



Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios

Mexican Journal of Eating Disorders

Journal homepage: <http://journals.iztacala.unam.mx/>

Therapeutic change in the treatment of eating disorders: Contents, facilitating and hindering factors

Cambio terapéutico en el tratamiento de los trastornos alimentarios: Contenidos, factores facilitadores y obstaculizadores

Claudia Cruzat Mandich¹, Fernanda Díaz Castrillón¹, Diana Kirszman², Carolina Aspillaga Hesse³, Rosa Behar Astudillo⁴.

¹ Universidad Adolfo Ibáñez, Santiago. Chile.

² Fundación AIGLE, Buenos Aires. Argentina

³ Universidad de Chile. Chile.

⁴ Universidad de Valparaíso, Valparaíso. Chile.

Abstract

Aim: To identify facilitating and hindering factors in the therapeutic change within the treatment of ED patients. **Method:** Qualitative-exploratory research, based on *Grounded Theory*. Purposive sampling and in-depth interviews were carried out in a sample of 20 patients and 8 therapists in Chile and 4 patients and 6 therapists in Argentina. **Results:** Therapeutic change occurred as a turning point in patients, which they described as a moment when they recognized the need for change. Subsequently, they were able to articulate the change as they experienced it in different areas of functioning. **Conclusions:** When combining facilitating and hindering aspects and the former overcome the latest, there will be changes that ultimately may be articulated in components of personal identity.

Resumen

Objetivo: Identificar factores facilitadores y obstaculizadores del cambio terapéutico en el tratamiento de pacientes con trastornos alimentarios (TA). **Método:** Estudio cualitativo-exploratorio, basado en la *Grounded Theory*. Se realizó un muestreo intencionado y entrevistas en profundidad a una muestra conformada en Chile por 20 pacientes de sexo femenino y 8 terapeutas y en Argentina por 4 pacientes y 6 terapeutas. **Resultados:** El cambio se presenta como punto de inflexión, en tanto las pacientes describen un momento en que logran reconocer la necesidad de cambiar. Posteriormente son capaces de verbalizar los contenidos de éste a diferentes niveles y en relación al TA. **Conclusiones:** Al conjugar aspectos facilitadores y obstaculizadores, y en la medida que los primeros sean preponderantes, irán surgiendo cambios que podrían articularse como componentes de la identidad.

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Recibido: 10/10/2013

Revisado: 15/11/2013

Aceptado: 30/11/2013

Key words: Therapeutic change, facilitating factors, hindering factors, eating disorders.

Palabras clave: Cambio terapéutico, factores facilitadores, factores obstaculizadores, trastornos alimentarios.

Introducción

El cambio terapéutico es una modificación en los patrones subjetivos de interpretación y explicación que conduce al desarrollo de nuevas teorías subjetivas sobre la enfermedad, en fases que se construyen unas sobre otras, aumentando su complejidad. De acuerdo con la "Teoría del cambio subjetivo", la evolución del cambio se da en etapas sucesivas, que comienzan incluso antes de la terapia, continúan después del término de ésta, y combina factores intra y extra terapéuticos (Krause & Dagnino, 2005).

Algunos investigadores (Elliot & James, 1989; Krause, 2005) proponen que tanto teóricos como

profesionales pueden comprender mejor el proceso y la acción de la psicoterapia si están familiarizados con los tipos de experiencias de los pacientes en ella. Para facilitar un entendimiento más profundo de las transformaciones que ocurren durante un proceso terapéutico, es importante considerar la vivencia subjetiva del paciente acerca de su propio proceso de cambio psicológico y de los elementos que lo posibilitaron. En este sentido, la calidad de la participación de los pacientes es central en la terapia, ya que ellos son agentes activos que buscan deliberadamente el tratamiento, colaboran con el terapeuta, y escogen la técnica terapéutica según lo que les es útil. El terapeuta cumple la función de estímulo, guía, o consultor pero, en definitiva, el paciente decide qué cambios hacer, y luego los lleva (o no) a cabo (Hill, 2005).

Correspondencia: Claudia Cruzat Mandich, Universidad Adolfo Ibáñez, Diagonal Las Torres 2640. Santiago Chile. E-mail: claudia.cruzat@uai.cl. Rosa Behar Astudillo, Profesora Titular, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile. Escuela de Psicología. E-mail: rositabehara@gmail.com.

Proceso terapéutico en pacientes con TA

Específicamente en los trastornos alimentarios (TA) y considerando que, en general, dichos/as pacientes no presentan conciencia de enfermedad, ni buscan tratamiento por motivación personal, es pertinente evaluar su proceso terapéutico y conocer, desde su perspectiva, cómo y qué ha cambiado en ellos a través de la psicoterapia; contrastándolo, a su vez, con la visión de terapeutas especialistas en el tema (American Psychiatric Association, 2006; Behar, 2010b; Figueroa, 2010; Isserlin & Couturier, 2012; Cruzat, Aspillaga, Behar, Espejo & Gana, 2013).

Las características particulares, incluidas la falta de asertividad y la alexitimia de los pacientes con TA, generan demandas y obstáculos a los que es necesario dar respuesta durante el proceso terapéutico (Behar, Manzo & Casanova, 2006; Behar, 2010 ac). El principal escollo, particularmente en pacientes restrictivos/as y de bajo peso, es la naturaleza ego-sintónica de los síntomas, no siendo los/as pacientes quienes buscan un cambio sino que asisten presionados/as por terceros (Ward, Troop, Todd & Treasure, 1996). El período que precede a la consulta inicial, es especialmente complejo, caracterizado por intercambios familiares-comunicacionales, cargados de presión, hostilidad y sobreinvolucración, o ha sido precedido por el secreto, que al descubrirse, inicia la posibilidad de tratamiento (Kirszman & Salgueiro, 2002).

En los primeros contactos terapéuticos los/as pacientes con TA, tienden a dificultar las entrevistas con conductas de silencio, negativismo y falta de precisión en sus respuestas (Kirszman & Salgueiro, 2002).

Prochaska & Prochaska (1999) señalan que en momentos iniciales, los/as pacientes aquejados/as de un TA se encuentran en un nivel de pre-contemplación (Fernández & Turón, 2001). No se han propuesto cambiar porque no son conscientes de que sus conductas constituyen un problema y un riesgo (Kirszman & Salgueiro, 2002). Esto implica que al ocultar o desconocer sus síntomas, provocan un retraso de unos 5 a 6 años entre el inicio del TA y la búsqueda

de ayuda (Rosenvinge & Klusmeier, 2000). El hecho que muchos/as pacientes se encuentren en etapa de precontemplación constituye una dificultad mayor en el tratamiento para la anorexia nerviosa y asigna al terapeuta la tarea motivacional de desafiar la precontemplación e inducir la contemplación. En ese sentido, Mander et al. (2013) concluyen que estrategias tempranas de intervención para inducir contemplación en la anorexia nerviosa, no sólo son importantes para el cambio terapéutico, sino que también pueden formar una base para establecer la alianza terapéutica.

