



Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Curso 2025-2026

Trabajo de Fin de Máster

**Motivación y resultados terapéuticos en pacientes con Trastornos de la Conducta**

**Alimentaria: Una revisión sistemática**

Autor/a: Ana Torres Gargallo

Tutor/a: Elisa Huéscar Hernández

Código de la Oficina de Investigación Responsable: TFM.MPG.EHH.ATG.260107

Convocatoria: febrero 2026



## Índice

|                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------|----|
| Resumen.....                                                                 | 4  |
| Abstract.....                                                                | 5  |
| Introducción .....                                                           | 6  |
| Trastornos de la Conducta Alimentaria.....                                   | 6  |
| Teoría de la Autodeterminación .....                                         | 7  |
| Justificación teórica .....                                                  | 8  |
| Objetivos .....                                                              | 9  |
| Objetivo General.....                                                        | 9  |
| Objetivos Específicos.....                                                   | 10 |
| Método .....                                                                 | 10 |
| Bases de datos .....                                                         | 10 |
| Selección y variables.....                                                   | 11 |
| Criterios de Inclusión.....                                                  | 11 |
| Criterios de Exclusión.....                                                  | 12 |
| Evaluación de la calidad metodológica y riesgo de sesgo de los estudios..... | 12 |
| Procedimiento de Búsqueda.....                                               | 12 |
| Análisis de Información.....                                                 | 15 |
| Resultados .....                                                             | 15 |
| Proceso de identificación y selección de los estudios.....                   | 15 |
| Análisis de la calidad de los estudios.....                                  | 18 |
| Características descriptivas de los estudios .....                           | 20 |
| Influencia de la motivación en los resultados del tratamiento .....          | 26 |
| Influencia de la motivación en la adherencia al tratamiento.....             | 29 |
| Discusión.....                                                               | 32 |
| Implicaciones clínicas.....                                                  | 34 |
| Conclusión .....                                                             | 35 |
| Referencias.....                                                             | 36 |
| Apéndices.....                                                               | 40 |

## Resumen

*Introducción teórica:* Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se caracterizan por una alteración persistente de las conductas relacionadas con la alimentación, que conduce a una ingesta inadecuada y provoca un deterioro significativo en la salud física y el funcionamiento psicosocial. Aunque existen intervenciones basadas en la evidencia, la respuesta al tratamiento sigue siendo limitada, por ello, resulta fundamental comprender los mecanismos implicados en el cambio terapéutico de estos trastornos. La investigación sobre la influencia de la motivación en los resultados terapéuticos puede ser clave para optimizar las intervenciones clínicas.

*Objetivo:* Sintetizar toda la evidencia científica disponible sobre la influencia de la motivación en la adherencia y los resultados del tratamiento en pacientes con TCA.

*Método:* Se realizó una revisión sistemática siguiendo la guía PRISMA 2020 y fue registrada en PROSPERO. Se consultaron las bases de datos Scopus, PubMed, PsycINFO y PsycArticles. La calidad metodológica se evaluó mediante la herramienta SIGN.

*Resultados:* Se incluyeron 5 ensayos clínicos no aleatorizados. Estos mostraron que la motivación autónoma inicial, mayoritariamente, influye significativamente en los resultados del tratamiento en estos trastornos, mientras que la motivación controlada no lo hace. Aunque, el grado de motivación no parece estar relacionado con la adherencia al tratamiento.

*Conclusión:* Los resultados respaldan la necesidad de fomentar la motivación autónoma como parte del tratamiento de los TCA. No obstante, es necesario continuar investigando en este ámbito de conocimiento, ya que la evidencia disponible es limitada y puede presentar algunas limitaciones metodológicas.

**Palabras clave:** Adherencia al tratamiento, Motivación, Motivación autónoma, Motivación Controlada, Resultados del tratamiento, Trastornos de la Conducta Alimentaria, TCA.

## Abstract

*Theoretical introduction:* Eating disorders (EDs) are characterized by persistent disturbances in eating behaviors, leading to inadequate intake and causing significant impairment in physical health and psychosocial functioning. Although evidence-based interventions exist, response to treatment remains limited, making it essential to understand the mechanisms involved in therapeutic change for these disorders. Research on the influence of motivation on therapeutic outcomes may be key to optimizing clinical interventions.

*Aim:* Synthesize all available scientific evidence on the influence of motivation on adherence and treatment outcomes in patients with EDs.

*Method:* A systematic review was conducted following the PRISMA 2020 guidelines and registered in PROSPERO. The Scopus, PubMed, PsycINFO, and PsycArticles databases were consulted. Methodological quality was assessed using SIGN.

*Results:* Five non-randomized clinical trials were included. These showed that initial autonomous motivation, for the most part, significantly influences treatment outcomes in these disorders, whereas controlled motivation does not. However, the degree of motivation does not appear to be related to treatment adherence.

*Conclusion:* The results support the need to promote autonomous motivation as part of the treatment of EDs. However, further research is needed in this area of knowledge, as the available evidence is limited and may be some methodological limitations.

**Keywords:** Adherence to treatment, Autonomous motivation, Controlled motivation, Eating Disorders, ED, Motivation, Treatment outcomes.

## **Introducción**

### **Trastornos de la Conducta Alimentaria**

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), se distinguen por una alteración continua en las conductas alimentarias, lo que da lugar a un consumo inadecuado o a una absorción deficiente de los alimentos. Esto genera un deterioro relevante de la salud física o del funcionamiento psicosocial de quien lo padece (American Psychiatric Association, 2022).

A nivel global, aproximadamente 1 de cada 100 jóvenes presenta un TCA, son más frecuentes en mujeres y se observa una tendencia creciente en las últimas décadas (Liu et al., 2025).

Existen diferentes tipos, entre los más comunes se encuentran la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados. Son trastornos de curso crónico y carácter debilitante que, a lo largo de la vida afectan aproximadamente al 0.9%, 1,5% y 3,5% de las mujeres, respectivamente (Hudson et al., 2007).

La anorexia nerviosa se caracteriza por la restricción de la ingesta alimentaria, un temor intenso a aumentar de peso, y una percepción distorsionada del peso y de la imagen corporal. Presenta un peso corporal inferior al mínimo considerado normal en función de su edad, sexo, etapa del desarrollo y estado de salud (American Psychiatric Association, 2022).

La bulimia nerviosa se define por la presencia de episodios de atracón seguidos de conductas compensatorias inapropiadas, con una autoevaluación excesivamente condicionada por el peso y la forma corporal (American Psychiatric Association, 2022).

El trastorno de la conducta alimentaria no especificado es una categoría que se utiliza para casos en los que predominan los síntomas típicos de un TCA, que generan malestar clínicamente significativo o afectan en el funcionamiento diario, pero que no cumplen los

criterios de ningún trastorno específico dentro de esta categoría diagnóstica (American Psychiatric Association, 2022).

### **Teoría de la Autodeterminación**

La teoría de la autodeterminación (TAD), desarrollada por Deci y Ryan (1985) constituye un marco teórico para comprender la motivación basado en las necesidades psicológicas básicas de: competencia, autonomía y relación, que son las facilitadoras de la motivación (Deci & Ryan, 1985). La necesidad de competencia se refiere al sentimiento de eficacia en la interacción con el entorno. La autonomía alude al deseo de ser el agente causal de la propia conducta. Por su parte, la relación, hace referencia a la necesidad de establecer vínculos significativos con otras personas (Ryan & Deci, 2000). La satisfacción de estas necesidades favorece el desarrollo de una motivación intrínseca y autodeterminada (Cooke et al., 2016).

