

# ESCUCHANDO A LAS PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN RELACIÓN A SU TRATAMIENTO

Claudia V. Cruzat Mandich  
y Constance V. Haemmerli Delucchi\*

## Resumen

*Los trastornos alimentarios son enfermedades que han despertado, en los últimos años, enorme interés en medios sociales y sanitarios. La incidencia de anorexia nerviosa parece haber aumentado en las últimas décadas, hablándose en la actualidad de auténticas epidemias, donde el diagnóstico es tardío, existen múltiples dificultades de manejo y numerosos riesgos en su evolución.*

*Este artículo tiene como objetivo revisar estudios y bibliografía acerca de la percepción que tienen las pacientes anoréxicas de su tratamiento, entrelazando estos hallazgos con algunas frases de pacientes reales de una investigación acerca de la percepción sobre la alianza terapéutica de adolescentes con diagnóstico de anorexia nerviosa (AN) (Ovalle, Reid & Cruzat, 2008).*

*Los principales hallazgos señalan que la relación que se establece entre el paciente y el terapeuta, es decir, el grado en que la paciente considere al terapeuta como alguien experto y atractivo, la confianza y confidencialidad que se logre y el apoyo y esfuerzo por parte de este último, es proporcional a la probabilidad de éxito en los resultados del tratamiento.*

**Palabras clave:** *trastornos alimentarios, percepción del tratamiento, alianza terapéutica, anorexia nerviosa (AN).*

**Key words:** *Eating disorders, perception about the treatment, therapeutic alliance, anorexia nervosa (AN).*

Los desórdenes alimentarios son alteraciones de la conducta relacionadas con la ingesta, consecuencia de los dramáticos esfuerzos por controlar el peso y la silueta. La prevalencia suele ser mayor en la población femenina y, tal como señala el estudio de Góngora y Casullo (2008), las mujeres presentan conductas y cogniciones específicas de los trastornos alimentarios, más severas que los varones.

Los tipos más comunes de trastornos de alimentación que aparecen, tanto en adolescentes como en adultos, son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa (García-Palacios, Rivero & Botella, 2004). En ambos tipos de trastornos, siempre está presente el temor a engordar y la preocupación por la imagen corporal, lo cual genera gran ansiedad (Marín, 2002).

Siguiendo a Cordella, Lizana, Urrejola, Figueroa, del Río, Hodgson, San Martín y Unger (2006) podría preguntarse ¿cómo comprender una patología que parece generarse desde la voluntad?, ¿por qué sólo algunas adolescentes se enferman, cuando tantas hacen dieta?, ¿cómo reconocer los procesos de desarrollo que las dejan en riesgo, considerando que la mortalidad es tan alta y la calidad de vida tan mala?

Las razones por las cuales algunos pacientes se recuperan completamente, mientras que otros continúan, o recaen luego de un período de remisión, no están claras (Federici & Kaplan, 2008), por lo mismo, la terapia con este tipo de pacientes suele ser un arduo trabajo.

En el marco de la psicoterapia individual, cuando se intenta abordar a estas pacientes, se verifica cómo las características particulares de los trastornos alimentarios imponen a la tarea terapéutica, demandas y obstáculos a los que es necesario ir dando respuesta (Kirszman y Salgueiro, 2002).

\* Claudia V. Cruzat Mandich y Constance V. Haemmerli Delucchi  
Universidad del Desarrollo, Avenida La Plaza 700, San Carlos de Apoquindo, Las Condes, Santiago, Chile.  
E-Mail: ccruzat@udd.cl  
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XVIII p.p. 135-141  
© 2009 Fundación AIGLÉ.

Una de las características del tratamiento con estas pacientes es la elevada “resistencia al cambio”, por lo que su actitud ante cualquier tipo de tratamiento muestra ambivalencias y resistencias (Sevillano, 2001). Lo anterior se ve ejemplificado en las siguientes frases de pacientes “(...) *yo quería sanarme pero había momentos en que en verdad no quería sanarme, y estando con ella y después de llevar quizás un año también que no quería sanarme y todo (...)*” (paciente adolescente con AN). “*Hubo un momento en que yo necesitaba la anorexia, constantemente, siempre, me llenaba un espacio (...)*” (paciente adolescente con AN). A estas resistencias se les suman las “distorsiones cognitivas” que conllevan el hecho de padecer dicha patología. Kirszman y Salgueiro (2002) sostienen que hay situaciones en que los pensamientos e ideas acerca de la comida, el peso y la figura se constituyen de forma tal que se vuelven intrusivos y ocupan toda la actividad mental de la paciente “(...) *cuando uno tiene anorexia, desarrolla una nueva lógica para pensar (...)*” (paciente adolescente con AN) “*Había cosas mentales que me atrapaban a la enfermedad*” (paciente adolescente con AN).

