelaria et al., 2016; Buitrago, 2011; OMS, 2003). Asimismo, experiencias con poca efectividad de anteriores tratamientos nutricionales, equipo inadecuado para el abordaje nutricional (Díaz et al., 2019) y el considerar que no fueron explicadas con claridad las instrucciones sobre el tratamiento nutricional (Landa-Anell et al., 2019).

Finalmente, en relación con los **factores vinculados con la problemática abordada** en el tratamiento, se ha identificado que la baja adherencia se

asocia con la presencia de enfermedades crónicas (Peña-Valenzuela et al., 2023), lo cual en ocasiones conlleva a que los tratamientos nutricionales impliquen restricción calórica o de nutrientes específicos, que suelen ser con sabor dulce o características organolépticas agradables para el paciente e, incluso, en sí mismos han sido un medio de afrontamiento emocional (Pannen et al., 2021).

¿Cómo propiciar conductas de adherencia a un plan nutricional?

Considerando que la adherencia terapéutica es un proceso que consta de comportamientos que contribuyen al cumplimiento de los objetivos del tratamiento, es importante analizar las contingencias presentes, es decir, aquellas relaciones funcionales que interfieren en el cumplimiento del tratamiento. Por tal razón, indagar en las variables que influyen en la falta de adherencia al tratamiento nutricional para el control de peso corporal de manera individual es de interés. Sobre todo, considerando que la cantidad de recursos que se destina a intervenciones exitosas es muy limitada.

De acuerdo con la oms (2003), los principios básicos del aprendizaje son relevantes para promover la adherencia a diversas áreas terapéuticas, ya que fungen como mecanismo para el cambio del comportamiento. Específicamente, referente a tratamientos nutricionales, en diversos estudios se menciona la importancia de la educación nutricional durante la intervención, resaltando la efectividad de esta para generar adherencia en los pacientes (Buitrago, 2011; Díaz e Ibarra, 2019; Espejo et al., 2022; González et al., 2021; Salmerón, 2021).

Al respecto, en otras fuentes, como Espejo et al. (2022) y Buitrago (2011), también ha sido descrito que la educación alimentaria es necesaria tanto en los procesos de evaluación como de tratamiento, con una perspectiva contextual de la persona, es decir, tomando en cuenta factores socioeconómicos, edad y nivel educativo; así como factores psicoemocionales referentes al grado de motivación al cambio, patrones conductuales de alimentación. Se encuentra que la entrevista motivacional, así como la terapia breve centrada en soluciones, pueden fungir como estrategias viables para favorecer la adherencia (Buitrago, 2011; Candelaria et al., 2016).

Aunado a lo anterior, Salmerón (2021) mencionó que el acceso a una red de apoyo, la estabilidad laboral y el conocimiento acerca de la nutrición y alimentación son factores que se asocian con una mayor adherencia. Por otra parte, se considera que la relación establecida entre el profesional sanitario y el paciente tiene una alta asociación con la adherencia a tratamientos, considerando como componentes esenciales el conocimiento mutuo, la confianza, la lealtad y el respeto (Peña-Valenzuela et al., 2023).

Asimismo, se considera que la corta duración de los tratamientos, el asesoramiento constante con el paciente (González-Bueno et al., 2016), la comunicación de la información de forma clara y precisa acerca de la evolución de tratamiento (Bruno et al., 2024; Díaz e Ibarra, 2019), así como la adecuación de estos a las necesidades y recursos personales del paciente, buscando un cambio comportamental de manera paulatina, incrementa la probabilidad de respuesta favorable por parte del paciente (Díaz e Ibarra, 2019).

