

Conciencia de Enfermedad y Motivación al Cambio en los Trastornos de alimentación (TA)

Trabajo de Fin de Grado en Psicología

Alumna: Marta Badenes Sastre

Tutora: Azucena García Palacios

DNI: 53729696V

Convocatoria: Junio 2015



2015

ÍNDICE

1.	Resumen	2
2.	Abstract	3
3.	Extended Summary	4-6
4.	Introducción	7
○	<i>Trastornos de alimentación (TA)</i>	<i>7-12</i>
○	<i>Evaluación de los TA</i>	<i>12-14</i>
○	<i>Prevalencia, curso y comorbilidad</i>	<i>14-15</i>
○	<i>Modelo de Fairburn</i>	<i>16</i>
○	<i>Terapia Cognitivo-Comportamental</i>	<i>17</i>
○	<i>Problemas de adhesión al tratamiento</i>	<i>17-19</i>
○	<i>Objetivos e hipótesis</i>	<i>19-20</i>
5.	Método	21
○	<i>Participante</i>	<i>21</i>
○	<i>Instrumentos y materiales</i>	<i>22-23</i>
○	<i>Diseño y procedimiento</i>	<i>24</i>
○	<i>– Temporalidad</i>	<i>24-25</i>
○	<i>– Tratamiento</i>	<i>25-26</i>
6.	Resultados	27-29
7.	Discusión	30-32
8.	Bibliografía	33-36
9.	Anexos	37-54

Resumen

Introducción: Los trastornos de alimentación (TA) ocasionan daños significativos en la salud física y psicosocial de la persona. Una de las dificultades que encontramos en las pacientes con anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN) es una baja conciencia de enfermedad y motivación al cambio. Desde el modelo de Prochaska, DiClemente y NorCross (1992) plantean que las creencias del paciente sobre su enfermedad se asocian de manera directa con su adhesión al tratamiento y proponen cinco fases para el cambio: precontemplación, contemplación, decisión, acción, mantenimiento. En base a esto, consideramos importante el diseño de módulos que trabajen la conciencia de enfermedad y motivación al cambio en las pacientes con TA para conseguir así mayor adhesión al tratamiento. Por ello, el objetivo de este trabajo fue diseñar un módulo de motivación para el cambio y ejemplificarlo en un caso de una persona con diagnóstico de TA. Hipotetizamos que la paciente que asiste al módulo de Conciencia de Enfermedad y Motivación al Cambio aumentará su fase de motivación al cambio del modelo de Prochaska. Método: la participante fue una mujer de 22 años diagnosticada de AN. Se le administró el Cuestionario de Actitudes frente al Cambio en personas con Trastorno de la Conducta Alimentaria (ACTA) antes y después y un cuestionario de opinión sobre el módulo después de su asistencia al mismo. Resultados: La paciente mostró un aumento en la fase de acción en la que se encontraba. Discusión: Estos resultados nos permiten indicar que el módulo generó cambios en esta paciente, aumentando su motivación al cambio. Además, el cuestionario cualitativo reflejó que la paciente estaba satisfecha con el módulo. En definitiva, este trabajo señala la importancia de generar módulos específicos para trabajar la conciencia de enfermedad y motivación al cambio con el fin de conseguir mejor adhesión al tratamiento.

Palabras clave: Trastornos de alimentación, conciencia de enfermedad, motivación al cambio, intervención psicológica, desarrollo de programas de intervención.

Abstract

Introduction: Eating disorders (ED) causes significant damages to the physical and psychosocial health of one person. One of the difficulties we found in the patients with anorexia nervosa (AN) and bulimia nervosa (BN) is a low disease awareness and of course, a low motivation to the change. From the Prochaska, DiClemente and Norcross (1992) model, it is suggest ED that the patient's beliefs about their illness are associated directly with the adherence to the treatment and five stages for the change are proposed: pre-contemplation, contemplation, decision, action and maintenance. On this basis, we consider important to design modules that work the disease awareness and the motivation to the change in patients with eating disorders to achieve much more adherence to the treatment. Therefore, the objective of this study was to design a module of motivation for the change and to exemplify in a case of an ED person diagnosed. We hypothesize that the patient who attends the Disease Awareness and Motivation module to the change will increase her motivation phase to the change of the Prochaska. Method: She was a woman of 22 years diagnosed with AN. She was given the Attitudes Questionnaire in front of the Change in people with eating disorder (ACTA) before and after and an opinion questionnaire about the module after its attendance. Results: The patient showed an increase in the action phase in which she was. Discussion: These results allow us to indicate that the module produced in this patient changes, increasing her motivation to the change. In addition, the qualitative questionnaire confirmed that the patient was satisfied with the module. In short, this study points out the importance of creating specific modules to work the disease awareness and the motivation to the change in order to get better adherence to the treatment.

Key words: Eating disorders, insight, motivation to the change and Disease Awareness, psychological interventions, development of the treatment.

Extended Summary

Eating disorders (ED) can be defined as the eating habits disturbances and the behaviors of weight control that provoke relevant damages in health and/or psychosocial working (Ceccato and Ruiz, 2013). ED may lead disturbances in behavioral, cognitive, physiological and/or emotional aspects. The DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) includes these two mentioned disorders within a diagnostic entity itself among the Feeding and Eating disorders. This chapter includes anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), binge eating and other specified and unspecified feeding and eating disorders.

People with AN and BN share a basic psychopathology; the overvaluation of their weight and body shape as a person and AN alteration in eating behavior is largely a result of their attempts to control their weight and body (Perpiñá, 2014). According to Beumont (2002), the purposes for AN and BN people are different, the BN people relate their physical appearance to everything that they couldn't achieve in their lives, considering being thin as their aim to achieve happiness. However, the AN people associate the thinness and even emaciation, as their goal, a way of self-fulfillment and identifying with their body and not as a way to achieve happiness. The ED is a disorder in which both AN and BN people do not usually have discomfort or distress due to their thoughts, because they are ego syntonic (Perpiñá, 2014). For this reason, one of the great difficulties we find in these sort of patients when we have to tackle the disease is that they have a low awareness of the disease and a low motivation to the change as well. In fact, Cruzat et al. (2010) stated that to deal with patients with a ED little motivated to the change of their eating habits involves difficulties, and the low awareness of the disease is one of the main features and although some factors such as: age, duration of illness, etc. are not associated with the phases of motivation proposed by Prochaska, DiClemente and Norcross (1992), but the person's beliefs about their disease are directly associated with adherence to the treatment. Therefore, the overall objective of this study is to design and to test a module of specific intervention preliminarily to increase the disease awareness and the motivation toward the change in a AN patient. This aim works out in a specific target, to analyze the differences in the scores of the attitude Questionnaire in front of the eating disorders (ACTA) change before and after attending the Disease Awareness and Motivation module to the change in ED patients and their opinion about the module through a qualitative questionnaire developed by ourselves. The hypothesis we propose is that the ED patient of the eating disorders Unit (UTA) from Castellon attends the module of Disease Awareness and Motivation to the change increases their motivation to the change in the Attitude Questionnaire in front of the change in eating disorders (ACTA) and shows insight

about the disease. The variables of the study were dependent such as: the disease awareness and the motivation to the change and independent get Disease Awareness and motivation module to the change for ED patients from the UTA Castellon. The module is divided into 3 group sessions for two hours each one approximately. Firstly, on February 4, 2015 the pre-module in which the participant was given the informed consent and the act questionnaire evaluation. On February 5, 2015, the psychoeducation, AN identification activity, a real case and its subsequent reflection was made in the first session. On February 9, 2015, it took place the second session in which a motivation activity to the change was made and the Prochaska, et al. (1992) model was explained. It was an activity to identify the motivation phases, watching a video, AN advantage and disadvantages activity about maintaining a ED person, a video about changing attitudes toward the environment and teaching phases were worked. Finally, on February 12, 2015, it was worked the change using the "brainstorming" technique and the specification of objectives that closed this third session. At the end, it was given again the ACTA quiz and a qualitative questionnaire to know the point of view of the participants about the module.

In the study, it was included 6 ED patients, between 16 and 38 years, but only one of them had answered the Attitudes Questionnaire in front of the Change in eating disorders people (ACTA) before and after and a Qualitative Questionnaire about the Disease Awareness and Motivation module to the Change in ED patients after their attendance because it was the only one who attended the module entirely. After that, the motivation phase in which the patient and his view about the module was analyzed as well.

The results showed an increase in the action phase of the patient after their attendance. Discussion: These results allow us to indicate that the module produced changes in this patient, increasing her motivation to the change and decreasing her score in the relapse. The qualitative Questionnaire confirmed that the patient was satisfied with the module and she said she would do it again. In addition, she decided voluntarily to be admitted in the Provincial Hospital of Castellon to recover after her participant intervention, because she thought that she could not give the disease up. This is an indicator of the effects on the patient module, because she generated active behaviors to recover.

On this basis, we confirm the importance of creating specific modules in the treatment of patients with eating disorders to work their disease awareness and motivation to the change and to get better adherence. For future interventions, it should take into account the differences between subtypes of ED because they share common psychopathology and they

show differences that may influence in their motivation to the change. So, it is convenient to generate modules of disease awareness with specific aspects according to the subtype and adapting them to the characteristics of the participants with the aim of creating much more motivation and adherence to the treatment.

Introducción

Trastornos de alimentación (TA)

Los Trastornos de la Alimentación son cada vez más comunes y alarmantes en la sociedad occidental, pues las personas valoran el estar delgado como algo central en sus vidas llegando incluso a interpretarlo como sinónimo de éxito (Ceccato y Ruíz, 2013). Como indican Ballester y Gil (2013), la OMS (Organización Mundial de la Salud) afirma que actualmente los Trastornos de la Alimentación constituyen tanto por el número de personas a las que afecta como por el número de muertes que ocasiona, el problema de salud más importante de la humanidad. De hecho, como apuntan diferentes estudios citados por Crisp, Callender, Halek y Hsu (1992), el 80% de las adolescentes están preocupadas por su imagen corporal, de las cuales más del 50% de ellas se consideran obesas cuando la realidad indica que sólo el 25% de estas lo son realmente según las tablas normalizadas para peso, altura y edad.

Las características definitorias de los trastornos alimentarios (TA) son la alteración de los hábitos alimentarios y de las conductas de control de peso que causan daños en la salud y/o funcionamiento psicosocial de la persona de manera significativa y no son secundarios a algún trastorno mental o médico (Fairburn y Walsh, 2002)

El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) clasifica los TA como trastornos mentales. Éstos, están presentes en la población general no sólo en la edad adulta, sino también pueden desarrollarse en etapas infanto-juveniles y algunos emergen en la infancia-adolescencia evolucionando a la vida adulta, pudiendo afirmar que la psicopatología infantil sigue una pauta evolutiva (Aláez, Martínez y Rodríguez, 2000).

Según el manual de clasificación que escojamos, podemos encontrar distinciones en cuanto a los Trastornos Alimentarios. El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) incluye a estos trastornos dentro de una entidad diagnóstica propia entre los trastornos de la alimentación y de la ingestión de alimentos, incluyendo el trastorno por atracón dentro de esta categoría. Sin embargo, el manual de Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), los incluye en la categoría de trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y factores somáticos. No obstante, tanto DSM-5 como CIE-10 coinciden en la diferenciación de Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN) y en la caracterización de ambos en que la persona intenta controlar su peso corporal mostrando una conducta alterada.