Uno de los rasgos propios de los trastornos alimentarios es la insatisfacción corporal que se puede asociar a la emoción de la vergüenza. Esto sobretodo porque este tipo de pacientes, basa su autoestima, en gran medida, en la aceptación de su cuerpo (Cruzat y Cortéz, 2008).

Otra dificultad a la hora de trabajar con estas pacientes es la alta tasa de deserción al tratamiento. Eivors, Button, Warner y Turner (2003) investigaron las posibles razones de la deserción en este tipo de pacientes, explorando las experiencias de ocho mujeres por medio de entrevistas semi-estructuradas. La información fue analizada utilizando los procedimientos de la Grounded Theory. El concepto de “control” surgió como central para la comprensión del proceso de deserción, destacando el carácter “funcional” de la enfermedad. Para muchos se trata de un medio de supervivencia cuando se enfrentan con limitadas opciones para ir adquiriendo un sentido de control sobre su mundo

Otro gran obstáculo, particularmente en las pacientes restrictivas y de bajo peso, es la naturaleza egosintónica de los síntomas y, en una gran mayoría de las situaciones, la paciente no desea estar allí, ya que ha sido traída por terceros. El período que precede a la consulta inicial ha estado, en gran parte de los casos, caracterizado por intensos intercambios comunicacionales, especialmente en el ámbito familiar, cargados de presión, hostilidad, criticismo y sobreinvolucración. En otros, ha sido precedido por el secreto que al descubrirse inicia la posibilidad de tratamiento. En los primeros contactos tienden a contaminar las entrevistas de evaluación con conductas de silencio, negativismo, negación y falta de precisión en

las respuestas a los instrumentos de auto-evaluación. Se la responsabiliza de los obstáculos iniciales para el cambio y de los abandonos de tratamiento, no sólo al comienzo, sino a lo largo de todo el proceso terapéutico (Kirszman y Salgueiro, 2002).

Fernández y Turón (2001) sostienen que este tipo de pacientes se encuentra en un nivel de pre-contemplación, lo que se relaciona con lo expuesto por Kirszman y Salgueiro (2002), quienes señalan que las pacientes con trastorno alimentario no se han propuesto cambiar porque no son conscientes aun de que sus conductas constituyen un problema, y más aun, un riesgo. Esto es así en la medida en que la mayoría de los pacientes son traídos a consulta presionados por sus padres o familiares (Ward, Troop, Todd & Treasure, 1996). Al ocultar o desconocer sus síntomas, provocan un retraso de unos 5 a 6 años entre el inicio del trastorno de la conducta alimentaria y la búsqueda de ayuda (Rosenvinge & Klusmeier, 2000). “(...) *A mí nunca se me va a pasar la anorexia, como yo aprendí a pensar así, lo importante es ayudar a la persona en el fondo, a que se haga consciente de su situación y que logre controlarla (...)*” (paciente adolescente con AN).

### ¿Qué opinan las pacientes con trastornos alimentarios acerca de su tratamiento?

El uso de una intervención psicológica con pacientes con anorexia es un desafío especial, ya que como se ha señalado anteriormente, muchos pacientes están poco motivados para cambiar sus hábitos alimenticios. Sin embargo, a pesar de las posibles consecuencias para la salud de esta condición, existen pocos estudios de tratamientos psicológicos para la anorexia nerviosa (Roth & Fonagy, 2005).

Estudios transversales señalan que una forma de entender los TA es con una mirada más atenta a las emociones asociadas a este trastorno (Cruzat y Cortéz, 2008).

