

Facilitadores de la alianza terapéutica en la anorexia nerviosa: Una mirada desde la diada terapeuta-paciente

Facilitators of therapeutic alliance in anorexia nervosa: A look from the therapist-patient dyad

Claudia Cruzat M.¹, Carolina Aspillaga H.², Rosa Behar A.³,
M. Catalina Espejo L.² y Constanza Gana H.²

Background: The settlement of a therapeutic alliance (TA) is relevant within the therapeutic context of patients suffering from anorexia nervosa. **Objective:** To describe the aspects identified as facilitators in order to achieve a positive therapeutic alliance from the perspective of anorexic patients and their a positive therapeutic alliance from the perspective of anorexic patients and their therapists. **Method:** It was an exploratory, relational-descriptive and qualitative study and its data analysis was based in the Grounded Theory, including two anorectic patients and their in the Grounded Theory, including two anorectic patients and their therapists. **Results:** Both, patients and therapists valued the following parameters, respectively: 1. Emotional environment: unconditional genuine interest and confidence versus non judgment and higher availability; 2. Desirable behaviors and attitudes (in the therapist): flexibility, freedom of speech and availability, (in patients): to change and to have resources; 3. Valued techniques: centered in resources, co-participation in the treatment, to know testimonies of other patients versus focalization in skills, emphatic freedom of speech, to check the treatment constantly and to make the patient responsible of her therapy. A model of TA facilitators emerges that includes patient subsystem, therapist subsystem, relational atmosphere and therapeutic space with their particular characteristics. **Conclusions:** The generation of a good TA is a remarkable factor in the success of the therapeutic process that implies a conscious relationship and a reciprocal acceptance integrated by the influences of the therapist/patient dyad.

Key words: Therapeutic alliance, eating disorders, anorexia nervosa, facilitators
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2013; 51 (3): 175-183

Introducción

En los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), la psicoterapia es necesaria durante y después del tratamiento de la descompensación nutricional y del manejo farmacológico^{1,2} y debe enfocarse en la obtención de una alianza tera-

péutica (AT) adecuada, en la que el terapeuta sea flexible, persistente y confiable³⁻⁵; noción reforzada por Behar⁶ y Figueroa⁷, quienes señalan que la AT es central para una transferencia que reviva los dinamismos nucleares del cuadro y se entreguen experiencias emocionales correctoras.

La construcción de una AT favorable es tarea

Recibido: 3/04/2013

Aceptado: 22/07/2013

¹ Psicóloga, Profesora Asistente, Facultad de Psicología, Universidad Adolfo Ibáñez.

² Psicóloga, Universidad del Desarrollo.

³ Médico Psiquiatra, Profesora Titular, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Valparaíso.

difícil con estas pacientes, ya que generalmente no buscan espontáneamente ayuda, no poseen conciencia de enfermedad, y las metas terapéuticas tienden a ser discrepantes⁸⁻¹¹. Además presentan características que dificultan el establecimiento de una alianza, como hostilidad, dominancia y perfeccionismo¹².

- La AT en la anorexia nerviosa

En pacientes anorécticas la deserción es un obstáculo importante. Los altos niveles de abandono pueden relacionarse con la alteración cognitiva debido a la malnutrición, y mientras no regulen la alimentación y el peso, es poco probable desarrollar una AT⁸.

Si bien hay coincidencia respecto de la necesidad de establecer una adecuada AT, su rol aún es poco claro, requiriendo mayores análisis, fundamentalmente por la dificultad para lograrla con estas pacientes⁸. Swain-Campbell et al¹³ refieren que la evaluación más positiva al medir satisfacción en pacientes con TCA, es la categoría de AT y su adherencia al tratamiento se vincula con su presencia fortalecida con el equipo de trabajo¹⁴. Algunos autores, consideran necesario desarrollar tempranamente en el proceso terapéutico con estas pacientes, grados de contemplación para favorecer el desarrollo de la alianza¹⁵.

El objetivo de este estudio es la descripción por pacientes anorécticas y sus respectivas terapeutas, de los elementos favorecedores de una adecuada AT, en un abordaje cualitativo comprensivo, desde la subjetividad de la diada terapeuta-paciente.

Metodología

Diseño

Estudio exploratorio, descriptivo-relacional realizado con metodología cualitativa^{16,17}, con análisis de datos basado en los principios de la *Grounded Theory*¹⁸⁻²⁰.

Selección de la muestra y participantes

Participaron dos diadas compuestas por dos pacientes con anorexia nerviosa restrictiva según el DSM-IV-TR²¹, de 20 y 24 años de edad y la te-

rapeuta de ambas, experta en TCA, entrevistada de manera independiente para cada una de ellas. Los criterios de inclusión fueron: ser mujer y recibir o haber recibido terapia individual para TCA, excluyéndose patologías psiquiátricas no tratadas. La primera paciente se encontraba en proceso de mantención del cambio y la segunda, dada de alta dos meses previos al momento de la entrevista.

