

A. Giménez Zorraquino
A. Calvo Sarnago
P. Ruiz Lázaro
M. Vellilla Picazo

Terapia motivacional en trastornos de conducta alimentaria en adolescentes: caso clínico

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Motivational therapy in young patients with eating disorders: A case study

Correspondencia

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
Servicio de Psiquiatría Infantojuvenil
Avd. San Juan Bosco, 15. 50009 Zaragoza
Email: Alicia_gimenez_@hotmail.com

RESUMEN

Introducción. La terapia motivacional⁵ (Miller & Rollnick, 1991) se centra en mejorar la conciencia de enfermedad y motivación al cambio, factores que en población infantojuvenil requieren un abordaje específico, principalmente en las etapas iniciales del tratamiento. En una unidad de trastornos alimentarios (TCA), es considerada una herramienta de primer orden^{3,4} junto al resto de abordajes terapéuticos.

Material y métodos. Mujer de 16 años diagnosticada de anorexia purgativa a través de los criterios del DSM-IV. El tratamiento se compone de terapia cognitivo-conductual, psicofarmacológica y nutricional. Este ha sido de 6 meses, estando actualmente en seguimiento ambulatorio con frecuencia bimensual. La paciente ha sido valorada al inicio y al final de este periodo con instrumentos psicométricos.

Resultados. Se objetivan mejorías tanto a nivel alimentario como en satisfacción corporal, nivel afectivo y autoestima, no evidenciando diferencias significativas en rasgos de personalidad. Además, clínicamente se observa mayor autonomía personal en la conducta alimentaria.

Conclusiones. El tratamiento cognitivo-conductual ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de trastornos alimentarios. La terapia motivacional se está perfilando

como un tratamiento de primera línea dentro de las unidades de TCA, por lo cual estos resultados orientan hacia una investigación más sistemática que avale su eficacia.

Palabras clave: entrevista motivacional. Trastornos alimentarios. Conciencia de enfermedad. Insight.

ABSTRACT

Introduction. Motivational therapy⁵ (Miller & Rollnick, 1991) focuses on improving disease awareness and motivation to change. These factors require a specific approach mainly in the initial stages of treatment. In an eating disorders unit, it is considered an essential tool^{3,4} together with the rest of therapeutic approaches.

Material and methods. A 16-years-old female diagnosed with purging anorexia through DSM-IV criteria. The treatment consists of cognitive-behavioral, psychopharmacological and nutritional therapies. This treatment has lasted for 6 months, currently being in ambulatory clinical control every two months. The patient has been assessed with psychometric instruments at the beginning and the end of this period.

Results. Some improvements have been observed at a nourishing level as well as bodily satisfaction and affective level. There is no significant change in any personality traits. Moreover has been observed greater

242 personal autonomy in eating behavior from a clinical perspective.

Conclusions. Cognitive-behavioral therapy has proved to be effective in the treatment of eating disorders. Motivational therapy is emerging as a first line treatment in eating disorders, therefore these results point out a more systematic research to support their effectiveness.

Keywords: motivational interviewing. Eating disorders. Disease awareness. Insight.

INTRODUCCIÓN

La terapia motivacional es un recurso necesario para el abordaje específico de los trastornos de la conducta alimentaria^{3,4} (TCA), especialmente en pacientes adolescentes, dada la escasa conciencia de enfermedad o la poca motivación al cambio que padecen algunos de ellos⁶.

Esta terapia fue perfilada por dos psicólogos, William R. Miller y Stephen Rollnick⁵ (1991), que, basándose en el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente y sus 6 etapas de motivación al cambio, formularon una serie de técnicas cognitivas para abordar la desmotivación que sufrían los pacientes con trastornos adictivos.

En la entrevista motivacional⁵ se definen cinco principios básicos para aplicar esta terapia:

- 1.- Expresar empatía: la escucha reflexiva y la aceptación de que la ambivalencia es normal.
- 2.- Crear discrepancia entre la conducta actual y los objetivos que la paciente quiere conseguir.
- 3.- Evitar la discusión: la resistencia indica que se ha de cambiar de estrategias, no tratando de convencer sino dejando que el paciente saque sus propias conclusiones.
- 4.- Darle un giro a la resistencia: es el propio paciente el que debe encontrar las soluciones a los problemas.
- 5.- Fomentar la autoeficacia: devolviéndole al paciente la responsabilidad de su propia conducta.

