

Estadios de cambio en los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones sobre su conceptualización y evaluación

J. Trujols, E. Luquero, A. Tejero y J. Pérez de los Cobos

Unitat de Conductes Adictives. Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Stages of change in eating disorders: considerations about its conceptualization and assessment

Sr. Director:

En relación al interesante artículo de Beato Fernández y Rodríguez Cano¹ sobre el desarrollo, siguiendo el modelo transteórico (MTT) de Prochaska y DiClemente, de un cuestionario sobre actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), quisiéramos realizar algunas consideraciones.

La recaída en el contexto de los estadios de cambio del MTT

Según el MTT de Prochaska y DiClemente la estructura o dimensión temporal o evolutiva del proceso de cambio está representada por los siguientes cinco estadios: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. No obstante, dado que una de las principales dificultades en el proceso de cambio de cualquier conducta problema es el de las elevadas tasas de recaída, el MTT resalta, tal como señalan Beato Fernández y Rodríguez Cano¹, el hecho de que la mayoría de individuos no progresan linealmente a través de los estadios de cambio al producirse a menudo retrocesos entre estadios. Una recaída es uno de estos retrocesos y ocurre cuando las estrategias de estabilización, mantenimiento o consolidación del cambio realizado fallan. En este sentido una recaída puede producirse, pues, tanto en el estadio de acción como en el de mantenimiento. No obstante, contrariamente a lo que se desprende del trabajo de Beato Fernández y Rodríguez Cano¹, el MTT no conceptualiza la recaída como un estadio de cambio *per se*.

Aun cuando en las versiones iniciales del MTT la fase de recaída era potencialmente conceptualizada como un estadio bien definido y diferenciado, ya en el año 1984 Prochaska y DiClemente² señalaban que la recaída podía representar un estadio de cambio separado o bien un movimiento hacia otro estadio de cambio. Posteriormente, a medida que los datos relativos a la utilización de los diferentes procesos de cambio por parte de las personas recaídas fueron clarificándose, numerosos estudios mostraron que la recaída debía conceptualizarse no como un estadio de cambio diferenciado, sino como la transición a otro, pu-

diéndose, pues, categorizar todas las personas recaídas en términos de su estadio de cambio actual. Así, según el MTT, una recaída implica habitualmente un movimiento a un estadio de preacción (contemplación o preparación, esencialmente). En este sentido, Prochaska et al.³ refieren que aproximadamente un 15% de fumadores recaídos retrocede hasta el estadio de precontemplación, mientras que la gran mayoría regresa a los de contemplación y preparación. Las moderadamente elevadas correlaciones positivas halladas por Beato Fernández y Rodríguez Cano¹ entre las subescalas de contemplación y recaída por una parte, y entre las de decisión (preparación) y recaída por otra, podrían interpretarse como un dato más en este sentido.

No obstante, la consideración de la recaída por parte de Beato Fernández y Rodríguez Cano¹ como un estadio diferenciado avalaría la inclusión de dicho trabajo (tabla 1), junto a los de otros autores (p. ej., Freeman y Dolan⁴), en el grupo de estudios que proponen revisar y modificar el MTT.

La escala *University of Rhode Island Change Assessment* y la evaluación de los estadios de cambio en los TCA

Beato Fernández y Rodríguez Cano¹ afirman que la mayoría de instrumentos utilizados para evaluar la disposición motivacional o actitud hacia el cambio en los TCA son adaptaciones de cuestionarios diseñados para conductas adictivas y otras conductas problema, citando como primera referencia el trabajo de McConaughy et al.⁵ relativo a la escala *University of Rhode Island Change Assessment* (URICA).

La escala URICA^{5,6} es un autoinforme destinado originalmente a evaluar el estadio de cambio respecto a la modificación de cualquier trastorno o conducta problema. Así pues, aunque ha sido ampliamente utilizado en muestras de fumadores o de personas dependientes de otras sustancias psicoactivas, no se trata de un autoinforme diseñado para conductas adictivas ni para otras conductas problema concretas. De hecho, al tratarse de un autoinforme en el que la formulación de cada uno de los diferentes ítems no hace referencia a una conducta pu-

