



Psykhe

ISSN: 0717-0297

psykhe@uc.cl

Pontificia Universidad Católica de Chile  
Chile

Besser, María Cecilia; Moncada, Laura  
Proceso Psicoterapéutico Desde la Perspectiva de Terapeutas que Tratan Trastornos Alimentarios:  
Un Estudio Cualitativo  
Psykhe, vol. 22, núm. 1, 2013, pp. 69-82  
Pontificia Universidad Católica de Chile  
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96727476006>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Proceso Psicoterapéutico Desde la Perspectiva de Terapeutas que Tratan Trastornos Alimentarios: Un Estudio Cualitativo

## The Psychotherapeutic Process From the Perspective of Therapists who Treat Eating Disorders: A Qualitative Study

María Cecilia Besser  
Pontificia Universidad Católica de Chile

Laura Moncada  
Universidad de Chile

La presente investigación tuvo como objetivo conocer la evaluación subjetiva de la terapia y el proceso de cambio terapéutico, así como los elementos que lo hacen posible, desde la perspectiva de 8 terapeutas mujeres que trabajan con pacientes mujeres con anorexia nerviosa, tanto en centros especializados como en atención particular. Se utilizó una metodología cualitativa, aplicando entrevistas episódicas, las que fueron analizadas según los fundamentos de la *grounded theory*. Los resultados proponen la existencia de 3 etapas, denominadas psicoeducación, interpretativa y mantención, que estarían contribuyendo a la explicación de la evolución del proceso psicoterapéutico en este tipo de pacientes, así como los factores que estarían facilitando u obstaculizando la consecución de cambios terapéuticos. Entre los facilitadores, se establece la alianza como el factor primordial que promueve el cambio terapéutico, mientras que las características propias de la anorexia, tales como la resistencia al cambio, se presentan como el mayor obstaculizador. Se discuten los hallazgos encontrados a la luz de la proposición de un modelo explicativo del fenómeno.

*Palabras clave:* proceso psicoterapéutico, cambio terapéutico, trastorno alimentario, terapeuta

This study aimed to understand the subjective evaluation of therapy and the process of therapeutic change, as well as the elements that make this possible, from the perspective of 8 women therapists working with patients with anorexia nervosa, both in specialized centers and private practice. A qualitative methodology was applied, using episodic interviews, which were analyzed using the principles of grounded theory. The results suggest the existence of 3 stages that have been labeled psychoeducation, interpretative, and maintenance, which may help to explain the evolution of the psychotherapeutic process in these patients, as well as the factors that facilitate or hinder the achievement of therapeutic changes. Among the facilitators, alliance is established as the primary factor that promotes therapeutic change, while the characteristics of anorexia, such as resistance to change, are presented as the strongest hindering factors. The findings are discussed in light of a proposed explanatory model of the phenomenon.

*Keywords:* psychotherapeutic process, therapeutic change, eating disorders, therapist

Los trastornos alimentarios constituyen en la actualidad cuadros de gran relevancia social, especialmente en la población de más alto riesgo: mujeres jóvenes y adolescentes de países desarrollados o en vías de desarrollo (Peláez, Labrador & Raich, 2005). Se trata de enfermedades psicosomáticas que figuran entre los problemas de salud que se presentan con mayor frecuencia entre los adolescentes y cuya letalidad es la más alta entre los problemas psiquiátricos (Cruzat, Ramírez, Melipillán & Marzolo, 2008). A esto se suma que la incidencia de la anorexia nerviosa

---

María Cecilia Besser Spichiger, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile;  
Laura Moncada Arroyo, Departamento de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

María Cecilia Besser pertenece ahora a la Facultad de Psicología de la Universidad del Desarrollo y a la Escuela de Psicología de la Universidad Católica Silva Henríquez, Santiago, Chile.

Este artículo forma parte de la tesis para optar al Grado de Magíster en Psicología, Mención Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

La correspondencia relativa a este artículo debe ser dirigida a María Cecilia Besser Spichiger, Ricardo Matte Pérez 0347 Depto. 809, Providencia, Santiago, Chile. E-mail: mcbesser@uc.cl

ha aumentado en las últimas décadas, tanto en Chile como en otros países (Maturana, 2003). La prevalencia de los trastornos alimentarios se ha estimado en 0,5-1% de anorexia nerviosa (AN) y 1-3% de bulimia nerviosa (BN), según la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, 2000). En el caso de Chile, la prevalencia se ha estimado en 8,3% en adolescentes escolares (Correa, Zubarew, Silva & Romero, 2006).

El proceso de recuperación de la anorexia es un fenómeno complicado y difícil de entender. Las razones por las cuales algunos pacientes se recuperan completamente mientras que otros continúan o recaen luego de un período de remisión aún no están claras (Federici & Kaplan, 2008). Es frecuente que la anorexia tome un curso crónico durante el cual la remisión es seguida de recaídas, a veces repetidamente (Jáuregui-Lobera & Bolaños-Ríos, 2012).

Por otro lado, los pacientes con trastornos alimentarios tienden a mostrar una elevada resistencia al cambio, por lo que su actitud ante cualquier tipo de tratamiento refleja numerosas ambivalencias y resistencias (Sevillano, 2001).

Los pacientes severamente perturbados, tal como ocurre en el caso de los trastornos alimentarios, se pueden considerar pacientes difíciles, no solo por el tipo de patología que presentan, sino también por las dificultades en su disponibilidad para el tratamiento en general y para el establecimiento de la alianza terapéutica en particular, lo que dificulta la eficacia del proceso (Semerari, 2002).

El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (1983) es un modelo de etapas de cambio que pretende explicar el proceso que el paciente hace para tener la voluntad de tratarse, elemento central para introducir cambios, lo que lo convierte en un enfoque útil en el abordaje psicoterapéutico de estos pacientes (Blake, Turnbull & Treasure, 1997; Ward, Troop, Todd & Treasure, 1996).

Las etapas que proponen Prochaska y DiClemente en su modelo transteórico son: (a) *Pre-contemplación*: antes de que el individuo reconozca que tiene un problema; (b) *Contemplación*: el individuo sabe que tiene un problema, pero no siente la necesidad de resolverlo; (c) *Decisión*: el individuo ha decidido cambiar, pero aún no ha iniciado el cambio; (d) *Acción*: el individuo comienza a trabajar en su conducta y necesita ayuda para alcanzar el cambio deseado y (e) *Mantenimiento*: se alcanza el cambio; la recaída es también una fase dentro de este proceso de cambio.