Cabe destacar que en el caso de los TA, al iniciar el tratamiento, deben considerarse tres aspectos fundamentales: (a) conciencia del trastorno, (b) relación terapéutica, (c) motivación y expectativas de cambio (Sevillano, 2001). Estos elementos son cruciales, ya que determinarían la aceptación del tratamiento y el cambio en patrones conductuales.

Evidencia sobre el cambio terapéutico en los TA

Existen numerosas investigaciones sobre el cambio terapéutico en TA, algunas de ellas se centran en describir aquello que los/as pacientes mejoran producto del proceso terapéutico. Al respecto, en el estudio de Cruzat et al. (2010) las jóvenes entrevistadas señalan que no desean modificar sus conductas alimentarias porque no conocen otras vías para manejar sus emociones, y además, el trastorno les genera sensaciones positivas. Estas pacientes describen el tratamiento como una experiencia de aprendizaje que les sirvió para valorarse, conocerse y generar nuevas estrategias de enfrentamiento al estrés. De este modo, el tratamiento ayudaría a desarrollar aspectos como la autovalía, autoconocimiento y aprender estrategias de regulación emocional, de afrontamiento en el mantenimiento de logros y prevención de recaídas (Fruzeetti, & Haynos, 2011; Cruzat et al., 2010).

Vanderlinden et al. (2007) consideran fundamentales en el tratamiento de estos/as pacientes la mejora en la autoestima, el logro de una mayor aceptación de su imagen corporal y el aprendizaje de habilidades para la resolución de problemas. Por su parte,

Patching & Lawler (2009), señalan que la recuperación se produce cuando los/as pacientes se vuelven a comprometer con la vida, despliegan competencias para la resolución de conflictos y redescubren el sentido de sí mismas, logrando autodeterminación y autoaceptación.

Entre los factores que los/as pacientes que han padecido este trastorno atribuyen como centrales en la recuperación, se encuentran la autoconfianza y el sentirse preparada y comprendida (Hsu, Crisp & Callender, 1992). Pettersen & Rosenvinge (2002) refieren que el deseo de cambiar, el tratamiento profesional, la atención no profesional y las personas significativas son identificados como importantes factores de mejoría, en la aceptación de sí misma, las relaciones interpersonales, la resolución de problemas y la satisfacción corporal. En la misma línea, Lamoureux & Bottorff (2005) reportan que mujeres recuperadas de anorexia nerviosa manifiestan que la recuperación se centra en el redescubrimiento y la redefinición de sí mismas.

Por su parte, Espeset, Geller, Gulliksen, Holte, Nordbø & Skarderud (2008) buscaban describir los contenidos asociados al deseo de cambiar desde la propia perspectiva de estos/as pacientes, encontrando cuatro fuentes: (a) Sensación de vitalidad (b) Sentido de autonomía (c) Sentido de reflexión y (d) Consecuencias negativas de tener anorexia nerviosa. En un estudio posterior, estos autores investigaron las razones por las que un/a paciente con anorexia nerviosa no desea recuperarse de su enfermedad, identificando obstáculos, entre los que destacan sentirse estresadas, negar la patología, pensar en la comida (qué comer, dónde comer), el subir de peso y percibir que los aspectos positivos de vivir con anorexia nerviosa sobrepasan los negativos (Espeset et al., 2012).

En relación al tratamiento, Federici & Kaplan (2008), enfatizan la motivación interna al cambio como un trabajo progresivo, el valor percibido de la experiencia de tratamiento, las relaciones de apoyo, la sensibilización y la tolerancia de emociones negativas y auto-validación. Tierney & Fox (2009) señalan que los aspectos centrales del tratamiento serían: proporcionar un entorno terapéutico confiable y de

apoyo, escuchar y reconocer los logros del/la paciente, tener objetivos realistas acordados entre paciente y terapeuta, trabajar la motivación para el cambio, aplicar una aproximación terapéutica individualizada, mantener buenos lazos con los miembros del equipo, valoración médica de forma regular; si el/la paciente no está motivado/a para el cambio, detener al menos la pérdida de peso, hacer sentir a los/as pacientes más integrados/as en la comunidad, separar aspiraciones-identidad del/la paciente y su anorexia, mantener una política de puertas abiertas, hacerles sentir que pueden volver al tratamiento cuando se sientan motivados/as para el cambio, evitar rotaciones de terapeutas, fomentar las relaciones entre iguales, derivar a los pacientes lo antes posible para tratamiento intensivo, cuando así lo requieran, educar sobre trastornos alimentarios y no etiquetar a los/as pacientes como “crónicos/as”.

Por último, Castro-Fornieles et al. (2007) concluyen que la motivación por el cambio terapéutico en pacientes con anorexia nerviosa es la variable que mejor predice la mantención de peso después del alta hospitalaria.

El objetivo de este estudio es describir la vivencia de cambio terapéutico y la evaluación de los facilitadores y obstaculizadores de éste en el tratamiento de pacientes con TA. Dicha investigación considera la perspectiva de mujeres chilenas y argentinas con diagnóstico de TA, y de terapeutas que tratan esta patología.

Método

Este estudio de carácter exploratorio, empleó un diseño descriptivo-analítico, utilizando un enfoque cualitativo, basado en el modelo de la *Grounded Theory*, de Glaser & Strauss (1967). Esta metodología es apropiada para acceder a los procesos subjetivos desde la perspectiva de los actores involucrados, sin la presunción de una hipótesis previa sobre la influencia de este enfoque teórico. De acuerdo a Krause (2005), las metodologías cualitativas contienen procedimientos que permiten investigar la vivencia del paciente desde su perspectiva subjetiva, inclu-

yendo su propia valoración. La *Grounded Theory* es una metodología para desarrollar teoría que está fundamentada en una recogida y análisis sistemático de datos. Un investigador no inicia un proyecto con una teoría preconcebida, más bien comienza con un área de estudio y permite que la teoría emerja a partir de los datos. La característica primordial de este método es la fundamentación de conceptos en los datos (Strauss y Corbin, 2002).

Participantes

1. El muestreo de las pacientes chilenas y argentinas fue intencionado, utilizando los siguientes criterios de inclusión: (a) mujeres con diagnóstico de TA realizado por un especialista (psicólogo y/o psiquiatra), según criterios del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) (b) que hayan estado o estén en tratamiento psicológico por TA, (c) en fase de seguimiento o final de su tratamiento ambulatorio. Se incorporó sólo a pacientes que estuvieran finalizando su tratamiento, porque: a) metodológicamente, permitió obtener una mirada retrospectiva del proceso terapéutico, intentando reconstruir con la paciente las distintas fases y sus significados asociados; b) éticamente se evitaba interferir en el proceso mismo, debido a la profundidad de las entrevistas que podían abrir temas relevantes de la terapia y (c) en etapas previas, la negación, egosintonía y escasa conciencia de enfermedad, podrían dificultar la recopilación de información y la veracidad de los datos.

