

# FASES DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

## PHASES OF THE THERAPEUTIC ALLIANCE IN EATING DISORDERS

Claudia Cruzat- Mandich<sup>1\*</sup>, Fernanda Díaz - Castrillón<sup>1</sup>,  
Diana Kirszman<sup>2</sup>, Laura Moncada Arroyo<sup>3</sup>,  
Carolina Aspillaga Hesse<sup>3</sup> y Rosa Behar Astudillo<sup>4</sup>

### Resumen

*El objetivo de esta investigación es describir la evolución de la alianza terapéutica y sus fases en el tratamiento de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Se aplicó un diseño cualitativo, descriptivo, basado en la Grounded Theory. La muestra incluyó 20 pacientes chilenas portadoras de trastornos de la conducta alimentaria según criterios del DSM-5. Los resultados muestran que la alianza terapéutica evoluciona en tres etapas con las siguientes características: 1. Primera fase (conocimiento): predomina la desconfianza, la resistencia, la necesidad de diagnóstico y una falsa complacencia; 2. Segunda fase (confianza y consolidación): se elaboran temas más profundos, mejora la relación terapéutica, surge la motivación al tratamiento; 3. Tercera Fase (re-significación): se realiza el manejo de las recaídas, se redefine la enfermedad y se visualiza el fin de la terapia. Se enfatiza la creación de un clima de contención, apoyo y seguridad para las pacientes, reproduciendo un rol de madre, comprensiva e incondicional.*

**Palabras clave:** alianza terapéutica; trastornos alimentarios; psicoterapia.

### Abstract

*The aim of this research is to describe the evolution of the therapeutic alliance and its phases in the treatment of patients with eating disorders. A qualitative, analytical-descriptive design was applied based on the Grounded Theory. The sample included 20 Chilean patients suffering from eating disorders according to DSM-5 criteria. Results indicate that therapeutic alliance evolves within three stages that show the following characteristics: 1. First phase (knowledge): distrust, resistance, need for a diagnosis and false complacence predominate; 2. Second phase (trust and consolidation): deeper items are elaborated, therapeutic relationship improves, motivation for treatment emerges; 3. Third phase (re-signification): management of relapses is made, illness is re-defined and the end of the therapy is visualized. A climate of contention, support and security for patients is emphasized, reproducing a comprehensive and unconditional maternal role.*

**Key words:** therapeutic alliance; eating disorders; psychotherapy.

Recibido: 16-08-13 | Aceptado: 02-04-17

### Introducción

Etchegoyen (2005) plantea que la Alianza Terapéutica (AT) se refiere a aquellos aspectos sanos y no neuróticos del paciente, que le permiten desarrollar una relación de colaboración realista, en la cual se puede identificar y permitir ser gratificado por el terapeuta, semejante al vínculo temprano madre e hijo

(Gaston, 1990; Horvarthy y Luborsky, 1993; Horvathy y Greenberg, 1994; Horvarth, Flückinger, del Rey Symonds, 2011; Zetzel, 1956).

La alianza terapéutica, tanto en psicoterapia individual como de grupo, se asocia con los resultados del tratamiento para una variedad de trastornos (Tasca, Compare, Zarbo y Brugnera, 2016). Hallazgos a través de meta-análisis sugieren que la calidad de la alianza está fuertemente asociada al éxito de la intervención en anorexia nerviosa y, en cierta medida, en bulimia (Antonio y Cooper, 2013; Simonds y Spokes, 2017).

Varias investigaciones han examinado la asociación entre el apego del cliente y la alianza terapéutica (Siefert y Hilsenroth, 2015; Folke, Daniel,

<sup>1</sup> Escuela de Psicología, Universidad Adolfo Ibáñez, Diagonal Las Torres 2640. Santiago Chile

<sup>2</sup> Fundación AIGLE, Buenos Aires, Argentina

<sup>3</sup> Escuela de Psicología, Universidad de Chile

<sup>4</sup> Departamento de Psiquiatría, Universidad de Valparaíso

\* E-Mail: claudia.cruzat@uai.cl

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXVI p.p. 241-248

© 2017 Fundación AIGLÉ.

Poulsen y Lunn, 2015). Estudios permiten entender los problemas en la vinculación de los pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), a partir de la presencia de un patrón de apego inseguro desarrollado en la primera infancia. Esto tendría implicancias para el tratamiento en dos niveles íntimamente relacionados: por un lado como un relevante foco terapéutico, orientado a mejorar la calidad de las relaciones interpersonales y, por el otro, como un factor para lograr la adherencia al tratamiento, debido a que todo tratamiento psicoterapéutico se construye sobre la base de un vínculo: la relación terapeuta-paciente (Biederman, Martínez, Olhaberry y Cruzat, 2009).

Algunos autores han sugerido que la construcción de la AT es una intervención terapéutica en sí misma, relacionada positivamente con la motivación para el cambio (Giel, Keifenheim, Mander, Teufel y Zipfel, 2013; Lamoureux y Bottorff, 2005; Bottorff, 2005; Martin, Garske y Davis, 2000; Stein, 2005).