Como ejemplo de los criterios de uno de los TA describimos a continuación los que el DSM-5 (APA, 2013) ha establecido para la Anorexia Nerviosa (AN):

DSM-5
<p>A) Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo respecto a la edad, sexo, curso del desarrollo y salud física. <i>Peso significativamente bajo</i> se define como un peso que es inferior al mínimo esperado.</p> <p>B) Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.</p> <p>C) Alteración en la manera en que el propio peso o forma corporales se experimenta, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la AN, el criterio A no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el criterio B o el criterio C.</p> <p>En remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la AN, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.</p> <p><i>Especificar tipo:</i></p> <p>Tipo restrictivo: durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgar (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, ayuno y/o ejercicio excesivo.</p> <p>Tipo con atracones/purgas: durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).</p> <p><i>Especificar la gravedad actual:</i></p> <p>La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el IMC actual o en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la OMS para la delgadez en adultos; par niños y adolescentes se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.</p> <p>Leve: IMC \geq 17 Kg./m²</p> <p>Moderado: IMC 16-16,99 Kg./m²</p> <p>Grave: IMC 15-15,99 Kg./m²</p>

Extremo: IMC<15 Kg./m²

Además de este trastorno, el DSM-5 incluye Bulimia Nerviosa (BN), el Trastorno por Atracón y el apartado de otro trastorno alimentario o de la ingestión especificado y otro trastorno alimentario o de la ingestión no especificado.

A pesar de diferenciar AN de BN, ambas comparten psicopatología básica que las define y distingue. Estas características son: la **sobrevaloración** que hace la paciente del peso y forma corporales en su valor como persona y la **alteración en la conducta alimentaria** que es mayoritariamente, consecuencia de sus intentos por controlar su peso y cuerpo que no toleran y desprecian o que acaban despreciando. En torno a esta característica central se articula el resto de la sintomatología (Perpiñá, 2014). Como podemos observar la persona lleva a cabo conductas desadaptativas como intento de controlar su peso debido a su ímpetu por alcanzar un cuerpo que se ha idealizado, generando esto una interferencia en su vida, pues está afectando a su salud, entre otras cosas.

El surgimiento de un (TA) puede deberse a la interacción de múltiples factores, que a su vez generan interferencia en diferentes áreas vitales de las personas que lo padece. Algunos de los aspectos que pueden estar alterados en la persona con TCA pueden ser conductuales, cognitivos, fisiológicos y/o emocionales (Perpiñá, 2014).

En referencia a los aspectos conductuales, el comportamiento de la persona se dirige a adelgazar y controlar su cuerpo, convirtiéndose a lo largo del tiempo en una dedicación exclusiva, tanto en personas con AN como con BN. Una forma de conseguir eso, es realizando cambios en su comportamiento alimentario, restringiendo alimentos de manera cada vez más exigente, llegando incluso al ayuno y desembocando estas conductas en un estado de malnutrición. Otra forma de hacerlo puede ser realizando ejercicio físico excesivo. Además de esto, también pueden realizar rituales como comer más lentamente, cortar la comida en trozos pequeños, contar las calorías de los alimentos, etc.

El llevar a cabo una restricción alimentaria excesiva puede dar lugar a la aparición de episodios en los que la persona sienta un deseo irresistible y urgente por comer como puede ser el caso de las personas con BN según afirma Russell (1979) y pueden estar precedidos por estados de ánimo disfóricos como ansiedad, aburrimiento, ira, etc. o por una respuesta a emociones

positivas como beber alcohol o comer alimentos apetitosos o dulces (Perpiñá, 2014). Para compensar esos episodios, las personas con TA pueden llevar a cabo conductas purgativas como vomitar y/o utilizar laxantes, enemas o diuréticos.

Continuando con los aspectos conductuales, el área de relaciones interpersonales de la persona se ve afectada como consecuencia de la aparición del trastorno, pues tienden a aislarse socialmente, eliminando así todo tipo de recompensas socioafectivas posibles y aumentando su estado de disforia, mostrándose muy desconfiadas (solamente confían en su criterio) y en ocasiones manteniendo únicamente contacto con amigas que hacen dieta. Hay casos en los que también pueden desarrollar conductas y rituales relacionados con su cuerpo, como son las conductas de **evitación** (de lugares, personas y/o actividades), **comprobación o acicalamiento**.

Por otro lado, tenemos los aspectos cognitivos donde según Brunch (1973), la principal característica en los TCA en general y concretamente en AN, es la incesante búsqueda hacia la delgadez por parte de la persona. Su objetivo principal es alcanzar el cuerpo que ha idealizado. La persona constituye unas creencias tan arraigadas sobre la delgadez que se convierten en el eje central de sus valores, definiendo incluso su valor como persona en función de su cuerpo. Por ello, la consecución de pérdida de peso y control de la ingesta la consideran como señal de autodisciplina y control, interpretando esto como un logro de suma importancia y convirtiéndose en un problema y en un profundo malestar emocional para ella cuando no logra la restricción alimentaria que quería y sucumbe al hambre.

El TA es un trastorno en el que tanto las personas con AN como con BN no presentan incomodidad ni malestar a causa de sus pensamientos, puesto que éstos son egosintónicos. No obstante, según Beumont (2002), los fines por los que se mueven las personas con AN y BN, son distintos, las personas con BN relacionan su aspecto físico con todo aquello que no han podido lograr en sus vidas, considerando el estar delgadas como su objetivo para alcanzar la felicidad. Sin embargo, las personas con AN relacionan la delgadez e incluso la demacración, como su meta, un modo de autorrealizarse e identificarse con su cuerpo y no como una forma de conseguir la felicidad.

No hay que olvidar el papel que ejerce la distorsión de la imagen corporal en las pacientes con TA. Esta distorsión les impide verse como realmente son y dificulta su recuperación. Cuando hablamos de imagen corporal, hacemos referencia a la representación mental que una persona

tiene sobre su cuerpo (el peso, la talla, la forma y todas sus partes), es decir, es la forma que tenemos de vernos a nosotros mismos y pensar al respecto (Slade, 1988).

De acuerdo con Pruzinsky y Cash (1990), la imagen corporal es un constructo multifacético. Concretamente, Raich (2000) la define como un constructo complejo que engloba la percepción de nuestro cuerpo y de todas sus partes, el movimiento y límites del mismo, la experiencia subjetiva de actitudes, sentimientos, pensamientos y valoraciones que sentimos y hacemos y la forma en que nos comportamos según las cogniciones y sentimientos que experimentamos. Por tanto, un aspecto a trabajar con estas personas será la imagen corporal en todas sus partes, para que entiendan la realidad como es y no como creen que es.

Siguiendo con los aspectos cognitivos, no hay que obviar los problemas de atención, la necesidad de hacer las cosas perfectas y tener el control sobre estas (como creencia) y la baja autoestima que presentan las pacientes con TA. De hecho, como indicaba Brunch (1973), una característica de los TA es el sentimiento paralizante de ineficacia personal que se genera en ellas, sobre todo en las personas con AN.

Finalmente, en relación a los aspectos fisiológicos y emocionales, generalmente las personas con TA, para sentir emociones o estados positivos (aunque sea de manera inmediata y temporal) y disminuir y/o eliminar las emociones o estados negativos como ansiedad, tristeza, hambre, etc., suelen presentar períodos de atracones, estando muy relacionada la emoción con la ingesta. Rápidamente, esa emoción positiva por el alivio de emociones o estados negativos, es sustituida por sentimientos como la vergüenza, la culpa o el disgusto, generando malestar a la persona. Esta sustitución puede generar un miedo tan intenso a engordar que puede hacer que la persona con BN tome medidas inmediatas para compensar el atracón por medio de la purga, aunque esta conducta sólo le reducirá temporalmente el malestar emocional, pues a continuación aparecerán emociones de vergüenza y repugnancia de nuevo.

Además de esto, en las personas con TA se produce un aumento de la ansiedad y sentimientos de asco y molestia cuando muestran u observan su cuerpo. Sin embargo, en pacientes con AN surge un sentimiento de orgullo cuando interpretan su imagen demacrada como un logro sobre su cuerpo, el cual realmente está desnutrido, generando graves secuelas fisiológicas que indican al psicólogo clínico que el trastorno está empeorando.

La disforia corporal, al ser un sentimiento muy habitual en nuestra cultura occidental, es considerado un factor necesario para los trastornos de alimentación pero no suficiente. Esta disforia se vuelve realmente problemática cuando afecta a la identidad y valía de la persona, pues en nuestra sociedad hay un gran número de personas insatisfechas con su cuerpo pero pocas de ellas que acaban desarrollando un TA. Hay que tener cuidado y saber dónde está el límite entre un sentimiento habitual marcado culturalmente o un problema mayor, pues encontramos tanto publicidad como páginas web por Internet como Pro-Ana o Pro-Mía, en la que muchas personas con TA publican estrategias de pérdida de peso y fomentan conductas desadaptativas con respecto a su salud, potenciando la enfermedad y sintiéndose orgullosas de ella.

Por tanto, a pesar de las alteraciones que pueden presentar las personas con TA, su origen no está tan determinado, pues en los últimos años se ha estudiado mucho acerca de los factores que pueden interactuar en su aparición y de las predisposiciones genéticas, biológicas, psicológicas y ambientales que pueden estar implicadas y pese a ello todavía es muy precipitado generar un modelo causal unificado sobre los TA (Perpiñá, 2014). Que haya una vulnerabilidad al desarrollo de este tipo de trastornos no significa que vaya a determinar su aparición, pues deben darse una serie de factores e interacciones entre los mismos y hay que tener en cuenta las diferencias individuales.

Evaluación de los TA

Para realizar una buena intervención en cualquier tipo de trastorno mental, primero es fundamental llevar a cabo una buena evaluación para poder generar un posterior diagnóstico clínico adecuado. En el caso de los TA debemos tener en cuenta diversos factores como los patrones anómalos de conductas alimentarias, las conductas compensatorias, las distorsiones de la imagen corporal y la realización de una adecuada exploración física. Concretamente, debemos evaluar la intensidad y gravedad de los síntomas, la interferencia que están produciendo a la persona, efectuar un buen diagnóstico diferencial teniendo en cuenta la exploración física, valoración médica y valoración nutricional y determinar el grado en que la persona es consciente de su problema (evaluar el “*insight*”) y la motivación que tiene para el cambio, pues va a ser fundamental para su recuperación. También hay que evaluar y tener en cuenta el área alimentaria, la imagen corporal, la comorbilidad con otro tipo de psicopatología asociada (como puede ser trastorno de ansiedad, abuso de sustancias, etc.), si existe historial

de episodios anteriores, su historia de desarrollo e historia psicosocial y el área familiar (Perpiñá, 2014).

En la actualidad contamos con instrumentos válidos y fiables para evaluar los aspectos mencionados anteriormente. Algunas de las técnicas específicas que encontramos para realizar una buena evaluación en los TA son los siguientes:

1. Entrevista

- Entrevista semiestructurada de examen del trastorno alimentario ("*Eating Disorder Examination*") (EDE); Cooper y Fairburn, 1987)

2. Autoinformes

- Test de actitudes alimentarias ("*Eating Attitudes Test*", EAT; Garner y Garfinkel, 1979).
- Inventario de trastornos alimentarios ("*Eating Disorders Inventory*") (EDI); Garner, Olmsted y Polivy, 1983)
- Test de Bulimia de Edimburgo ("*Buliminc Investigatory Test Edinburgh* (BITE); Henderson y Freeman, 1987)
- Cuestionario sobre forma corporal ("*Body Shape Questionnaire*", BSQ; Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987)
- Inventario del malestar provocado por las situaciones relacionadas con la imagen corporal ("*Situational Inventory of Body Image Dysphoria* (SIBID); Cash, 1994)
- Escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner (Bobes, G-Portilla, Bascarán, Sáiz y Bousoño, 2003)
- Cuestionario de Actitud frente al Cambio en trastornos de la conducta alimentaria (ACTA; Beato Fernández y Rodríguez Cano, 2003)
- Test conductual frente al espejo (Perpiñá, Botella y Baños, 2006)

Además de estos instrumentos específicos para evaluar un TA, también sería conveniente evaluar otros síntomas o trastornos asociados como impulsividad, ansiedad, depresión, personalidad y obsesividad.