En ese sentido, si bien los principales tratamientos nutricionales que existen para lograr el objetivo de la baja de peso corporal para personas con sobrepeso y obesidad son la implementación de planes nutricionales o tratamiento dietético, tratamiento con actividad física y, en algunos casos, los tratamientos con base en fármacos y la intervención quirúrgica o algunos tratamientos mixtos (Ruban et al., 2019), estos no han mostrado los resultados esperados debido a la baja adherencia terapéutica, la cual se ve reflejada en el aumento de la prevalencia de estas enfermedades a nivel mundial. Por tal razón, es pertinente abordar estos fenómenos desde un enfoque multidisciplinar. Además, es de suma relevancia la detección temprana de las barreras para conseguir adherencia terapéutica, así como un asesoramiento educativo y de retroalimentación para propiciar una mayor motivación y autoeficacia que favorezcan la adherencia al tratamiento (Del Razo-Olvera et al., 2021).

¿Cómo puedo favorecer la adherencia terapéutica nutricional de un paciente o consultante?

A pesar de que en los últimos años las reflexiones generadas a partir de la investigación en comportamiento alimentario han permitido generar estrategias para controlar y prevenir las enfermedades vinculadas con la alimentación, se ha identificado que la alimentación como proceso evolutivo, si bien ha contribuido para establecer condiciones adaptativas que dirigen a la supervivencia, también ha generado cambios en los patrones alimentarios y, por tanto, en las consecuencias de dichos patrones, como lo son los patrones de patologías. De manera que, actualmente, las enfermedades de interés relacionadas con el proceso de alimentarse son las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles (López-Espinoza et al., 2018).

Históricamente, diversas disciplinas se han dedicado a postular teorías y modelos que permitan explicar las relaciones, los efectos y las condiciones en las cuales se presentan diversos fenómenos para describir aquello que ocurre en la naturaleza; ya sea al ser estudiado en su naturaleza misma o en un ambiente controlado. Así, es pertinente destacar que es muy complejo identificar una estrategia que pueda ser aplicable de manera generalizada a cualquier consultante o paciente, ya que cada persona tiene sus experiencias, su historia de reforzamiento, sus motivaciones y demás aspectos individuales. No obstante, a continuación se referirán algunas estrategias que han sido efectivas en diversos casos.

En el tratamiento nutricional para pacientes con diabetes mellitus 2 se identificaron los siguientes factores que favorecen la adherencia terapéutica (véase la tabla 3.1):

Tabla 3.1. Áreas y factores que influyen en la adherencia terapéutica

Área	Factor
Educación y conocimiento sobre la enfermedad	Una mayor comprensión de la hipertensión y sus riesgos mejora el compromiso del paciente con el tratamiento. La educación sobre los beneficios del tratamiento y los riesgos del abandono es clave.
Relación médico-paciente	Una buena comunicación, confianza y seguimiento por parte del profesional de salud fomentan la adherencia. La empatía y el apoyo del personal de salud incrementan la percepción de la importancia del tratamiento.
Simplicidad del tratamiento	Regímenes terapéuticos simples (por ejemplo, menor número de tomas diarias o medicamentos combinados) favorecen la adherencia.
Apoyo social y familiar	El acompañamiento de familiares o personas cercanas motiva al paciente a mantener el tratamiento. La inclusión del entorno del paciente en la educación sobre la enfermedad es beneficiosa.
Seguimiento y monitoreo continuo	Controles periódicos y recordatorios (visitas, llamadas, mensajes) ayudan a mantener al paciente en el tratamiento. Programas de intervención estructurada han demostrado ser efectivos.
Accesibilidad a medicamentos y servicios de salud	La disponibilidad de fármacos y la facilidad para acceder a la atención médica (económica y geográficamente) mejora la adherencia.

Fuente: creación propia a partir de Orozco-González et al. (2021).

Por otro lado, se ha señalado que identificar y abordar las barreras para la adherencia a un plan nutricional en pacientes con diabetes mellitus es esencial. Las intervenciones estructuradas y personalizadas pueden mejorar significativamente la adherencia y, en consecuencia, los resultados metabólicos a largo plazo. Sobre todo, aquellas en las que se enfatiza en tener conocimiento e información adecuada sobre la enfermedad y el tipo de dieta adecuada. Así, la educación nutricional complementaria con educación psicológica, apoyos ambientales (es decir, familia, redes de apoyo), puede favorecer la adopción voluntaria de una alimentación más saludable y la adherencia a planes nutricionales (Espejo et al., 2022).

