

Familia y Trastornos del Comportamiento Alimentario: Avances en Evaluación y Diseño e Intervención Psicoeducativa

Family and Eating Disorders: Advances in Evaluation, Design and Psychoeducational Intervention

Elena Gutiérrez Álvarez

Hospital Universitario 12 de Octubre, España

Dimitra Anastasiadou

Universidad Autónoma de Madrid, España

Ana R. Sepúlveda

Universidad Autónoma de Madrid, España

Melissa Parks

Universidad Autónoma de Madrid, España

Resumen. El instrumento de medida de cambio denominado “Escenarios de Entrevista Motivacional para los Trastornos del Comportamiento Alimentario” (ESCEM-TCA) ha sido desarrollado para evaluar la adquisición de habilidades de Entrevista Motivacional en los familiares después de una intervención psicoeducativa. El objetivo fue analizar las diferencias en los escenarios (ESCEM-TCA) entre dos grupos de intervención, un grupo con el “Programa Maudsley de Cuidado Colaborativo” y un grupo con el “Programa Psicoeducativo Familiar para TCA”, antes de la intervención (T_0), después de intervención (T_1) y tras 3-meses (T_2). En el estudio piloto con grupo control participaron 40 familiares. Ambos programas constan de 6 talleres quincenales de 2 horas. Tras la intervención (T_1), las afirmaciones adherentes EM en el grupo del “Programa Maudsley” aumentaron significativamente comparado con el grupo “Programa Psicoeducativo” clásico, en términos de frases de empatía y de no confrontación, aunque se redujo en el seguimiento (T_2). Sin embargo, la proporción de afirmaciones no adherentes de EM en el grupo “Programa Psicoeducativo” se mantuvo estable en las tres etapas.

Palabras clave: Familia, trastorno del comportamiento alimentario, escenarios, entrevista motivacional, intervención psicoeducativa, seguimiento.

Abstract. The Motivational Interview Scenarios Tool for Eating Disorders (MIST-ED) has been developed as a specific instrument to assess the implementation of MI skills amongst caregivers in eating disorders after psychoeducational intervention. The objective of this study was to examine differences in the scenarios (MIST-ED) between Maudsley Collaborative Care Skills Workshop group and classical Psychoeducational intervention group, before intervention (T_0), after intervention (T_1) and at a 3-month follow-up (T_2) between both intervention groups. 40 family members participated in the pilot controlled study. Both interventions were delivered six 2-hour workshops. The results showed that at

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a la primera autora al Centro de Salud Mental Usera, Hospital Universitario 12 de Octubre. Calle Visitación, N° 5, 2ª planta. 28026. Madrid. Tel. 915 001 230. Email: doctoraelenagutierrez@gmail.com

the end of the treatment (T1), MI adherent statements of caregivers who had followed Maudsley Collaborative Skills intervention increased significantly, in terms of empathy and non-confrontation statements, although there was a tendency for these to decrease at the follow-up (T2). However, the proportion of MI non-adherent statements remained stable along each treatment stage in the classical Psychoeducational group.

Keywords: Family, eating disorders, scenarios, motivacional interviewing, psycho-educational intervention, follow-up.

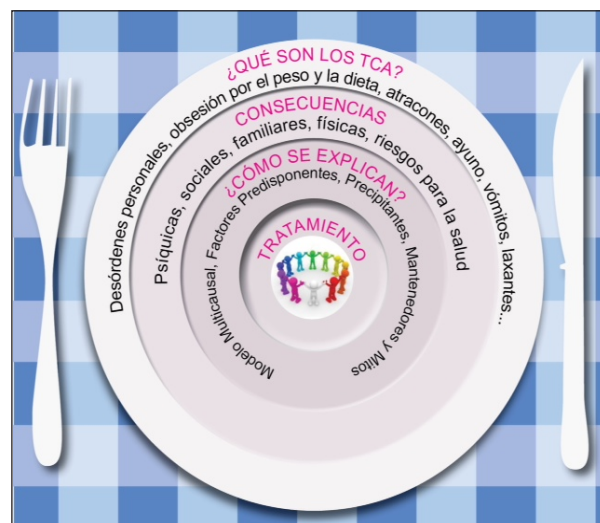
Introducción

Los profesionales de la salud mental tienen un reto en el tratamiento de los trastornos alimentarios (TCA), ya que estas pacientes presentan, en muchas ocasiones, una resistencia al cambio. Una de las características llamativas de la enfermedad, es que la persona no considera que tiene un problema y se resiste a la evaluación y/o al tratamiento (Vitousek, Watson, y Wilson, 1998).