Así pues, es importante considerar que la motivación individual puede clasificarse como intrínseca o extrínseca, ubicadas dentro de un continuo. La motivación intrínseca o autónoma, se caracteriza por la realización de conductas impulsadas por motivos que poseen un significado personal y que están orientadas al logro de metas escogidas de manera voluntaria. En este sentido, tanto el origen como la regulación de los comportamientos motivados provienen fundamentalmente del propio individuo. Por el contrario, la motivación extrínseca o controlada, está vinculada con comportamientos que se realizan por razones externas a la satisfacción personal, ya sea como respuesta a presiones internas - como la necesidad de evitar o reducir sentimientos de culpa, vergüenza o ansiedad - o a presiones externas, tales como la obtención recompensas o evitar castigos (Ryan & Deci, 2000).

Al aplicarse al contexto terapéutico, la motivación implica que las personas entienden su participación en la terapia como una elección propia, basada en motivos personales relevantes y

metas elegidas libremente. Además, esta teoría sostiene que una implicación más autónoma en el proceso terapéutico favorece mayores beneficios del objetivo de la intervención, dado que los individuos se perciben como agentes activos que deciden sobre su conducta, y no como sujetos que actúan bajo presiones o influencias externas (Deci & Ryan, 1985). Una idea clave de la teoría sostiene que niveles más altos de regulación intrínseca y autónoma incrementan la probabilidad de que se produzcan cambios conductuales y procesos de aprendizaje (Ryan & Deci, 2008).

### **Justificación teórica**

A pesar de la existencia de intervenciones eficaces para los TCA, como la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) considerado tratamiento de elección para estos trastornos por la Asociación Americana de Psiquiatría (2022), una proporción relevante de pacientes presenta una respuesta limitada al tratamiento. En concreto, al menos una cuarta parte de los individuos con anorexia o bulimia nerviosa continúa mostrando sintomatología durante meses o incluso años después de haber recibido tratamientos basados en la evidencia (Sadock et al., 2015). La variabilidad en la respuesta terapéutica parece estar influida por múltiples factores, como el apoyo social, la gravedad del trastorno, factores genéticos y las características de personalidad (Steiger et al., 2008). Entre ellos, la motivación hacia el tratamiento ha cobrado especial relevancia (Mansour et al., 2012).

Las personas con TCA suelen experimentar dificultades para implicarse en la terapia debido a la negación de los síntomas, la ambivalencia sobre la recuperación, dificultades en el compromiso y la motivación a lo largo del proceso terapéutico, además de la presencia de niveles elevados de impulsividad, que se relacionan con un abandono prematuro, siendo la baja motivación una de las principales causas de ello (Mansour et al., 2012). Tanto los profesionales

de la salud como los investigadores coinciden en que la falta de motivación para el cambio constituye uno de los principales obstáculos en el tratamiento de personas con TCA (Carter & Kelly, 2015).

La evidencia empírica indica que una mayor motivación autónoma se asocia con mejores resultados terapéuticos en diversos problemas de salud, incluyendo el abandono de alcohol (Ryan et al., 1995), el tabaquismo (Williams et al., 2006), la pérdida de peso (Williams et al., 1996), la adherencia a la medicación (Williams et al., 1998a), el tratamiento conductual para la diabetes (Williams et al., 1998b) y la depresión (Zuroff et al., 2007). En conjunto, los estudios sugieren que la implicación autónoma en el tratamiento favorece el cambio conductual y mejores resultados clínicos, mientras que, la motivación controlada no tiene impacto en los resultados o incluso puede tener efectos negativos (Zuroff et al., 2012).

Así pues, se ha destacado la importancia de analizar la relación entre motivación autónoma y controlada con los resultados terapéuticos, dado que comprender los mecanismos implicados en el proceso de cambio resulta esencial para optimizar las intervenciones clínicas mediante el diseño de estrategias dirigidas a potenciar los factores de cambio (Sansfaçon et al., 2018; Kazdin, 2007), así como explicar la variabilidad en la respuesta al tratamiento (Wollburg et al., 2013).

En vista de todo lo anterior, esta revisión pretende esclarecer la influencia de la motivación con el resultado del tratamiento en personas con TCA.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

El objetivo principal de esta revisión es investigar y analizar la influencia de la motivación en el tratamiento en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria.

## Objetivos Específicos

- Comparar los resultados del tratamiento en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria en función del nivel de motivación percibida inicial, diferenciando entre aquellos que presentan motivación autónoma y los que presentan motivación controlada al inicio del tratamiento.
- Observar la influencia de la motivación, tanto autónoma como controlada, en la adherencia al tratamiento en estos pacientes.
- Elaborar recomendaciones de mejora para la intervención en pacientes con TCA, con el fin de aumentar la calidad del tratamiento y la calidad de vida en esta población.

## Método

En primer lugar, para la realización de este proyecto se solicitó el Código de Investigación Responsable (COIR), que fue aprobado por el Comité de Ética e Integridad en la Investigación de la Universidad Miguel Hernández con el código TFM.MPG.EHH.ATG.260107, el cual puede consultarse en el [Anexo 1](#).

## Bases de datos

Para la realización de la presente revisión se consultaron las bases de datos PubMed, Scopus, PsycINFO y PsycArticles. La selección de estas fuentes se basó en su idoneidad en relación con el objeto de estudio. La primera base de datos está especializada en ciencias de la salud, Scopus ofrece un enfoque multidisciplinar, y las dos últimas se centran específicamente en el campo de la psicología.

Antes de comenzar con la búsqueda de artículos, se comprobó que no existían revisiones sistemáticas recientes sobre el tema de estudio. Para ello, se realizó una búsqueda en Cochrane

con el fin de conocer el estado actual de este campo de estudio y asegurar que la presente revisión aportara información novedosa y relevante a la comunidad científica.

La búsqueda se llevó a cabo con los siguientes términos MeSH: ‘Self-determination theory’, ‘autonomy’, ‘eating disorders’ y ‘treatment’. No se identificaron revisiones previas relacionadas con el tema de estudio.

Posteriormente, se diseñó el protocolo metodológico y se registró en PROSPERO (International Prospective Register of Systematic Reviews; ID: 1321395). En el registro se presenta una descripción detallada de las preguntas de investigación, los objetivos planteados, los criterios de elegibilidad, las estrategias de búsqueda, los procedimientos de extracción de datos y el plan detallado de síntesis de la información.

### **Selección y variables**

Una vez definidos con claridad los objetivos del estudio y las variables que serían objeto de análisis, se establecieron una serie de criterios de inclusión y exclusión. Estos se diseñaron con el propósito de orientar y facilitar el proceso de selección de los artículos científicos en los que se basaría la presente revisión.

### ***Criterios de Inclusión***

Los criterios de inclusión fueron:

- a) Artículos redactados en inglés o español
- b) Artículos empíricos
- c) Artículos disponibles a texto completo
- d) Población con diagnóstico de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

En cuanto a los criterios de inclusión no se incluyó el filtro por año, ya que anteriormente se había visto que no existían revisiones sistemáticas previas sobre el tema. Por tanto, se tuvo en cuenta toda la bibliografía disponible en este ámbito.

### ***Criterios de Exclusión***

Los criterios de exclusión fueron:

- a) Tesis o disertaciones
- b) Artículos con objeto de estudio no adecuado para esta revisión

### ***Evaluación de la calidad metodológica y riesgo de sesgo de los estudios***

Con el fin de evaluar la calidad metodológica de los estudios incluidos, se emplearon los niveles de evidencia y los grados de recomendación establecidos por el Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN, 2025), un sistema ampliamente utilizado para analizar el rigor metodológico de los estudios y la fiabilidad de los hallazgos. Esta herramienta clasifica los estudios en diferentes niveles de evidencia (1, 2, 3 o 4), y asigna un grado de recomendación (A, B, C o D) según la consistencia y solidez metodológica de la evidencia disponible. Los criterios específicos de evaluación se describen en el [Anexo 2](#) y el [Anexo 3](#).