Posteriormente a este modelo, se observa que la conducta de pacientes con trastornos alimentarios sigue un patrón de desmotivación al cambio parecido al de las conductas adictivas.

En España, se han abordado estos problemas de la mano de importantes profesionales^{1,2}.

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso clínico

La paciente de nuestro caso clínico es una paciente diagnosticada de anorexia purgativa según los criterios del

DSM-IV-TR. Es una joven de 16 años de edad, que viene con su madre al Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza remitida desde Atención Primaria por un cuadro recurrente de vómitos semanales y conducta restrictiva muy acusada desde Noviembre de 2008, siendo derivada posteriormente a una unidad específica de trastornos de la conducta alimentaria (UTCA) para tratamiento psiquiátrico y psicológico. Comienza a restringir las comidas en el verano de 2008, aumentando en dificultades a medida que transcurre el año. En enero de 2009 comienza a padecer amenorrea. La ingesta se reduce cada vez más, alimentándose hacia finales de mayo de ese mismo año sólo con pan y atrachones de fruta. Los vómitos se observan a veces a diario, siendo un cuadro de gravedad muy acusada.

La familia refiere que nunca se sienta a comer a la mesa y que se salta la mayoría de comidas principales, como el desayuno, almuerzo, merienda y cena, comiendo en función de tener o no hambre, sin un régimen establecido adecuado.

Desde el inicio del tratamiento, el personal de enfermería de la UTCA hace un seguimiento exhaustivo del peso, y revisa de los registros alimentarios diarios que tienen que presentar semana a semana.

La joven viene a la UTCA con un peso de 49 kilos, aunque su peso mínimo alcanzado fue de 47 kilos, observándose una leve mejoría del peso a la llegada al Servicio. Su aspecto es demacrado y con poca masa muscular, lo que denota una clara desmejora física.

El peso sufre grandes altibajos desde el inicio de tratamiento en función de padecer o no más estrés, y sobre todo constatándose una actitud ambivalente hacia la enfermedad que dificulta enormemente la mejoría de la paciente, habiendo avances y retrocesos que coinciden con la negativa de la paciente a ingresar en el hospital y su resistencia a la prescripción de acudir diariamente a comedor terapéutico.

La paciente en consulta refiere un miedo excesivo a pesar más de 50 kilos, especificando que hay distorsión corporal en piernas y glúteos. Además hace comentarios recurrentes sobre su "excesivo" pecho.

La actitud familiar es bastante compleja. La madre se presenta como una mujer muy angustiada, muy lábil emocionalmente, y especialmente en la consulta, refiriendo que su hija ya no es como era antes. Llama bastante la atención que viene gran parte de su familia a la consulta, incluidos los primos de la paciente, ambos enfermeros, observándose una gran implicación de la red familiar.

La situación antes del trastorno se caracteriza por bajo rendimiento escolar; además, encuentra bastantes dificultades en ese momento para elegir otra opción curricular.

Se observan también aparentes rasgos histriónicos de personalidad, así como un comportamiento claramente impulsivo, que muestra claramente dentro de la consulta.

Las conductas compensatorias son bastante alarmantes: vomita más o menos diariamente, refiriendo que le vienen bocanadas de comida que no sabe porqué le ocurren; además, suele ducharse tras las comidas para poder vomitar, haciéndolo también por la ventana o en la misma ropa. Bebe alrededor de 3 litros de agua diarios y come mucha fruta como laxante, realizando entre 6 y 8 deposiciones diarias.

Abordaje de la paciente

La paciente viene a consulta con una aparente conciencia de enfermedad, que contrasta con las escasas mejorías al inicio y los altibajos en el peso, los cuales responden más a un control externo que a una conciencia de que ella por sí misma tiene que mejorar. Posee una personalidad muy complaciente que hace difícil el progreso, dado que lo que hace es por agradar a los demás, con lo que las mejorías no responden a que ella verdaderamente se sienta enferma, sino al miedo a ingresar o a la posible actitud hostil de la familia hacia ella.

Normalmente tiene accesos de agresividad cuando las circunstancias contradicen sus objetivos enfermos.