Se han descrito las características ideales centrales del terapeuta eficaz: flexibilidad, persistencia, confiabilidad, grado de empatía, habilidad para dar tiempo al paciente para comprometerse con la terapia (Bamford y Mountford, 2012; Feixas y Miró, 1995; Florenzano, Carvajal y Weil, 1999; Gaston, 1990; La Crosse, 1980).

De parte del paciente, es fundamental la capacidad para trabajar en conjunto con su terapeuta, reconociendo la necesidad de la terapia (Espeset, Geller, Gulliksen, Holte, Nordbo y Skarderud, 2012; Safran y Muran, 2000).

Si bien hay coincidencia respecto de la necesidad de establecer una adecuada AT, el rol particular de ésta en el tratamiento de la anorexia nerviosa aún es poco claro y requiere de un mayor análisis (Corbella y Botella, 2003; De la Parra, 2005; Waller, Evans y Stringer, 2012). Cabe mencionar la dificultad para establecer dicha alianza con estas pacientes, ya que tienden a mostrarse como desafiantes, temerosas del cambio, configurando su identidad en base al trastorno y con alteraciones cognitivas. Además, su sintomatología suele ser egosintónica, lo que conduce a una tarea aún más compleja (American Psychiatric Association, 2006; Behar, 2010a; Behar, 2010b; Figueroa, 2010; Geller y Srikameswaran, 2006; Pereira, Lock y Oggins, 2006; American Psychiatric Association, 2006; Behar, 2010<sup>a</sup>; Behar, 2010b; Figueroa, 2010; Geller y Srikameswaran, 2006; Pereira, Lock y Oggins, 2006; Rausch, Herscovici y Bay, 1991; Sevillano, 2001).

El establecimiento de una AT es más dificultoso con pacientes hostiles y resistentes a solucionar sus problemas (Hubble, Duncan y Miller, 1999). Estudios realizados en pacientes con anorexia, revelan que la deserción es un obstáculo importante. Estos altos niveles de abandono pueden corresponder a la difi-

cultad que poseen para desarrollar una AT, y a la vez, relacionarse con la alteración cognitiva debido a la malnutrición. Al respecto, se ha considerado que mientras no haya sido regularizada la alimentación y el peso, es poco probable desarrollar una AT (Brown, Mountford y Waller, 2013; Waller, 2013; Pereira, Lock y Oggins, 2006).

Por su parte, Swain-Campbell, Surgenor y Snell (2001) enfatizan que cuando se pretende medir el nivel de satisfacción en pacientes con TCA, la evaluación más positiva corresponde a la categoría de AT; mientras que su adherencia al tratamiento se vincula con la presencia de dicha alianza, fortalecida con el equipo de trabajo (Strong, 1968).

El objetivo de este artículo consiste en describir la percepción y evolución de la AT a lo largo del proceso terapéutico, desde la perspectiva de mujeres chilenas diagnosticadas con TCA. Algunas de las preguntas directrices que guiaron esta investigación fueron: ¿cómo evalúan las pacientes la calidad de la alianza terapéutica?; ¿qué elementos consideran importantes para el logro de esta?; ¿cuáles son los elementos facilitadores y obstaculizadores en la conformación de la AT con su terapeuta?; ¿cómo evoluciona la AT a lo largo del proceso terapéutico?

## METODOLOGÍA

Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo, cualitativo, basado en el modelo de la Grounded Theory, de Glaser y Strauss (1967), que permite acceder a los procesos subjetivos desde la perspectiva de los actores involucrados.

### Participantes

Pacientes chilenas, seleccionadas mediante un muestreo intencionado, utilizando los siguientes criterios de inclusión: (a) mujeres con TCA según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) realizado por un especialista (psicólogo y/o psiquiatra); (b) que hayan estado o estén en tratamiento psicológico por TCA y (c) en fase de seguimiento o final de su tratamiento ambulatorio, debido a que metodológicamente permite obtener una mirada retrospectiva de todo el proceso terapéutico, intentando reconstruir con la paciente las distintas fases y sus significados asociados; además, éticamente se evitaba interferir en el proceso mismo. La muestra quedó conformada por 20 pacientes chilenas, entre 18 y 33 años ( $M = 23,65$ ;  $DS = 3,91$ ), 9 anoréxicas, 8 bulímicas y 3 con TCA no especificados. Todas eran solteras, sin hijos, de niveles socioeconómicos entre los rangos medio, bajo y alto. De ellas, 15 vivían con sus padres o sustitutos y 5 de forma independiente (con hermanos, pareja o solas).