Acorde a esto y considerando el criterio de “*saturación teórica*” (Strauss & Corbin, 2002), la muestra quedó conformada por veinte pacientes chilenas y cuatro pacientes argentinas. En el caso de las primeras, las edades fluctuaban entre 18 y 33 años ($M= 23,65$; $D.E.= 3,91$), nueve de ellas portadoras de anorexia nerviosa restrictiva, tres con anorexia nerviosa compulsivo-purgativa y ocho con bulimia nerviosa. Todas eran solteras, sin hijos, de niveles socioeconómicos entre los rangos medio bajo y alto. De ellas, quince vivían con sus padres o sustitutos y cinco de forma independiente (con hermanos, pareja o solas). En cuanto a las pacientes argentinas: las

edades fluctuaban entre 19 y 25 años ($M= 22$; $D.E.= 2,58$), tres con diagnóstico de anorexia nerviosa restrictiva y una con anorexia nerviosa compulsivo-purgativa. Todas eran solteras sin hijos, y de niveles socioeconómicos entre medio y medio alto. Dos de ellas vivían con sus padres y dos lo hacían de forma independiente.

La heterogeneidad de la muestra responde a la necesidad de analizar el objeto de estudio desde distintos ángulos, para lograr una mayor rigurosidad. Es ésta la regla de la *variación estructural máxima de las perspectivas*, que significa que cada vez que se suponga que un factor determinado tiene influencia sobre los resultados, se varíe este factor (Krause, 1995).

2. En el caso de los terapeutas (en Chile y Argentina), se utilizó un muestreo intencionado, considerando los siguientes criterios de inclusión: (a) psicólogos/as (b) que trabajen directamente con pacientes con diagnóstico de trastorno alimentario.

La muestra de terapeutas quedó conformada por ocho terapeutas en Chile y seis terapeutas en Argentina. La edad de los terapeutas chilenos fluctuaba entre 31 y 45 años ($\bar{x}= 38$; $D.E.=4,89$), tres de orientación cognitivo conductual, tres sistémica y dos psicoanalítica, cinco en modalidad individual y tres en modo individual/familiar. Sus años de experiencia, oscilaban entre 2,5 y 15 años ($\bar{x}= 7,3$; $D.E.=4,44$), con casos atendidos entre 6 y 70 ($\bar{x}= 30,1$; $D.E.=20,87$).

La edad de los terapeutas argentinos varió entre 32 y 49 años ($\bar{x}= 40, 8$; $D.E.=6,96$), tres de orientación cognitivo conductual, tres sistémica y dos psicoanalítica, cinco en modalidad individual y tres de forma individual/familiar. Sus años de experiencia, fluctuaban entre 7 y 21 años ($\bar{x}= 13,8$; $D.E.=5,45$), con casos atendidos entre 17 y 78 ($\bar{x}= 46,8$; $D.E.=24,4$).

Recolección de datos

Se administraron entrevistas semiestructuradas en profundidad, realizadas por psicólogos con experiencia clínica, miembros del equipo de investigación y no terapeutas de las pacientes. Las preguntas se formularon en base a una guía que consideraba

el abordaje de temáticas relevantes para el estudio. Esta técnica de recolección recoge información contextualizada y holística, en palabras de los propios entrevistados (Vieytes, 2004). La duración fue entre 90 y 120 minutos, siendo grabadas en audio y transcritas íntegramente.

Procedimiento

Se contactó a terapeutas expertos en trastornos alimentarios en Chile y Argentina, quienes facilitaron el acceso a las pacientes.

Las pacientes chilenas eran atendidas por terapeutas y equipos multidisciplinarios y especializados en TA, compuestos por psicólogos, psiquiatras, nutriólogos y/o nutricionistas en tres ciudades de Chile (Santiago, Concepción y Viña del Mar).

El contacto con las pacientes argentinas fue a través de una institución privada especialista en la ciudad de Buenos Aires, por medio del *Programa Unificado para el Tratamiento de Pacientes con Trastornos Alimentarios*, cuyo equipo está conformado por: psicólogos, psiquiatras y médico nutricionista.

Para triangular la información recopilada desde las pacientes, se realizaron entrevistas a terapeutas con amplia experiencia en el tratamiento de estos trastornos.

Criterios de rigor científico

Este estudio privilegia la *transparencia*; es decir, la posibilidad de entender cómo se llegó a los resultados, incluyendo información precisa del procedimiento metodológico completo.

A lo anterior se agrega la *triangulación* de fuentes y de analistas. En cuanto a la *triangulación de fuentes* o consistencia entre diferentes fuentes de datos (González, 2000), se procuró reconstruir el proceso psicoterapéutico incorporando información proveniente tanto de pacientes como de terapeutas expertos en el tema, de ambos países. Además, se utilizó la *triangulación de analistas*, llevando a cabo reuniones en distintas fases de análisis donde se discutían y consensaban los hallazgos y resultados prelimina-

res obtenidos de las distintas fuentes. Durante todo el proceso de análisis se trabajó con un equipo de cuatro psicólogas y un psicólogo, capacitados en metodologías cualitativas, y específicamente en *Grounded Theory* (codificación abierta, axial y selectiva). Eso permitió realizar ajustes al guión temático, considerando los temas emergentes en el transcurso de las entrevistas. En paralelo, los resultados preliminares fueron discutidos con una psicóloga, experta en TA, quién permitió enfocar ciertos resultados a la luz de su experiencia clínica, considerando aquellos elementos más relevantes para ser utilizados por terapeutas, o aspectos novedosos en la literatura en el área.

Además, los resultados fueron enriquecidos por la incorporación y participación de una de las investigadoras en un equipo multidisciplinario, que se reunió semanalmente a discutir y analizar en reuniones clínicas, diversos casos de pacientes con TA. Cabe mencionar que los resultados preliminares fueron presentados en varias ocasiones en esta Unidad de Trastornos Alimentarios, cuyos miembros entregaron *feedback* en relación a los resultados más relevantes y novedosos desde su experiencia clínica.

Análisis de los datos

El análisis de la información se realizó según los procedimientos de la *Grounded Theory* (Glaser & Strauss, 1967).

Se realizó una labor inductiva, con un diseño metodológico flexible que permitió integrar la información inesperada y contrastar sucesivas hipótesis (Strauss & Corbin, 1990). Se trabajó con categorías emergentes que maximizan las posibilidades de descubrir algo novedoso. Con las categorías desarrolladas se puede realizar un análisis descriptivo o relacional. (Krause, 1995; Krause, 1998). El producto final de este proceso consiste en un conjunto de conceptos interrelacionados, que dan cuenta de las cualidades del objeto de estudio (Krause, 1998).

Para efectos del análisis, el primer paso es la *codificación* de los datos, donde son fragmentados, conceptualizados y luego articulados analíticamente de un modo nuevo. Los conceptos y categorías genera-

dos en la codificación tienen el carácter de hipótesis que son contrastadas en momentos posteriores del análisis (Krause, 1995; Krause, 1998).