### **Procedimiento de Búsqueda**

La estrategia de búsqueda que se ha llevado a cabo en la presente revisión sigue los pasos de la Declaración PRISMA (Page et al., 2021). 1) fase de identificación (número total de registros encontrados), 2) fase de cribado (número de registros excluidos por criterios de inclusión), 3) fase de elegibilidad (número de registros excluidos por criterios de exclusión); 4) los estudios finalmente incluidos.

La búsqueda se realizó durante el mes de diciembre de 2025, utilizando la combinación de palabras clave: “Self determination theory” AND “Eating disorders”; “Self determination

theory” AND “Eating disorders” AND “Treatment”; “Self determination theory” AND “Eating disorders” AND “Parenting styles”; “Self determination theory” AND “Eating disorders” AND “Autonomy” AND “Treatment”. Estas palabras clave debían aparecer bien en título, en el resumen y/o en las palabras clave. Todas estas combinaciones de palabras clave se utilizaron en las bases de datos Scopus, PubMed, PsycINFO y PsycArticles.

Para la primera combinación de palabras clave se encontraron 79 resultados en PsycINFO, 123 en PsycArticles, 45 en PubMed y 64 en Scopus. Para la segunda combinación de palabras se encontraron 35 en PsycINFO, 98 en PsycArticles, 28 en PubMed y 28 en Scopus. Para la tercera, se encontraron 1 resultados en PsycINFO, 11 en PsycArticles, 0 en PubMed y 1 en Scopus. Finalmente, para la cuarta se encontraron 26, 71, 18 y 13, respectivamente. Obteniendo un total de 640 resultados, de los cuales, después de haber pasado por un cribado de registros duplicados, se seleccionaron únicamente los que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

Las ecuaciones de búsqueda y los resultados obtenidos en las bases de datos se resumen en la [Tabla 1](#).

Todos estos datos fueron registrados Zotero, para organizar los estudios y que fuese más sencillo el proceso de filtrado y de selección de los artículos finalmente incluidos en el presente trabajo, considerando los criterios de inclusión y exclusión.

**Tabla 1.***Ecuaciones de búsqueda en las bases de datos y resultados*

| Ecuación de búsqueda                                                                      | Bases de datos | Resultados (N) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|
| ("Self determination theory") AND ("Eating disorders")                                    | PubMed         | 45             |
|                                                                                           | Scopus         | 64             |
|                                                                                           | PsycInfo       | 79             |
|                                                                                           | PsycArticles   | 123            |
| ("Self determination theory") AND ("Eating disorders") AND ("Treatment")                  | PubMed         | 28             |
|                                                                                           | Scopus         | 28             |
|                                                                                           | PsycInfo       | 35             |
|                                                                                           | PsycArticles   | 98             |
| ("Self determination theory") AND ("Eating disorders") AND ("Parenting styles")           | PubMed         | 0              |
|                                                                                           | Scopus         | 1              |
|                                                                                           | PsycInfo       | 1              |
|                                                                                           | PsycArticles   | 11             |
| ("Self determination theory") AND ("Eating disorders") AND ("Autonomy") AND ("Treatment") | PubMed         | 18             |
|                                                                                           | Scopus         | 13             |
|                                                                                           | PsycInfo       | 26             |
|                                                                                           | PsycArticles   | 71             |
|                                                                                           | Total          | 640            |

## **Análisis de Información**

Tras la recopilación, clasificación y elección de los artículos científicos finalmente incluidos, se llevó a cabo una lectura completa de estos para su posterior análisis.

En primer lugar, se recogieron las características más relevantes de cada estudio en la [Tabla 3](#), donde se recoge el autor/es (año), el objetivo de la investigación, la muestra, el tipo de TCA y los instrumentos y el tratamiento utilizados.

En la presente revisión se realizó una síntesis narrativa y descriptiva de los estudios incluidos, con el objetivo de integrar los hallazgos sobre la motivación autónoma y controlada en el tratamiento de los TCA. Se extrajeron como variables principales la motivación autónoma y controlada, la adherencia o abandono del tratamiento y la evolución de los síntomas alimentarios (resultados terapéuticos). La integración de la información se llevó a cabo describiendo la relación entre estas variables en cada estudio e indicando la significación estadística de las asociaciones encontradas. Con el fin de identificar, de manera visual, patrones comunes entre los estudios en cuanto al papel de la motivación en la evolución y eficacia del tratamiento, se elaboraron la [Tabla 4](#) y la [Tabla 5](#).

## **Resultados**

### **Proceso de identificación y selección de los estudios**

Tal como se ha mencionado anteriormente, el proceso seguido para llevar a cabo esta revisión sistemática se ha fundamentado en las directrices de la guía PRISMA (Page et al., 2021), cuyo objetivo es aportar transparencia y rigor en la búsqueda de la evidencia científica y el análisis de los resultados.

En primer lugar, se llevó a cabo la fase de identificación explicada anteriormente, en el procedimiento de búsqueda, para después pasar a la fase de cribado.

La primera fase del filtrado consistió en la eliminación de aquellos artículos que se encontraban duplicados ( $n = 411$ ), posteriormente se pasó a la fase de cribado de artículos donde se cribaron 229 artículos, teniendo en cuenta los criterios de inclusión citados anteriormente; dejando como resultado un total de 35 artículos para decidir su elegibilidad.

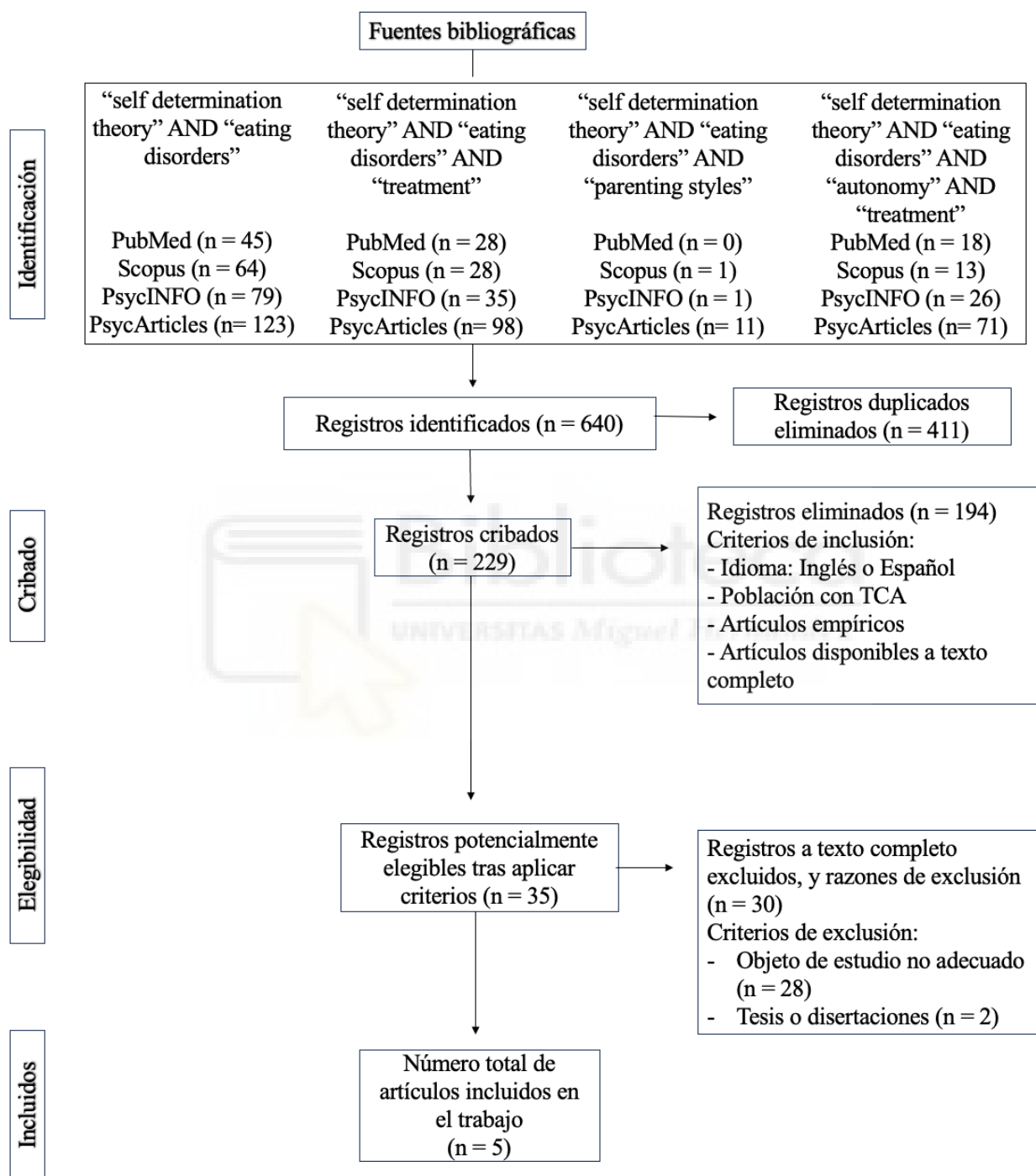
En la segunda fase de filtrado, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios para la exclusión de los artículos: tesis o disertaciones y artículos que no cumplieran el criterio de un objeto de estudio adecuado para nuestro análisis. Finalmente se incluyeron un total de 5 artículos para analizar.