Dado este escenario, parece interesante conocer la visión de las propias pacientes en cuanto a la utilidad percibida, nivel de satisfacción en relación con su proceso terapéutico, facilitadores de la recuperación y factores asociados a la deserción. Poco se sabe acerca de qué “ingredientes” terapéuticos en el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria son necesarios para la recuperación. Sorprendentemente, la mayoría de los estudios sobre este tema han descuidado la opinión del paciente. No obstante lo anterior, existen ciertas investigaciones que intentan abordarla. En las próximas páginas, daremos a conocer la visión que tienen las pacientes con trastornos alimentarios acerca de su tratamiento, de acuerdo a lo señalado por distintos estudios.

Vanderlinden, Buis, Pieters y Probst (2007) realizaron un estudio con una amplia muestra de pacientes con trastorno alimentario ( $n = 132$ ) para evaluar cuáles son los elementos en el tratamiento que consideran útiles y eficaces en su proceso de recuperación. Los resultados se compararon con la opinión de 49 expertos en trastornos alimentarios. Siguiendo la visión del paciente, se consideraron como elementos fundamentales en su tratamiento “la mejora en la autoestima”, “la mejora de la experiencia corporal” y “el aprendizaje de habilidades de resolución de problemas”, no encontrándose grandes diferencias entre las pacientes y los terapeutas. Sin embargo, en el estudio de De la Rie, Noordenbos, Donker y van Furth (2008), que tuvo como objetivo investigar la calidad del tratamiento de los trastornos de la alimentación desde la perspectiva de los terapeutas y pacientes, sí se encontraron diferencias. Se administró el *Questionnaire for Eating Problems and Treatment (QEPT)* a 73 terapeutas, a 156 pacientes actuales y 148 ex pacientes. Las respuestas fueron analizadas cuantitativa y cualitativamente. Los resultados señalan que, tanto terapeutas como pacientes, con más frecuencia mencionan la alianza terapéutica y las habilidades comunicacionales como aspectos importantes en la calidad del tratamiento. No obstante, valoraban temas similares de distinta manera. Los terapeutas valoraban altamente los síntomas y el cambio de comportamiento, mientras que los pacientes subrayaban la importancia de la relación terapéutica y el tratamiento de problemas subyacentes. La capacidad de escuchar, acoger y contener del terapeuta les permite sentirse comprendidas, apoyadas en momentos de vulnerabilidad, lo que fomenta el desarrollo de la cooperación y participación de las pacientes en el camino hacia la mejoría “Necesitaba a alguien en quien poder sostenerme así como abiertamente, sin límites (...) y uno no le puede dar ese peso tampoco a una amiga, a pesar de que lo intenten y quieran y todo, pero no se puede porque son chicas también y es un tema igual fuerte” (paciente adolescente con AN).

En otro estudio, llevado a cabo por Pettersen y Rosenvinge (2002), se encontró que el “deseo de cambiar,” el tratamiento profesional, la atención no profesional, y las personas significativas en las vidas de las mujeres fueron identificadas como importantes factores de recuperación. Además, la recuperación incluía la mejora de la aceptación de uno mismo, de las relaciones interpersonales, la resolución de problemas y la satisfacción corporal.

Kelley (2005) realizó una investigación que tuvo como objeto explorar lo que las mujeres que están, o han estado, en terapia por un trastorno alimentario encuentran útil acerca de la terapia. A los participantes se les pidió que hablaran de sus experiencias en ésta, sobre todo, aquellos aspectos

que identificaron como facilitadores del cambio. Se realizaron entrevistas en profundidad a nueve mujeres y un terapeuta quien trató a cada una de ellas individualmente. Luego del análisis cualitativo, se destacan las siguientes categorías de ayuda: aspectos del terapeuta, aspectos dentro de la terapia, fuera de terapia pero relacionadas con aspectos del tratamiento, y aspectos que no tienen nada que ver con la terapia.