La estrategia que se aplica a los datos codificados es la *comparación permanente*. Los resultados generados se registran gráfica y verbalmente, y se van desarrollando e integrando a medida que progresa la investigación (Krause, 1995; Krause, 1998). Los conceptos e hipótesis desarrollados con los primeros datos son contrastados con los siguientes. Los nuevos datos se analizan de inmediato y se comparan con los anteriores. De este análisis resultan nuevos conceptos utilizados para la continuación del muestreo, la recolección de datos y su análisis. Se continúa de este modo hasta lograr la *saturación teórica* de las categorías conceptuales generadas a través del análisis.

El análisis descriptivo es inductivo y consiste en construir categorías generales a partir de datos particulares. Primeramente, el material es fragmentado, para examinarlo párrafo por párrafo. Cada unidad de sentido es conceptualizada y nominada, con una etiqueta verbal que interprete el significado de la información recogida. Los conceptos obtenidos luego se agrupan en categorías, que se organizan jerárquicamente (Krause, 1998). Este proceso se conoce como *codificación abierta*, y es el proceso analítico por el cual se identifican los conceptos y se descubren en los datos sus propiedades y dimensiones (Strauss & Corbin, 2002).

El análisis relacional incluye dos etapas: *codificación axial* y *codificación selectiva*. Pretende establecer relaciones entre los diferentes contenidos que arrojan los resultados descriptivos (Krause, 1998). En la *codificación axial* el objetivo es generar diversos modelos comprensivos sobre diferentes aspectos destacados en los resultados. En tanto, en la *codificación selectiva* se elabora la categoría central en torno a la cual las otras categorías desarrolladas se agrupan e integran (Flick, 2004).

Aspectos éticos

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Escuela de Psicología de una Universi-

dad en Chile. Las entrevistas a pacientes contaron con autorización de los terapeutas y la voluntariedad de los participantes, que firmaron consentimientos informados relativos al estudio. Se resguardó la confidencialidad de los datos y el anonimato en la transcripción de las entrevistas. Es necesario aclarar que ni los terapeutas ni las pacientes, recibieron incentivos por participar del estudio.

Resultados

Los resultados están organizados en dos grandes niveles:

(a) Resultados descriptivos que surgen del análisis de la *codificación abierta* de las 20 entrevistas a pacientes chilenas; cuyo tamaño muestral aportó mayor disponibilidad de información testimonial ilustrativa. Se presentan categorías y subcategorías, que emergen de sus entrevistas, ejemplificando con citas textuales de éstas, (b) Resultados relacionales (*codificación axial*) que proponen un modelo explicativo y comprensivo del fenómeno estudiado. En este nivel, se incluyó a pacientes y terapeutas de ambos países.

A modo de síntesis, es posible señalar que el cambio se presenta como un punto de inflexión, en tanto las pacientes describen un momento en que reconocen la necesidad de modificar sus actitudes y conductas. Posteriormente, dentro de la evolución del proceso terapéutico, las pacientes logran verbalizar contenidos de éste (qué es lo que cambia desde sus perspectivas), así como facilitadores y obstaculizadores del cambio, en contraposición a continuar con la sintomatología característica del TA.

Resultados descriptivos

A continuación se presentan las principales categorías obtenidas tras el análisis de las entrevistas a las pacientes chilenas. En la Tabla 1, se resumen los contenidos de los cambios, es decir, qué cambia desde la perspectiva de las pacientes. En tanto, en el proceso terapéutico existirían factores que, por un lado, facilitan el cambio terapéutico (Tabla 2) en estas pacientes, pero por otro, lo obstaculizan (Tabla 3). Cuando en la interacción de ambos hay una preponderancia

Tabla 1:
Contenidos del cambio terapéutico en pacientes chilenas con TA

Categorías	Sub-categorías	Contenidos	Citas
Contenido del cambio	Nivel personal	<ul style="list-style-type: none"> Mejora autoestima/aumenta autoconfianza/seguridad en sí misma Aumenta autoconocimiento/identidad Maduración Mayor expresión de pensamientos y emociones/asertividad vs mayor control de sentimientos 	<p>"Antes no era una forma de vivir bien, no estaba tranquila, nunca estaba bien. Ahora estoy bien, me siento tranquila, contenta" (Entrevista paciente chilena VIII, párrafo 77).</p> <p>"... igual me sirvió para madurar... yo creo que sola no hubiera madurado, me sirvieron eso y varias cosas más para asimilar que tengo treinta años porque antes me sentía como muy niña, entonces esto me sirvió para dar el paso, para decir ya es tiempo de crecer" (Entrevista III, párrafo 22).</p> <p>"te liberas un poco de ese miedo, del ahogo de no contar las cosas, de ocultar, o de pretender que no hay ningún problema" (Entrevista XIV, párrafos 1302-1304)</p>
	Nivel familiar	<ul style="list-style-type: none"> Mejora la comunicación con ambos padres Desidealización y separación de la madre Cambio en la percepción del padre 	<p>"(relación con mi mamá)... Que está mejor, que hay cambios pero en el sentido de que ahora nos comunicamos más, pasamos más tiempo juntas" (Entrevista VII, párrafo 99);</p>
	Nivel físico-alimentario	<ul style="list-style-type: none"> Cambio en hábitos alimentarios y relación con comida Cambio en la auto-percepción corporal Conciencia ante gatillantes de purga/vómitos 	<p>"ordenarme, comer más sano y comer de todo y sin sentirme culpable" (Entrevista III, párrafo 33)</p> <p>"aprendí a darme cuenta de: si está rico, pero estoy satisfecha o bien no quiero más o quiero 'probar otra cosa o...como algo así'" (Entrevista XVII, párrafos 387-389)</p> <p>"Me di cuenta qué cosas gatillaban los vómitos y lo evitaba...antes un mordisco y me volvía loca, me daba histeria"(Entrevista VII; párrafo 101)</p>
	Nivel social	<ul style="list-style-type: none"> Mejora relaciones interpersonales/ no aislada 	<p>"Yo ahora me doy cuenta que estoy sana también porque no tengo mayor conflicto en contarlo, tampoco es algo que una le cuente a todo el mundo, pero de repente a personas que si se lo puedo decir" (Entrevista X, párrafo 179)</p>
	En relación al trastorno propiamente tal	<ul style="list-style-type: none"> Cambia la percepción de la enfermedad Toma conciencia del daño Deja de sentir vergüenza/enfrentarla Importancia de medicamentos 	<p>"comencé a tomarle el peso a la enfermedad, llegó el momento en que empecé a cuestionar y decir algo me tiene mal." (Entrevista IV, párrafo 54)</p> <p>"Con mi mentalidad enferma creía que todo estaba bien, pienso para atrás pero no me acuerdo de haber estado feliz, sufría mucho. Ahora miro fotos y estaba asquerosa, era un hueso"(Entrevista IV; párrafo 72)</p>
	En relación a la terapia	<ul style="list-style-type: none"> Mayor comodidad con el espacio terapéutico: Asistencia voluntaria 	<p>"...si tú me vieras sentada allá yo estoy como así tirada, como si estuviera en mi cama acostada, al principio me sentaba así como que casi no me podía mover en cambio ahora no... estoy mal sentada, me paro... cambio de posición... a veces estoy a punto de quedarme dormida..." (Entrevista I, párrafo 224).</p>
	Autopercepción del cambio Cambio percibido por terceros		<p>"a mí me pasaba que yo de repente iba donde la doctora y veía niñas que, digamos que a lo mejor iban desde el mismo tiempo que yo, pero yo las encontraba súper intranquilas, y yo decía uh, como están ellas, y yo estaba con mi mamá relajada conversando, y notábamos que el cambio había sido como súper bueno" (Entrevista VIII, párrafo 92).</p>
	Percepción de la enfermedad como crónica		<p>"... una de las cosas que entendí es que esto te va a pasar toda la vida" (Entrevista XIX, párrafo 1302); "Para mí sigue siendo un tema, siempre está presente, siempre me estoy preocupando si lo que he comido en el día es mucho, si es poco, si me tengo que cuidar, si estoy muy gorda" (Entrevista XVI, párrafo 517).</p>