Un marco teórico importante sobre los procesos de cambio en las personas es proporcionado por el modelo Transteórico del Cambio (Prochaska y DeClemente, 1984). Los supuestos básicos de este modelo son en primer lugar, que para cambiar un comportamiento, las personas se mueven a través de una secuencia de etapas, desde la precontemplación a la contemplación, la preparación/acción hasta el mantenimiento. La recaída no se considera un fracaso, del paciente ni del profesional, sino una parte del proceso normal de cambio. El estudio de Blake, Turnbull, y Treasure, (1997) muestra que sólo la mitad de las personas adultas con anorexia nerviosa (AN) que aceptaban el tratamiento, estaban en la fase de precontemplación (es decir, no tenía ningún deseo de cambiar) o en la fase de contemplación (es decir, eran muy ambivalentes acerca del cambio). Mientras que las personas adultas con bulimia nerviosa (BN), iniciaban el tratamiento por su propia voluntad, a menudo tras un largo período de tiempo sin el mismo, y posteriormente, también tenían sentimientos ambivalentes sobre el cambio. Por un lado, estaban desesperadas por obtener el control sobre sus episodios de atracones, pero no estaban dispuestas a abandonar otras medidas de control del peso y figura (Blake et al., 1997).

Con respecto al papel de la familia en la enfermedad, los familiares pueden tolerar estos patrones anómalos de comportamiento en un esfuerzo por mantener la convivencia y/o porque se dan cuenta que cualquier tipo de confrontación puede agravar el estado de desnutrición de la persona enferma (Treasure et al., 2007), sienten que tienen que ser cautelosos ante la fragilidad física y/o psicológica que presenta su hija/o. El familiar con TCA puede seguir unas reglas rígidas arbitrarias con la comida y/o el ejercicio físico, desde un enfoque minucioso en los detalles, que dificulta tremendamente la vida familiar (López, Tchanturia, Stahl y Treasure, 2009). Lamentablemente, los familiares a menudo carecen de las habilidades de afrontamiento y no están preparados para llevar a cabo las tareas imprecisas y ambivalentes requeridas, que se caracterizan con frecuencia por la hostilidad y la resistencia de la persona con TCA.

Los protocolos clínicos basados en la evidencia empírica han resaltado la importancia de incorporar a la familia en el tratamiento de los TCA (NICE, 2004, Guía Nacional Sanitaria, 2009). Este hecho ha promovido, de forma más reciente, el desarrollo de programas psicoeducativos grupales, impartidos de forma independiente al tratamiento del paciente. Los programas psicoeducativos suelen basarse principalmente en la información o



educación sobre la enfermedad (síntomatología, etiología, entre otros) para facilitar la comprensión de las conductas del paciente. Sin embargo, destacan dos programas que se han dirigido principalmente a enseñar habilidades de resolución de problemas (Uehara, Kawashima, Goto, Tasaki y Someya, 2001), con una reducción en los niveles de ansiedad y de la emoción expresada de los familiares así como la patología alimentaria de los pacientes, o de habilidades de comunicación (Sepúlveda, Lopez, Todd, Whitaker y Treasure, 2008), con resultados favorables en la adquisición de estas habilidades así como la disminución del impacto negativo de la experiencia de cuidado, y de la emoción expresada (Sepúlveda et al., 2009).

El instrumento de los “Escenarios de Entrevista Motivacional para los Trastornos del Comportamiento Alimentario” (ESCEM-TCA) ha sido desarrollado con la finalidad de evaluar la adquisición de las habilidades de comunicación basadas en el Programa psicoeducativo del Maudsley, y validado de forma satisfactoria por Sepúlveda, Zabala, Wise, Todd, y Treasure (2013). Los evaluadores lograron una excelente fiabilidad inter-jueces para los escenarios escritos (correlación intra-clase de 91.8% en afirmaciones de EM y 86.1% para las afirmaciones no-motivacionales).

Los objetivos de este estudio fueron: 1) validar el instrumento en castellano y examinar las diferencias en los escenarios escritos (ESCEM-TCA) entre dos grupos de intervención familiar en trastornos alimentarios, un grupo con el “Programa Maudsley de Cuidado Colaborativo” y un grupo con el “Programa Psicoeducativo Familiar para TCA”, 2) evaluar la sensibilidad a los cambios a lo largo de las diferentes etapas de evaluación, antes de la intervención (T_0), después de intervención (T_1) y tras 3 meses de seguimiento (T_2).

Método

Participantes

Para el presente estudio piloto prospectivo con grupo de control, los participantes fueron reclutados de forma consecutiva del Centro de Salud Mental de Usera del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. Un total de 40 familiares formaron parte de la muestra. El grupo que participó en el Programa del Maudsley constaba de 21 familiares, compuesto por mujeres (91.2%), fundamentalmente madres (91.7%). El grupo que participó en el Programa Psicoeducativo constaba de 19 familiares, compuesto por mujeres (92.0%), fundamentalmente madres (89.7%). El resto fueron padres de las pacientes.

Descripción de las dos Intervenciones

La Tabla 1 describe los contenidos de los dos programas de intervención de forma detallada. Ambas intervenciones tienen varios elementos en común. Consta de 6 sesiones-talleres de dos horas de duración cada uno llevado a cabo quincenalmente en un periodo de 3 meses. Se ha desarrollado un manual y material en formato diapositivas *power point* para cada taller, de forma estructurada siguiendo el formato del Programa Maudsley. Los grupos están compuestos de 7 a 9 familias. La metodología incluye distintas actividades en parejas, debates y tareas de reflexión quincenales que se recogen al inicio de cada sesión. Los grupos de intervención están dirigidos por una psiquiatra, una enfermera y una psicóloga con amplia formación en habilidades clínicas básicas y en intervención terapéutica grupal, tanto para pacientes como para padres. Cada grupo lo lidera un profesional diferente (ARS, el grupo del Maudsley, y EGA, el grupo psicoeducativo clásico). La hoja de consentimiento informado tiene las normas del grupo, que incluyen la confidencialidad de los temas tratados y el respeto por la intimidad del resto de participantes.