El tratamiento que ha llevado esta paciente se compone de terapia psicofarmacológica, medicada con escitalopram con el objetivo de producir efectos estabilizadores del ánimo y antiobsesivos; terapia cognitivo-conductual con seguimientos semanales al inicio, y donde se circunscribe la terapia motivacional; y, finalmente, desde enfermería seguimiento ponderal del peso y psicoeducación nutricional³.

Al inicio del tratamiento, y dada la ambivalencia de la paciente, se prescribe un contrato terapéutico para evitar su empeoramiento y comenzar a recuperar peso, donde se le especifica que debe permanecer sentada en las comidas, una hora acompañada después de ellas y hacer un mínimo de tres al día.

Los comienzos del tratamiento se caracterizan por una dificultad en mejorar por sí misma, observándose que el peso no se recupera claramente ni se mantiene, es decir, recupera una parte para evitar un ingreso o la prescripción de comedor terapéutico, pero en cuanto recupera vuelve a bajar de peso.

Sobre todo, los altibajos coinciden con momentos de

estrés y discusiones familiares, que potencian una actitud hostil de la paciente.

Conforme avanza el tiempo se va observando una más clara conciencia de enfermedad, ya que se van perfilando unos objetivos personales más saludables, comienza a comer por sí misma, y empieza a probar alimentos que antes no tomaba, entre ellos la carne, el pescado y los dulces.

Hacia finales de febrero de 2010, y hasta la fecha, se observa una clara mejoría en conducta alimentaria y en estado de ánimo, dado que comienza a tomar la medicación por sí misma, a comer cada vez más, y a hacer una autocrítica cada vez mayor de la conducta alimentaria.

Método de evaluación

La paciente ha sido valorada tanto al inicio como al final del proceso con una batería de tests psicométricos. Se han hecho medidas al inicio del tratamiento y al final, en un periodo que se inició en julio de 2009 y finaliza en febrero de 2010. Actualmente la paciente se encuentra dada de alta por Psicología Clínica, y continúa en seguimiento por parte de Psiquiatría.

Los tests utilizados han sido: el Eating Disorder Inventory (EDI-2), Eating Attitudes Test (EAT-40), Bulimic Investigatory Test Edimburgo (BITE), Body Shape Questionnaire (BSQ), Test de Observación de Conducta Anoréxica para padres (ABOS), Cuestionario Español de Depresión Infantil (CEDII), State Anxiety Inventory (STAI), Escala de Autoestima de Rosenberg, y Eysenck Personality Inventory (EPQ-R).

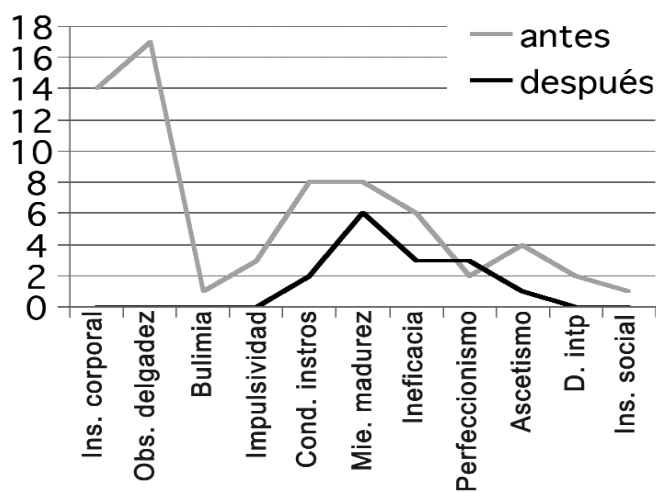


Figura 1.1. Resultados de medidas pre y post tratamiento en el Eating Disorders Inventory (EDI-2)

244 RESULTADOS

Las medidas obtenidas revelan una clara mejoría en diversas áreas, tanto a nivel alimentario como a nivel afectivo y de autoestima, no habiendo diferencias significativas en rasgos de personalidad.

Se observa que los resultados a nivel alimentario han mejorado, medidos a través de la escala EDI-2 (ver figura 1.1), especialmente en las subescalas de insatisfacción corporal, obsesión por la delgadez, impulsividad, conducta introspectiva, ineficacia y ascetismo.

