

**ENTREVISTA MOTIVACIONAL COMO
INTERVENCIÓN ENFERMERA PARA EL ABORDAJE
DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA**

**“MOTIVATIONAL INTERVIEWING AS NURSING
INTERVENTION TO APPROACH EATING DISORDERS”**

Trabajo Fin de Grado

Grado en Enfermería

Autora: Laura Fernández Hernández

Directora: María del Mar Aparicio Sanz

Junio 2017

Escuela Universitaria de Enfermería “Casa de Salud Valdecilla”

Universidad de Cantabria



“A fin y al cabo, somos lo que hacemos para cambiar lo que somos”

Eduardo Galeano

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	4
JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL TEMA.....	5
OBJETIVOS	6
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	6
DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS	7
CAPÍTULO I. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	8
I.I ETIOLOGÍA	8
I.II TIPOS DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	10
I.III DIAGNÓSTICO.....	12
I.IV TRATAMIENTO	13
CAPÍTULO II. LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL	14
II.I MODELO TRANSTEÓRICO DEL CAMBIO DE POCHARSKA Y DICLEMENTE.	14
II.II CONCEPTO DE ENTREVISTA MOTIVACIONAL.....	15
II.III LA AMBIVALENCIA COMO PRINCIPAL OBSTÁCULO DEL CAMBIO	16
II.IV LA MOTIVACIÓN COMO CLAVE DEL CAMBIO	17
II.V PRINCIPIOS Y ESTRATEGIAS DE LA EM	17
CAPÍTULO III. EL PAPEL DE ENFERMERÍA	20
III.I APLICACIÓN DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	20
III.II APLICACIÓN DE LA EM COMO INTERVENCIÓN FAMILIAR.....	28
CAPÍTULO IV. EVIDENCIA CIENTÍFICA DISPONIBLE DE LA APLICACIÓN DE LA ENTREVISTA MOVITACIONAL EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.	29
REFLEXIONES	30
BIBLIOGRAFÍA	31
ANEXOS	35

RESUMEN

Los trastornos de la alimentación se caracterizan por presentar conductas alimentarias patológicas y/o comportamientos para controlar el peso, como consecuencia de una alteración de la imagen corporal. Los pacientes con estas patologías presentan generalmente, falta de conciencia de enfermedad y escasa motivación para cambiar. Generando así altas tasas de abandono del tratamiento y recaídas. Por lo cual, aumentar la motivación para el cambio supone una tarea esencial para que el tratamiento resulte más efectivo.

Surge así, la aplicación de la entrevista motivacional en estas patologías, como un tipo de entrevista clínica que facilita el cambio de comportamientos a través del aumento de motivación, y la eliminación de resistencias que surgen a la hora de cambiar. Sigue un estilo centrado en el paciente, facilitando que sea él mismo el que aumente su motivación y establezca las soluciones para lograr el cambio. La tarea del profesional es guiar y facilitar ese cambio, construyendo discrepancias, trabajando resistencias y creando un clima de empatía, aceptación, y libertad de decisión.

En la presente revisión bibliográfica se pretende justificar y establecer una serie de estrategias para la aplicación de esta herramienta, por parte de enfermería, en estas patologías.

Palabras clave: Entrevista Motivacional, Trastornos de la conducta alimentaria, cambio de conductas, intervención, enfermería.

ABSTRACT

Eating disorders are characterized by pathological eating behaviors and / or behaviors to control weight, as a consequence of altered body image. Patients with these pathologies usually present, lack of awareness of the disease and poor motivation to change. Generating high rates of treatment abandonment and relapse. Therefore, increasing the motivation for change is an essential task to make treatment more effective.

It is this way that the Motivational Interview is born (in order to treat these pathologies), as it is a type of clinical interview that allows the behavioral change thanks to the increase of the motivation and the removal of any resistance that comes up during the period of change. It follows a patient-centered style allowing the client being the one who increase his motivation and set the solutions to accomplish the change. The professional duty is to guide and facilitate this change. The professional has to come up with different disagreements, he needs to work with the resistances and to create an empathic, acceptance and independent judgment climate.

The aim of this review is to justify and set different strategies in order to apply the previous tool described, by nursing, in these pathologies.

Key words: Motivational Interviewing, Eating disorders, change behavior, intervention, nursing.

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un grupo de enfermedades mentales que han estado presentes a lo largo de la historia (1). Se pueden encontrar en la literatura científica numerosos casos de personas con sintomatología característica de estas patologías, asociados generalmente a causas socioculturales y a la religión. Antiguamente, se veía la obesidad como un ideal de belleza, de riqueza y de salud, quedando la delgadez enfocada a términos de penuria, enfermedad y fealdad. Estos ideales de belleza han ido cambiando a lo largo de los años, convirtiéndose el cuerpo delgado y de formas andróginas, en el ideal de belleza de la sociedad actual. Este nuevo canon de belleza genera un aumento cada vez mayor del número de personas descontentas con su peso y su figura, por no asemejarse al estándar de perfección impuesto por la sociedad, lo que conlleva en muchos casos a la obsesión por su cuerpo, y a la consecuente aparición de un TCA.

La prevalencia de estas patologías está aumentando en los últimos años, apreciándose un aumento importante de casos en edades tempranas (2). Afecta en mayor medida a mujeres que a hombres siguiendo una proporción de 9:1, aunque actualmente se está produciendo un aumento de casos en hombres jóvenes. Concretamente en España, la prevalencia existente en edades comprendidas entre 12 y 21 años, se sitúa entre 0,14% y 0,9% para la Anorexia Nerviosa, entre 0,41% y 2,9% en el caso de la Bulimia Nerviosa, y oscila entre 2,76% y 5,3% para los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE) (3,4). En Estados Unidos la Anorexia supone la tercera enfermedad crónica más común en mujeres adolescentes (5)

Los TCA presentan una etiología multicausal, interviniendo en su aparición diversos factores genéticos, socioculturales, familiares, biológicos y de personalidad (4). Su importancia a nivel sanitario radica principalmente en el perfil de población a la que afecta, su tendencia a la cronicidad, y su elevada comorbilidad y mortalidad (1,2). Todo esto deriva en una mayor demanda de asistencia sanitaria, y consecuentemente en un aumento del gasto sanitario y social. Suponen, por tanto, un grupo de enfermedades en las que se hace latente la importancia de investigar y formar a los profesionales en su abordaje (4).

Una de las principales fuentes de dificultad que surgen a la hora de intervenir en este tipo de pacientes, es la baja motivación que presentan para cambiar sus conductas, así como las resistencias que surgen derivadas de esta baja motivación (6). Se ha observado que los pacientes con Anorexia Nerviosa son los que mayores resistencias presentan a la hora de cambiar, mientras que en los pacientes con Bulimia Nerviosa estas resistencias suelen ser menores (7,8).

Tradicionalmente, muchos profesionales han optado por tratar a este tipo de pacientes dándoles ánimos y consejos para que realizasen cambios en sus conductas, siguiendo un estilo de asistencia coercitivo, sistemático y poco individualizado (9,10). Desde este enfoque el paciente adoptaba una postura pasiva dentro del plan de tratamiento, asumiendo el profesional el papel de experto. No se tenía en cuenta en ningún momento el grado de motivación del paciente, ni su autonomía para cambiar, lo que provocaba muchas resistencias, disminuía la efectividad del tratamiento y ocasionaba un mayor número de recaídas a largo plazo (11- 13). Estas situaciones permitieron observar que la motivación suponía un elemento esencial en el proceso del cambio, quedando demostrado que las terapias convencionales obtenían peores resultados cuando la motivación del paciente para cambiar era baja (14).

Teniendo en cuenta esta nueva perspectiva, se comenzaron a utilizar otro tipo de estrategias que hacían más hincapié en los aspectos motivacionales, y que estaban resultando efectivas en otros campos de actuación. Entre estas estrategias se puede encontrar la Entrevista Motivacional.

La Entrevista Motivacional (EM) fue desarrollada en los años 90 por W.M. Miller y S. Rollnick dentro del tratamiento de las adicciones, y se define como *“un método de entrevista clínica centrada en el paciente, que facilita el proceso de cambio de conductas”* (13, 15). Sigue un estilo de asistencia empático y de apoyo, resaltando la importancia de la utilización del lenguaje, ya que el modo en el que se dicen las cosas puede aumentar o disminuir la motivación hacia el cambio. Además, utiliza un estilo de guía que permite eliminar las dudas que el paciente presenta hacia el cambio (12). Se enfatiza en todo momento la autonomía del paciente y la libertad de elección, siendo más importante en el profesional el papel de escuchar que el de hablar (11, 15)

La EM permite que sea el paciente el que explore sus propias percepciones, resuelva las dudas que presenta y aumente su motivación intrínseca, consiguiendo de esta manera que establezca las pautas de actuación necesarias para conseguir el cambio deseado (11, 12, 15-17). La labor del profesional queda dirigida a guiar y ayudar al paciente en todo el proceso, apoyando su toma de decisiones, y valorando en todo momento el nivel de motivación que presenta para aplicar las estrategias correspondientes (12). Puede ser utilizada como única intervención, o junto con una variedad de tratamientos para crear una base motivacional previa (11). Diferentes estudios de investigación señalan que puede ser aplicada de manera efectiva por una gran variedad de profesionales sanitarios, aunque requiere de una instrucción previa para ser utilizada adecuadamente (18, 19).

En el Plan de Salud Mental de Cantabria de 2015 a 2019 se recoge la necesidad de establecer un plan de tratamiento específico para los TCA, que permita un diagnóstico precoz y un tratamiento que consiga mejores resultados, mediante el aumento de formación a los profesionales en modalidades alternativas de intervención (4). En este sentido, la EM es una de las herramientas que mayores beneficios está consiguiendo sobre este tipo de patologías, por lo que debería de considerarse la profesión de enfermería como uno de los pilares para su aplicación práctica, debido a su estrecha relación con el paciente, y la influencia directa que tiene sobre su recuperación. Por esta razón, resulta importante que se desarrollen un mayor número de trabajos de investigación acerca de la aplicación de la EM por parte de enfermería en los TCA (20).

JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL TEMA

Mi interés por el desarrollo de la EM en los TCA, surgió tras mi paso por la unidad de trastornos de la conducta alimentaria (UTCA) del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, durante un rotatorio de mis prácticas clínicas. El tiempo que pasé en dicha unidad, me permitió comprobar el papel fundamental de enfermería en la práctica asistencial y en el contacto directo con el paciente. Se trata por lo tanto, de una profesión que resulta esencial a la hora de facilitar su recuperación y tratamiento. Así mismo, pude objetivar el reto que entraña a diario el abordaje de estos pacientes, y el establecimiento de una correcta relación terapéutica. Una de las herramientas que utilizaban las enfermeras en la unidad, era la entrevista motivacional, por lo que pude observar cómo se aplicaban las estrategias y los principios de la misma. Y como éstos tenían buenos resultados, ya que permitían resolver las dificultades que se iban presentando, y a su vez, favorecían la recuperación del paciente, y la calidad asistencial.

Además, otra razón importante por la que realizar un trabajo que permita aumentar los conocimientos existentes acerca del modo de aplicación de la Entrevista Motivacional, es que se trata de una herramienta cada vez más utilizada por el personal de enfermería en distintos campos de actuación, ya que resulta eficaz a la hora de ayudar a las personas en el cambio de hábitos y comportamientos.

OBJETIVOS

A continuación se exponen los objetivos que se quieren alcanzar con la redacción del presente documento.

Objetivo general

1. Justificar la aplicación de la entrevista motivacional como intervención desde el ámbito de enfermería en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

Objetivos específicos

1. Definir los trastornos de la conducta alimentaria, sus causas, los tipos existentes y el tratamiento actual disponible.
2. Analizar el proceso del cambio a través del modelo de Pocharska y DiClemente.
3. Explicar la entrevista motivacional y sus características principales.
4. Establecer estrategias para la aplicación de la entrevista motivacional en los trastornos de la conducta alimentaria.
5. Identificar la evidencia científica disponible de la utilidad de la entrevista motivacional en los trastornos de la conducta alimentaria.

Todos los objetivos descritos se desarrollan en los diferentes capítulos en los que está estructurado el trabajo.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Para elaborar este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes artículos, guías y libros. Para ello se ha consultado en diferentes bases de datos, algunas específicas de enfermería, y otras pertenecientes a otros ámbitos como psicología o ciencias biomédicas, todas ellas en inglés o en español. Las principales bases de datos consultadas fueron: Pubmed, Cuiden Plus, Scopus, UCREA, Google académico, Dialnet y Psycodoc. El acceso se realizó a través de la biblioteca digital de la Universidad de Cantabria.

La búsqueda ha sido efectuada entre los meses de Diciembre a Junio de 2017. Como límite de búsqueda se estableció una fecha de artículos que fuesen desde el año 2012 en adelante. Sin embargo, debido a los pocos estudios existentes en este ámbito de actuación, algunos de los artículos incluidos no cumplen esta delimitación, pero resulta importante y oportuno incluirlos.

Se encontraron un total de 281 artículos. Tras revisarlos y valorarlos, fueron seleccionados los 47 que se encuentran referenciados en la bibliografía, siguiendo un estilo de referencias Vancouver.

Como criterios de inclusión se tomaron los siguientes:

- Artículos que estuvieran redactados en inglés o en español.
- Artículos relacionados con el tema de estudio.
- Artículos publicados entre los años 2012 y 2017.

Las principales causas de exclusión fueron las siguientes:

- Imposibilidad de acceder a los artículos encontrados.
- No estar relacionados con el tema o el propósito de la monografía.
- No aportar conclusiones relevantes.
- No tener suficiente calidad metodológica.
- Publicaciones en un idioma diferente al inglés o castellano.