El nuevo “Programa Psicoeducativo Familiar para TCA”, desarrollado por Gutiérrez, Sepúlveda, Anastasiadou y Medina-Pradas (2013), se basa principalmente en el programa psicoeducativo de Fairburn (2008)

Tabla 1. Descripción de los dos Programas de intervención

Número	<i>“Programa Maudsley de Cuidado Colaborativo”</i>	<i>“Programa Psicoeducativo Familiar para TCA”</i>
	<i>Impacto en los Trastornos alimentarios</i>	SESIÓN 1.
Taller 1	<p>Modelo de Estrés y Sufrimiento Familiar en los Trastornos Alimentarios</p> <p>El objetivo es animar a los cuidadores asistentes a reconocer y reflexionar sobre la posibilidad de que las respuestas a los síntomas de las pacientes con TCA pueden desempeñar un papel en el mantenimiento o agravamiento de la enfermedad y utilizar esta información para reflexionar sobre sus propias respuestas emocionales en la dirección de establecer sus metas y la planificación de sus acciones.</p>	<p>PRESENTACIÓN DE LOS TCA ¿Qué es un TCA?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y características generales • Subtipos. Externalizar la enfermedad (“falsa amiga”) • Prevalencia y epidemiología • Curso y pronóstico
	<i>Habilidades en comunicación y Teoría Transteórica en el ciclo del cambio</i>	SESIÓN 2.
Taller 2	<p>Comprensión de los patrones relacionales en el manejo de las emociones intensas, aprendiendo estrategias básicas de las habilidades de la Entrevista Motivacional (ABAPORR y DARN)</p> <p>Las analogías en los animales se utilizan para introducir este concepto. A los asistentes se les presenta un modelo colaborativo de cuidado y se les anima a considerar las áreas de sus vidas sobre los que tienen control y las áreas que no están bajo su control directo. Esto se discute a continuación, con el fin de contemplar las diferentes estrategias que pueden ser útiles a tener en cuenta al pensar en el cambio. El objetivo principal es promover la comprensión del concepto de cambio y la forma de provocar el cambio. Se familiariza a los cuidadores con el modelo transteórico del cambio y se sugiere el uso de patrones alternativos de comunicación. Las técnicas motivacionales son impartidas por el uso de las siglas ABAPORR (afirmaciones, preguntas abiertas, escucha reflexiva y resumen) y estas habilidades son corroboradas por numerosos escenarios de juego de roles que uno esperaría encontrar en el hogar. El concepto de “desarrollo de discrepancia” también se cubre con otro acrónimo DARN que cubre el deseo de cambiar, la “ability” (o confianza) en el cambio, las razones (y la importancia) por las que el cambio puede ser beneficioso y la necesidad de hacer el cambio, por ejemplo, ¿por qué querían ellos cambiar?</p>	<p>CONSECUENCIAS ASOCIADAS AL TCA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consecuencias psicológicas • Consecuencias sociales/familiares • Consecuencias físicas y riesgos para la salud
	<i>Análisis de los comportamientos</i>	SESIÓN 3.
Taller 3	<p>Los aspectos esenciales de la comunicación</p> <p>Esto aclara las reglas y estrategias básicas que se pueden utilizar en el cambio del comportamiento. Reitera también la comprensión de algunos de los conceptos anteriores que se utilizan en las dos primeras películas, como ABAPORR y DARN. Se utilizan juegos de rol-play para inculcar una comprensión más profunda.</p>	<p>¿CÓMO SE EXPLICA? (I): CAUSAS ASOCIADAS AL TCA</p> <p>Modelo Multicausal del TCA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mitos y realidades sobre el TCA • Factores predisponentes • Factores precipitantes • Factores mantenedores
	<i>Reconociendo la preparación del cambio</i>	SESIÓN 4.
Taller 4	<p>La Práctica de Habilidades de Escucha. Habilidades avanzadas en la Entrevista Motivacional: gestión de la resistencia</p> <p>El análisis funcional se introduce en el modelo ABC y a los cuidadores se les presenta la idea de considerar los antecedentes, comportamientos y consecuencias de éstos, al tiempo que se explora cuándo y cómo se producen. Se realiza juegos de role-play de diferentes escenarios.</p>	<p>¿CÓMO SE EXPLICA? (II): FACTORES DE MANTENIMIENTO</p> <p>Modelo Transdiagnóstico del TCA</p> <p>Perspectivas psicoanalíticas y relacional sistémica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preocupaciones extremas sobre el cuerpo y el peso • Dieta extrema • Comer compulsivamente • Función del síntoma del TCA: <p>Regulación emocional a través de los síntomas</p>

(Cont. en pág. siguiente)