Prevalencia, curso y comorbilidad de los TA

Como hemos comentado anteriormente, en nuestra cultura occidental la mayoría de las personas sienten insatisfacción corporal, especialmente las mujeres, y sin embargo no por ello se determina que vayan a desarrollar un TA.

A pesar de ello, la prevalencia de estos trastornos ha ido aumentando en los últimos años (Fairburn y Harrison, 2003). La presión cultural por lucir un cuerpo esbelto es tal, que este fenómeno ha sido objeto de estudio y acuñado con el término “*descontento normativo*”. En este descontento, los medios de comunicación pueden ejercer un importante papel (Rodin, Silberstein y Striegel-Moore, 1985) Actualmente, en nuestra sociedad una persona bella es percibida como una persona delgada y esto influye de manera significativa en la población, aunque no de igual modo, pues algunas personas, junto con otros factores acaban desarrollando un TA mientras que otras no.

La prevalencia en los TA, se da en su mayoría la mayoría en mujeres (90%) y gran parte adolescentes (Fairburn y Harrison, 2003).

Concretamente, en mujeres norteamericanas encontramos una prevalencia de una media del 0,3%, en pacientes con AN y entre el 1% y el 3% en pacientes con BN (Hoek y Van Hoeken, 2003). Estas cifras son más elevadas que en España, donde según estudios realizados por Pérez-Gaspar et al., (2000), podemos observar una prevalencia entre el 0,2 - 0,7 % en personas con AN y entre el 0,4 -0,8 % en pacientes con BN.

Los TA no son los trastornos mentales más prevalentes pero a pesar de ello, han crecido a gran velocidad en las últimas décadas, incrementando sus cifras de dos a cinco veces más (Fairburn y Harrison, 2003). La AN aumentó hasta los años 1970 de manera considerable, manteniéndose sus cifras estables en la actualidad, mientras que la incidencia de BN todavía continúa experimentando una tendencia ascendente (Hoek y Van Hoeken, 2003).

El curso de los TA suele variar en función del tipo y aunque tenga tendencia a desarrollarse en determinadas edades, puede aparecer en cualquier momento de nuestras vidas. Según afirma Perpiñá (2014), la AN suele iniciarse entre los 13-18 años mientras que en el caso de BN el inicio suele ser más tardío, ocurriendo inclusive en la madurez, aunque frecuentemente se da entre los 18 y 22 años.

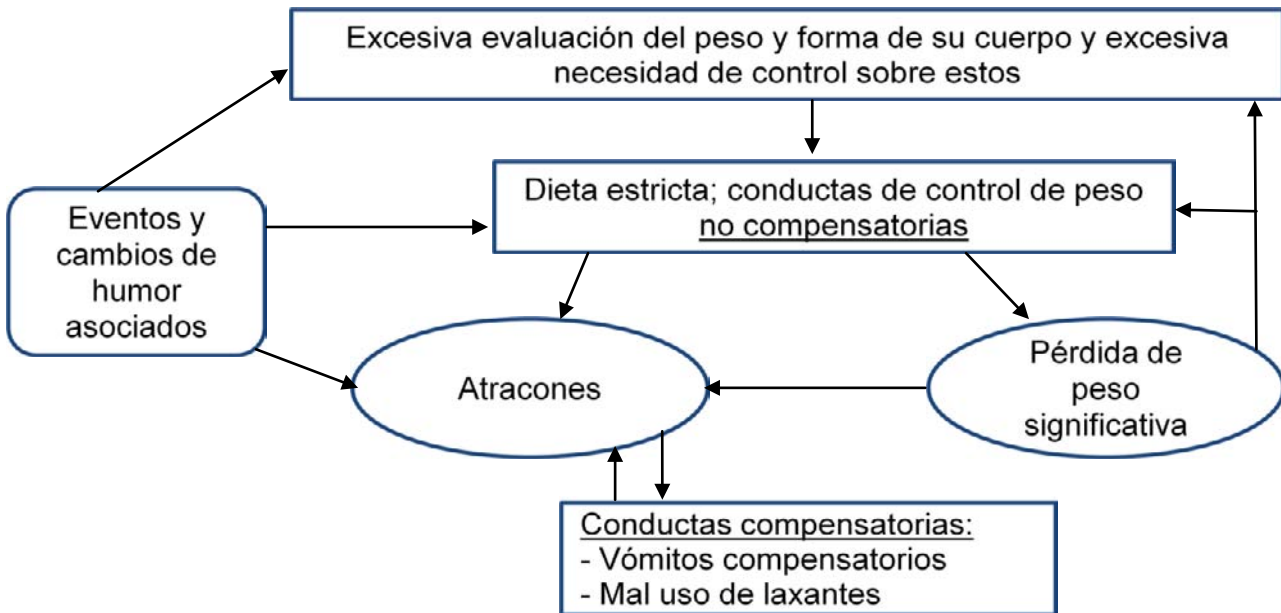
Un dato curioso es que este tipo de trastornos se encuentran muy vinculados a la cultura, pues tanto AN como BN se dan únicamente en sociedades industrializadas y principalmente en población caucásica, siendo la AN más común en estatus socioeconómicos altos y la BN más común en grupos sociales diversos. (Fairburn y Harrison, 2003).

En numerosas ocasiones, las pacientes pueden migrar de un trastorno a otro. A este hecho Fairburn y Harrison (2003) lo acuñaron como transición diagnóstica o entrecruzamiento diagnóstico. Esto se refiere a que un trastorno puede derivar a otro trastorno dentro de la misma categoría de trastornos, mostrando según Anderluh, Tchanturia, Rabe-Hesketh, Collier y Treasure (2009), que los trastornos poseen una identidad y entidad diagnóstica por sí mismos. Como apuntaban Eddy et al., (2008), algunas pacientes de BN proceden de una AN previa que ha evolucionado a BN. Es decir, sería conveniente trabajar todos los síntomas de los subtipos de un TA para evitar que queden síntomas latentes que mantengan la enfermedad.

El padecer un TA tiene un alto riesgo para la salud que puede desembocar inclusive en la muerte. Concretamente, las pacientes con AN muestran un índice de mortalidad alrededor del 5,6% por cada década, lo cual es alarmante y más cuando el seguimiento a lo largo de 20 a 30 años aumenta el porcentaje hasta el 20% (Steinhausen, 2002). Las pacientes con BN normalmente presentan mayor adherencia al tratamiento, reflejando menores tasas de mortalidad.

Modelo de Fairburn

Fairburn (2008) creó una teoría transdiagnóstica cognitivo-comportamental en la que combinaba sus teorías sobre AN y BN, para explicar el desarrollo de los TA:



Las personas con TA empiezan realizando una excesiva evaluación sobre su peso y la forma de su cuerpo y eso les lleva a realizar conductas no compensatorias para controlar su peso como puede ser empezar una dieta estricta. Posteriormente pueden desarrollar atracones y tener una pérdida de peso significativa. Los atracones les llevan a realizar conductas compensatorias como el uso de laxantes o provocación del vómito. Los atracones y la pérdida significativa de peso también pueden llevarles a seguir con su dieta estricta para controlar el peso y alimentar más todavía su excesiva evaluación de su cuerpo. En todo esto, influye tanto el cambio en el estado de ánimo como los eventos que surjan en la vida de la persona.

Según Fairburn, Cooper y Shafran (2003), hay unos mecanismos adicionales que están manteniendo el TA y son el perfeccionismo clínico, la baja autoestima, la intolerancia a los cambios de estado de ánimo y las dificultades interpersonales.

En base a todo esto, Fairburn (2009) proponía que debemos considerar a ambas patologías alimentarias con raíces comunes e interaccionadas generalizando esto a una perspectiva transdiagnóstica de tratamiento común para los TA que tenga en cuenta las cogniciones, conductas y emociones nucleares en ambos trastornos independientemente del diagnóstico.

Terapia Cognitivo-Comportamental en los TA

En la actualidad, numerosas investigaciones ponen en manifiesto la eficacia de la terapia cognitivo comportamental (TCC) en los TA, teniendo un alto apoyo empírico (Wilson, 2005). La teoría y tratamiento desarrollados por Fairburn para las personas con BN mostró resultados positivos y beneficiosos para las pacientes, a pesar de tener todavía algunas limitaciones. En base a eso, Fairburn (2008) propuso la teoría transdiagnóstica mencionada anteriormente en la que combina la teoría explicativa de AN con la de BN y su TCC derivada de la misma. El tratamiento que propone se divide en cuatro etapas desarrolladas en un total de 20 sesiones durante 20 semanas.

Existen dos versiones de tratamiento en función de la formulación de cada caso: *focalizada* (focused version) centrada únicamente en la psicopatología de los TA y *extendida* (broad version) que integra mecanismos adicionales como el perfeccionismo clínico, la baja autoestima, los estados anímicos y las relaciones interpersonales (Celis y Roca, 2011).

Problemas de adhesión al tratamiento

El protocolo de actuación frente a los TA depende de su gravedad. Para abordar este tipo de trastornos es necesaria la coordinación de un equipo multidisciplinar que requiere la colaboración de diferentes especialistas y niveles asistenciales (Turón, 1997). Su intervención puede seguir diferentes vías dependiendo de la gravedad (Lechuga y Gámiz, 2005):

- Tratamiento ambulatorio
- Hospital de Día
- Ingreso hospitalario

Algunas de las pacientes de consulta ambulatoria acaban siendo ingresadas en el Hospital de Día y algunas de ellas requieren ingreso hospitalario, pues uno de los grandes problemas que encontramos con las personas con TA a la hora de su adhesión al tratamiento es su falta de motivación al cambio y conciencia de enfermedad.

De hecho, tal y como señala un estudio realizado por Cruzat et al., (2010), intervenir en pacientes con TA conlleva una gran dificultad cuando están poco motivadas hacia el cambio de sus hábitos alimentarios y a pesar de que factores como la edad, la duración de la enfermedad,

etc. no estén asociados con las fases de motivación propuestas por Prochaska, DiClemente y NorCross (1992), plantean que las creencias del paciente sobre su enfermedad se asocian de manera directa con su adherencia al tratamiento, pues una de las principales características de las personas con TCA es su baja conciencia de enfermedad. De hecho, Rodríguez-Cano y Beato-Fernández (2005) identificaron una clara relación entre las fases de cambio y la evolución de la psicopatología en el comportamiento alimentario.

El modelo transteórico del cambio que proponen Prochaska, et al. (1992) indica como las personas van pasando por seis estados de cambio hasta que finalmente cambian su conducta. Estos estadios son precontemplación, contemplación, decisión, acción y mantenimiento, incluyendo la recaída con independencia del estadio en el que se encuentre la persona, siendo un aspecto más dentro del proceso de cambio y no un fracaso. Este modelo no explica el cambio como un modelo lineal en el que después de un estado pasas automáticamente a otro, pues afirman que las personas pueden llegar a generar un patrón denominado "puerta giratoria" en el que van alternando diferentes estadios de cambio hasta finalizar con la modificación definitiva de la conducta disfuncional. Es más, un paciente puede mostrar a la vez pensamientos y/o conductas de varios estados y el cambio de uno a otro puede ser muy rápido, influyendo el entorno de la persona de manera inmediata, conllevando esto dificultades para diseñar instrumentos que nos permitan a analizar la motivación en el tratamiento de personas con TA.