Las principales palabras claves utilizadas para la búsqueda bibliográfica fueron las siguientes:

Términos MeSH

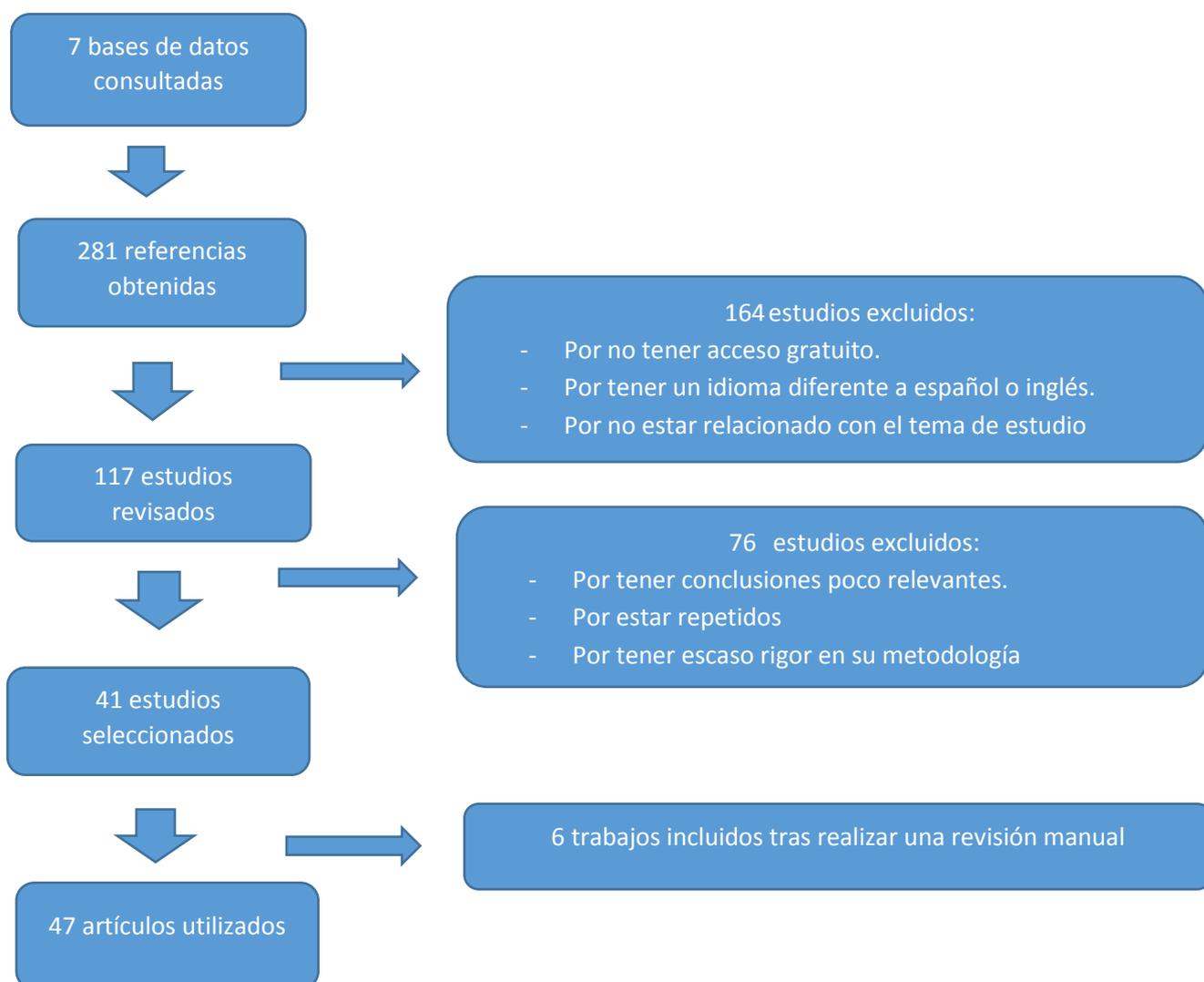
- Eating disorders
- Motivational Interviewing
- Nursing care
- Bulimia Nervosa
- Anorexia Nervosa
- Change behaviour

Términos DeCS

- Trastornos de la conducta alimentaria
- Entrevista Motivacional
- Intervención enfermera
- Bulimia Nerviosa
- Anorexia Nerviosa

En la realización de la búsqueda bibliográfica se utilizaron los operadores booleanos AND y OR.

Imagen 1: Diagrama de búsqueda bibliográfica efectuada.



DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS

A la hora de redactar el trabajo se ha optado por la división en cinco capítulos para facilitar su lectura y comprensión. Así mismo, algunos de los capítulos se encuentran subdivididos en varios apartados.

Capítulo I: Trastornos de la Conducta Alimentaria. Se subdivide en cuatro apartados, en los que se realiza una contextualización de este tipo de patologías, explicando su etiología, su forma de diagnóstico, los tipos existentes y el tratamiento disponible.

Capítulo II: La Entrevista Motivacional. Se divide en cinco subcapítulos, en los que se explica en qué consiste, cuáles son sus características principales, y cuáles son sus claves y estrategias. Además, se define el proceso del cambio según el modelo de Pocharska y Diclemente.

Capítulo III: El papel de enfermería. Se divide en dos subcapítulos, en los que se recogen desde el campo de enfermería, las estrategias de aplicación de la EM en la atención a pacientes con un TCA, y a sus familiares.

Capítulo IV: Evidencia científica disponible de la aplicación de la Entrevista Motivacional en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. En este capítulo se exponen las principales evidencias científicas existentes en la actualidad sobre la aplicación de la EM en los TCA.

Reflexiones. Se exponen las conclusiones extraídas durante la realización de la presente monografía.

Finalmente se encuentra la **Bibliografía**, en la que se recoge las diferentes referencias bibliográficas consultadas durante la elaboración del mismo.

CAPÍTULO I. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los TCA son un grupo de patologías mentales que se caracterizan principalmente por presentar una alteración de la ingesta de alimentos y/o una alteración de la imagen corporal, junto con la existencia de diversos comportamientos para controlar el peso, como pueden ser, la realización de restricciones alimentarias, autoprovocarse el vómito, usar laxantes o diuréticos, entre otros (2).

I.1 ETIOLOGÍA

Se trata de un grupo de enfermedades mentales de origen multifactorial, siendo muchas de sus causas desconocidas e inciertas (2).

Existen tres tipos de factores que intervienen en la aparición de un TCA, y se describen a continuación (3, 21):

- FACTORES PREDISPONENTES:

Son aquellos factores que hacen que sea más probable la aparición de un TCA. Se pueden dividir en tres factores principales, y a su vez estos se subdividen en otros más específicos.

▪ Factores individuales:

Se refieren a los factores que puede presentar un individuo, que son únicos para esa persona, y a su vez diferentes al resto. Entre ellos se pueden encontrar:

- La edad: se producen con mayor frecuencia en la adolescencia y la pubertad.
- El género: su prevalencia es mayor en mujeres que en hombres.
- Antecedentes personales: haber padecido anteriormente un trastorno afectivo.
- La genética: predisposición hacia determinados patrones de personalidad o hacia trastornos afectivos.
- Tener un concepto de sí mismo bajo.

- Presentar rasgos de personalidad obsesivos, con altos niveles de autoexigencia y de control.

- **Factores familiares:**

Se refieren a los factores relacionados con la familia, que influyen directamente sobre la persona. Entre ellos se pueden encontrar:

- Antecedentes familiares de presencia de trastornos afectivos.
- Existencia de un familiar con un TCA, o predominio de sobrepeso en la familia.
- Malos hábitos de alimentación dentro del ámbito familiar.
- Actitud familiar de sobreprotección.

- **Factores socioculturales:**

Se refieren a todos los aspectos sociales y culturales que rodean a la persona, y que también influyen directamente en la posibilidad de desarrollar un TCA. Entre estos se pueden encontrar:

- La existencia de una educación en la que se da una excesiva importancia a la imagen corporal.
- Realización de actividades físicas y deportivas en la que existen exigencias estrictas respecto al peso.

- **FACTORES PRECIPITANTES O DESENCADENANTES:**

Estos factores a diferencia de los anteriores, y como su propio nombre indica, están vinculados directamente con la aparición del trastorno, constituyendo la causa más cercana. Dentro de este tipo de factores se encuentran los siguientes:

- Padecimiento de la persona de un trastorno afectivo, ya que existen asociaciones de este tipo de trastornos con los TCA.
- Existencia de críticas y burlas hacia el cuerpo.
- Inicio de dietas restrictivas sin supervisión de ningún profesional. Este factor supone una de las causas más habituales de aparición de un TCA.
- Variaciones de peso rápidas y bruscas. Ya que ejercen un refuerzo positivo en la persona, que lo lleva a seguir realizando conductas poco saludables para seguir perdiendo peso.
- Acontecimientos vitales que originen estrés o que conlleven estados de ánimo depresivos, como pueden ser rupturas o separaciones.
- Presencia de enfermedades médicas que supongan una pérdida de peso, o existencia de sobrepeso.
- En el caso de la Bulimia Nerviosa, un factor precipitante para sufrirla, puede ser haber tenido anteriormente Anorexia Nerviosa.

- **FACTORES DE MANTENIMIENTO:**

Son aquellos factores que contribuyen a mantener el problema, y que suponen por lo tanto, un obstáculo para la recuperación del mismo. Dentro de este grupo se pueden encontrar los siguientes factores:

- Existencia de pensamientos pro-anoréxicos, que contribuyen a la cronicidad y a la dificultad del tratamiento.
- Haber tenido pérdidas de peso importantes.
- Haberse producido una crisis familiar, ya que la enfermedad altera la dinámica de la familia, uno de los principales pilares del tratamiento.
- Existencia de un entorno que favorezca positivamente la pérdida de peso.

- El aislamiento social.
- Realización de actividad física excesiva.
- Existencia de rasgos de personalidad inherentes a la persona, de control y autoexigencia.
- Intervenciones por parte de los profesionales sanitarios que no son adecuadas, ocasionando iatrogenia.

I.II TIPOS DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Existen varios tipos de TCA. No obstante, los cuadros más relevantes a estudiar dentro de todos ellos por la mayor prevalencia que presentan, son los que se van a describir a continuación.

ANOREXIA NERVIOSA (AN)

Las personas que padecen esta patología presentan un deseo intenso de estar cada vez más delgadas, lo que les lleva a realizar para conseguir este objetivo, dietas restrictivas muy estrictas y una serie de conductas compensatorias, entre las que se encuentran el ejercicio físico intenso, o conductas purgativas como vómitos autoprovocados, y uso de laxantes o de diuréticos (1,2).

Presentan a su vez, un gran miedo a aumentar de peso, a la gordura y a la obesidad, junto con una alteración de su imagen corporal, ya que se ven a sí mismas más gordas de lo que están realmente (1, 2, 22,23). Toda su atención está centrada en la pérdida de peso, por lo que van a alcanzar estados nutricionales con pesos bajos (Índice de Masa Corporal <17,5 kg/m²), pudiendo llegar en ocasiones, a presentar estados muy carenciales que pueden derivar en la aparición de graves riesgos para la vida (2). La dinámica que se establece en este tipo de patologías se puede ver esquematizada en el Anexo 1.

Según el DSM-V, existen dos tipos de AN. Por un lado se encuentra la AN de tipo restrictiva que se caracteriza por realizar únicamente dietas restrictivas y/o ejercicio intenso. Y por otro lado, la AN de tipo purgativa o con atracones, que se caracteriza por presentar episodios de atracones, entendidos tales, como la ingesta de grandes cantidades de comida en breves periodos de tiempo, seguidos de conductas compensatorias para evitar el aumento de peso (24).

El inicio de esta patología es insidioso, por lo que cuando se observa la existencia de la enfermedad, ya ha pasado un largo periodo de tiempo. Afecta principalmente a mujeres, y aparece habitualmente en la adolescencia o en la edad adulta temprana (lapso entre los 20 y 40 años), presentándose en pocas ocasiones en la pubertad o después de los cuarenta años (1, 2).

Los signos y síntomas más comunes que se presentan en la AN son los siguientes (23):

- Alimentación muy restringida o negación a ingerir alimentos.
- Realización de comprobaciones a lo largo del día de su peso y de su cuerpo.
- Usan ropa ancha y holgada para esconder su cuerpo y pasar desapercibidas.
- Presentan rituales con la comida. Por ejemplo, comen en pequeñas cantidades, y apartan aquellos alimentos o partes de alimentos que consideran que engordan.
- Se produce la retirada de la menstruación (amenorrea).
- Con el tiempo presentan una delgadez extrema.
- Presentan letargia o exceso de energía.
- Se produce un enlentecimiento del tránsito intestinal, ocasionando estreñimiento.
- Puede aparecer dolor abdominal, hipotensión, bradicardia e hipotermia.
- El pelo es fino, sin brillo. Pueden tener en el resto del cuerpo lanugo.
- En individuos que se provocan el vómito se puede encontrar también, hipertrofia de las glándulas salivares, erosión del esmalte dental, y cicatrices o callos en la zona dorsal de la mano.

Cuando las consecuencias físicas que presentan estos pacientes no son tan evidentes, su conciencia de enfermedad se encuentra reducida, por lo que no consideran los riesgos que implica continuar con las conductas patológicas.