Diversos estudios han permitido afirmar ampliamente la efectividad de la psicoterapia (Poch & Ávila-Espada, 1998) y han demostrado que distintas variedades de psicoterapias alcanzan una mejoría general de los dos tercios de los pacientes, independientemente tanto de la técnica como de la teoría del cambio, extensión de sesiones e incluso de la experiencia del terapeuta (Figueroa, 1996). En otras palabras, las investigaciones en psicoterapia han mostrado la existencia de factores específicos que se asocian a los aspectos técnicos del enfoque, pero, además, se ha iniciado una línea de investigación que estudia los factores inespecíficos, es decir, aquellos factores que son comunes a todos los enfoques (Opazo, 2001; Strupp, 1995).

El estudio de los factores de cambio inespecíficos o factores comunes (Krause, 1998, Agosto; Krause et al., 2006) intenta descubrir qué factores comunes a los diversos tipos de terapia resultan responsables del cambio. En términos generales, los factores comunes de cambio incluyen condiciones generales de la terapia, tales como la alianza terapéutica, la estructura de la situación terapéutica, la función del terapeuta, la forma de interacción y la forma en que se organizan y se transmiten los contenidos terapéuticos (Krause, 2005).

De los factores comunes, son los referidos a la relación terapéutica —que ha dado lugar al concepto de *alianza terapéutica*— los mayormente investigados (Bordin, 1979; Corbella & Botella, 2003; Horvath & Greenberg, 1989). Muchos autores sugieren que la alianza terapéutica es un predictor del resultado de la psicoterapia (Corbella & Botella, 2003; Horvath & Luborsky, 1993), la cual está determinada principalmente por la percepción del paciente de los actos del terapeuta, su empatía, su confianza, la capacidad de entregar fundamentación convincente y su fe en el tratamiento (Safran & Segal, 1994).

En el estudio del proceso psicoterapéutico (Hill, 1990; Rees et al., 2001), que se centra tanto en la interacción terapéutica como en la relación de ayuda, surge el concepto de *cambio terapéutico*, que es, esencialmente, un cambio en los patrones subjetivos de interpretación y explicación que llevan al desarrollo de nuevas teorías subjetivas en fases que se construyen unas sobre otras, en las que el nivel de complejidad va en aumento (Krause & Dagnino, 2005).

Por último, es importante relevar que en las últimas décadas la investigación en psicoterapia se ha ido centrando cada vez más en la figura del terapeuta (Corbella & Botella, 2003), ya que se considera que la percepción que tienen del paciente y del proceso psicoterapéutico podría influir en las decisiones que estos terapeutas tomen acerca de la psicoterapia. Esto cobra mayor relevancia aún en el caso de los trastornos alimentarios, debido a que existen escasas investigaciones cualitativas referidas a la evaluación del proceso terapéutico desde la perspectiva de los terapeutas, encontrándose solo investigaciones que comparan las percepciones de pacientes y terapeutas (de la Rie, Noordenbos, Donker & van Furth, 2008; Kelley, 2005; Rial, Castañeiras, García, Gómez & Fernández-Álvarez, 2006; Vanderlinden, Buis, Pieters & Probst, 2007), las que no se refieren centralmente al proceso terapéutico.

Teniendo en consideración estas evidencias empíricas y aproximaciones teóricas, el estudio que se reporta intentó comprender, desde la mirada de los terapeutas, cómo se desarrolla la psicoterapia en pacientes con trastornos alimentarios.

## Método

### Participantes

Los participantes corresponden a terapeutas chilenas que trabajan con pacientes con diagnóstico de trastornos alimentarios, tanto en centros especializados como en atención particular, y de cualquier orientación teórica y modalidad de trabajo. Se consideró como criterio de inclusión que el terapeuta hubiera trabajado con pacientes adolescentes diagnosticados con anorexia nerviosa, ya que este tipo de pacientes posee características distintivas de otras patologías. Es necesario mencionar que no se estableció como criterio de exclusión el sexo de los participantes; sin embargo, no fue posible acceder a terapeutas varones, debido a la escasez de especialistas en el área.

Utilizando el criterio de saturación teórica propuesto por Glaser y Strauss (1967), el tamaño de la muestra quedó conformado por ocho terapeutas, todas mujeres, de distintas edades y orientaciones teóricas (ver Tabla 1). Las pacientes también eran mujeres.

Para acceder a los participantes, se contactó a profesionales que trabajaban en centros especializados en trastornos alimentarios, invitándolos a participar de la investigación. A aquellos que accedieron, se les solicitó los nombres de terapeutas que ellos conocieran (técnica de bola de nieve), los cuales posteriormente fueron contactados y eventualmente entrevistados, siguiendo la lógica del muestreo teórico. Este tipo de muestreo maximiza las ventajas de la simultaneidad de la selección de los casos, la recolección de datos y el análisis de los mismos (Krause, 1998, Agosto).

**Tabla 1**  
*Caracterización de la Muestra*

Entrevista	Edad terapeuta	Orientación	Modal	Años experiencia	Nº casos atendidos
1	40	Cog-Cond	Indiv	3	6
2	31	Sistémica	Indiv/fliar	2,5	30
3	42	Psicoanalítica	Indiv	10	10
4	39	Sistémica	Indiv/fliar	9	70
5	35	Cog-Cond	Indiv	6	30
6	32	Psicoanalítica	Indiv	3	15
7	40	Cog-Cond	Indiv	10	45
8	45	Sistémica	Indiv/fliar	15	35
Rango	31-45			2,5-15	6-70
Promedio	38			7,3	30

*Nota.* Cog-Cond = Cognitivo-conductual; Indiv = Individual; Indiv/fliar = Individual y familiar.

## Instrumento

La entrevista constituye un recurso privilegiado para acceder a la información desde la perspectiva del actor, permitiendo obtener una información contextualizada y holística, en palabras de los propios entrevistados (Vieytes, 2004).

Específicamente, se utilizó la entrevista semiestructurada, la cual fue operacionalizada en un guión temático. En este se abordaron distintos temas del proceso terapéutico con pacientes con trastornos alimentarios, entre los cuales se encuentran: (a) evolución del proceso terapéutico, (b) fortalezas y dificultades del proceso, (c) percepción de cambio terapéutico y (d) alianza terapéutica.

## Procedimiento

Antes de realizar las entrevistas se obtuvo el consentimiento informado de las terapeutas, con el fin de asegurar la voluntariedad de su participación. Junto con esto se les solicitó autorización para grabar las entrevistas realizadas, con el único fin de analizarlas posteriormente. Además, se aseguró la confidencialidad de los datos, es decir, la información obtenida sería de uso exclusivo del equipo de investigación y se resguardaría el anonimato en la transcripción de las entrevistas. Las entrevistas fueron realizadas en los lugares de trabajo de las participantes por la autora principal de este artículo y tuvieron una duración promedio aproximada de una hora y media.

