

El cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria (ACTA). Desarrollo y propiedades psicométricas

L. Beato Fernández^a y T. Rodríguez Cano^b

^a Unidad de Trastornos Alimentarios. ^{a,b} Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Ciudad Real

Attitudes towards change in eating disorders (ACTA). Development and psychometric properties

Resumen

Introducción. El objetivo del estudio era desarrollar un cuestionario en español para evaluar la actitud frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria (ACTA) y analizar su fiabilidad y validez en una muestra de pacientes que sufren este trastorno.

Métodos. El cuestionario se elaboró siguiendo el modelo transteórico de los estados del cambio de Prochaska y DiClemente y a partir de información clínica registrada sistemáticamente acerca de las cogniciones, emociones y conductas del paciente relacionadas con el trastorno. Se administró a 186 pacientes diagnosticadas de algún trastorno alimentario según criterios del DSM-IV, iniciándose posteriormente el proceso de depuración y validación. Además se usaron otros cuestionarios autoaplicados para evaluar la psicopatología alimentaria, el Eating Attitudes Test (EAT), Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE), Eating Disorders Inventory (EDI-2) y el Body Shape Questionnaire (BSQ).

Resultados. La versión final constaba de 59 ítems distribuidos en seis subescalas: precontemplación, contemplación, decisión, acción, mantenimiento y recaída, todas ellas con una consistencia interna mayor de 0,70 y que se correspondían de forma bastante aproximada con los seis factores extraídos en el análisis factorial. Además las subescalas se correlacionaban de forma lógica entre sí y con los cuestionarios que miden la psicopatología alimentaria.

Conclusiones. Los presentes resultados sugieren que el ACTA es un instrumento de fácil administración con adecuada fiabilidad y validez, cuyo empleo dentro del enfoque motivacional podría aportar información de utilidad en cuanto al conocimiento del proceso terapéutico.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa. Bulimia nerviosa. Terapia motivacional. Validación de cuestionarios. Evaluación de la motivación. Actitud frente al cambio. ACTA.

Summary

Introduction. The aim of the present study was the development of a self-reported instrument in Spanish to assess attitudes towards change in eating disorders (ACTA) and to analyze its reliability and validity.

Methods. The questionnaire was elaborated following the transtheoretical approach of stages of changes, proposed by Prochaska and DiClemente and using the clinical records systematically registered regarding patients cognitions, behaviors and emotions related to the disorder. It was administered to 186 patients who were diagnosed an eating disorder according DSM-IV criteria. Subsequently, the process of refinement and validation of the scale was initiated. Moreover, a set of self-reported instruments was used to assess the eating disorder psychopathology: the Eating Attitudes Test (EAT), the Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE), the Eating Disorders Inventory (EDI-2) and the Body Shape Questionnaire (BSQ).

Results. The final version consisted of 59 items divided into six subscales: precontemplation, contemplation, determination, action, maintenance and relapse. All of them showed an internal consistency over 0.70 which corresponded to the six factor obtained after the factorial analysis. Furthermore, the subscales were logically correlated to each other and to the questionnaires measuring eating psychopathology.

Conclusions. The present results suggest that the ACTA be an easily administered, reliable and valid questionnaire, which could be used within the motivational approach. This could provide interesting information regarding the knowledge of the therapeutic process.

Key words: Eating disorders. Anorexia nervosa. Bulimia nervosa. Motivational enhancement therapy. Questionnaire validation. Motivation assessment. Attitude towards change. ACTA.

Correspondencia:

Luis Beato Fernández
Unidad de Trastornos Alimentarios
Servicio de Psiquiatría
Hospital del Carmen
Ronda del Carmen, s/n
13004 Ciudad Real
Correo electrónico: lbeato@terra.es

INTRODUCCIÓN

La motivación ante el tratamiento en los pacientes que sufren un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) es un aspecto que está despertando gran interés en los últimos años y puede tener relevancia en cuanto al pronós-

tico y la respuesta al tratamiento¹⁻⁵. No obstante, el análisis y evaluación de la motivación aún plantea múltiples dificultades conceptuales y metodológicas.

Miller y Rollnick definen operativamente la motivación como *un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, que puede fluctuar y se ve influido por múltiples factores, pero que lleva a aumentar la probabilidad de que una persona inicie, continúe y se comprometa con una estrategia específica para el cambio*⁶. Estos autores se basaron en el modelo transteórico del cambio propuesto por Prochaska y DiClemente. Según dicho modelo para cambiar su conducta los individuos van pasando a través de cinco o seis *estados del cambio*: 1. *precontemplación*: no reconocen que tienen un problema o la necesidad de cambio; 2. *contemplación*: saben que tienen un problema, pero aún no han decidido cambiar. Esta fase se caracteriza por ambivalencia extrema, sopesándose continuamente los pros y contras de abandonar la conducta problemática; 3. *decisión o preparación*: hay una determinación futura de cambiar, pero aún no se ha iniciado; 4. *acción*: el individuo comienza a modificar sus hábitos; 5. *mantenimiento*: se alcanza el cambio, y 6. *recaída*: es considerada como una fase más dentro del proceso que conlleva al cambio. Durante los estados del cambio se ponen de manifiesto diferentes procesos del cambio, actividades que favorecen la progresión a través de dichos estados. Los autores identificaron 10 procesos del cambio⁷. Según este enfoque todo proceso de cambio no es lineal, pues los distintos estados se van alternando y pueden seguir un patrón de «puerta giratoria» hasta culminar con la modificación definitiva de la conducta disfuncional. La separación de cada una de las fases no es nítida. De hecho, un mismo paciente puede mostrar simultáneamente pensamientos o conductas características de diferentes etapas y, más aún, la alternancia de cada una de ellas puede ser extremadamente rápida, viéndose influida de forma inmediata por variables del entorno. Esto conlleva dificultades metodológicas a la hora de diseñar instrumentos que ayuden a analizar la motivación ante el tratamiento en pacientes con un TCA.

