

Trabajo ganador de la categoría Trabajo Científico,  
del XVIII Encuentro Anual de Nutricionistas

# Percepción de la adherencia al tratamiento y descenso del peso corporal en mujeres adultas con sobrepeso y obesidad

Perception of adherence to treatment and decrease in body weight among  
adult women with overweight and obesity

Torresani M<sup>1</sup>, Maffei L<sup>2</sup>, Squillace C<sup>3</sup>, Belén L<sup>3</sup>, Alorda B<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Doctora de la UBA (Area Nutrición). <sup>2</sup> Médica. <sup>3</sup> Lic. en Nutrición.

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Medicina. Escuela de Nutrición. 1º Cátedra de Dietoterapia del Adulto.

Fundación para la Investigación de Enfermedades Endocrino Metabólicas e Investigación Clínica Aplicada (FIEEM-ICA).

Correspondencia: mtorresani@fmed.uba.ar || Recibido: 19/11/211. Aceptado en su versión corregida: 06/12/2011.

Este trabajo es parte del Proyecto UBACYT 2010-2012.

## Resumen

**Introducción:** La eficacia real del tratamiento de la obesidad dependerá de la adherencia al mismo por parte del paciente. **Objetivos:** Estimar en mujeres adultas con sobrepeso u obesidad la correlación entre el descenso del peso corporal y la percepción de la adherencia al tratamiento.

**Metodología:** Diseño experimental de seguimiento. Muestra no probabilística por conveniencia de 112 mujeres mayores de 20 años con IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>, que asistieron a la consulta nutricional en la Fundación para la Investigación de Enfermedades Endocrino Metabólicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, dentro del Proyecto UBACYT 2010-2012. Variable dependiente: variación peso corporal (expresada en % semanal y categorizada en  $<1\%$  y  $\geq 1\%$ ) entre consulta inicial y primer control; Variable independiente: percepción adherencia al tratamiento (expresada en % de cumplimiento respecto al plan alimentario y actividad física programada), en escala de 0 a 100 y categorizada en tres rangos:  $\leq 50\%$ ; 60 al 70% y  $>70\%$ . Se controló según grado sobrepeso (IMC: 25,0 a 29,9; 30 a 34,9 y  $\geq 35$  Kg/m<sup>2</sup>); edad ( $< 40$ ; 40 a 65 y  $> 65$  años) y tiempo transcurrido entre visita inicial y control (2, 3 o 4 semanas

a criterio de la paciente). Se utilizó paquete estadístico SPSS 15,0 estableciendo medidas de tendencia central,  $X^2$ , Prueba de Fisher y correlación de Spearman con valor  $p < 0,05$ .

**Resultados:** La percepción de la adherencia al tratamiento auto-reportada por las pacientes fue del  $74 \pm 12\%$ , refiriendo una adherencia superior al 70% el 47,3% de la muestra, mientras que un 46,4% reportaron entre 60 y 70%. Se encontró relación directa entre la pérdida de peso semanal y la percepción de la adherencia ( $r = 0,351$ ;  $p < 0,001$ ). No hubo asociación entre la percepción de la adherencia y los rangos de edad, el sobrepeso o la obesidad y el tiempo transcurrido entre la visita inicial y el primer control.

**Conclusiones:** Cuanto mayor es la percepción de adherencia al tratamiento, mayor es la pérdida de peso semanal, no habiendo asociación con la edad, el IMC o el tiempo transcurrido hasta el primer control.

**Palabras clave:** percepción adherencia - pérdida de peso semanal - sobrepeso u obesidad - mujeres adultas.

**Diaeta (B.Aires) 2011;29 (137):31-38. ISSN 0328-1310**

## Abstract

**Introduction:** The real effectiveness of treatments for obesity depends on how adherent the patient is.

**Objectives:** To estimate the correlation between the decrease in body weight and perception of adherence to treatment among adult women with overweight and obesity

**Methodology:** Experimental design of monitoring. A convenience non-probability sampling of 112 women over 20 years with BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>, who attended the nutritional consultation at the Foundation for the Endocrine and Metabolic Disease Research of the Autonomous City of Buenos Aires, within UBACYT Project 2010 - 2012. Dependent variable: change in body weight (expressed in % per week and categorized in  $<1\%$  and  $\geq 1\%$ ) between initial consultation and first control. Independent variable: perception of adherence to treatment (expressed in % of compliance with food plans and scheduled physical activity), on a scale of 0 to 100 and categorized into three ranges:  $\leq 50\%$ , 60 to 70% and  $>70\%$ . Monitoring was carried out taking into account overweight level (BMI 25.0 to 29.9, from 30 to 34.9 and  $\geq$