En este contexto, la adherencia al tratamiento nutricional resulta complejo debido a que puede presentar condiciones individuales en su contexto o núcleo social que salen del control del profesional y son propias del paciente o consultante, por tal razón, es importante la modificación de los comportamientos que impiden que el consultante logre bajar de peso, con-

siderando que la modificación de conducta no solo depende del consultante, por ejemplo, el apoyo familiar juega un papel fundamental en la modificación de las conductas problema, una de las razones de esto es porque muchas de las veces el tratamiento implica una carga económica para la familia (González-Castro, 2011).

Por otro lado, desde la perspectiva del análisis de la conducta, la conducta es susceptible de ser adquirida, pero también de generar cambios por medio de técnicas de establecimiento, mantenimiento y modificación. No obstante, antes de ser aplicadas es necesario medir la ocurrencia de la conducta. Finger y Potter (2011) plantearon que para mejorar la adherencia al tratamiento es preciso el cambio de conducta del paciente con sobrepeso u obesidad. Por tal razón, dicha tarea se ha llevado a cabo desde diferentes enfoques terapéuticos. Entre los más destacados están el enfoque cognitivo-conductual, la entrevista motivacional y la terapia breve centrada en soluciones. El enfoque cognitivo conductual es el que mejores resultados ha evidenciado en comparación con los otros enfoques; sin embargo, los resultados solo son visibles por un periodo corto, lo cual lleva a inferir que la tasa de recaída puede ser alta. En cuanto a la entrevista motivacional, se ha documentado su efectividad en el cambio de conductas relacionadas con dietas. Y, por último, la terapia breve centrada en el cliente ha documentado su uso en trastornos alimentarios.

Estos resultados coinciden con otro estudio, en el cual Martínez et al. (2016) mencionaron que existen tratamientos que complementan el régimen dietético a partir de estrategias con objetivos explícitos: la firma de un contrato, la influencia del autocontrol calórico y el mantenimiento de un régimen alimentario saludable diario. Este tipo de tratamiento es complementario al régimen alimentario, ya que se utilizan estrategias conductuales.

Para proseguir con el tema, es importante clasificar los tratamientos para sobrepeso y obesidad, puesto que de esta manera es posible identificar los factores que influyen en la adherencia o no adherencia al tratamiento. Primeramente, se encuentran los tratamientos médicos, cuyo objetivo primordial es lograr una baja de peso y un mantenimiento a largo plazo, así como disminuir los síntomas de las comorbilidades asociadas. Dentro de estos tratamientos existen algunas diferencias, mismas que dependen del grado de obesidad del organismo. En segundo lugar, Rodrigo et al. (2017) consideraron la mo-

dificación del estilo de vida, el cambio de hábitos alimenticios y la realización de actividad física con el apoyo de técnicas cognitivo-conductuales y, en tercer lugar, los diferentes regímenes alimenticios, desde dietas hipocalóricas hasta la restricción de alimentos específicos.

Conclusiones

Las razones para iniciar un tratamiento nutricional pueden variar desde intereses estéticos hasta la preocupación por la salud. Sin embargo, aunque en un principio exista motivación, mantenerla a lo largo del tratamiento es difícil. Esta falta de adherencia representa una barrera significativa para la efectividad del tratamiento, aumentando los costos del sistema sanitario y afectando negativamente la evolución clínica del paciente (Buitrago, 2011; Peña-Valenzuela et al., 2023).

Las intervenciones nutricionales tienen como finalidad modificar conductas alimentarias que afectan la salud, ya sea previniendo, controlando o tratando enfermedades como el sobrepeso y la obesidad. Estas intervenciones pueden clasificarse en tres niveles: primarias (antes de que aparezca la enfermedad), secundarias (cuando existen factores de riesgo) y terciarias (cuando la patología ya está presente) (Cortés-Olguín et al., 2019). El tratamiento nutricional busca modificar los hábitos alimentarios y fomentar la actividad física. Entre las estrategias más comunes para lograr la pérdida de peso están los regímenes alimentarios que implican un déficit calórico. Uno de los enfoques más utilizados es la dieta hipocalórica, cuyo propósito es crear un balance energético negativo, consumiendo entre 800 y 1 600 calorías diarias. Existen diferentes variantes de estas dietas, como la dieta Cambridge, el ayuno intermitente, y planes enfocados en reducir grasas o carbohidratos, aumentar el consumo de proteínas o seguir un estilo mediterráneo (Ruban et al., 2019). Además, se promueve la reducción del consumo de productos procesados, la producción local de alimentos y la mejora del entorno escolar para favorecer una mejor nutrición (Serrano et al., 2017).