Tabla 1. Descripción de los dos Programas de intervención (*continuación*)

Número	<i>“Programa Maudsley de Cuidado Colaborativo”</i>	<i>“Programa Psicoeducativo Familiar para TCA”</i>
	<i>Tarea de Reflexión</i>	SESIÓN 5.
Taller 5	<p>Lo que hemos aprendido, la gestión de las emociones propias, la gestión de la relación, etc.</p> <p>Práctica de Escritura (para casa) en la que analiza las conductas de seguridad y también proporciona ideas para hacer frente a la trampa tranquilidad. Una vez más, las habilidades son ejemplificados con los escenarios de role-play típicos.</p>	<p>¿CÓMO PUEDO AYUDAR YO?</p> <p>Hijos y Padres frente a la enfermedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Padres ante el TCA <ul style="list-style-type: none"> – Proceso de motivación al cambio – Líneas generales de afrontamiento • Hijo enfermo ante el TCA <ul style="list-style-type: none"> – Vómitos auto-inducidos – Mal uso de diuréticos y laxantes – El ejercicio físico en el TCA: <ul style="list-style-type: none"> – Sobre-ejercicio vs. – Ejercicio supervisado • Relación entre padres e hijos ante el TCA <ul style="list-style-type: none"> – Ciclos de interacción en torno a la Emoción Expresada
Taller 6	<p>Manejo de Conductas Difíciles</p> <p>Revisión de los contenidos</p>	<p>SESIÓN 6.</p> <p>¿CÓMO PUEDEN AYUDAR LOS PROFESIONALES?</p> <p>Recursos Públicos para el tratamiento del TCA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contexto de tratamiento • Coordinación multidisciplinar • Red de tratamiento • Niveles de cuidado • Niveles de atención • Hospitalización • Unidad de TCA • Tratamiento ambulatorio • Tratamiento psicofarmacológico • Tratamiento psicoterapéutico

para pacientes con TCA, y que se ha adaptado para familiares. Sigue la estructura y las dinámicas del nuevo modelo colaborativo familiar de Treasure et al., (2007, 2010). Los resultados de la aceptación y la viabilidad del programa psicoeducativo fueron muy aceptables. Además, se produjo una mejora en la experiencia subjetiva de cuidado de los familiares y en sus niveles de emoción expresada. Las conductas disfuncionales relacionadas con la alimentación y los síntomas afectivos también descendieron en las pacientes. Estos cambios se mantuvieron tras los tres meses de seguimiento (Gutiérrez et al., 2013).

Instrumentos

Dentro del protocolo de evaluación, se incluyeron medidas sociodemográficas de los familiares y los pacientes (género, edad, estado marital), así como el parentesco, y el tipo de convivencia entre ambos.

Escenarios de Entrevista Motivacional para los Trastornos del Comportamiento Alimentario (ESCEM-TCA) (Motivational Interview Scenarios Tool for Eating Disorders, MIST-ED). Consta de 9 escenarios que representan una situación conflictiva causada por los síntomas pertenecientes al trastorno alimentario, con el fin de ser un instrumento válido para medir el proceso de cambio. El esce-

nario se describe en 3-4 líneas y se pregunta que contesten espontáneamente a la pregunta en formato de respuesta abierta “¿Qué le responderías?”

Se ha tratado de ser lo más fiel a los principios básicos originales de la Entrevista Motivacional descritos en el manual del MISC (Moyers, Martin, Catley, Harris y Ahlumalia, 2003) y el MITI (Moyers, Martin, Manuel, Hiller y Ernst, 2007). Se ha seguido el manual de codificación con ocho categorías de respuesta (frases adherente de EM ($n = 4$) o Frases no adherentes de EM ($n = 4$)) de los autores originales (Sepúlveda et al., 2013). Las afirmaciones o frases que eran imposibles de clasificar como adherentes o no adherentes, fueron asignadas a una novena categoría. La respuesta a cada escenario se analiza y se subdivide en frases independientes para la codificación y se calcula el número total de frases adherentes y no adherentes con la EM. La puntuación de cada categoría podría ir desde 0 (sin declaración) a un número no definido de frases para esa categoría (por lo general entre 1 y 2). Los totales se calcularon sumando el número total de frases adherentes al EM ($N^{\circ} 1$, $N^{\circ} 4$, $N^{\circ} 6$ y $N^{\circ} 7$) y el número total de frases no adherentes al EM ($N^{\circ} 2$, $N^{\circ} 3$, $N^{\circ} 5$ y $N^{\circ} 8$).