35 kg/m<sup>2</sup>), age ( $<40$ , 40 to 65 and  $> 65$  years) and time between initial visit and control (2, 3 or 4 weeks at the discretion of the patient). We used SPSS 15.0 establishing measures of central tendency,  $X^2$ , Fisher's exact test and Spearman correlation p value  $<0.05$ .

**Results:** The perception of adherence to treatment self-reported by patients was of  $74 \pm 12\%$ . 47.3% reported an adherence over 70%, while a 46.4% reported an adherence between 60 and 70%.

Direct relationship was found between weekly weight loss and the perception of adherence ( $r = 0.351$ ,  $p < 0,001$ ). There was no association between perception of adherence and age ranges, overweight or obesity and the time between the initial visit and the first control.

**Conclusions:** The greater the perception of adherence to treatment, the greater the weight loss per week, having no association with age, BMI, or the time until the first control.

**Keywords:** adherence perception - weekly weight loss - overweight or obesity - elderly women.

## Introducción

En las últimas dos décadas se incrementó drásticamente la prevalencia mundial de obesidad. Según los cálculos de la OMS para los años 2020-2025 se proyectan cifras de obesidad médica que afectarán al 50% de la población total, pudiendo llegar a ser, con estas tendencias actuales, la totalidad de la población mundial obesa en el año 2230 (1).

En nuestro país la prevalencia se ha incrementado en los últimos años hasta alcanzar proporciones epidémicas, cifras que han sido registradas en la ENNyS (Encuesta Nacional de Nutrición y Salud) (2), Estudio CARMELA (*Cardiovascular Risk Factor Multiple Evaluation in Latin America*) (3) y en la Primera y Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (4).

Estas proyecciones hacen que la Obesidad sea considerada un problema serio para la Salud Pública, transformándose su tratamiento en uno de los desafíos de la medicina en el siglo XXI.

Existe consenso acerca que la implementación de un plan alimentario hipocalórico constituye una estrategia de primera línea en el tratamiento de la obesidad, si bien resulta controvertido establecer la eficacia de los diferentes tipos de abordaje nutricional (5). Evidentemente, los modelos de tratamientos vigentes a la fecha, no han logrado detener el aumento de la prevalencia de la enfermedad y de las comorbilidades que ella genera (6-7).

La "adherencia al tratamiento" se ha convertido en un área de enorme interés en el abordaje de la obesidad durante los últimos años, y hoy en día los investigadores han comenzado a explorar este tema complejo aún no resuelto, donde los factores comportamentales y los subjetivos desempeñan un rol importante (8).

En efecto, las bajas tasas de adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas comunicadas por la OMS en su informe del año 2004 (9), alcanzan cifras del 45 al 50%. Esta falta de adherencia no permite revertir las cifras epidémicas registradas en las estadísticas mundiales, pero además conlleva insatisfacción a los profesionales que se dedican a esta área del cuidado de la salud (10).

El tratamiento de las enfermedades crónicas demanda larga duración, con alta adherencia al mismo y un auto cuidado responsable para que se gene-

ren cambios en los hábitos de vida del paciente (11).

La escasa adherencia terapéutica de los pacientes con obesidad, es uno de los mayores obstáculos a los que se enfrentan en la actualidad, los profesionales de la nutrición. Aproximadamente dos tercios de los pacientes que realizan un tratamiento efectivo y logran bajar de peso, recuperan su peso inicial luego de un año, y casi todos lo hacen luego de cinco años. Esta recuperación del peso perdido se asocia frecuentemente con la falta de adherencia (12). A su vez, hay evidencias que en las mujeres, las estrategias del tratamiento para la obesidad, requieren tácticas puntuales de motivación a fin de promover una mejor adherencia y lograr el éxito terapéutico (13).