La no adherencia puede dar lugar al desarrollo de comorbilidades, la disminución de la calidad de vida y el aumento de la morbilidad y mortalidad (González-Bueno et al., 2016). Esto es especialmente evidente en

enfermedades crónicas como el asma, la hipertensión, la diabetes y el VIH/SIDA, donde la baja adherencia se asocia a complicaciones médicas, psicológicas y sociales que alargan los tratamientos, reducen la esperanza del paciente y disminuyen su autoeficacia (OMS, 2003).

En general, la baja adherencia compromete la efectividad del tratamiento y repercute en los sistemas de salud pública, ya que los resultados dependen también de factores individuales como el apoyo social, la resiliencia y los recursos económicos. Por eso, es crucial implementar estrategias orientadas a mejorar la adherencia, lo cual requiere primero entender su naturaleza.

Así, la conducta en sí misma tiene funciones de regulación necesarias para la adaptación del organismo a los distintos cambios ambientales y fisiológicos a los que está expuesto. No obstante, es importante identificar en qué condiciones se observa esta función. El organismo debe moverse para mantenerse con vida; está diseñado para mantenerse activo y con ello ajustarse al ambiente y subsistir. En la comprensión de los fenómenos, es primordial analizar las relaciones y funciones de los conceptos que los integran. De acuerdo con Ribes (1969 y 2002), el aprendizaje se vincula con otros procesos, como el lenguaje y la memoria. Se ha señalado que cuando un organismo ha aprendido algo, esto se refleja en su comportamiento. Considerando que la conducta se analiza en términos de estímulos y respuestas, de antecedentes y consecuencias, las relaciones de los organismos con su medioambiente se llevan a cabo por medio de acciones. Estas acciones son aprendidas. En ocasiones el concepto de aprendizaje suele relacionarse con el de experiencia y se ha descrito que el aprendizaje puede observarse en los cambios de la conducta, en la emisión de nuevas respuestas o en la disminución en la ocurrencia de otras previamente adquiridas (Domjan, 2016; Ribes, 1969).

La conducta de comer es susceptible de modificarse como respuesta a cambios ambientales; por lo que el analizar la contingencia de este fenómeno permite generar deducciones y, en ocasiones, con ello, generalizaciones. Por ello, es posible identificar la relevancia de la naturaleza adaptativa y los procesos de aprendizaje; se deduce que la conducta tiene efecto sobre la conducta misma, por lo que puede propiciar respuestas reguladoras a nivel conductual. Así pues, es importante considerar que existen diversos determinantes en la efectividad de los procesos de modificación de la conducta

en los que se pretenden cambiar patrones inadecuados por otros más saludables. La adquisición y el mantenimiento de hábitos más saludables pueden ser exitosos si antes de implementarlos se realizan análisis de contingencias de manera individual o por grupos específicos, a partir de lo cual se identifiquen qué estímulos mantienen las conductas para disminuir su valor incentivo y, segundo, más que castigos (como el incrementar los impuestos) se busquen reforzamientos, se identifiquen otros estímulos que tengan un mayor valor gratificante y sean presentados con mayor inmediatez (Bernal-Gómez, 2023).