Generalmente, las pacientes con AN suelen encontrarse en la etapa de pre-contemplación del modelo de Prochaska y DiClemente (Fernández y Turón, 2001) y tienden a asistir a consulta de manera obligada por sus padres con poca o ninguna conciencia de enfermedad y mostrando negación al cambio (Ward, Troop, Todd y Treasure, 1996). Su baja conciencia de enfermedad puede deberse a que presentan síntomas egosintónicos, no siendo conscientes del riesgo en el que se encuentran (Kirszman y Salgueiro, 2002).

Sin embargo, en el caso de las pacientes con BN su asistencia a consulta suele ser más tardía, pues su peso corporal está dentro de la normalidad y esto dificulta su detección (Cruzat et al., 2010). Acuden a consulta porque otras personas significativas las descubren realizando conductas compensatorias como vomitar o dándose atracones, mostrando conciencia de enfermedad pero sin considerar que tengan que seguir un tratamiento para superarla (Morandé, 1999).

En cuanto a la motivación al cambio, según señalaban Prochaska y Prochaska (1999), en base a las fases de motivación al cambio del modelo transteórico de Prochaska, et al. (1992), cuando las personas no cambian sus conductas es debido a que no pueden, no quieren o no saben cómo hacerlo. Por ello, a la hora de comenzar un tratamiento con personas con TA, tenemos que tener en cuenta tres aspectos importantes; la *conciencia del trastorno*, la *relación terapéutica* con el paciente y la *motivación y expectativas al cambio* que tenga (Sevillano, 2001). Tener en cuenta estos aspectos es de gran relevancia, ya que pueden determinar la aceptación del tratamiento y la modificación de las conductas alteradas.

La conciencia de enfermedad y la motivación al cambio están muy relacionadas, de hecho como indican Cruzat et al., (2010), investigaciones como la llevada a cabo por Higbed y Fox (2009) muestran cómo las creencias de las personas sobre su enfermedad influyen en su capacidad para afrontar el tratamiento y en los resultados obtenidos en este, asociando las creencias de las pacientes sobre su enfermedad con la disposición al cambio. Del mismo modo, Behar (2004), señala que debemos tener en cuenta la conciencia de enfermedad de las pacientes, su motivación al cambio a través del tratamiento, la conciencia que presentan sobre sí mismas y su dolor, la disponibilidad que muestran y su compromiso afectivo con la terapia.

En base a todo lo mencionado, debemos plantearnos la posibilidad de que una baja conciencia de enfermedad y motivación al cambio de las personas con TA puede ocasionar una mala adherencia al tratamiento y como consecuencia una mayor probabilidad de incremento de la gravedad y de ingreso hospitalario, puesto que una persona que considera que no tiene ningún problema, difícilmente va a estar motivada para cambiar su conducta y por tanto sea más probable que los intentos de aplicación de tratamientos para mejorar su situación sean fallidos y no consigamos su adhesión al mismo, pues la paciente no seguirá las pautas ni pondrá empeño en su recuperación.

Por tanto, consideramos necesario abordar la **conciencia de enfermedad y motivación al cambio** en las personas con TA a través de un módulo específico para ello, con el fin de generarles un cambio de actitud que les permita adherirse al tratamiento y superar la enfermedad.

El presente estudio tiene por **objetivo general** diseñar y poner a prueba de forma preliminar un módulo de intervención específico para el aumento de la conciencia de enfermedad y la motivación hacia el cambio en una paciente con TA.

Este objetivo se concreta en un **objetivo específico**, analizar las diferencias en las puntuaciones del Cuestionario de Actitudes frente al Cambio de los Trastornos de Alimentación (ACTA) antes y después de la asistencia al módulo de Conciencia de Enfermedad y Motivación al Cambio en una paciente con AN y la opinión de la misma acerca del módulo por medio de un cuestionario cualitativo elaborado por nosotros mismos.

La hipótesis que planteamos es la siguiente:

- La paciente con TA de la Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria (UTA) de Castellón que asiste al módulo de Conciencia de Enfermedad y Motivación al Cambio, aumentará su motivación al cambio en el cuestionario de Actitudes frente al Cambio en Trastornos de Alimentación (ACTA).

Las variables de estudio son las siguientes:

Variables Dependientes

- Conciencia de enfermedad
- Motivación al cambio

Variable independiente

- Recibir el módulo de Conciencia de Enfermedad y Motivación al Cambio para pacientes con Trastorno Alimentación de la UTA de Castellón.

Método

Participante

La paciente era una mujer que acudía al Hospital de Día de la Unidad de Trastornos de Alimentación (UTA) de Castellón y cumplía criterios de Trastorno de Alimentación de Anorexia Nerviosa. Su participación en el módulo fue de manera totalmente voluntaria.

Las características de la paciente fueron las siguientes:

Edad: 22 años

Sexo: Mujer

Tipo de TA: Anorexia Nerviosa (AN)

Inicio de la enfermedad: Septiembre 2013.

A los 14 años ya empezaba a realizar modificaciones en su dieta, se hizo vegetariana (aunque luego no continuó), restringía algunos alimentos y realizaba breves ayunos de 2 días. Empezó a cambiar de amistades y a relacionarse con chicas que vomitaban para estar más delgadas. Desde entonces hasta los 19 años estuvo provocándose vómitos para controlar su peso (especialmente en verano) y tenía un miedo persistente a engordar.

Ingresos anteriores: En Noviembre de 2013 asistió por primera vez al centro PREVI (Psicología y Realidad Virtual). Estuvo yendo semanalmente hasta Junio de 2014, cuando sus padres, ante el incumplimiento de su hija de las pautas fijadas por el centro, la falta de adhesión al tratamiento y el coste económico que les suponía, decidieron prescindir de sus servicios y acudir a la UTA de Castellón.

UTA: A partir de Junio de 2014 estuvo asistiendo a consulta ambulatoria, mostrándose indiferente y afirmando que vomitaba y comía de manera compulsiva para relajarse, evadirse y no aburrirse. Puesto que no mejoraba, en Septiembre de 2014 ingresó en el Hospital de Día de la UTA con amenorrea y un I.M.C. de 16,88. La paciente se encontraba en reposo domiciliario, mostrando una evolución lenta y estreñimiento. Con el paso del tiempo, la paciente lejos de aumentar peso y cambiar su conducta, continuaba perdiendo peso y afirmando que lo único que le motivaba era adelgazar, sin tener otros objetivos en la vida. Cuando estaba en su casa le molestaba mucho que sus padres le controlaran, pasaba la mayor parte del día en su habitación o en el baño, mirándose al espejo, aburrída por no saber en qué ocupar su tiempo.

Medicación: Tomaba Topiramato diariamente.

Antecedentes familiares: Su hermana menor tuvo Bulimia Nerviosa en el pasado y se recuperó. Ahora es azafata y tiene pareja.

Familia: Su padre está jubilado y tiene 64 años. Su madre es una administrativa de 45 años. Tiene una hermana mayor de 23 años que ha cursado estudios de informática y una hermana menor de 19 años que está estudiando asesoría de imagen.

Convivencia: Vive en casa con sus padres y con su hermana menor con la que discute constantemente. Su hermana mayor vive en otra ciudad y apenas se hablan. Sus padres le han apoyado en todo el proceso de su enfermedad, se han involucrado y se han prestado a colaborar e intentar cualquier cosa para que se recuperase. Al detectar el problema acudieron a la Asociación de Padres con hijos con trastorno de la conducta alimentaria (AVALCAP) pero actualmente ya no saben qué hacer, están agotados. La paciente tiene un perro al que está muy unida emocionalmente.

Estudios: En 3º de ESO comenzó a bajar su rendimiento. Cuando inició el Bachillerato lo abandonó, comenzó a salir con otro grupo de amigos y actualmente no estudia ni trabaja, señalando que no sabe qué hacer con su vida y que no encuentra motivación para hacer nada que le guste.

Instrumentos y materiales

Para llevar a cabo el módulo utilizamos los siguientes instrumentos:

- **Consentimiento informado.** Documento elaborado por nosotros mismos con el objetivo de explicarle a la participante en qué consistía el estudio en el que iba a participar, solicitando su colaboración y consentimiento para emplear los datos obtenidos del mismo con fines científicos (ver *Anexo I*).
- **Cuestionario de Actitudes frente al Cambio en pacientes con Trastorno de Alimentación (ACTA).** Este cuestionario fue elaborado por Beato y Rodríguez (2003) como resultado de la exploración sistemática de las fases del cambio en pacientes que recibían tratamiento por un Trastorno de Alimentación. Consta de 59 ítems que evalúan el estado de cambio en el que se encuentra la persona en base al planteamiento teórico de las fases del cambio propuesto por Prochaska, et al. (1992). Las respuestas del sujeto se gradúan en función de la frecuencia con que valora la experiencia cuestionada siendo: «No/nunca [0], Rara vez [1], A veces [2], Frecuentemente [3] o Sí/siempre [4]». En el caso de que la situación descrita no se ajuste al estado actual del sujeto, debe marcar “No/nunca [0]”. El cuestionario está compuesto por 6 subescalas distintas; *precontemplación*, la cual está compuesta de 10 ítems y hace

referencia al rechazo a considerar la presencia de una enfermedad; *contemplación* que refleja por medio de 11 ítems un estado en el que el sujeto reconoce su problema alimentario, toma conciencia de que tiene dificultades, aunque pueda minusvalorar su importancia o no reconocer un verdadero trastorno. El sujeto no muestra la determinación de empezar a corregirlas; *decisión*, en esta fase el sujeto ha puesto fecha al inicio del cambio. Está compuesta por 11 ítems; *acción* muestra el cambio en diferentes áreas, cognitiva (pensamientos positivos hacia la resolución de su trastorno), conductual (modificación de hábitos por otros más saludables) y afectiva (se percibe el problema como un hecho desagradable que hay que modificar). Esta escala constaba inicialmente de 10 cuestiones; *mantenimiento* evalúa la estabilidad de los logros conseguidos en la fase de acción y consta de 10 ítems; por último, mide la fase de *recaída que* tiene un comportamiento independiente al de las otras escalas, puede mostrar diferentes puntuaciones sin relación con la fase en la que se encuentre el sujeto. Mide la percepción que el propio sujeto tiene del proceso de cambio, independientemente del estado motivacional en el que se encuentre y la componen 7 ítems.

Este cuestionario además de evaluar la fase de motivación al cambio en la que se encuentran las pacientes, nos permite detectar si tiene o no conciencia de enfermedad, pues si se encuentran en la primera fase *precontemplativa*, las pacientes no muestran conciencia de enfermedad, mientras que si están en otra fase o cambian de la misma, se podrá tener en cuenta que han adquirido conciencia de enfermedad (*ver Anexo II*)

- **Cuestionario cualitativo sobre el módulo de Conciencia de Enfermedad y Motivación al Cambio en pacientes con TA.** Consta de 12 ítems elaborados por nosotros mismos para conocer la opinión personal de la participante sobre el módulo. El objetivo de este cuestionario es conocer qué opina sobre el mismo, si ha logrado generar cambios en ella y poder recabar información para mejoras en intervenciones futuras (*ver Anexo III*).

Además de estas medidas de evaluación, requerimos de una sala de grupos con un proyector por medio del cual realizamos las exposiciones de cada sesión, una mesa grande, un dossier de cada sesión (elaborado por nosotros mismos), bolígrafos y folios.

Diseño y procedimiento

El presente estudio es un estudio de caso.