Además, en el EAT-40 se observa una puntuación centil de 61 en medidas pre-tratamiento, que denota unas actitudes de riesgo elevado hacia la alimentación, mientras que en el post-tratamiento se observa una puntuación centil de 4, que denota una actitud sin riesgo.

En el BITE, se observan unas puntuaciones elevadas (puntuación patrones alimentarios de 14; puntuación gravedad significativa de 12), que denotan patrones anormales alimentarios de gravedad significativa, observándose puntuaciones bajas en el post-tratamiento. (Puntuación patrones alimentarios de 1; puntuación gravedad significativa de 0).

En el BSQ, se observa una puntuación centil pre-tratamiento de 63, que, aunque se sitúa por debajo del punto de corte, contrasta con la puntuación centil post-tratamiento de 0, que denota una nula insatisfacción corporal.

Medidas a nivel afectivo denotan un cambio importante en cuanto a ansiedad y rasgos depresivos (ver figuras 2.1 y 2.2).

A través del STAI, se observa en ansiedad/estado una puntuación centil pre-tratamiento de 60, y en ansiedad/rasgo una puntuación centil pre-tratamiento de 90, que contrasta con las puntuaciones en A/E y A/R post-tratamiento de 10 y 0 respectivamente.

A través del CEDI-II, se observa que los rasgos depresivos, que antes indicaban depresión moderada (puntuación=19), en la actualidad no se observan (puntuación=0), según los baremos de este test. Los niveles de autoes-

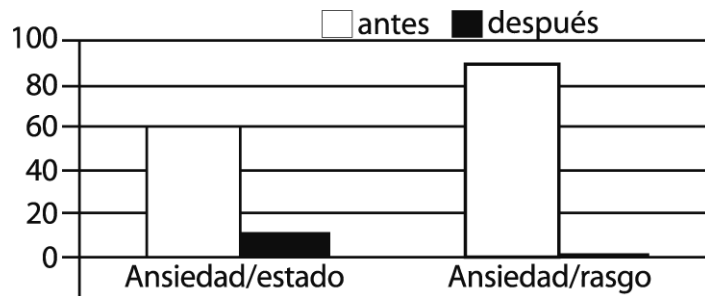


Figura 2.1. Resultados de medidas pre y post tratamiento en el State Anxiety Inventory.

tima son más elevados (medidos a través de la escala de Rosenberg), mientras que no se observan diferencias significativas en rasgos de personalidad (a través del EPQ-R), aunque puntuando menos en neuroticismo y psicoticismo, que pueden ser indicativos de los mayores niveles de ansiedad que tenía la paciente a la llegada a la unidad.

A través de todos estos instrumentos se observan claramente enormes mejorías en diversas áreas de salud de la paciente. Además, se observa clínicamente una mayor autonomía a la hora de alimentarse sola o tomar la medicación que antes no tenía, no refiere comentarios sobre su cuerpo, y algo muy indicativo de su evolución, que es el avance progresivo hacia una remisión de los síntomas que comenta la familia en la consulta.

Así pues, los parámetros mejorados son:

- Cese de conductas purgativas
- Alimentación equilibrada
- Normopeso (55 kilos)
- Reglas regularizadas
- Incremento en autonomía
- Mejoría de ánimo y autoestima

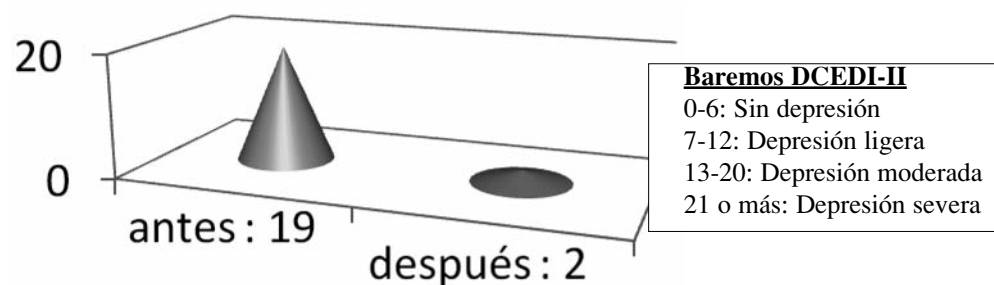


Figura 2.2. El cuestionario de depresión infantil.

