

ARTICULOS

## Procesos de cambio y factores de resistencia en trastornos de la alimentación según el modelo trasteórico de Prochaska y Diclemente

### Processes of change and resistance to change in eating disorders according to J. O. Prochaska & C. Diclemente's model

ROSA CALVO SAGARDOY, VIOLETA ALBA FERNÁNDEZ,  
IGNACIO SERVÁN GARCÍA Y SARA PELAZ

#### RESUMEN

*Tras la observación clínica de la gran resistencia al cambio que aparece en un elevado número de pacientes en el campo de los trastornos de la alimentación, iniciamos un estudio longitudinal con 63 pacientes, basándonos en el modelo teórico de etapas y procesos de cambio de J.O. Prochaska y C. Diclemente, con el objetivo de identificar factores de resistencia, factores de buen pronóstico y otras características que puedan ayudar a estas pacientes a salir de su enfermedad. Se exponen los resultados de un primer corte transversal en el que manejamos dos variables: Duración de la enfermedad e inicio del cambio, y los resultados son prometedores, ya que indican que las pacientes que no se cronifican e inician un cambio se ajustan al modelo teórico que plantean los autores, mientras que las que, con los años, no inician un cambio significativo siguen una evolución diferente, caracterizada fundamentalmente por una pobre comprensión emocional de su trastorno. Con estos resultados hay muchos conceptos acerca de la evaluación y tratamiento que deberían replantearse.*

\* Psicología Clínica, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario «La Paz», Paseo de la Castellana 261, Madrid 28046. Contactar en el teléfono: 91 727 72 76 o por correo electrónico en [nservan@correo.cop.es](mailto:nservan@correo.cop.es)

## ABSTRACT

*The clinically-observed strong resistance to change in a great number of patients suffering from an eating disorder, led us to start a long term study with 63 patients base on J. O. Prochaska & C. Diclemente's model on stages and processes of change. We sought to identify resistance factors, factors linked to a good prognosis and other characteristics contributing to the patient's recovery.*

*After a first cross section, results with regard to two variables, illness duration and beginning of change seem to be promising. Results show that, on one hand, patients who do not chronify and start changing fit the abovementioned model. On the other hand, those patients who do not start a change eventually develop a poor understanding of their trouble. Many concepts on evaluation and treatment of this disorder should be re-addressed.*

## PALABRAS CLAVE

*Cambio, Trastornos de la alimentación, Resistencia.*

## KEY WORDS

*Change, Eating Disorders, Resistance.*

## INTRODUCCIÓN

El presente artículo trata de resumir una parte de un estudio a gran escala iniciado por el departamento de Psicología Clínica del H. "La Paz" de Madrid en el campo de los trastornos de la alimentación. Nuestro objetivo general es intentar identificar factores predictores de cambio en este tipo de pacientes, así como características personales que van a dificultar que éste se produzca. Para ello hemos diseñado un estudio longitudinal basándonos en distintas aproximaciones teóricas al fenómeno del cambio terapéutico: teoría de Kuhl (1994) sobre un modelo de *Control de Acción*; Prochaska y Diclemente (1992) *Aproximación Transteórica*; teoría de los *Constructos Personales* aplicada al campo de los trastornos alimentarios de Button (1993). Hemos trabajado con diferentes variables: duración del trastorno, inicio del cambio, diagnóstico, y, en este primer corte transversal, hemos obtenido una gran cantidad de información que estamos en proceso de sistematizar.

Lo que a continuación se presenta son los resultados de esta primera aproximación contemplada desde la perspectiva transteórica de los procesos de cambio desarrollada por Prochaska y Diclemente, que representa una aproximación al cambio terapéutico de tipo integra-

do. En ella se han intentado sistematizar empíricamente los procesos de cambio que suceden en un proceso de terapia así como las etapas por las que discurre, sea cual sea la aproximación teórica de partida.

Tras un estudio detallado los autores proponen que el cambio terapéutico puede y debe ser estudiado fundamentalmente a dos niveles: *etapas* de cambio y *procesos* de cambio.