## Análisis de Datos

Para analizar los datos se procedió, en primer lugar, a transcribir el material obtenido. Luego se codificaron los datos recopilados, de tal manera de ir articulándolos descriptiva y analíticamente.

Las entrevistas fueron analizadas con base en los fundamentos de la *grounded theory* (Glaser & Strauss, 1967), la que constituye un método privilegiado para el análisis de la información, porque busca construir modelos teóricos acerca de las interacciones de los diferentes aspectos del fenómeno de estudio (Krause, 1998, Agosto). Al aplicar los procedimientos de la *grounded theory*, se realiza una labor inductiva, disponiendo de un diseño metodológico flexible que permite integrar la información inesperada y contrastar sucesivas hipótesis (Strauss & Corbin, 1990). Se trabajó con teorías emergentes que permitió maximizar las posibilidades de descubrir

algo nuevo sobre el objeto de estudio. Con las categorías desarrolladas a partir de los datos se realizó un análisis descriptivo y relacional (Krause, 1998, Agosto).

Cada entrevista fue tipificada con un número romano y el párrafo de donde fue extraída la cita se distinguió con un número arábigo. Las citas que se presentan reproducen esa información.

## Resultados

### Análisis Descriptivo (Codificación Abierta)

A partir del análisis descriptivo de las ocho entrevistas, emergieron dos grandes temas con respecto a la percepción de las terapeutas acerca del proceso psicoterapéutico: (a) evolución del proceso psicoterapéutico, proponiendo tres etapas con sus respectivas fortalezas y dificultades, y (b) cambio terapéutico, incluyendo sus factores influyentes y momentos de cambio/estancamiento.

**Proceso terapéutico.** Incluye las etapas del proceso propuestas por las psicoterapeutas y sus respectivas fortalezas y debilidades.

**Etapas del proceso psicoterapéutico.** Con respecto a la evolución del proceso terapéutico, los resultados permiten diseñar una aproximación explicativa del fenómeno, proponiéndose tres fases de tratamiento: (a) psicoeducación, (b) fase interpretativa y (c) fase de consolidación.

La *primera fase* se caracteriza porque todos los esfuerzos están orientados hacia el cambio de la conducta alimentaria; esta tendría relación con una fase de psicoeducación, la cual es realizada principalmente por otros profesionales del equipo, ya sean psiquiatras, nutricionistas o nutriólogos. En esta primera etapa las pacientes acuden por lo general obligadas, por lo que asisten a la sesión bastante enojadas y están defendiéndose constantemente de las preguntas de los profesionales, mostrándose resistentes a cualquier tipo de intervención: “*La anoréxica viene en general porque alguien la mandó, porque alguien se preocupó, pero es difícil que la paciente anoréxica en sí ella quiera mejorarse*” (V, 75). Es por este motivo que gran porcentaje de las pacientes abandona en esta etapa, sin la posibilidad de pasar a la siguiente fase.

En esta primera fase, y muchas veces paralelamente a la psicoeducación, comienza la terapia psicológica, la cual tiene como objetivo crear conciencia de enfermedad (“*Esa era como la primera fase, hubo que mostrarles a los papás y a ella misma que tenía un problema grave*” IV, 8), ya que todas las terapeutas concuerdan en que estas pacientes se caracterizan por no reconocer que tienen un problema y, por lo mismo, no tienen un motivo propio de consulta. En este sentido, crear conciencia de enfermedad permite co-construir un motivo de consulta que le resulte interesante a la paciente.

En la *segunda fase*, interpretativa, empieza el trabajo psicoterapéutico propiamente tal, en el que los cambios que se esperan son a nivel cognitivo y emocional. Crear una alianza terapéutica se hace trascendental para asegurar la permanencia en el tratamiento y lograr un vínculo que le permita a la paciente confiar en el equipo. Por este motivo, una de las terapeutas señala: “*Al principio costaba vincularse, entonces, yo creo que hubo todo un primer período que fue la etapa de aprender a vincularse con ella*” (V, 36). Sin embargo, crear una alianza terapéutica es especialmente difícil en este tipo de pacientes, ya que tienen dificultades en el vínculo en todos los aspectos de su vida. Las terapeutas señalan que a medida que se avanza en la consolidación de la alianza terapéutica se empieza a ver cambios terapéuticos, aunque se ha descrito esta etapa como un proceso donde hay muchos avances y retrocesos, por lo que es la fase que ocupa la mayor parte del proceso terapéutico. Si los pacientes logran establecer una alianza terapéutica basada en la confianza del terapeuta, se pasaría a la tercera fase.

Con respecto a la *tercera fase*, las terapeutas señalan que cuando se llega a esta instancia ya hay una alianza terapéutica bastante consolidada y los cambios empiezan a ser más permanentes. Por ejemplo, al preguntarle a una terapeuta qué considera como determinante para que los pacientes lleguen a la etapa final, responde: “*El vínculo. El vínculo y que puedan confiar, el lograr que el paciente confíe en ti, yo creo que eso es súper importante*” (V, 129). En esta tercera fase se busca consolidar los cambios logrados en la segunda fase. En esta fase las pacientes tendrían mayor autonomía en su vida, siendo uno de los objetivos centrales que retomen su vida social y familiar. Además, en esta fase se empieza a evaluar el alta terapéutica. Las terapeutas concuerdan en que uno de los aspectos centrales que se relaciona con el alta terapéutica es la ocurrencia de eventos extra-terapéuticos que potenciaría la motivación de las pacientes a mantener los cambios logrados. El riesgo más grande en esta etapa son las recaídas, ya que las pacientes que recaen luego de su tratamiento o durante el mismo vuelven inmediatamente a la primera fase, con las características mencionadas anteriormente. Es importante resaltar que todas las terapeutas concuerdan en que son muy pocas las pacientes que llegan a esta tercera etapa y, en muchos casos, las terapeutas nunca han tomado esta decisión por sí mismas, señalando que generalmente esto se evalúa cuando las pacientes muestran la inquietud de que les den el alta: “*Creo que muy pocas veces, tan solo una, yo he dado el alta, lo que más pasa con estas pacientes es que ellas se empiezan a sentir mejor, más estables y piden dejar de venir*” (VIII, 88). En este sentido, más que tener ciertos criterios específicos de alta, las terapeutas señalan que es un momento que se siente y que lo fundamental es que hayan logrado un cierto grado de autonomía y hayan retomado su vida social y familiar, contando así con redes de apoyo para hacer frente a las situaciones de estrés.

