

T. Rodríguez-Cano¹
L. Beato-Fernández²
E. Segura Escobar¹

Influencia de la motivación en la evolución clínica de los trastornos del comportamiento alimentario

¹ Servicio de Psiquiatría
² Unidad de Trastornos Alimentarios
Servicio de Psiquiatría
Complejo Hospitalario
Ciudad Real

Introducción. Nuestro objetivo era valorar si en los pacientes con un trastorno del comportamiento alimentario (TCA) la motivación al inicio del tratamiento puede influir sobre la evolución clínica al año de seguimiento.

Métodos. En el estudio fueron incluidos 102 pacientes que acudieron para recibir tratamiento en una unidad hospitalaria de trastornos alimentarios y que reunían criterios de TCA del DSM-IV. Todos los pacientes fueron diagnosticados según la entrevista estructurada SCID-I y se registraron las variables sociodemográficas y clínicas. Asimismo, previamente a ser incorporados a nuestro programa de tratamiento completaron el Cuestionario de actitudes ante el cambio en los TCA (ACTA) y otros cuestionarios de psicopatología alimentaria y general.

Resultados. Bajas puntuaciones iniciales en la subescala de «recaída» predecían en las pacientes con anorexia una mayor recuperación ponderal y en las pacientes con bulimia se asociaban a un menor número de atracones semanales tras 1 año de seguimiento.

Conclusiones. La actitud del paciente al inicio de un programa terapéutico, especialmente la sensación de recaída, es un factor pronóstico importante en la respuesta terapéutica.

Palabras clave:
Trastornos del comportamiento alimentario. Motivación frente al cambio. Pronóstico. Tratamiento.

Actas Esp Psiquiatr 2006;34(4):245-250

Influence of motivation and clinical outcome in eating disorders

Introduction. Our aim was to assess if the degree of motivation at the beginning of the treatment for eating disorders (ED) might have an influence on the clinical outcome at one year of follow-up.

Methods. 102 patients diagnosed of ED, following ED DSM-IV criteria, who initiated treatment at the hos-

pital eating disorders unit, were included in the study. All the patients were examined with the structured interview SCID-I and numerous clinical and demographic variables were recorded. Before beginning eating disorders treatment, patients completed one questionnaire that assessed attitudes towards change in eating disorders (ACTA) and other questionnaires measuring eating and general psychopathology.

Results. At one year of follow-up, initial low scores on the «relapse» subscale predicted a greater weight recovery in patients with anorexia nervosa and a lower number of weekly binges in bulimic patients.

Conclusions. Attitude towards treatment at the beginning of a therapeutic program, mainly feeling of relapse, is a significant prognostic factor for the therapeutic response.

Key words:
Eating disorders. Motivation towards change. Prognostic. Treatment.

INTRODUCCIÓN

Las primeras descripciones de la anorexia nerviosa ya señalan una característica que se mantiene a lo largo de los siglos: la incongruencia entre la gravedad del trastorno y la implicación del paciente en su resolución¹. Más de un 10% de los afectados niegan su enfermedad² y, además de la escasa conciencia de enfermedad, una de las mayores dificultades en su tratamiento es que, aun reconociendo el trastorno, carecen de implicación. De hecho, el motivo de consulta en los pacientes con un trastorno del comportamiento alimentario (TCA) es, con frecuencia, secundario a la presión familiar o como consecuencia de algún síntoma físico que les ha obligado a solicitar atención en los servicios asistenciales³. Asimismo, a diferencia de otros enfermos psiquiátricos, los pacientes con un TCA consideran algunos de sus síntomas como «valiosos» en sus vidas, aunque a veces pueden no ser conscientes de estos «efectos positivos» ni de la ambivalencia que conlleva la resolución de su problema⁴. Esta ambivalencia puede explicar la resistencia ante las indicaciones terapéuticas, los abandonos prematuros o la acti-

Correspondencia:
Luis Beato Fernández
Ctra. de Valdepeñas, 5, 3, 4.º B
13004 Ciudad Real
Correo electrónico: LBEATO@terra.es

tud desafiante y boicoteadora ante los programas de tratamiento. Por tanto, uno de los retos mayores en el manejo de los pacientes con un TCA es implicarlos en el proceso de cambio. Conocer este proceso y establecer un enfoque terapéutico estimulando al paciente a que adopte una actitud de participación activa puede ser de gran importancia para la resolución final del cuadro.