### a) *Etapas de cambio*

Representan los aspectos temporales y motivacionales del cambio intencional. Dicho cambio no es un fenómeno de todo o nada sino un movimiento gradual a través de etapas específicas. Representa tanto un período de *tiempo* como una serie de habilidades y *tareas* necesarias para pasar a la siguiente etapa. El tiempo en cada etapa puede variar, mientras que las tareas son realizadas en orden a conseguir el paso exitoso a la siguiente etapa. A continuación se detallan las cinco etapas por las que discurren los procesos de cambio intencional (entre paréntesis se incluyen las abreviaturas que se utilizan en las tablas y gráficos)

— **Precontemplación (PC):** los individuos procesan muy poca información relacionada con su problema, tanto a nivel cognitivo como emocional.

— **Contemplación (C)**: los sujetos en esta etapa ganan conciencia de sus problemas, de las implicaciones que éstos tienen y están más abiertos a confrontarlos.

— **Preparación (P)**: se caracteriza por una disponibilidad para el cambio a corto plazo, aprendizaje de sus errores, desarrollo de planes...

— **Acción (A)**: están liberados en el sentido de que creen que tienen la autonomía suficiente para cambiar sus vidas en la dirección adecuada. Se producen muchas situaciones experienciales, se toman iniciativas...

— **Mantenimiento (M)**: los sujetos desarrollan especialmente la capacidad de evaluar situaciones de riesgo, posibles recaídas, así como sus propios recursos de afrontamiento.

#### b) *Procesos de cambio*

Son los elementos básicos, representan tipos de actividad iniciada o experimentada por un sujeto para modificar sus pensamientos, afectos o comportamientos relacionados con un problema particular. Los procesos con los que hemos trabajado son los siguientes (se incluyen sus abreviaturas entre paréntesis):

— **Autoconciencia (Au)**: Esfuerzos para buscar nueva información

y ganar comprensión y feedback del funcionamiento y manifestaciones de su problema.

— **Contracondicionamiento (Co)**: Sustitución de la conducta problema por otros comportamientos alternativos.

— **Alivio Dramático (Al)**: Experimentación y expresión de sentimientos acerca de la conducta problema y sus posibles soluciones.

— **Reevaluación Ambiental (Ree)**: Consideración y evaluación de cómo la conducta problema afecta a su medio físico y social.

— **Relaciones de Ayuda (Rel)**: Creer, aceptar y utilizar el apoyo de otras personas que le cuidan durante los intentos de cambiar la conducta problema.

— **Control de Sistemas Interpersonales (Sc)**: Evitar gente y situaciones sociales que fomentan la conducta problema.

— **Manejo del Refuerzo (Mr)**: Autorrecompensarse o recibir recompensas por hacer cambios.

— **Autoliberación (Auli)**: Elección y compromiso con el cambio de la conducta problema, incluyendo la creencia en la capacidad de cambio.

— **Autoreevaluación (Aure)**: Reevaluación emocional y cognitiva por el sujeto de valores relacionados con el problema.

— **Liberación Social (Lib):** Conciencia, accesibilidad y aceptación de estilos de vida alternativos, libres del problema.

— **Control de Estímulos (Ce):** Control de situaciones y otras causas que elicitán la conducta problema.

— **Uso de Sustancias (Us):** Uso de sustancias, prescritas o no, dirigidas al apetito, metabolismo o emociones.

Lo más interesante, sin duda, es ver cómo se integran los procesos y las etapas, qué tipos de acciones puestas en marcha van a favorecer el proceso en el camino a la consecución del cambio. Según los autores, los procesos particulares de cambio son acentuados durante ciertas etapas. La integración de los procesos y etapas de cambio tiene una gran importancia como guía para la intervención terapéutica. El modelo que Prochaska y Diclemente han desarrollado resalta la importancia de llevar a cabo, en etapas iniciales, procesos que implican toma de conciencia, experimentación de sentimientos relacionados con el problema, así como la expresión de los mismos. Según se va produciendo el proceso de cambio y se inician etapas de preparación y acción, se suceden procesos de auto-evaluación y evaluación del medio externo, así como toma de iniciativas para

manejar situaciones de riesgo y para regular internamente contingencias, procesos de contracondicionamiento, control de estímulos, etc.,

Esta es la idea central de nuestro estudio, identificar las diferencias entre aquellas pacientes que a lo largo del tiempo no mejoran pese a distintas ayudas recibidas, y aquellas que sí lo hacen.