Tabla 2:
Factores facilitadores del cambio terapéutico en pacientes chilenas con TA

Categorías	Sub-categorías	Contenidos	Citas
Facilitadores	Terapéuticos	<ul style="list-style-type: none"> Alianza terapéutica La persona del profesional Técnicas terapéuticas Tratamiento integral Aumentar de peso gradualmente Frecuencia de sesiones Validar al terapeuta 	<p>"si yo me hubiese llevado mal con ella yo creo que no estaría ahora como estoy" (Entrevista I, párrafo 152).</p> <p>"... como mucho más ..., posiblemente coma la gente normal pero también tengo porciones súper medidas porque... ponte yo eh, con ella he subido súper lento, súper lento, súper lento porque... Ella ha tratado muchas chicas con trastorno alimenticio y las subidas son así..." (Entrevista XVIII, párrafo 564).</p> <p>"Yo creo que de partida la cantidad de sesiones, porque antes era muy alejado, yo iba como más o menos una sesión al mes, entonces la gran diferencia es que no se sentaban a esperar que yo les hablara sino que ellas me hablaban" (Entrevista III, párrafo 33).</p>
	Aspectos personales	<ul style="list-style-type: none"> Disposición al cambio Asumir la enfermedad 	<p>"Me di las ganas de cambiar" (Entrevista VIII, párrafo 59); "cambié mi personalidad, el hecho de quererme más a mí misma, de darme más eso de que uno es linda, tienes que quererte, y que eso en sí, porque la gente te lo puede decir, pero que tú te lo empieces a creer es como otro cuento" (Entrevista VIII, párrafo 59).</p>
	Apoyo del entorno	<ul style="list-style-type: none"> Familia Amigas Pareja 	<p>"... lo más importante es que tu familia tiene que apoyarte 100%" (Entrevista I, párrafo 228)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> No divulgar que está en terapia Proyectos futuros Tratamiento farmacológico 		<p>"... tampoco quise que nadie se enterara, o sea, muy poca gente sabía que estaba en terapia, ni siquiera que estaba enferma, después sí, pero no en el periodo... porque me iba a sentir como más rara" (Entrevista II, párrafo 115); "... si no que también hubiera una psicóloga, que estuviéramos hablando del problema que yo tenía, de cómo yo me sentía, eso me sirvió pero mucho" (Entrevista III, párrafo 70).</p>

Tabla 3:
Factores obstaculizadores del cambio terapéutico en pacientes chilenas con TA

	Categorías	Sub-categorías	Contenidos	Citas
Obstaculizadores	Internos		Aspectos personales: <ul style="list-style-type: none"> • Características personales • Incredulidad inicial frente a efectividad del tratamiento • Falta de convencimiento de mejorarse • Miedo 	<p><i>"pensaba, o sea, todo el día oh, soy anoréxica... o buscaba en internet anorexia, qué pasaba y encontré esas páginas de esos blogs que enseñan a cómo bajar de peso y cosas así, y empecé a buscar y buscar cosas, y aunque no lo hacía, pero lo leía y estaba todo el día pendiente, pensando en el tema." (Entrevista II, párrafo 117); "yo no veía nada, dije es que aquí no hay nada, dije hablar de mis cosas ¿me irá a servir esta cuestión?" (Entrevista III, párrafo 33); "La falta de convencimiento de mejorarme" (Entrevista IV, párrafo 72).</i></p>
	Externos		<ul style="list-style-type: none"> • De la familia • Del diagnóstico • Del tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> - Relación terapéutica 	<p><i>"Sí, sí, sí, mucho!, mucho!, yo, una chica que también sufría de anorexia, que dejó el tratamiento porque su familia tampoco estaba ni ahí..." (Entrevista XIV, párrafo 900);</i></p> <p><i>"... pedí una hora para una psicóloga, y con ella duré más, tampoco duré mucho, pero habré estado un año con ella, o como un año, claro, ocho meses, y... y fue bien duro sí con ella, ... porque me acuerdo que era súper inquisitiva [...], me sentía bien en pelota adentro, lo que no favoreció el vínculo. Yo me sentía de repente un poco juzgada, y me cuidaba de qué decir y de qué no.... Entonces, de repente me sorprendía como, camino a la consulta pensando como: ya, ¿qué le voy a contar?..." (Entrevista XVIII, párrafo 61).</i></p>

de los primeros, surgirían contextos y situaciones de cambio.

Dentro de los facilitadores de la recuperación se menciona el apoyo familiar, el cual podría manifestarse de distintas formas. En algunas pacientes, asistir a terapia con la familia parece favorecer los cambios y la recuperación; en tanto en otras, y dependiendo de su edad, el hecho de que la familia acceda a recibir psicoeducación, facilitaría la comprensión de la enfermedad, derribando mitos (ej. que es una "niñería"), y facilitando los cambios.

Otro facilitador, es la flexibilidad terapéutica en el tratamiento, entendida como la posibilidad para modificar los temas abordados en función de la necesidad de la paciente. El terapeuta debiera captar las señales de la paciente respetando sus *timing*.

Ciertas técnicas como el uso de tareas inter-sesión (ej. auto-registros) sería facilitador de cambios. A su vez, trabajar en torno al proyecto de vida, vislumbrando proyecciones futuras permitiría que las pacientes generen cambios en la terapia. Finalmente, la toma de conciencia de daño y riesgo asociado a la enfermedad es esencial para que surjan modificaciones en la paciente.

Debiera considerarse esta toma de conciencia, ya que implica una evolución en sí, que es punto de partida para transformaciones posteriores. Otro aspecto

que impulsaría modificaciones posteriores, es la reconceptualización de la enfermedad, que deja de ser concebida como un estilo de vida incomprendido.

En el otro polo, dentro de los obstaculizadores para la adherencia a la terapia, estarían la disposición parcial o ambivalente a mejorar y las dificultades en el entendimiento de la enfermedad, tanto de sus causas como de su sintomatología. El ir aclarando estos aspectos en terapia podría transformarse en facilitador del cambio.