La actitud de resistencia, mejor aún, de ambivalencia ante el tratamiento, sugiere similitudes con los pacientes adictos a sustancias. En base a esta analogía se ha teorizado que los enfoques terapéuticos útiles en el tratamiento de estos últimos podrían aportar ventajas en los sujetos que presentan un TCA⁵. Prochaska desarrolló el modelo teórico del cambio (MTC) para explicar el proceso terapéutico y el pronóstico en el tratamiento de pacientes con conductas adictivas⁶. El modelo explica cómo se produce el cambio voluntario y plantea que las personas utilizan estrategias explícitas o implícitas (procesos del cambio) para moverse a lo largo de las diferentes fases⁷. El MTC comprende tres dimensiones: estados de cambio (¿cuándo?), procesos del cambio (¿cómo?) y niveles del cambio (¿qué?). Identifica cinco estados de cambio según distintos tipos de motivación y preparación para el cambio: *a)* precontemplación: los sujetos no aceptan que tengan un problema o que tengan que cambiar su conducta problema; *b)* contemplación: saben que tienen un problema, pero aún no han decidido cambiarlo; *c)* decisión o preparación para el cambio: tienen una decisión de cambiar en un futuro sus conductas, pero aún no han iniciado los cambios; *d)* acción: los sujetos comienzan a modificar sus hábitos, y *e)* mantenimiento: se consiguen y mantienen los cambios y las intervenciones deben orientarse fundamentalmente a mantenerlos⁸. La transición entre las diferentes fases es secuencial, pero no lineal y puede seguir un desarrollo en espiral. Los individuos con frecuencia pueden retroceder a etapas previas antes de que la conducta problema sea definitivamente erradicada. Por este motivo la recaída ha sido considerada por algunos autores como una fase más dentro del proceso de cambio⁹. Recaída se refiere a la percepción que tiene el propio sujeto sobre el empeoramiento, que se suele acompañar de una reactivación de los síntomas asociados a su «conducta problema».

Las fases del cambio se acompañan de los procesos del cambio (cómo se producen los cambios), que representan tipos de actividad iniciada o experienciada por el sujeto para modificar sus pensamientos, afectos o comportamientos relacionados con un problema particular. Estos procesos de cambio se encuentran presentes, en mayor o menor medida, en las distintas fases del cambio y son los que explican el paso entre las diferentes fases. Prochaska y DiClemente¹⁰ identificaron 10 procesos del cambio. Sin embargo, la relación entre procesos y fases del cambio ha sido recientemente criticada, poniendo en duda la especificidad entre diferentes procesos con fases concretas del cambio¹¹. Otras variables importantes que han sido incluidas en el análisis del modelo del cambio son el proceso de «toma de decisio-

nes» (la valoración de los pros/contras del cambio)¹² y el concepto de autoeficacia, de Bandura (sentimiento de la propia capacidad para cambiar)^{13,14}.

El planteamiento central del MTC (fases del cambio) sirve como un índice del estado motivacional del paciente. Es decir, las diferentes fases ayudan a identificar el momento en el que se halla cada sujeto respecto a la modificación de su conducta patológica. En este modelo, un error entre la intervención terapéutica y la fase motivacional del paciente llevaría a la resistencia¹⁵. Por este motivo la terapia sería más eficaz si el terapeuta ha identificado correctamente la fase del cambio de cada conducta problema y adapta sus intervenciones a ella. De hecho, no reconocer y manejar la ambivalencia puede conllevar dificultades en el desarrollo del programa terapéutico¹⁶. La evaluación de la disposición al cambio debería comenzar desde la fase inicial y continuar a lo largo de todo el proceso terapéutico.