## PROCEDIMIENTO E INSTRUMENTOS

### Sujetos

Nuestro estudio cuenta con una muestra de 63 pacientes, todas de sexo femenino, con trastornos de la conducta alimentaria que habían cumplido criterios diagnósticos completos (DSM IV, DSM III-R, Feighner). El rango de edad fluctuaba de los 16 a los 52 años, siendo el promedio de 25,4 años, y todas ellas habían estado en contacto con servicios públicos de salud mental en algún momento de su historia, aunque en la actualidad algunas siguen tratamientos en centros públicos, otras en centros privados y otras no están siguiendo ningún tipo de tratamiento ya que han sido dadas de alta. El tiempo promedio desde que se realizó el primer diagnóstico es de 7,45 años y el contacto

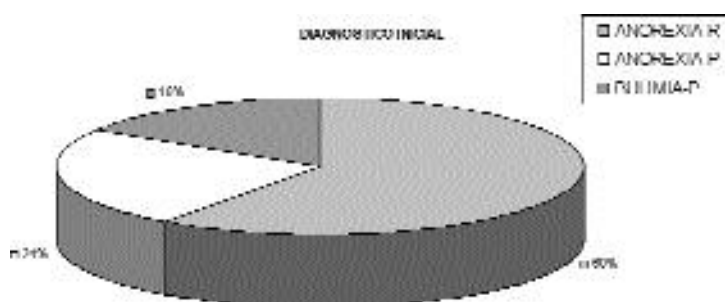
con ellas se realizó a través de profesionales que han sido en algún momento responsables de su tratamiento, que , dependiendo de cada caso particular tuvo ligeras variaciones en la orientación teórica.

Aquellas pacientes que llevaban 7 años o más de evolución del trastorno y habían recibido tratamien-

tos previos por otros equipos fueron clasificadas como de larga duración (N=37). Las 26 restantes formaban el grupo de media-corta duración. Asimismo, hemos considerado otra variable de forma independiente a la duración del trastorno: el inicio de cambio, se trata de una variable dicotómica en la que se distingue entre personas que, desde que fueron diagnosticadas

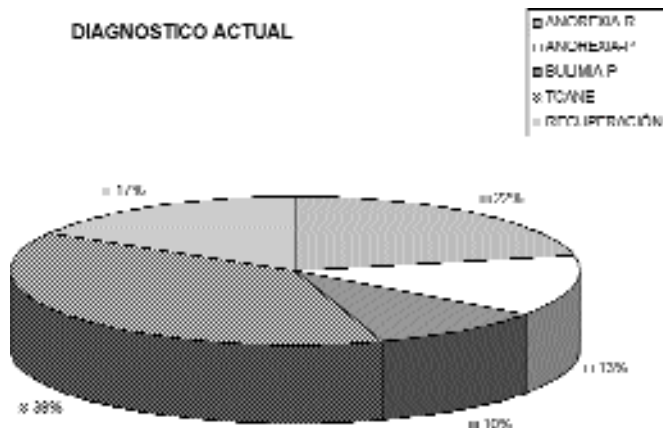
**FIGURA 1**

Distribución de diagnósticos al inicio del trastorno



**FIGURA 2**

Distribución de diagnósticos en la actualidad



en primera instancia, han iniciado algún tipo de cambio en su cuadro patológico de origen, de modo que en la actualidad no se cumplen todos los criterios diagnósticos. Del total de nuestra muestra, un 71% (n=45) ha iniciado alguna forma de cambio, mientras que el 29% restante (n=18) no han variado y mantiene intacto su diagnóstico inicial, con un síndrome completo. En los gráficos 1 y 2 se reflejan los cambios producidos en el diagnóstico de los pacientes desde el inicio de su trastorno hasta el momento actual:

### Instrumentos

Para operativizar y medir las etapas y procesos de cambio hemos trabajado con una traducción y adaptación a los trastornos de la alimentación de los siguientes cuestionarios:

- **URICA** University of Rhode Island Change Assessment Scale (Escala de evaluación del cambio de la universidad de Rhode Island), se trata de un cuestionario de 32 ítems referentes a etapas de cambio del modelo transteórico que el sujeto debe responder de acuerdo a una escala tipo Lickert de cinco niveles, variando desde "muy de acuerdo" hasta "muy en desacuerdo", desarrollado por McCounnaughy, Diclemente, Prochaska y Velicer en 1989 (Psychotherapy, 26, pp. 494-503).