Tabla 1. Caracterización de pacientes chilenas

ID	Edad	Diagnóstico	Ocupación	Estado Civil	Hijos	NSE	Vive con	Nº de hija	Nº de tratamientos
1	18 años	Anorexia Nerviosa	Estudiante 4º medio	Soltera	No	Alto	Padres y hmna.	Mayor	1
2	18 años	Anorexia Nerviosa	Estudiante 3º medio	Soltera	No	Medio Alto	Padres.	Única *papá (2 hermanas mayores)	1
3	30 años	Bulimia Nerviosa	Trabaja y Estudia Kinesiología	Soltera	No	Medio Bajo	Padres.	Única	2
4	19 años	Bulimia Nerviosa	Estudiante	Soltera	No	Alto	Padres, hmno, abuela.	Menor	1
5	21 años	Anorexia Nerviosa	Estudiante de Medicina	Soltera	No	Medio Alto	Hmna.	Menor	2
6	24 años	Anorexia Nerviosa	Egresada Psicología	Soltera	No	Medio Alto	Pololo.	Mayor	1
7	19 años	Bulimia Nerviosa	Estudiante Universitaria	Soltera	No	Medio Alto	Madre, hmno mayor.	Menor	2
8	24 años	Bulimia Nerviosa	Nutricionista	Soltera	No	Medio Bajo	Padres, hmna.	Menor	1
9	25 años	Bulimia Nerviosa	Asistente Social	Soltera	No	Medio Bajo	Hmano. Mayor y hmno menor.	Medio	2
10	26 años	Anorexia Nerviosa	Estudiante Universitaria (Historia)	Soltera	No	Medio	Padres y hmna.	Mayor	1
11	25 años	Anorexia Nerviosa	Nutricionista	Soltera	No	Medio Bajo	Padres.	Medio	1
12	33 años	Bulimia nerviosa purgativa con episodios anoréxicos	Periodista	Soltera	No	Medio Alto	Sola.	Mayor	4 tratamientos anteriores psicológicos y 2 psiquiátricos. En tratamiento psicológico actualmente y en los C.C.A.
13	29 años	Bulimia nerviosa purgativa con episodios anoréxicos	Socióloga	Soltera	No	Medio Alto	Tía materna.	Mayor	3 tratamientos psicológicos y 1 psiquiátrico. Actualmente en los C.C.A. y otras redes informales de apoyo.
14	24 años	Anorexia nerviosa y Bulimia. Depresión severa. Abuso sexual intrafamiliar.	Estudiante Universitaria	Soltera	No	Medio	Vive en una pensión.	Medio	2

### Procedimientos

Previo consentimiento informado de las voluntarias, se aplicaron entrevistas semi-estructuradas, grabadas íntegramente, efectuadas por tres psicólogos con experiencia clínica (no terapeutas de las pacientes). La entrevista incluyó preguntas tales como: ¿cómo describiría la relación con su terapeuta?; ¿cómo fue modificándose en el transcurso de la terapia?; ¿qué aspectos de la terapia, del terapeuta o de la relación terapéutica cree que han sido favorecedores de su recuperación? ¿qué aspectos de la terapia han obstaculizado el proceso terapéutico?;

¿cuáles elementos son importantes para definir su recuperación?

Las pacientes eran atendidas por terapeutas y equipos multidisciplinarios especializados en TCA, compuestos por psicólogos, psiquiatras, nutriólogos y/o nutricionistas en tres ciudades de Chile. Los terapeutas preguntaban a las potenciales participantes y, en caso de acceder voluntariamente a participar, se hacía el primer contacto para coordinar la entrevista. Se consideró como criterio de rigor la triangulación de analistas (González, 2000).

Los resultados fueron enriquecidos por la incor-

poración y participación de un equipo multidisciplinario (conformado por psicólogas de terapia individual y familiar, psiquiatra infantil y adulto, y nutricionista) que contribuyó en el análisis de la información recopilada.

### Análisis de los datos

De acuerdo con la Grounded Theory (Glaser y Strauss, 1967), se trabajó con categorías emergentes que maximizan las posibilidades de descubrir algo novedoso, a partir de cuyos antecedentes se puede realizar un análisis descriptivo o relacional (Krause, 1995). El análisis de datos descriptivo

se realizó mediante codificación abierta (Strauss y Corbin, 2002).