El procedimiento seguido en la selección de artículos se puede observar en el diagrama de flujo que aparece en la [Figura 1](#).



**Figura 1.**

*Diagrama de flujo sobre el proceso de selección de los artículos científicos*



### **Análisis de la calidad de los estudios**

Los estudios incluidos en esta revisión son ensayos clínicos no aleatorizados bien realizados y con poco riesgo de sesgo, lo que los sitúa dentro del nivel 1 de evidencia según los criterios SIGN. La mayor parte de los estudios presentan una buena calidad metodológica, con un diseño adecuado, tamaños de muestra apropiados, instrumentos de evaluación fiables y con variables bien definidas y buen control de las mismas, lo cual permitió clasificarlos mayoritariamente como nivel 1+. Sin embargo, el estudio de (Thaler et al., 2016) mostró limitaciones metodológicas y pérdidas de datos elevadas, lo que hace que se clasifique en nivel 1-.

Por tanto, los grados de recomendación derivados de esta evidencia se sitúan principalmente en grado B y grado C, debido al tipo de diseño y a la consistencia de los resultados. La clasificación de los estudios según los criterios de esta herramienta se muestra en la [Tabla 2](#).

**Tabla 2.***Análisis de calidad de los estudios según los criterios SIGN*

| Estudio                  | Nivel de evidencia | Grado de recomendación | Justificación                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------|--------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Carter & Kelly, (2015)   | 1+                 | B                      | Estudio prospectivo longitudinal. Control estadístico de variables y análisis de datos faltantes. Tamaño de muestra razonable. Instrumentos con buena fiabilidad.                                                                    |
| Gumz et al., (2018)      | 1+                 | B                      | Estudio longitudinal prospectivo. Análisis estadístico avanzado con buen ajuste. Instrumentos de evaluación validados.                                                                                                               |
| Mansour et al., (2012)   | 1+                 | B                      | Estudio prospectivo observacional, con tamaño de muestra adecuado. Diagnóstico estructurado y uso de instrumentos validados. Control estadístico de variables de confusión y análisis jerárquico robusto. Seguimiento a largo plazo. |
| Thaler et al., (2016)    | 1-                 | C                      | Estudio observacional prospectivo, con criterios de inclusión claros e instrumentos validados. Presenta limitaciones en el control de factores de confusión y hay pérdida de datos (<50%).                                           |
| Sansfaçon et al., (2018) | 1+                 | B                      | Estudio longitudinal prospectivo, con tamaño muestral amplio. Análisis estadístico avanzado. Instrumentos de evaluación fiables. Seguimiento longitudinal con múltiples puntos temporales. Control de variables relevantes.          |

### Características descriptivas de los estudios

En la [Tabla 3](#) se muestran las características sociodemográficas de la muestra utilizada en los artículos, de las que podemos destacar varios puntos. La muestra total de los artículos es de 1278 participantes, teniendo estos estudios muestras totales de entre 80 a 770, aunque la mayoría tienen muestras entorno a 100 participantes. La mayor parte de los estudios utilizan muestras con población femenina, siendo esta de 1254 participantes femeninos y 24 masculinos. Por tanto, la muestra se encuentra muy desequilibrada en cuanto a género, aunque es consistente con la prevalencia que existe en hombres y en mujeres en estos trastornos. En cuanto a la edad, podemos observar que los participantes tenían edades medias entre los 26 y los 28 años aproximadamente, por lo que en este sentido la muestra es homogénea. Con respecto al tipo de Trastorno de la Conducta Alimentaria, podemos observar que, todos los estudios presentan muestra de pacientes con anorexia nerviosa, incluyendo también la de tipo restrictivo y la de tipo atracones-purgas, la mayoría tienen muestra con bulimia nerviosa y en algunos también recogen muestra de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

En cuanto a los instrumentos utilizados, los estudios usaron principalmente el Examen de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDE-Q; Fairburn & Beglin, 1994) para medir la gravedad de los síntomas alimentarios en cuatro esferas: restricción, preocupaciones por el peso, preocupaciones por la figura y preocupaciones por la alimentación. Aunque, algunos estudios también utilizaron otras pruebas como el Cuestionario de Proceso de Cambio para Pacientes con Anorexia Nerviosa (CPQ-AN; Gumz et al., 2015), para evaluar los factores que influyen en el proceso de cambio de estos pacientes, midiendo, las cogniciones y comportamientos específicos de AN, la satisfacción de las necesidades básicas, la implicación y compromiso emocional, y la

alianza y confianza en el tratamiento; y la Prueba de Actitudes Alimentarias (EAT-26; Garner et al., 1982), que sirve para medir la gravedad general de los síntomas y actitudes alimentarias. Con el fin de medir los niveles de motivación todos los estudios, excepto uno, utilizaron el Cuestionario de Motivación Autónoma y Controlada (ACMTQ; Zuroff et al., 2007), el cual es una autoevaluación para determinar el nivel de motivación autónoma y controlada. Además, también se utilizaron otros cuestionarios para medir sintomatología depresiva y ansiosa, autoestima, autocompasión, vergüenza, apoyo social, actitudes alimentarias, identificación con el comportamiento y síntomas, etc.