El MTC se ha aplicado a diferentes problemas de conducta, como en el control de la glucemia de pacientes diabéticos¹⁷, en la pérdida de peso¹⁸ y en un amplio espectro de otros problemas de salud¹⁹. También se ha señalado su validez pronóstica en diferentes patologías psiquiátricas, como en las adicciones y las crisis de pánico²⁰. Los estudios llevados a cabo en pacientes con un TCA confirman no sólo la utilidad de este modelo para la comprensión del proceso del cambio en estos pacientes, sino también su utilidad pronóstica^{22,23}. La actitud que los pacientes adopten ante el cambio de sus conductas problema y su implicación en el tratamiento puede ser un aspecto relevante en el éxito final. Adaptar los tratamientos a la fase del cambio del paciente influiría en el pronóstico y podría favorecer el establecimiento de unos objetivos apropiados a la motivación para el cambio de cada paciente²⁴.

Hasta ahora la investigación sobre el impacto de las fases del cambio en el pronóstico de los pacientes con un TCA ha sido escasa, ya que ello exige contar con instrumentos de evaluación adecuados^{25,26}. Sin embargo, identificar los factores predictores en la respuesta al tratamiento puede ayudar al manejo clínico y aumentar el conocimiento sobre la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos²⁷. El objetivo de nuestro estudio era valorar la influencia de la motivación ante el tratamiento, identificando las fases del cambio, en la evolución clínica de pacientes con un TCA.

MÉTODOS

La muestra estaba constituida por 102 sujetos (101 mujeres y 1 varón) diagnosticados de un TCA que se incorporaron al programa de tratamiento de la Unidad de Trastornos Alimentarios del Hospital de Ciudad Real durante los años 2000 a 2003 y en los que se realizó el seguimiento de 1 año. La edad media de los pacientes incluidos en el estudio era de 23,61 años (desviación estándar [DE]: 7,64 años). En cuanto al estado civil, 28 estaban casados (27,5 %) y el res-

to solteros. La mayoría de los sujetos tenían estudios secundarios, 39 (38,2 %); 31 (30,4 %) medios y superiores y 29 primarios (28,4 %); 2 pacientes no completaron sus estudios primarios. Respecto a la distribución diagnóstica, 34 sujetos (33,3 %) presentaban criterios DSM-IV de anorexia nerviosa, 34 (33,3 %) de bulimia y 34 (33,3 %) de trastorno del comportamiento alimentario no especificado (TCANE). La mayoría de los sujetos derivados a nuestra unidad ya habían iniciado previamente tratamiento en otros dispositivos asistenciales no especializados.

Instrumentos y procedimiento

Al inicio del tratamiento todos los sujetos eran entrevistados utilizando la entrevista diagnóstica según los criterios DSM-IV. Aquellos sujetos que presentaban un TCA completaron el Cuestionario de actitudes ante el cambio en los TCA (ACTA), la versión española del EAT-40 (*Eating Attitudes Test*)²⁸, del EDI-2 (*Eating Disorders Inventory*)²⁹, del BITE (*Bulimic Inventory Test Edinburgh*)³⁰ y del BSQ (*Body Shape Questionnaire*)³¹. También aplicamos otros cuestionarios para valorar la psicopatología general como el BDI (*Beck Depression Inventory*)³² y el STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*)³³.

El Cuestionario ACTA ha sido elaborado y validado en nuestro medio siguiendo el algoritmo del proceso de cambio de Prochaska y DiClemente en los pacientes con un TCA. Los sujetos deben responder en una escala tipo Likert de cinco valores que oscilan desde «no/nunca» a «sí/siempre», su grado de implicación de procesos cognitivos, emocionales, relacionales y perceptuales asociados al cambio en estos trastornos. Se obtienen puntuaciones separadas para cada una de las subescalas del cambio (precontemplación, contemplación, decisión, acción y mantenimiento), así como una subescala referida a la impresión de empeoramiento que puede tener el propio sujeto en su evolución (recaída). Este cuestionario ha mostrado alta fiabilidad, con un coeficiente alfa para cada una de las subescalas que oscila entre 0,74 a 0,90. Su validez de constructo, así como su relación con otras variables psicopatológicas ha sido objeto de una publicación previa³⁴.