TABLA 1. Estadios de cambio según el MTT y otros autores

<i>Prochaska et al.</i> ³ , 1992	<i>Freeman y Dolan</i> ⁴ , 2001 ⁴	<i>Beato Fernández y Rodríguez Cano</i> ¹ , 2003
—	No contemplación	—
—	Anticontemplación	—
Precontemplación	Precontemplación	Precontemplación
Contemplación	Contemplación	Contemplación
Preparación	Planificación de la acción	Decisión
Acción	Acción	Acción
Mantenimiento	Mantenimiento	Mantenimiento
—	Precaída	—
—	Caída	—
—	Recaída	Recaída

blema concreta, sino genéricamente al término problema que el evaluador habrá definido previamente con el propio paciente en función del trastorno que éste presente (p. ej., problema = anorexia restrictiva; problema = atracón), la versatilidad de esta escala es manifiesta, pudiendo ser utilizada, sin mayores dificultades, para evaluar la disposición motivacional o actitud hacia el cambio en el ámbito de los TCA, tal como queda reflejado en diferentes trabajos⁷⁻¹¹, aunque, como muestran los autores de uno de estos estudios¹¹, en el caso de la evaluación de la actitud frente al cambio de la sintomatología bulímica parece ser recomendable no definir el problema de manera global (p. ej., problema = bulimia nerviosa) y administrar dos veces la escala, una referida a los atracones y otra referida a las conductas compensatorias, ya que la disposición motivacional para cambiar cada una de estas conductas problema no tiene por qué ser la misma.

Las consideraciones realizadas en la presente carta nos son óbice para que pueda afirmarse que el estudio de Beato Fernández y Rodríguez Cano¹ es una importante aportación, muy probablemente pionera en España, a la bibliografía sobre la evaluación de la disposición motivacional o actitud frente al cambio en pacientes con TCA, que no pueden obviar los clínicos interesados en el tema.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beato Fernández L, Rodríguez Cano T. El cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria (ACTA). Desarrollo y propiedades psicométricas. *Actas Esp Psiquiatr* 2003;31:111-9.
2. Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach. Crossing traditional boundaries of therapy. Homewood: Dow Jones-Irwin, 1984.
3. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992;47:1102-14.
4. Freeman A, Dolan M. Revisiting Prochaska and DiClemente's stages of change theory: an expansion and specification to aid in treatment planning and outcome evaluation. *Cogn Behav Pract* 2001;8:224-34.

5. McConaughy EA, DiClemente CC, Prochaska JO, Velicer WF. Stages of change in psychotherapy: a follow-up report. *Psychotherapy* 1989;26:494-503.
6. McConaughy EA, Prochaska JO, Velicer WF. Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychother Theory Res Pract* 1983;20:368-75.
7. Ward A, Troop N, Todd G, Treasure JL. To change or not to change. How is the question? *Br J Med Psychol* 1996; 69:139-46.
8. Franko DL. Ready or not? Stages of change as predictors of brief group therapy outcome in bulimia nervosa. *Group* 1997;21:39-45.
9. Treasure JL, Katzman M, Schmidt U, Troop N, Todd G, de Silva P. Engagement and outcome in the treatment of bulimia nervosa: first phase of a sequential design comparing motivation enhancement therapy and cognitive behavioural therapy. *Behav Res Ther* 1999;37:405-18.
10. Geller J, Cockell SJ, Drab DL. Assessing readiness for change in the eating disorders: The psychometric properties of the readiness and motivation interview. *Psychol Assess* 2000;13:189-98.
11. Dunn EC, Neighbors C, Larimer M. Assessing readiness to change binge eating and compensatory behaviors. *Eat Behav* 2003;4:305-14.

Correspondencia:

Joan Trujols
Unitat de Conductes Addictives
Servei de Psiquiatria
Av. Sant Antoni M.^a Claret, 167
08025 Barcelona
Correo electrònic: jtrujols@hsp.santpau.es

RESPUESTA

Sr. Director:

Agradecemos las consideraciones de Joan Trujols et al. sobre la conceptualización y evaluación de los estadios de cambio en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), que ponen de manifiesto su amplio conocimiento del tema, así como el interés que han mostrado por el cuestionario de Actitudes frente al Cambio en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (ACTA). Nos congratula que, a propósito de la publicación del desarrollo y propiedades psicométricas del ACTA¹, los autores incidan sobre la existencia de las dificultades conceptuales y metodológicas que en ella señalábamos. Debido a la necesidad de describir detalladamente el proceso de elaboración y validación del cuestionario, la exposición del debate teórico no era el objetivo principal del artículo referido. Por tanto, nos parecen muy oportunas las puntualizaciones de los autores. Queremos también señalar que las dificultades metodológicas y controversias conceptuales, así como los instrumentos disponibles para valorar la motivación al cambio en los pacientes con un TCA han sido objeto de una reciente revisión incluida como capítulo de un libro sobre bulimia nerviosa que será próximamente editado². En dicho trabajo se destaca la escala (*University of Rhode Island Change Assessment Scale*,