Hasta el presente la mayoría de instrumentos utilizados para evaluar la motivación frente al cambio en los TCA son adaptaciones de cuestionarios diseñados para conductas adictivas y otras conductas problema⁸⁻¹⁰. Entre los escasos cuestionarios elaborados originariamente para los TCA se halla el ANSOCQ (*Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire*)⁵, específico para la anorexia nerviosa y el RMI (*The Readiness and Motivation Interview*)¹¹ entrevista estructurada interactiva que requiere un entrenamiento. No conocemos la publicación de estudios rigurosos de validación en nuestro idioma de ninguno de ellos.

El objetivo de la presente investigación fue elaborar un cuestionario en español de actitudes ante el cambio en pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria (ACTA), basado en el planteamiento teórico de las fases del cambio propuesto por Prochaska y DiClemente, e iniciar el proceso de validación, analizando sus

propiedades psicométricas, así como la estructura de sus componentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Elaboración del cuestionario

La elaboración del cuestionario fue resultado de la exploración sistemática de las fases del cambio en pacientes que recibían tratamiento por un TCA. Las diferentes actitudes, cogniciones, emociones o tipos de relaciones establecidas respecto al trastorno o al tratamiento fueron tipificadas y clasificadas en alguna de las fases del cambio. La información fue obtenida a través de la entrevista clínica y el seguimiento del paciente por un equipo experimentado y conocedor del modelo de los procesos del cambio. Esto permitió un registro sistemático y la posterior redacción de un cuestionario preliminar, siguiendo las recomendaciones extraídas de la bibliografía relevante sobre aspectos metodológicos relativos a la medida de la salud¹².

El cuestionario inicial lo componían 74 preguntas puntuables en cinco niveles de respuesta tipo Likert¹³, ordinales. La gradación de cada una de las cuestiones en esta escala con cinco posibles puntuaciones se ajustaba mejor a la variabilidad de los procesos del cambio. Las situaciones que se planteaban no se reducían a valoraciones del tipo «todo/nada», sino que eran estados más o menos perdurables que podían oscilar entre ambos extremos. Por tanto, en el cuestionario se proponía al sujeto graduar su respuesta en función de la frecuencia con que valoraba la experiencia cuestionada («No/nunca [0], Rara vez [1], A veces [2], Frecuentemente [3] o Sí/siempre [4]»). Establecimos un valor central («A veces») de manera que podría aglutinar hábitos poco específicos o que podían suponer un sesgo, tanto si se desplazaban hacia las columnas que indicaban su presencia («Sí/siempre» o «Frecuentemente») como si lo hacían hacia las que indicaban su ausencia («No/nunca» o «Rara vez»).

Teniendo en cuenta la variabilidad ante hechos significativos en el entorno del paciente que podrían modificar temporalmente las actitudes ante el cambio de un sujeto e intentando disminuir la subjetividad en las respuestas, especificamos que nos interesaba conocer «tu situación en los últimos días». La presencia frecuente de una determinada conducta recibió la máxima puntuación (4) y su ausencia la menor (0). En cinco cuestiones la puntuación era inversa. Por otra parte podría ocurrir que la situación descrita no se ajustara bien al estado «actual» del encuestado. En estos casos se recomendaba que puntuaran en la casilla correspondiente a «No/nunca».

Descripción de las subescalas

La subescala de *precontemplación*, compuesta inicialmente de 12 ítems, hace referencia al rechazo a considerar la presencia de una enfermedad. Las molestias o las recomendaciones terapéuticas se atribuyen a malentendidos o a situaciones equívocas, pero nunca se acepta la

posibilidad de un diagnóstico probable de trastorno alimentario. La subescala de *contemplación* refleja, a través de 14 ítems iniciales, un estado en el que el sujeto reconoce su problema alimentario. Toma conciencia de que tiene dificultades, aunque pueda minusvalorar su importancia o no reconocer un verdadero trastorno. El sujeto no muestra la determinación de empezar a corregirlas. La subescala de *decisión* con frecuencia es indistinguible en algunos sujetos del estadio de contemplación. Como señalamos previamente, la diferencia está en que «se ha puesto fecha» al inicio del cambio. La componían inicialmente también 14 cuestiones. La subescala de *acción* refleja el cambio en distintas áreas: cognitiva (pensamientos positivos hacia la resolución de su trastorno), conductual (modificación de hábitos por otros más saludables) y afectiva (se percibe el problema como un hecho desagradable que hay que modificar). Esta escala constaba inicialmente de 16 cuestiones. La subescala de *mantenimiento* evalúa la estabilidad de los logros conseguidos en la fase de acción. Esta etapa también se encuentra muy solapada con la anterior fase y consta de 10 preguntas. Por último, la subescala de *re-caída* tiene un comportamiento independiente al de las otras escalas. Puede mostrar diferentes puntuaciones sin relación con la fase en la que se encuentre el sujeto. Esta subescala va a medir la percepción que el propio sujeto tiene del proceso de cambio, independientemente del estado motivacional en el que se encuentre. Es una valoración subjetiva de empeoramiento que puede presentar el sujeto entrevistado. La constituyen siete cuestiones y ninguna puntúa en sentido inverso.