Referencias

- Adam, T. C. y Epel, E. S. (2007). Stress, eating, and the reward system. *Physiology & Behavior*, 91(4), 449-458.
- Ardila, R. (2013). Los orígenes del conductismo, Watson y el manifiesto conductista de 1913. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45(2), 315-319. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80528401013>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman.
- Barnard, N. D., Scialli, A. R., Turner-McGrievy, G., Lanou, A. J y Glass, J. (2005). The effects of a low-fat, plant-based dietary intervention on body weight, metabolism, and insulin sensitivity. *American Journal of Medicine*, 118(9), 991-997. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.03.039>
- Bernal-Gómez, S. J. (2023). *Análisis de respuestas nutricionales, fisiológicas, antropométricas y conductuales de la función autorreguladora de la actividad física ante la adición de sacarosa en la dieta en ratas Wistar* [Tesis doctoral]. Universidad de Guadalajara, México.
- Bruno, N. M. F., Balmori, P. G., Martínez, R. N. E., de Cabello, G. V., Vázquez, G. S. G., Gutiérrez, G. M. y Romero, J. M. M. (2024). Factores que influyen en la adherencia al tratamiento nutricional en pacientes hipertensos: Paraguay 2021. *Revista del Nacional*, 16(1), 016-026. <http://dx.doi.org/10.18004/rdn2024.ene.01.016.026>
- Bueno, N. B., de Melo, I. S. V., de Oliveira, S. L. y da Rocha Ataíde, T. (2013). Very-low-carbohydrate ketogenic diet v. low-fat diet for long-term weight loss: a meta-analysis of randomized controlled trials. *British Journal of Nutrition*, 110(7), 1178-1187. <https://doi.org/10.1017/S0007114513000548>
- Buitrago, F. (2011). Adherencia terapéutica. ¡Qué difícil es cumplir! *Atención Primaria*, 43(7), 343-344. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.05.002>
- Burke, L. E., Wang, J. y Sevvick, M. A. (2011). Self-monitoring in weight loss: a systematic review of the literature. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(1), 92-102. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2010.10.008>

- Candelaria Martínez, M., García Cedillo, I. y Estrada Aranda, B. D. (2016). Adherencia al tratamiento nutricional: intervención basada en entrevista motivacional y terapia breve centrada en soluciones. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1), 32-39. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.02.002>
- Carvajal, M. A. (2017). Adherencia al tratamiento nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten a un programa educativo. *Ciencia, Tecnología y Salud*, 3(2), 208. <https://doi.org/10.36829/63CTS.v3i2.328>
- Compton, M. (2006). Treatment nonadherence among individuals with schizophrenia: risk factors and strategies for improvement. *Clinics Review Articles CME*. <https://www.medscape.org/viewarticle/530764>
- Cortés-Olguín, D., De Icaza-Narváez, M. L., Hernández-Castro, L. Á., Montiel-García, L. G. y Vivero-Galván, Y. D. (2019). Intervenciones dietéticas en niños con obesidad. *El Residente*, 14(3), 87-92. <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2019/rr193d.pdf>
- De Pinillos Gutiérrez, M. M., Martínez Ramírez, L. y Romero Rodríguez, D. (2015). Educación nutricional en el proceso de la confección de una dieta por parte del paciente con trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (21), 2291-2311. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=62507651>
- Del Razo-Olvera, F. M., Martín-Vences, A. J., Brito-Córdova, G. X., Elías-López, D., Landa-Anell, M. V., Melgarejo-Hernández, M. A., Cruz-Bautista, I., Manjarrez-Martínez, I., Gómez-Velasco, D. V. y Aguilar-Salinas, C. A. (2021). Primary barriers of adherence to a structured nutritional intervention in patients with dyslipidemia. *Nutrients*, 13(6), 1744. <https://doi.org/10.3390/nu13061744>
- Delgado-Ron, J. A., García-Bonilla, A. L. y Ortega-Cisneros, M. I. (2021). Impacto del seguimiento nutricional periódico en la adherencia dietética: revisión sistemática. *Revista Chilena de Nutrición*, 48(2), 162-170. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182021000200162>
- Díaz, A., Jiménez, A. H. e Ibarra, E. O. (2019). Adherencia al tratamiento en nutriología ¿asunto de dos? *UVserva*, 8, 145-153.
- Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L. y Sacristán, J. A. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria*, 41(6), 342-348. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.09.031>
- Domjan, M. (2016). *Principios de aprendizaje y conducta* (7a. ed). Cengage Learning.
- Espejo, J. P., Tumani, M. F., Aguirre, C., Sánchez, J. y Parada, A. (2022). Educación alimentaria nutricional: Estrategias para mejorar la adherencia al plan dietoterapéutico. *Revista Chilena de Nutrición*, 49(3), 391-398. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182022000300391>
- Estruch, R., Ros, E., Salas-Salvadó, J., Covas, M.-I., Corella, D., Arós, F. Gómez-García, E., Ruiz-Gutiérrez, V. Fiol, M., Lapetra, J., Lamuela-Raventós, R. M., Serr-Majem, L., Pintó, X., Basora, J., Muñoz, M. A., Sorlí, J. V., Martínez, A., Fitó, M., Gea, A., ... Martínez-González, M. A. (2019). Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet supplemented with extra-virgin olive oil or nuts. *New England Journal of Medicine*, 378(25), e34. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1800389>