Por su parte, Clinton, Björck, Sohlberg y Norring (2004) realizaron un estudio sobre la satisfacción con el tratamiento entre pacientes con trastornos alimentarios que participaron en un estudio multicéntrico sueco ( $N = 469$ ) que habían sido objeto de seguimiento 36 meses después de la evaluación inicial. La satisfacción se midió a través de un cuestionario centrado en la recepción inicial en la unidad de tratamiento, la adecuación del tratamiento, la capacidad del personal para escuchar y entender, la confianza en la unidad y el acuerdo sobre los objetivos del tratamiento. Después de 36 meses, 38% de los pacientes estaban altamente satisfechos con el tratamiento, 39% se mostraron satisfechos y 23% insatisfechos. La satisfacción fue predicha por las intervenciones de tratamiento centradas en apoyo y un mayor control de los problemas relacionados con la comida. Aunque los pacientes insatisfechos se caracterizaban por niveles significativamente mayores en la psicopatología del trastorno alimentario y síntomas psiquiátricos, así como perfiles interpersonales más negativos en el seguimiento, estos pacientes habían sido prácticamente indistinguibles de los otros grupos en la evaluación inicial, sólo con algunas excepciones. Los pacientes insatisfechos estaban menos preparados para cambiar sus hábitos alimenticios, un menor grado de aceptación de su actual peso, tendían a esperar menos de intervenciones centradas en el control de problemas relacionados con la comida y tenían mayores niveles de conflicto con sus padres. En relación a este último punto, Tozzi, Sullivan, Fear, McKenzie y Bulik (2003) realizaron una investigación en que se estudiaron las causas subjetivas de enfermedad en pacientes anoréxicas y los factores que fomentaron la recuperación. Para ello, entrevistaron a 69 mujeres que habían recibido tratamiento, donde más de un tercio enfatizó la disfunción familiar como un factor contribuyente para el desarrollo de su trastorno, destacando la deprivación parental durante la niñez, el excesivo control parental, la poca relación con los padres, tensión familiar y maltrato psicológico. Otras causas percibidas fueron el hacer dieta, el estrés y la frustración. Por otra parte, los tres factores que fueron mencionados como más importantes en su recuperación fueron: relación de apoyo o de pareja, madurez o crecimiento y terapia o consejería.

Otro estudio sobre la satisfacción de pacientes con AN sobre el tratamiento, muestra que los pacien-

tes estaban altamente satisfechos con la psicoterapia ambulatoria individual y grupal, y, en menor medida, con la terapia familiar (Rosenvinge & Klusmeier, 2000). Esto se contrapone con los hallazgos de Krautter y Lock (2004), quienes evaluaron la perspectiva de 34 familias que completaron el tratamiento de una terapia manualizada para pacientes con anorexia nerviosa. Los autores señalan que una cuarta parte de los pacientes sugiere que la terapia individual, más terapia familiar, y centrarse en otros aspectos además de la anorexia nerviosa, podría mejorar el tratamiento.

Offord, Turner y Cooper (2006) estudiaron los puntos de vista de adultos jóvenes en relación con el tratamiento para anorexia nerviosa que habían recibido durante su adolescencia mientras estaban hospitalizados. Se llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas con siete adultos jóvenes tratados, en su momento, en unidades psiquiátricas adolescentes. Los datos se analizaron mediante análisis fenomenológico interpretativo y los resultados indicaron un sentido de desconexión de la normalidad, una sensación de que las necesidades de desarrollo no siempre se manejaron, y la importancia atribuida a las relaciones de apoyo con otros pacientes.

Por su parte, Le Grange y Gelman (1998) realizaron un estudio cualitativo destinado a evaluar el punto de vista de 21 pacientes acerca de lo que es útil, así como perjudicial, luego de un año de terminar su tratamiento. En los principales hallazgos, encontraron que la mayoría sentía que había mejorado, señalando como útil: la psicoeducación, un entorno apoyador, el cuestionamiento a las creencias irracionales y las estrategias conductuales.

Otro estudio interesante es el de Rorty, Yager y Rossotto (1993), quienes realizaron entrevistas semi-estructuradas a 40 mujeres que llevaban un año, o más, recuperadas de bulimia nerviosa (promedio de recuperación = 36 meses) para evaluar los factores que creían estar relacionados con su proceso de recuperación. Los autores se preguntaron cómo las experiencias y las personas importantes en sus vidas habían ayudado u obstaculizado su recuperación, qué aspectos de la bulimia nerviosa encuentran más difíciles (y lo que todavía desea cambiar, lo que a su juicio tuvo que dejar por la recuperación y sus creencias sobre las posibilidades de una recuperación duradera). Los autores, además, preguntaron por tratamientos profesionales y no profesionales utilizados, satisfacción con la atención y ayuda específica, y elementos nocivos en el tratamiento. Casi el 90% había recibido algún tratamiento por un profesional de la salud mental, y muchas habían utilizado tratamientos no profesionales; estos tratamientos eran descritos como útiles. Cabe destacar que la mayoría de las mujeres informaron de que sus madres y pa-

dres fueron más perjudiciales que útiles en el proceso de recuperación.