No existe un método único que se considere de referencia para medir la adherencia, citándose dentro de las técnicas subjetivas a los auto-reportes que analizan el grado de actitud del paciente en relación al tratamiento. Según Banduras (14), dentro del área de la teoría social cognitiva, la percepción de la autoeficacia puede influir sobre el resultado de determinados comportamientos. En relación a las conductas preventivas en salud, los individuos con alta autoeficacia percibida tienen más probabilidad de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre la eficacia de estos (15).

En este sentido, la auto-percepción de la adherencia al tratamiento dietético, mostró una relación directa con el cumplimiento de las recomendaciones acerca de alimentación y el ejercicio físico (16), obteniéndose mejores resultados en el tratamiento cuando la percepción es adecuada por parte del paciente (13).

El **objetivo** propuesto en este trabajo de investigación fue estimar en mujeres adultas con sobrepeso u obesidad, la correlación entre el descenso del peso corporal y la percepción de la adherencia al tratamiento.

## Material y metodos

Se llevó a cabo un diseño experimental longitudinal, en mujeres con exceso de peso en las cuales se midieron los cambios dietarios, antropométricos y de estilo de vida (ejercicio físico) entre el inicio y el primer control pautado con la paciente a las dos, tres o cuatro semanas de una intervención nutricional, a fin de evaluar la correlación entre el descenso de peso

corporal y la percepción del cumplimiento al tratamiento.

La **población blanco** fueron pacientes de sexo femenino mayores de 20 años, que asistieron por primera vez a la consulta nutricional de la Fundación para la Investigación de Enfermedades Endocrino Metabólicas (FIEEM) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el período comprendido entre Noviembre de 2010 y Marzo de 2011 inclusive. La **muestra inicial** constituida por 218 mujeres, se autoconformó en forma voluntaria, a través de un muestreo consecutivo y por conveniencia por aquellas pacientes que reunieron los **criterios de inclusión**: edad mayor de 20 años, con un índice de masa corporal (IMC)  $25 \text{ kg/m}^2$ , que concurren por primera vez a la consulta nutricional para el descenso del peso corporal, ya sea por derivación del equipo de endocrinología, o bien por demanda espontánea, sin tratamiento dietoterápico previo. Se excluyeron del estudio a aquellas mujeres con patologías que representaran contraindicación para someterse a un plan alimentario hipocalórico, a las que ya estaban participando en algún programa de pérdida de peso en el momento de iniciar el estudio, embarazadas o en período de lactancia, las que habían dejado de fumar en los dos meses previos al estudio o que no consintieron su participación en el proyecto.

En total se interesaron por participar 218 mujeres sobre las que se llevó a cabo el programa de intervención nutricional, pautando una visita control a la cual regresó el 60% de la muestra inicial ( $n=131$ ). Sobre las mujeres que volvieron a control se realizó la valoración antropométrica, observando que el 5,3% ( $n=7$ ) mantuvo el peso corporal, el 9,2% ( $n=12$ ) aumentó de peso y el 85,5% ( $n=112$ ) había descendido de peso. Se autoconformó con este último grupo la **muestra final** sobre la que se llevó a cabo el análisis estadístico del trabajo (Ver Figura 1).

### Programa de intervención

El programa abarcó 2 visitas de intervención (Visita inicial considerada la visita 1 o inicial y el primer control considerada visita 2).

En la visita 1 se realizó la anamnesis alimentaria para conocer gustos, hábitos y tolerancias alimentarias, y la valoración antropométrica (registro de

peso inicial y talla). La paciente recibió indicaciones sobre el plan alimentario hipocalórico y el ejercicio físico reglado 3 veces por semana ó 150 minutos semanales, ambas estrategias adecuadas al grado de sobrepeso de cada paciente.

El plan dietoterápico fue planificado en forma individual, de manera que aporte un 20% menos del gasto energético teórico de cada mujer. El cálculo del gasto energético teórico se estableció teniendo en cuenta el peso, edad y actividad física de cada una de ellas, aplicando las ecuaciones propuestas por la OMS (17). Se brindó asesoramiento sobre la selección de alimentos saludables al momento de la compra, formas de preparación, número y horarios de comida, ropa adecuada para la realización del ejercicio físico, tipo, intensidad y frecuencia del mismo.

Las mismas pacientes, en base a la necesidad individual referida por cada una, consensuaron con el profesional el tiempo a transcurrir hasta el primer control, considerándose 2, 3 ó 4 semanas, tiempo en que fueron nuevamente citadas.