Procedimiento

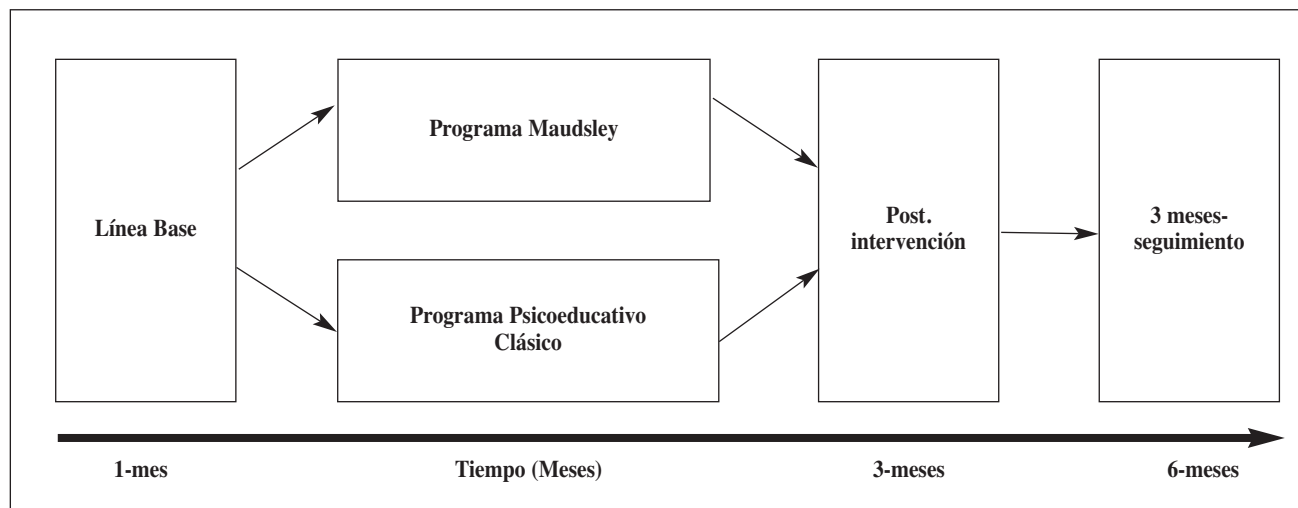
El estudio fue revisado y aprobado por el Comité Ético del Hospital 12 de Octubre (N° CEIC, 12/057). Se obtuvo el consentimiento informado de los familiares y los pacientes. La participación en el estudio fue voluntaria.

El Gráfico 1 muestra el diseño de intervención del estudio, los participantes fueron evaluados al inicio de la intervención (T_0), al final de la intervención (T_1) y al inicio del taller- revisión, de dos horas de duración, a los 3 meses de seguimiento (T_2). Todas las medidas se obtuvieron a través de cuestionarios de lápiz y papel. Se pidió a los familiares que dieran una respuesta escrita a tres escenarios escritos que describen situaciones estereotipadas sobre los problemas alimentarios y temas relacionados con la vida cotidiana en el hogar, a lo largo de cada uno de los tres períodos de evaluación.

Análisis estadístico

Los análisis fueron realizados con el programa SPSS versión 15.0 (2006). La fiabilidad inter-jueces se evaluó con el coeficiente kappa de acuerdo para los datos categóricos (Cohen, 1988) y el coeficiente de correlación intraclass (ICC) entre los tres evaluadores para las respuestas escritas. Las puntuaciones de estos dos coe-

Gráfico 1. Diseño del estudio de Intervención. Tres escenarios diferentes del SCEM-TCA para cada etapa de evaluación



ficientes se interpretan convencionalmente como: <0 acuerdo pobre, 0-0.20 ligera coincidencia, 0.21-0.40 acuerdo justo, 0.41-0.60 acuerdo moderado, 0.61-0.80 acuerdo sustancial y 0.81-1 acuerdo casi perfecto (Landis y Koch, 1977).

Las características sociodemográficas de los pacientes y los familiares se describen utilizando las frecuencias, las medias (M) y desviaciones típicas (DT). Como los datos fueron asimétricos y los supuestos de las pruebas paramétricas no se cumplieron, se aplicaron pruebas no paramétricas. El test de Friedman se utilizó para examinar los cambios en las categorías de las puntuaciones de ESCEM-TCA de los escenarios escritos a través de tres períodos de tiempo. Se utilizó un test de Fisher para comparar el porcentaje del número total de frases de adherentes o no adherentes con la EM entre los intervalos de tiempo.

Resultados

Respecto a las diferencias de las características sociodemográficas al inicio según grupo, no hubo diferencias significativas para la edad de los familiares según grupos, Programa Maudsley vs. Psicoeducativo clásico (54.2 ± 6.5 vs 52.8 ± 6.5 años). Respecto a las pacientes, si hubo diferencias significativas respecto a la edad de las pacientes (22.4 ± 6.5 vs 25.1 ± 5.7 años), siendo ligeramente más jóvenes las del grupo con el Programa Maudsley. No hubo diferencias en la duración de la enfermedad (3.5 ± 2.2 vs 3.6 ± 3.0 años), o en la convivencia con el familiar. La tasa de participación de los familiares en los talleres fue alta, un 94.2% de los cuidadores los completaron (definido como asistir a 4 sesiones o más).

Codificación y la fiabilidad inter-jueces de la ESCEM-TCA

Tres evaluadores entrenados (ARS, EG y DA, coautores del estudio) anotaron las respuestas a las situaciones escritas. Tanto los evaluadores son psicólogos y psiquiatras capacitados en la entrevista motivacional. EGA y DA tienen 20 horas de formación específica en el programa de intervención del Maudsley. MP planifica que los evaluadores sean ciegos al nombre del cuidador y la etapa de estudio de cada evaluación.