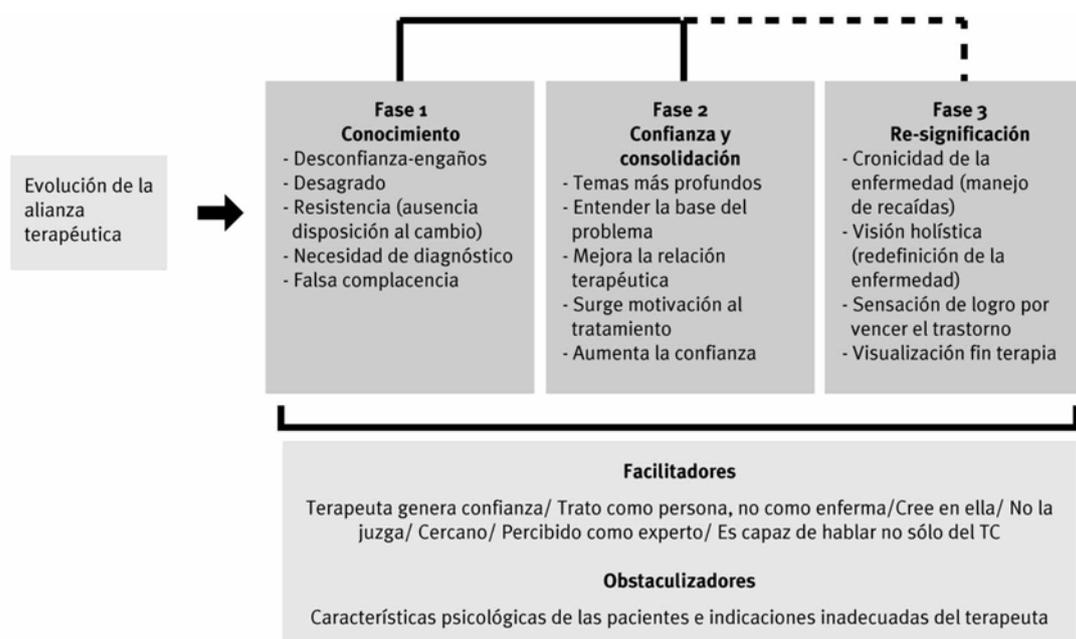
## RESULTADOS

Se presentan los resultados descriptivos provenientes de la codificación abierta, intercalándose citas ilustrativas de las entrevistas a las pacientes.

### 1.- Etapas en el desarrollo de la alianza terapéutica

El desarrollo de la AT conlleva momentos de ajustes y desencuentros entre ambos participantes del proceso.

Tabla 1. Caracterización de pacientes chilenas



A partir de las entrevistas, pueden describirse tres fases en el desarrollo de la AT. Si bien muestran cierta temporalidad, no son descritas como momentos estáticos y cronológicos; el paso de una a otra puede ser imperceptible durante la terapia, y haber regresiones a etapas anteriores. Sin embargo, las pacientes describen un progresivo aumento en el desarrollo del vínculo con sus terapeutas durante el transcurso del tratamiento, fundamento para mantenerse en terapia, profundizar en los temas e incluso realizar algunos cambios:

“... Entonces fue como en tres etapas... al principio hablar de mis cosas en general, después más profundo y después fue ya interactuar con mi casa, que por cierto no lo hacía...”

### Primera fase (conocimiento)

La evolución en el desarrollo del vínculo, es vivida por las pacientes de manera ambivalente:

*“Es como que yo soy un globo que está súper inflado y cuando yo vengo acá ese globo se desinfla, como que vuelve a empezar”; “...Súper bien aunque a veces me cuesta aceptar las cosas que dice”*

Las pacientes señalan la existencia de una primera fase caracterizada como un proceso de conocimiento, donde existe susceptibilidad y desconfianza y se presentan posibles reacciones: tensión e incredulidad respecto a si el terapeuta puede ser de ayuda, unido a una dificultad para expresarse en un comienzo. Además se imprime una sensación de desagrado e incluso hostilidad:

*“Al principio no como una sensación de odio pero como de desagrado, por qué venir, ¿me ayudará en verdad o no a salir de esto?”*

La confianza parece provenir de distintas fuentes, pero es fundamental que la paciente perciba el tratamiento como una instancia seria y formal, a través de mayor frecuencia de sesiones y permanencia

en la interacción con el terapeuta.

*“Sentía más apoyo, aparte que las sesiones eran dos veces por ... entonces dije esta cosa va más en serio”*

A pesar de que hay pacientes que describen confianza inmediata con su terapeuta a partir de aspectos inespecíficos de éste, como la mirada, apariencia, calidez y postura física, el acento durante la primera parte del tratamiento está puesto en la cercanía y confianza con el terapeuta, requisitos necesarios para la continuación y el desarrollo exitoso de la primera fase:

*“Visualmente me cayó en gracia (forma de hablar, de tratar) el trato es muy diferente (no fría) [...] me entró de inmediato por los ojos, agradable”... “... me sentí bien, porque me entendía lo que estaba pasando” “me daba como el plus para poder hablarle cosas mías, cosas personales incluso me sentía más relajada cuando hablaba con ella”*

La cordialidad se desarrolla porque el terapeuta es veraz y honesto:

*“Come tantas veces al día y hace esto, ... igual hay cambios, ya no siento hambre, y después ... me miro al espejo ... y en realidad me mantengo en el peso, porque ella me decía ve como fluctúa tu peso, me pesaba, lo corroboraba y era verdad, entonces me di cuenta que lo que me estaba diciendo era verdad porque lo corroboraba, ... me miraba al espejo y me decía: “si hay días que te vas a ver más gorda o más delgada”, y sí es verdad, uh, entonces dije esto está haciendo efecto”*

Las pacientes valoran, en primer lugar, la sensación de cercanía con el terapeuta y el buen trato recibido, período en el que se sienten tratadas como personas y no como enfermas.