BULIMIA NERVIOSA (BN)

Este tipo de patología se define principalmente por una pérdida de control sobre la conducta alimentaria. La persona que padece BN presenta episodios recurrentes de atracones, seguidos de conductas compensatorias, que pueden ser provocarse el vómito, usar laxantes o diuréticos, realizar ejercicio físico excesivo, o llevar a cabo restricciones alimentarias severas, con el objetivo de evitar el aumento de peso producido por el atracón (2, 11, 23).

Estos atracones pueden desencadenarse por la existencia de factores personales estresantes, por periodos de restricción alimentaria, sentimientos negativos hacia el peso o el cuerpo, o la ingestión de alimentos que hagan a la persona sentirse mal consigo misma. Permiten minimizar o eliminar a corto plazo los factores negativos que desencadenaron el atracón, pero a largo plazo provocan una autoevaluación negativa, lo que va a provocar que se produzcan de nuevo episodios de atracones, entrando dentro de un bucle que se auto-retroalimenta (24). Esta dinámica se puede ver esquematizada en el Anexo 1.

Según el DSM-V existen dos tipos de BN. Por un lado se encuentra la Bulimia Nerviosa de tipo purgativa, en la que el paciente se aplica el vómito, o usa laxantes o diuréticos como conductas compensatorias. Y por otro lado, se encuentra la Bulimia de tipo no purgativa, en la que las conductas compensatorias que se realizan son exclusivamente restricciones alimentarias y/o práctica de ejercicio físico intenso (25).

La diferencia principal con la AN es que no tiene por qué existir una alteración en el peso corporal, ya que en estos pacientes, el peso puede ser normal o en ocasiones pueden presentar sobrepeso (1).

La BN se presenta generalmente en la adolescencia tardía (edades entre los 17 y los 20 años) o en edad adulta temprana, y es más común en mujeres (2). Estas personas tienden a esconder sus síntomas ya que se sienten avergonzados de su problema, por lo que la enfermedad suele permanecer oculta (24). Los signos y síntomas que más comúnmente se presentan son los siguientes (23,25):

- Comen a escondidas ocultando los envases vacíos.
- Realizan ayunos prolongados o se saltan comidas.
- Comen en porciones pequeñas o en periodos de tiempo cortos.
- Presentan menstruaciones irregulares o amenorrea.
- Presentan apatía, fatiga, irritabilidad, pérdida del rendimiento laboral o escolar, y alteraciones en el patrón del sueño.
- Se puede presentar estreñimiento, dolor abdominal o distensión abdominal.
- Como consecuencia de los vómitos puede producirse pérdida del esmalte dental, hipertrofia de las glándulas parotídeas, abrasiones o lesiones en el dorso de las manos.
- Se pueden dar complicaciones físicas como hipopotasemia, acidosis metabólica por pérdida de fluidos y deposiciones reiteradas, rotura mediastínica, neumonía por broncoaspiración, dilatación gástrica, rotura del estómago, entre muchas otras (1, 5).

TRASTORNO DE ATRACONES

Los pacientes que sufren este tipo de patología presentan episodios frecuentes de atracones que provocan gran malestar, pero no llevan a cabo ningún tipo de conductas para compensarlos (1,2). Generalmente los atracones se producen por la existencia de sentimientos negativos,

factores interpersonales que resultan estresantes, periodos de estrictas restricciones alimentarias, o sentimientos negativos hacia su cuerpo o su peso (22, 24).

Esta patología es más prevalente entre la población que busca perder peso, por lo que generalmente las personas presentan sobrepeso u obesidad. Su inicio se suele dar en la adolescencia o en la edad adulta temprana, aunque también se produce en edades más tardías.

Estos pacientes pueden padecer graves consecuencias a largo plazo, ya que se aumenta el riesgo de sufrir enfermedades importantes que pueden poner en peligro la vida de la persona, lo que aumenta la morbimortalidad. Además, se produce un deterioro importante en la calidad de vida y en la satisfacción personal. Los signos y síntomas más comunes son los siguientes (23,25):

- Realizan las comidas muy deprisa y a escondidas.
- Comen durante todo el día, a pesar de sentirse muy llenos.
- Presentan sentimientos de culpa y de vergüenza.

OTROS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Además de estas tres patologías, existen otros tipos de TCA que tienen menor prevalencia, por lo que se va a realizar una breve descripción a continuación (24).

- **Anorexia nerviosa atípica:** se ha producido una pérdida de peso importante, pero este peso se mantiene normal o está elevado.
- **Bulimia nerviosa de frecuencia baja y/o duración limitada:** las características son iguales a la BN, pero las conductas compensatorias se producen con menor frecuencia y/o con menor duración.
- **Trastorno de atracones de frecuencia baja y/o duración limitada:** igual que el trastorno de atracones, pero estos atracones se dan en menor proporción y/o duración.
- **Trastorno por purgas:** los pacientes únicamente llevan a cabo purgas para alterar su peso o constitución corporal. Estas purgas pueden ser aplicarse el vómito, o usar diuréticos, laxantes u otros medicamentos.
- **Síndrome de ingesta nocturna de alimentos:** se producen atracones conscientes de alimentos por la noche, generalmente al despertarse del sueño, a pesar de haber cenado.
- **Otros trastornos de la conducta no especificados (TCANE):** en este diagnóstico se engloban manifestaciones típicas de un TCA, pero que no se pueden relacionar con ninguno de los diagnósticos anteriores. Normalmente se suele utilizar cuando no existen bastantes datos o información para establecer otro más específico.

I.III DIAGNÓSTICO

Una vez conocidas, cuales son las causas más comunes de aparición de un TCA y los tipos existentes, resulta importante señalar cómo se establece el diagnóstico de este tipo de patologías.

El diagnóstico se basa principalmente en la entrevista clínica, junto con una exploración física, psicopatológica y conductual de la persona. Además, se llevan a cabo otro tipo de pruebas complementarias como la realización de diferentes test donde se valoran diversos aspectos, o la extracción de pruebas de laboratorio (2). En muchas ocasiones, los TCA suelen ir asociados a otro tipo de trastornos mentales, como pueden ser los trastornos depresivos (más comunes en la BN), trastornos obsesivo-compulsivos, entre otros. Por lo que resulta importante, realizar un adecuado diagnóstico diferencial, para no infra-diagnosticar o llevar a cabo un tratamiento incorrecto.

I.IV TRATAMIENTO

Una vez que se ha realizado el diagnóstico correctamente, es necesario comenzar con el tratamiento lo antes posible, con el objetivo de intentar solucionar cuanto antes aquella sintomatología que pueda poner en riesgo la vida de la persona, y conseguir a su vez, resultados a largo plazo más efectivos. De esta manera, se evita en gran medida las posibles complicaciones que puedan surgir, y se reduce la probabilidad de que la enfermedad se vuelva crónica.

A la hora de tratar a un paciente que padece un problema de TCA, se requiere la colaboración de un equipo multidisciplinar por la gran complejidad que conllevan. Entre estos profesionales se encuentran psiquiatras, nutricionistas, endocrinos, psicólogos, médicos de atención primaria, y profesionales de enfermería (20).

Uno de los objetivos principales del tratamiento es conseguir que la persona alcance de nuevo valores de peso normales y un estado nutricional saludable (2, 22, 26). A la hora de valorar el estado nutricional se toma como referencia el Índice de Masa Corporal (IMC), que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como *“un indicador simple de la relación entre el peso y la talla, y se obtiene dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²)”* (27). La OMS clasifica el estado nutricional según el IMC en infrapeso, peso normal, sobrepeso u obesidad (Anexo 2). Para conseguir recuperar un estado nutricional saludable, se establece un soporte nutricional en función de la situación y el estado actual que presente el paciente (22). Además, los pacientes que presenten infrapeso, se tienen que mantener en reposo la mayor parte del tiempo, evitando cualquier tipo de ejercicio físico.

Resulta importante tratar todas las complicaciones asociadas a las enfermedades, tanto físicas como psicológicas, lo que va a permitir recuperar un estado físico saludable, y a su vez, conseguir una mejora en la sintomatología propia del trastorno (2, 22, 26).

Otro de los objetivos principales es la recuperación de hábitos de alimentación saludables. Para ello se aplica educación sanitaria acerca de patrones nutricionales y alimentarios a los pacientes y a su familia, ya que les aporta una serie de conocimientos que van a servir como guía a la hora de cambiar los patrones alimentarios desadaptativos. Igualmente, permite un aumento de la concienciación del problema, ya que el paciente observa que su alimentación difiere bastante de lo que se considera saludable.

Por último, es imprescindible eliminar todos los pensamientos, actitudes, sentimientos y conductas compensatorias que existen en la persona, porque actúan como factores de mantenimiento. Este tipo de disfunciones pueden ser tratadas a través de diferentes modalidades de tratamiento, como pueden ser el tratamiento cognitivo-conductual (TCC), el tratamiento farmacológico, la terapia interpersonal, o la combinación de varias intervenciones (2, 22).

Para poder conseguir todos los objetivos anteriormente descritos, se tiene que establecer de nuevo una dinámica social y familiar adecuada, ya que la familia es un recurso imprescindible en el tratamiento, por su gran influencia y participación en el mismo.

Actualmente, la evidencia científica señala que el mejor tratamiento disponible para la AN es la rehabilitación nutricional junto con el TCC (22). En el caso de la BN, los mejores resultados se han obtenido del TCC, aunque también resulta de utilidad la terapia farmacológica para manejar síntomas depresivos y ansiosos, y la terapia interpersonal en caso de que la TCC no resulte efectiva. Dentro de los trastornos por atracones, su mejor tratamiento es la TCC junto con estrategias para la disminución del peso.

Existen otro tipo de intervenciones que comenzaron a utilizarse en este ámbito de actuación en las últimas décadas, y que tratan de resolver todas las dificultades que surgen con los

tratamientos hasta ahora utilizados. Se centran en aspectos motivacionales, entendiendo la motivación como una herramienta que facilita el cambio, y por lo tanto, como uno de los requisitos necesarios para conseguir un tratamiento más eficaz. Entre estas intervenciones se pueden encontrar la EM o la terapia de mejora motivacional, que se utilizan generalmente antes de iniciar otras terapias, o como tratamiento coadyuvante (2, 5, 26).

La EM se puede diferenciar del TCC más ampliamente utilizado, por el tipo de entrevista que desarrolla y el enfoque que utiliza a la hora de actuar sobre los pacientes. La TCC presupone que el paciente ya está motivado, por lo que su actuación se centra en dotar de una serie de conductas de afrontamiento a través del modelado, de la instrucción o de la práctica directa. Mientras que la EM utiliza estrategias y principios dirigidos a crear una motivación o aumentar la presente, sirviendo como guía para que sea el propio paciente el que establezca soluciones, dejando toda la responsabilidad del cambio en sus manos.

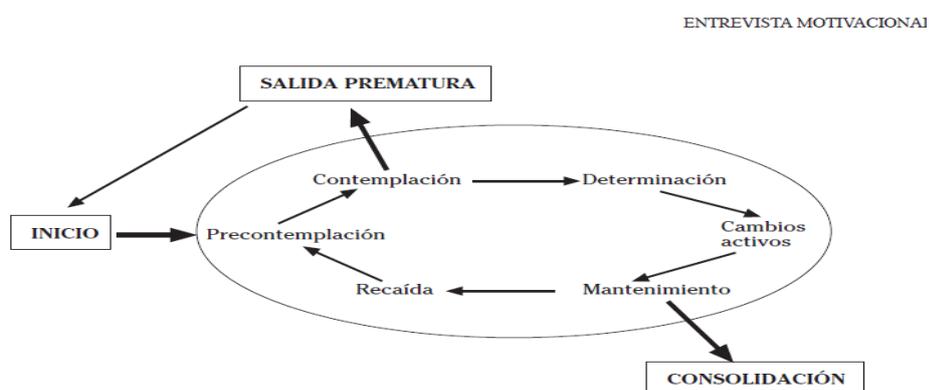
CAPÍTULO II. LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

II.I MODELO TRANSTEÓRICO DEL CAMBIO DE POCHARSKA Y DICLEMENTE.

Para poder comprender qué es la EM y cómo actúa, es necesario conocer antes como se produce el proceso del cambio y cuáles son las etapas que lo componen.

Para ello se utiliza como marco teórico, el Modelo Transteórico del Cambio, definido por Pocharska y Di Clemente entre 1982 y 1983. En este modelo se desarrolla que todas las personas que consiguen llevar a cabo cambios en sus estilos de vida, pasan a través de cinco estadios de cambio, cada uno de los cuales presenta una motivación diferente (6, 28, 29). Se establece el proceso como una “Rueda de Cambio” (Imagen 1) ya que cualquier persona que realice un cambio en su vida, va a girar alrededor de esta rueda varias veces, hasta conseguir que el cambio permanezca estable en el tiempo (10, 30).

Imagen 2. “La rueda del cambio”



Nota: Extraído de: Lizarraga S AM. Entrevista motivacional. ANALES Sis San Navarra. 2001. 2 (31): 43-53.

Las cinco etapas o estadios del cambio que se dan son las siguientes (10, 16, 17):

- **Precontemplación**

Representa la primera etapa del cambio. La persona no ha considerado que tiene un problema o que necesita realizar algún cambio en su vida, por lo que generalmente acude en búsqueda de atención sanitaria bajo coacción de otra persona, adoptando una postura defensiva. El paciente muestra expresiones tipo: “Yo no tengo ningún problema”, “No necesito cambiar”.