Otro aspecto relevante que señalan las terapeutas es que generalmente el cambio va asociado a algún logro vital, por lo que resulta interesante considerar este elemento en el proceso de alta de los pacientes.

Sin embargo, es importante relevar que las recaídas de los pacientes se dan en la gran mayoría de los casos y todas las terapeutas señalan que ello debe ser considerado como parte del proceso. En este sentido, y especificando el punto anterior, las terapeutas señalan que muchas veces, luego de la tercera fase, se produce algún evento que las hace recaer y volver a la primera etapa: “*El riesgo principal en estas pacientes es que luego de que están bien vienen las recaídas, y recaídas no así como... volver un poco atrás, sino que vuelven de una... vuelven al principio, es como cuando llegaron*” (II, 38).

Los elementos de la evolución del proceso psicoterapéutico, presentados en relación al análisis descriptivo, es posible graficarlos en términos relationales en un modelo de fases, tal como se presenta en la Figura 1.

**Dificultades y fortalezas del proceso psicoterapéutico.** Con respecto a las dificultades, los elementos centrales destacados por las terapeutas son el abandono y los constantes retrocesos, los que dificultan el buen funcionamiento del proceso psicoterapéutico.

Con respecto a las fortalezas, todas las terapeutas señalan que trabajar en un equipo multidisciplinario es esencial para asegurar un adecuado tratamiento: “*Yo creo que como fortaleza, absolutamente el poder trabajar en equipo*” (V, 62).

**Cambio terapéutico.** Las terapeutas perciben el cambio terapéutico como un *proceso cílico*, es decir, si bien consideran que hay cambios, muchas veces estos se pierden y las pacientes vuelven atrás.

Para facilitar la comprensión, se han establecido dos grandes subcategorías dentro de la categoría cambio: (a) factores que influyen en el cambio y (b) momentos de cambio/estancamiento.

**Factores que influyen en el cambio.** Entre los factores que influyen en el cambio se hizo la distinción entre facilitadores y obstaculizadores del cambio. Los facilitadores del cambio que

las terapeutas atribuyen a las pacientes se encuentran: el apoyo de la familia, la motivación al tratamiento, la conciencia de enfermedad y la confianza en el equipo.



Figura 1. Fases del proceso psicoterapéutico de los trastornos alimentarios.

Con respecto a los facilitadores del cambio percibidos por las terapeutas, se diferencian características personales y profesionales. Entre las características personales se encuentran: esperanza, paciencia, flexibilidad, tolerancia a la frustración y a la agresión, ser mujer, ser joven, ser acogedora y ser empática, de manera que las pacientes puedan identificarse con las terapeutas. Entre las características profesionales se encuentran: conocer el tema, tener una buena capacidad para establecer vínculos y experiencia del terapeuta.

Ahora bien, con respecto a los factores facilitadores del cambio en psicoterapia referentes a la relación paciente-terapeuta, todas las terapeutas concordaron en que lo central es formar una alianza terapéutica, la cual sería el facilitador de cambio más importante en todo el proceso psicoterapéutico: “*Yo creo que trabajo mucho en función del vínculo (...) el vínculo hace que la paciente se atreva a explorar*” (VI, 24).

Los obstaculizadores también fueron divididos en distintas categorías, correspondientes a: características del paciente, del terapeuta y de la relación paciente-terapeuta.

En relación a los obstaculizadores que las terapeutas atribuyen a las pacientes, aquellas señalan que son pacientes muy resistentes, regresivas, defendidas, que les cuesta confiar en el terapeuta, que no tienen conciencia de enfermedad y que presentan bloqueos cognitivos.

Otro aspecto de las pacientes que obstaculiza el cambio dice relación con que las pacientes con anorexia tienden a tener amigas que padecen de la misma enfermedad, junto a que participan activamente en sitios de Internet que incentivan sus conductas. Estos dos aspectos haría aún más difícil las posibilidades de cambio: “*Tenía amigas anoréxicas y eso es nefasto, o sea, porque se potencian*” (V, 99).

Con respecto a los obstaculizadores del cambio relacionados con las terapeutas, se destacan emociones contratransferenciales que generan estos tipos de pacientes, tales como rabia, frustración, pena, aburrimiento, impotencia y desgaste.

En relación al último de los obstaculizadores de cambio, es decir, aquellos propios de la relación entre paciente y terapeuta, la dificultad de crear una alianza terapéutica se destaca como el obstaculizador más importante, factor señalado por todas las terapeutas entrevistadas: “*La alianza con la paciente es súper... es súper complicada en términos de que tenís que trabajarla mucho y no solo con ella, sino también con la familia*” (II, 48).

Otro aspecto a destacar hace referencia a que las terapeutas reconocen que existen ciertos momentos de impasse en la alianza que dificultan aún más el proceso. Entre los factores que influyen en los impasses, las terapeutas entrevistadas señalan como relevante el hecho cuando las pacientes suben de peso: “...tiene que ver con que ellas empiecen a subir de peso (...) yo creo que interfiere, ahora, es parte del objetivo del tratamiento. Uno les explica que es probable que suban un poco de peso, pero eso es sano” (V, 115). Otro impasse es cuando se confronta a las pacientes: “(...) también con la confrontación. Cuando las confrontaba así... eee... “¡pero ¿cómo? si estai vomitando!”. Esas cosas también, había como un impasse, que se producían como momentos de más dificultades” (II, 100).

**Momentos de cambio/estancamiento.** Un aspecto relevante a considerar es que las terapeutas reconocen que cuando la paciente confía, sus resistencias bajan y, de esta forma, el cambio se hace posible: “Sí, se notaba cuando la paciente confía y baja sus resistencias, el trabajo terapéutico se hace más expedito” (I, 20). Este aspecto se relaciona con lograr establecer una alianza terapéutica, la cual sería el factor primordial a la hora de lograr el cambio terapéutico.

Otro factor importante que facilita el cambio es la aparición de eventos extra-sesión, ya sea que las pacientes inicien una relación sentimental, se vayan a casar o salgan de la universidad, entre otros. Estos favorece que ellas decidan cambiar, ya que es posible dar un sentido al cambio: “*Fue un período en que se puso a pololear, los pololos cumplen un rol súper importante en estas pacientes* (...) (V, 41).