Marsden, Karagianni y Morgan (2007) realizaron un estudio cualitativo con el objetivo de examinar las relaciones entre los trastornos de la alimentación, la religión, y el tratamiento, por medio de entrevistas en profundidad. Los principales hallazgos sugieren que las creencias religiosas impactan sobre las actitudes y la motivación en los trastornos de la alimentación. El tratamiento modifica las creencias de tal forma que construcciones teológicas de la enfermedad no pueden ser ignoradas.

En nuestra investigación sobre la alianza terapéutica con pacientes con AN (Ovalle, Reid y Cruzat, 2008) se identificaron ciertos factores en el proceso terapéutico, que eran esenciales para estas pacientes. Uno de estos factores fue la confianza, aspecto básico que debe estar presente para la participación activa de ambos integrantes de la relación. *"En la primera sesión ella me inspiró confianza y como que es super cariñosa, simpática, me respetó en todo, me hizo hablar a mí en el fondo, como que ella no se metió mucho me dejó como que yo me expresara"* (paciente adolescente con AN). *"(...) como que sentí que realmente había un interés de su parte en ayudarme, como que a veces me pasaba con los otras psicólogas que era como que te preguntaban una serie de cosas en una hora, y ya después terminó la hora y ahora te vas"* (paciente adolescente con AN). Muy relacionado con la confianza, está la confidencialidad, otro factor muy importante en el proceso terapéutico. Generalmente, este tipo de pacientes tienen una dificultad para poder confiar en los demás, necesitando sentirse seguros para poder hacerlo: *"(...) yo a ella le he dicho cosas que no le he dicho a nadie. Nunca sentí que como que ella le iba a contar a alguien, o sea ella fue siempre bien discreta y todo. Pero de repente también teníamos que hablar con mi mamá y ahí ella me decía que íbamos a hablar tal y tal cosa, y nunca me dejó en vergüenza ni dijo algo que yo no quisiera (...)"* (paciente adolescente con AN).

Igualmente importante a la hora de trabajar con estas pacientes, es establecer un encuadre que le permita al paciente tener claridad del proceso terapéutico (Ovalle, Reid y Cruzat, 2008): *"Algo que fue muy bueno, es que ella me dejó las cosas bien claras, que es lo mismo que tiene que hacer un papá en el fondo, o sea si tus papás te dejan las cosas bien claras, pero siendo simpáticos y amorosos en verdad tú ya sabes a qué atenderte (...)"* (paciente adolescente con AN). Es sumamente relevante conocer y manejar las expectativas del paciente para construir una alianza terapéutica, dado que en la medida que el terapeuta más se acerca a las expectativas del paciente, mayores probabilidades existen para el éxito de la terapia. Si ambos están encaminados hacia la

misma expectativa, los resultados serán acorde a lo esperado, fortaleciendo así la alianza. Sin embargo, es propio de un proceso terapéutico, específicamente en los trastornos alimentarios, que las expectativas de ambos no concuerden en ciertos períodos, ya que dadas las mismas características de la enfermedad existen momentos en que ésta es vivenciada como un refugio y estado placentero por la paciente incluso a lo largo de la recuperación.

Asimismo, el reforzar los logros y mostrarle su responsabilidad en la enfermedad, favorecen la recuperación de la paciente: *“Cuando empecé a mejorarme de a poco, empecé a ver los cambios en mi entorno, eso fue lo que me fue motivando hasta que llegué a un punto que era imposible volver atrás porque me di cuenta que era yo quien había creado toda esa oscuridad (...) no era la terapeuta que lo podía cambiar (...)”* (paciente adolescente con AN). *“(...) a medida que uno va avanzando y uno se va mejorando, uno va tomando conciencia de que es tu responsabilidad (...)”* (paciente adolescente con AN). *“(...) ya no me siento menos por eso..., me pasó esto y ahora sé que es mi responsabilidad para seguir siempre bien.”* (paciente adolescente con AN). Otro elemento que parece relevante es el hecho de no juzgar a la paciente *“Como que yo no sentía que ella me iba a desaprobarme, si una semana yo llegaba y le decía que en verdad esta semana no me la pude, como que ella nunca me iba a decir “¿pero cómo? Si la semana pasada” (...)”* (paciente adolescente con AN) (Ovalle, Reid y Cruzat, 2008).