En los primeros momentos, la terapia es apreciada porque provoca alivio, generándose un espacio de ayuda, comprensión, aprendizaje y una sensación de tranquilidad entre paciente y terapeuta. Valoran no sentirse presionadas, especialmente cuando consideran que el terapeuta es auténtico, reconociendo la AT los distintos miembros del equipo multidisciplinario, siendo más profunda con quien cumple el rol de terapeuta. El logro de esta fase permitiría finalmente la conformación de confianza, dando paso a la siguiente.

### Segunda fase (confianza y consolidación)

Una segunda etapa implica un espacio intermedio entre conocimiento y re-significación, con apertura a la conversación respecto de sí misma y de otros temas no vinculados con el aspecto alimentario propiamente tal, no hablados previamente, como temas familiares pendientes (duelos, abusos, sensación de abandono, entre otros):

*“Le fui tomando cariño” [...] porque me di cuenta de que me ayudaba; ... “Hablaban más [...] de distintos temas” ; “Hablar de mí [...] Los temores [...] relacio-*

*nes que tenía con la gente en mi trabajo; “... En la medida que el terapeuta va conociendo la historia del paciente es más fácil comunicarse”*

En esta instancia las pacientes comienzan a describir recaídas, las cuales valoran como oportunidades de aprendizaje, porque tienen un espacio terapéutico que es vivido como un contexto vincular seguro. Poder restaurar rupturas o impasses, es necesario para la profundización de la relación terapeuta-paciente, permitiéndoles tener la certeza de que alguien podrá contenerlas y ayudarlas a pensar en lo que les pasa, y desarrollar la capacidad de dejarse ayudar. En cambio, cuando las pacientes mencionan terapias anteriores no exitosas, refieren que las recaídas conducirían a la deserción de la terapia.

### Tercera fase (re-significación)

La tercera fase en conjunto con la profundización de los temas abordados en la etapa anterior, aumenta aún más la cercanía y la confianza en el terapeuta, presenciándose una sensación de bienestar y disminución o desaparición sintomática. La enfermedad adquiere un nuevo significado para ellas; las pacientes refieren que el trastorno para ser crónico con el que deben aprender a vivir, anticipando circunstancias estresantes que pudieran gatillar la sintomatología nuevamente. Conjuntamente, la enfermedad es vista de manera más compleja, en el sentido de que los síntomas representan aspectos psicológicos profundos, y no sólo afectan la conducta alimentaria:

*“Yo siento que esta enfermedad, si bien me dio mucho sufrimiento, me ha dado la oportunidad, a partir de un gran trabajo, de obligarme a tener que ponerme en la sintonía de superar mis acontecimientos históricos y de encontrarme con mi alma y hacer que mi alma sea lo que se exprese en este mundo. [...] también siento que es parte de esa transición en que yo estoy renaciendo, descubriendo quien soy. Yo siento que recién a los 32 años estoy creando mi identidad”*

En esta etapa, se comienza a visualizar el fin de la terapia, surgiendo un concepto de recuperación asociado fundamentalmente a la desaparición o disminución de la sintomatología característica, así como ciertos hitos vinculados con el proyecto de vida (comenzar a estudiar, formar una pareja, etc.). Junto con la visualización del término del desarrollo terapéutico, aparecen los afectos asociados a éste. Por un lado, pena por dejar de asistir y, por otro, reconocimiento de estar mejor, pero contando con el terapeuta más allá del propio proceso terapéutico:

*“Siento que ahora es mejor, porque yo estoy más abierta, antes era como súper cerrada, ... ahora me he puesto un poco irresponsable para ir; por ejemplo, me da flojera, tengo cosas que hacer y lo he postergado harto, porque en el fondo me siento bien, pero sé que tengo seguir yendo, no sé [...] ¿para qué tengo que*

*seguir yendo? así como cumpliendo horarios de ir, me da lata pero igual lo estoy haciendo”*

*“... cuando me dijo que nos íbamos a ver cada quince días, era como sentirse ah, estoy progresando, pero igual yo me sentía bien a pesar de que ella me lo dijera, ... y después cuando me dijo que nos íbamos a ver una vez al mes, fue como un sentimiento de alegría y pena [...]... igual cuando ella me dijo de que no nos íbamos a ver más, fue así como que ay, igualme da pena a mí me dijo, porque después de un tiempo se fue creando como un lazo bien especial entre ambas”*

## DISCUSIÓN

En este estudio se destaca la relevancia de la AT en el tratamiento de los TCA y se la puede vincular estrechamente con la evolución del proceso psicoterapéutico, marcando hitos y cambios, y estableciendo los pasos de una fase a otra. En este sentido como destacan Kirszman y Salgueiro (2002) existirían tres fases en los procesos terapéuticos en estas pacientes: inicial, intermedia y tardía.