En la visita control, primeramente se evaluó la auto-percepción de adhesión al tratamiento a partir de una escala de tipo likert, preguntándoles a las mujeres cómo calificarían su cumplimiento a las recomendaciones de alimentación y ejercicio físico consideradas en conjunto, en un rango de 0 a 100%.

Posteriormente la paciente fue valorada antropométricamente, eliminándose del estudio las mujeres que mantuvieron o no descendieron su peso corporal.

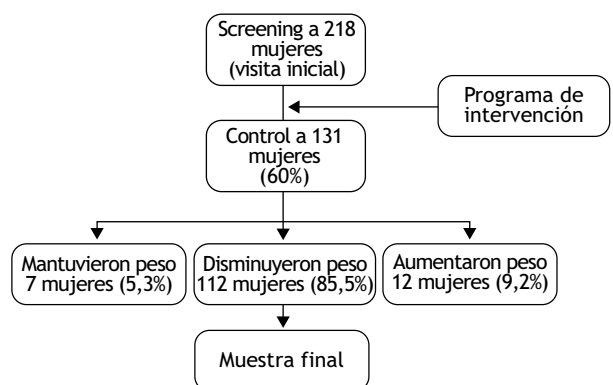


Figura 1: Conformación de la muestra en estudio

Sobre las mujeres que descendieron de peso (n: 112) se consideró como **variable dependiente** al *descenso del peso corporal* (expresado como % de descenso semanal con respecto al peso inicial) y como **variable independiente** a la *percepción de la adherencia* auto-reportada por la paciente, reagrupando el nivel de adherencia en tres rangos:  $\leq 50\%$ ; *60 al 70%* y  $> 70\%$ . Se consideró buena adherencia al tratamiento cuando el auto-reporte fue superior al 70%.

Se controló la percepción de la adherencia por las variables *edad* ( $< 40$ ;  $40$  a  $65$  y  $> 65$  años), *grado de sobrepeso* (IMC:  $25,0$  a  $29,9$ ;  $30$  a  $34,9$  y  $35$  kg/m<sup>2</sup>) y *tiempo transcurrido* entre la visita inicial y el primer control ( $2$ ,  $3$  o  $4$  semanas).

### Recolección de los datos y análisis estadístico:

Los datos recolectados fueron procesados en forma sistematizada mediante la utilización de planillas de cálculo Microsoft Excel 97 y vínculos dinámicos al procesador de textos Microsoft Word. Los resultados se manejaron con el paquete estadístico SPSS 15.0. Para todas las variables se estableció la distribución de frecuencias y/o porcentajes en relación con el total de casos. Para aquellas medidas en escala ordinal o superior, se computaron las siguientes estadísticas: número de casos, media aritmética y desvío estándar. Se estimaron los intervalos de confianza (IC) del 95%, y las siguientes pruebas de significación: Test de X<sup>2</sup>, Test de Fisher y Coeficiente de correlación de Pearson o de Spearman, según el tamaño muestral, siendo establecido el nivel de significación en  $\alpha = 0,05$ .

Dicho estudio siguió las consideraciones éticas de la declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité de Revisión Institucional de FIEEM.

### Resultados

Del total de mujeres analizadas (n=112) la edad promedio fue de  $45,8 \pm 14,2$  años. Presentaron un IMC

**TABLA DE RESULTADOS**  
Tabla 1: Caracterización de la muestra

Características	n	%
Edad	< 40 años	44 39,3
	40 a 65 años	55 49,1
	> 65 años	13 11,6
IMC	Sobrepeso	67 59,8
	Obesidad grado I	30 26,8
	Obesidad Grado II	15 13,4
Tiempo transcurrido al 1° control	2 semanas	45 40,2
	3 semanas	46 41,1
	4 semanas	21 18,7
Percepción adherencia	$\leq 50\%$	7 6,3
	60 al 70%	52 46,4
	> 70%	53 47,3
% de pérdida de peso semanal	< 1%	69 61,6
	$\geq 1\%$	43 38,4

de  $30,0 \pm 4,3$  kg/m<sup>2</sup>, encontrándose la mayoría de la muestra en la categoría de sobrepeso (59,8%).

La pérdida promedio de peso entre la visita inicial y el primer control fue de  $1,38 \pm 0,49\%$  semanal, observándose que el 61,6% de la muestra descendió menos del 1% semanal con respecto a su peso inicial. La frecuencia de control más elegida por las pacientes fue cada 2 semanas y 3 semanas (40,2% y 41,1% respectivamente).