Ovalle, Reid y Cruzat (2008) señalan que todos estos aspectos van construyendo un vínculo muy profundo entre la paciente anoréxica y la terapeuta, por lo cual esta última debiera, desde un principio, explicar la finalidad de aquel encuentro, así como su rol: *(...) como que hubo un momento en la terapia antes de mejorarme de que yo tenía miedo hasta de mejorarme por perderla a ella, y eso igual es como fuerte en tema relacional, eso puede llegar a pasar entre una relación como fuerte entre paciente y psicólogo.”* (paciente adolescente con AN) *“...al final obviamente yo como terapeuta la necesitaba mucho menos porque yo ya estaba como prácticamente bien, pero siempre me importaba no perder el lazo con ella (...)”* (paciente adolescente con AN)

Finalmente, es muy relevante que el terapeuta le muestre a la paciente que ella estará presente cuando ésta la necesite: *“(...) ella también me mostró siempre que ella va a estar para mí, que en algún punto de la terapia esto iba a tener que terminar y eso me dijo siempre, eso es como mi rol que en algún tiempo esta terapia termine.”* (paciente adolescente con AN) (...) Siempre fue incondicional, claro yo podía caer, y no contarle porque se va a enojar, pero a ella siempre le pude contar todo, siempre seguía ahí, seguía ahí,

seguía ahí y seguía intentando. Siempre fue incondicional y en cualquier momento” (paciente adolescente con AN). (Ovalle, Reid y Cruzat, 2008)

Según Strong (1968 citado en Santibáñez, 2002) el grado en que la paciente considere al terapeuta como alguien experto y atractivo es proporcional a la probabilidad de éxito en los resultados del tratamiento. *“Antes de entrar yo pensaba que nadie me iba a poder ayudar, que era un tema totalmente mío, que no quería que nadie se metiera(...)después como que al estar con ella me dieron ganas de sanarme, ella me fue mostrando de a poco como iba a cambiar mi vida (...)”* (paciente adolescente con AN). *“La terapeuta igual a mí como que me inspiraba como a mejorarme, como que yo a ella como que en general la admiraba mucho como persona y es una persona que está totalmente sana, entonces como que en ese sentido igual me inspiraba.”* (paciente adolescente con AN).

## Discusión

El objetivo de este artículo fue recopilar información acerca de estudios y hallazgos sobre la percepción que tienen estas pacientes sobre su tratamiento, es decir, qué factores destacan las propias pacientes como relevantes a la hora de la adherencia al tratamiento y a su recuperación.

Considerando las características de estas pacientes como son la resistencia al cambio, las distorsiones cognitivas, la naturaleza egosintónica de los síntomas, su negativismo y silencio en las primeras entrevistas, y el carácter funcional que tiene la enfermedad para ellas, hacen que exista una alta deserción en el tratamiento y por ende, un mal pronóstico.

Por lo anterior, el intentar entenderlas desde su propia visión, el acceder a aspectos escasamente explorados y poder incorporarlos en los procesos terapéuticos de pacientes con dicha patología, podría cambiar los resultados que se han tenido en los tratamientos hasta ahora.

Los principales hallazgos encontrados sobre lo que las pacientes con trastornos alimentarios consideran como factores influyentes en su recuperación, se encuentran las habilidades comunicacionales de los profesionales, la alianza de trabajo entre terapeuta-paciente, el contacto con sus compañeros, y el enfoque del tratamiento.

Para ellas, la recuperación incluye la mejora de la aceptación de sí mismas, de las relaciones interpersonales, la resolución de problemas y la satisfacción corporal.

Las relaciones de apoyo con otros pacientes también son consideradas factores importantes, así como el sentirse comprendidas y apoyadas por sus seres significativos.