Procedimiento

El estudio se realizó en tres etapas:

1. *Primera etapa.* Para estudiar la validez de contenido la versión inicial fue revisada por algunos expertos. Se realizó un estudio piloto para evaluar la viabilidad del cuestionario, el cual fue distribuido entre un grupo de pacientes y entre población normal. A todos ellos se les preguntó si las cuestiones eran claras e inteligibles con el fin reducir aquellas preguntas cuya comprensión era baja. Para esta fase del estudio se añadieron a las preguntas iniciales del cuestionario 10 más que eran poco inteligibles con objeto de controlar la posibilidad de que los individuos indicaran que entendían la pregunta sin considerar cuidadosamente su contenido. Los sujetos que dijeron entender más del 50% de estas preguntas no inteligibles fueron excluidos del análisis.
2. *Segunda etapa.* Se administró la escala a una muestra de pacientes con TCA para calcular la validez de constructo, consistencia interna y fiabilidad y se volvió a administrar tras dos semanas para calcular la fiabilidad test-retest.
3. *Tercera etapa.* Consiste en el estudio longitudinal de la muestra con el fin de evaluar su validez pronóstica. Los hallazgos preliminares han sido objeto de otra publicación.

Sujetos

La muestra estaba constituida por 186 pacientes que acudieron consecutivamente para recibir tratamiento a la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Complejo Hospitalario de Ciudad Real durante los años 2000 y 2001. La edad media era de $22,38 \pm 6,83$, siendo predominantemente mujeres (97,3%). La mayoría tenían estudios secundarios ($n = 86, 46,2\%$), 44 (23,7%) estudios primarios, 42 (22,6%) estudios medios y 8 (4,3%) superiores. Un paciente no finalizó los estudios primarios. En cuanto al estado civil, la mayoría, 112 (60,2%), estaban solteras sin pareja, 41 (22%) tenían novio, 24 (12,9%) estaban casadas, dos (1,1%) divorciadas con nueva pareja y una (0,5%) divorciada sin pareja. Los diagnósticos que recibieron, según criterios del DSM-IV¹⁴, fueron por orden de frecuencia: trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE: 67, 36%), bulimia purgativa (BP: 58, 31,2%), anorexia restrictiva (AR: 34, 18,3%), anorexia purgativa (AP:14, 7,5%) y bulimia no purgativa (BNP:13, 7%). El tiempo medio de evolución del trastorno era de 54,67 meses (rango: 2 a 300), iniciando algo más de la mitad de los pacientes el tratamiento en ese momento ($n = 104, 55,9\%$). Cuarenta pacientes (21,5%) habían realizado algún tratamiento previo de 1 a 5 años antes, 24 (12,9%) en el año anterior y 18 (9,7%) más de 5 años antes.

Ninguna de las pacientes incluidas presentaba complicaciones físicas asociadas a su estado nutricional (obesidad, diabetes mellitus o alteraciones lipídicas) u otras alteraciones orgánicas que requirieran cuidados o tratamientos específicos. Fueron excluidas, asimismo, pacientes que presentaban sintomatología depresiva moderada o grave, síntomas de ansiedad intensos u otra psicopatología diferente a la de su trastorno alimentario. Ninguna de las pacientes estaba a la vez incluida en otro programa de tratamiento diferente al llevado en nuestro centro. Todas las intervenciones terapéuticas, el tratamiento farmacológico concomitante y las modificaciones en su tratamiento eran registrados en su historia clínica.

Instrumentos

Las pacientes fueron evaluadas por un psiquiatra experimentado y el diagnóstico se realizó según los criterios del DSM-IV para los TCA. Como parte del examen, se les administró un cuestionario semiestructurado sobre variables sociodemográficas y clínicas. Se utilizaron además una serie de cuestionarios autoadministrados para la detección de psicopatología alimentaria:

*EAT-40. Eating Attitudes Test*¹⁵ ha sido validado para población española¹⁶. Valora diferentes síntomas relacionados con la anorexia, analizando tres factores: control oral, dieta y bulimia. Además proporciona un índice de la severidad del trastorno. Las puntuaciones pueden oscilar de 0 a 120, siendo 30 el punto de corte para población de riesgo.

BITE. Se utilizó la versión española del *Bulimic Investigatory Test Edinburgh*^{17,18}, de 33 ítems, que identifica los síntomas y la gravedad de las conductas bulímicas mediante dos subescalas. Las puntuaciones mayores o iguales a 20 indican la de un patrón alimentario anómalo y la presencia de atracones, por tanto, una alta probabilidad del diagnóstico de bulimia.

EDI-2. El *Eating Disorder Inventory* es un cuestionario autoadministrado que evalúa 11 escalas diferentes relacionadas con los TCA. El instrumento original¹⁹ incluía tres escalas que evaluaban actitudes y conductas relacionadas con la comida y la imagen corporal y otras cinco más generales referidas a rasgos psicológicos clínicamente relevantes (ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva y miedo a la madurez). La versión revisada (EDI-2) validada en español²⁰ añade otras tres escalas (ascetismo, impulsividad e inseguridad social).