La aplicación de los instrumentos de evaluación a la participante realizó en formato de lápiz y papel. El resto de participantes que asistieron al módulo fueron reclutadas por medio del psicólogo de la UTA, el Dr. Ginés Llorca, quien les planteó la posibilidad de participar en dicho módulo de manera opcional y sin compromiso y ellas aceptaron.

El módulo de Conciencia de Enfermedad y Motivación al Cambio se realizó de manera grupal (6 pacientes con TA) y constó de 3 sesiones de 2 horas cada una aproximadamente. Un día antes de su realización se llevó a cabo la evaluación pre-módulo, administrando a la participante el cuestionario ACTA y un consentimiento informado para poder utilizar sus datos con fines de investigación. Al finalizar el módulo se efectuó la evaluación post-módulo administrando de nuevo a la participante el cuestionario ACTA, además del cuestionario cualitativo para conocer su opinión personal sobre el módulo.

Marta Badenes fue la encargada de la realización y aplicación del módulo, bajo la supervisión del Dr. Ginés Llorca. Las 3 sesiones se efectuaron en la sala de grupos disponible en la UTA y con todos los materiales necesarios para llevarlas a cabo (hojas de trabajo, proyector, pantalla, mesa grande, folios y bolígrafos). También se elaboró un dossier informativo y con actividades y una presentación en PowerPoint para cada sesión con el fin de que el módulo fuera más ameno y entretenido para las participantes y pudieran extraer el máximo beneficio del mismo.

Por último, se analizaron e interpretaron los resultados obtenidos en el cuestionario ACTA y cuestionario cualitativo de la paciente con AN que asistió de manera íntegra al módulo para determinar si presentaba conciencia de enfermedad, había aumentado su motivación después de la intervención y para conocer su opinión.

Temporalidad

La evaluación pre-módulo se efectuó el día 4 de febrero de 2015, un día antes de la realización de la primera sesión del módulo.

En cuanto al módulo, se dividió en 3 sesiones con una duración de 2 horas aproximadamente cada una, siendo la duración total del mismo de unas 6 horas. La primera sesión se realizó el jueves 5 de febrero de 2015, la segunda sesión el lunes 9 de febrero de 2015 y la tercera sesión el 12 de febrero de 2015, coincidiendo estos días con el espacio reservado para las terapias grupales en el hospital de día UTA.

La evaluación post-módulo se realizó el día 12 de febrero de 2015, justo al finalizar la tercera y última sesión del módulo.

Tratamiento

La estructura y distribución temporal tanto de las evaluaciones realizadas como de la aplicación del módulo en la participante fue la siguiente:

4 de febrero de 2015

- Evaluación pre-módulo. Administración del consentimiento informado y cuestionario de Actitudes frente al Cambio en pacientes con Trastorno de Alimentación (ACTA) a la participante.

5 de febrero de 2015

Primera sesión de 11:30 a 13:30 horas.

- **Psicoeducación sobre los TA e identificación**
 - ¿Qué son los TA? Tipos.
 - Características de la Anorexia Nerviosa.
 - Factores influyentes en el desarrollo de un TA.
 - Modelo explicativo de Fairburn para los TA.
- **Actividad: *¿Me identifico con algo de esto?*** Listado de síntomas y consecuencias de tener AN.
- **Aumento de la conciencia de enfermedad: *Caso real de Sara, una paciente recuperada de un TCA.***

- **Reflexión individual y grupal sobre el caso Sara.**

9 de febrero de 2015

Segunda sesión de 11:30 a 13:30 horas.

- **Actividad: *Motivación al cambio.***
- **Modelo transteórico de motivación al cambio de Prochaska, et al. (1992)**
- **Actividad: *Fases de motivación al cambio.***
- **Vídeo de motivación al cambio.** Rey León (1 minuto). Reflexión grupal.
- **Actividad: *Ventajas e inconvenientes de mantener un TCA y seguir igual y/o de cambiar.***
- **Vídeo cambio de actitudes hacia el entorno.** Extraer la moraleja del vídeo y reflexionar sobre el mismo por medio de preguntas.
- **Actividad: *Frases de enseñanza.***

12 de febrero de 2015

Tercera sesión de 11:00 a 13:30 horas.

- **Explicación y actividad: *¿Qué puedo hacer para cambiar? Brainstorming.***
- **Explicación y actividad: *Especificación de objetivos.***
- **Dudas, preguntas y/o aportaciones.**

12 de febrero de 2015

- **Evaluación post-módulo.** Administración del cuestionario ACTA y del cuestionario cualitativo a la participante.

El desarrollo completo del módulo se encuentra en el *Anexo (IV)*

Resultados

Los resultados obtenidos por la participante en el cuestionario de Actitudes frente al Cambio en pacientes con Trastornos de Alimentación (ACTA) en la evaluación pre y post módulo fueron los siguientes:

ACTA						
	Precontemplación	Contemplación	Decisión	Acción	Mantenimiento	Recaída
Pre-módulo	4	18.18	22.72	24	12	32.86
Post-módulo	4	15.45	23.63	29	11	25.71

Nota: ACTA= Cuestionario de Actitudes frente al Cambio en pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria

En cuanto a la información obtenida a través del cuestionario cualitativo sobre el módulo de Conciencia de Enfermedad y Motivación al Cambio que cumplimentó la paciente tras la intervención encontramos lo siguiente:

1. ¿Qué te ha aportado el módulo?

Afirmó que el módulo le había servido para obtener más información sobre su enfermedad y sobre cómo afrontarla.

2. ¿Crees que el módulo puede ayudarte de algún modo? SI / NO. En caso afirmativo ¿cómo? En caso negativo ¿cómo?

La participante indicó que pensaba que el módulo le podía ayudar porque le mostró técnicas de motivación para cambiar y le hizo darse cuenta de en qué grado de motivación se encontraba, tomando conciencia de ello.

3. ¿Te ha gustado el contenido del módulo? (Indica qué te ha gustado y qué no te ha gustado)

A la participante le gustó todo el contenido del módulo y señaló que no hubiera suprimido nada del mismo, apuntando también que le ha resultado de interés conocer la experiencia de Sara (paciente rehabilitada que tuvo AN en el pasado) y la actividad de frases de motivación.

4. Indica qué utilidad ha tenido para ti el módulo:

Expresó que el módulo ha tenido bastante utilidad para ella, en una escala Likert que iba desde ninguna utilidad a mucha utilidad.

5. La duración del módulo ha sido...

Consideró que la duración del módulo fue adecuada, siendo esta información relevante para nosotros, pues no queríamos que las sesiones se hicieran demasiado largas y pudieran cansar a las participantes, al contrario pretendíamos despertar su interés hacia el mismo. Se presentó una opción de respuesta tipo Likert como la siguiente a la participante:

1. Muy larga 2. Larga **3. Adecuada** 4. Breve 5. Muy breve

6. El material ofrecido durante el módulo ha sido...

Del mismo modo, consideró adecuado el material que se le proporcionó durante el módulo, tanto el administrado para que realizase las actividades y tuviera información sobre el tema como el utilizado durante la sesión. Respondió a esta cuestión por medio de la elección de tres opciones de respuesta como estas: **1. Adecuado** 2. Inadecuado 3. Indiferente

7. ¿En qué grado el módulo ha despertado tu interés?

La paciente respondió que el módulo había despertado bastante su interés en una opción de respuesta como la siguiente:

1. Ninguno 2. Algo 3. Ni mucho ni poco **4. Bastante** 5. Mucho

8. ¿Qué hubieras incluido en el módulo? ¿Por qué?

Respecto a qué hubiera incluido y por qué, la paciente indicó que le hubiera gustado que Sara (ex paciente rehabilitada) hubiera asistido personalmente a contar su historia o haber incluido alguna historia más de otra chica que hubiera pasado por un trastorno de la conducta alimentaria. Esta opción ya se había planteado antes de la realización del módulo, pero no pudo ser y optamos por la opción de que narrara su historia. Para ello, considerábamos un factor de vital importancia el que la paciente estuviera totalmente rehabilitada y no hubiera ningún tipo de síntoma que estuviera manteniendo la enfermedad.

9. *¿Qué hubieras suprimido del módulo? ¿Por qué?*

Ante esta pregunta, la paciente afirmó que no hubiera suprimido nada del módulo, expresando que *"cuanta más información mejor"*.

10. *El conocer el caso de Sara, ¿ha generado cambios en ti? En caso afirmativo, ¿qué clase de cambios?*

Indicó que el caso de Sara le ha hecho estar más animada al ver que es una historia muy parecida a la suya y que Sara consiguió superar la enfermedad y llevar a cabo una vida normal.

11. *¿Crees que puedes llegar a salir de la enfermedad como lo hizo Sara si te lo propones de verdad? Justifica la respuesta.*

Ante esto la paciente señaló que sí que considera que pueda salir de la enfermedad, marcándose metas y propósitos en la vida al igual que hizo Sara.

12. *Opinión personal y sugerencias.*

La participante dijo que el módulo le había parecido interesante, entretenido y ameno, afirmando que *"volvería a participar en un módulo como este"*.

¿Has asistido al módulo de manera voluntaria? SI / NO

La participación de la paciente fue voluntaria

Discusión

En base a los resultados obtenidos, podemos confirmar la hipótesis planteada inicialmente "*La paciente con AN de la Unidad de Trastornos de Alimentación (UTA) de Castellón que asiste al módulo de Conciencia de Enfermedad y Motivación al Cambio, aumenta su motivación al cambio en el cuestionario de Actitudes frente al Cambio en Trastornos de Alimentación (ACTA) y muestra conciencia de enfermedad*", pues su resultado en el cuestionario ACTA señala un aumento en la fase de acción en la que se encontraba inicialmente, indicando esto que la paciente está dispuesta a poner en marcha las acciones necesarias para la modificación y/o eliminación de sus conductas problema y no sólo contempla esa posibilidad. Esto coincide con su decisión voluntaria de trasladarse del hospital de día de la UTA, donde asistía únicamente por las mañanas y llevaba 6 meses, a ingresar en el hospital Provincial de Castellón debido a que asume que por sí misma no es capaz de controlar sus conductas y superar la enfermedad, prefiriendo ingresar para recibir la ayuda que necesita y poder recuperarse. Además de esto, la paciente muestra conciencia de enfermedad, ya que obtiene una puntuación muy baja en el estado precontemplativo y se encuentra en la fase de acción, lo cual ya indica de por sí que muestra conciencia de enfermedad.

También es interesante tener en cuenta la disminución de la fase de recaída en la paciente después de la intervención, pues a pesar de que esta fase es independiente al estadio de motivación al cambio en el que se encuentra, refleja la percepción que tiene sobre el proceso de cambio indicando esta disminución en su puntuación que el módulo le ha servido para conocer más sobre su enfermedad y entender que puede superarla si tiene voluntad para ello, pues pudo comprobar que otra persona en una situación similar a la suya pudo hacerlo.

Como señalaban Prochaska y Prochaska (1999), cuando las personas no cambian sus conductas es debido a que no pueden, no quieren o no saben cómo hacerlo, relacionándose esta afirmación con el caso, ya que la paciente estaba asistiendo desde hace 6 meses al Hospital de Día de la UTA, sin producirse en ella ninguna mejora respecto a su enfermedad, debido a que a pesar de ser consciente de la misma, seguía realizando conductas desadaptativas que iban a favor de la enfermedad y en contra de su recuperación, bien porque no podía cambiarlas por sí misma o bien porque no quería y/o sabía cómo salir de la enfermedad.