Baremos DCEDI-II
 0-6: Sin depresión
 7-12: Depresión ligera
 13-20: Depresión moderada
 21 o más: Depresión severa

- Adecuada conciencia de enfermedad
- No dismorfofobia
- Adecuada integración curricular y social: actualmente está cursando un módulo de garantía social con casi todas las notas con sobresaliente, observándose que la paciente tiene perspectivas de futuro que antes no tenía.

DISCUSIÓN

No abordar la conciencia de enfermedad supone un constante “tira y afloja” entre paciente y profesional que dificulta una adecuada mejoría, estando el cambio supeditado a “controles externos”, tanto de la familia como de profesionales de la salud, lo que puede provocar más peligro de recaída aunque el trastorno pueda parecer que haya remitido.

La paciente no suele querer mejorar, suele desear seguir adelgazando o mantenerse, y los profesionales son vistos como alguien contrario a sus “objetivos personales”.

La terapia motivacional pone en balance beneficios y desventajas de una conducta de alto riesgo y, tras un arduo esfuerzo de “concienciación”, la paciente puede retomar unos objetivos más saludables; pero el proceso es largo, difícil y meticuloso, dentro de una mediación constante.

Diversas técnicas especificadas por los autores de la entrevista motivacional pueden promover cambios de actitud duraderos y devolver una conciencia de enfermedad más apropiada.

El tratamiento psicológico cognitivo-conductual ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Hoy en día, la terapia motivacional se perfila como un tratamiento de primera línea dentro de una unidad de TCA, orientando estos resultados hacia investigaciones más sistemáticas que avalen la eficacia de este recurso.

Se deben realizar más investigaciones, en muestras más amplias y definidas, para completar los resultados. Aunque la terapia motivacional se plantea como algo a estudiar más ampliamente, parece que la conciencia de enfermedad es necesaria para una correcta evolución, y esta modalidad de terapia podría ser un instrumento muy valioso en este campo.

CONCLUSIONES

Es necesario medir la etapa de motivación al cambio

en la que se encuentra el paciente, porque dependiendo de la etapa en que esté, puede variar su adherencia al tratamiento, tanto farmacológico como psicológico.

Un paciente sin motivación al cambio, o muy ambivalente, presenta problemas a la hora de mejorar, dado que no hay una conciencia clara de enfermedad, lo que puede convertirse en una “lucha” entre profesional y paciente cuando se trata de observar una evolución positiva.

Se necesita una forma de concretar las técnicas adecuadas para mover al cambio y para que haya una evolución positiva, y ésta es una tarea ardua, compleja y meticulosa.

Fomentar una conciencia clara de enfermedad debería ser un recurso imprescindible, junto a un abordaje farmacológico, conductual y nutricional según cada caso.

El caso clínico presentado puede arrojar algo de luz para una investigación más amplia sobre cómo abordar esta dificultad, que especialmente en pacientes adolescentes es todavía más complicado, dado que normalmente vienen remitidas por sus padres y obligadas por ellos a tomar una actitud más saludable.

Además, los adolescentes se sitúan en un periodo de sus vidas donde el físico tiene mucho valor y es fuente de enormes conflictos.

Trabajar esta ambivalencia inicial, especialmente en este periodo de la vida, puede evitar la cronificación del trastorno y que este continúe en la edad adulta sin una remisión total de la sintomatología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beato Fernández L y Rodríguez Cano T. Aplicación de la entrevista motivacional en el tratamiento de la anorexia nerviosa. *Psiquis* 1998; 19 (6): 17-28.
2. Beato Fernández L y Rodríguez Cano T. Aplicación de la técnica de entrevista motivacional en pacientes con un trastorno del comportamiento alimentario. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y el adolescente* 2002; 1 (2): 42-49.
3. Calvo Sagardoy R. Anorexia y bulimia, guía para padres, educadores y terapeutas. Barcelona: Ed. Planeta; 2002.
4. Fernández Aranda F y Turón Gil V. Trastornos de la alimentación, guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia. Barcelona: Masson; 1998.
5. Miller WR y Rollnick S. La entrevista motivacional. Barcelona: Paidós; 1999.
6. Nardone G, Verbitz T, Milanese R. Las prisiones de la comida. Barcelona: Herder, 2002.