Los evaluadores alcanzaron un coeficiente de acuerdo de 75.8% en el número total de frases adherentes al EM. Del mismo modo, los evaluadores alcanzaron el 71.1% para las frases no adherentes al EM en los escenarios escritos. Los coeficientes kappa estiman entre 0.51 y 0.74 (moderado a un acuerdo sustancial).

Sensibilidad al cambio del ESCEM-TCA

La diferencia del número de afirmaciones adherentes y no adherentes según grupo de intervención en el periodo T_0 , T_1 y T_2 se muestran en la Tabla 2. Tras la intervención (T_1), las afirmaciones adherentes EM en el grupo del “Programa Maudsley” aumentaron significativamente comparado con el grupo “Programa Psicoeducativo” clásico, en términos de frases de empatía y de no confrontación, aunque se redujo en el seguimiento (T_2). Sin embargo, la proporción de afirmaciones no adherentes de EM en el grupo “Programa Psicoeducativo” se mantuvo estable en las tres etapas.

Discusión

El objetivo de este estudio fue analizar las diferencias en los escenarios (ESCEM-TCA) entre dos grupos de intervención en trastornos alimentarios, un grupo con el “Programa Maudsley de Cuidado Colaborativo” y un

Tabla 2. Distribución de medias y desviaciones típicas del instrumento ESCEM-TCA según grupo de intervención, Programa Maudsley versus Programa Psicoeducativo Clásico (N= 12 para cada grupo). Test de Friedman para medidas ANOVAS repetidas (distribuciones no paramétricas)

PROG.MAUDSLEY	Subcategorías de ESCEM-TCA	T ₀	T ₁	T ₂	test de Friedman (χ^2)	p
		Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)		
No.1 (+)	Comprensión del sufrimiento del afectado	0.23 (0.43)	0.37 (0.60)	0.40 (0.63)	0.67	0.72
No.2 (-)	Pacificador y evitador de conflictos	0.55 (0.67)	0.47 (0.70)	0.00 (0.00)	7.28	0.03
No.3 (-)	Invalidación de los síntomas de TCA	0.18 (0.40)	0.21 (0.42)	0.47 (0.52)	5.43	0.06
No.4 (+)	Posición clara del cuidador	0.05 (0.21)	0.11 (0.32)	0.27 (0.46)	1.20	0.55
No.5 (-)	Consejo excesivo o dirección	0.45 (0.60)	0.16 (0.50)	0.00 (0.00)	8.00	0.02
No.6 (+)	Ofrecer de ayuda, alternativas	0.14 (0.35)	0.00 (0.00)	0.33 (0.45)	3.71	0.16
No.7 (+)	Elogio/Afirmación	0.00 (0.00)	0.79 (0.86)	0.20 (0.41)	14.86	0.00
No.8 (-)	Crítica general	0.14 (0.47)	0.11 (0.32)	0.13 (0.35)	4.00	0.14
No.9	Número de frases excesivas	0.05 (0.21)	0.00 (0.00)	0.07 (0.26)	2.00	0.37
Total	Frases adherentes en la Entrevista Motivacional	0.36 (0.49)	1.26 (1.10)	1.20 (1.08)	6.40	0.04
Total	Frases no adherentes en la Entrevista Motivacional	1.36 (0.85)	0.95 (1.08)	0.60 (0.74)	9.00	0.01

PSICOEDUCATIVO	Subcategorías de ESCEM-TCA	T ₀	T ₁	T ₂		
No.1 (+)	Comprensión del sufrimiento del afectado	0.33 (0.48)	0.00 (0.00)	0.36 (0.63)	4.57	0.10
No.2 (-)	Pacificador y evitador de conflictos	0.33 (0.58)	0.59 (0.62)	0.29 (0.47)	9.25	0.01
No.3 (-)	Invalidación de los síntomas de TCA	0.24 (0.44)	0.41 (0.62)	0.43 (0.65)	0.86	0.65
No.4 (+)	Posición clara del cuidador	0.05 (0.22)	0.24 (0.44)	0.00 (0.00)	6.50	0.04
No.5 (-)	Consejo excesivo o dirección	0.29 (0.56)	0.24 (0.44)	0.07 (0.27)	3.00	0.22
No.6 (+)	Ofrecer de ayuda, alternativas	0.24 (0.63)	0.12 (0.33)	0.14 (0.36)	0.50	0.78
No.7 (+)	Elogio/Afirmación	0.05 (0.22)	0.06 (0.24)	0.00 (0.00)	1.00	0.61
No.8 (-)	Crítica general	0.19 (0.51)	0.29 (0.59)	0.29 (0.61)	2.00	0.37
No.9	Número de frases excesivas	0.14 (0.48)	0.06 (0.24)	0.07 (0.27)	0.00	1.00
Total	Frases adherentes de Entrevista Motivacional	0.43 (0.75)	0.41 (0.71)	0.57 (0.85)	0.27	0.90
Total	Frases no adherentes de Entrevista Motivacional	1.30 (0.57)	1.53 (0.62)	1.00 (0.78)	4.51	0.11

Nota: El número de afirmaciones o frases para cada categoría varió entre 0, 1 ó 2 en función de las respuestas de los cuidadores. Frases adherentes EM: 1, 4, 6 y 7. Frases no adherentes EM: 2, 3, 5 y 8

grupo con el “Programa Psicoeducativo Familiar para TCA”, antes de la intervención (T₀), después de intervención (T₁) y tras 3-meses (T₂). Los familiares tenían unas características sociodemográficas iniciales similares en cuanto a la edad y la duración de la enfermedad, aunque las pacientes eran adultas más jóvenes en el grupo del Programa Maudsley.