URICA) entre los instrumentos más ampliamente utilizados en los TCA. En efecto, se trata de un instrumento muy versátil que evalúa cuatro componentes (precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento) en cualquier conducta que necesite un cambio; por tanto es aplicable a los TCA. Sin embargo, también se ha visto que el empleo de este cuestionario podría sobreestimar la disposición al cambio de los pacientes con TCA³. Este sesgo puede ser atribuible, en nuestra opinión, a que el propio sujeto encuestado elegiría evaluar sólo algunas «conducta problema» de entre la variada expresión psicopatológica y las múltiples alteraciones conductuales presentes en estos trastornos. Nuestro cuestionario presenta, a lo largo de sus 59 ítems, una amplia variedad de «situaciones problema» comunes en pacientes con un TCA y referidas a cuatro diferentes áreas (cognitiva, afectiva, conductual y relacional) y la puntuación final nos dará, por tanto, una idea global de la actitud general que el sujeto presenta ante el cambio.

Con respecto al debate sobre si la «recaída» debe valorarse como un movimiento a un estado preacción o bien merece una consideración aparte, nosotros, siguiendo el planteamiento de la entrevista motivacional sugerido por Miller y Rollnick⁴, la hemos considerado como un elemento diferenciado en la evaluación de la motivación para el cambio en los TCA, aunque con un comportamiento independiente al del resto de subescalas. Como Trujols et al. señalan, desde el punto de vista conceptual y estadístico la recaída se relaciona con contemplación y decisión; así lo muestran las correlaciones positivas encontradas entre dichas subescalas del ACTA y el hecho de que el patrón de correlación de estas tres subescalas con las puntuaciones en los cuestionarios que evaluaban la psicopatología alimentaria (*Eating Attitudes Test*, EAT; *Bulimic Investigatory Test Edinburgh*, BITE; *Body Shape Questionnaire*, BSQ, y tendencia a la delgadez del *Eating Disorder Inventory*, EDI) era parecido. Análisis pormenorizados de estos datos nos señalan algunos aspectos diferenciales entre contemplación y recaída: en la regresión múltiple, en el que se controlaba el efecto del resto de las subescalas, del tiempo de evolución del trastorno y del tiempo de tratamiento previo, la subescala que únicamente se asociaba con sentimientos de depresión, medidos con el *Beck Depresión Inventory* (BDI), fue contemplación ($\beta = 0,540$; $p = 0,000$; $F = 16,88$; 29,2 % de la varianza). Igualmente, contemplación y no recaída se asociaba con sentimientos de mayor ansiedad-estado, medidos con el *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) ($\beta = 0,410$;

$p = 0,001$; $F = 12,127$; 16,8 % de la varianza). Dicha asociación se mantenía a los 6 meses de tratamiento. El hallazgo de que los pacientes con altas puntuaciones en recaída presentan significativamente menor ansiedad y depresión que los pacientes con altas puntuaciones en contemplación podría relacionarse con la creencia de que sería factible alcanzar de nuevo los logros previos en la resolución de la conducta problema.

Asimismo, y desde el punto de vista de la utilidad clínica de nuestra escala, nos interesaba incluir la «recaída» definida como la valoración subjetiva de empeoramiento que hace el propio sujeto de su proceso de cambio. Identificar los sentimientos que esta situación conlleva (de fracaso o de esperanza en poder volver a alcanzar los mismos logros) puede aportar una información valiosa en la planificación de estrategias terapéuticas. La posibilidad que brinda el cuestionario ACTA de presentar altas puntuaciones en dos subescalas simultáneamente nos permite evaluar el estado motivacional junto con la percepción de retroceso por parte del sujeto.

Por último, reiteramos a J. Trujols et al. nuestro agradecimiento por su interés y las apropiadas puntualizaciones hechas en un tema controvertido y de difícil conceptualización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beato-Fernández L, Rodríguez-Cano T. Attitudes towards change in eating disorders (ACTA). *Actas Esp Psiquiatr* 2003;31(3):111-9.
2. Rodríguez-Cano T, Beato-Fernández L. Valoración del grado de motivación del paciente. En: Vaz Leal F, editor. *Bulimia nerviosa*. (En prensa).
3. Sullivan V, Terris C. Contemplating the stages of change measures for eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2001;9: 287-91.
4. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behaviours*. New York: Guilford Press, 1991. p. 18.

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@tena.es