Procedimientos y recolección de datos

Psicólogas efectuaron una entrevista a cada una de las participantes (dos en el caso de la terapeuta), administrada privada e individualmente, previo consentimiento informado de las pacientes. Se aplicó la triangulación o consistencia entre diferentes fuentes de datos²⁰, en pacientes y terapeutas, además de la triangulación de analistas.

Análisis de datos

Acorde a la *Grounded Theory*¹⁸, el análisis descriptivo se realizó por codificación abierta, y analíticamente, mediante categorizaciones axial y selectiva. Se trabajó con categorías emergentes que maximizaron las posibilidades de descubrir información novedosa, permitiendo la formulación de un modelo explicativo sobre los procesos implícitos en el adecuado desarrollo de la AT en las pacientes anorécticas.

Resultados

Codificación abierta

Visión de las pacientes: Se describen tres categorías, las principales cualidades que debe tener el ambiente emocional para el buen desarrollo de la AT, las actitudes y conductas deseables para la creación de ésta y algunas técnicas consideradas exitosas por aportar al éxito de la terapia (Tabla 1). Para una mejor comprensión de los resultados, estos se ilustrarán con extractos de entrevistas.

Evaluación del ambiente emocional

Ambas pacientes refieren que para sentirse cómodas y acogidas, necesitaron que la terapeuta generara un espacio para la expresión espontánea

y sin enjuiciamiento. Valoraron fundamentalmente su disponibilidad constante e interés genuino:

“Habían momentos en que realmente se preocupaba por mí... porque me quería”.

Esto es especialmente importante porque son pacientes que no acuden voluntariamente, aunque presentan motivación para tratarse y terminar con la enfermedad. Para ellas, es importante una atmósfera emocional positiva, destacando la incondicionalidad y la posibilidad de confiar en la terapeuta.

Manifiestan que tienen un compromiso emocional con la terapeuta, lo que favorecía la motivación de efectuar cambios conductuales:

“La terapeuta siempre había sido bacán conmigo, yo igual sentía que le tenía que responder, todo lo que ella estaba entregando por mí y yo no salía adelante, seguía en lo mismo, como súper egoísta”.

En este sentido, la percepción de que la terapeuta está presente para cuando la paciente la necesite y/o muestre un real interés (no sólo profesional), es nuclear.

Conductas y actitudes deseables en el terapeuta

Ambas pacientes valoran actitudes y acciones de sus terapeutas que trascienden el *setting* terapéuti-

co, y que muestran genuino cariño y preocupación por ellas, siendo más efectivo un encuadre flexible que se adecúe a sus necesidades:

“La terapeuta de repente se podía quedar más rato si era necesario, como por su interés, yo sentía realmente que ella me quería ayudar”.

Ambas valoran que la terapeuta genere espacios de libertad para hablar, más que guiar las primeras entrevistas:

“Yo creo, en las primeras veces, es importante dejar que uno hable de ciertas cosas”.

También consideran importante que la terapeuta, asertivamente, pueda colocar límites que permitan contener y proteger:

“Algo que fue muy bueno, es que ella siempre me dejó las cosas bien claras, en verdad tú ya sabes a qué atenerte”.

Evalúan positivamente la empatía de su terapeuta, especialmente la receptividad de ella, a su propia subjetividad:

“Ella me inspiró confianza... me respetó en todo, me hizo hablar a mí en el fondo, ella no se metió mucho, dejó que me expresara”.

Admiran a la terapeuta y muestran una percepción positiva de ésta y de la relación, específicamente del respeto por la confidencialidad:

Tabla 1. Codificación abierta

Informe de las pacientes	Informe de las terapeutas
1. Evaluación del ambiente emocional <ul style="list-style-type: none"> • Incondicionalidad • Interés genuino • Confianza 	1. Evaluación del ambiente emocional <ul style="list-style-type: none"> • No enjuiciamiento • Mayor disponibilidad
2. Conductas y actitudes deseables en el terapeuta <ul style="list-style-type: none"> • Flexibilidad • Libertad para hablar • Disponibilidad 	2. Conductas y actitudes deseables en el paciente <ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de cambiar • Tener recursos
3. Técnicas valoradas <ul style="list-style-type: none"> • Centrada en recursos • Co-participar del tratamiento • Conocer testimonios de otras pacientes 	3. Técnicas valoradas para el éxito terapéutico <ul style="list-style-type: none"> • Centrada en las capacidades • Hablar libremente con empatía • Chequear constantemente el tratamiento • Hacer responsable a la paciente de su terapia

“Lo que me gustaba mucho de ella es que siempre antes de hablar con mis papás, me avisaba a mí lo que les iba a contar y lo que el resto de las personas iban a saber, siempre y con el único consentimiento que yo le dijera ya, bueno, dile”.

Técnicas de tratamiento

Aprecian que la terapeuta se centre en sus capacidades, mostrándoles sus recursos para manejar el cuadro:

“Haciéndome siempre ver de todo lo que yo era capaz, de todo lo que yo tenía que entregar, trató de sacarme a flote, todo lo que yo soy”.