Este problema de adhesión al tratamiento que mostraba la paciente podía deberse a que no estaba motivada para cambiar su conducta, lo cual hacía que no se implicara en su

recuperación, pues de acuerdo con Lechuga y Gámiz (2005) la falta de motivación al cambio puede llevar a la no adherencia al tratamiento por parte de las pacientes.

El módulo aportó a la participante mayor información sobre la enfermedad y sobre personas que han podido superarla, además de ayudarle a encontrar soluciones específicas a su problema y concretar objetivos para su recuperación, resultando ser esto beneficioso para mejorar su motivación al cambio y consecuente adhesión al tratamiento.

Finalmente, el cuestionario cualitativo nos ha permitido conocer la opinión de la paciente acerca del módulo, concluyendo que le ha parecido beneficioso para conocer más sobre la enfermedad, que le ha gustado todo el contenido, le ha parecido útil y adecuado, que despertó su interés, que no hubiera suprimido nada del mismo y que volvería a participar. El presentar a las pacientes la historia de otra persona que tuvo un TA y lo superó es beneficioso para ellas pues pueden identificarse con el caso y entender que si otras pudieron ellas también pueden como ocurrió con la participante, quien afirmó que lo que más le gustó del módulo fue conocer la historia de Sara y trabajar frases de motivación al cambio.

En base a todo esto, proponemos para futuras investigaciones la aplicación del presente módulo de Conciencia de Enfermedad y Motivación al Cambio en una muestra mayor de pacientes comparándola con un grupo control pudiendo comprobar más explícitamente sus beneficios e incluyendo algunas modificaciones como la posibilidad de que una paciente rehabilitada que haya superado un TA asista personalmente a relatar su historia y generar un debate de reflexión con las pacientes moderado por el psicólogo que lo aplique con el fin de generar en ellas un cambio a favor de su recuperación. También sería interesante incluir dentro de la especificación de objetivos técnicas derivadas de la Psicología Positiva como *“Mi mejor self posible”* para que las pacientes generasen emociones positivas, visualizándose a ellas mismas en un futuro de la mejor forma posible en todas sus áreas vitales (personal, profesional, salud y relaciones interpersonales), pues sólo con imaginar ya estamos generando emociones positivas que podrían contribuir a su motivación al cambio.

Además de esto, hay que adecuar el módulo en función de las características del grupo de pacientes con el que trabajemos, teniendo en cuenta la fase de motivación al cambio en la que se encuentran y el subtipo de TA para generar los máximos beneficios en las pacientes, pues a pesar de que comparten psicopatología, también muestran diferencias entre ellos y es conveniente tenerlas en cuenta en las intervenciones, generando tratamientos comunes para

todos los TA que contengan módulos específicos según el subtipo y la fase de motivación en la que se encuentren las participantes.

Por tanto, concluimos que trabajar la motivación al cambio en las pacientes con TA va a ser fundamental para conseguir su adherencia al tratamiento y colaboración, por ello tenemos que generar programas de intervención que enganchen a las pacientes a la vida, donde se les informe sobre su enfermedad para que tomen conciencia de ella, se trabaje su motivación al cambio y se les dote de recursos para poder superar la enfermedad. La idea es conseguir que sean ellas mismas quienes generen su plan de acción, objetivos y participen activamente en su recuperación, evitando que se conviertan en un sujeto pasivo que sigue únicamente las pautas que le marcan por obligación, haciendo que se tomen como un reto el superar su enfermedad y recuperarse, pues esto no sólo tendrá beneficios para su salud física, sino que les aportará grandes beneficios psicológicos.

Bibliografía

- Aláez M., Martínez- Arias, R. y Rodríguez, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con edad y género. *Psicothema* *12*, 525-532. Recuperado el 10 Diciembre de 2014 de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2008027>. Html.
- American Psychiatric Association (2013). DSM-5. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª.ed.). Arlington, VA: .
- Anderluh, M., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S., Collier, D. y Treasure, J. (2009). Lifetime course of eating disorders: design and validity testing of a new strategy to define the eating disorders phenotype. *Psychological Medicine*, *1*, 105-114.
- Ballester, R.A. y Gil, M. D. (2013). *Psicología clínica de la salud*. Edinburgh Gate: Pearson.
- Beato, L. y Rodríguez, T. (2003). El cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria. Desarrollo y propiedades psicométricas. *Actas Españolas de Psiquiatría* *31*(3), 111-119. Recuperado el 12 de Enero de 2015 de http://www.imedicinas.com/pfw_files/cma/ArticulosR/ActasEspanolasPsiquiatria/2003/03/111020301110119.pdf. Html.
- Behar, R. (2004). Trastornos de la conducta alimentaria: clínica y epidemiología. En R. Behar y G. Figueroa (Eds.), *Anorexia nerviosa y bulimia. Clínica y terapéutica* (pp. 17-53). Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Beumont, P.J.V. (2002). Clinical presentation of anorexia nervosa and bulimia nervosa. En C.G.Fairburn y K.D.Brownell (dirs.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (pp. 162-170). New York: Guilford.
- Bobes, J., G-Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A. y Bousoño, M. (2003). Instrumentos de evaluación para los trastornos asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos. Test de Bulimia de Edimburgo (Bulimic Investigatory Test Edinburgh, BITE). En *Banco de instrumentos para la práctica de la psiquiatría clínica* (pp.114). Barcelona: Ars Medica.
- Bobes, J., G-Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A. y Bousoño, M. (2003). Instrumentos de evaluación para los trastornos asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos. Escala de Evaluación de la Imagen Corporal de Gardner. En *Banco de instrumentos para la práctica de la psiquiatría clínica* (pp.115). Barcelona: Ars Medica.

- Brunch, H. (1973). *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. Nueva York: Basic Books.
- Cash, T.F. (1994). The Situational Inventory of Body-Image Dysphoria: contextual assessment of a negative body image. *The Behavior Therapist*, 17, 133-134.
- Ceccato, R. y Ruíz, E. (2013). Prevención de los trastornos alimentarios. En R. A. Ballester y M.D. Ll. Gil (Coords.). *Psicología clínica de la salud* (pp.115). Edinburgh Gate: Pearson.
- Celis, A. y Roca, E. (2011). Terapia cognitivo conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción Psicológica*, 8, 21-33. Recuperado el 13 de Enero de 2015 en <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/198/152>. Html.
- Cooper, P., Taylor, M., Cooper, Z. y Fairburn, C. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Cooper, Z. y Fairburn, C. (1987). The Eating Disorder Examination: a semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 6, 1-8.
- Crisp, A. H., Callender, J. S., Halek, C. y Hsu, L. K. (1992). Long-term mortality in anorexia nervosa. A 20-year follow-up of the St. George's and Aberdeen cohorts. *The British Journal of Psychiatry*, 161, 104-107.
- Cruzat, C., Aspillaga, C., Torres, M., Rodríguez, M., Díaz, M. y Haemmerli, C. (2010). Significados y vivencias subjetivas asociados a la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria, desde la perspectiva de mujeres que lo padecen. *Scientific Electronic Library Online*, 19, 3-17. Recuperado el día 20 de Enero de 2015 de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282010000100001. Html.
- Echeburúa, E. y Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual*, 9 513-525.
- Eddy, K., Dorer, D., Franko, D., Tahilani, K., Thompson-Brenner, H. y Herzog, D. (2008). Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: implications for DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 165, 245-250.
- Fairburn, C., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.

- Fairburn, C. y Harrison, P. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361, 407-416.
- Fairburn, C. y Walsh, B. (2002). Atypical eating disorders. En C. G. Fairburn y K. D. Brownell (dirs.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook disorders* (pp. 171-177). New York: Guilford.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Fernández, F. & Turón, V. (2001). *Trastornos de la alimentación: guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: Masson.
- Garner, D.M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet*, 341, 1631-1635.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D.M., Olmstead, M.P. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Hoek, H.W. y Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.
- Kirszman, D. y Salgueiro, M. (2002). *El enemigo en el espejo. De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Madrid: TEA Ediciones.
- Lechuga, L. y Gámiz, N. (2005). Tratamiento psicológico de los trastornos de la conducta alimentaria. Aproximación cognitivo-conductual. *Trastornos de la conducta alimentaria* 2, 142-157.
- Morandé, G. (1999). *La anorexia. Cómo combatir y prevenir el miedo a engordar en las adolescentes*. Madrid: Temas de Hoy.
- Pérez-Gaspar, M., Gual, P., De Irala-Estévez, J., Martínez-González, M.A., Lahortiga, F. y Cervera, S. (2000). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes navarras. *Medicina Clínica*, 114, 481-486.
- Perpiñá, C., Botella, C. y Baños, R. (2006). Evaluación de los trastornos alimentarios. En V.E. Caballo (dir.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Vol.2. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* (pp. 211-233). Madrid: Pirámide.
- Perpiñá, C. T. (2014). Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. En V. Caballo, I. Salazar y J.A. Carrobbles (Dirs.). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 605-637). España: Pirámide.

- Prochaska, J. O. y Prochaska, J. M. (1999). Why don't continents move? Why don't people change? *Journal of Psychotherapy Integration*, 9, 83-102.
- Prochaska, J., DiClemente, C. y NorCross, J. (1992). In search of how people change. Application to addictive behaviours. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Pruzinsky, T. y Cash, T.F., (1990). Integrative themes in body-image development, deviance and change. En T.F.Cash y T. Pruzinsky (Eds.), *Body images. Development deviances and change*. New York: Guilford Press.
- Raich, R.M. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Rodin, J., Silberstein, L. y Striegel-Moore, R. (1985). Women and weight: a normative discontent. En T.B. Sonderegger (Dir.), *Psychology and gender: Nebraska Symposium on Motivation 1984* (pp. 267-307). Lincoln, NE: University of Nebraska. Rodríguez-Cano, T. y Beato-Fernández, L. (2005). Attitudes towards change and treatment outcome in eating disorders. *Eating Weight Disord*, 10, 59-65.
- Ruipérez, M.A., Ibáñez, M.I., Lorente, E., Moro, M. y Ortet, G. (2001). Psychometric properties of the Spanish version of the BSI. Contributions to the relationship between personality and psychopathology. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 241-250.
- Russell, G.F.M. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.
- Sevillano, J. P. (2001). Evaluación y motivación en los trastornos de la conducta alimentaria. En E. García-Camba, *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad* (pp. 75-92). Barcelona: Masson.
- Slade, P.D. (1988). Body image in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153 (Suppl.2), 20-22.
- Steinhausen, H.C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1284-1293.
- Strober, M., Salkin, B., Burroughs, J., Morrell, W. (1982). Validity of the bulimia-restrictor distinction in anorexia nervosa. *Journal Nervous Mental Disorders*, 170, 345-351.
- Ward, A., Troop, N., Todd, G. & Treasure, J. (1996). To change or not to change. 'How' is the question? *British Journal of Medical Psychology*, 69, 139-146.
- Wilson, G.T. (2005). Psychological treatment of eating disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 439-465.

Anexos

Anexo I. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL MÓDULO DE CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y MOTIVACIÓN AL CAMBIO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

El presente documento es un consentimiento informado en el que se explica el objetivo del estudio en el que vas a participar y se te pide expresamente colaboración y consentimiento para emplear los datos y resultados con motivos científicos.

La intervención planteada estará realizada con la colaboración del personal del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón y la Universidad Jaume I con el objeto de analizar los resultados obtenidos de la intervención antes y después de la asistencia al módulo.

Todos los datos serán tratados de manera confidencial y sólo serán utilizados con fines de investigación.

La duración del módulo es de 4 sesiones de 2 horas cada una aproximadamente.