Por otra parte, en términos de obstaculizadores externos; que la familia no apoye a la paciente y minimice el trastorno, y/o que el terapeuta no considere sus *timing* en el proceso de tratamiento, son factores que dificultan el cambio.

Otro obstaculizador relevante a considerar y que se vincula con la alianza, es la percepción que las pacientes tengan de ser tratadas como enfermas y no como personas, hecho que a su vez es incongruente con la finalidad de la terapia que, entre otras cosas, busca que las pacientes desarrollen una identidad personal más allá del trastorno.

Finalmente, la evaluación negativa de los profesionales que participan del tratamiento, en términos del vínculo que forman con ellos, como de su capacidad profesional, es un importante obstáculo para el cambio. Este concepto resalta y enfatiza la impor-

tancia de la alianza terapéutica en los procesos terapéuticos en general y, en particular con este tipo de pacientes.

Resultados relacionales

A continuación se presentan los modelos explicativos que surgen al integrar la información proveniente de las entrevistas a pacientes chilenas y argentinas, y a terapeutas de ambos países (Figuras 1 y 2).

Escenario para generar necesidad de cambio

Como primer paso para que se produzca un cambio, las pacientes, deben tomar conciencia de su enfermedad, asumiendo que no tienen control sobre sus síntomas y que esto les provoca sufrimiento y malestar. Para la toma de “conciencia del peso de la enfermedad” existirían variables que van a precederle, siendo los pasos iniciales para el cambio posterior. Es decir, una etapa inicial y necesaria requiere generar una necesidad de transformación, lo que podría configurarse en un primer objetivo de tratamiento.

De acuerdo a los resultados, para generar la “necesidad de cambio”, se debe producir una dinámica donde la paciente percibe una relación de confianza que le permite abrirse al terapeuta. Esto facilita desarrollar conciencia del descontrol sobre su sintomatología y del sufrimiento psicológico producto de ésta. Lo anterior, favorecería la conciencia de enfermedad y riesgo, que en consecuencia, imprime el deseo de querer curarse y responsabilizarse de su proceso terapéutico, asumiendo un rol más activo en el tratamiento. Esto permitiría la disminución del oposicionismo y resistencia a la terapia, así como el cumplimiento de metas, que por consiguiente, refuerzan el proceso:

“... igual lo que a mí más me ayudó fue la terapia con X, porque creo que uno se cura cuando uno hace el click, cuando uno quiere curarse, lograr hacer el click y decir basta, que te toma un tiempo, no es fácil pero es la posta si vos no querés mejorarte no te mejora nadie” (Entrevista paciente argentina II, párrafo 48)

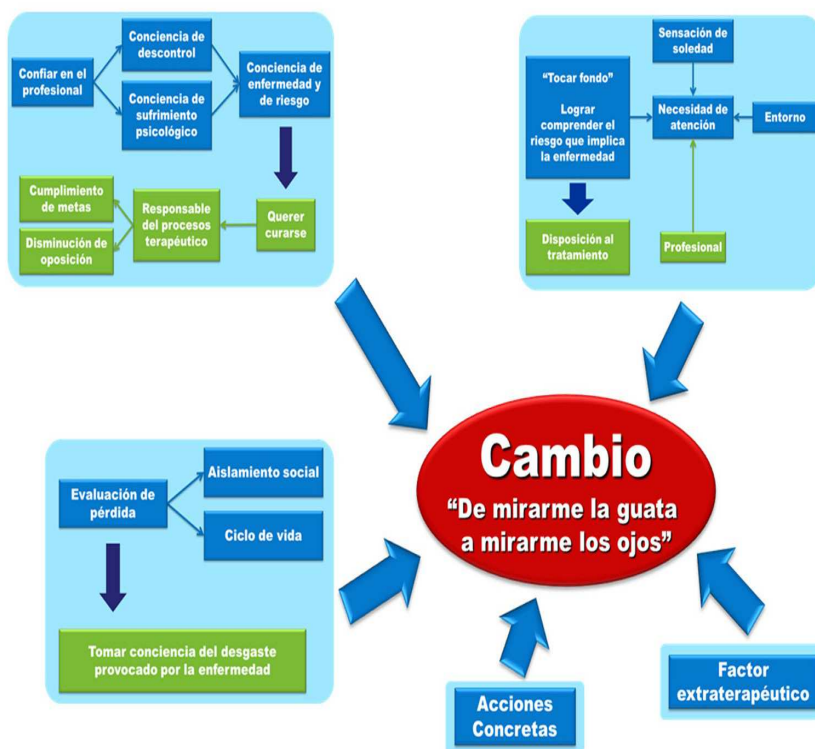


Figura 1. Escenario para generar necesidad de cambio

Otro aspecto descrito como antecedente del cambio y que puede interactuar con lo anteriormente señalado, es que en ocasiones, las pacientes deben sentir “tocar fondo” para comprender el riesgo de la enfermedad. Ahí se les hace evidente la necesidad de “atención” profesional, y se favorece la disposición a la terapia:

“... yo al principio, o sea, cuando me dijeron yo negaba todo, yo decía ¡no, eso no es verdad!, yo no tengo hambre, no tengo hambre, no tengo hambre, eterno, siempre no tengo hambre, pero después cuando me di cuenta que estaba sufriendo mucho, que se me estaba acabando la vida, que ya no tenía amigos, que no salía, como que nada, mi vida giraba en torno a eso y que no tenía otro pensamiento, eh... asumí que de verdad necesitaba a alguien que me ayudara porque estaba mal, estaba perdiendo todo ...” (Entrevista paciente chilena V, párrafo 2)

“... hubo un tiempo en que estuve más crítica o que estaba más mal, y ahí mi mamá me dijo ¡ya, sabes que vamos a buscar ayuda!, y yo le dije sí, sí ya hay que buscar ayuda, porque uno ya se da cuenta que está mal” (Entrevista paciente chilena VIII, párrafo 1)

Otra característica que antecede al cambio, es la evaluación de pérdidas; tomar conciencia del desgaste provocado por la enfermedad, el aislamiento social y las pérdidas relacionadas con el ciclo vital.

“... me deprimí, me empecé a encerrar, me empecé a encerrar, me empecé a encerrar, y como que de todos lados, de mi círculo más cercano, me empezó a bombardear de que: necesitas terapia, necesitas terapia, necesitas terapia, y dije: ya, voy a ir a terapia.” (Entrevista paciente chilena XVIII, párrafo 56)

Estructura del cambio

Otro fenómeno es cómo se articulan los contenidos del cambio en pos de la recuperación. Dicho cambio genera en las pacientes un redescubrimiento de

sí mismas que se traduce en un mayor desarrollo de su identidad.

La resignificación del control surge como relevante para el cambio terapéutico. Durante la enfermedad, las pacientes valoran positivamente el autocontrol, mientras que el control externo se valora negativamente. En la medida que van generando cambios, esto se flexibiliza, moderando la relevancia que tiene el control en sus vidas.