Según los relatos de las pacientes, la fase inicial del tratamiento que favorece o no el desarrollo del vínculo terapéutico, es crucial para comenzar a generar una relación de confianza que les permita posteriormente tratar temas más profundos. Destacan además la importancia de hacerse cargo de su enfermedad y tratamiento, asumiendo un rol activo en su progreso y que sus terapeutas fueran capaces de poner en palabras sus emociones y sentimientos; es decir, una auto-develación, como también transmitir estos sentimientos a los padres de las pacientes. Igualmente, existe reconocimiento de la efectividad de intervenciones tales como reflejo empático, tareas, confrontación y fomento de asertividad.

Considerando las características particulares de estas pacientes y las dificultades que poseen para adherir al tratamiento; el objetivo sería generar un lazo que garantice la permanencia de la paciente y, de esta forma, continuar trabajando posteriormente las temáticas pertinentes a cada caso, por lo que se hace necesario evaluar fundamentalmente el progreso de la AT y sus implicancias desde las fases iniciales del proceso. Como lo destacan Horvarth y Luborsky (1993) existen dos tipos de AT que se configuran, preferentemente, en diferentes momentos del proceso terapéutico. En el inicio de la terapia la AT debe basarse en la capacidad del terapeuta para sostener y apoyar a la paciente mientras que un segundo tipo de alianza terapéutica, propia de momentos posteriores del tratamiento, consiste en hacer un trabajo conjunto (Cruzat, Aspillaga, Espejo, Gana, y Behar, 2013; Cruzat, Díaz, Aylwin, García, Behar y Arancibia, 2014).

En la literatura podemos encontrar afirmaciones en la misma dirección. Tanto la satisfacción con el tratamiento, como la permanencia en éste, dependen

del tipo de AT generada, entendida especialmente desde las pacientes como un vínculo afectivo de confianza, más que sólo como acuerdo en las metas y tareas a tratar durante el proceso. Distintas investigaciones presentan similares conclusiones, respecto a que la adherencia al tratamiento, la evaluación de la calidad de éste y la posibilidad de cambiar y promover un sentido de autonomía dependen de la potencialidad de plasmar una AT eficaz (Cruzat-Mandich, Díaz-Castrillón, Kirszman, Aspillaga y Behar, 2013; De la Rie, Noordenbons, Donker y van Furth, 2008; Gallop, Kennedy y Stern, 1994; Lamoureux y Bottorff, 2005; Swain-Campbell, Surgenor y Snell, 2001). Los resultados de esta investigación permiten aseverar que, en un primer periodo, surgiría la necesidad de manejar la desconfianza mutua, manifestada por miedo de parte de la paciente e inseguridad del terapeuta. Es la superación de la desconfianza lo que permite sentar las bases para etapas posteriores, a través de la co-construcción de un espacio íntimo y seguro con un vínculo significativo. El conocimiento mutuo terapeuta/pacientes un elemento esencial para poder elaborar temáticas más complejas. Cabe destacar la relevancia que implica para la paciente la posibilidad de generar una representación del terapeuta; es decir, una imagen interiorizada de éste que favorezca la confianza y el conocimiento mutuo y, por lo tanto, como lo plantea Zetzel, que la paciente pueda dejarse ayudar por el terapeuta (Horvarth y Luborsky, 1993).

En una primera fase las pacientes describen elementos de sus terapeutas relacionados con la posibilidad de establecer un vínculo de confianza, mencionando aspectos inespecíficos que podrían vincularse con imágenes previas de tratamientos anteriores, representando cierta noción de aquello que les permite confiar y, aunque no pueden verbalizarlo, pueden verificarlo en la interacción con el otro. Aparentemente las pacientes son muy sensibles a toda intervención del terapeuta durante esta etapa, rápidamente lo desvalorizan si sienten negativamente su injerencia, acusando su dificultad para resolver o elaborar los afectos negativos. Es necesario que el terapeuta postergue intervenciones confrontativas en instancias iniciales. Asimismo, debe centrarse en los logros y capacidades de sus pacientes, favoreciendo el despliegue de la subjetividad de éstas, la observación a sí mismas, la proyección de su identidad sin actitudes enjuiciadoras, con la posibilidad de constituirse en una experiencia emocional correctiva. También en esta fase los medicamentos son altamente resistidos por lo que es fundamental la psicoeducación. El tema alimentario es importante tratarlo con un profesional adecuado (nutricionista, nutriólogo, psiquiatra). Algunas veces es necesario derivar a la paciente; aunque en otras, podría ser un elemento que la alivia en el transcurso de la psicoterapia. De ahí la importancia de detectar las necesidades de la paciente sesión a sesión, respetando el *timing*.