BSQ. El *Body Shape Questionnaire*^{21,22} es un cuestionario autoadministrado que evalúa el grado de insatisfacción con la imagen corporal, siendo su punto de corte 105.

Análisis estadístico

La depuración de las subescalas se realizó mediante una prueba de homogeneidad y su fiabilidad fue analizada con el coeficiente alfa de Cronbach. La reproducibilidad se evaluó mediante el coeficiente de correlación intraclase. Para analizar la estructura interna (validez de constructo) de la escala se utilizó el análisis factorial con el método de los componentes principales y rotación oblimin. Para la extracción de factores se empleó el criterio *a priori* con objeto de probar si la estructura factorial del cuestionario se correspondía con las seis subescalas previamente descritas. Con un nivel de significación del 0,05 y una potencia del 80% se seleccionaron las cargas factoriales mayores o iguales a $\pm 0,40$ para la inclusión de ítems en un factor. Cuando un ítem presentaba cargas mayores de 0,40 para dos factores se incluyó en aquel cuya puntuación era mayor. Por otra parte, en algún caso se consideró como aceptable una carga factorial mayor de 0,30 cuando un ítem no podía ser incluido en alguno de los factores utilizando el criterio de 0,40. El análisis estadístico se realizó utilizando el programa SPSS versión 10.0 para Windows²³.

RESULTADOS

Depuración y fiabilidad de la escala

La depuración de cada subescala se realizó excluyendo aquellos ítems que correlacionaron bajo con la puntuación total (baja homogeneidad) y su eliminación mejorara la fiabilidad total de la subescala. Igualmente se mantuvieron los elementos cuya correlación con su propia subescala era mayor que con cualquier otra de las escalas. En la **tabla 1** se muestra la fiabilidad alfa de cada subescala antes y después de eliminar los ítems que menos correlacionaban. De los 74 ítems iniciales, se eliminaron 15, quedando finalmente 59 ítems (**anexo 1**). Los coeficientes de consistencia interna obtenidos en esta muestra fueron altos ($>0,72$; $p < 0,001$) para todas las subescalas, indicando una adecuada homogeneidad entre los ítems que las componían.

La **tabla 1** también muestra los coeficientes de correlación intraclase que miden la fiabilidad test-retest de las subescalas del cuestionario. Dichos coeficientes fueron en general 0,72, salvo para las subescalas de acción (0,6411) y recaída (0,6899).

Validación estructural de la escala (validez de constructo)

La matriz de correlaciones de los 59 ítems en que quedó simplificada la escala mostró un índice de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin de 0,816, lo cual indica una alta intercorrelación y por tanto que el análisis factorial era una técnica útil. La prueba de esfericidad de Barlett indicó que el determinante de la matriz de correlaciones era significativamente distinto de 1 ($p < 0,001$), por lo que el análisis factorial de los ítems tiene sentido. En el análisis de la varianza utilizando el método de los componentes principales con rotación oblimin se observó que los seis factores obtenidos explicaban el 52,217% de la varianza. La **tabla 2** muestra la matriz de estructura de los componentes, así como el autovalor y porcentaje de la varianza explicado por cada uno de los seis factores. Todos los ítems de la subescala de recaída (R) presentaron valores de coordenadas elevados para el primer factor, el cual explica el 22,63% de la varianza. Igualmente todos los ítems de la subescala de precontemplación (P) presentaban valores elevados

TABLA 1. Coeficiente de consistencia interna α de Cronbach y de correlación intraclase para las subescalas del cuestionario ACTA

	α de Cronbach inicial	Ítems eliminados	α de Cronbach final	Test-retest
Precontemplación	12 ítems = 0,8526	13, 19	0,8859	0,7827
Contemplación	14 ítems = 0,7399	1, 8, 73	0,7429	0,8411
Decisión	14 ítems = 0,7768	5, 14, 17	0,7851	0,8644
Acción	16 ítems = 0,8084	25, 28, 39, 45, 51, 66	0,8663	0,6411
Mantenimiento	10 ítems = 0,9007	Ninguno	0,9007	0,8813
Recaída	7 ítems = 0,8785	Ninguno	0,8785	0,7445

ANEXO 1. ACTA

Instrucciones

A continuación se señalan una serie de situaciones, pensamientos o experiencias que pueden ser habituales para ti. Piensa en cada una de ellas y señala con una cruz sobre la casilla que mejor se corresponda a *tu situación en los últimos días*.

Posiblemente muchas de las experiencias descritas *no se ajusten bien* a tu estado actual, en este caso es *preferible* que señales en la columna correspondiente al *no/nunca*.