Si está de acuerdo en participar, acepte el siguiente consentimiento:

* Entiendo que esta investigación está diseñada para promover el conocimiento científico y que se usarán los datos que yo le proporcione sólo y exclusivamente para esta investigación.

* Entiendo que los datos que proporciono serán considerados como confidenciales. Mi nombre o cualquier información no se harán públicos en ninguna presentación o publicación de la investigación. El procedimiento y uso de mis datos anónimos se llevará a cabo y se almacenará en formato electrónico durante 15 años.

Agradecemos de antemano su colaboración

En Castellón a ____ de _____ del 2015

Firmado:

Cuestionario de Actitudes frente al Cambio en los trastornos de alimentación (ACTA)

Instrucciones

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

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

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

1. Hay momentos en que consigo no tener mi pensamiento en la comida.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

2. No tengo ningún problema, lo único que ocurre es que no me dejan en paz.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

3. Soy capaz de comer algo «extra» pensando en salir de mi enfermedad.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

4. Me aterroriza el efecto que la comida produce en mi cuerpo.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

5. Puedo estar relajada y contenta aun cuando tengo que comer en público.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

6. Puedo vestirme sin que me angustie cómo me queda la ropa.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

7. Aunque me insistan, no voy a cambiar ninguno de mis hábitos alimentarios .

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

8. Ahora ya puedo decir que he pasado esta enfermedad.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

9. En mi mente hay dos personas, una, la enferma, que SIEMPRE me domina, y otra la sana.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

10. Puedo mirar mis obsesiones como algo que ya es del pasado.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

11. Los demás están exagerando todo lo que me ocurre.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

12. Para salir con mis amigos me influye si vamos o no a comer.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

13. Dudo sobre si los demás llevarán razón respecto a mi problema.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

14. Deseo que me dejen en paz con el peso y la comida.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

15. Temo que lleguen las horas de las comidas.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

16. No tengo ninguna enfermedad, sólo que no quiero estar gorda.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

17. Aunque quiero, no puedo cambiar mis hábitos de comida.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

18. Después de estar mejor me han vuelto mis obsesiones con la comida.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

19. Querría superar mis obsesiones, pero sin cambiar mis hábitos alimentarios.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

20. Espero que algún día se cansen de decirme que estoy enferma y necesito ir al médico.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

21. Por fin puedo decir que ya estoy curada.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

22. He empezado a cambiar mis hábitos alimentarios.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

23. Dependo de los demás para empezar a cambiar mi conducta alimentaria.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

24. Otra vez he empezado con miedo a la comida o a los atracones y vómitos.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

25. Cada vez me encontraría peor si siguiera con mi problema alimentario.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

26. Estoy intentando hacer lo que me dicen para curarme.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

27. Procuero evitar situaciones que entorpecen mi curación.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

28. Puedo comer de todo sin sentir ningún recelo.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

29. Ahora no, pero algún día tendré que decidirme a librarme de mi problema .

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

30. Tengo dudas sobre si tendré de verdad una enfermedad.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

31. En un futuro me gustaría empezar a solucionar mis problemas con mi alimentación.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

32. No voy a cambiar mis hábitos alimentarios porque me lo diga el médico o mi familia.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

33. Aún no lo he decidido, pero si quisiera, empezaría a hacer lo que me dicen que haga.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

34. Me preocupa que mi salud esté afectada por mis hábitos de comida, pero ya cambiaré.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

35. Leo toda la información que me puede ayudar a curarme.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

36. Aunque aún no lo he hecho, sé lo que tendría que hacer para resolver mi trastorno.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

37. Llevo una temporada otra vez más obsesionada con mi aspecto físico.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

38. Me veo totalmente dominada por mis obsesiones.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

39. No tengo por qué cambiar mis hábitos alimentarios, pertenecen a mi forma de vivir.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

40. Tendría que empezar a dejar a un lado mi problema.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

41. Estuve mejor, pero he vuelto a estar muy preocupada con la dieta y el aspecto físico.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

42. Me cuesta cambiar mi conducta, pero sigo esforzándome por lograrlo.

1. **No/ Nunca** 2. **Rara vez** 3. **A veces** 4. **Frecuentemente** 5. **Sí/ Siempre**

43. Más adelante empezaré a comer como me están pidiendo.

1. **No/ Nunca** 2. **Rara vez** 3. **A veces** 4. **Frecuentemente** 5. **Sí/ Siempre**

44. Para solucionar mis obsesiones he cambiado algunas costumbres.

1. **No/ Nunca** 2. **Rara vez** 3. **A veces** 4. **Frecuentemente** 5. **Sí/ Siempre**

45. Pienso que es peligrosa mi forma actual de comer.

1. **No/ Nunca** 2. **Rara vez** 3. **A veces** 4. **Frecuentemente** 5. **Sí/ Siempre**

46. Me alegra cuando puedo dominar mis obsesiones.

1. **No/ Nunca** 2. **Rara vez** 3. **A veces** 4. **Frecuentemente** 5. **Sí/ Siempre**

47. Me esfuerzo en pequeños detalles para superar mi problema.

1. **No/ Nunca** 2. **Rara vez** 3. **A veces** 4. **Frecuentemente** 5. **Sí/ Siempre**

48. El miedo a ganar peso me paraliza para poder cambiar mi dieta.

1. **No/ Nunca** 2. **Rara vez** 3. **A veces** 4. **Frecuentemente** 5. **Sí/ Siempre**

49. He vuelto a encontrarme como al principio de la enfermedad .

1. **No/ Nunca** 2. **Rara vez** 3. **A veces** 4. **Frecuentemente** 5. **Sí/ Siempre**

50. Para sentirme mejor algún día empezaré a solucionar mi problema .

1. **No/ Nunca** 2. **Rara vez** 3. **A veces** 4. **Frecuentemente** 5. **Sí/ Siempre**

51. Ahora me vuelve a preocupar más que antes que pueda ganar peso.

1. **No/ Nunca** 2. **Rara vez** 3. **A veces** 4. **Frecuentemente** 5. **Sí/ Siempre**

52. Me alegra cualquier progreso que me mejore de mi enfermedad.

1. **No/ Nunca** 2. **Rara vez** 3. **A veces** 4. **Frecuentemente** 5. **Sí/ Siempre**

53. Me pregunto si la solución a mi estado estaría en perder peso.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

54. Quiero dejar atrás este problema, pero aún no me veo con fuerzas para superarlo.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

55. Puedo mantenerme comiendo de todo o sin tener atracones ni vómitos.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

56. Es absurdo que quieran obligarme a cambiar mis hábitos alimentarios .

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

57. Aunque sé que es por mi bien, no quiero empezar todavía a luchar contra mi problema.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

58. Pensé que me había curado pero otra vez he vuelto a empeorar .

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

59. No tengo ningún problema de salud, sólo que me gusta controlar mi peso.

1. No/ Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Sí/ Siempre

Anexo III. Cuestionario Cualitativo del módulo de Conciencia de Enfermedad y Motivación al Cambio en pacientes con TA.

CUESTIONARIO CUALITATIVO

Módulo de Conciencia de Enfermedad y Motivación al Cambio en TA

Este cuestionario pretende recoger tu opinión acerca del módulo de Conciencia de Enfermedad y Motivación al Cambio, con el objetivo de poder mejorar en intervenciones futuras.

¡Gracias por tu colaboración!

1. ¿Qué te ha aportado el módulo?

2. ¿Crees que el módulo puede ayudarte de algún modo? **SI / NO**

En caso *afirmativo*, ¿cómo?

En caso *negativo*, ¿por qué no?

3. ¿Te ha gustado el contenido del módulo? (*Indica qué te ha gustado y qué no te ha gustado*)

4. Indica qué utilidad ha tenido para ti el módulo:

1. *Ninguna* 2. *Algo* 3. *Ni mucho ni poco* 4. *Bastante* 5. *Mucha*

5. La duración del módulo ha sido...

1. *Muy larga* 2. *Larga* 3. *Adecuada* 4. *Breve* 5. *Muy breve*

6. El material ofrecido durante el módulo ha sido...

1. *Adecuado* 2. *Inadecuado* 3. *Indiferente*

7. ¿En qué grado el taller ha despertado tu interés?

1. *Nada* 2. *Un poco* 3. *Ni mucho ni poco* 4. *Bastante* 5. *Mucho*

8. ¿Qué hubieras incluido en el módulo? ¿Por qué?

9. ¿Qué hubieras suprimido del módulo? ¿Por qué?

10. El conocer el caso de Sara, ¿ha generado cambios en ti? En caso afirmativo ¿Qué clase de cambios?

11. ¿Crees que puedes llegar a salir de la enfermedad como lo hizo Sara si te lo propones de verdad? Justifica la respuesta.

12. Opinión personal y sugerencias.

¿Has asistido al módulo de manera voluntaria? **SI / NO**

Anexo IV. Módulo de Conciencia de Enfermedad y Motivación al Cambio en pacientes con TA.

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y MOTIVACIÓN AL CAMBIO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN (TA)

El presente módulo se divide en 3 sesiones de unas 2 horas aproximadamente cada uno. En cada sesión se entrega un dossier con material informativo y para trabajar durante la misma.

SESIÓN I

1. Psicoeducación sobre los TCA e identificación

El **objetivo** de la primera sesión es trabajar con las pacientes su conciencia de enfermedad. Para ello, lo primero es explicarles qué son los trastornos de alimentación y qué tipos existen, qué factores están influyendo en la aparición de un TA, cómo se desarrolla la enfermedad (por medio de la explicación del modelo transteórico de Fairburn para AN y BN integradas). Por último, para llevar la teoría a la práctica, las pacientes realizan una actividad de detección de síntomas que les han ocurrido en el pasado o que les están ocurriendo actualmente. La idea es que al detectar los síntomas, se percaten de si realmente eso les ocurre o les ha ocurrido en el pasado y si se corresponden con una TA, reflexionando sobre si realmente están en una enfermedad o no y aumentando así su conciencia de enfermedad.

A la paciente de la UTA de Castellón a quien se le aplicó la intervención, está diagnosticada de AN, por ello nos hemos centrado en la explicación más profunda únicamente de este subtipo de TA. Hay que adaptar el módulo en función del subtipo de TA de las participantes.

Contenido:

- ¿Qué son los trastornos de conducta alimentaria? Tipos. Descripción AN.
- Factores influyentes en la aparición de un TA.
- Modelo explicativo de Fairburn para los TA
- Actividad: *¿Me identifico con algo de esto?* Detección de síntomas.

La actividad consiste en lo siguiente:

Por medio de las hojas administradas, las pacientes deben marcar con una **P** los síntomas de AN que tuvieron en el pasado y con una **A** los que tienen en la actualidad. En el caso de que

haya síntomas que presenten tanto en el pasado como en la actualidad, marcarían ambas letras (**P, A**). Posteriormente, se realiza una reflexión grupal para tomar conciencia del tipo de síntomas que presentan y si éstos ocurrieron en el pasado u ocurren actualmente, enfatizando en el significado de esos síntomas en relación a tener o no una enfermedad.

Materiales: proyector para presentación en PowerPoint, ordenador, audio, lecturas informativas y con actividades para las pacientes, folios y bolígrafos.

2. Aumento de la conciencia de enfermedad: “Caso real de una paciente rehabilitada: Sara”

El **objetivo** es presentar a las pacientes un caso real de una paciente que estuvo ingresada con años atrás en la UTA por Anorexia Nerviosa. Se llamaba Sara (nombre ficticio) y hace 8 años que logró superarla. Con ello, pretendemos aumentar la conciencia de enfermedad de las pacientes y conseguir que se sientan identificadas con el caso, viendo que hay gente que ha pasado por un caso similar al de ellas y lo más importante, que ha logrado salir adelante y superar la enfermedad.