La percepción de la adherencia al tratamiento auto-reportada por las pacientes fue del  $74 \pm 12\%$ , refiriendo una adherencia superior al 70% el 47,3% de la muestra, mientras que un 46,4% reportaron entre 60 y 70% (Ver Tabla 1).

La mayoría de las pacientes que descendieron por semana 1% ó más del peso corporal inicial (27,7%), fueron las que presentaron una percepción de la adherencia al tratamiento mayor al 70% ( $p < 0,001$ ) (Ver Tabla 2).

Tabla 2: Pérdida de peso semanal según percepción de la adherencia

Pérdida de peso semanal		< al 1%		$\geq$ al 1%	
		n	%	n	%
Percepción de la adherencia	$\leq 50\%$	4	3,6	3	2,7
	60 al 70%	43	38,4	9	8,0
	> 70%	22	19,6	31	27,7

$$\chi^2 = 18,8 \quad p < 0,001$$

En el análisis de las variables a controlar, no se observó asociación entre la percepción de la adherencia al tratamiento y los rangos de edad ( $p=0,94$ ), el grado de sobrepeso u obesidad ( $p=0,058$ ) o con el tiempo transcurrido hasta el primer control ( $p=0,153$ ) (Ver Tabla 3).

En el análisis univariado la percepción de la adherencia al tratamiento, según el valor de  $r^2$ , explica en un 9,8% la pérdida de peso semanal ( $r: 0.313$ ), indicando que a medida que el porcentaje de adherencia al tratamiento se incrementa en un 10%, la pérdida de peso semanal aumentará en 0.31% (Ver Tabla 4).

## Discusión

A pesar de la fuerte evidencia que demuestra el vínculo entre una dieta inadecuada y un modo de vida sedentario, con el aumento de la prevalencia de

las enfermedades crónicas no transmisibles y las altas tasas de morbimortalidad debido a la enfermedad cardiovascular, se puede observar beneficios modestos asociados a las intervenciones nutricionales conservadoras. La baja adhesión ha sido señalada como un factor determinante de ese proceso (18).

La mayoría de los estudios reportan un porcentaje bajo de adherencia a largo plazo. En nuestra investigación, la auto-percepción de la adherencia al tratamiento dietético y al ejercicio físico en forma conjunta, fue mayor al 70% para el 47,3% de las mujeres estudiadas.

En el trabajo llevado a cabo por Balas-Nakash y colaboradores sobre mujeres embarazadas con diabetes, se reportó una adherencia que varió entre el 41,9 y el 37,7% (17).

Tabla 3: Auto percepción de la adherencia al tratamiento según edad, IMC y tiempo transcurrido al primer control

Percepción de la adherencia	n	≤ al 50%		60 al 70%		> al 70%	
		n	%	n	%	n	%
Edad	< 40 años	3	2,7	22	19,6	19	16,9
	40 a 65 años	3	2,7	25	22,3	5	4,5
	> 65 años	19	16,9	27	24,1	7	6,2
IMC	Sobrepeso	3	2,7	28	25,0	36	32,1
	Obesidad grado I	4	3,6	18	16,1	8	7,1
	Obesidad Grado II	0	0	6	5,3	9	8,0
Tiempo transcurrido al primer control	2 semanas	4	3,6	15	13,4	26	23,2
	3 semanas	1	0,9	26	23,2	19	16,9
	4 semanas	2	1,8	11	9,8	8	7,1

Tabla 4: Medidas simétricas

		Valor	Error típ. asint.(a)	T aproximada(b)	Sig. Aproximada
Nominal por nominal	Phi	,411			,000
	V de Cramer	,411			,000
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,313	,096	3,460	,001(c)
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,351	,092	3,926	,000(c)
N de casos válidos		112			

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c Basada en la aproximación normal.