Un indicador de cambio es el desarrollo de la capacidad de discriminar entre sensaciones provenientes del cuerpo *versus* emociones y sentimientos. Durante la enfermedad, a las pacientes les es difícil discriminar si la procedencia de sus sensaciones fisiológicas es de carácter corporal o emocional, sin distinguir entre vivencias externas e internas.

Otro elemento, parte del proceso de cambio, es la estrategia de regulación emocional en las pacientes. Atravesar por un positivo proceso terapéutico, facilita la discriminación de sensaciones y permite aprender modos más adaptativos de regular y expresar el mundo emocional. Traspasar el alivio emocional desde el control de las sensaciones corporales, a nuevos recursos psicológicos, como pueden ser el pensamiento y lenguaje, es indicador de cambio.

En relación al autoconocimiento y autoaprobación, los cambios se ven favorecidos por la necesidad que frecuentemente presentan las pacientes de entender las causas de su enfermedad. Comprender las razones asociadas al surgimiento de esta patología, los cambios a nivel de la teoría subjetiva de enfermedad, y de sus atribuciones causales ayudarían a mejorar su autoaceptación y disminuir culpas, rabias y tristezas.

Existen a su vez, dos grandes cambios valorados por las pacientes y que pueden ser, para los terapeutas, indicadores de mejoría. Estos corresponden a modificaciones en la vida social y en el proyecto de vida. En el primer caso, se alude a que la paciente salga del aislamiento social en que ha estado durante la enfermedad. Y en el segundo, al surgimiento de proyectos vitales futuros, ya sea profesionales o familiares. Ambos cambios estarían interconectados con la identidad, dando cuenta de logros asociados al cumplimiento de tareas del desarrollo propias del

ciclo vital.

Asimismo, el cambio se vincula con el surgimiento de un nuevo sentido de realidad, que ocurre cuando las pacientes diferencian entre su mundo fantaseado (centrado en el peso y el cuerpo) y lo que llaman el “mundo real”. En su “mundo de fantasía” ligado a la enfermedad, se valoran y aceptan cuando controlan su ingesta alimentaria y su ideal regulatorio, basado en la belleza y espiritualidad. A través del proceso terapéutico, surge la conciencia de esta discrepancia entre mundo real y fantaseado, que favorecido por el autoconocimiento y la formación de una identidad que se descentra del cuerpo y la enfermedad permite construir un espacio en el “mundo real”, dando sentido a su existencia más allá del trastorno.

Conclusiones

El objetivo de esta investigación ha sido describir las vivencias de pacientes portadoras de TA, que han experimentado un tratamiento exitoso, buscando comprender mejor las variables del proceso de sus tratamientos, y específicamente relacionadas con el cambio terapéutico. Esto es esencial, debido a que son pacientes que, generalmente, no tienen conciencia de problema o enfermedad, con altos niveles de resistencia, de negación y cuyos síntomas son ego-sintónicos.

Los hallazgos de esta investigación, implican reconocer, desde la perspectiva de las pacientes, que existe un punto de partida en el cual se genera una necesidad de cambio, que favorece la posibilidad

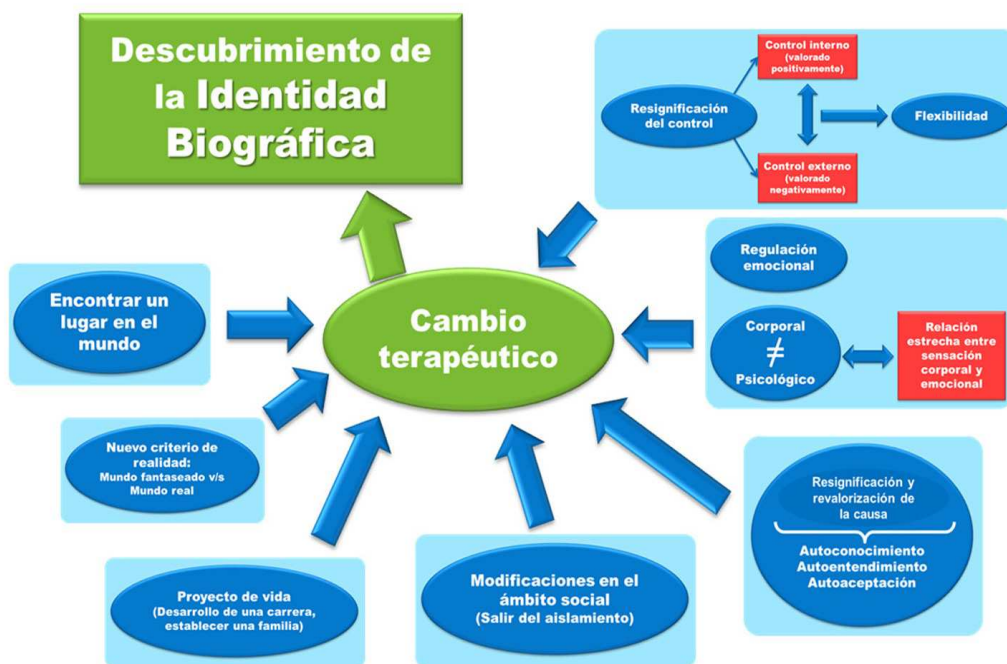


Figura 2. Estructura del cambio

de mantenerse en terapia y permitirse experimentar etapas posteriores del tratamiento, donde las transformaciones apuntan a dimensiones más profundas, especialmente en relación con la identidad de las pacientes.

Conjuntamente con el desarrollo de la necesidad de cambio, es crucial el surgimiento de una alianza positiva. La alianza se fundamenta en

la confianza hacia el profesional tratante durante el primer período del tratamiento, sentando las bases para que la paciente cumpla un rol más activo en el proceso terapéutico.

A partir del momento en que la paciente desarrolla la necesidad de cambio, su disposición al proceso terapéutico y a la enfermedad es distinta, en cuanto se responsabiliza de ellos, reconoce la

necesidad de tratamiento y comienza a valorarlo. Sin embargo, es probable que en el proceso mismo de tratamiento esto pueda ser vivido de manera menos consciente, y con una temporalidad menos secuenciada. Hay que tomar en cuenta que estos hallazgos fueron verificados en pacientes que describen a *posteriori* su proceso terapéutico.

En cuanto a los contenidos del cambio, éstos podrían articularse finalmente en dimensiones del desarrollo de la propia identidad, que implica mayor autoaceptación y autoconocimiento, discriminación entre las emociones y sensaciones corporales, lo que puede ser también entendido como distinción entre mundo externo e interno, capacidad para diferenciar el mundo real del fantaseado, para conceptualizar y vivenciar de manera distinta y con mayor flexibilidad el control. Unido a lo anterior, y vinculado con lo identitario, surge la posibilidad de salir del aislamiento social y la necesidad de planes de vida futuros.