- **PCQ** Processes of Change Questionnaire (Cuestionario de procesos de cambio), un cuestionario de 48 ítems que reflejan comportamientos típicos de 12 procesos de cambio diferentes, a los que el sujeto debe responder especificando la frecuencia con que los lleva a cabo. Fue desarrollado por Rossi et al. en 1994 (International journal of the addictions, 29, pp.161-177)

### Procedimiento

Para todas las pacientes se siguió el mismo protocolo de administración, en el que estas pruebas se encontraban incluidas junto a otras (EDI-2, Rejilla de constructos personales, ACS) en una batería presentada en las mismas condiciones a todos los sujetos. No se proporcionaba información específica referente a cada prueba, tan solo se planteaba la batería como una serie de pruebas de evaluación relacionadas con su problema de alimentación a la que podían responder si deseaban colaborar con un estudio destinado a buscar nuevas formas de ayuda para personas en situaciones similares. El análisis de los datos obtenidos se ha realizado utilizando el sistema de análisis estadístico SPSS y llevando a cabo distintas pruebas de diferencia de medias (prueba T, U de Mann-Whitney) y un análisis de correlaciones

## RESULTADOS

Los datos más relevantes se resumen en las figuras 3 a 7, que se presentan a continuación. Las tablas y las figuras reflejan las puntuaciones medias de cada subgrupo en cada variable, y el hecho de que se trate de diferencias significativas se indica en los gráficos, de modo que las columnas punteadas señalan diferencias significativas entre los dos niveles de la variable considerada, mientras que las columnas sin puntear representan

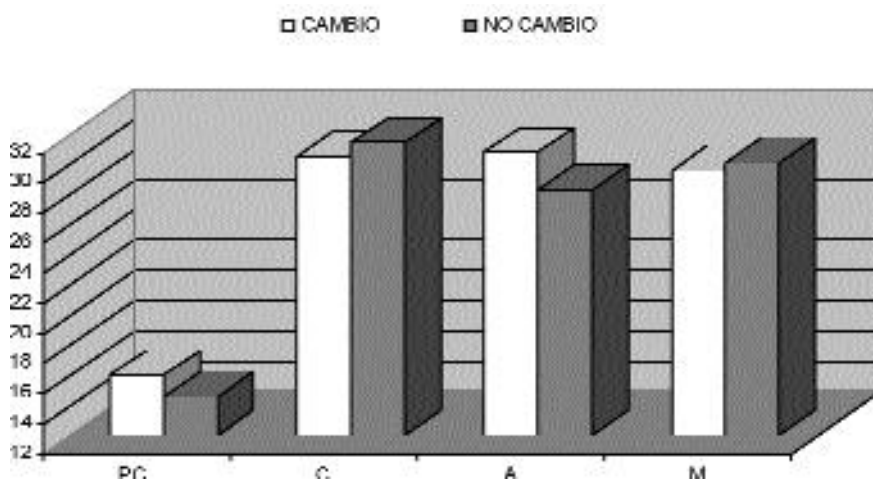
aquellas medidas en las que no aparecen diferencias significativas. La interpretación de esta información se expone a continuación.

1- La muestra total puntúa bajo en *precontemplación*, sin encontrarse diferencias entre los grupos de larga y corta-media duración, lo que podría explicarse por la acción de las intervenciones terapéuticas que han recibido ya que se trata de pacientes que llevan algún tiempo en trata-

**FIGURA 3**

Puntuaciones medias en etapas de cambio (urica) para grupos de «cambio» y «no cambio»