### Resumen del modelo(b)

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ . de la estimación
1	,313(a)	,098	,090	,466

a Variables predictoras: (Constante), % de Adherencia

b Variable dependiente: % pérdida de peso semanal

Recientemente Dansinger et al. estudiaron la adherencia y efectividad sobre la reducción del peso y mejoría de factores de riesgo cardiovascular de cuatro dietas utilizadas en Estados Unidos: Atkins (restricción de carbohidratos), Zone (balance de macronutrientes), Weight Watchers (restricción calórica) y Ornish (restricción de grasa). Todas indujeron un modesto descenso de peso corporal que se correlacionó significativamente con la adherencia a la dieta, pero no con el tipo de ésta. No obstante, ninguna de las dietas logró una adherencia adecuada (19).

Según nuestro estudio, al determinar la adherencia al tratamiento nutricional en mujeres con sobrepeso u obesidad, a mayor percepción de la adherencia al tratamiento, mayor fue el porcentaje de pérdida de peso semanal ( $r: 0,351$ ;  $p < 0,001$ ).

En un trabajo realizado por Acharya y su equipo (20), con la finalidad de describir la adherencia de pacientes adultos obesos a múltiples componentes terapéuticos (asistencia, consumo calórico, ejercicio físico) y su influencia sobre la pérdida de peso, se observó una disminución significativa en la adherencia al tratamiento de cada componente en el tiempo. La mayoría de estos pacientes presentaron una percepción de adherencia superior al 70%. La adhesión a la asistencia, el autocontrol y el consumo de energía se asociaron significativamente con la mayor pérdida de peso ( $p < 0,05$ ). Si bien la adhesión a la asistencia y el ejercicio se mantuvo significativamente asociada con la pérdida de peso, la adhesión a cada componente del tratamiento disminuyó a medida que se redujo la intensidad de la intervención.

Es nuestro trabajo se pudo observar que la preferencia de las mujeres, acerca del tiempo transcurrido para el primer control fue 15 y 20 días (40,2% y 41,1% respectivamente). A su vez, las mujeres con sobrepeso fueron las que más percepción de adherencia tuvieron, en contraposición con las mujeres con algún grado de obesidad, aunque no se observaron diferencias significativas.

Para mejorar la adherencia a la terapia, se debe informar ampliamente al paciente e involucrarlo activamente en la negociación y decisión de las medidas terapéuticas. Por otra parte, todo el equipo de

salud deberá implementar herramientas de utilidad para disminuir la no-adherencia (13).

Factores tales como la periodicidad de los controles, la motivación constante por los miembros del equipo tratante, y el tipo de programa que se lleve a cabo, favorecen la adherencia de los pacientes, permitiendo tener una baja deserción de los mismos al tratamiento (21).

Es de esperar que cada vez sean mayores los apoyos para la realización de estudios multicéntricos aleatorios, que permitan consensuar el tipo de tratamiento seguro y eficaz en poblaciones con diferentes patrones culturales, incluyendo a los países latinoamericanos (18).

### Limitaciones del Estudio

La primera limitación del estudio se refiere al tamaño muestral, pudiendo ser este un factor a considerar frente a posibles resultados que podrían haber dado significativos (percepción de la adherencia al tratamiento vs grado de sobrepeso u obesidad  $p=0,058$ ).

La segunda limitación se refiere a la validez de la percepción como un indicador de adherencia al tratamiento. Este auto-reporte fue considerado como referencia en base a estudios previos en el área (21). Se sugiere en estudios futuros, diferenciar la adherencia para cada una de las conductas tales como seguir un plan de alimentación y hacer ejercicio físico, de manera de poder observar el peso relativo que tiene la adherencia a cada uno de ellos en el tratamiento integral.

Finalmente, es posible cuestionarse respecto a la estabilidad o constancia de la adherencia en el tiempo. A tal efecto es importante poder replicar el trabajo en cada uno de los controles del tratamiento, observando cuáles son los cambios que se experimentan con el transcurso del tiempo. A tal efecto se recomienda a los profesionales, medir la adherencia en cada uno de los controles de los pacientes, y fundamentalmente registrar los datos encontrados, de manera de poder duplicar trabajos y ampliar las evidencias encontradas.

### Conclusiones

La obesidad es actualmente una epidemia en gran parte del mundo. Los pacientes presentan una

baja adherencia al tratamiento y la tasa de abandono es alta, condicionando así el resultado final.

En este trabajo llevado a cabo sobre mujeres adultas, se pudo observar asociación entre la pérdida de peso semanal y la auto percepción de la adherencia al tratamiento. A su vez, cuanto mayor fue la percepción de adherencia al tratamiento, mayor fue

la pérdida de peso semanal, independientemente de los rangos de edad, las categorías del IMC y el tiempo transcurrido hasta el primer control.