- Ewers, B., Marott, J. L., Schnohr, P., Nordestgaard, B. G. y Marckmann, P. (2020). Non-adherence to established dietary guidelines associated with increased mortality: the Copenhagen General Population Study. *European Journal of Preventive Cardiology*, 28(11), 2047487320937491. <https://doi.org/10.1177/2047487320937491>
- Farrow, V. A., Haynes, L. y Wadden, T. A. (2007). Psychological factors in adherence to obesity treatment. *Obesity Research*, 15(10), 2441-2449.
- Finger, I. da R. y Potter, J. R. (2011). Entrevista motivacional no tratamento de sobrepe-so/obesidade: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(2), 2-7.
- Freixa i Baqué, E. (2003). ¿Qué es conducta?. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(3), 595-613. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33730310.pdf>
- González-Castro, P. (2011). El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). *Waxapa*, 3(5), 102-107. <https://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2011/wax115e.pdf>
- González-Bueno, J., Vega-Coca, M. D., Rodríguez-Pérez, A., Toscano-Guzmán, M. D., Pérez-Guerrero, C. y Santos-Ramos, B. (2016). Intervenciones para la mejora de la adherencia al tratamiento en pacientes pluripatológicos: resumen de revisiones sistemáticas. *Atención Primaria*, 48(2), 121-130. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.02.012>
- González-Ramírez, M. T., Pineda-García, G. y Andrade, P. (2016). Adherence to nutritional therapy with an intervention based on motivational interviewing and brief therapy focused on solutions. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.01.001>
- González, C. N. O., Vieyra-Ángeles, C., Rojo-López, M. I., Aguilar-Aguayo, L. y Camacho-López, S. (2021). Adherencia a las intervenciones dietéticas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: una revisión narrativa de la literatura. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*, 4(3), 51-61.
- Kalyani, R. R., Neumiller, J. J., Maruthur, N. M. y Wexler, D. J. (2025). Diagnosis and treatment of type 2 diabetes in adults: A review. *The Journal of the American Medical Association*, 334(11) 984-1002. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.5956>
- Kebbe, M., Gao, M., Perez-Cornago, A., Jebb, S. A. y Piernas, C. (2021). Adherence to international dietary recommendations in association with all-cause mortality and fatal and non-fatal cardiovascular disease risk: a prospective analysis of UK Biobank participants. *BMC Medicine*, 19(1), 134. <https://doi.org/10.1186/s12916-021-02011-7>
- Kumar, N. K., Merrill, J. D., Carlson, S., German, J. y Yancy, W. S., Jr. (2022). Adherence to low-carbohydrate diets in patients with diabetes: A narrative review. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity. Targets and Therapy*, 15, 477-498. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S292742>
- Kumar, P., Singh, S., Sharma, A., Kaur, G., Kaur, R. y Singh, A. N. (2021). Arundo donax L.: An Overview on Its Traditional and Ethnomedicinal Importance, Phytochemistry and Pharmacological Aspects. *Journal of Herbmmed Pharmacology*, 10, 269-280. <https://doi.org/10.34172/jhp.2021.31>
- Landa-Anell, M. V., Melgarejo-Hernández, M. A., García-Ulloa, A. C., Del Razo-Olvera, F.