	No/ nunca	Rara vez	A veces	Frecuente- mente	Sí/ siempre
1. Hay momentos en que consigo no tener mi pensamiento en la comida	<input type="checkbox"/>				
2. No tengo ningún problema, lo único que ocurre es que no me dejan en paz	<input type="checkbox"/>				
3. Soy capaz de comer algo «extra» pensando en salir de mi enfermedad	<input type="checkbox"/>				
4. Me aterroriza el efecto que la comida produce en mi cuerpo	<input type="checkbox"/>				
5. Puedo estar relajada y contenta aun cuando tengo que comer en público	<input type="checkbox"/>				
6. Puedo vestirme sin que me angustie cómo me queda la ropa	<input type="checkbox"/>				
7. Aunque me insistan, no voy a cambiar ninguno de mis hábitos alimentarios	<input type="checkbox"/>				
8. Ahora ya puedo decir que he pasado esta enfermedad	<input type="checkbox"/>				
9. En mi mente hay dos personas, una, la enferma, que SIEMPRE me domina, y otra la sana	<input type="checkbox"/>				
10. Puedo mirar mis obsesiones como algo que ya es del pasado	<input type="checkbox"/>				
11. Los demás están exagerando todo lo que me ocurre	<input type="checkbox"/>				
12. Para salir con mis amigos me influye si vamos o no a comer	<input type="checkbox"/>				
13. Dudo sobre si los demás llevarán razón respecto a mi problema	<input type="checkbox"/>				
14. Deseo que me dejen en paz con el peso y la comida	<input type="checkbox"/>				
15. Temo que lleguen las horas de las comidas	<input type="checkbox"/>				
16. No tengo ninguna enfermedad, sólo que no quiero estar gorda	<input type="checkbox"/>				
17. Aunque quiero, no puedo cambiar mis hábitos de comida	<input type="checkbox"/>				
18. Después de estar mejor me han vuelto mis obsesiones con la comida	<input type="checkbox"/>				
19. Querría superar mis obsesiones, pero sin cambiar mis hábitos alimentarios	<input type="checkbox"/>				
20. Espero que algún día se cansen de decirme que estoy enferma y necesito ir al médico	<input type="checkbox"/>				
21. Por fin puedo decir que ya estoy curada	<input type="checkbox"/>				
22. He empezado a cambiar mis hábitos alimentarios	<input type="checkbox"/>				
23. Dependo de los demás para empezar a cambiar mi conducta alimentaria	<input type="checkbox"/>				
24. Otra vez he empezado con miedo a la comida o a los atracones y vómitos	<input type="checkbox"/>				
25. Cada vez me encontraría peor si siguiera con mi problema alimentario	<input type="checkbox"/>				
26. Estoy intentando hacer lo que me dicen para curarme	<input type="checkbox"/>				
27. Procuero evitar situaciones que entorpecen mi curación	<input type="checkbox"/>				
28. Puedo comer de todo sin sentir ningún recelo	<input type="checkbox"/>				
29. Ahora no, pero algún día tendré que decidirme a librarme de mi problema	<input type="checkbox"/>				
30. Tengo dudas sobre si tendré de verdad una enfermedad	<input type="checkbox"/>				
31. En un futuro me gustaría empezar a solucionar mis problemas con mi alimentación	<input type="checkbox"/>				
32. No voy a cambiar mis hábitos alimentarios porque me lo diga el médico o mi familia	<input type="checkbox"/>				
33. Aún no lo he decidido, pero si quisiera, empezaría a hacer lo que me dicen que haga	<input type="checkbox"/>				
34. Me preocupa que mi salud esté afectada por mis hábitos de comida, pero ya cambiaré	<input type="checkbox"/>				
35. Leo toda la información que me puede ayudar a curarme	<input type="checkbox"/>				

ANEXO 1. ACTA (Continuación)

	No/ nunca	Rara vez	A veces	Frecuente- mente	Sí/ siempre
36. Aunque aún no lo he hecho, sé lo que tendría que hacer para resolver mi trastorno	<input type="checkbox"/>				
37. Llevo una temporada otra vez más obsesionada con mi aspecto físico	<input type="checkbox"/>				
38. Me veo totalmente dominada por mis obsesiones	<input type="checkbox"/>				
39. No tengo por qué cambiar mis hábitos alimentarios, pertenecen a mi forma de vivir	<input type="checkbox"/>				
40. Tendría que empezar a dejar a un lado mi problema	<input type="checkbox"/>				
41. Estuve mejor, pero he vuelto a estar muy preocupada con la dieta y el aspecto físico	<input type="checkbox"/>				
42. Me cuesta cambiar mi conducta, pero sigo esforzándome por lograrlo	<input type="checkbox"/>				
43. Más adelante empezaré a comer como me están pidiendo	<input type="checkbox"/>				
44. Para solucionar mis obsesiones he cambiado algunas costumbres	<input type="checkbox"/>				
45. Pienso que es peligrosa mi forma actual de comer	<input type="checkbox"/>				
46. Me alegra cuando puedo dominar mis obsesiones	<input type="checkbox"/>				
47. Me esfuerzo en pequeños detalles para superar mi problema	<input type="checkbox"/>				
48. El miedo a ganar peso me paraliza para poder cambiar mi dieta	<input type="checkbox"/>				
49. He vuelto a encontrarme como al principio de la enfermedad	<input type="checkbox"/>				
50. Para sentirme mejor algún día empezaré a solucionar mi problema	<input type="checkbox"/>				
51. Ahora me vuelve a preocupar más que antes que pueda ganar peso	<input type="checkbox"/>				
52. Me alegra cualquier progreso que me mejore de mi enfermedad	<input type="checkbox"/>				
53. Me pregunto si la solución a mi estado estaría en perder peso	<input type="checkbox"/>				
54. Quiero dejar atrás este problema, pero aún no me veo con fuerzas para superarlo	<input type="checkbox"/>				
55. Puedo mantenerme comiendo de todo o sin tener atracones ni vómitos	<input type="checkbox"/>				
56. Es absurdo que quieran obligarme a cambiar mis hábitos alimentarios	<input type="checkbox"/>				
57. Aunque sé que es por mi bien, no quiero empezar todavía a luchar contra mi problema	<input type="checkbox"/>				
58. Pensé que me había curado pero otra vez he vuelto a empeorar	<input type="checkbox"/>				
59. No tengo ningún problema de salud, sólo que me gusta controlar mi peso	<input type="checkbox"/>				