El control del peso, de las conductas purgativas y de otras alteraciones en los hábitos alimentarios fue registrado a través de entrevista clínica con los responsables del tratamiento. Ninguno de los participantes precisó ingreso hospitalario durante el seguimiento y los pacientes incluidos en el estudio se incorporaron al tratamiento ambulatorio habitual que comprendía 6 sesiones de terapia grupal psicoeducativa, 12 sesiones de terapia grupal con orientación cognitiva, 4 sesiones de intervenciones familiares, 12 sesiones de terapia individual dentro de un encuadre motivacional, así como 20 sesiones individuales con enfermería de la unidad para el control de hábitos nutricionales. En aquellos sujetos que presentaban alteraciones del estado de ánimo se asoció además tratamiento psicofarmacológico.

Análisis estadístico

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows versión 10.0³⁵. Se aplicó el test de la *t* de Student para muestras relacionadas con el objeto de estudiar la diferencia entre las puntuaciones medias obtenidas en las variables al inicio y 1 año después. El análisis de la varianza de una vía (ANOVA), con el test de Scheffé para las comparaciones *post hoc*, permitió estudiar las diferencias entre los grupos diagnósticos respecto a las puntuaciones en las subescalas del ACTA. Por último, para analizar el poder predictivo de las subescalas del ACTA sobre los cambios experimentados por las variables clínicas al año de seguimiento se usó el análisis de regresión múltiple con el método hacia delante de pasos sucesivos, siendo las variables dependientes de cada análisis los cambios en el peso, número de vómitos y número de atracones semanales. Este análisis se aplicó por separado en cada subgrupo diagnóstico. Se controló el efecto de la edad, duración de la enfermedad y tiempo de tratamiento previo.

RESULTADOS

Características clínicas y psicopatológicas

La tabla 1 muestra las puntuaciones medias de los diferentes cuestionarios de psicopatología general y psicopatología del comportamiento alimentario, así como de otras variables clínicas obtenidas al inicio y tras 1 año de seguimiento en los distintos grupos diagnósticos.

La tabla 2 muestra la evolución de las puntuaciones del ACTA. Durante el seguimiento de 1 año se experimentó un aumento estadísticamente significativo en las puntuaciones medias en las subescalas de acción y mantenimiento y una disminución significativa en el resto de las subescalas. Comparando los cambios en el seguimiento al año de las distintas subescalas según los grupos diagnósticos, se halló que los pacientes con TCANE tuvieron un aumento significativamente mayor que los pacientes con anorexia nerviosa en la subescala acción (ANOVA; $F: 7,684$; $GL: 2$; $p = 0,001$). Igualmente los TCANE obtuvieron un aumento significativamente mayor en las puntuaciones medias de la subescala mantenimiento que bulimia y anorexia nerviosa ($F: 5,50$; $GL: 2$; $p = 0,005$). Como era de esperar, en la medida en que los pacientes mejoraban en su psicopatología del comportamiento alimentario, las puntuaciones en las fases de acción y mantenimiento fueron más altas (inician y consolidan sus logros en las diferentes conductas y síntomas del trastorno). Por otra parte, aquellos pacientes que tras la entrevista clínica se confirmó el diagnóstico de TCA pero que no tenían conciencia de enfermedad ni actitud de cambio, presentaron las mayores puntuaciones en las subescalas de precontemplación y contemplación que se correlacionaban con altas puntuaciones también en decisión y en la subescala de recaída ($p < 0,01$).

Tabla 1

Puntuaciones en los principales parámetros clínicos y psicopatológicos

	Anorexia nerviosa		Bulimia		TCANE	
	t ₁ , DE	t ₂	t ₁	t ₂	t ₁	t ₂
IMC	17,2 DE 2,0	18,9 DE 1,7 ¹	25,8 DE 8,4	26,3 DE 8,5	23,5 DE 8,4	23,7 DE 7,8
Peso medio	43,5 DE 5,7	47,3 DE 5,0 ¹	67,6 DE 22,6	68,6 DE 22,2	62,5 DE 23,4	63,5 DE 21,9
N.º de vómitos/semana	0,77 DE 1,9	0,35 DE 0,8	7,5 DE 10,7	1,8 DE 5,2 ²	3,0 DE 7,2	0,21 DE 1-2 ³
Uso de laxantes/semana	0,0	0,25 DE 1,2	0,40 DE 1,4	0,0	1,5 DE 7,4	0,0
N.º de atracones/semana	0,31 DE 1,3	0,17 DE 0,6	4,4 DE 5,8	1,2 DE 16,3 ²	3,06 DE 8,3	0,0
EAT-40	46,9 DE 21,2	41,1 DE 24,6	43,3 DE 17,9	33,8 DE 16,3 ²	43,7 DE 24,0	36,3 DE 26,7
BITE	13,03 DE 8,2	11,9 DE 8,9	33,8 DE 9,5	26,1 DE 9,4 ²	20,0 DE 12	14,5 DE 10,6 ³
BDI	18,8 DE 10,7	14,7 DE 10,1 ¹	23,5 DE 10,0	16,6 DE 9,6 ²	21,5 DE 8,9	15,1 DE 2,9 ³
St-STAI	30,0 DE 14,8	23,1 DE 12,3 ¹	34,6 DE 11,4	26,2 DE 11,9 ²	32,9 DE 15	25,7 DE 14 ³