La carta no sólo cuenta la historia de Sara, sino que transmite lo que sintió antes, durante y después de su enfermedad, sus reacciones, que obstáculos encontró en su camino y sobre todo cómo consiguió salir adelante y qué beneficios ha obtenido por ello. Queremos que la historia de Sara se convierta en un elemento motivador para las pacientes.

A la hora de seleccionar el caso, nos hemos basado en que la persona estuviera totalmente rehabilitada, sin ningún síntoma que estuviera manteniendo la enfermedad, para evitar así que el revivir la experiencia pudiera influirle negativamente. De esta forma, estábamos por un lado motivando a las pacientes a cambiar su actitud para salir de la enfermedad y motivarlas, y por otro reforzando la autoestima de la ex paciente rehabilitada, haciendo que se sintiera útil contribuyendo a que otras personas que están pasando por lo que ella pasó un día consigan salir adelante y superar su enfermedad.

Pretendíamos que la ex paciente fuera en persona a contar su historia, pues pensamos que el contacto directo con las participantes les motivaría más y tendría más efecto la sesión ene

ellas, pero no pudo ser, así que lo hicimos por medio de una carta que ella misma escribió a las pacientes y por medio de la cual transmitía su experiencia con la enfermedad.

De esta forma estaremos trabajando la conciencia de enfermedad en las pacientes al darse cuenta de que comparten o han compartido en el pasado experiencias similares con Sara y también sirve para trabajar la fase de motivación en la que se encuentran, intentando generar en ellas un cambio de actitud y conducta.

Al finalizar la presentación les dejamos reflexionar unos minutos y posteriormente realizamos un debate sobre el caso (en el que todas participan y dan su opinión), reforzándolas por cada aportación. Para ello, les dejamos unos minutos para que escriban en un papel sus impresiones para exponerlas posteriormente de manera grupal. Para favorecer un clima reflexivo, el terapeuta genera una serie de preguntas para que las pacientes den su opinión. Las preguntas son similares a estas:

¿Cómo crees que se sentía Sara? ¿Por qué crees que Sara vomitaba? ¿Cómo era su actitud? ¿Cómo consiguió salir de la enfermedad? ¿Quiénes le ayudaron? ¿Cuándo podéis detectar que Sara fue consciente de que tenía una enfermedad? ¿Creéis que salir de la enfermedad ha sido ventajoso para Sara? ¿Qué resultados y ventajas obtuvo Sara al comprometerse con el tratamiento? ¿Os identificáis en algo con ella? ¿Qué ayudó a Sara a recuperarse? ¿Qué conductas estaban obstaculizando a Sara para rehabilitarse y salir del hospital?

Materiales: proyector para presentación en PowerPoint, ordenador, audio, material teórico y de actividades para trabajar en la sesión, folios y bolígrafos.

SESIÓN II

3. Actividad: Motivación al cambio

El **objetivo** de esta actividad consiste en que las pacientes sean capaces de detectar las ventajas y desventajas en la vida de Sara cuando estaba enferma y las ventajas y desventajas que han aparecido en su vida una vez superó su enfermedad. Posteriormente, se centran en cómo es su situación actual y se imaginan cómo les gustaría que fuera dentro de 5 años ,

preguntándose si el seguir enfermas les va a permitir conseguir sus sueños. La idea es que se den cuenta si el estar enfermas es compatibles con lo que quieren conseguir el día de mañana.

El desarrollo de las actividades será el siguiente:

La primera parte de la actividad consiste en hacer reflexionar a las pacientes sobre: Cómo era la vida de Sara durante su enfermedad y sobre Cómo es la vida de Sara en la actualidad.

La segunda parte consiste en realizar a las pacientes dos preguntas que les hagan reflexionar acerca de Cómo es mi vida actualmente y Cómo quiero que sea mi vida de aquí 5 años. El objetivo es que las pacientes se den cuenta de cómo es su realidad actual (están en un hospital, no tienen autonomía, etc.) y de cómo quieren que sean sus vidas de aquí un tiempo, para que vean que si no ponen de su parte para recuperarse, no podrán alcanzar sus objetivos. La idea es conseguir motivar a las pacientes para engancharlas al tratamiento.

Ambas partes de la actividad se realizan primero de manera individual escribiendo sus opiniones en un papel y posteriormente se realizará una exposición grupal y reflexión.

Buscamos que se den cuenta de que conforme están actualmente con su enfermedad, no van a poder alcanzar objetivos futuros si no se recuperan, haciéndoles conscientes a través del caso de Sara, de que ella tampoco creía que tuviera una enfermedad y que cuando de verdad logró darse cuenta, pudo recuperarse y alcanzar objetivos en su vida.

Materiales: Material de trabajo, folios y bolígrafos.

4. Modelo de Prochaska y DiClemente

El **objetivo** de este punto es explicar a las pacientes el modelo de Prochaska y DiClemente sobre las fases de motivación al cambio de conductas que plantean. Estos autores, por medio de su modelo transteórico del cambio pretenden explicar cómo se genera el cambio de conducta desde la interacción de variables internas y externas a la persona. Proponen el cambio como un proceso **gradual** que pasa por etapas intermedias y que no se debe a un hecho puntual y concreto que haga cambiar a la persona de manera rápida.

Una vez explicado en qué consiste, desarrollamos las fases de las que consta el modelo para posteriormente realizar una actividad con las pacientes.

5. **Actividad: Continuo de motivación al cambio.**

El **objetivo** es realizar una actividad en que las pacientes deben identificar en qué fase de las explicadas anteriormente se encuentran y en qué fase deberían estar para cambiar su conducta.

**Precontemplación / Contemplación / Preparación / Acción /
Mantenimiento / Recaída**



6. **Vídeo Rey León: El pasado puede doler, puedes huir o aprender de él.**

El **objetivo** es que las pacientes reflexionen por medio de un vídeo de Disney, sobre el papel del miedo al pasado y las opciones para enfrentarlo, haciéndoles ver que aunque el pasado a veces duela hay que afrontarlo y seguir adelante.

7. **Ventajas e inconvenientes de mantener un TCA**

El **objetivo** de esta actividad consiste en que las pacientes sean capaces de detectar las ventajas y desventajas que tiene tanto el salir la enfermedad como el continuar enfermas. Con ello, queremos que entiendan que somos conscientes de que salir de la enfermedad les va a suponer una serie de desventajas por el hecho de que requiere un esfuerzo por su parte, pero que las ventajas de ello son muy superiores.

Para ello, realizamos con ellas un ejercicio en el que anotan las ventajas e inconvenientes de seguir como están y de cambiar. En primer lugar, cumplimentan las hojas de forma individual (con ayuda de la terapeuta si es necesario) y posteriormente se procede a una puesta en común.

Trastorno Alimentarios	
VENTAJAS	DESVENTAJAS
Cambiar	Cambiar
<i>(enumerarlas)</i>	<i>(enumerarlas)</i>
Seguir igual	Seguir igual
<i>(enumerarlas)</i>	<i>(enumerarlas)</i>

Las pacientes lo realizan en un principio de forma individual y posteriormente se expone grupalmente para su debate, enfatizando en que las ventajas son mayores que los inconvenientes e interviniendo todas las pacientes y reforzando sus aportaciones.

Materiales: material de trabajo y bolígrafos.

8. Vídeo Lobos: Cambio de actitudes.

El **objetivo** es que las pacientes visualicen un vídeo y extraigan la moraleja que transmite y que respondan a las siguientes preguntas:

¿Se relaciona esto con mi actitud hacia el centro / familia / amigos? ¿En qué sí/no?

Con el vídeo pretendemos que las pacientes entiendan que su entorno familiar y médico no somos sus enemigos, sino todo lo contrario, queremos ayudarles y acompañarles en el proceso de su recuperación.

Este vídeo refleja muy bien como los prejuicios hacia algo/alguien nos hacen desconfiar y estar a la defensiva, impidiéndonos abrirnos y dejarnos llevar. Esto guarda relación con las actitudes de las pacientes hacia sus familiares, amigos y personal del centro hospitalario, pues en ocasiones piensan que queremos hacerles engordar, tenerlas encerradas, limitarles su autonomía etc., cuando realmente nuestro objetivo es ayudarles a que se recuperen y a que tomen las riendas de su vida.

Una vez visto el vídeo, las pacientes escriben en un folio su opinión personal sobre éste y cuál creen que es la moraleja. A continuación lo exponen de manera grupal para generar entre todos una conclusión.

Materiales: proyector para presentación en PowerPoint, ordenador, audio, folios y bolígrafos.

Enlace del vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=B27KHCIcmQE> (3 min. y 10 seg.)

SESIÓN III

9. Frases de enseñanza

El **objetivo** es proporcionar a las pacientes una serie de frases motivadoras y positivas sobre la vida para que reflexionen y realicen introspección sobre ellas. Queremos que después de leerlas elijan una o dos con las que más se identifiquen o que más les llamen la atención y justificar el por qué. Con ello abrimos un debate y una reflexión grupal para que las frases de una sirvan de reflexión a otras.

Además, será una herramienta útil a la que podrán acceder en cualquier momento en el que se encuentren decaídas, pues las frases pueden ser un buen recurso que pueden llevar con ellas, ya que muchas nos hacen reflexionar sobre nuestras vidas y prestar atención a cosas que quizás no teníamos muy en cuenta.

Con esto les animamos a que adquieran una frase como propia y la recuerden siempre que se encuentren en un estado emocional negativo para que les sirva de ayuda y genere cambios en ellas.

Materiales: proyector para presentación en PowerPoint, ordenador, audio, folios y bolígrafos.

10. **BRAINSTORMING (Tormenta de Ideas)**

El **objetivo** es que una vez trabajado con las pacientes la conciencia de enfermedad y motivación al cambio, generemos con ellas una serie de soluciones para salir de la enfermedad, pues de nada sirve estar motivado sino nos ponemos en marcha para generar cambios.

Primero se explica a las pacientes en qué consiste la técnica y los pasos a seguir. Posteriormente, generamos de manera grupal ideas sobre posibles soluciones al problema:

¿Qué puedo hacer para salir de la enfermedad?

A continuación, seleccionamos las alternativas que cumplan con los criterios y realizaremos una hoja común para tener presente qué hacer para salir de la enfermedad.

11. **Especificación de Objetivos**

El **objetivo** de esta actividad es que aprendan a especificarse objetivos en sus vidas, facilitando de esta forma su alcance. Durante la sesión, trabajaremos un objetivo común: *Superar la enfermedad*. Como tarea para casa, tendrán que fijarse un objetivo vital que no se relacione con su enfermedad, teniendo de esta forma dos objetivos. Esto es para que en el caso de pacientes sin objetivos en su vida, vean que además de salir de la enfermedad (lo cual es prioritario), pueden marcarse otro tipo de metas.

Para ello, se les explica el tipo de metas que hay (corto, medio y largo plazo) y los pasos que hay que seguir para marcarse un objetivo concreto y alcanzarlo. Trabajamos de manera grupal un ejemplo para facilitar su entendimiento.

El saber qué pasos seguir y encaminarse hacia un objetivo concreto, facilita el alcance de este y les sirve de herramienta en sus vidas.

12. Despedida

Para finalizar el módulo dedicamos unos minutos a dudas, preguntas y/o aportaciones que puedan tener las participantes y realizamos un resumen sobre lo aprendido en los diferentes módulos.

A continuación, se procede a la administración de un cuestionario cualitativo sobre su opinión acerca del módulo y se realiza la evaluación post-módulo administrando nuevamente el cuestionario ACTA.