**Tabla 3.***Características descriptivas de los artículos científicos utilizados para la revisión*

| Autor/es<br>(año)      | Objetivo                                                                                                                                                                                                                                                 | Muestra                                                                                            | Tipo de TCA                                           | Instrumentos y tratamiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Carter & Kelly, (2015) | Identificar predictores basales de la ACMT en una muestra transdiagnóstica de trastornos alimentarios y examinar si la ACMT al inicio predijo cambios en la psicopatología del trastorno alimentario durante el tratamiento                              | N = 97<br>94♀; 3♂<br>EM = $28 \pm 9,6$ años<br><br>IMC base medio = $21 \pm 5,5$ kg/m <sup>2</sup> | AN, AN-R, AN-BP, BN, TANE<br><br>Criterios: DSM-IV-TR | Instrumentos: EDE-Q, ACMTQ, BDI, RSE, Escala de Autocompasión, ESS, SPS<br>Los completaron al inicio del tratamiento y después, en la semana 3, 6, 9 y 12 de tratamiento.<br>Tratamiento: Pacientes hospitalizados realizaban TCC y DBT en terapia grupal.                                                                                                      |
| Gumz et al., (2018)    | Investigar las interrelaciones entre los factores generales del proceso de cambio: IMC y las cogniciones y conductas específicas de AN de manera exploratoria a lo largo de tratamientos cognitivo-conductuales para pacientes adultos internados con AN | N = 176 ♀<br>EM = $27,1 \pm 8,9$ años<br><br>IMC base medio = $15,0 \pm 1,6$ kg/m <sup>2</sup>     | AN-R, AN-BP<br><br>Criterios: DSM-IV                  | Instrumentos: CPQ-AN. Con 4 subescalas: AN-CB; BSN; IC; A-TC.<br>Lo completaron al ingreso, al alta y semanalmente.<br>Medidas de altura y peso para calcular IMC<br>Evolución longitudinal en 3 momentos:<br>T0: primera evaluación<br>T1: evaluación a mitad de tratamiento<br>T2: última evaluación<br>Tratamiento: Pacientes hospitalizados realizaban TCC. |
| Mansour et al., (2012) | Determinar si la motivación autónoma predecía mejores respuestas al tratamiento, reduciendo la sintomatología, en personas con trastornos alimentarios                                                                                                   | N = 155 ♀<br><br>EM = $27,39 \pm 8,17$ años                                                        | AN-BP, BN, TANE<br><br>Criterios: DSM-IV-TR           | Instrumentos: EDE-Q, ACMTQ, CES-D, BASIS-32<br>Completaron los cuestionarios antes del tratamiento (semana 0) y después del tratamiento (semana 16).                                                                                                                                                                                                            |

| Autor/es<br>(año)        | Objetivo                                                                                                                                                                                                                                                          | Muestra                                                                                                            | Tipo de TCA                          | Instrumentos y tratamiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                    |                                      | Tratamiento: Realizaban tratamiento multimodal tanto individual como grupal. Combina elementos de psicoeducación, psicodinámica, TCC, DBT, TIP                                                                                                                                                                                                                                       |
| Thaler et al.,<br>(2016) | Explorar el efecto de la motivación autónoma y controlada en los resultados de los pacientes sometidos a tratamiento hospitalario para la AN                                                                                                                      | N = 80 ♀<br>EM = 26,89 ± 10,98 años<br><br>IMC base medio = 17,5 o menos                                           | AN-R, AN-BP                          | Instrumentos: EDE-Q, ACMTQ, EAT-26, BASIS-32<br><br>Tratamiento: Pacientes hospitalizados realizaban TCC, MCAP y terapias psicoeducativas.                                                                                                                                                                                                                                           |
| Sansfaçon et al., (2018) | Examinar prospectivamente los efectos de la motivación autónoma y controlada, previa al tratamiento sobre:<br>- Las trayectorias de cambio de los síntomas de los trastornos alimentarios durante el tratamiento<br>- La probabilidad de abandono del tratamiento | N = 770 adultos con TCA<br>n= 216 AN<br>n = 282 BN<br>n= 272 TECA<br><br>21 ♂; 749 ♀<br><br>EM = 28,28 ± 9,71 años | AN, BN, TECA<br><br>Criterios: DSM-5 | Instrumentos: EDE-Q, ACMTQ<br>Completaron los cuestionarios en 3 momentos:<br>T1: inicio del tratamiento<br>T2: final del tratamiento<br>T3: 2 y 12 meses después de la terapia inicial<br><br>Tratamiento: Realizaban tratamiento ambulatorio combinando terapia individual y grupal.<br><br>Es estandarizado, con elementos de psicoeducación, apoyo a la autonomía, TCC, DBT, TIP |

*Nota.* **ACMT:** Motivación autónoma y controlada para el tratamiento; **ACMTQ:** Cuestionario de Motivaciones Autónomas y Controladas para el Tratamiento; **AN:** Anorexia Nerviosa; **AN-BP:** Anorexia Nerviosa de tipo atracones-purgas; **AN-CB:** Cogniciones y comportamientos específicos de AN; **AN-R:** Anorexia Nerviosa de tipo restrictivo; **A-TC:** Alianza y confianza en el tratamiento; **BASIS-32:** Escala de Identificación de Conducta y Síntomas; **BDI:** Inventario de Depresión de Beck; **BN:** Bulimia Nerviosa; **BSN:** Satisfacción de necesidades básicas; **CES-D:** Escala de Depresión del centro de Estudios Epidemiológicos; **CPQ-AN:** Cuestionario de

Proceso de Cambio para Pacientes con AN; **DBT**: Terapia Dialéctico-Conductual; **EAT-26**: Prueba de Actitudes Alimentarias- 26; **EDE-Q**: Cuestionario de Examen de Trastornos de la Conducta Alimentaria; **EM**: Edad Media; **ESS**: Escala de experiencias de vergüenza; **IC**: Implicación y compromiso emocional; **IMC**: Índice de Masa Corporal; **MCAP**: Manejo clínico de apoyo especializado; **RSE**: Escala de Autoestima de Rosenberg; **SPS**: Escala de Prestaciones Sociales; **TANE**: Trastorno de la conducta alimentaria no especificado; **TCA**: Trastorno de la Conducta Alimentaria; **TCC**: Terapia Cognitivo-Conductual; **TECA**: Otro Trastorno Alimentario Específico; **TIP**: Terapia Interpersonal



En su estudio Carter & Kelly, (2015) tuvo como objetivo identificar los predictores basales de la motivación autónoma y controlada para el tratamiento (ACMT) en una muestra transdiagnóstica de trastornos alimentarios y examinar si la ACMT inicial predijo cambios en la psicopatología alimentaria. Para ello utilizaron una muestra de 97 pacientes (94 mujeres y 3 hombres) con diferentes tipos de TCA (AN, AN-R, AN-BP, BN, TANE) diagnosticados según criterios del DSM-IV-TR. Se evaluó la gravedad de los síntomas alimentarios con el EDE-Q, y la motivación autónoma y controlada mediante el ACMTQ; también midieron depresión, autoestima, autocompasión, vergüenza y apoyo social. Las evaluaciones se completaron al inicio del tratamiento y en las semanas 3, 6, 9 y 12 de tratamiento. Los pacientes estaban hospitalizados y recibían TCC y DBT en formato grupal.

Gumz et al., (2018) tuvieron como objetivo investigar las interrelaciones entre los factores generales del proceso de cambio: IMC y las cogniciones y conductas específicas de AN a lo largo de tratamientos cognitivo-conductuales para pacientes adultos hospitalizados. Su muestra fue de 176 mujeres con AN-R y AN-BP, diagnosticadas según DSM-IV. Como instrumento principal utilizaron el Cuestionario de Proceso de Cambio para Pacientes con AN (CPQ-AN), que tiene 4 subescalas. Lo completaron al ingreso, al alta y semanalmente, así se realizó una evolución longitudinal en 3 momentos, al inicio (T0), a mitad de tratamiento (T1) y al final (T2). Todas las pacientes hospitalizadas recibieron TCC.