La consejería nutricional permite promover y mejorar la adherencia al tratamiento, ya que puede influir en la conducta del paciente para mejorar la adopción de habilidades de autocuidado ■

## Referencias bibliográficas ::::::::::::::::::::

- World Health Statistics 2010. World Health Organization 2010.
- ENNyS, Documento de Resultados, 2006, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
- Schargrotsky H, Hernández-Hernández R et al. CARMELA: assessment of cardiovascular risk in seven Latin American cities. *Am J Med.* 2008; 121(1):58-65.
- Ferrante D, Virgolini M. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005: Resultados principales de la Prevalencia de Factores de Riesgo en la Argentina. *Rev Arg Cardiol.* 2007; 75:20-29.
- Katz M, Cappelletti AM, Viñuales M, De La Plaza M, Langellotti A, Lerotich V y col. Análisis crítico de la dietoterapia anti-obesidad: hacia una posición SAN. *Actualización en Nutrición* 2010; 11 (4): 258-272.
- García-García E, De la Llata-Romero M, Kaufer-Horwitz M, Tusié-Luna MT, Calzada-León R, Vazquez-Velazquez V y col. La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. *Rev. Salud Pública de México* 2008; 50 (6): 530-547.
- Cuevas AM, Reyes MS. Lo último en diagnóstico y tratamiento de la obesidad. ¿Hay lugar aún para la terapia conservadora? *Revista Médica Chile* 2005; 133: 713-722.
- Brosens C. Barreras en la adherencia al tratamiento de la obesidad. *Evid. Actual. Práct. Ambul* 2009; 12 (3): 116-117.
- WHO. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2004.
- Torresani ME, Somoza MI. Adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas. En *Cuidado Nutricional Cardiometabólico*. Akadia 2011; Buenos Aires. Argentina. 1ª Edición. Capítulo 3: 209-223.
- Facchini M. Cambio de conductas en tratamientos de larga duración. Relación médico-paciente. *Medicina* 2004; 64 (6): 550-554.
- Duncan DT, Wolin KY, Scharoun-Lee M, Ding EL, Warner ET, Bennett GG. Does perception equal reality? Weight misperception in relation to weight-related attitudes and behaviors among overweight and obese US adults. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2011; 22: 8-20.
- Silva GE, Galeano E, Correa J. Compliance with the treatment implications of non compliance. *Hot Tepic. Act Med Colomb* 2005; 30 (4): 268-273.
- Bandura A. Self- efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist* 1982; 2: 122-147.
- Grembowski D, Patrick D, Diehr P, Durham M, Beresford S, Kay E and Hecht J. Self-efficacy and behavior among older adults. *Journal of Health and Social Behavior* 1993; 34: 89-104.
- Balas-Nakash M, Rodríguez-Cano A, Muñoz-Manrique C, Vásquez-Peña P, Perichart-Perer O. Tres métodos para medir la adherencia a un programa de terapia médica y nutricia en mujeres embarazadas con diabetes y su asociación con el control glucémico. *Revista de Investigación Clínica* 2010; 62 (3): 235-243.
- Organización Mundial de la Salud (OMS): Energy and protein requirements. Report of a joint FAO/WHO/ONU expert consultation. Technical report series 724. World Health Organization Ginebra 1985: 71-80.
- Guimarães NG. Aconselhamento nutricional em grupo para adultos com excesso de peso e co-morbidades: adesão, repercussões clínicas e metabólicas. Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Nutrição, 2006.

- 19 Dansinger ML, Gleason JA, Griffith JL, Selker HP, Schaefer EJ. Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone diets for weight loss and heart disease risk reduction: a randomized trial. *JAMA* 2005; 293: 43-53.
- 20 Acharya SD, Elci OU, Sereika SM, Music E, Styn MA, Warziski Turk M et al. Adherence to a behavioral weight loss treatment program enhances weight loss and improvements in biomarkers. *Patient preference and adherence* 2009; 3:151-60.
- 21 Moreno GM, Manrique EM, Guzmán BS, Maiz GA, Patiño ZC, Valdés CR y col. Cambios en los factores de riesgo metabólicos en pacientes obesos en tratamiento. *Rev. Méd. Chile* 2000; 128 (2):