En concreto el primer objetivo trataba de traducir los 9 escenarios escritos y valorar la aceptabilidad de los mismos entre los cuidadores en el contexto clínico ambulatorio nacional. Los cuidadores confirmaron que esos mismos escenarios se producían actualmente o se habían producido con anterioridad en sus hogares. La mayoría de los participantes respondieron al instrumento de forma adecuada. No respondieron de forma adecuada, cuando los familiares respondían de forma general, y no ofrecían una respuesta objetiva y clara (por ejemplo, “trataría de calmarla y escuchar” o “me iría a dar un paseo y no la respondería”). Aún así, el acuerdo entre evaluadores para discriminar entre las afirmaciones adherentes y no adherentes a la Entrevista Motivacional, escrita por los familiares participantes de las dos intervenciones fue satisfactoria, los coeficientes kappa estiman entre 0,51 y 0,74 (moderado a un acuerdo sustancial), y la correlación intra-clase entorno al 70%. Mientras que la correlación intra-clase de la versión original del instrumento (MIST-ED) fue de de 91.8% en afirmaciones de EM y 86,1% para las afirmaciones no-motivacionales. Es decir, había un mayor acuerdo entre los evaluadores en el instrumento original (Sepúlveda et al., 2013), posiblemente debido a que los evaluadores ingleses tenían una trayectoria clínica larga y sustancial en el uso de la entrevista motivacional, donde dos de los tres evaluadores tenían un práctica clínica en EM menor de dos años.

Los familiares del grupo del Programa Maudsley adquirieron conocimientos y habilidades relacionadas con las estrategias EM, casi desde las primeras sesiones de intervención. Este hecho les animó a incorporar las habilidades EM como parte de una conversación normal y, como respuestas de un mejor afrontamiento a los sínto-

mas alimentarios que generaban conflicto previamente en el hogar. Los resultados indican que las afirmaciones o frases no adherentes al EM disminuyeron después de la intervención en el grupo de familiares que participaron en el Programa del Maudsley y había una tendencia a que estas afirmaciones se mantuvieran o disminuyeran el seguimiento, en contraste con el grupo de familiares que participaron en el programa Psicoeducativo clásico. Los resultados ofrecidos por el grupo del Programa Maudsley fueron similares a los encontrados por los autores del instrumento original, donde las afirmaciones adherentes totales se redujeron en el tiempo y se mantuvieron en el seguimiento, mientras las afirmaciones no adherentes a la EM, se reducen tras la intervención, y se vuelven a incrementar ligeramente de forma significativa en el seguimiento (Sepúlveda et al., 2013). En concreto, los resultados de Sepúlveda et al., (2013) la frecuencia de afirmaciones de EM aumentaron (basal = 9,4%, post-intervención = 61.5% y el seguimiento = 47.2%) y las afirmaciones no-motivacionales disminuyeron (basal = 90.6%, post-intervención = 38.5%, y seguimiento = 52.8%).

El enseñar a los cuidadores las estrategias de la entrevista motivacional (EM), les ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta nociva para promover cambios hacia estilos de vida más saludables. El objetivo es generar una conversación y conducir a los familiares con TCA a pensar en un cambio. Cuando las personas encuentran dificultades para cambiar, se sienten ambivalentes con lo que piensan que *deberían hacer* y lo que *están haciendo*. Este conflicto altera a las personas con TCA y podría generar un impulso de cambio si se manejara de manera apropiada. Y los familiares pueden ser los agentes que ayuden a los profesionales a favorecer este cambio en los pacientes, a veces, puede servir para mejorar la adherencia al tratamiento (Blake et al., 1997, Treasure et al., 2007).

Ambos programas de intervención grupal, tienen como beneficio principal el adoptar un enfoque no patológico de dinámica grupal, de contacto con iguales que mantienen experiencias y preocupaciones similares, en contraste a tratamientos clínicos que ignoran a la familia o a tratamientos con sesiones familiares puntuales individualizadas. El Programa Maudsley enfatiza las habilidades de comunicación basadas en la entrevista motivacional, en el proceso de cambio, en el análisis funcional de conductas-problema (Treasure et al., 2007), mientras el “Programa Psicoeducativo” clásico se centra en que los familiares aprendan información acerca del trastorno para entender los cambios conductuales y emocionales de su familiar enfermo (Gutiérrez et al., 2013).