Con respecto a los factores que influyen en el estancamiento, llama la atención que las terapeutas se adjudiquen ellas mismas la responsabilidad, señalando la dificultad de establecer vínculo (“*Hay terapeutas que tú los escuchas en presentaciones y son gallos muy ‘clever’, pero no entendís por qué en la terapia no pasa nada y generalmente son problemas de vínculo*” V, 145), hacerse cargo del problema del paciente (“*Cuando uno como terapeuta está más motivado que la paciente en su cambio y eso lleva a que el terapeuta ‘trabaje más’ que el paciente... creo que en momentos de estancamiento pasa esto y el terapeuta se hace cargo y la paciente se estanca*” I, 26) o no entender lo que pasa o no hacer las cosas bien (“*Yo lo primero que atribuyo es que yo... hay algo que no estoy haciendo bien*” II, 78).

Otro aspecto interesante es el consenso que existe entre las terapeutas en que cuando se habla directamente del tema de la comida es cuando se produce el mayor estancamiento: “*Es como raro, porque en lo psicológico se resistía menos, pero en el tema de la comida era donde nos estancábamos*” (I, 22). Todas las terapeutas reconocen que para salir del estancamiento la instancia de supervisión es primordial para entender sus procesos personales y seguir avanzando.

A partir de los resultados mencionados, es posible establecer conexiones o relaciones entre las diferentes categorías. En este contexto, se construyó un modelo comprensivo general (codificación selectiva) que articula los aspectos esenciales de la investigación en torno al fenómeno central (ver Figura 2).

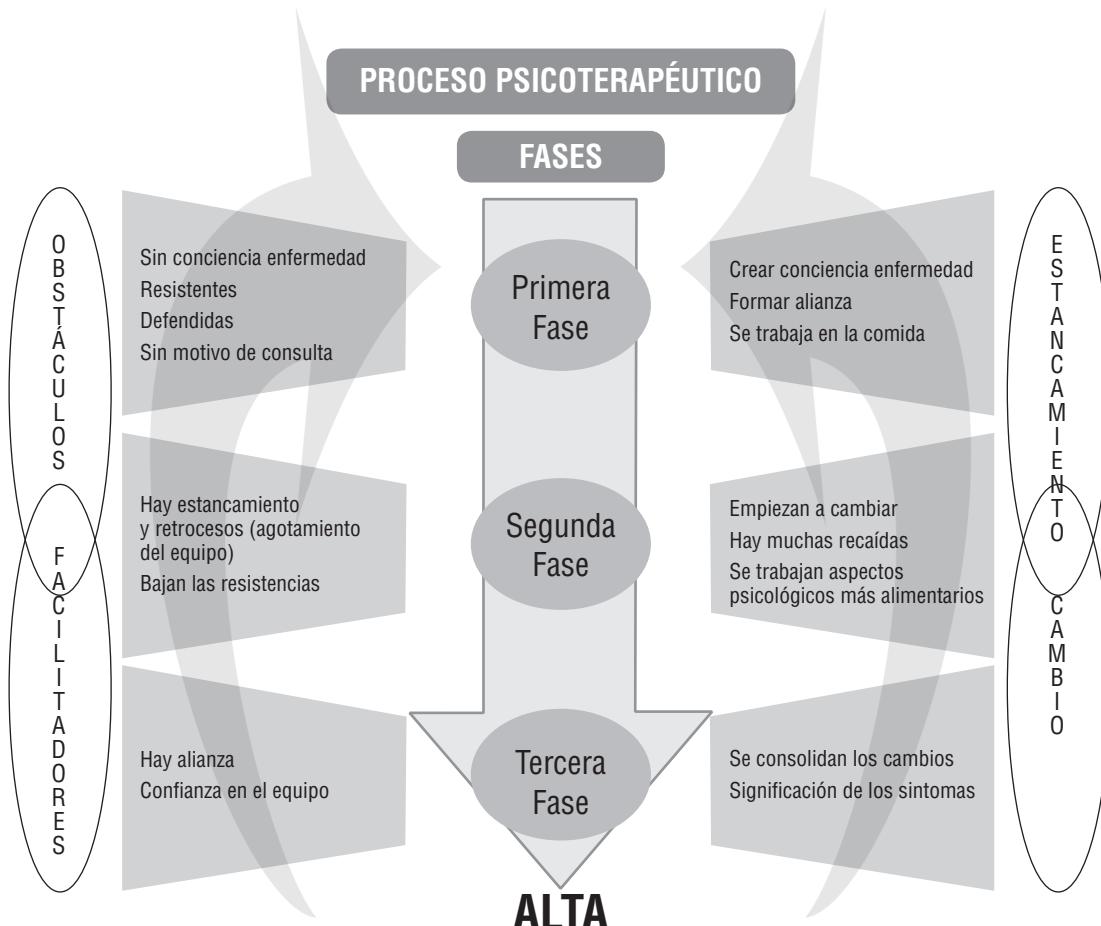


Figura 2. Modelo comprensivo del proceso psicoterapéutico de los trastornos alimentarios.

### Discusión

En relación con la evolución del proceso psicoterapéutico, las terapeutas entrevistadas lo conceptualizan como cíclico, en el que las fases o etapas no ocurren de manera lineal, sino en un “ir y venir”. En este sentido, podemos relacionar los hallazgos encontrados en esta investigación, específicamente las etapas expuestas en Resultados, con el modelo de Prochaska y DiClemente (1992), existiendo equivalencias entre ambos modelos.

En la primera etapa detectada, las pacientes mostrarían no tener una real disposición de asistir a terapia. En este sentido, cabe destacar que todas las terapeutas concuerdan que, debido a la compleja etiología de los trastornos alimentarios, se hace crucial un tratamiento interdisciplinario, conformado principalmente por nutricionista, psicólogo, nutriólogo y psiquiatra. Lo anterior estaría apoyando los postulados de Turón (1997), quien señala que el abordaje terapéutico de los trastornos alimentarios ha de ser realizado por un equipo multidisciplinario, requiriéndose la colaboración de distintos especialistas y niveles asistenciales.

Según las terapeutas entrevistadas, el principal riesgo de esta etapa se relaciona con las altas tasas de abandono que presenta este tipo de pacientes, lo que concuerda con los planteamientos de Walitzer, Dermen y Connors (1999), quienes encontraron que el abandono prematuro del tratamiento en salud mental es excesivamente alto. Precisamente en el campo de las

conductas adictivas, donde podrían situarse los trastornos alimentarios, este abandono supone un problema importante para la eficacia del tratamiento. Concretamente, entre un 20 y un 57% de los pacientes no vuelve a terapia después de la primera sesión y entre el 31 y 56% no asiste a más de cuatro sesiones (Walitzer et al., 1999).