Mansour et al., (2012) pretendían determinar si la motivación autónoma predecía mejores respuestas al tratamiento, reduciendo la sintomatología, en personas con trastornos alimentarios. Su muestra fue de 155 mujeres con AN-BP, BN, TANE según los criterios del DSM-IV-TR. Como instrumentos de evaluación utilizaron el EDE-Q, ACMTQ, CES-D, BASIS-32. Completaron los cuestionarios antes del tratamiento y después del tratamiento. Los pacientes

recibieron un tratamiento multimodal tanto individual como grupal, combinando elementos de psicoeducación, psicodinámica, TCC, DBT y TIP.

Thaler et al., (2016) querían explorar el efecto de la motivación autónoma y controlada en los resultados de los pacientes sometidos a tratamiento hospitalario para la AN, con una muestra de 80 mujeres con AN-R, AN-BP. Para su evaluación utilizaron el EDE-Q, ACMTQ, EAT-26, BASIS-32. Los pacientes hospitalizados realizaban TCC, MCAP y terapias psicoeducativas.

El estudio de Sansfaçon et al., (2018) se examinaron los efectos de la motivación autónoma y controlada, previa al tratamiento sobre la evolución de los síntomas de los trastornos alimentarios durante el tratamiento y la probabilidad de abandono del tratamiento. Su muestra fue de 770 adultos con TCA (AN, BN, TECA) diagnosticados según DSM-5. Se evaluaron los síntomas y la motivación mediante el EDE-Q y el ACMTQ, en tres momentos: al inicio del tratamiento (T1), al final (T2) y seguimiento a los 2 y 12 meses después (T3). El tratamiento fue ambulatorio combinando terapia individual y grupal, con elementos de psicoeducación, apoyo a la autonomía, TCC, DBT, TIP.

### **Influencia de la motivación en los resultados del tratamiento**

Los resultados de los estudios analizados para esta revisión indican que la motivación autónoma previa al tratamiento constituye un predictor importante de mejores resultados terapéuticos en pacientes con TCA.

Carter & Kelly, (2015) en sus resultados hallaron que una mayor motivación autónoma inicial fue predictor significativo de mejores resultados en la puntuación global y en algunas subescalas del EDE-Q, en concreto, aquellas que tienen que ver con los componentes cognitivo-emocionales del trastorno como son la preocupación por la comida, por el peso y la figura ( $p < 0.01$ ), pero no predijo cambios en la subescala de restricción. Además, estos pacientes

mejoraron significativamente más rápido en la psicopatología general del TCA ( $p < 0.001$ ). Sin embargo, en cuanto al IMC ni la motivación autónoma ni la controlada predijeron cambios en esta variable. Por su parte, la motivación controlada no muestra valor predictivo en cuanto a la mejoría en los resultados del tratamiento.

En su estudio, Thaler et al., (2016) descubrieron que, en pacientes con anorexia nerviosa, la motivación autónoma previa al tratamiento fue un predictor significativo de la disminución en la gravedad de los síntomas de TCA a lo largo del tratamiento, reflejada en la puntuación global de EDE-Q ( $p < 0.05$ ); así como de la reducción de actitudes alimentarias desadaptativas, medidas mediante el EAT-26 ( $p < 0.05$ ). No obstante, no se identificó como predictor del aumento del IMC. Por su parte, la motivación controlada inicial no mostró un valor predictivo significativo respecto a los principales resultados evaluados, aunque se observó una tendencia hacia peores resultados, esta no alcanzó significación estadística.

Mansour et al., (2012) encontraron que la motivación autónoma inicial predijo la reducción de las preocupaciones cognitivas del TCA, observado en las puntuaciones de las subescalas del EDE-Q de preocupación por la alimentación, la forma y el peso ( $p < 0.05$ ), además de la reducción significativa de los atracones ( $p < 0.05$ ), aunque no predijo la reducción de los vómitos.

Sansfaçon et al., (2018) encontraron que los participantes con mayor motivación autónoma tenían puntuaciones totales del EDE-Q más bajas en comparación con los participantes con puntuaciones de motivación autónoma más bajas ( $p < 0.005$ ), tanto al inicio del tratamiento como al final. Sin embargo, la motivación autónoma no se asoció con cambios diferenciales a largo plazo (T3). En cuanto a la motivación controlada, en participantes con puntuaciones más altas en motivación controlada obtuvieron puntuaciones más altas en EDE-Q al inicio del

tratamiento ( $p < 0.001$ ), aunque esta no moderó significativamente los cambios en el tiempo 2 ni en el 3, por lo que la motivación controlada se asoció con una mayor gravedad del TCA antes de la intervención, pero no predijo la evolución de los síntomas.

En su caso, Gumz et al., (2018) encontraron que mayor motivación autónoma inicial influyó significativamente en las cogniciones y conductas específicas de la AN al final del tratamiento ( $p < 0.05$ ). Además, una mayor motivación autónoma facilitó la recuperación del IMC durante la primera mitad del tratamiento ( $p < 0.01$ ), aunque no influyó significativamente en su recuperación al final de este.

El resumen de la evidencia del valor predictivo de la motivación en los resultados del tratamiento se muestra en la [Tabla 4](#). La totalidad de los estudios revisados señala que la motivación autónoma predice cambios en las cogniciones asociadas al trastorno. No obstante, únicamente tres indican que esta también predice modificaciones en las conductas asociadas. En relación con la predicción de cambios en el IMC, solo Gumz et al., (2018) encuentra una asociación significativa con la motivación autónoma, mientras que los otros dos no observan variaciones en este aspecto atribuibles a dicha variable. Por su parte, ningún estudio identifica una relación significativa entre la motivación controlada y los cambios en las cogniciones o conductas asociadas al trastorno o el IMC.

**Tabla 4.***Valor predictivo de la motivación en los resultados del tratamiento*

|                                                                                           | Carter<br>&<br>Kelly,<br>(2015) | Thaler<br>et al.,<br>(2016) | Mansour<br>et al.,<br>(2012) | Sansfaçon<br>et al.,<br>(2018) | Gumz<br>et al.,<br>(2018) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| ¿Predice la <i>motivación autónoma</i> cambios en las cogniciones del trastorno?          | SI                              | SI                          | SI                           | SI                             | SI                        |
| ¿Predice la <i>motivación autónoma</i> cambios en las conductas asociadas al trastorno?   | NO                              | SI                          | SI/NO                        | -                              | SI                        |
| ¿Predice la <i>motivación autónoma</i> cambios en el IMC?                                 | NO                              | NO                          | -                            | -                              | SI                        |
| ¿Predice la <i>motivación controlada</i> cambios en las cogniciones del trastorno?        | NO                              | NO                          | -                            | NO                             | -                         |
| ¿Predice la <i>motivación controlada</i> cambios en el IMC?                               | NO                              | NO                          | -                            | -                              | -                         |
| ¿Predice la <i>motivación controlada</i> cambios en las conductas asociadas al trastorno? | NO                              | NO                          | -                            | -                              | -                         |

**Influencia de la motivación en la adherencia al tratamiento**

En cuanto a la relación entre la motivación y la adherencia al tratamiento, los resultados obtenidos muestran variabilidad entre estudios.

Thaler et al., (2016) comprobaron en su estudio si existían diferencias motivacionales iniciales entre los pacientes que completaron el tratamiento y aquellos que lo abandonaron. Los resultados indicaron que no existían diferencias significativas entre ambos grupos en la motivación inicial. Asimismo, se compararon los niveles de motivación inicial entre quienes

entregaron el cuestionario post-tratamiento y quienes no lo hicieron, sin hallarse diferencias significativas ni en la motivación autónoma ni en la controlada.

Sansfaçon et al., (2018) hallaron que el grupo que abandonó el tratamiento tenía una motivación autónoma significativamente menor que los grupos que si lo completaron ( $p < 0.05$ ) y que una mayor motivación autónoma se asoció con una menor probabilidad de abandonar el tratamiento. Por el contrario, la motivación controlada no se asoció con la probabilidad de abandonar.