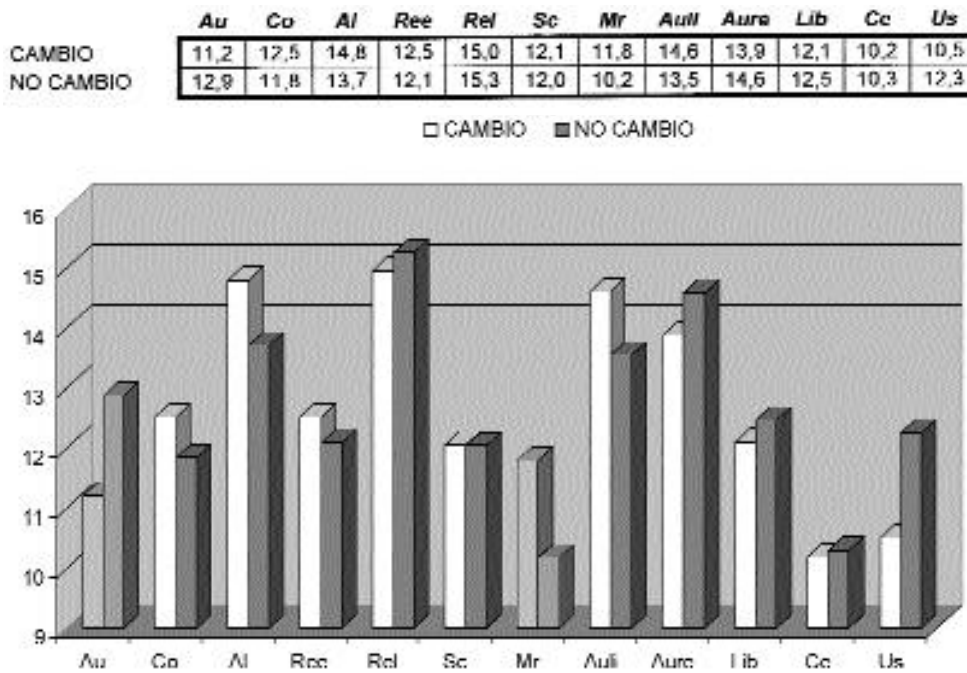
	<i>PC</i>	<i>C</i>	<i>A</i>	<i>M</i>
CAMBIO	16,0	30,5	30,8	29,6
NO CAMBIO	14,8	31,4	28,3	30,1





**FIGURA 4**

Puntuaciones medias en procesos de cambio (PCQ) para grupos de «cambio» y «no cambio»



miento. Es decir que estamos ante pacientes que se encuentran movilizadas en la dirección de superar o salir de sus problemas.

2- En la etapa de *contemplación* encontramos diferencias significativas siendo superiores en los pacientes de corta evolución ( $p=0.1$ ). En el grupo de corta evolución se observa asimismo una correlación positiva entre las puntuaciones altas en contemplación y puntuaciones altas en el proceso de alivio dramático,

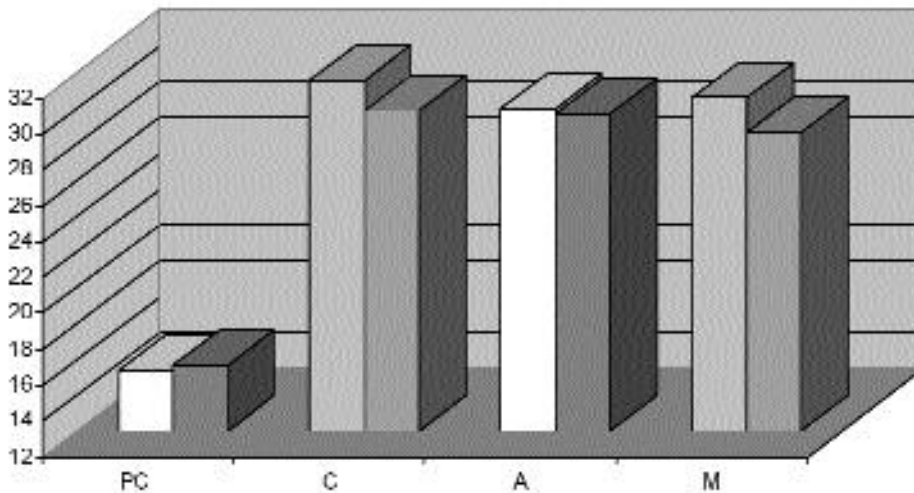
mientras que en el grupo de larga evolución las correlaciones más altas en la etapa de contemplación se encuentran con los procesos de auto-reevaluación. Es decir, por una parte hallamos que ambos grupos de pacientes (larga y corta-media evolución) se posicionan en una etapa de movilización hacia el cambio como indican las altas puntuaciones en contemplación y en el proceso de auto-conciencia, pero, por otra, se evidencian diferencias entre