dos para el segundo factor que explicaba el 10,60% de la varianza y todos los ítems de la subescala de acción (A) presentaron cargas altas para el quinto factor que explicaba el 3,24% de la varianza. La mayoría de los ítems de la subescala de decisión presentaban cargas elevadas para el tercer factor que representaba el 8,774% de la varianza. Los ítems correspondientes a la subescala de contemplación presentaron cargas elevadas para el tercer y cuarto factor. Por último, los ítems de la escala de mantenimiento (M) presentaron cargas elevadas predominantemente para el sexto factor. Posteriormente se analizaron otros modelos posibles. La inclusión de nuevos factores no facilitó la aparición de factores más diferenciados que en el modelo de seis y sí factores con un escaso número de ítems, difícilmente interpretables. La inclusión de cinco factores no contribuyó a clarificar la información. En resumen, nuestros resultados indican que los factores identificados como primero, segundo y quinto se correspondían con las subescalas previamente

definidas desde el punto de vista teórico clínico como: precontemplación, acción y recaída. El sexto factor se correspondía de forma bastante aproximada con la subescala de mantenimiento. La subescala de contemplación fue más difícil de delimitar de la subescala de decisión.

Estadística descriptiva e intercorrelaciones de las subescalas

La muestra total presentaba puntuaciones medias más elevadas en la subescala de acción, seguida, por este orden, de decisión, recaída, contemplación, mantenimiento y precontemplación (tabla 3). Aunque los pacientes puntuaban más alto en alguno de los estados del cambio, tendían a mostrar también puntuaciones elevadas en otras subescalas relacionadas, tal y como indican los coeficientes de correlación de Pearson reflejados en la tabla 4. Como era de esperar, se encontró una modera-

TABLA 2. Matriz de estructura de los componentes

1 (autovalor: 13,58; 22,63% de la varianza)			2 (autovalor: 6,36; 10,60% de la varianza)			3 (autovalor: 5,26; 8,77% de la varianza)		
Variable	Carga	Escala	Variable	Carga	Escala	Variable	Carga	Escala
49	0,821	R	70	-0,789	P	20	0,405	C
50	0,752	C	42	-0,732	P	41	0,767	D
54	0,751	R	52	-0,724	P	63	0,725	D
61	0,716	D	74	-0,616	P	43	0,700	C
64	0,690	R	3	-0,577	P	56	0,674	C
24	0,689	D	71	-0,564	D	44	0,661	D
26	0,667	R	10	-0,499	P	38	0,620	C
33	0,667	R	23	-0,367	P	48	0,575	D
6	0,658	C	29	-0,503	P	40	0,433	C
62	0,637	R	16	-0,458	P	53	0,405	D
72	0,572	R	21	-0,402	P	68	0,362	D
4 (autovalor: 2,40; 4,00% de la varianza)			5 (autovalor: 1,94; 3,23% de la varianza)			6 (autovalor: 1,79; 2,98% de la varianza)		
Variable	Carga	Escala	Variable	Carga	Escala	Variable	Carga	Escala
67	0,366	C	60	0,790	A	37	0,549	M
12	-0,545	C	36	0,753	A	18	0,511	M
32	-0,513	D	57	0,716	A	22	0,705	M
58	0,426	C	65	0,682	A	7	0,575	M
			31	0,667	A	9	0,440	M
			59	0,651	A			
			35	0,363	A			
			55	0,626	A			
			47	0,532	A			
			4	0,459	A			
			2	0,441	M			
			15	0,502	M			
			11	0,445	M			
			69	0,437	M			

P: precontemplación; C: contemplación; D: decisión; A: acción; M: mantenimiento; R: recaída.

da/alta correlación positiva entre las subescalas contemplación, decisión y recaída y una moderada correlación inversa entre la subescala de mantenimiento con las de contemplación y decisión. Igualmente la subescala de acción se correlacionaba de forma inversa con precontemplación y recaída y directamente con mantenimiento.

Validez convergente y discriminante

Puesto que en el momento de realizar el estudio no se disponía de otros cuestionarios validados en español

para la evaluación del estado motivacional, la validez convergente se estudió analizando la relación entre las subescalas del ACTA con otras medidas con las que se suponía que dicho instrumento pudiera estar relacionado, como era la psicopatología alimentaria. En líneas generales los resultados revelaron patrones consistentes con las expectativas. En primer lugar hay que destacar que se encontró una alta correlación inversa de la subescala de mantenimiento con el EAT ($r = 0,817$; $p < 0,01$), con la subescala tendencia a la delgadez del EDI ($r = -0,729$; $p < 0,01$) y con el BSQ ($r = -0,530$), así como correlaciones inversas moderadas con el resto de las subescalas

TABLA 3. Estadística descriptiva de las subescalas del ACTA

Subescala	Media	IC 95%	DE	Rango	Amplitud intercuartil	Asimetría	Curtosis
Acción	24,05	23,06-25,03	6,8	2,5-4,0	7,5	-0,534	0,381
Decisión	21,47	20,44-22,51	7,1	0-38,	7,8	-0,503	0,337
Recaída	20,15	20,15-18,54	11,1	0-40	15,72	-0,265	-0,846
Contemplación	18,96	17,91-20,00	7,2	0-32,8	10,00	-0,489	-0,301
Mantenimiento	15,01	13,60-16,42	9,7	0-39	14,00	0,589	-0,628
Precontemplación	13,90	12,67-15,13	8,4	0-34,2	12,29	0,569	-0,414