Además, en su estudio Mansour et al., (2012) no encontraron diferencias significativas en motivación inicial autónoma y controlada entre el grupo que completó el tratamiento y el grupo que lo abandonó, por lo que, en su investigación, la motivación no predijo el abandono al tratamiento. No obstante, la motivación autónoma previa al tratamiento predijo la probabilidad de participar en el seguimiento, ya que los individuos con mayores niveles iniciales de motivación autónoma pertenecían al grupo que devolvió los cuestionarios postratamiento ( $p < 0.05$ ).

Los resultados relativos a la adherencia al tratamiento se presentan en la [Tabla 5](#). Tal como se observa, no existe una conclusión clara si observamos en conjunto los resultados de los estudios que analizan esta variable. Únicamente el estudio de Sansfaçon et al., (2018) identifica diferencias motivacionales significativas entre el grupo que abandonó el tratamiento de forma precoz y el que lo completó. Los autores señalan que la motivación autónoma inicial fue un predictor significativo del abandono terapéutico, siendo aquellos que tenían niveles más bajos de motivación autónoma quienes abandonaron el tratamiento. Por el contrario, los estudios de Thaler et al., (2016) y Mansour et al., (2012) no hallaron diferencias motivacionales entre quienes abandonaron el tratamiento y quienes lo continuaron. Sin embargo, Mansour et al.,

(2012) sí encontraron diferencias motivacionales al analizar la asistencia a la evaluación postratamiento, observando que, los participantes que la completaron presentaban niveles más elevados de motivación autónoma inicial.

**Tabla 5.**

*Resultados sobre la influencia de la motivación en la adherencia al tratamiento*

|                                                                                                                | Carter<br>&<br>Kelly,<br>(2015) | Thaler<br>et al.,<br>(2016) | Mansour<br>et al.,<br>(2012) | Sansfaçon<br>et al.,<br>(2018) | Gumz<br>et al.,<br>(2018) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| ¿Encontraron diferencias motivacionales entre el grupo que abandonó y el que no abandonó el tratamiento?       | -                               | NO                          | NO                           | SI                             | -                         |
| ¿Encontraron diferencias motivacionales entre el grupo que entregó el cuestionario postratamiento y el que no? | -                               | NO                          | SI                           | -                              | -                         |

## Discusión

En vista de todo lo expuesto anteriormente, los resultados de la presente revisión indican que la motivación autónoma forma un predictor consistente de cambios en las cogniciones asociadas al trastorno, lo que sugiere que cuando el compromiso con el tratamiento se basa en razones internalizadas y autodeterminadas, se favorecen procesos de reestructuración cognitiva. Este hallazgo se encuentra de acuerdo con la teoría de la autodeterminación que apoya la idea de que la motivación basada en razones personales, internas y autodeterminadas favorece mejores resultados terapéuticos (Deci & Ryan, 1985).

No obstante, el impacto de la motivación autónoma sobre cambios conductuales y sobre el IMC resulta menos concluyente. Una menor consistencia de cambios conductuales y físicos podría explicarse por el hecho de que, aunque los pacientes presenten niveles elevados de motivación, pueden mostrar resistencia a cambiar aspectos sobre los que tienen un control directo, como las conductas alimentarias (Carter & Kelly, 2015). La ausencia de asociación significativa entre la motivación y el IMC podría explicarse por el hecho de que, todas las participantes estaban incluidas en un programa terapéutico altamente estructurado, lo que reduce la posibilidad de variabilidad en este indicador y, en consecuencia, limita la oportunidad de detectar diferencias, en esta variable, atribuibles a los niveles de motivación (Thaler et al., 2016).

Por el contrario, la evidencia no atribuye a la motivación controlada un poder predictor de cambios en los resultados del tratamiento.

La teoría de la autodeterminación afirma que la motivación autónoma es un factor protector y la motivación controlada no facilita el cambio clínico (Deci & Ryan, 1985). En este sentido, nuestros resultados respaldarían esta teoría parcialmente, tan solo en la parte de la motivación autónoma. El hecho de que la motivación controlada no sea un factor de peor

pronóstico terapéutico se podría explicar ya que, intervenciones más restrictivas como la hospitalización, son eficaces y podría anular los efectos de la motivación controlada (Sansfaçon et al., 2018).

En relación con la adherencia terapéutica, los resultados muestran variabilidad entre estudios. Algunos trabajos no encontraron diferencias motivacionales entre quienes abandonaron y quienes completaron el tratamiento, mientras que otros identificaron que niveles bajos de motivación autónoma inicial se asociaron con mayor probabilidad de abandono y menor participación en evaluaciones posteriores. Estos hallazgos sugieren que la motivación autónoma podría desempeñar un papel relevante en la persistencia terapéutica, aunque se requiere un mayor desarrollo empírico en este ámbito que permita confirmar estos hallazgos y establecer conclusiones más sólidas al respecto.

Esta revisión cuenta con una serie de limitaciones. En primer lugar, la cantidad de evidencia disponible en este ámbito es escasa y esta presenta algunas limitaciones metodológicas, por lo que la interpretación de estos hallazgos debe realizarse con cautela.

No obstante, también podemos destacar algunas fortalezas, ya que esta revisión contribuye a sintetizar la evidencia disponible y favorecer la generalización de los hallazgos en el ámbito de los TCA.

Futuras investigaciones podrían examinar diferencias según el subtipo diagnóstico o la etapa evolutiva del paciente. También sería interesante analizar los factores contextuales (interpersonales e intrapersonales) que rodean el desarrollo de la motivación autónoma en personas con TCA. Realizar estudios longitudinales para analizar si las relaciones observadas persisten en el tiempo o tener en cuenta la manera en que evoluciona la motivación a lo largo del tratamiento y su implicación terapéutica. Asimismo, podrían llevarse a cabo ensayos controlados

aleatorizados en los que se formen dos grupos: uno experimental, al que se le administre una intervención destinada a fomentar la motivación autónoma junto con las terapias basadas en la evidencia, y un grupo control, en el que se apliquen únicamente las terapias basadas en la evidencia. Posteriormente, se compararían los resultados terapéuticos obtenidos en ambos grupos, con el fin de evaluar el impacto añadido de la intervención sobre la motivación.

### **Implicaciones clínicas**

Estos resultados destacan la importancia de valorar y promover la motivación autónoma desde el inicio del tratamiento, integrando intervenciones dirigidas a reforzar la autodeterminación y el compromiso con el tratamiento como elementos esenciales en la intervención con pacientes con TCA.

Actualmente, los tratamientos para los trastornos alimentarios se centran, principalmente, en la sintomatología cognitiva y conductual del trastorno, utilizando como terapia de elección la TCC. A pesar de que esta cuenta con una sólida evidencia de eficacia para estos trastornos, todavía existen ciertas lagunas en relación con los factores que modulan la respuesta al tratamiento, ya que no se conoce con precisión qué variables influyen en que algunos pacientes se beneficien más de la TCC que otros (Waller & Beard, 2024). Por ello, podría ser interesante integrar en el tratamiento estrategias específicas destinadas a potenciar la autodeterminación, ya que los resultados de los estudios sugieren que la motivación autónoma puede ser un predictor importante de la respuesta al tratamiento.

Tal y como afirman Mansour et al., (2012), una manera de avanzar en este propósito podría ser la inclusión de la entrevista motivacional (EM), propuesta por Miller & Rollnick, (2002) a partir de su experiencia clínica con pacientes que presentaban dificultades interpersonales y problemas de abuso de sustancias, como parte habitual del tratamiento de los

TCA. Diversos autores han destacado la convergencia entre la TAD y la EM, ya que esta intervención promueve especialmente el desarrollo de la autonomía y la percepción de eficacia personal (Ryan & Deci, 2008; Vansteenkiste & Sheldon, 2006).