Otro factor muy relevante en el tratamiento para estas pacientes, es el encuadre terapéutico, ya que éste les permite tener claridad del proceso a seguir. El que el terapeuta les refuerce sus logros, le muestre sus responsabilidades en la enfermedad y esté presente cuando la paciente lo necesite, también son considerados como agentes importantes.

Considerando todos los factores nombrados anteriormente, se puede concluir que para estas pacientes, el poder formar una alianza terapéutica sólida es un eje central en su tratamiento, y por ende, en su recuperación lo que no difiere de innumerables estudios que confirman la importancia de este factor común en psicoterapia en distintos pacientes, independiente del enfoque a la base. Lo llamativo en el caso de los trastornos alimentarios es que el logro de la alianza podría verse dificultado por las características particulares de este tipo de pacientes, que lejos de intentar vincularse en un comienzo con su terapeuta lo perciben como una amenaza u obstaculizador de sus metas de bajar de peso, lo que las llevaría a mentir, ocultar o sabotear su propio proceso terapéutico.

Sin embargo, aun queda mucho por investigar en este tema sobre todo desde una perspectiva más en profundidad, ya que los escasos estudios que existen utilizan una mirada más "desde fuera", con instrumentos y metodologías cuantitativas, que tienen la ventaja de poder abarcar a grupos de pacientes más grandes, pero que pierden la riqueza de la subjetividad.

Por otra parte, sería interesante abordar las posibles discrepancias en el énfasis de los factores facilitadores de cura entre pacientes y terapeutas. De esta forma sería posible poner el acento en aquellos aspectos valorados por las propias pacientes como una forma de facilitar el establecimiento de la alianza terapéutica tempranamente y la posterior recuperación.

Por su parte, poder entender la percepción de cronicidad de su situación, en donde no les es posible imaginarse la vida sin el trastorno, podría generar en ellas sentimientos de desesperanza, que en el proceso terapéutico debieran manejarse adecuadamente.

La experiencia clínica y el desarrollo de investigaciones en esta línea de este equipo de investigación permiten dar luz a ciertos aspectos relevantes mencionados por pacientes con trastornos alimentarios, y que deben seguir profundizándose. La comida, el peso y la alimentación constituirían, el eje del pensamiento de las pacientes, restringiéndose así sus posibilidades de conciencia de riesgo y limitando también sus intereses. El peso ocuparía un rol tan central en sus vidas, que las jóvenes evadirían situaciones sociales para no ser cuestionadas por sus conductas

alimentarias. A su vez su obsesión, las haría vivir en una constante comparación con el cuerpo de otros, lo cual les provocaría incomodidad y también generaría en ellas conductas de tipo evitativo (Cruzata, Aspillaga, Torres y Rodríguez, 2009).

El cuerpo y la belleza física estarían investidos de una fuerte carga emocional. La delgadez representaría el polo de la felicidad, el éxito y la seguridad, mientras que la gordura el de la infelicidad, lo indeseado y desagradable. De este modo, sería una fuente de tensión emocional y los cambios de peso se vivirían de forma polarizada e intensa, sintiendo pánico frente a la posibilidad de engordar. A su vez, las jóvenes desarrollarían una desconexión con sus sensaciones corporales y fisiológicas distorsionando la interpretación del hambre y la saciedad (Cruzata, Aspillaga, Torres y Rodríguez, 2009).

Esta revisión bibliográfica ha podido dar algunas luces sobre la percepción que tienen las pacientes con anorexia nerviosa acerca de su tratamiento. Sin embargo, se debe seguir investigando sobre este tema, así como profundizar acerca de los hallazgos encontrados en los distintos estudios revisados, con el fin de incorporarlos en los procesos terapéuticos con estas pacientes y aumentar así el éxito terapéutico.

## BIBLIOGRAFÍA

- Clinton, D., Björck, C., Sohlberg, S. & Norring, C. (2004). Patient satisfaction with treatment in eating disorders: Cause for complacency or concern? *European Eating Disorders Review*, 12, 240-246.
- Cordella, P., Lizana, P., Urrejola, P., Figueroa, D., del Río, P., Hodgson, I., San Martín, C. y Unger, C. (2006). Programa de trastornos de alimentación en adolescentes y jóvenes chilenos: Variaciones a seis meses de tratamiento. *Revista Médica de Chile*, 134, 973-980.
- Cruzata, C. Aspillaga, C. Torres, M. y Rodríguez, M. (2009). Significados y vivencias subjetivas asociados a la presencia de un trastorno alimentario, desde la perspectiva de adolescentes que lo padecen. *No publicado*.
- Cruzata, C. y Cortez, I. (2008). Expresión emocional, afecto negativo, alexitimia, depresión y ansiedad en mujeres con trastornos de la alimentación: Una revisión Teórica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17 (1): 5-17.
- 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.