- M., Velázquez-Jurado, H. R. y Hernández-Jiménez, S. (2020). Barriers to adherence to a nutritional plan and strategies to overcome them in patients with type 2 diabetes mellitus: Results after two years of follow-up. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 67(1), 4-12. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2019.05.007>
- Landa-Anell, M. V., Melgarejo-Hernández, M. A., García-Ulloa, A. C., Del Razo-Olvera, F. M., Velázquez-Jurado, H. R. y Hernández-Jiménez, S. (2020). Barriers to adherence to a nutritional plan and strategies to overcome them in patients with type 2 diabetes mellitus; results after two years of follow-up. *Endocrinología Diabetes y Nutrición*, 67(1), 4-12. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2019.05.007>
- López-Espinoza, A., Martínez-Moreno, G. A., Aguilera-Cervantes, V. G., Salazar-Estrada, J. G., Navarro-Meza, M., Reyes-Castillo, Z., García-Sánchez, N. E. y Jiménez-Briseño, A. (2018). Estudio e investigación del comportamiento alimentario: Raíces, desarrollo y retos. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 9(1), 107-118. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2018.1.465>
- Malo-Serrano, M., Castillo, N. M. y Pajita, D. (2017). La obesidad en el mundo. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(2), 67-72. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13213>
- Martín Alfonso, L., Bayarre Vea, H. D. y Grau Ábalo, J. A. (2008). Validación del cuestionario mbg (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(1), 0-0. <https://doi.org/10.1590/s0864-34662008000100012>
- Martin, G. y Pear, J. (2008). *Modificación de conducta: Qué es y cómo aplicarla* (8.ª ed.). Pearson Educación, S.A
- Martínez-González, M. A., Corella, D. y Estruch, R. (2019). Adherence to Mediterranean diet and successful aging: The PREDIMED study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 110(5), 1120-1130. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqz107>
- Martínez, M. C, García Cedillo, I. y Estrada Aranda, B. D. (2016). Adherencia a la terapia nutricional: intervención basada en entrevista motivacional y terapia breve centrada en soluciones. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, 7 (1), 32-39. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.02.002>
- Martínez, R. y Gutiérrez, P. (2018). Influencia del apoyo social en la adherencia a tratamientos dietéticos en adultos con obesidad. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 22(3), 215-222.
- Monardes, M., Díaz, L. y Durán, J. (2020). Educación alimentaria nutricional como herramienta para la adherencia dietoterapéutica. *Repositorio UC*. <https://repositorio.uc.cl/dspace/items/ccbf0c80-650b-4a81-be8b-67b6d82c5810>
- Montaño-Fuentes, C. R. y López-González, M. A. (2022). Intervención nutricional con enfoque cognitivo-conductual en adultos mayores: Revisión sistemática. *Acta Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 13(1), 25-34. <https://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/view/734>
- Moran, T. H. y Schulkin, J. (2000). Curt Richter and regulatory physiology. *American Psychological Society*, 279(2), 357-363.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2003). *Adherence to long-term therapies: evi-*