En función de la motivación del cliente al cambio, de Shazer (1988, citado en Herrera et al., 2009) propone el término de *cliente visitante* (inicia la terapia sin percibir un problema ni considerarse parte de la solución). Esta conceptualización se complementa con las etapas de *precontemplación* o *contemplación* en el modelo de Prochaska y DiClemente (1983), que incluye a los clientes que llegan a terapia antes de percibir un problema o cuando no están decididos a cambiar, lo que concordaría con la primera etapa planteada por las terapeutas que participaron en esta investigación.

La segunda etapa, que para efectos de esta investigación se ha llamado *interpretativa*, concuerda con las fases de decisión y acción del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (1983), ya que las personas empiezan a desplegar acciones significativas para el cambio y empiezan a verse los primeros cambios. En este sentido, se afirma que si se llega a confiar en el equipo, los cambios empiezan a producirse y es posible pasar a la tercera etapa, la cual ha sido conceptualizada como de *mantención*.

En esta tercera etapa se empieza a evaluar el alta terapéutica del paciente. Con respecto a este tema, cabe destacar que las terapeutas reconocen que no tienen criterios comunes con respecto a cuándo se puede decidir el alta y todas concuerdan en que generalmente es el paciente quien pide dejar de asistir a la terapia, existiendo como únicos criterios unánimes el que las pacientes hayan logrado cierto grado de autonomía y, por ende, hayan retomado su vida familiar y social, ya que el aislamiento social se ha considerado como una de las dificultades más importantes en estas patologías (Clarkin & Levi, 2004). Esto ocurre sobre todo porque las terapeutas reconocen a la anorexia nerviosa como un cuadro crónico en las pacientes. Esta tercera etapa identificada en esta investigación es equivalente a la *fase de mantención* de Prochaska y DiClemente (1983), en la que también hacen referencia a la prevención de recaídas, un aspecto central en el abordaje de este cuadro.

Las recaídas son constantes en los procesos psicoterapéuticos en general; sin embargo, en esta patología esto se hace mucho más grave, debido a que existe consenso entre las terapeutas entrevistadas en que las recaídas, más que ser procesos aislados dentro de la terapia, se consideran como un quiebre que pone en riesgo el proceso. Es importante mencionar que las terapeutas señalan que, cuando se producen recaídas en la tercera etapa del proceso, las pacientes retornarían a la primera etapa, perdiéndose todos los cambios logrados en el proceso. Este aspecto llama la atención, ya que, al ser este tipo de enfermedad tan delicada, un trabajo terapéutico que se ha construido en forma cuidadosa y sistemática parece estar siempre en riesgo de desarmarse, destruirse y no dejar rastros de los que se había elaborado. Esto se contrapone con la perspectiva transteórica y procesual de Prochaska y DiClemente (1983), quienes plantean la *recaída* como parte normal del tratamiento, la que, aunque implica una dificultad para el terapeuta, consta de múltiples vaivenes a lo largo de las cinco etapas del proceso de cambio que proponen los autores. En este sentido, Prochaska y DiClemente (1983) plantean que la recaída sería un retroceso solo a la etapa anterior en el proceso de cambio. Una explicación tentativa a esta diferencia radica en la gravedad del cuadro, el que involucra una serie de dificultades en la terapia, como la regresión radical del paciente que, con la recaída, borra lo trabajado, haciendo aparecer este cuadro psicopatológico como uno en que la intervención psicoterapéutica construye un cambio sobre bases poco sólidas.

Por otro lado, la teoría del apego parece ser un marco interesante, tanto para la comprensión de la dinámica que subyace a los trastornos alimentarios como para definir programas de intervención para los mismos (Biedermann, Martínez, Olhaberry & Cruzat, 2009), ya que el patrón de apego de la paciente estaría influyendo directamente en la consolidación de la alianza

terapéutica. Diversas aproximaciones teóricas de los trastornos alimentarios sostienen que los problemas en la vinculación constituyen un elemento central en este tipo de patologías (Tasca, Taylor, Ritchie & Balfour, 2004). En este sentido, Dozier, Stovall-McClough y Albus (1999) han establecido una relación entre trastornos alimentarios y estilos de apego inseguros. Específicamente en la anorexia nerviosa, autores como Candelori y Ciocca (1998, citado en Soares & Dias, 2007) señalan que este apego inseguro es de tipo evitativo.

Desde la teoría del apego podría explicarse qué es lo que hace que las pacientes, como producto de las recaídas, regresen a la etapa inicial del proceso psicoterapéutico. Específicamente, esta regresión estaría relacionada con el estilo de reacción frente a situaciones de estrés, en las que las pacientes acuden a mecanismos de autorregulación más primitivos relacionados con su sistema de apego predominante (en este caso, el apego evitativo). Dado que los sujetos con este tipo de patrones de apego no pueden acudir a sus redes sociales para regularse, ocupan mecanismos de hiperregulación relacionados con la restricción en lo alimentario. Tal como señalan Armstrong y Roth (1989), la restricción alimentaria se utilizaría como un mecanismo de hiperregulación, con el cual los individuos buscarían mantener una distancia, para no reconocer la necesidad de los otros. Es por este motivo que se ha establecido que las pacientes con trastornos alimentarios tienen dificultades en el vínculo a todo nivel, incluida la dificultad para establecer una alianza terapéutica. Así, las pacientes anoréxicas tienden a enfatizar su autonomía e hiperregularse, minimizando su necesidad de vínculos con otros. Por esta razón, es frecuente que sujetos con trastornos alimentarios y apego evitativo subvaloren la necesidad de otros, por lo que es más probable que rechacen la ayuda terapéutica, estableciendo una frágil alianza terapéutica (Biedermann et al., 2009). En este sentido, es coherente pensar que las pacientes se resisten a mantener los cambios terapéuticos logrados, utilizando estos mecanismos de regulación, los que a su vez activan las resistencias de las pacientes, haciéndolas regresar a la primera etapa.

En relación con el proceso cíclico del cambio, Krause et al. (2006) plantean que este es un proceso de etapas sucesivas, que comienza antes de la terapia y continúa después de su término y que combina factores intra y extraterapéuticos. Al reconocer el cambio como cíclico y no lineal, es comprensible y explicable que la motivación sea fluctuante respecto de la etapa en que se encuentra el paciente y, por consiguiente, es susceptible de ser incrementada según las necesidades particulares de los pacientes en cada una de estas etapas.

Esta investigación propone que existen ciertas condiciones que sentarían las bases para que el proceso terapéutico sea productivo, las que, para efectos de esta investigación, se han denominado *facilitadores de cambio*.