**Figura 5**

Puntuaciones medias en etapas de cambio (Urica) para grupos de «larga duración» y «duración media-corta»

	PC	C	A	M
MED-CORTA	15,6	29,8	29,7	28,6
LARGA	15,4	31,6	29,9	30,6

□ LARGA      ■ MED-CORTA



ambos grupos. Mientras que en el grupo de corta-media evolución se observan procesos que favorecen tanto el insight cognitivo como el emocional (altas puntuaciones en alivio dramático), lo cual produce autoliberación y facilita el paso a la acción (como veremos a continuación), en el grupo de larga evolución el incremento en autoconciencia parece incrementar la complejidad cognitiva que lleva a incrementar la reevaluación, aunque desco-

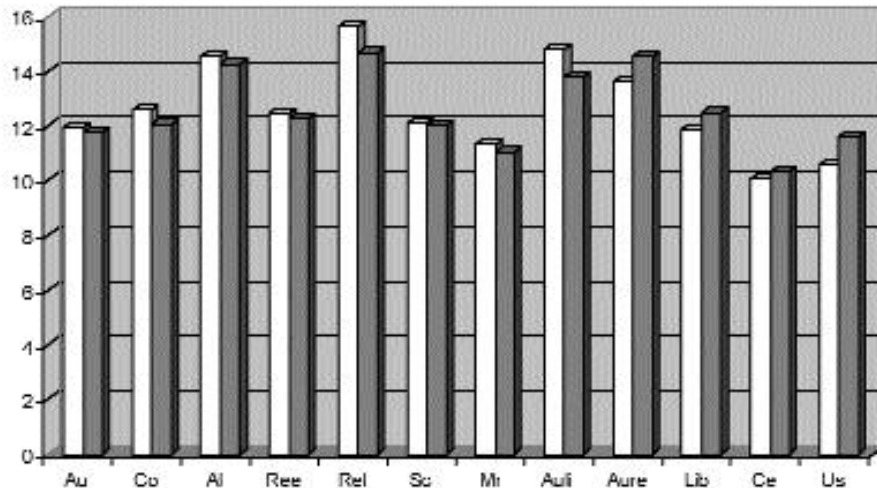
nectado de factores emocionales. Es decir, en este grupo el incremento en autoconciencia se traduce en que tengan lugar procesos a nivel cognitivo pero no emocional, lo que sí ocurre en el grupo de corta-media evolución.

- 3- En la etapa de *acción* no encontramos diferencias significativas. Sin embargo, la acción es mayor en los recuperados y además está relacionada, de nuevo, con el alivio dramático en los pacien-

**Figura 6**

Puntuaciones medias en procesos de cambio (PCQ) para grupos de «larga duración» y «duración media-corta»

	Au	Co	Al	Ree	Rel	Sc	Mr	AuII	Aure	Lib	Ce	Us
MED-CORTA	12	12,8	14,5	12,5	15,6	12,1	11,3	14,8	13,8	11,9	10	10,8
LARGA	11,8	12,1	14,3	12,3	14,7	12	11,1	13,8	14,5	12,5	10,4	11,8



tes de media-corta evolución, que a su vez genera autoliberación y sentido de autoeficacia.