El inicio de la terapia está marcado en las pacientes por una ambivalencia, entre la resistencia al cambio y el deseo del mismo. Los afectos se presentan habitualmente como vergüenza, con dificultades para que las vean de manera negativa o como enfermas, impidiéndoles hablar de manera honesta y espontánea sobre ellas mismas y requiriendo un terapeuta más comprensivo y cercano, que cumpla el rol de una madre no enjuiciadora e incondicional. Esto no es tarea fácil, sobretodo porque en este tiempo las pacientes presentan mayores riesgos vitales, forzando a los profesionales tratantes a actuar de manera impositiva e intrusiva, pudiendo caer en el rol de madre "salvadora".

El manejo adecuado del *timing* por parte del terapeuta permite generar cambios, abriendo temáticas dolorosas y permitiendo la conexión emocional del paciente con aquellos aspectos negados o rechazados de sí misma. Aunque la capacidad de establecer una AT eficaz implica disponibilidad y flexibilidad de parte del terapeuta, es necesario definir el espacio terapéutico como finito y orientado a la recuperación.

En la segunda fase de profundización, el terapeuta, mediante la internalización del vínculo, logra actuar como un yo auxiliar promoviendo el pensamiento y planificación de los actos antes que la acción.

Un tema altamente relevante se relaciona con las recaídas y la forma en que son vivenciadas por las pacientes como una instancia de aprendizaje y no un retroceso, en tanto, ocurren en el contexto de un vínculo seguro. Poder restaurar los *impasses* pareciera ser un elemento central para el éxito terapéutico (Horvarth y Luborsky, 1993).

Finalmente, la tercera etapa es percibida como el último periodo de la terapia donde ya no se tratan temas alimentarios en sesión, sino otros tópicos, evaluados por las pacientes como más interesantes y profundos. Estos temas comienzan a tratarse en la fase anterior, por ejemplo, en relación a autoestima, autoconocimiento, conflictos familiares, entre otros. Por otro lado, en esta fase disminuye la frecuencia de las sesiones, aproximándose el alta de la paciente.

En cuanto a las limitaciones del estudio, habría sido importante recabar más antecedentes respecto de los tratamientos previos; como por ejemplo, cuáles fueron sus debilidades y en qué medida aportaron o no a la instalación de la AT con el terapeuta actual. Por otro lado, sería relevante profundizar más en sus diagnósticos y/o comorbilidades, para vincularlos con la AT.

También sería interesante analizar posibles asociaciones entre las fases de la AT descritas en este estudio y la cantidad de tratamientos de las pacientes entrevistadas.

En relación a las implicancias, a la luz de los hallazgos de esta investigación surgirían nuevas lí-