En cuanto a aquellos elementos del terapeuta que favorecen la construcción de la alianza y, por ende, el cambio, las terapeutas de todos los enfoques refirieron que ciertas características personales, como esperanza, paciencia, flexibilidad, tolerancia a la frustración, contención y empatía, resultan facilitadores del cambio, lo que concuerda con algunas investigaciones, como las de Horvath y Luborsky (1993), quienes intentan explorar los efectos de las dimensiones de los terapeutas consideradas como suficientes por Rogers (1992) para el logro del cambio terapéutico (empatía, comprensión y compromiso del terapeuta). Los resultados obtenidos apoyan el postulado que señala que los terapeutas que presentan altos niveles de desarrollo de estas dimensiones son más exitosos que aquellos que las han desarrollado menos. Asimismo, Opazo (2001) y Fontoba y Martínez (2003) coinciden en la relevancia de la paciencia y la calidez en términos de la construcción de la alianza y la consecución de cambios terapéuticos.

Respecto de los factores de la relación entre paciente y terapeuta, la alianza terapéutica se constituye como un aspecto determinante en la consecución de cambios y, por ende, en el éxito de la psicoterapia. Sin embargo, dado que estas pacientes tienen dificultades en sus procesos vinculares, la dificultad de crear una alianza terapéutica se torna uno de los obstaculizadores más importantes del cambio. Si bien hay autores que señalan que la severidad de los síntomas

del paciente tiene poco impacto en el desarrollo del establecimiento de la alianza terapéutica (Horvath & Symonds, 1991), las terapeutas entrevistadas señalan que las características particulares de estas pacientes hacen difícil el establecimiento de la misma. Estos datos son apoyados por algunos estudios, como el de Eaton, Abeles y Gutfreund (1988), quienes han encontrado que la sintomatología del paciente contribuye negativamente a la construcción de la alianza.

Cuando se habla de cambio también se hace referencia a momentos de estancamiento, los cuales son conceptualizados por las terapeutas como una detención en el proceso de cambio, llegando incluso al abandono de la terapia. En este punto cabe señalar que, si bien las terapeutas entrevistadas reconocen que existen momentos de cambio y estancamiento, al preguntarles por ambos momentos, ninguna pudo recordarlos. Respecto del estancamiento, señalan que uno de los temas más importantes se relaciona con hablar directamente del tema de la comida, ya que es precisamente en lo referido a esta temática donde se encuentran las mayores resistencias de las pacientes. Frente a momentos de estancamiento, aparece relevante la instancia de supervisión del terapeuta, ya que permite reconocer los factores que los estarían produciendo.

Es importante destacar que lo que se ha encontrado y, por lo tanto, se está sosteniendo en la presente investigación, es un modelo de comprensión del fenómeno basado en la práctica clínica, que incluye la evolución del proceso psicoterapéutico, mediante un modelo de etapas, así como los facilitadores y obstaculizadores del proceso de cambio que se encuentran en cada una de las etapas planteadas anteriormente. Los hallazgos de la presente investigación tienen la función de entregar a los terapeutas y a la comunidad científica elementos, tanto de orden práctico como teórico, que pudieran estar favoreciendo u obstaculizando el proceso de cambio terapéutico con este tipo de pacientes. La idea es poder incorporar los aspectos de este modelo explicativo en los procesos psicoterapéuticos con adolescentes con diagnóstico de anorexia nerviosa, en el contexto de autores como Mountford, Waller, Watson y Scragg (2004), que plantean que la relativa y pobre efectividad de los tratamientos para este trastorno se debe a la deficiente conceptualización del mismo. En este sentido, proponer ciertos basamentos teóricos que surgen de la experiencia práctica de terapeutas que trabajan en el área permite orientar a otros terapeutas que trabajen con esta temática respecto de los elementos que favorecen y obstaculizan el cambio, de manera de lograr mayor efectividad terapéutica.

Una limitación de este estudio es que la muestra fue constituida solo por terapeutas mujeres y en referencia a pacientes anoréxicas mujeres. En futuras investigaciones sería interesante incorporar a terapeutas hombres, así como a mujeres que trabajen con hombres que padecen este trastorno.

Otra limitación se relaciona con la dificultad de no haber podido definir claramente un diagnóstico en los trastornos alimentarios, debido a que la gran mayoría de los casos pasaba por alternancias entre momentos restrictivos y purgativos (Jurado et al., 2009; Molinero, 2009). Esta situación es apoyada en el modelo transdiagnóstico de Fairburn, Cooper y Shafran (2003), en el que se señala que los trastornos alimentarios se caracterizan por una sintomatología similar entre sí y que los pacientes oscilan entre un diagnóstico y otro. En este sentido, no fue posible establecer con claridad que todos los procesos psicoterapéuticos comentados por las terapeutas se relacionaran con diagnósticos de anorexia pura.

Se ha hecho una presentación de los hallazgos en relación a los objetivos de investigación planteados. Sin embargo, se considera que aún hay preguntas por responder: ¿Existe alguna diferencia en la percepción de cambio en relación a los años de experiencia de los terapeutas? ¿Qué sucede en el proceso de cambio terapéutico cuando se trabaja en la modalidad de terapia familiar? ¿Qué diferencia existe en cuanto a la eficacia del proceso cuando se trabaja con una modalidad experiencial? Todas estas preguntas podrían ser motivo de discusión en futuros estudios.

## Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: Autor.
- Armstrong, J. G. & Roth, D. M. (1989). Attachment and separation difficulties in eating disorders: A preliminary investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 141-155. doi:10.1002/1098-108X(198903)8:2<141::AID-EAT2260080203>3.0.CO;2-6
- Biedermann, K., Martínez, V., Olhaberry, M. & Cruzat, C. (2009). Aportes de la teoría del apego al abordaje clínico de los trastornos de alimentación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 217-226.
- Blake, W., Turnbull, S. & Treasure, J. (1997). Stages and processes of change in eating disorders: Implication for therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 4, 186-191. doi:10.1002/(SICI)1099-0879(199709)4:3<186::AID-CPP128>3.3.CO;2-X
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*, 16, 252-260. doi:10.1037/h0085885
- Clarkin, J. F. & Levi, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5<sup>a</sup> ed., pp. 194-226). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Corbella, S. & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19, 205-221.
- Correa, M. L., Zubarew, T., Silva, P. & Romero, M. I. (2006). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Revista Chilena de Pediatría*, 77, 153-160. doi:10.4067/S0370-41062006000200005
- Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R. & Marzolo, P. (2008). Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la comuna de Concepción, Chile. *Psykhe*, 17(1), 81-90. doi:10.4067/S0718-22282008000100008
- de la Rie, S., Noordenbos, G., Donker, M. & van Furth, E. (2008). The quality of treatment of eating disorders: A comparison of the therapists' and the patients' perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 307-317. doi:10.1002/eat.20494
- Dozier, M., Stovall-McClough, K. C. & Albus, K. E. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. En J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (1<sup>a</sup> ed., pp. 497-519). New York, NY: Guilford Press.
- Eaton, T. T., Abeles, N. & Gutfreund, M. J. (1988). Therapeutic alliance and outcome: Impact of treatment length and pretreatment symptomatology. *Psychotherapy*, 25, 536-542. doi:10.1037/h0085379
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528. doi:10.1016/S0005-7967(02)00088-8
- Federici, A. & Kaplan, A. S. (2008). The patient's account of relapse and recovery in anorexia nervosa: A qualitative study. *European Eating Disorders Review*, 16, 1-10. doi:10.1002/erv.813
- Figueredo, G. (1996). Terapéutica y salud mental: etapas de la investigación en psicoterapia y la salud mental. *Revista de Psiquiatría (Santiago de Chile)*, 13, 211-217.
- Fontoba, J. & Martínez, D. (2003). *Evolución del psicoterapeuta desde una perspectiva construccionalista social* (Memoria de Grado no publicada), Departamento de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago, IL: Aldine.
- Herrera, P., Fernández, O., Krause, M., Vilches, O., Valdés, N. & Dagnino, P. (2009). Revisión teórica y metodológica de las dificultades en psicoterapia: propuesta de un modelo ordenador. *Terapia Psicológica*, 27, 169-179. doi:10.4067/S0718-48082009000200003
- Hill, C. E. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 288-294. doi:10.1037//0022-006X.58.3.288
- Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233. doi:10.1037//0022-0167.36.2.223
- Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561-573. doi:10.1037//0022-006X.61.4.561
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149. doi:10.1037//0022-0167.38.2.139
- Jáuregui-Lobera, I. & Bolaños-Ríos, P. (2012). Revisión del tratamiento dietético-nutricional de la anorexia nerviosa. *Revista Médica de Chile*, 140, 98-107.
- Jurado, L. P., Correa, J. M., Delgado, A. M., Contreras, M. A., Camacho, J. F., Ortiz, D. A. & Escobar, M. (2009). Trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes. *MedUNAB*, 12, 129-143.
- Kelley, J. P. (2005). What do women in therapy for an eating disorder find helpful? A qualitative study [Abstract]. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 65, 6274. Extraído de <http://scholar.lib.vt.edu/theses/available/etd-10042001-163720/unrestricted/1kelley.pdf.pdf>
- Krause, M. (1998, Agosto). *La reconstrucción de la estructura interna de las representaciones sociales a través de un análisis cualitativo descriptivo y relacional*. Ponencia presentada en la Cuarta Conferencia Internacional sobre Representaciones Sociales, México DF, México.

- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Krause, M. & Dagnino, P. (2005). Evolución del cambio en el proceso psicoterapéutico. En R. Riquelme & E. Thumala (Eds.), *Avances en psicoterapia y cambio psíquico* (pp. 21-35). Santiago, Chile: Sociedad Chilena de Salud Mental.
- Krause, M., De la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N. ... Ramírez, I. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 299-325.
- Maturana, A. (2003). Trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes. En C. Almonte, M. E. Montt & A. Correa (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp. 429-444). Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Molinero, N. (2009). *Delgadas*. Madrid, España: Ediciones B.
- Mountford, V., Waller, G., Watson, D. & Scragg, P. (2004). An experimental analysis of the role of schema compensation in anorexia nervosa. *Eating Behaviors*, 5, 223-230. doi:10.1016/j.eatbeh.2004.01.012
- Opazo, R. (2001). *Psicoterapia integrativa: delimitación clínica*. Santiago, Chile: Ediciones ICPSI.
- Peláez, M. A., Labrador, F. & Raich, R. M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, 135-148.
- Poch, J. & Ávila-Espada, A. (1998). *Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395. doi:10.1037//0022-006X.51.3.390
- Prochaska, J. O. & DiClemente C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in Behavior Modification*, 28, 183-218.
- Rees, A., Hardy, G. E., Barkham, M., Elliott, R., Smith, J. A. & Reynolds, S. (2001). 'It's like catching a desire before it flies away': A comprehensive process analysis of a problem clarification event in cognitive-behavioral therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 11, 331-351. doi:10.1093/ptr/11.3.331
- Rial, V., Castañeiras, C., García, F., Gómez, B. & Fernández-Álvarez, H. (2006). Estilo personal de terapeutas que trabajan con pacientes severamente perturbados: un estudio cuantitativo y cualitativo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26, 191-208.
- Rogers, C. R. (1992). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 827-832. doi:10.1037//0022-006X.60.6.827
- Safran, J. & Segal, Z. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona, España: Paidós.
- Semerari, A. (2002). *Psicoterapia cognitiva del paciente grave: metacognición y relación terapéutica*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Sevillano, J. P. (2001). Evaluación y motivación en los trastornos de la conducta alimentaria. En E. García-Camba (Ed.), *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad* (1<sup>a</sup> ed., pp. 75-92). Barcelona, España: Masson.
- Soares, I. & Dias, P. (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: contribuciones recientes de la investigación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 177-195.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage.
- Strupp, H. H. (1995). The psychotherapist's skills revisited. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 70-74. doi:10.1111/j.1468-2850.1995.tb00025.x
- Tasca, G. A., Taylor, D., Ritchie, K. & Balfour, L. (2004). Attachment predicts treatment completion in an eating disorders partial hospital program among women with anorexia nervosa. *Journal of Personality Assessment*, 83, 201-212. doi:10.1207/s15327752jpa8303\_04
- Turón, V. (1997). *Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona, España: Masson.
- Vanderlinden, J., Buis, H., Pieters, G. & Probst, M. (2007). Which elements in the treatment of eating disorders are necessary 'ingredients' in the recovery process?—A comparison between the patient's and therapist's view. *European Eating Disorders Review*, 15, 357-365. doi:10.1002/erv.768
- Vieytes, R. (2004). La recolección de datos en la investigación cualitativa. En R. Vieytes, *Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad: epistemología y técnicas* (pp. 655-667). Buenos Aires, Argentina: Editorial de las Ciencias.
- Walitzer, K. S., Dermen, K. H. & Connors, G. J. (1999). Strategies for preparing clients for treatment: A review. *Behavior Modification*, 23, 129-151. doi:10.1177/0145445599231006
- Ward, A., Troop, N., Todd, G. & Treasure, J. (1996). To change or not to change—'How' is the question? *British Journal of Medical Psychology*, 69, 139-146. doi:10.1111/j.2044-8341.1996.tb01858.x

Fecha de recepción: Diciembre de 2011.

Fecha de aceptación: Diciembre de 2012.