Cuando surge la necesidad de cambio, las pacientes pueden comenzar a reconceptualizar su enfermedad, pudiendo considerarse como un elemento que mediatiza dicho proceso, pero también como un contenido de cambio final, asociado a haber re-definido la identidad separada de la enfermedad. Es decir, si se conjugan aspectos facilitadores y obstaculizadores, y los primeros son más importantes, los cambios podrían articularse finalmente en aspectos identitarios más saludables, y que las distingue de la enfermedad.

En relación a las limitaciones del estudio, es importante considerar que las entrevistas tienen un carácter retrospectivo; por lo que, pueden estar influenciadas por las conceptualizaciones y resignificaciones actuales. Por otra parte, la heterogeneidad de la muestra, si bien permite incorporar elementos nuevos a los análisis, invita al desafío de poder analizar más detalladamente haciendo distinciones, por ejemplo, por diagnóstico de las pacientes, o por enfoque teórico de los terapeutas.

Considerando lo anterior, sería interesante abordar el tema del cambio terapéutico, en distintas etapas del proceso de las pacientes, como una forma de ir complementando información retrospectiva con

aquella del momento en que se vivencian directamente las distintas fases.

Como un nuevo desafío de re-análisis de los datos recopilados, se espera ir estableciendo distinciones entre las visiones de pacientes y terapeutas, ya que si bien no se explicitan en este artículo en particular, existen diferencias en las temáticas que más se mencionan, como cambios desde la visión de pacientes y terapeutas, así como distinciones en los tiempos o momentos que se abordan o tratan ciertas temáticas, específicamente la alimentaria.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Text Revised*. 4th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2006). Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders. 3rd Edition. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1-54.
- Behar, R., Manzo, R. & Casanova, D. (2006). Lack of assertiveness in patients with eating disorders. *Revista Médica de Chile*, 134, 294-301.
- Behar, R. (2010a). Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. En: R. Behar & G. Figueroa, (eds.). *Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición*. (pp. 121-47). Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
- Behar, R. (2010b). Trastornos alimentarios en la atención primaria. Recomendaciones prácticas para el médico general. En: R. Behar & G. Figueroa, (eds). *Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición*. (pp. 381-401). Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
- Behar, R. (2010c). Psychosocial functioning in eating disorders: Social anxiety, alexithymia and lack of assertiveness. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*, 1, 90-101.
- Castro-Fornieles, J., Casula, V., Lazaro, L., Martínez, E., Plana, M., Saura, B., Toro, J. & Vila, M. (2007). Predictors of weight maintenance after hospital discharge in adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 129-135.
- Cruzat, C., Aspillaga, C., Torres, M., Rodríguez, M., Díaz, M. & Haemmerli, C. (2010). Significados y vivencias subjetivas asociados a la presencia de un trastorno de

- la conducta alimentaria, desde la perspectiva de mujeres que lo padecen. *Revista Psykhe*, 19(1), 3-17.
- Cruzat, C., Aspillaga, C., Behar, R., Espejo, M. & Gana, C. (2013). Facilitadores de la alianza terapéutica en la anorexia nerviosa: Una mirada desde la diada terapeuta-paciente. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 51, 175-183.
- Elliott, R. & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9, 443-467.
- Espeset, E., Geller, J., Gulliksen, K., Holte, A., Nordbø, R. & Skårderud, F. (2008). Expanding the concept of motivation to change: The content of patients' wish to recover from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 635-642.
- Espeset, E., Geller, J., Gulliksen, K., Holte, A., Nordbø, R. & Skårderud, F. (2012). Reluctance to recover in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20, 60-67.
- 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.
- Fernández, F., & Turón, V. (2001). *Trastornos de la Alimentación: Guía Básica de Tratamiento en Anorexia y Bulimia*. Barcelona: Masson.
- Figuroa, G. (2010). La relación terapéutica: Transferencia, contratransferencia y burnout. En: R. Behar & G. Figuroa (eds.). *Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición*. (pp. 280-92). Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Fruzeetti, A. & Haynos, A. (2011). Anorexia Nervosa as a disorder of emotion dysregulation: Evidence and treatment implications. *Clinical Psychology Science and Practice*, 18, 183-202.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- González, F. (2000). *Investigación cualitativa en psicología. Rumbos y desafíos*. México: International Thomson Editores.
- Hill, C. (2005). Therapist techniques, client involvement, and the therapeutic relationship: Inextricably intertwined in the therapy process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 431-442.
- Hsu, L. K. G., Crisp, A. H. & Callender, J. S. (1992). Recovery in anorexia nervosa: The patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 341-350.
- Isserlin, L. & Couturier, J. (2012). Therapeutic alliance and family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa. *Psychotherapy*, 49 (1): 46-51.
- Kirszman, D. & Salgueiro, M. (2002). *El enemigo en el espejo. De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Madrid: TEA Ediciones.
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*. Departamento de Educación, Facultad de Humanidades, Universidad de La Serena, 7, 19-39.
- Krause, M. (1998). *La reconstrucción de la estructura interna de las representaciones sociales a través de un análisis cualitativo y relacional*. Cuarta Conferencia Internacional sobre Representaciones Sociales, Ciudad de México. Documento no publicado.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y Cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Santiago: 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 de Chile: Sociedad Chilena de Salud Mental.
- Lamoureux, M. M. H. & Bottorff, J. L. (2005). "Becoming the real me": Recovering from anorexia nervosa (Abstract). *Health Care for Women International*, 26, 170-188.
- Mander, J., Teufel, M., Keifenheim, K., Zipfel, S. & Giel, E. (2013). Stages of change, treatment outcome and therapeutic alliance in adult inpatients with chronic anorexia nervosa. *BMC Psychiatry*, 13, 111, 1-7.
- Patching, J. & Lawler, J. (2009). Understanding women's experiences of developing an eating disorder and recovering: A life-history approach. *Nursing Inquiry*, 16, 10-21.
- Pettersen, G. & Rosenvinge, J. H. (2002). Improvement and recovery from eating disorders: A patient perspective. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 10, 61-71.
- Prochaska, J. O. & Prochaska, J. M. (1999). Why don't continents move? Why don't people change? *Journal of Psychotherapy Integration*, 9, 83-102.
- Rosenvinge, J. & Klusmeier, A. (2000). Treatment for eating disorders from a patient satisfaction perspective: A norwegian replication of a British study. *European*

- Eating Disorders Review*, 8, 293-300.
- Sevillano, J.P. (2001). Evaluación y motivación en los trastornos de la conducta alimentaria. En: E. García-Camba. *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. (pp. 75- 92). Barcelona: Masson.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research*. Newbury Park – London – New Delhi: Sage.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. (2a. ed.). Bogotá. Colombia. CONTUS-Editorial Universidad de Antioquia.
- Tierney, S. & Fox, J. (2009). Chronic anorexia nervosa: A Delphi study to explore practitioners' views. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 62–67.
- 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.
- Vieytes, R. (2004). La recolección de los datos en la investigación cualitativa. *Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad: Epistemología y técnicas*. (pp. 655- 667). Buenos Aires: De las Ciencias.
- 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(2), 139-146.