Este estudio no representa un estudio definitivo de eficacia de la intervención terapéutica grupal de los programas específicos en sí mismo, lo imposibilita el tamaño muestral. Podría ser posible que las mejoras en las habilidades de comunicación, fueran simplemente cambios espontáneos en el tiempo o que fueran el resultado de efectos no específicos, como una mayor atención, más que de los ejercicios y contenidos de los talleres. De todas formas, este estudio permite valorar si los escenarios ESCEM-TCA sirven como medida de proceso de cambio, y tiene una utilidad y validez en el contexto clínico de Salud Mental, y así servir de complemento a la intervención individual de los pacientes.

En conclusión, se puede confirmar que este instrumento fue aceptable para los familiares de pacientes con trastorno alimentario, y que las situaciones conflictivas descritas son representativas de situaciones que se producen entre los familiares españoles, por lo tanto, se confirma su validez ecológica. A su vez, es un instrumento que se administra en un periodo de tiempo relativamente corto, sin embargo, si necesita de evaluadores con cierto entrenamiento en entrevista motivacional para realizar la codificación de las afirmaciones siguiendo el manual. La importancia de tener un entrenamiento previo en EM por parte de los profesionales que coordinen los talleres o los que sean evaluadores del instrumento, ha sido mencionado previamente (Treasure, Macdonald y Schmidt, 2010).

Agradecimientos

La Dra. Gutiérrez Álvarez está apoyada por un contrato como Psiquiatra en el Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario del 12 de Octubre, cuya comisión de investigación aprobó este diseño de investigación así como por el CEIC (Nº CEIC, 12/057) del nombrado Hospital.

La Dra. Sepúlveda está apoyada por un contrato Ramón y Cajal (RYC-2009-05092) del Ministerio de Economía y Competitividad. D. Anastasiadou es una estudiante de Doctorado de Psicología Clínica que recibe una beca de la Universidad Autónoma de Madrid por el Doctorado de Excelencia. Los autores agradecen su participación a todas las familias que tomaron parte en el estudio.

Referencias

- Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infanto-juvenil*. Madrid: Avatar.
- Blake, W., Tumbull, S. y Treasure, J. (1997). Stages and processes of change in eating disorders. Implications for therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 4, 186-191.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science*. NJ.: Hillsdale. Elrbaum.
- Gutiérrez, E., Sepúlveda, A. R., Anastasiadou, D. y Medina-Pradas, C. (2013). Programa Psicoeducativo Familiar para Trastornos del Comportamiento Alimentario": Estudio Piloto con 3 meses de seguimiento. *Psicología Conductual*, 0, 0-00.
- Fairburn, C. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: The Guildford Press.
- Landis, J. y Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Lask, B. y Frampton, I. (2011). *Eating disorders and the Brain*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Lopez, C., Tchanturia, K., Stahl, D. y Treasure, J. (2009). Weak central coherence in eating disorders: A step towards looking for an endophenotype of eating disorders. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 31, 117-125.
- Moyers, T. B., Martin, T., Catley, D., Harris, K. J. y Ahluwalia, J. (2003). Assessing the integrity of motivational interviewing interventions: Reliability of the Motivational Interviewing Skills Code. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 31, 177-184.
- Moyers, T. B., Martin, T., Manuel, J. K., Miller, W.R. y Ernst, D. E. (2007). The Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI) Code 3.0. *Unpublished coding manual*. University of New Mexico: Center on Alcoholism, Substance Abuse, & Addictions.
- NICE (2004). National Clinical Practice Guideline: Eating Disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders. London, UK.
- Prochaska, J. O. y DeClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Melbourne, Florida: Krieger Publishing Company.
- Sepúlveda, A. R., Lopez, C., Todd, G., Whitaker, W. y Treasure, J. (2008). An Examination of the Impact of Maudsley Eating Disorder Collaborative Care Workshops on the Well-Being of Family Members: A Pilot Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 584-591.
- Sepúlveda, A. R., Todd, G., Whitaker, W., Grover, M., Stahl, D. y Treasure, J. (2009). Expressed emotion in relatives of patients with eating disorders following a skills training programme. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 603-610.
- Sepúlveda, A. R., Zabala, M., Wise, C., Todd, G. y Treasure, J. (2013). Development and reliability of a Motivational Interviewing Scenarios Tool for Eating Disorders (MIST-ED) using a skills-based intervention among caregivers. *Eating Behaviours*, 14, 0-00.
- SPSS (2006). *Version 15.0*. In. Chicago, Illinois: SPSS Inc.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Treasure, J., Sepulveda, A. R., Macdonald, P., Whitaker, W., Lopez, C., Zabala, M., ... Todd, G. (2007). The Assessment of the Family of People with Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 15, 1-9.

- Treasure J, Macdonald P, Schmidt U. (2010). *The Clinicians Guide to Collaborative Care in Eating Disorders*. London: Routledge Press.
- Uehara T, Kawashima Y, Goto M, Tasaki SI, Someya T. (2001). Psychoeducation for the families of patients with eating disorders and changes in expressed emotion: A preliminary study. *ComprPsychiatry*, 42, 132-138.
- Vitousek, K., Watson, S. y Wilson, G.T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 18, 391-420.

Manuscrito recibido: 27/05/2013

Revisión recibida: 31/05/2013

Manuscrito aceptado: 03/06/2013