### **Conclusión**

En conclusión, los resultados de la presente revisión respaldan la necesidad de fomentar la motivación autónoma como parte de los programas de intervención de los trastornos alimentarios. Promover procesos de internalización, favorecer la percepción de la autonomía y reducir dinámicas basadas en la presión externa podría contribuir no solo a facilitar los cambios terapéuticos, sino también a potenciar la implicación activa del paciente durante el tratamiento.

No obstante, es necesario continuar investigando en este ámbito de conocimiento, ya que la evidencia disponible es limitada y esta presenta algunas limitaciones metodológicas.

Profundizar en este ámbito contribuirá a optimizar las intervenciones terapéuticas, así como desarrollar modelos de tratamiento más ajustados a los procesos psicológicos implicados en los mecanismos que subyacen y mantienen los trastornos.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition Text Revision DSM-5-TR™*.
- Cooke, A. N., Fielding, K. S., & Louis, W. R. (2016). Environmentally active people: The role of autonomy, relatedness, competence and self-determined motivation. *Environmental Education Research*, 22(5), 631-657. <https://doi.org/10.1080/13504622.2015.1054262>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2271-7>
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *The International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363-370.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871-878. <https://doi.org/10.1017/s0033291700049163>
- Gumz, A., Kästner, D., Raczka, K. A., Weigel, A., Osen, B., Rose, M., Meyer, B., Wollburg, E., Voderholzer, U., Karacic, M., Vettorazzi, E., & Löwe, B. (2015). Aggregating factors of the change process in the treatment of anorexia nervosa. *Eating Behaviors*, 19, 81-85. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.06.002>
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy Research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(Volume 3, 2007), 1-27. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>

- Liu, K., Gao, R., Kuang, H., E, R., Zhang, C., & Guo, X. (2025). Global, regional, and national burdens of eating disorder in adolescents and young adults aged 10-24 years from 1990 to 2021: A trend analysis. *Journal of Affective Disorders*, 388, 119596.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119596>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change, 2nd ed* (pp. xx, 428). The Guilford Press.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: Una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799.  
<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- Ryan, R. M., Deci, E. L., & Grolnick, W. S. (1995). Autonomy, relatedness, and the self: Their relation to development and psychopathology. En *Developmental psychopathology, Vol. 1: Theory and methods* (pp. 618-655). John Wiley & Sons.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.  
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). A self-determination theory approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 49(3), 186-193. <https://doi.org/10.1037/a0012753>

- Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P., Pataki, C. S., & Sussman, N. (2015). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 11e*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2025). *SIGN 50: A guideline developer's handbook*. [www.sign.ac.uk](http://www.sign.ac.uk)
- Steiger, H., Jooper, R., Gauvin, L., Bruce, K. R., Richardson, J., Israel, M., Anestin, A. S., & Groleau, P. (2008). Serotonin-system polymorphisms (5-HTTLPR and -1438G/A) and responses of patients with bulimic syndromes to multimodal treatments. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(10), 1565-1571. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n1006>
- Vansteenkiste, M., & Sheldon, K. M. (2006). There's nothing more practical than a good theory: Integrating motivational interviewing and self-determination theory. *The British Journal of Clinical Psychology*, 45(Pt 1), 63-82. <https://doi.org/10.1348/014466505X34192>
- Waller, G., & Beard, J. (2024). Recent Advances in Cognitive-Behavioural Therapy for Eating Disorders (CBT-ED). *Current Psychiatry Reports*, 26(7), 351-358. <https://doi.org/10.1007/s11920-024-01509-0>
- Williams, G. C., Grow, V. M., Freedman, Z. R., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (1996). Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(1), 115-126. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.70.1.115>
- Williams, G. C., Rodin, G. C., Ryan, R. M., Grolnick, W. S., & Deci, E. L. (1998a). Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatients. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 17(3), 269-276. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.17.3.269>

- Williams, G. C., Freedman, Z. R., & Deci, E. L. (1998b). Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care*, 21(10), 1644-1651.  
<https://doi.org/10.2337/diacare.21.10.1644>
- Williams, G. C., McGregor, H. A., Sharp, D., Levesque, C., Kouides, R. W., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2006). Testing a self-determination theory intervention for motivating tobacco cessation: Supporting autonomy and competence in a clinical trial. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 25(1), 91-101.  
<https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.1.91>
- Wollburg, E., Meyer, B., Osen, B., & Löwe, B. (2013). Psychological change mechanisms in anorexia nervosa treatments: How much do we know? *Journal of Clinical Psychology*, 69(7), 762-773.  
<https://doi.org/10.1002/jclp.21945>
- Zuroff, D., Koestner, R., Moskowitz, D., McBride, C., Marshall, M., & Bagby, R. (2007). Autonomous motivation for therapy: A new common factor in brief treatments for depression. *Psychotherapy Research*, 17, 137-147. <https://doi.org/10.1080/10503300600919380>
- Zuroff, D. C., Koestner, R., Moskowitz, D. S., McBride, C., & Bagby, R. M. (2012). Therapist's Autonomy Support and Patient's Self-Criticism Predict Motivation during Brief Treatments for Depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31(9), 903-932.  
<https://doi.org/10.1521/jscp.2012.31.9.903>

## Apéndices

### Anexo 1.



#### INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)

Elche, a 17/02/2026

|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del tutor/a                        | Elisa Huéscar Hernández                                                                                                                                                                                                                               |
| Nombre del alumno/a                       | Ana Torres Gargallo                                                                                                                                                                                                                                   |
| Tipo de actividad                         | Sin implicaciones ético-legales                                                                                                                                                                                                                       |
| Título del 2. TFM (Trabajo Fin de Máster) | Cómo influye la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas en la adherencia y resultado del tratamiento en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una revisión sistemática bajo el marco de la Teoría de la Autodeterminación |
| Evaluación de riesgos laborales           | No solicitado/No procede                                                                                                                                                                                                                              |
| Evaluación ética humanos                  | No solicitado/No procede                                                                                                                                                                                                                              |
| Código provisional                        | 260107035700                                                                                                                                                                                                                                          |
| Código de autorización COIR               | TFM.MPG.EHH.ATG.260107                                                                                                                                                                                                                                |
| Caducidad                                 | 2 años                                                                                                                                                                                                                                                |

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: **Cómo influye la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas en la adherencia y resultado del tratamiento en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una revisión sistemática bajo el marco de la Teoría de la Autodeterminación** ha sido realizada en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)", habiéndose determinado que no requiere ninguna evaluación adicional. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, **se autoriza** la realización de la presente actividad.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos  
Jefe de la Oficina de Investigación Responsable  
Vicerrectorado de Investigación y Transferencia

**Anexo 2.***Clasificación del nivel de evidencia según la herramienta SIGN*

| Nivel de evidencia | Justificación                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1++                | Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.                                                                                  |
| 1+                 | Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.                                                                                      |
| 1-                 | Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.                                                                                                                      |
| 2++                | Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal. |
| 2+                 | Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.                                                                     |
| 2-                 | Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.                                                                                               |
| 3                  | Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.                                                                                                                                                           |
| 4                  | Opinión de expertos.                                                                                                                                                                                                        |

**Anexo 3.***Clasificación del grado de recomendación según la herramienta SIGN*

| Grado de recomendación | Justificación                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A                      | Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran concordancia entre ellos.  |
| B                      | Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran concordancia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+. |
| C                      | Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran concordancia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+. |
| D                      | Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+.                                                                                                                                                          |