- **Contemplación**

En esta etapa aparece la toma de conciencia del problema, lo que supone que la persona se muestra más abierta a considerar los problemas que padece. Comienza a reflexionar acerca de los pros y los contras de su conducta, pero aún no tiene la suficiente motivación para intentar el cambio. Los comentarios que suelen presentar en el paciente son de tipo: *“Me gustaría poder dejar de vomitar pero no puedo o no me siento capaz”*; *“Debería de dejar de hacer lo que hago porque tiene repercusiones negativas en mi vida”*

- **Determinación o preparación**

En esta etapa la persona es realmente consciente de la gravedad y de las consecuencias perjudiciales de continuar con la conducta actual. Por lo que se encuentra dispuesta y decide iniciar un cambio, mostrando su deseo de recibir ayuda. A su vez, se encuentra capacitada para renunciar a los beneficios que le proporcionaban su enfermedad, y para superar los obstáculos que se le presenten a lo largo del cambio. En esta fase, se pueden encontrar expresiones del tipo: *“Quiero dejar de vomitar ya”* o *“A partir de ahora intentaré empezar a realizar acciones que me permitan cambiar”*.

- **Acción**

En este estadio, el cambio ya se ha iniciado y se ha mantenido por lo menos durante 24h. La persona se ha implicado en llevar a cabo acciones en la práctica que le llevarán hacia el cambio final. Sin embargo, es necesario considerar que la intención que tiene la persona de cambiar, no es un factor que sirva para determinar que ese cambio se va a mantener en el tiempo.

- **Mantenimiento**

Los cambios conseguidos por la persona se alargan en el tiempo, situándose en una etapa más estable del cambio. A pesar de esto, el paciente debe de seguir concentrándose en mantener ese cambio y evitar posibles recaídas, puesto que la atracción por las antiguas conductas aún sigue presente.

- **Recaída**

Estadio en el que se vuelven a realizar las conductas anteriores al cambio. Es importante que si se produce alguna recaída, la persona vuelva a entrar en el círculo del cambio lo antes posible. Estas recaídas que se pueden producir son normales y esperables, y no se consideran como un fracaso en ningún momento.

En este sentido, resulta esencial diferenciar la recaída de la caída. La caída es la ocurrencia de la conducta solo una vez, no volviéndose a originar de nuevo. Esto quiere decir, que la persona vuelve a realizar su conducta anterior, y al darse cuenta de esto, pone en marcha mecanismos para frenarla y no continuarla en el tiempo. En caso de que esto no ocurra, y se continúe con la conducta, se habla de recaída. Por lo tanto, para que se pueda producir una recaída es condición indispensable que anteriormente se haya ocasionado una caída.

II.II CONCEPTO DE ENTREVISTA MOTIVACIONAL

El término Entrevista Motivacional (EM) fue definido por primera vez por Miller y Rollnick en el año 1983, como *“un estilo de asistencia directa centrada en el cliente, para provocar un cambio en el comportamiento ayudando a los clientes a explorar y resolver ambivalencias”* (13, 16). Actualmente, definen la EM como *“un estilo de conversación colaborativo cuyo propósito es reforzar la motivación y el compromiso de la persona con el cambio”* (15).

Se puede entender como una forma de ayudar a las personas a que reconozcan sus problemas y tomen medidas para solucionarlos o prevenirlos (11). Para ello, toma como estrategias una

serie de elementos prácticos y teóricos que tienen como objetivo mejorar las habilidades de comunicación y el estilo asistencial de los profesionales (15). Su propósito fundamental es conseguir que se produzca un aumento de la motivación hacia el cambio, con el fin de lograr que la persona progrese a lo largo del mismo. De esta manera, permite afrontar situaciones que no han podido resolverse con las estrategias utilizadas habitualmente para promover cambios de conductas.

Fue creada originalmente con el fin de tratar y resolver trastornos por abuso de sustancias, como puede ser el alcoholismo. Posteriormente comenzó a utilizarse en una amplia variedad de campos de actuación, entre los que se pueden encontrar las enfermedades crónicas, la actividad física, y los problemas de alimentación (9, 31, 32). Una característica común en todos estos problemas es la baja motivación que presentan los pacientes a cambiar.

La EM deriva directamente de la Terapia Centrada en el Paciente de Carl Rogers, y se basa en la teoría de la disonancia cognitiva y en la teoría de la autopercepción (19). De la Terapia Centrada en el Paciente recoge las condiciones básicas que tiene que tener el terapeuta para generar una atmósfera que facilite el cambio, y que son empatía, actitud de escucha, calidez y autenticidad. (10). La teoría de la disonancia cognitiva se puede observar dentro de la EM, cuando se crean discrepancias en el paciente con el objetivo de aumentar la motivación hacia el cambio (19). Y la teoría de la autopercepción se observa, cuando se fomenta la aparición de comentarios automotivadores que favorecen el cambio, ya que según esta teoría escucharse a uno mismo defender el cambio, aumenta la motivación para realizarlo.

La EM pone énfasis en la autonomía y en la capacidad de decisión del individuo, por lo que la responsabilidad recae sobre él, adoptando un rol activo en el proceso (11 - 13). Las estrategias de la EM nunca pueden ser coercitivas, ya que el objetivo fundamental es el de apoyar y facilitar el cambio, en lugar de enfrentarse con el paciente o discutir con él. Estas confrontaciones provocarían un aumento de resistencias y por lo tanto se reduciría la probabilidad de cambiar.

A lo largo del proceso del cambio, existe una parte más directiva, que consiste en identificar las expresiones de cambio manifestadas por el paciente, facilitarlas y reforzarlas. El terapeuta no adquiere en ninguna ocasión un rol autoritario, por lo que se establece un clima de cooperación mutua, en el que la relación terapéutica existente mejora el compromiso del paciente hacia el cambio.

Dentro de la EM, se pueden diferenciar dos fases establecidas por Miller y Rollnick (13,16):

- **Una 1ª Fase.** En la que se tiene como objetivo principal la construcción de la motivación del paciente para cambiar sus conductas actuales. Este cambio se tiene que producir de manera gradual, y la velocidad con la que se desarrolle dependerá del grado de motivación que presente cada individuo.
- **Una 2ª Fase.** En la que el objetivo principal es construir el cambio y fortalecer el compromiso con el mismo.

II.III LA AMBIVALENCIA COMO PRINCIPAL OBSTÁCULO DEL CAMBIO

El principal problema que surge a la hora de cambiar conductas, es la ambivalencia de la persona hacia el cambio. Esta ambivalencia es expresada a través del lenguaje del paciente, en lo que se denomina discurso del cambio (argumentos emitidos por la persona a favor del cambio, también denominados “afirmaciones automotivacionales”) y discurso de mantenimiento (argumentos para no cambiar y seguir con la conducta actual) (15). Por esta razón, resulta necesario trabajar sobre ella, para permitir que el paciente resuelva su conflicto y se mueva hacia el cambio.

Se entiende la ambivalencia como *“sentirse de dos maneras diferentes respecto a algo o a alguien y es una experiencia común en los seres humanos”* (13). Los pacientes muestran su

ambivalencia mediante sentimientos contrapuestos sobre el cambio, ya que lo consideran y lo rechazan a la vez, es decir, se balancean entre las razones para mantener su situación actual o cambiarla.

Si el profesional confronta directamente al paciente es más probable que se produzcan resistencias y el paciente se ponga a la defensiva, produciéndose de esta manera una situación antiterapéutica, contraria a la que se está buscando (11 - 13). La EM entiende la ambivalencia como algo normal en el ser humano, comprendiendo y entendiendo como actúa. Permite que el individuo la exprese abiertamente, y que sea él, el que reflexione acerca de la misma y establezca las soluciones para resolverla. A través de la EM se guía al paciente a resolver la ambivalencia creando un puente hacia el cambio deseado.

II.IV LA MOTIVACIÓN COMO CLAVE DEL CAMBIO

A la hora de aplicar la EM hay que tener en cuenta la motivación que presenta la persona como elemento necesario para poner en marcha el cambio.

La motivación se puede definir como *“la posibilidad de que una persona inicie, continúe y se comprometa con una estrategia específica para cambiar”* (10).

Según el enfoque de la EM la motivación no es un rasgo o un problema de personalidad de un individuo, sino que es *“un estado de deseo del cambio”* (13), que puede variar de una situación a otra influida por diversos factores, y que sufre cambios en el tiempo. La motivación no se consigue transmitiendo consejos, sino que *“tiene que surgir de la reflexión del propio paciente al enfrentarse con su ambivalencia”* (33). Por lo tanto, la motivación para cambiar nunca puede ser impuesta por el profesional, si no que éste, tiene que aumentar y apoyar la motivación a través del fomento de expresiones automotivadoras, y de la creación de discrepancias, entiendo tales como *“desacuerdos entre valores y conductas”* (17).

II.V PRINCIPIOS Y ESTRATEGIAS DE LA EM

Para poder conseguir una motivación que ponga en marcha el cambio es necesario aplicar una serie de principios y estrategias en las que se basa la EM, y que son los siguientes (13, 15).

LOS 5 PRINCIPIOS

- **Expresar empatía**

Es necesario adoptar una actitud de aceptación, que permita comprender los pensamientos y las emociones de los pacientes, sin culpabilizar, criticar o juzgar en ningún momento (12, 13, 17). La empatía supone uno de los elementos clave de la EM, ya que permite establecer una atmósfera en la que la persona se siente libre para tomar sus propias decisiones. Además, facilita la creación de una buena relación terapéutica con el paciente, y fomenta su autoestima, lo que va a aumentar la motivación para el cambio, va a reducir las resistencias del paciente, y va a aumentar la adherencia terapéutica.

Según Martín .et al., 2008, la adherencia terapéutica se define como *“implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento, aceptado de mutuo acuerdo con su médico”* (34).

- **Desarrollar discrepancia**

Se pretende crear discrepancia entre la conducta actual y los objetivos o valores más importantes de la persona, es decir, entre donde está y donde quiere estar. Estas discrepancias permiten aumentar la motivación para cambiar, y a su vez, aumentan la conciencia de la persona acerca de las consecuencias negativas del problema (12, 13, 17).

Se debe aumentar la conciencia de la persona de los problemas actuales que presenta, y la necesidad de actuar sobre ellos, sin forzar u obligar a que acepte una etiqueta diagnóstica. De esta manera se consigue crear una disonancia cognitiva entre los nuevos conocimientos e informaciones, y las conductas que se mantienen, facilitando así el inicio del cambio. Es el propio paciente el que expresa sus preocupaciones, muestra las razones para cambiar, y finalmente decide hacerlo, por lo que no se originan sentimientos de coacción.

- **Evitar argumentar o discutir con el paciente**

Se evita cualquier confrontación o discusión con el paciente, actitud más propia de la entrevista clásica, ya que desemboca en una postura defensiva y en un aumento de las resistencias.

- **Trabajar con las resistencias del paciente**

La resistencia del paciente se considera como otra de las barreras que dificultan el cambio (27).

Según Miller y Rollnick para poder entender que es una resistencia, es necesario comprender previamente que se conoce como reactancia psicológica, entendiendo tal proceso, como una situación de rechazo que se origina cuando la persona percibe que su libertad está amenazada o limitada como consecuencia de una imposición, que puede ser real o imaginada por la persona. Cuanto mayor es esta sensación, mayor será el rechazo de la persona a estas imposiciones. Este concepto permite entender porque se producen resistencias en los pacientes cuando se utiliza un estilo de entrevista tradicional, en el que los cambios se imponen, y por lo tanto, la libertad se ve amenazada (13).

Una manera de eliminar estas resistencias o de impedir que se formen es utilizar la EM. Según ésta, es necesario eliminar las actitudes del profesional que puedan generarlas, como puede ser imponer un cambio porque sí, reñir al paciente si no quiere cambiar, entre otras. Por lo tanto, al paciente se le ofrecen nuevas perspectivas para ver el problema actual, pero nunca se imponen (12).

Las resistencias no se entienden como algo inherente al individuo, sino como una defensa del paciente frente a las estrategias utilizadas por el profesional, que no concuerdan con la motivación y el estado de cambio en el que se encuentra. Las resistencias pueden surgir en forma de negación, renuncia, o falta de voluntad o predisposición al cambio, y sirven como señal que indica que la postura adoptada hasta el momento no está siendo útil, siendo necesaria cambiarla por otra más efectiva.

- **Fomentar la autoeficacia**

Resulta imprescindible aumentar la autoeficacia de la persona, término introducido por Albert Bandura, y definido como *“confianza en la propia habilidad para hacer frente a una tarea o un reto específico”* (17). Para ello, se puede aumentar la percepción de los pacientes acerca de su capacidad para hacer frente a los obstáculos, superarlos y lograr el cambio de manera exitosa (13).

La autoeficacia supone un elemento clave para aumentar la motivación hacia el cambio, ya que si *“una persona cree que puede cambiar será más fácil que lo consiga”* (17). Por el contrario, nadie va a comenzar un cambio si considera que no puede realizarlo. Por esta razón, cualquier cambio anterior realizado por la persona y que haya tenido un resultado exitoso, actúa reforzando la creencia en su capacidad para conseguir otro cambio (13).

LAS 5 ESTRATEGIAS

- **Realizar preguntas abiertas**

Las preguntas abiertas favorecen la conversación sobre un tema, permitiendo que el paciente de diferentes opciones de respuesta. Son un tipo de preguntas que no pueden contestarse con una o dos palabras (15), por lo que el paciente se puede comunicar ampliamente, favoreciendo la reflexión de su problema, y aumentando su concienciación (13, 16). Las preguntas abiertas que se pueden utilizar son del tipo: “¿De qué manera afecta la enfermedad a tu vida?; “¿Qué aspectos de tu salud son los que más te preocupan?”; “¿Por qué quieres cambiar?”.