- dence for action. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/42682>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/42682>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2003). *Adherence to long-term therapies evidence for action*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/42682>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). Adherencia al tratamiento a largo plazo. Pruebas para la acción. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid
- Orozco-González, C. N., Vieyra-Ángeles, C., Rojo-López, M. I., Aguilar-Aguayo, L. y Camacho-López, S. (2021). Adherencia a las intervenciones dietéticas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: una revisión narrativa de la literatura. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*, 4(3), 51-61. <https://doi.org/10.35454/rncm.v4n3.172>
- Ortega Cerda, J. J., Sánchez Herrera, D., Rodríguez Miranda, Ó. A. y Ortega Legaspi, J. M. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 16(3), 226-232.
- Pagès-Puigdemont, N. y Valverde-Merino, M. I. (2018). Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharmaceutica*, 59(4), 251-258. <https://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i4.7357>
- Pannen, S. T., Maldonado, S. G., Nonnenmacher, T., Sowah, S. A., Gruner, L. F., Watzinger, C., Nischwitz, K., Ulrich, C. M., Kaaks, R., Schübel, R., Grafetstätter, M. y Kühn, T. (2021). Adherence and dietary composition during intermittent vs. Continuous calorie restriction: Follow-up data from a randomized controlled trial in adults with overweight or obesity. *Nutrients*, 13(4), 1195. <https://doi.org/10.3390/nu13041195>
- Patterson, R. E. y Sears, D. D. (2017). Metabolic effects of intermittent fasting. *Annual Review of Nutrition*, 37, 371-393. <https://doi.org/10.1146/annurev-nutr-071816-064634>
- Peña-Valenzuela, A. N., Ruiz-Cervantes, W., Barrios-Olán, C. y Chávez-Aguilasocho, A. I. (2023). Relación médico-paciente y adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 61(1), 55-60.
- Pérez Fuentes, M. C. y Gázquez Linares, J. J. (2010). Variables relacionadas con la conducta violenta en la escuela según los estudiantes. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 10(3), 427-437.
- Ramos-Mejía, A. K. y Alvarado-Gutiérrez, T. (2024). Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2 en tratamiento con metformina y sitagliptina. *Atención Familiar*, 25(2), 115-120. <https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2024.287956>
- Rangel, Y. R., Suárez, R. M., Valdivia, M. G., Suárez, M. E. R., Díaz, C. R. y Macías, Y. C. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Enfermedades no Transmisibles Finlay*, 7(2), 89-98.
- Ribes, E. (1995). John B. Watson: El conductismo y la fundación de la psicología cientí-

- fica. *Acta Comportamental*, 3, 66-75. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/acom/article/viewFile/18327/17408>
- Ribes, E. (2002). Lenguaje, aprendizaje y conocimiento. *Revista Mexicana de Psicología*, 24(1), 7-14. <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243020635002.pdf>
- Richter, C. (1927). Animal behavior and internal drives. *The Quarterly Review of Biology*, 2(3), 307-343. doi: 10.1086/394279
- Richter, C. P. (1943). Total self-regulatory functions in animals and human beings. *Harvey Lecture Series*, 8, 63-103. <http://www.ssib.org/web/classics/Richter%20Self%20regulatory%20functions%20Harvey%20Lect%201943.pdf>
- Rodrigo-Cano, S., Soriano del Castillo, J. M. y Merino-Torres, J. F. (2017). Causas y tratamiento de la obesidad. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 37(4), 87-92. <https://doi.org/10.12873/374rodrigo>
- Ruban, A., Stoenchev, K., Ashrafián, H. y Teare, J. (2019). Current treatments for obesity. *Clinical Medicine*, 19(3), 205-212. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31092512/>
- Sacks, F. M., Bray, G. A., Carey, V. J., Smith, S. R., Ryan, D. H., Anton, S. D., McManus, K., Champagne, C. H., Bishop, L. M., Laranjo, N., Leboff, M. S., Rood, J. C., de Jonge, L., Greenway, F. L., Loria, C. M., Obarzanek, E. y Williamson, D. A. (2009). Comparison of weight-loss diets with different compositions of fat, protein, and carbohydrates. *New England Journal of Medicine*, 360(9), 859-873. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0804748>
- Salmerón Campos, R. M. (2021). Factores relacionados con la adherencia al tratamiento nutricional. *Angulo 7*. <https://hdl.handle.net/20.500.11777/5047>
- Sánchez-Reyes, L. M., Romero-Tapia, P. y Hernández-González, J. (2019). Barreras para la adherencia al plan nutricional y estrategias para superarlas en pacientes con diabetes tipo 2. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 66(7), 432-440. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2019.01.005>
- Schulkin, J. (2005). *Curt Richter: A life in the laboratory*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and Human Behavior*. Free Press.
- World Health Organization [WHO]. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. WHO. <https://iris.who.int/handle/10665/42682>