- 4- En el estadio de *mantenimiento* los datos resultan aparentemente paradójicos. A diferencia de lo que intuitivamente se podía pensar, la puntuación de las pacientes de larga duración es significativamente mayor ( $p=0.05$ ). Este resultado es llamativo pero haciendo un análisis en profundidad podemos encontrar una explicación a este "mantenimiento en el no-cambio". Mientras que en

el caso de las pacientes de evolución media-corta, las puntuaciones altas en mantenimiento correlacionan con puntuaciones altas en autoconciencia, autoliberación y autoreevaluación (todos ellos procesos que implican insight emocional de su problema), en el caso de las pacientes de larga evolución las puntuaciones altas en mantenimiento correlacionan positivamente con liberación social y uso de sustancias, es decir, con adopción de estilos de vida alternativos, ignorando el pro-

**FIGURA 7**  
Correlaciones significativas entre etapas y procesos para grupos de «larga duración» y «duración media-corta»

Proceso	Grupo	Etapa			
		PC	C	A	M
Au	LD				
	MD				0,475
Co	LD				
	MD			0,438	
Al	LD				
	MD	-0,49	0,428	0,453	0,512
Ree	LD				
	MD				
Rel	LD				
	MD				
Sc	LD				
	MD				
Mr	LD				
	MD				
Auli	LD				
	MD	-0,052		0,444	
Aure	LD				
	MD				0,548
Lib	LD				0,5
	MD				
Ce	LD				
	MD			0,502	
Us	LD				0,433
	MD				

blema y en general con búsqueda de soluciones externas.

5- Analizando la segunda variable (inicio cambio/no cambio) se dan diferencias significati-

vas tanto en procesos de cambio como en alguna etapa. Las pacientes que han realizado algún tipo de cambio puntúan, coherentemente,

más alto en acción y además puntúan significativamente más alto ( $p=0.05$ ) en el manejo del refuerzo. Un proceso que indica la toma de control por parte del sujeto y la implicación conductual activa en el proceso de cambio por su parte.

La otra diferencia significativa que encontramos tiene que ver con el proceso de autoconciencia, que es significativamente más alta ( $p=0.075$ ) en pacientes que no han iniciado el cambio. Probablemente, al igual que está descrito en otras patologías como la depresión (Teoría de la Autofocalización de Lewinsohn, 1985), el centrar el foco de atención en uno mismo y en los aspectos negativos del propio comportamiento sin encontrar una comprensión emocional y una liberación de los sentimientos asociados al mismo, así como una integración en la propia experiencia vital, actúe como un freno para la producción del cambio.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A la vista de los datos que hemos presentado surgen multitud de ideas relacionadas con la dificultad a la que nos enfrentamos los terapeutas a la hora de ayudar a estas pacientes en su proceso de cambio. Tal vez la conclusión más importante sea la necesidad de detectar tempranamente a aquellas personas con dificultades para

cambiar y desarrollar programas específicos que las ayuden.

De nuestros datos obtenemos una idea central de vital importancia: aquellas pacientes que son capaces de tener una comprensión emocional y cognitiva de su problema, de las implicaciones que este tiene para su vida y del sentido que tiene en su identidad son más propensas a iniciar procesos de cambio y a no perpetuarse en su trastorno, mientras que por el contrario, aquellas que sólo logran tener una comprensión cognitiva, toman conciencia de él por las consecuencias externas negativas que tiene sobre su vida y por otros aspectos asociados, tienden a incrementar su preocupación de forma obsesiva por las conductas problema, percibiéndose menos adaptadas y más ineficaces, lo que no las incapacita para realizar cualquier acción que las lleve a iniciar un cambio. Estas pacientes (grupo larga duración) tienden a utilizar técnicas de control de estímulos con el objetivo de reestructurar algunos aspectos ambientales pero sin que se produzca una conexión con los factores emocionales. Esta desconexión cognitivo-emocional las conduce a procesar fácilmente cualquier sugerencia externa como autogenerada, produciéndose de este modo falsas internalizaciones de las creencias, deseos o expectativas de los demás.

La necesidad que se da en este tipo de trastornos de utilizar técnicas paliativas que permitan el cuidado de la salud de las pacientes (técnicas de manejo de ansiedad, control estimular, organización y planificación de dietas...) puede llevar a identificar de forma exclusiva tales técnicas como el único tratamiento necesario, olvidando las relaciones funcionales que dichos comportamientos tienen con aspectos más generales de los pacientes, que necesitan un tratamiento específico que permita la salida de la enfermedad y la prevención de recaídas.

Las pacientes resistentes al cambio no tienen contacto con su propia experiencia, no se da en ellas una síntesis cognitiva y experiencial que vaya más allá de lo puramente cognitivo, permitiendo procesar la información de un modo más eficaz y proporcionando información esencial que ayude a tomar decisiones autogeneradas y a realizar acciones que lleven al cambio.