neas de abordaje (por ejemplo el rol de la AT en fases posteriores del proceso y su cuestionamiento, incorporación e influencia del terapeuta como yo auxiliar). Se recalca la necesidad durante el primer tiempo de construcción de la AT de la creación de un clima de contención, apoyo y seguridad para las pacientes, reproduciendo un rol de madre, comprensiva e incondicional.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2006). *Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders*. 3rd Edition. *American Journal of Psychiatry*, 163 (7), 1-54.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5<sup>th</sup> Edition. Washington (DC): American Psychiatric Association.
- Antonio, P., & Cooper, M. (2013). Psychological treatments for eating disorders: What is the importance of the quality of the therapeutic alliance for outcomes? *Counselling Psychology Quarterly*, 28, 35-46.
- Bamford, B., & Mountford, V. (2012). Cognitive behavioral therapy for individuals with longstanding anorexia nervosa: Adaptations, clinician survival and system issues. *European Eating Disorders Review*, 20, 49-59.
- Behar, R. (2010a). Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. En: R. Behar y G. Figueroa (Eds.), *Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición* (pp. 121-147). Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
- Behar, R. (2010b). Trastornos alimentarios en la atención primaria. Recomendaciones prácticas para el médico general. En: R. Behar y G. Figueroa (Eds.): *Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición* (pp. 381-401). Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
- Biedermann, K., Martínez, V., Olhaberry, M. y Cruzat, C. (2009). Aportes de la Teoría del Apego al Abordaje Clínico de los Trastornos de Alimentación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVIII, 217-226.
- Brown, A., Mountford, V., & Waller, G. (2013). Therapeutic alliance and weight gain during cognitive behavioral therapy for anorexia nervosa. *Behavior Research and Therapy*, 51, 216-220.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: Historia, investigación y evaluación. *Revista Anales de Psicología*, 2 (19), 205-221.
- Cruzat-Mandich, C., Aspillaga, C., Espejo, C., Gana, C. y Behar, R. (2013). Facilitadores de la alianza terapéutica en la anorexia nerviosa: una mirada desde la diada terapeuta-paciente *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 51 (3), 175-183.
- Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, F., Kirszman, D., Aspillaga, C. y Behar, R. (2013). Cambio terapéutico en el tratamiento de los trastornos alimentarios: Contenidos, factores facilitadores y obstaculizadores. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4, 121-134.
- Cruzat, C., Díaz, F., Aylwin, J., García, A., Behar, R. y Arancibia, A. (2014). Discursos en anorexia y bulimia nerviosa: un estudio cualitativo acerca del vivenciar del trastorno. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5, 50-57.
- De la Parra, G. (2005). Investigación, vínculo y cambio: ¿Algo nuevo bajo el sol? En R. Riquelme y E. Thumala (Eds.). *Avances en psicoterapia y cambio psíquico* (pp. 37-60). Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Salud Mental.
- 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.
- Espeset, E., Geller, J., Gulliksen, K., holte, A., Nordbø, R., & Skårderud, F. (2012). Reluctance to recover in anorexia nervosa [Versión Electrónica]. *European Eating Disorders Review*, 20, 60-67.
- Etchegoyen, H. (2005). *Los fundamentos de la técnica analítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Feixas, G. y Miró, M. (1995). *Aproximaciones a la Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Figueroa, G. (2010). La relación terapéutica: Transferencia, contratransferencia y burnout. En: R. Behar y G. Figueroa (Eds.), *Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición* (pp. 280-292). Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
- Florenzano, R., Carvajal, C. y Weil, K. (1999). *Psiquiatría*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Folke, S., Daniel, S., Poulsen, S., & Lunn, S., (2015). Client attachment security predicts alliance in a randomized controlled trial of twopsychotherapies for bulimia nervosa. *Psychotherapy Research*, DOI: 10.1080/10503307.2015.1027319
- Gallop, R., Kennedy, S., & Stern, D. (1994). Therapeutic alliance on an inpatient unit for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 405-410.
- Gaston, L. (1990) The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27 (2),143-153.
- Geller, J., & Srikaneswaran, S. (2006). Treatment non-negotiables: Why we need them and how to make them work. *European Eating Disorders Review*, 14, 212-217.
- Giel, E., Keifenheim, K., Mander, J., Teufel, M., & Zipfel, S. (2013). Stages of change, treatment outcome and therapeutic alliance in adult inpatients with chronic anorexia nervosa [Versión Electrónica]. *BMC Psychiatry*, 13(11), 1-7.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- González F. (2000). *Investigación cualitativa en psicología. Rumbo y desafíos*. México: International Thomson Editores.
- Horvath, A., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(4), 561- 573.
- Horvath, A., & Greenberg, L. (1994). *The working alliance: Theory, research and practice*. New York: John Wiley and Sons.
- Horvath, A., Flückinger, C., C. del Re, A., & Symonds D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *American Psychology Association*, 48 (1), 9-16.
- Hubble, M., Ducan, B., & Miller, S. (1999). *The Heart and Soul of change. What works in therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Kirszman, D. y 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. Departamento de Educación, Facultad de Humanidades, Universidad de La Serena. *Revista Temas de Educación*, 7, 19- 39.
- La Crosse, M. (1980). Perceived counselor social influence and counseling outcomes: Validity of the counselor rating form. *Journal of Counseling Psychology*, 27, 320-327.
- Lamoureux, M., & Bottorff, J. (2005). Becoming the real me: Recovering from anorexia nervosa. *Health Care for Women International*, 26, 170-188.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Pereira, T., Lock, J., & Oggins, J. (2006). Role of therapeutic alliance in family therapy for adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39(8), 677-684.
- Rausch Herscovici, C. y Bay, L. (1991). *Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía*. Argentina: Paidós.
- Safran, J., & Muran, C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance*. New York: The Guilford Press.
- Siefert, C., & Hilsenroth, M. (2015). Client Attachment Status and Changes in Therapeutic Alliance Early in Treatment. *Clin. Psychol. Psychother.* 22, 677-686.
- Sevillano, J. P. (2001). Evaluación y motivación en los trastornos de la conducta alimentaria. En E. García-Camba (Eds.). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. (pp. 75- 92). Barcelona: Masson.
- Simonds, L., & Spokes, N. (2017). Therapist self-disclosure and the therapeutic alliance in the treatment of eating problems, *Eating Disorders*, DOI:10.1080/10640266.2016.1269557
- Stein, M. (2005). Establishing a better therapeutic alliance with young eating disorders patients. *Eating Disorders Review*, 16(2), 1-2.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. 2ª Edición. Bogotá: CONTUS-Editorial Universidad de Antioquia.
- Strong, S. (1968). Counseling: An interpersonal influence process. *Journal of Counseling Psychology*, 15, 215-224.
- Swain-Campbell, N., Surgenor, L., & Snell, D. (2001). An analysis of consumer perspectives following contact with an eating-disorders service. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 99-103.
- Tasca, G., Compare, A., Zarbo, C., & Brugnera, A. (2016). Therapeutic Alliance and Binge-Eating Outcomes in a Group Therapy Context. *Journal of Counseling Psychology*, 63, (4), 443-451.
- Waller, G., Evans, J., & Stringer, H. (2012). The therapeutic alliance in the early part of cognitive-behavioral therapy for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 63-9.
- Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-375.