TABLA 4. Intercorrelaciones entre las subescalas del ACTA

Subescala	Precontemplación	Contemplación	Decisión	Acción	Mantenimiento	Recaída
Precontemplación	1,000	0,397**	0,367**	-0,331**	-0,245**	0,310
R Sig (bilat)		0,000	0,000	0,000	0,001	0,000
Contemplación	0,397**	1,000	0,799**	0,009	-0,514	0,678**
R Sig (bilat)	0,000		0,000	0,900	0,000	0,000
Decisión	0,367**	0,799**	1,000	0,132	-0,437**	0,631**
R sig (bilat)	0,000	0,000		0,073	0,000	0,000
Acción	0,331**	0,009	0,132	1,000	-0,387**	0,157**
R sig (bilat)	0,000	0,900	0,073		0,000	0,033
Mantenimiento	-0,245*	-0,514**	-0,437**	0,387**	1,000	-0,657**
R Sig (bilat)	0,001	0,000	0,000	0,000		0,000
Recaída	0,310**	0,678**	0,631**	-0,157**	-0,657**	1,000
R Sig (bilat)	0,000	0,000	0,000	0,033	0,000	

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

del EDI y las del BITE. Por tanto, los pacientes que puntuaban alto en la subescala de mantenimiento mantenían bajas puntuaciones en los cuestionarios que evalúan la psicopatología alimentaria. La subescala de acción también mostraba pequeñas y moderadas correlaciones inversas con el BSQ y las subescalas del EAT, BITE y EDI. Por el contrario, la subescala de recaída se correlacionaba de forma altamente positiva con el EAT, BITE, BSQ y la tendencia a la delgadez del EDI. La correlación era de pequeña a moderada con el resto de subescalas del EDI, salvo el perfeccionismo, con la que no existía correlación. El patrón de correlaciones era parecido para las subescalas contemplación y decisión, siendo menores para la precontemplación.

En el análisis de la varianza no se encontró ninguna influencia del diagnóstico sobre las puntuaciones en diferentes subescalas, ajustando el efecto de la edad y el tiempo de evolución del trastorno. Puesto que el cuestionario fue diseñado para evaluar la actitud frente al cambio respecto a una conducta patológica, no se llevó a cabo ninguna comparación con la población sana.

DISCUSIÓN

En el presente trabajo se exponen las propiedades psicométricas y hallazgos de interés para la validación del ACTA, primer instrumento desarrollado en español que evalúa la actitud frente al cambio en los pacientes con trastornos alimentarios. A diferencia de anteriores cuestionarios⁸⁻¹⁰, el ACTA posee la ventaja de estar específicamente elaborado para TCA. Es autoadministrado, lo cual es visto por algunos autores como un inconveniente a la hora de evaluar ciertas conductas complejas, pues en ocasiones resulta complicado determinar qué síntoma tiene el paciente en mente cuando cumplimenta el cuestionario²⁴. Sin embargo, tiene la ventaja de su fácil aplicación y por tanto su empleo sistemático es útil en la evaluación inicial y en etapas posteriores del tratamiento. Conocer la actitud frente al cambio en los diferentes momentos de la terapia nos permite una mejor comprensión de cuál es la situación del paciente. Constituye, por

tanto, una herramienta valiosa en el proceso de toma de decisiones clínicas y, en consecuencia, para mejorar los resultados terapéuticos. Por ejemplo, un enfoque exclusivamente cognitivo-conductual aplicado durante una fase en la que el paciente aún no ha contemplado la idea del cambio tiene muchas posibilidades de fracasar. Por ello el examen de la motivación nos permite una mejor adecuación de las intervenciones.

Como se ha descrito anteriormente, las cuestiones de la escala se derivaron de la experiencia clínica con pacientes diagnosticadas de algún TCA y dentro del enfoque de los estados de cambio descritos por Prochaska y DiClemente⁷. De acuerdo con ello se definieron seis subescalas, precontemplación, contemplación, decisión, acción, mantenimiento y recaída, cuyos ítems demostraron una elevada homogeneidad, es decir, una elevada consistencia interna. Asimismo, cuatro de los seis factores extraídos en el análisis factorial se correspondían de forma bastante aproximada con las subescalas definidas desde el punto de vista teórico clínico. Las subescala de contemplación fue más difícil de delimitar de la de decisión, lo cual confirma la dificultad de medir de forma precisa dos estadios cuya independencia conceptual es controvertida. No obstante nosotros las mantuvimos de forma independiente porque nos parece interesante tener en cuenta la diferencia, que radica fundamentalmente en el establecimiento de un plazo para iniciar la acción.

En cuanto a la relación con la psicopatología alimentaria, como era esperable, los pacientes que puntuaron alto en contemplación, decisión y/o recaída presentaban una conducta alimentaria más alterada, mayor psicopatología e insatisfacción con la imagen corporal. Por el contrario, los que estaban en fase de acción y mantenimiento mostraban menor alteración en los cuestionarios sobre la psicopatología alimentaria. Esto aporta información en cuanto a la validez convergente. El diagnóstico no influía sobre el estado motivacional. Para completar el estudio sobre la validez convergente sería interesante, en una futura investigación, comparar las puntuaciones del ACTA con otros cuestionarios que evalúen la motivación si éstos fueran validados.