- **Ejercer escucha reflexiva**

La escucha reflexiva es una de las habilidades más potentes de la EM, siendo muy importante manejarla con eficacia, para lo que se necesita entrenamiento y práctica. La EM implica un componente verbal en forma de reflejos o resúmenes, y otro componente no verbal, que muestra la atención del profesional hacia el discurso del paciente, por ejemplo, a través del contacto ocular o de la postura. Es un elemento útil para asegurar que el profesional ha entendido todo lo que el paciente quiere decir. Además, permite eliminar las resistencias y fomenta la comunicación con el paciente, ya que facilita que hablen sobre sus problemas, sus preocupaciones y sobre sus patrones de conducta. Un ejemplo en el que se aplica la escucha reflexiva puede ser el siguiente:

- **“Paciente:** *Una de las cosas que dejaría son mis atracones”*
- **“Terapeuta:** *Te gustaría dejar de darte atracones”.*
- **“Paciente:** *Sobre todo porque necesito vomitar después”.*
- **“Terapeuta:** *No puedes evitar los vómitos después del atracón”*

La escucha reflexiva se puede aplicar de cinco maneras (13):

- **Repetición de palabras:** expresadas por el paciente, y que resultan importantes.
- **Refraseo o parafraseo:** cambiar alguna de las palabras expresadas por el paciente por sinónimos, o cambiar lo que ha dicho por otras expresiones que sean más fáciles de entender.
- **Señalamiento emocional:** transmitir frases que muestren sentimientos o emociones, como pueden ser: *“Parece que lo que estamos hablando te emociona”.*
- **Silencios:** tienen un potente efecto reflexivo cuando son utilizados de manera correcta y en el momento adecuado. Sirven para que el paciente perciba de forma no verbal que se comprende y se acepta lo que está diciendo, y además, le permite tomarse un tiempo para reflexionar sobre lo que acaba de decir.

- **Hacer resúmenes**

Permiten recoger y recalcar los aspectos más importantes que se han ido comentando durante la entrevista, favoreciendo la reflexión de la persona y la creación de discrepancias (16, 17).

- **Reestructuración positiva**

Consiste en afirmar y apoyar al paciente, destacando todos los aspectos positivos mediante expresiones y comentarios de comprensión (13, 17). Esto permite mejorar su autoeficacia y su autoestima. A la hora de aplicar este elemento se pueden utilizar expresiones como: *“Veo que comes algunas de las cosas que acordamos”*

- **Afirmaciones automotivadoras.**

Supone una de las estrategias más directivas de toda la EM (17). Este tipo de afirmaciones ayudan a resolver la ambivalencia del paciente, y van a provocar un aumento de la motivación para el cambio, ya que crean discrepancias. Por esta razón, el profesional tiene que facilitar que el paciente exprese este tipo de argumentos motivacionales, que pueden aparecer en forma de expresiones de reconocimiento del problema, expresiones de preocupación, o frases donde se muestran intenciones u optimismo de cambiar. Una manera de obtenerlas es utilizando preguntas abiertas evocadoras.

CAPÍTULO III. EL PAPEL DE ENFERMERÍA

III.I APLICACIÓN DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La utilización de la EM puede parecer un hecho sencillo, pero a medida que la desarrollamos nos damos cuenta de su complejidad. La puesta en práctica de este enfoque implica habilidades complejas, sobre todo la escucha reflexiva. La EM es una técnica objeto de entrenamiento que implica competencias que los enfermeros usan en su práctica diaria y que son susceptibles de mejora a lo largo de su vida profesional.

Es necesario por lo tanto, que estos profesionales a la hora de ejercer su labor en lo que a cambios de conductas se refiere, tengan en cuenta la fase del cambio en la que se encuentra la persona, y el grado de motivación que presenta. Resulta necesario destacar que durante las primeras fases del cambio las estrategias e intervenciones motivacionales son más importantes, mientras que en las etapas más avanzadas, van a resultar más importantes aquellas actuaciones que van a permitir el desarrollo de habilidades de afrontamiento y de mejora de la autoestima (6, 16, 17). Esto significa, que la EM resulta más útil en las primeras etapas del cambio, pero no quiere decir que haya que dejar de utilizarla en las últimas, ya que como se ha comentado anteriormente, la motivación del paciente fluctúa, y se puede necesitar aplicar estrategias para aumentarla en cualquier momento.

Siguiendo el estilo de la EM, a continuación se van a desarrollar una serie de sesiones que se pueden llevar a cabo en los pacientes que padecen un problema de TCA, identificando y explicando las diferentes estrategias utilizadas en función del grado de motivación que presenten y de la etapa del cambio en la que se encuentren.

SESIONES DE INICIACIÓN: PASO DE ETAPA DE PRECONTEMPLACIÓN A CONTEMPLACIÓN.

La mayoría de artículos destacan que los pacientes que acuden a consulta de enfermería por primera vez, lo hacen poco motivados e impulsados por alguna persona cercana. Generalmente no tienen conciencia del problema y no quieren cambiar su situación actual, por lo que presentan una baja motivación (6), encontrándose en una etapa de precontemplación del cambio (28).

En la primera sesión que se tiene con el paciente una de las tareas principales del enfermero/a es la de crear un clima cálido, de aceptación y confianza, que favorezca el desarrollo de la misma. Para lo cual hay que comenzar presentándose, y dando una buena sesión de apertura, en la que se explique la cantidad de tiempo del que se dispone y los objetivos que se pretenden conseguir. Es necesario explorar cuales son las razones por las que acude en busca de asistencia sanitaria, recalcando a la persona su capacidad para buscar ayuda, y felicitándola por haberlo hecho (6,

15). En todo momento, el profesional de enfermería debe adoptar una actitud empática y de entendimiento de la situación, puesto que va a permitir que el paciente se vaya relajando y sintiéndose cómodo. Todo esto va a favorecer la comunicación y la creación de una buena relación terapéutica de confianza y respeto, que va a resultar de gran utilidad durante todo el proceso.

En esta primera consulta, hay que realizar una valoración de enfermería holística e individualizada, donde se recoja la historia personal, los antecedentes familiares y antecedentes personales patológicos, prestando mayor atención a la posible existencia de trastornos físicos, sociales y conductuales (2). También, se realizarán un examen físico, un test de laboratorio, y se calculará el IMC y el grado de disminución de peso. Se puede pactar con el paciente de qué manera se van a transmitir los datos obtenidos para que no se conviertan en factores de mantenimiento de la enfermedad. Estos datos van a permitir observar la existencia de sintomatología típica de un TCA, y facilitarán un posterior diagnóstico por parte del terapeuta en caso de que aún no se haya realizado. Además, sirven para conocer cuál es la situación de la que se parte y cuáles son los objetivos a conseguir.

Una parte importante de esa valoración, es conseguir que el paciente revele sus síntomas, sus conductas, los motivos por lo que las lleva a cabo, y las preocupaciones que presenta (13). También, hay que averiguar cómo valora la función de la anorexia en su vida, junto con la identificación de creencias pro-anorexicas que presente, ya que suelen estar muy relacionadas con las razones que tiene la persona para no querer cambiar. Se pueden utilizar preguntas abiertas como herramienta para conseguir que se desarrolle la comunicación por parte del paciente. Estas preguntas pueden ser del tipo (15): “¿Qué aspectos notas que han cambiado en tu vida?”, “¿Qué le ha traído aquí?”, “¿Cómo cree que puedo ayudarle?”. A medida que el paciente vaya comentando toda la información relacionada con su problema, se puede ir dando información acerca de los cambios que la gente normalmente nota cuando disminuye de peso, o realiza cualquiera de las conductas más características de estas patologías (13). De esta manera, se consigue que el paciente vaya reflexionando sobre lo que le está ocurriendo, aumentando su conciencia del problema. Además, va a permitir explorar sus planes de futuros, sus sueños y valores, convirtiéndose en una vía por la que se puede comenzar a crear discrepancia, y consecuentemente, una motivación para iniciar el cambio.

En caso de que el paciente acuda a consulta acompañado por algún familiar, primero se realiza la entrevista de manera independiente, y posteriormente tras haber pedido permiso al paciente, se incluye a la familia. La historia familiar resulta importante porque permite corroborar el testimonio del paciente.

A continuación, será necesario evaluar el nivel de preparación para cambiar que tiene la persona, a través del Medidor de Preparación, elaborado por Stephen Rollnick (Anexo 3), preguntado al paciente en qué punto de la escala del 0 al 10 se encuentra de deseo de cambio. Cuanto menor sea la puntuación que el paciente indique, menor será la preparación para cambiar (35). Generalmente, suelen presentar un nivel bajo de preparación.

A lo largo de la sesión, el profesional de enfermería tiene que estar alerta para recoger las señales que indiquen cualquier motivación para cambiar, por mínimas que sean. Se puede facilitar la emisión de expresiones de motivación haciendo preguntas abiertas al paciente y utilizando la escucha reflexiva (15, 17). En todo momento se tiene que evitar una entrevista tipo “interrogatorio” de preguntas y respuestas, ya que no permite que el paciente reflexione sobre su situación y desarrolle las frases automotivadoras que se están buscando.

A medida que se van aplicando todas estas estrategias, se tienen que ir generando en el paciente actitudes positivas hacia el cambio. Una forma de seguir favoreciéndolas, es aumentando la preocupación que tiene la persona sobre los efectos negativos que provoca el problema en

todas las esferas de su vida. Esto se puede conseguir a través de la información o de la retroalimentación. Recordar que antes de dar cualquier tipo de información, es necesario preguntar a la persona que es lo que quiere saber, y tenerlo en cuenta durante todo el proceso.

Se tiene que informar de una manera clara, y con un lenguaje comprensible y adaptado, del diagnóstico del TCA o de la probabilidad de padecer este tipo de problema, explicando y describiendo las características más importantes (6). Además de las alteraciones físicas, hay que explicar las dimensiones personales sobre las que afecta, su evolución, y el pronóstico general que tienen. A su vez, se puede dar retroalimentación a la persona acerca de su enfermedad y de su estado actual, a través de la exposición de expresiones de preocupación de los amigos o familia, o también, a través de los resultados de diferentes test realizados anteriormente (17).

En ningún momento se puede culpabilizar a la persona de padecer este problema de salud, ya que es el propio paciente el que tiene que ir reflexionando y aceptando su situación. El profesional de enfermería explica la necesidad de tratamiento, pero no obliga a la persona a que comience a cambiar sus conductas (15, 17). Así mismo, hay que evitar cualquier tipo de discusión (36). Nunca se defiende un argumento con el que el paciente no está de acuerdo, ni se le obliga a que acepte su etiqueta diagnóstica, ya que se incurriría en un problema de confrontación-negación o en una trampa del “etiquetaje”, que va a provocar resistencias y la adopción de una postura de defensa, lo que será contraproducente para el proceso del cambio.

En esta primera sesión, no se puede aconsejar aún sobre las medidas de acción que tienen que comenzar a realizar para cambiar, ya que el paciente tiene una motivación baja (6). Al finalizar, se ofrece disponibilidad de atención, explicando la posibilidad de acudir a consulta en cualquier otro momento cuando requiera ayuda o apoyo, o cuando considere oportuno.

Tras este primer encuentro, y si se han aplicado las estrategias de EM correctamente, generalmente el paciente entra en una etapa de contemplación del cambio. Por lo tanto, hay que establecer una nueva consulta sanitaria, para conseguir que el paciente avance hacia la siguiente etapa.

SESIONES DIRIGIDAS AL PASO DE ETAPA DE CONTEMPLACIÓN A PREPARACIÓN.

En estas sesiones el paciente generalmente ya se encuentra en la etapa de contemplación del cambio, puesto que comienza a barajar la posibilidad de cambiar, lo que le genera grandes dudas (13). La motivación que presenta hacia el cambio es más elevada, por lo que el enfermero/a tiene que seguir aumentándola para conseguir que el paciente se decida a comenzar su cambio, y por lo tanto, comience con el tratamiento que establecerá el terapeuta. Es en esta etapa del cambio cuando más útil resulta la entrevista motivacional (6,13).

En primer lugar, el enfermero/a tiene que reconocer la ambivalencia presente, y tiene que aplicar estrategias que permitan al paciente trabajar directamente sobre ella. El profesional tiene que conseguir que el paciente exprese las dudas que tiene entre si cambiar sus conductas o no hacerlo (15, 17). Y posteriormente, tiene que facilitar que reflexione sobre estas dudas, expresando todos los sentimientos y todos los miedos que le generan las nuevas perspectivas del problema, para que de esta manera, pueda establecer unas soluciones efectivas que la eliminen (13).

Una de las herramientas que se debe de utilizar es la escucha reflexiva, ya que permite que el paciente escuche sus propios comentarios y expresiones, y resalta las frases motivacionales o de deseo de cambio que haya podido transmitir. Una forma de manejar la ambivalencia puede ser la siguiente:

- *“Parece como si estuvieras dividido en dos. Por un lado, te sientes muy preocupado porque tu forma de comer afecta a tus estudios y porque tu salud también se está viendo*

afectada. Al mismo tiempo, no te ves a ti mismo tan mal y no puedes evitar el seguir restringiendo tu alimentación y vomitando”

Otra herramienta que puede utilizar el enfermero/a para eliminar la ambivalencia presente, y aumentar la balanza a favor del cambio de conducta, y por lo tanto, en contra de la conducta actual, es el balance decisional. Consiste en la elaboración por parte del paciente de una lista, ya sea de forma oral o escrita, en la que se recogen los aspectos positivos y negativos que le proporciona su conducta actual, y la enfermedad en sí (17). También, se puede realizar describiendo las razones por las que renunciar a la enfermedad, y las razones para seguir con ella.