Student *t*-test para muestras relacionadas: ¹ Incremento medio de peso e índice de masa corporal (IMC) estadísticamente significativo ($p < 0,001$) en anorexia nerviosa; descenso significativo en el BDI y STAI. ² Descenso estadísticamente significativo en el número de vómitos y atracones semanales en bulimia ($p < 0,001$), así como en los cuestionarios que evalúan psicopatología. ³ Descenso estadísticamente significativo en el número de vómitos y atracones semanales en los TCANE ($p < 0,05$), así como en el BITE, BDI y STAI ($p < 0,01$).

Variables predictoras

En pacientes diagnosticados de anorexia nerviosa, aun ajustando el efecto del peso inicial (β : $-0,391$; IC 95 %: $-0,636$, $-0,146$; 28,3 % de la varianza), las puntuaciones bajas en recaída predecían una mayor recuperación ponderal. Contrariamente, altas puntuaciones en recaída predecían un menor aumento de peso al año de seguimiento (β : $-0,127$; IC 95 %: $-0,239$, $-0,014$; 11,4 % de la varianza; $p < 0,001$). En los pacientes con bulimia altas puntuaciones en la subescala de preparación se asocian con el aumento de peso (β : $-0,484$; IC 95 %: $-0,079$, $0,544$; $p < 0,01$; 23,4 % de la varianza) al año de seguimiento. La disminución en el número de atracones se relaciona de forma inversa con el número de atracones iniciales (β : $-0,821$; IC 95 %: $-0,991$,

$0,650$; 77,7 % de la varianza; $p < 0,001$). Asimismo, las altas puntuaciones en recaída predecían un mayor número de atracones iniciales (β : $-0,369$; IC 95 %: $0,154$, $0,584$; 14,9 % de la varianza), independientemente de las puntuaciones en el BITE, EAT, BDI o STAI. Por último, en los pacientes con un TCANE la disminución en el número de atracones a lo largo del tratamiento se relaciona de forma inversa con el número de atracones iniciales.

CONCLUSIONES

Los hallazgos de nuestro estudio confirman la relación entre la actitud frente al cambio y la evolución clínica del trastorno. Sin embargo, y a diferencia de otros estudios previos, nuestra investigación identifica la percepción de empobrecimiento que el propio paciente tiene al inicio del programa de tratamiento, altas puntuaciones en la subescala de recaída, como la actitud que más predice la respuesta terapéutica evaluada según algunos parámetros clínicos. Este hallazgo no ha sido referido previamente posiblemente porque, aunque la recaída ha sido descrita como una parte más del proceso del cambio, no se explora en la mayoría de los cuestionarios que evalúan las fases del cambio. Llama la atención la importancia de esta relación, ya que tiene mayor relevancia pronóstica que el resto de las subescalas que evalúan otras actitudes. Publicaciones previas han señalado la importancia que la actitud ante el cambio presenta en el pronóstico de los TCA, pero nunca se había incluido la recaída como un aspecto a considerar en la evolución clínica.