El presente trabajo se enfrenta con numerosas dificultades metodológicas, entre ellas el hecho de que los pacientes puedan encontrarse en diferentes fases del cambio para conductas problema muy distintas (por ejemplo, una anoréxica purgativa puede estar en fase de decisión para suprimir conductas de vómito, pero en fase de precontemplación para su cuadro de desnutrición). Esta dificultad se han intentado obviar por otros investigadores empleando diferentes cuestionarios según el subtipo de trastorno alimentario, o a través de entrevista clínica de los diferentes síntomas¹¹. Nosotros hemos tratado de solventar este problema empleando cuestiones genéricas sobre el trastorno alimentario o recomendando la respuesta de «No/nunca» cuando la situación no describe específicamente su problema. Por tanto, el objetivo del presente cuestionario es evaluar una actitud general, una aproximación al estado motivacional que el paciente tiene ante su problema, cuya información debe tomarse en conjunto. Esta idea debe aplicarse también a la interpretación de las diferentes subescalas. Las propias características del proceso de cambio hacen que puntuaciones altas de alguna de las subescalas conlleven también altas puntuaciones en las subescalas relacionadas. Así, los pacientes que puntúan alto en contemplación tienden a hacerlo también en decisión y a puntuar bajo en mantenimiento; los que puntúan alto en acción también suelen hacerlo en mantenimiento, puntuando bajo en precontemplación y recaída. Por ello la información final del cuestionario no debe interpretarse de forma categórica, sino en conjunto, considerando la puntuación del resto de subescalas.

En definitiva, los resultados de este estudio sugieren que el ACTA es un instrumento de fácil administración, fiable y válido para el examen de la motivación en pacientes con TCA. Refleja de forma bastante aproximada los constructos teóricos que pretende medir y se correlaciona de forma lógica con las escalas que valoran la psicopatología alimentaria. Su empleo debe estar integrado dentro de un contexto más general que considere el estudio de la motivación como parte imprescindible en la planificación terapéutica. Todo ello podría aportar información interesante, de utilidad en cuanto al pronóstico o al estudio de variables asociadas al paso de uno a otro estado motivacional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tantillo M, Nappa Bitter C, Adams B. Enhancing readiness for eating disorder treatment: A relational/motivational group model for change. *Eating Disorders: J Treatment Prevention* 2001;9:203-16.
2. Treasure J, Schmidt U. Ready, willing and able to change: motivational aspects of the assessment and treatment of eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2001;9:4-18.
3. Feld R, Woodside D, Kaplan AS, Olmsted MP, Carter JC. Pretreatment motivational enhancement therapy for eating disorders: a pilot study. *Int J Eat Dis* 2001;29:393-400.
4. Geller J, Williams K, Srikameswaran S. Clinician stance in the treatment of chronic eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2001;9:1-9.
5. Rieger E, Touyz S, Schotte D, Beamunt P, Russell J, Clarke S, et al. Development of an instrument to assess readiness to recover in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2000;28:387-96.
6. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behaviours*. New York: Guilford Press, 1991; p. 35.
7. Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach. En: Norcross JC, Goldfield IL, editores. *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books, 1992.
8. McConaughy EA, DiClemente CC, Prochaska JO, Velicer WF. Stages of change in Psychotherapy: a follow-up report. *Psychotherapy* 1989;26:494-503.
9. Prochaska JO, Velicer WF, DiClemente CC, Fava J. Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking. *J Consulting Clin Psychol* 1988;56:520-8.
10. Rossi JS, Rossi SR, Velicer WF, Prochaska JO. Motivational readiness to control weight. En: Allison DB, editor. *Handbook of assessment methods for eating behaviours and weight related problems*. London: Sage Publications, 1995; p. 387-430.
11. Geller J, Drab DL. The readiness and motivation interview: a symptom specific measure of readiness for change in the eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 1999;7:259-78.
12. Argimon Pallás JM, Jiménez Villa J. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*, 2.ª ed. Barcelona: Harcourt, 1999.
13. Likert RA. Technique for the measurement of attitudes. *Arch Psychol* 1932;140.
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
15. Garner DM, Garfinkel PE. The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979;9: 273-9.
16. Castro J, Toro J, Salamero M. The eating attitudes test: validation of the Spanish version. *Psychol Assessm* 1991;7:175-90.
17. Henderson M, Freeman CPL. A self-rating scale for bulimia. *The BITE*. *Br J Psychiatr* 1987;150:18-24.
18. Cervera S, Gual MP, Lasa L, Prat O, Zandio M, Hernández C, et al. *Protocolo de atención a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria Navarra: Clínica Universitaria de Navarra*, 1995.
19. Garner DM, Olmsted M, Polivy J. Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia *Int J Eat Disord* 1983;2: 15-34.
20. Corral S, González M, Pereña J, Seisdedos N. *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: Tea Ediciones, 1998.
21. Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairburn CG. The development and validation of the body shape questionnaire. *Int J Eat Disord* 1987;6:485-94.
22. Raich RM, Deus J, Muñoz MJ, Pérez O, Requena A. Estudio de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Rev Psiquiat Fac Med (Barc)* 1991;18:305-15
23. Norusis MJ. *SPSS for Windows: Release 10.0*. Chicago: SPSS Inc, 1999.
24. Sullivan V, Terris C. Contemplating the stages of change measures for eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2001; 9:287-91.