Las principales conclusiones que, como clínicos, podríamos extraer de este estudio serían, por una parte, que no podemos asumir que todas las pacientes se encuentran en la misma etapa de cambio ni preparadas para los mismos pro-

cesos de cambio. Es necesario ajustar nuestras diferentes intervenciones y tener presente cuál es el momento más adecuado para cada una de ellas. Por otra parte, los resultados nos sugieren, y este sería el aspecto más interesante del estudio, la necesidad de incidir durante el tratamiento en técnicas que lleven a un mayor conocimiento emocional de sí mismas, a un mayor "insight", técnicas de corte experiencial, haciendo hincapié en ellas como parte central del tratamiento. En este tipo de trastornos es muchas veces necesaria la aplicación de otro tipo de cuidados: ayudas a la hora de planificar las dietas, control estimular, técnicas de control de la ansiedad, técnicas de afrontamiento de situaciones difíciles... que, si bien se trata de elementos necesarios, muchas veces los profesionales tendemos a convertirlo en la parte central del tratamiento, y ello no es suficiente. La desconexión entre lo cognitivo y lo experiencial-emocional, a la luz de los resultados obtenidos en este estudio, impide que se logre un cambio auténtico, intencional y estable produciéndose, por el contrario, un cambio impuesto, externo y no sentido lo cual aumenta su vulnerabilidad a las recaídas y en definitiva conduce a un peor pronóstico.

## REFERENCIAS

- Bruch, H. (1961). *Transformation of oral impulses in eating disorders: A conceptual approach*. *Psychiatric Quarterly*, 35, 458-481.
- Button, E.J (1983). *Construing the anorexic*; En J. Adam-Weber y J. Mancuso (Eds.) *Applications of personal construct theory* (pp. 305-329). Toronto: Academic Press
- Calvo, R (1993). *Modelos de tratamiento psicológico de la Anorexia Nerviosa*. En A. Chinchilla (Ed.), *Anorexia y Bulimia Nerviosas*. Madrid: Ergón.
- Greenberg, L; Rice, L; Eliot, R (1995) *Facilitando el cambio emocional*. Barcelona: Paidós.
- Kuhl, J (1986) *Action Control: The maintenance of motivational states*. En F. Halisch y J. Kuhl (Eds.) *Motivation, Intention and Volition* (pp. 279-292). Heidelberg, New York, Springer-Verlag.
- Kuhl, J. (1992). *A Theory of Self Regulation: Action versus State Orientation, Self discrimination and some applications*. *Applied Psychology*, 41, 95-173.
- Lewinsohn, P.M. , Hoberman, H.M., Teri, L. y Hautzinger, M. (1985). *An Integrative Theory of Depression*. En S. Reiss y R.R. Bootzin (Eds.) *Theoretical Issues in Behavioral therapy* (pp. 331-359). Orlando, FL: Academic Press.
- McConaughy, E. A., Diclemente, C.C, Prochaska J. O, y Velicer, W. F.(1989). *Stages of Change in Psychotherapy: a follow-up report*. *Psychotherapy*, 26, pp. 494-503
- Prochaska, J. O. (1999) *How do people change, and how can we change to help many more people?*. en Hubble, M.A, Duncan B.L. y Miller. *The Heart and soul of change, what works in therapy*. Washington: APA
- Prochaska, J. O. y Diclemente, C. C., (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL.Dow Jones-Irwin.
- Prochaska, J. O. y Diclemente, C. C., (1992). *The transtheoretical approach*. En J. C. Norcross y M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 300-344). New York: Basic Books.
- Prochaska, J. O. y Prochaska, J. M. (1999) *Why don't continents move? Why don't people change*. *Journal of psychotherapy integration*, vol 9, nº 1, 83-102.
- Rossi, S. R., Rossi, J. S., Rossi-DelPrete, L.M., Prochaska, J. O. y Carleton R. A. (1994). *A processes of change model for weight control for participants in a Community based weight loss program*. *International Journal of the Addictions*, 29, 161-177.
- Saldaña, C. (1994) *Trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.