El uso de este tipo de herramientas se justifica porque cuando una persona habla de la parte negativa de un problema, se obtienen expresiones de preocupación, y se generan discrepancias, lo que aumenta la motivación del paciente para cambiar. Un ejemplo de balance decisional en un paciente con AN, se puede encontrar en la siguiente tabla.

Tabla 1: Balance Decisional

Razones para renunciar a la AN	Razones para seguir con la AN
Poder salir con mis amigos a comer	Quiero estar más delgada
Poder centrarme en mis estudios	Me permite tomar el control
No tener problemas con mis padres	Así estoy más guapa

Nota: Elaboración propia.

Otra herramienta que se puede utilizar para facilitar que el paciente trabaje con su ambivalencia, es utilizar los extremos, es decir, que el paciente manifieste las consecuencias más negativas de su conducta o sus mayores preocupaciones (35). Así mismo, es útil que hable sobre su etapa anterior a la aparición del trastorno, e imaginar cómo se ven en un futuro después del cambio. Igualmente, se puede aplicar el cambio de roles, es decir, el paciente defiende la presencia de consecuencias negativas y la necesidad de cambiar, mientras que el profesional expresa preocupación por el cambio.

El enfermero/a puede proponer al paciente que elabore un registro alimentario, que consiste en un registro escrito del día a día, en el que se recogen los alimentos consumidos, la frecuencia con la que se dan las conductas o los hechos que se quieren estudiar, así como todos los aspectos relacionados con ella, como pueden ser, sentimientos, situaciones personales, pensamientos, entre otros (17). Esta herramienta va a permitir que el paciente aumente su percepción sobre el problema y sus conductas, y a su vez, sirve al profesional para observar los diferentes aspectos que están relacionados con su aparición. Todos estos datos podrán utilizarse más adelante, para elaborar estrategias que permitan prevenir futuras recaídas.

A lo largo esta etapa, el paciente en algún momento va a expresar manifestaciones o comentarios que reflejan motivación y deseo de cambio (6, 13, 15). Lo que el profesional de enfermería tiene que hacer es favorecer que se desarrollen este tipo de comentarios, de potenciarlos, y retornarlos al paciente, ya que permite que escuche sus propias afirmaciones para cambiar, y se generen discrepancias. Existen cuatro formas posibles para conseguir que el paciente exprese este tipo de afirmaciones (8):

- Utilizar preguntas abiertas, tales como:
 - *“¿Qué sería diferente en tu vida una vez que hayas superado la enfermedad?”*
 - *“¿Qué cosas podrás hacer que ahora no haces?”*
 - *“¿Qué señal te puede indicar que estás superando el problema?”*
- Repetición de reflexiones que haya realizado el paciente anteriormente.
- Utilización de resúmenes que permiten sobre todo recoger las ideas principales del cambio, y que el paciente reflexione acerca de su propia ambivalencia.

- Reforzar las actitudes positivas que haya tenido, o cualquier paso que haya dado hacia comportamientos que favorecen el cambio. Por ejemplo, haber intentado dejar de vomitar por un día, o haber intentado comer todo lo que su madre le había puesto en el plato. Se pueden utilizar comentarios de tipo:
 - *“Creo que todo el esfuerzo que has puesto en intentarlo muestra que realmente quieres recuperarte. Te admiro por eso. Ahora intentemos seguir avanzando hasta encontrar qué es lo que funciona en tu caso”*

Resulta importante cuidar los consejos desde la perspectiva de la EM. La EM usa los consejos con moderación, primando la libertad del paciente. Es útil ofrecer varias opciones posibles y saludables, siendo el paciente el que finalmente elija. Se pueden utilizar ciertos comentarios para cambiar las perspectivas que el paciente tiene respecto a ciertos aspectos de su vida diaria. Estos comentarios pueden darse de la siguiente manera:

- *“Paciente: Mi madre me controla constantemente por el hecho de que no como bien y luego vomito. Siempre lo repite, dice que no me controlo y que estoy loca.”*
- *“Terapeuta: Parece que realmente está muy preocupada por ti. Imagino que lo expresa de una manera que te irrita, y eso es negativo para ti. Tal vez la podamos ayudar a que se dirija a ti de una mejor manera para decirte que te quiere y que está preocupada por ti.”*

Generalmente al final de esta segunda sesión, o tras varias sesiones de este tipo, el paciente ya se ha decantado a favor del cambio, y por lo tanto se sitúa en una etapa de preparación. A partir de este momento, hay que comenzar otras sesiones en las que se apliquen estrategias en función del nuevo grado de motivación que presenta el paciente.

SESIONES DIRIGIDAS A CONSEGUIR EL PASO DE ETAPA DE PREPARACIÓN A ETAPA DE ACCIÓN.

El paciente ya considera realmente el cambio, encontrándose motivado para realizarlo, y comienza a pensar en la manera de poder iniciarlo. En la tercera sesión de EM y sucesivas, el profesional de enfermería tiene que facilitar que el deseo de iniciar el cambio se ponga en práctica. Durante estas sesiones, el enfermero/a aumenta la autoeficacia de la persona, ya que si ésta se siente capaz de llevar a cabo el cambio obteniendo un resultado exitoso, va a aumentar su motivación para iniciarlo y conseguirlo (6, 13, 15 - 17). Sin embargo, si no cree que puede llevar a cabo ese cambio, por mucha motivación que tenga, no va a realizarlo (36). Para aumentar la autoeficacia, el enfermero/a puede utilizar expresiones del tipo:

- *“Como tú mismo has señalado, en otras ocasiones has conseguido realizar cambios en tu vida que te suponían grandes dificultades, por lo que estás capacitado para conseguir otro nuevo cambio de esas características”*

Será necesario que el profesional de enfermería valore y observe de nuevo la existencia de resistencias respecto al cambio, y ayude al paciente a que reflexione sobre ellas, utilizando para ello cualquiera de las estrategias aplicadas en las sesiones anteriores. Así mismo, puede utilizar las presiones de grupo o los pensamientos del grupo como estrategia para conseguir o facilitar el cambio.

A partir de este momento, hay que explicar a la persona y considerar junto a ella, las diferentes alternativas, estrategias u opciones de tratamiento disponibles para conseguir el cambio, ofreciendo el menú de opciones existente (15). Es necesario valorar previamente las opciones de tratamiento disponibles en función de los criterios que presenta la persona, ya que un mismo tratamiento no es útil para diferentes pacientes. Entre las diferentes opciones generales de tratamiento existentes, se pueden encontrar la terapia farmacológica, la terapia intensiva de grupo, el tratamiento ambulatorio, el hospital de día, de noche o de fines de semana, el

tratamiento hospitalario que requiere de hospitalización durante 24h, o diversos grupos de apoyo.

A continuación, será importante establecer junto al paciente un posible plan de cambio, que permita determinar las conductas y las circunstancias sobre las que hay que trabajar para solucionar el problema existente, y también, valorar los recursos que se van a necesitar para conseguirlo (15, 17, 36). A la hora de elaborar este plan de cambio, las ideas tienen que surgir del paciente, y es él mismo, el que tiene que reflexionar sobre los obstáculos y las dificultades que puede encontrar. Una manera de comentar al paciente la necesidad de establecer un plan de cambio y que este lo lleve a cabo, sin crear resistencias ni sentimientos de coacción, puede ser la siguiente:

- *“Vamos a hablar sobre las posibles opciones si quieres y yo intentaré ayudarte a buscar la mejor aproximación de entrada. Pero si pruebas una cosa y ésta no parece funcionar, no te desanimes, encontraremos alguna que te funcione, y yo te acompañaré hasta que lo consigamos”.*

En este posible plan de cambio se puede establecer:

- Los cambios que se quieren realizar.
- Los objetivos a corto, medio y largo plazo. Es importante ayudar a la persona a que establezca unos objetivos claros, realistas y progresivos, ya que va a valorarlos como más alcanzables y va a aumentar la motivación, y su sentimiento de autoeficacia.
- Recordar los pros y los contras, que va a permitir que se decante aún más a favor del cambio.
- Establecer los puntos de apoyo familiares que van a ayudar durante todo el proceso.
- Reconocer los posibles obstáculos que se pueden presentar a lo largo del cambio, para que establezca unas estrategias que permitan eliminarlos.
- Establecer los recursos disponibles que favorezcan y faciliten el cambio.

Para conseguir que el paciente reflexione y vaya aportando ideas acerca del plan que quiere llevar a cabo, se pueden utilizar diversas preguntas que favorezcan su participación, estas pueden ser del siguiente tipo (15):

- *“¿Cómo te gustaría que fueran las cosas a partir de ahora?”*
- *“¿Qué es lo que quieres cambiar?”*
- *“¿Cuál crees que es el primer paso?”*
- *“¿Qué podrás hacer? ¿Qué opciones tienes?”*
- *“¿Qué es lo que crees que harás?”*

Así mismo, se puede utilizar una hoja de trabajo como herramienta que facilite al paciente trabajar sobre su plan de cambio (Anexo 4).

El enfermero/a tiene que valorar de nuevo el grado de motivación para cambiar que presenta el paciente en este punto, objetivando de esta manera si ya está preparado para comenzar con el cambio. Una forma de valorar este aspecto, es observando si el paciente ya no ofrece resistencias, es decir, ya no discute ni ofrece confrontaciones (6, 13, 15). Además, se va a mostrar más tranquilo y relajado, disminuyen sus preguntas sobre el problema y se aumentan las preguntas sobre el cambio. Expresa a su vez, afirmaciones automotivadoras del cambio y se imagina su vida después del mismo. Algunos de los comentarios que presenta pueden ser los siguientes (13, 15): *“Tengo que hacer algo con este problema”*; *“¿Cómo puedo cambiar?”*; *“Voy a poder hacer una vida normal con mis amigos y amigas”.*

Una vez que se han expuesto todas estas alternativas, se ha trabajado con el paciente el posible plan de cambio que estaría dispuesto a realizar, y se ha valorado la existencia de una motivación

adecuada para comenzar con el proceso del cambio, se tendrá que dar paso a la actuación del profesional correspondiente, ya sea el psiquiatra o el psicólogo, para que establezca el plan de tratamiento definitivo. Se comenta toda la información obtenida durante estas sesiones con el terapeuta, ya que le va a servir de utilidad para establecer el tratamiento con el paciente (13). Posteriormente, se reúne el paciente junto con el terapeuta en una sesión conjunta, para reflexionar acerca de cuál sería su mejor opción de tratamiento, y establecer el plan de acción específico a seguir. El terapeuta al igual que el personal de enfermería, sigue un estilo de asistencia centrado en el paciente, y permite que sea él, el que elija con libertad su plan y sus actuaciones. De esta forma se consigue que la adherencia al tratamiento aumente, ya que el paciente siente que ha podido elegir libremente su curso de actuación y nadie se lo ha impuesto. El terapeuta solo apoya y ayuda al paciente a tomar su propia decisión.

En esta fase en la que se encuentra el paciente, es recomendable establecer un contrato conductual. Este tipo de contrato se establece con el terapeuta, y es firmado por ambas partes. Constituye una herramienta útil, ya que el simple hecho de firmar un compromiso, aumenta la motivación y disposición del paciente hacia el cambio, puesto que lo consideran como una promesa consigo mismos, con su familia o con el propio profesional (35).

En algunos casos se encuentra disminuida la capacidad de autonomía del paciente, por ejemplo cuando es menor de edad o cuando la enfermedad se encuentra en un estadio agudo (7). A pesar de encontrarse en alguna de estas situaciones, se pueden seguir utilizando los enfoques de la EM, pero estableciendo unos niveles básicos no negociables en el tratamiento, como puede ser alcanzar un estado nutricional adecuado.

En las siguientes sesiones que tenga enfermería con el paciente, una vez que ya se ha establecido el plan de acción a seguir, se trabajan los posibles obstáculos, miedos y percepciones que se pueden presentar ante esta nueva situación. El enfermero/a ayuda al paciente a identificar los obstáculos existentes para comenzar con el cambio, con el objetivo de eliminarlos y buscar otras alternativas (13). Entre estos obstáculos puede encontrarse la accesibilidad al tratamiento, los horarios de consultas, los beneficios que le daban la enfermedad o la normalización del problema por parte de su entorno social cercano. El paciente y el profesional de enfermería pueden realizar una lluvia de ideas de los diferentes pasos prácticos a seguir en la superación de sus problemas. Es igual de importante, ayudar a que el paciente determine nuevos puntos de apoyo que pueda tener como referencia cuando los necesite, y que se pueden encontrar dentro de los amigos, de diferentes grupos de apoyo, o bibliografía científica existente respecto al tema.

Al finalizar estas sesiones, el paciente ya ha establecido el plan de acción que quiere llevar a cabo, por lo que el siguiente paso será comenzar a realizarlo y consolidarlo, para lo cual se establecerán unas sesiones específicas.

SESIONES PROPIAS DE LA ETAPA DE ACCIÓN

Una vez que el paciente ya ha adquirido la motivación para cambiar y ha comenzado a realizar los cambios acordados en el plan terapéutico, éste se encuentra en la etapa de acción del cambio (24). A partir de este momento, se tienen que comenzar a realizar sesiones semanales destinadas a conseguir la consolidación del proceso de cambio, y el aumento de la adherencia hacia el tratamiento.

El profesional de enfermería nunca obliga a la persona o la presiona para que comience con el tratamiento específico si ésta no se ve preparada o capacitada para hacerlo, o simplemente no quiere (10, 37). Si esta situación se da, tendrán que seguir realizándose sesiones en las que se desarrollen estrategias propias de las primeras etapas del cambio, para conseguir el aumento de la motivación y la preparación que hasta ahora no se ha logrado. Además, es necesario que

el profesional reflexione sobre estas resistencias que se dan en el paciente, puesto que va a ser necesario cambiar las estrategias hasta ahora utilizadas porque no están siendo efectivas.