- Eivors, A., Button, E., Warner, S. & Turner, K. (2003). Understanding the experience of drop-out from treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 11, 90-107.
- Federici, A. & Kaplan, A. (2008). The patient's account of relapse and recovery in anorexia nervosa: A qualitative study. *European Eating Disorders Review*, 16, 1-10.
- Fernández, F., y Turón, V. (2001). *Trastornos de la alimentación: Guía Básica de Tratamiento en Anorexia y Bulimia*. Barcelona: Masson.
- García-Palacios, A., Rivero, I. y Botella, C. (2004). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. Comparación entre una muestra control y una muestra desde un enfoque categorial y dimensional. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 2, 91-109.
- Góngora, V. y Casullo, M. (2008). Conductas y cogniciones relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17 (3): 265-272.
- Kelley, J. (2005). What do women in therapy for an eating disorder find helpful? A qualitative study. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 65, 6274.
- Kirszman, D. y Salgueiro, M.C. (2002). *El enemigo en el espejo. De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Madrid: TEA Ediciones.
- Krautter, T. & Lock, J. (2004). Is manualized family-based treatment for adolescent anorexia nervosa acceptable to patients? Patient satisfaction at the end of treatment. *Journal of Family Therapy*, 26, 66-82.
- Le Grange, D. & Gelman, T. (1998). Patients' perspective of treatment in eating disorders: A preliminary study. *South African Journal of Psychology*, 28, 182-186.
- Marín, V. (2002). Trastorno de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Revista Chilena de Nutrición*, 2, 86-91.
- Marsden, P. Karagianni, E. & Morgan, J. (2007). Spirituality and clinical care in eating disorders: A qualitative study. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 7-12.
- Offord, A., Turner, H. & Cooper, M. (2006). Adolescent inpatient treatment for anorexia nervosa: A qualitative study exploring young adults' retrospective views of treatment and discharge. *European Eating Disorders Review*, 14, 377-387.
- Ovalle, A., Reid, S. y Cruzat, C. (2008). La alianza terapéutica en el tratamiento de anorexia nerviosa. Tesis presentada a la Facultad de Psicología de la Universidad de Desarrollo para optar al título profesional de psicóloga. (no publicado).
- Pettersen, G. & Rosenvinge, J. (2002). Improvement and recovery from eating disorders: A patient perspective. *Eating Disorders*, 10, 61-71.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). Eating Disorders. Anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder. En A. Roth & P. Fonagy, *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. (pp. 236- 264). Second edition. New York: Guilford Press.
- Rorty, M., Yager, J. & Rossotto, E. (1993). Why and how do women recover from bulimia nervosa? The subjective appraisals of forty women recovered for a year or more. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 249-260.
- 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.
- Santibáñez, P. (2002). La alianza en psicoterapia: Una sistematización. *Terapia Psicológica*, 20, 9-22.
- 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.
- Tozzi, F., Sullivan, P., Fear, J., McKenzie, J. & Bulik, C. (2003). Causes and recovery in anorexia nervosa: The patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 143-154.
- 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 Disorder Review*, 15(5):357-65.
- 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.

**Abstract:** The eating disorders are diseases that are the focus of social and sanitary interest. During the last years the incidence of anorexia nervosa had increase and it's almost treated as an epidemic, where the diagnostic is late and there are multiple issues with its handling and some risks in its evolution.

The purpose of this paper is to check the research and bibliography about the perception that patients have about their treatment, relating this results with real phrases of a research about the perception of the therapeutic alliance from adolescents suffering from eating disorders (Ovalle, Reid & Cruzat, 2008).

The main findings show that the relation between the patient and the therapist, in other words, the appreciation that the patient has about the therapist regarding his expertise, the confidence and confidentiality he inspires and the effort and support of the therapist are proportional to the probability of success en the treatment results.