Otros estudios previos han identificado una asociación entre la fase inicial del cambio y la respuesta terapéutica, como el de Wolk y Devlin³⁶ en pacientes que estaban reci-

Tabla 2

Puntuaciones medias en las subescalas del ACTA al inicio y al año de seguimiento. Test de la *t* de Student para muestras relacionadas

	Inicio Media DE	Seguimiento al año Media DE	<i>p</i>
Precontemplación	12,30 DE 10,10	8,90 DE 7,84	0,000
Contemplación	18,52 DE 8,05	15,35 DE 7,81	0,000
Preparación	18,96 DE 8,11	16,55 DE 8,43	0,000
Acción	24,48 DE 9,36	27,39 DE 6,70	0,000
Mantenimiento	13,78 DE 7,99	17,70 DE 9,63	0,000
Recaída	18,36 DE 11,76	15,76 DE 10,74	0,002

biendo terapia interpersonal para el tratamiento de la bulimia nerviosa. Treasure et al.³⁷ encontraron que los pacientes bulímicos que al inicio del tratamiento ambulatorio se encontraban en fase de acción mostraron una mayor mejoría en la frecuencia de atracones que aquellos que se encontraban en fase de contemplación, aunque no encontraron diferencias en la disminución de las conductas compensatorias. Altas puntuaciones en la fase de acción también se asociaron a una mejor alianza terapéutica. Trabajos previos de nuestro grupo³⁸ han identificado una clara relación entre las fases del cambio con la evolución de la psicopatología del comportamiento alimentario. Altas puntuaciones en la escala de mantenimiento predecían una mejoría en las puntuaciones del EAT-40, EDI-2 y BITE al año de seguimiento, así como las altas puntuaciones en la subescala de acción también predecían mejoría en las puntuaciones del BSQ. En sentido negativo también identificamos una asociación entre altas puntuaciones en la subescala de contemplación y altas puntuaciones en el BITE al año de seguimiento, así como entre la escala de decisión y altas puntuaciones en las subescalas de conciencia interoceptiva, miedo a la madurez y ascetismo del EDI-2. La actitud que el paciente presenta ante la posibilidad de modificar sus conductas patológicas será un factor decisivo en la respuesta terapéutica. En el presente trabajo las relaciones más claras entre las fases del cambio y la evolución clínica del trastorno se centran en la fase de recaída. La recaída podría suponer para algunos pacientes tener sentimientos de incapacidad y desesperanza hacia las posibilidades de éxito en la resolución del problema, lo cual podría interpretarse como una complicación asociada al programa terapéutico o a la evolución del cuadro clínico. Sin embargo, también podría ser un marcador de mala respuesta que se encuentre en algunos pacientes previamente a la aplicación del programa terapéutico. Estos pacientes interpretarían como correspondientes a una recaída los síntomas propios del curso de la enfermedad o mostrarían mayor sensibilidad a pequeños retrocesos en la evolución de su trastorno que de alguna manera podría influir en una peor evolución posterior.

Los hallazgos encontrados por nuestro grupo animar, en cierto modo, al desarrollo de otros estudios que repliquen estos hallazgos y consideren la percepción de empeoramiento del propio paciente como un aspecto importante en el pronóstico de los TCA.