En las diferentes sesiones semanales, la tarea del profesional de enfermería es alentar y dar apoyo, reforzando todas las acciones positivas que haya conseguido el paciente (6, 13, 15). Así mismo, se revisa con él todos los logros conseguidos hasta el momento y se refuerzan, por pequeños que sean. De esta manera se consigue mejorar su capacidad de superación, y por lo tanto, el sentimiento de autoeficacia, aumentado aún más la motivación hacia el cambio, y manteniéndola en el tiempo (35).

Es necesario que el enfermero/a ayude al paciente a que reflexione sobre las estrategias que puede utilizar para superar las dificultades que se vayan presentando durante esta etapa de cambio (6, 13, 15). El enfermero/a puede instruir a la persona en habilidades sociales como puede ser la asertividad, habilidades de comunicación, distintos estilos de afrontamiento, y técnicas de relajación y de control de impulsos (35). Además, se recuerdan los esfuerzos que le va a suponer seguir con el tratamiento, como pueden ser diversos sentimientos negativos, acudir a consultas en horarios que interfieren con su vida personal, tener enfrentamientos con sus familiares, entre otros.

A lo largo de estas sesiones, se van a ir negociando semanalmente objetivos asumibles por el paciente (13, 15). Su consecución va a permitir aumentar la autoeficacia y la motivación para continuar con el cambio.

Será importante seguir fortaleciendo en todo momento la alianza terapéutica, para que el paciente se apoye en el personal de enfermería como elemento facilitador del cambio, y confíe en ellos. Cuanto más relajado, más cómodo y más activo en el proceso se sienta, estará más motivado para continuar con el cambio. Además, adoptará una postura más abierta, lo que va a facilitar la expresión de todas sus preocupaciones, miedos, conductas en las que ha caído, y objetivos que no ha realizado correctamente.

En caso de que se pierda contacto o que los pacientes que se encuentran en esta etapa de acción, comiencen a ausentarse de las sesiones, será importante comenzar de nuevo la comunicación con el paciente, y aplicar todas las estrategias motivacionales de etapas anteriores (35). Se puede llamar por teléfono para interesarse por los motivos de las ausencias o preguntar a la familia, pero siempre respetando la autonomía de la persona, y sin quebrantar su privacidad.

SESIONES PROPIAS DE LA ETAPA DE MANTENIMIENTO Y RECAÍDA

Una vez que el paciente ha iniciado el cambio y lo ha mantenido en el tiempo, éste se encuentra en una etapa de mantenimiento. En esta etapa va a experimentar sentimientos contradictorios, y puede verse atraído por las conductas anteriores, lo que puede conducir a un abandono del tratamiento, o a una recaída. Por esta razón, el profesional de enfermería tiene que seguir teniendo sesiones con el paciente en las que se apliquen estrategias propias de esta etapa.

El enfermero/a facilita y ayuda a que el paciente logre encontrar estrategias efectivas que le permitan prevenir posibles recaídas (17). Resulta útil realizar preguntas para ayudar al paciente a ponerse en situaciones en las que se pueden producir estas recaídas, permitiéndole reflexionar acerca de cómo las resolvería, y ayudándole a establecer estrategias para que las soluciones elegidas sean efectivas. Este tipo de preguntas pueden ser: *“¿Qué harías si te ponen en la mesa una comida, por ejemplo tortilla de patata, te bloqueas y no quieres comerla?”*.

En el caso de que se produjese alguna recaída, es importante que el profesional ayude al paciente a que considere esta situación como parte del proceso de recuperación, resultando de utilidad para aprender nuevas habilidades que permitan prevenir otras posibles recaídas

posteriores (6, 13, 15). En ningún momento se culpabiliza al paciente, si no que se le ayuda para que no se desmoralice o pierda la motivación para iniciar de nuevo el cambio.

A lo largo de estas sesiones, el profesional de enfermería tiene que interesarse de manera activa por cómo se siente y se encuentra el paciente, los cambios que va experimentado en su vida diaria, y como es la relación con su familia y su entorno (16, 17).

Si el paciente consigue el cambio final que se había propuesto con el terapeuta en el plan de tratamiento, y este cambio se mantiene estable en un largo periodo de tiempo, se producirá la finalización del tratamiento, y ya no se realizaría ninguna sesión de EM. Sin embargo, hay que mostrar disponibilidad en todo momento, por si requiriese ayuda o su motivación se viese afectada, necesitando de nuevas sesiones de EM.

III.II APLICACIÓN DE LA EM COMO INTERVENCIÓN FAMILIAR

Como se ha comentado en un capítulo anterior, uno de los pilares fundamentales en el tratamiento y recuperación de los pacientes con un problema de TCA es la familia, ya que participa y está involucrada en todo el proceso, teniendo que manejar al paciente fuera del medio sanitario, y además ayudarlo durante todo el proceso de cambio (26).

La mayoría de familiares de las personas que padecen un problema de TCA refieren tener pocas herramientas para tratar con los pacientes, lo que puede suponer un papel de mantenimiento o empeoramiento de la enfermedad, debido a que responden ante la misma actuando con hostilidad o sobreprotección, o produciendo comportamientos de acomodación con la situación y el problema (7).

La tarea del profesional de enfermería en este aspecto, es la de aplicar estrategias propias de la EM sobre los familiares o la pareja, permitiendo que participen en el tratamiento de una manera activa y flexible. A su vez, se les forma en las estrategias y principios básicos de esta herramienta, para que ellos mismos puedan utilizarlos (7, 13).

Hay que dotarles de toda la información adecuada del problema, de su relevancia y de sus riesgos, lo que va a generar en la familia sentimientos de tristeza y de preocupación. Por lo tanto, es importante motivarlos y desculpabilizarlos. Se pueden utilizar expresiones tipo:

- *“Parece como si estuvieras preocupada por saber de quién es la culpa. Debo decirte que aquí no buscamos culpables.”*
- *“No me interesa saber quién es el responsable, sino más bien qué es lo que realmente te está preocupando y lo que podemos hacer para resolverlo”*
- *“No sé si esto te servirá, pero te puedo dar una idea de lo que ha sido útil para otras personas en esta situación”.*

Se les tienen que dar todas las herramientas que les permitan distinguir cuales son los síntomas de la enfermedad, y cuando se están manifestando durante la vida diaria. Esto les va a aportar seguridad en el trato y el manejo de su familiar enfermo (38). A su vez, se les instruye en una serie de pautas de comportamiento que tienen que seguir con el paciente, y se les realiza un adecuado asesoramiento nutricional, resolviendo todas las dudas que se presenten. Hay que mostrar también, la disponibilidad del personal, ofreciendo atención telefónica continuada para situaciones en las que el manejo resulte complicado.

Estos familiares se muestran más satisfechos, ya que se pueden involucrar en los cuidados, y pueden compartir información y sentimientos con los profesionales. A su vez, disponen de habilidades con las que enfrentarse a diferentes situaciones que se les puedan presentar, lo que les permite reducir conflictos y críticas, y saber reconducirlos (6, 7, 13). Los pacientes también se muestran más contentos, puesto que se sienten apoyados y comprendidos por el ámbito familiar, mejorando la comunicación con su familia y a su vez con el profesional sanitario. Todo

esto conlleva, un aumento de la motivación del paciente para seguir con el cambio, y facilita su recuperación final.

CAPÍTULO IV. EVIDENCIA CIENTÍFICA DISPONIBLE DE LA APLICACIÓN DE LA ENTREVISTA MOVITACIONAL EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Actualmente existen pocos estudios encaminados a investigar este tema. Sin embargo, los existentes muestran resultados prometedores.

Según Dray J. et al., (2012); Candelaria Martínez M. et al., (2016); Cassin SE. et al., (2008); Weiss VC. et al., (2013); Bonder R. et al., (2015), la EM como intervención en un paciente con un TCA mejora y aumenta los resultados conseguidos, gracias al aumento de la adherencia al tratamiento (10, 34, 39 - 42). Este hecho lo consigue permitiendo una participación más activa del paciente, aumentando la preparación para el cambio y su motivación. Así mismo, según el proyecto MATCH Find para la EM, ésta permite mantener el cambio en el tiempo, asociándose un mayor tiempo de aplicación con mejores resultado (19). También, permite reducir las resistencias que se originan a lo largo del tratamiento, disminuyendo los comportamientos adictivos y aumentando los comportamientos saludables. A su vez, reduce las recaídas, reduce las preocupaciones y sentimientos negativos, y consigue una mayor proporción de finalización del programa de tratamiento.

Según Romano M. et al., (2015); Cassin SE. et al., (2008); Dunn EC. et al., (2006), queda demostrada la utilidad de la EM en los TCA como pretratamiento, ya que sienta las bases de motivación que hace más efectivos los tratamientos posteriores, o como tratamiento independiente en algunos de los pacientes (31, 42, 43). Candelaria Martínez M. et al, 2016, recomiendan complementar el programa nutricional con alguna intervención psicológica como puede ser la EM, por parte de todos los profesionales del equipo y no solo por parte del médico o terapeuta responsable, ya que supone la consecución de mejores resultados (34).

Knowles L. et al., (2013) señalan que diferentes metaanálisis han demostrado que la aplicación de la EM como intervención tiene ventajas frente a la utilización de otros tratamientos más débiles, y frente a no aplicar ningún tipo de tratamiento, siendo igual de eficaz que otros tratamientos actualmente más utilizados y de mayor duración (19, 44). Igualmente señalan, que la EM resulta efectiva en el tratamiento de algunos de los síntomas de los TCA, pero no en todos (40, 44 - 46). La evidencia es mayor para los atracones, pero menor para el tratamiento de las conductas compensatorias, existiendo poca evidencia para las conductas restrictivas. A pesar de estas conclusiones y de la existencia de poca investigación, el Instituto Nacional de Excelencia Clínica señala que las intervenciones de mejora de la motivación deben de ser aplicadas a todos los pacientes que presenten un TCA (43).

Según Lundahl B. et al., (2009), un mayor tiempo de aplicación de la EM obtiene mejores resultados, siendo necesario un mayor número de sesiones en los TCA que en otras patologías. Así mismo, se ha observado que la EM tiene mayores beneficios utilizándola como terapia individual que como tratamiento grupal (18, 19, 47).

REFLEXIONES

El elemento principal que desencadenó mi interés por aumentar la investigación en este campo de actuación fue mi paso por la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Estas prácticas me permitieron establecer un estrecho contacto con las personas que sufren este tipo de patologías, obteniendo otro punto de vista totalmente diferente al que tenía con anterioridad. Pude entender lo duro que resulta para estos pacientes conseguir un cambio en sus conductas, ya que en muchas ocasiones experimentan sentimientos de fracaso e impotencia. Observando a su vez, el importante papel de apoyo y guía que tiene Enfermería durante todo el proceso de recuperación.

En las diversas consultas que tenían las enfermeras con los pacientes, el enfoque asistencial que utilizaban mayoritariamente era la entrevista motivacional. Pudiendo objetivar los buenos resultados que conseguían gracias a este método de entrevista clínica, ya que mejoraban la confianza de sus pacientes, aumentaban su motivación y preparación para cambiar conductas, y mejoraban sus sentimientos de autovalía personal.

Por todas las ventajas observadas en la práctica clínica diaria, entre las que se encuentran las descritas anteriormente, la entrevista motivacional está siendo cada vez más utilizada por parte de los diferentes profesionales sanitarios a la hora de conseguir cambios en las conductas de los pacientes con un TCA. Sin embargo, a pesar de este aumento significativo en su utilización, siguen siendo muchos profesionales los que aún no tienen las herramientas o las estrategias para poder aplicarla de una manera efectiva, por lo que en lugar de poner en práctica este enfoque de asistencia eficaz, siguen utilizando estilos confrontativos y directivos, dificultando la consecución del cambio buscado. Por esta razón, se hace evidente, la necesidad de pararse a reflexionar acerca de la formación que se está dando a los profesionales sanitarios en los diferentes métodos de entrevista clínica, más concretamente, en entrevista motivacional.

Siguiendo esta perspectiva, resultaría interesante comenzar a formar a los nuevos profesionales de enfermería en entrevista motivacional, desde el inicio de su formación, es decir, en las propias escuelas o universidades. Es en este punto, donde la profesión de enfermería podría comenzar a desarrollar sus conocimientos y habilidades en el manejo de esta herramienta, fomentando su aplicación en los pacientes con un TCA, y con otro tipo de patologías de características similares. Así mismo, esta profesión, también debe de dirigir su atención a continuar y favorecer la investigación en esta línea de trabajo, ya que las conclusiones extraídas en los estudios actuales señalan ciertas limitaciones que generan una necesidad de incrementar los conocimientos científicos. De la misma manera, también tiene que comenzar a poner en práctica la EM en el ámbito de la prevención, con el objetivo de disminuir el número cada vez mayor de nuevos casos que surgen cada año. Dando respuesta de esta forma, a uno de los grandes retos que se plantean en los diferentes planes de salud actuales.

Espero que la formación y la aplicación por parte de Enfermería en este tipo de entrevista clínica para el abordaje de estas patologías crezcan en un futuro cercano, y que su desarrollo permita mejorar la calidad de vida de los pacientes, porque como define Alexis Carrel *“la calidad de vida es más importante que la vida misma”*.