BIBLIOGRAFÍA

- Lasègue EC. De l'ánorexie hystérique. *Arch Gen Med* 1873;21:385-403.
- Garfinkel PE. Eating attitudes as part of a screening tool. En: *Anorexia nervosa and Bulimia Nervosa: can screening reduce the risk for young Americans?* Washington: Guilford Press, 1995.
- Vitousek KB, Watson S, Wilson GT. Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clin Psychol Rev* 1998;18:391-420.
- Serpell L, Treasure J, Teasdale J, Sullivan V. Anorexia nervosa: Friend or foe? *Int J Eat Disorder* 1999;25:177-86.
- Ward A, Troop N, Todd G, Treasure J. To change or not to change. How is the question? *Brit J Med Psychol* 1996;69:139-46.
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992;47:1102-14.
- Prochaska JO, DiClemente CC. *The Transtheoretical approach: crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood: Dow Jones/Irwing, 1984.
- McConaughy EA, Prochaska JO, Velicer WF. Stages of change in psychotherapy: measurement addictive behaviors. *Psychotherapy* 1983;20:368-75.
- Schachter S. Recidivism and self-cure of smoking and obesity. *Am Psychol* 1982;37:436-44.
- Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical Approach. En: Norcross JC, Goldfield IL, editores. *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic, 1992; p. 302-6.
- Wilson GT, Schlam TR. The transtheoretical model and motivational interviewing in the treatment of eating disorders. *Clin Psychol Rev* 2004;24:361-78.
- Prochaska JO, Redding CA, Harlow LL, Rossi JS, Velicer WF. The transtheoretical model and human immunodeficiency virus prevention: a review. *Health Educ Quart* 1994;21:471-86.
- Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of beavioral change. *Psychol Rev* 1977;84:191-215.
- Velicer WF, Rossi JS, Prochaska JO, DiClemente CC. A criterion measurement model for addictive behaviors. *Addict Behav* 1996; 21:555-84.
- Rollnick S, Kinnersley P, Stott N. Methods of helping patients with behaviour change. *Br Med J* 1993;307:188-90.
- Eckert ED, Halmi KA, Marchi P, Grove W, Grosby R. Ten-year follow-up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. *Psychol Med* 1995;25:143-56.
- Trigwell P, Grant PJ, House A. Motivation and glycemic control in diabetes mellitus. *J Psychosom Res* 1997;43:307-15.
- Prochaska JO, Norcross JC, Fowler JL, Follich MJ, Adams DB. Attendance and outcome in a work site weight control program: processes and stages of change as process and predictors variables. *Addict Behav* 1992;17:35-45.
- Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Rakowski W, et al. Stages of change and decisional balance for 12 problems behavior. *Health Psychol* 1994;13:39-46.
- Dijkstra A, Rojackers J, DeVries H. Smokers in four stages of readiness to change. *Addict Behav* 1998;23:339-50.
- Wilson M, Bell-Dolan D, Beitman B. Application of the stages of change scale in a clinical drug trial. *J Anxiety Disord* 1997;11:395-408.
- Blake W, Turnbull S, Treasure J. Stages and processes of change in eating disorders: implications for therapy. *Clin Psychol Psychot* 1997;4:186-91.
- Feld R, Woodside DB, Kaplan AS, Olmsted MP, Carter JC. Pre-treatment motivational enhancement therapy for eating disorders: a pilot study. *Int J Eat Disorder* 2001;29:393-400.
- Jordan PJ, Redding CA, Troop NA, Treasure J, Serpell L. Developing a stage of change measure for assessing recovery from anorexia nervosa. *Eat Behav* 2003;3:365-85.
- Rieger E, Touyz S, Schotte D, Beumont P, Russell J, Clarke S, et al. Development of an instrument to assess readiness to recover in anorexia nervosa. *Int J Eat Disorder* 2000;28:387-96.

26. Sullivan V, Terris C. Contemplating the stages of change measures for eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2001;9:287-91.
27. Fairburn C, Agras WS, Walsh BT, Wilson GT, Stice E. Prediction of outcome in bulimia nervosa by early change in treatment. *Am J Psychiatr* 2004;161:2322-4.
28. Castro J, Toro J, Salamero M. The eating attitudes test: validation of the Spanish version. *Psychol Assess* 1991;7:175-190.
29. Corral S, González M, Peña J, Seisdedos N. EDI-2, eating disorder inventory-2. Madrid: Tea Ediciones, 1998.
30. Cervera S, Gual MP, Lasa L, Prat O, Zandío M, Hernández C, et al. Protocolo de atención a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Navarra: Clínica Universitaria de Navarra, 1995.
31. Raich RM, Deus J, Muñoz MJ, Pérez O, Requena A. Estudio de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Rev Psiquiatr Fac Med (Barc)* 1991;18:305-15.
32. Vázquez C, Sanz J. Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud* 1997;8:403-22.
33. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo, 3rd ed. Madrid: TEA Ediciones, 1988.
34. 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.
35. Norusis MJ. SPSS for Windows: Release 10.0. Chicago: SPSS Inc, 1999.
36. Wolk SL, Devlin MJ. Stage of change as a predictor of response to psychotherapy for bulimia nervosa. *Int J Eat Disorder* 2001;30:96-100.
37. Treasure JL, Katzman M, Schmidt U, Troop N, Todd G, de Silva P. Engagement and outcome therapy 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.
38. Rodríguez-Cano T, Beato-Fernández L. Attitudes towards change and treatment outcome in eating disorders. *Eating Weight Disord* 2005;10:59-65.