BIBLIOGRAFÍA

1. Turón Gil VJ, Turón Viñas L. ¿Qué son los trastornos de la alimentación? Asociación Española para el Estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (Madrid). [Citado 31 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.aeetca.com/descargas/Manual_TCA.pdf
2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01
3. Madruga Acerete D, Leis Trabazo R, Lambruschini Ferri N. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa [Internet]. Madrid. [Citado 31 de marzo de 2017]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia_bulimia.pdf
4. Plan de Salud Mental de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria; 2015-2019. [Citado 6 de junio de 2017]. Disponible en: <http://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeSaludMentalbaja.pdf>
5. Asociación contra la Anorexia y la Bulimia [Internet]. [Citado 6 de abril de 2017]. ¿Qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria? [1] Disponible en: <http://www.acab.org/es>
6. Rozensztejn R, Treasure J. Trastornos de alimentación: desafío para el profesional de salud. Adolesc Latinoam (Brasil). 1998; 139-147.
7. Tracey WD, Freayne A, Edwards SA, Robertson T, Gilchrist P. Motivational change in an inpatient anorexia nervosa population and implications for treatment. Aust N Z J Psychiatry. 2009; 43: 235-243.
8. Pryor T, Johnson T, Wiederman MW, Boswell DL. The clinical significance of symptom denial among women with anorexia nervosa: another disposable myth? Eat Disord J Treat Prev. 1995; 3: 293.
9. Price-Evans K, Treasure J. The use of motivational interviewing in Anorexia Nervosa. Child Adolesc Ment Health. 2011; 16 (2): 65-70.
10. Dray J, Wade TD. Is the transtheoretical model and motivational interviewing approach applicable to the treatment of eating disorders? A review. Rev Clin Psychol. 2012; 32: 558-565.
11. Rollnick A, Miller WR. ¿Qué es la entrevista motivacional? RET. 1996; 6: 3-7.
12. Hettema J, Steele J, R. Miller W. Entrevista Motivacional. RET. 2008; 52: 3-24.
13. Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas. 9ª ed. España: Paidós; 2012.

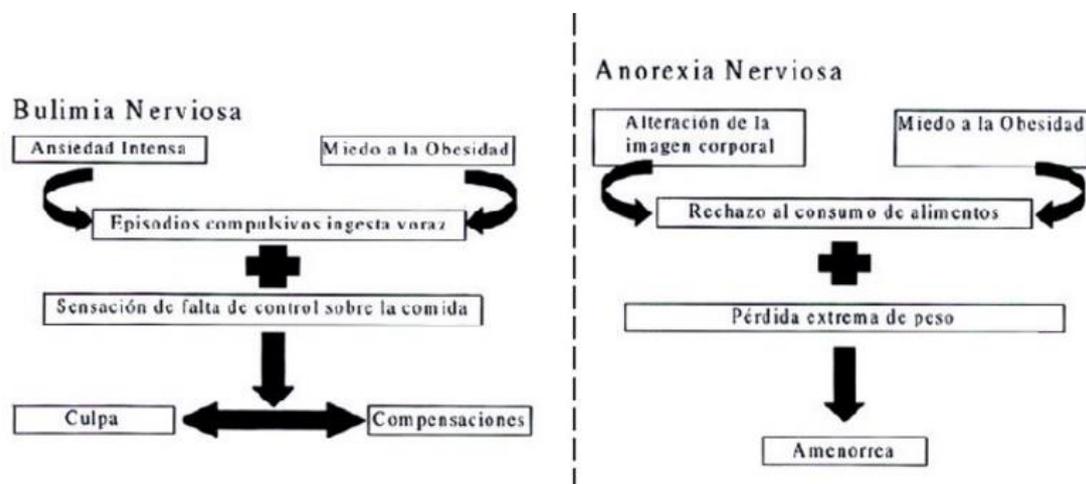
14. López CA, Treasure J. Eating disorders in adolescents: description and management. Revista Médica Clínica Las condes. 2011; 22 (1): 85-97.
15. Miller RW, Rollnick S. La entrevista motivacional: ayudar a las personas a cambiar. 3ª ed. España: Paidós; 2015.
16. Pacheco León M. Entrevista Motivacional de William Miller y Stephen Rollnick [Internet]. Centro para el desarrollo de la psicoterapia estratégica breve. [Citado 17 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.xn--caete-pta.cl/documentos/opd/Entrevista%20Motivacional.pdf>
17. Lizarraga S AM. Entrevista motivacional. ANALES Sis San (Navarra). 2001; 2 (24): 43-53.
18. Arkowitz H, Westra AH, Miller RW, Rollnick S. Motivational Interviewing in the treatment of psychological problems. Guildford Press (Nueva York). 2008. (Capt 8)
19. Lundahl B, Burke LB. The Effectiveness and applicability of motivational interviewing: A practice- Friendly review of four meta-analyses. Journal of clinical psychology: in session. 2009; 65 (11): 1232- 1245.
20. Granollers Mercader S. La Entrevista Motivacional: una técnica útil en la consulta de enfermería. Nursing (Barc). 2004; 22(7): 58-63.
21. Más sobre los TCA [Internet]. Barcelona: Instituto de Trastornos Alimentarios. [Citado 2 de abril de 2017]. ¿Por qué aparece un TCA? [3]. Disponible en: <http://www.itacat.com/trastornos-conducta-alimentaria/mas-sobre-los-tca/a2--quest-por-que-aparece-un-tca.html>
22. Golan M. The journey from opposition to recovery from eating disorders: multidisciplinary model integrating narrative counseling and motivational interviewing in traditional approaches. J Eat Disorders. 2013: 1-19.
23. National Institute of mental health [Internet]. Estados Unidos: Institutos Nacionales de Salud. [Citado 13 abril de 2017]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/eating-disorders/index.shtml>
24. American Psychiatric association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. 5ªed. Madrid: Panamericana; 2014.
25. American Psychological Association [Internet]. [actualizado 17 marzo de 2015/ citado 1 de abril de 2017]. Trastornos en la alimentación. Disponible en: <http://www.apa.org/>
26. Saldaña C. Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. Psicotherma (Barc). 2001; 13: 381-392.
27. Centro de prensa [Internet]. Organización Mundial de la salud. [actualizado junio de 2016/ citado 2 de abril de 2017]. Obesidad y Sobrepeso [Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

28. Torres Carvajal GA. La entrevista motivacional en adicciones. *Rev Colomb Psiquiat.* 2010; 39: 171-187.
29. Feld R, Woodside Blake D, Kaplan S. A, Olmsted P. A, Carter C. J. Pretreatment Motivational Enhancement Therapy for Eating Disorders: A Pilot Study. *Eating Disorder Inpatient Unit (Toronto).* 2000.
30. Blake W, Tumbull S, Treasure J. Stages and process of change in eating disorders: Implications for therapy. *Clin Psychol Psychother.* 1997; 4: 186-191.
31. Romano M, Peters L. Evaluating the mechanisms of change in motivational interviewing in the treatment of mental health problems: A review and meta-analysis. *Rev Clin Psycho.* 2015; 38:1-12.
32. Emmons KM, Rollnick S. Motivational interviewing in health care settings, Opportunities and limitations. *Am J Prev Med.* 2001; 1: 68-74.
33. Mercado R, Villouta M, Ilabaca G. Entrevista motivacional: ¿cuál es su efectividad en problemas prevalentes en atención primaria? *Aten Primaria* 2008; 40 (5): 257-261.
34. Candelaria Martínez M, García Cedillo I, Estrada Aranda BD. Adherencia al tratamiento nutricional: Intervención basada en entrevista motivacional y terapia breve centrada en soluciones. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios.* 2016; 7: 32-39.
35. Rojas Valero M. Manual de entrevista y psicoterapia motivacional en conductas adictivas sesiones para profesionales de la salud mental, Tomo II. 2ª ed. República del Perú: *Psicoterapia Motivacional Práctica*; 2010.
36. Barcelata Eguiarte BE. Trastornos alimentarios en la adolescencia: un abordaje sistémico-integral. En: Guillén Riebeling Del Socorro R. *Psicología de la obesidad. Esferas de vida, disciplina y complejidad.* 2ªed. México: Manual Moderno; 2014. P.156-159.
37. Lindhe Söderlund L. *Motivational Interviewing in Theory and Practice.* Linköping: Division of Community Medicine. Department of Medical and Health Sciences. Linköping University; 2010.
38. Beato Fernández L, Rodríguez Cano T. Motivational Strategies use in families of patients with eating disorders: *Psiquiatría.com*; 2001.
39. Beato Fernández L, Rodríguez Cano T. Entrevista motivacional y actitudes ante el cambio en pacientes con un trastorno del comportamiento alimentario. *Adicciones.* 2003; 15 (1): 51-56.
40. Rollnick S, Butler CC, McCambridge J, Kinnersley P, Elwyn G, Resnicow K. Consultations about changing behavior. *Br Med J* 2005; 7511 (331): 961-963.
41. Bonder R, Mantler T. The efficacy of Motivational Interviewing and Adapted Motivational Interviewing as an Eating Disorder Intervention: A Scoping Review. *WURJ Health and Natural Sciences.* 2015; 5: 1-10.

42. Weiss VC, Mills SJ, Westra AH, Carter CJ. A Preliminary study of motivational interviewing as a prelude to intensive treatment for an eating disorder. *Int J Eat Disord.* 2013; 1-34.
43. Halmi KA, Agras WS, Miychell J, Wilkson GT, Crow S, Bryson SW, et al. Relapse predictors of patients with bulimia nervosa who achieved abstinence through cognitive behavioral therapy. *Arch Gen Psychiat.* 2002; 59: 1105-1109
44. Richard M, Bauer S, Kordy H: Relapse in anorexia and bulimia nervosa-a 2,5-year follow-up study. *Eur Eat Disord Rev.* 2005; 13: 180-190.
45. Knowles L, Anokhina A, Serpell L. Motivational Interventions in the Eating Disorders: What is the Evidence? *Int J Eat Disord.* 2013; 46 (2): 97-107.
46. Franko DL. Ready or not? Stages of change as predictors of brief group therapy outcome in bulimia nervosa. *DL Group.* 1997; 21: 39-45.
47. Treasure JL, Katzman M, Schmidt U, Troop N: Engagement and outcome in the treatment of bulimia nervosa: first phase of a sequential design comparing motivation enhancement therapy and cognitive behavioral therapy. *Behav Res Ther.* 1999; 37 (5); 405-418.

ANEXOS

Anexo 1. Dinámica de los trastornos de la alimentación.



Nota: Extraído de: Rozensztein R, Treasure J. Trastornos de alimentación: desafío para el profesional de salud. Adolesc Latinoam (Brasil). 1998; 139-147.

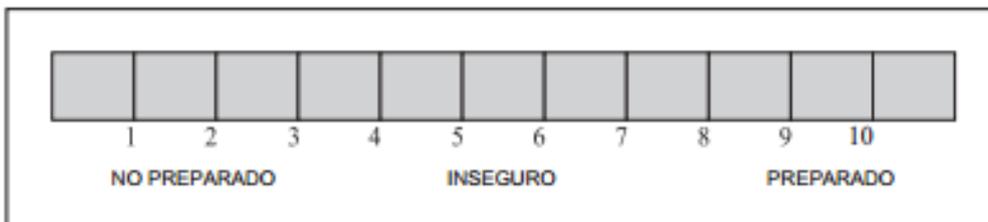
Anexo 2. Clasificación del Índice de Masa Corporal según la Organización Mundial de la Salud.

Clasificación de la OMS del estado nutricional de acuerdo con el I.M.C

Clasificación	IMC (kg/m ²)	
	Valores principales	Valores adicionales
Infrapeso	<18.50	<18.50
Delgadez severa	<16.00	<16.00
Delgadez moderada	16.00 - 16.99	16.00 - 16.99
Delgadez aceptable	17.00 - 18.49	17.00 - 18.49
Normal	18.50 - 24.99	18.50 - 22.99 23.00 - 24.99
Sobrepeso	≥25.00	≥25.00
Preobeso	25.00 - 29.99	25.00 - 27.49 27.50 - 29.99
Obeso	≥30.00	≥30.00
Obeso tipo I	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49 32.50 - 34.99
Obeso tipo II	35.00 - 39.99	35.00 - 37.49 37.50 - 39.99
Obeso tipo III	≥40.00	≥40.00

Nota: Extraído de: Centro de prensa [sede web]. Organización Mundial de la salud; [actualizado junio de 2016/ acceso 2 de abril de 2017]. Obesidad y Sobrepeso. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Anexo 3. Medidor de Preparación para el cambio, de Stephen Rollnick.



Nota: Extraído de: Rojas Valero M. Manual de entrevista y psicoterapia motivacional en conductas adictivas sesiones para profesionales de la salud mental, Tomo II. 2ª ed. República del Perú: Psicoterapia Motivacional Práctica; 2010.

Anexo 4. Hoja de trabajo para el Plan de Cambio.

Los cambios que quiero hacer son:	
Las razones más importantes por las que quiero hacer estos cambios son:	
Las metas principales para mí mismo al hacer estos cambios son:	
Planeo hacer estas cosas para alcanzar mis metas:	
Plan de acción	Cuándo
Los primeros pasos que planifico dar al cambiar son:	
Algunas cosas que podrían interferir con mi plan son:	
Otras personas que podrían ayudarme a cambiar estos aspectos son:	
Persona	Formas posibles de ayuda
Espero que mi plan tenga estos resultados positivos	
Sabré que mi plan está funcionando si:	

Nota: Extraído de: Rojas Valero M. Manual de entrevista y psicoterapia motivacional en conductas adictivas sesiones para profesionales de la salud mental, Tomo II. 2ª ed. República del Perú: Psicoterapia Motivacional Práctica; 2010.