Como parte de su recuperación, la terapeuta debe responsabilizar a sus pacientes de sí mismas y de su enfermedad, confrontándolas con la utilización que hace de ella:

“El primer paso es dejar de ser víctima, ahí recién puedes hacerte consciente y responsable; porque si antes eras la víctima, nada era tu responsabilidad, y para poder mejorarte, hay que hacerse responsable”.

Desean que la terapeuta se muestre más interesada en sus habilidades y logros que en la enfermedad, valorizan concientizarse de sus capacidades, empoderarse de su proceso terapéutico, en un clima de confianza:

“La terapeuta confiaba tanto en mí, me tiraba tanto pa’ arriba, me mostró todos mis recursos realmente conociéndome y confiando en mí, eso fue lo que más me hizo salir adelante”.

También valorizan técnicas para hacerlas partícipes de relatos de otras pacientes que han vivido la misma enfermedad:

“En un momento la terapeuta me leyó una carta, que le había escrito otra paciente, es una buena manera de sentir que había otra persona que le pasaba lo mismo”.

Visión de la terapeuta: La información desde la perspectiva de la terapeuta también se divide en tres grandes categorías:

Evaluación del ambiente emocional

Para generar un espacio emocional que permita desarrollar un vínculo positivo, interesa no enjuiciar lo que dice la paciente y mantener una postura genuina, aunque esto pueda significar salirse del setting. Sería más favorable un encuadre flexible, ya que estas pacientes demandan más apoyo, cariño y preocupación debido a graves carencias de figuras significativas:

“Ser cariñosa con ella, me lo pedía aún más que la mayoría de las pacientes. Al principio me costaba un poco. Yo creo que ella lo necesitaba, sin asustarme de lo que podría cualquier psicólogo asustarse”.

Conductas y actitudes valorables en las pacientes

Se destaca la necesidad de ayuda que presentan las pacientes:

“Me encontré con una niñita por lo menos abierta a escuchar, a tratar de colaborar contando su experiencia, lo que sufría y eso ayudó mucho”.

Se valora para la AT, potenciar la capacidad de la paciente para cuidarse por sí misma, el deseo de autoayudarse y superar la enfermedad, o de retribuir a la terapeuta con la mejoría, dado el fuerte vínculo creado con ella:

“Yo me daba cuenta que era capaz... confiaba en que podía salir adelante. Yo creo, tenía igual la capacidad de cuidarse sola cuando quería, y en algún momento, yo le tuve que aclarar cómo se estaba boicoteando su mejoría, para poder mostrarle que los remedios le servían”.

Técnicas valoradas para el éxito terapéutico

Parece relevante focalizar la terapia en aspectos positivos, capacidades y logros, más que en la enfermedad, hallazgo concordante con la evaluación de las pacientes.

Es importante también, explicar a la paciente los beneficios de conversar sobre su trastorno, y desarrollar una actitud empática con afectos dolorosos o de vergüenza:

“Le digo, me imagino que te sientes mal de estar contándome esto, te debe dar incluso un poco de pudor. Esos son reflejos empáticos que ella recibe como aliviada”.

Otra técnica valorada, fue chequear permanentemente la satisfacción de las pacientes con la terapia; así sienten que sus necesidades y puntos de vista son tomados en cuenta, se responsabilizan del proceso y permite evaluar y reparar los aspectos negativos o *impasses*:

“Yo trabajo la relación permanentemente, estoy preguntando constantemente ¿Qué te ayuda? ¿Qué te ha servido de mí? ¿Qué tengo que cambiar. Si noto que mi paciente llega desconcentrada, aburrída, o tarde, siempre lo hablo”.

Pese al clima de aceptación, hay momentos en los requiere confrontar a las pacientes sobre el uso que hacen de su enfermedad y el tipo de vínculo que generan en el otro. Ello permite cambiar la asunción de su propio proceso terapéutico y superar la pasividad previa.

Se aprecia el propiciar el empoderamiento en el tratamiento, y que la terapia sea co-construida. Se

enfatisa, un rol activo de la paciente, considerando que las metas correspondan a sus *timing* y/o sus capacidades. Esto se relaciona con el desarrollo de autonomía, puesto que las motiva a responsabilizarse del tratamiento y, finalmente, de sus vidas.

“Yo creo que para la AT es fundamental tener tareas o propósitos, sesión a sesión”.

En resumen, integrando los relatos de pacientes y terapeuta, se observa la necesidad de procurar, durante un tiempo, un encuadre flexible centrado en acoger y estar incondicionalmente disponible. Parece significativo que las terapeutas sopesen e integren la subjetividad de la paciente durante todo el tratamiento, con apertura y sin enjuiciar. Una evolución desde una mayor dependencia a una independencia relativa, es descrita como signo de éxito, y dicho progreso parece forjarse en la paciente con una actitud co-participativa y activa.

Análisis relacional: codificación selectiva

A continuación se explica el modelo comprensivo obtenido del análisis de la información previamente descrita (Figura 1).

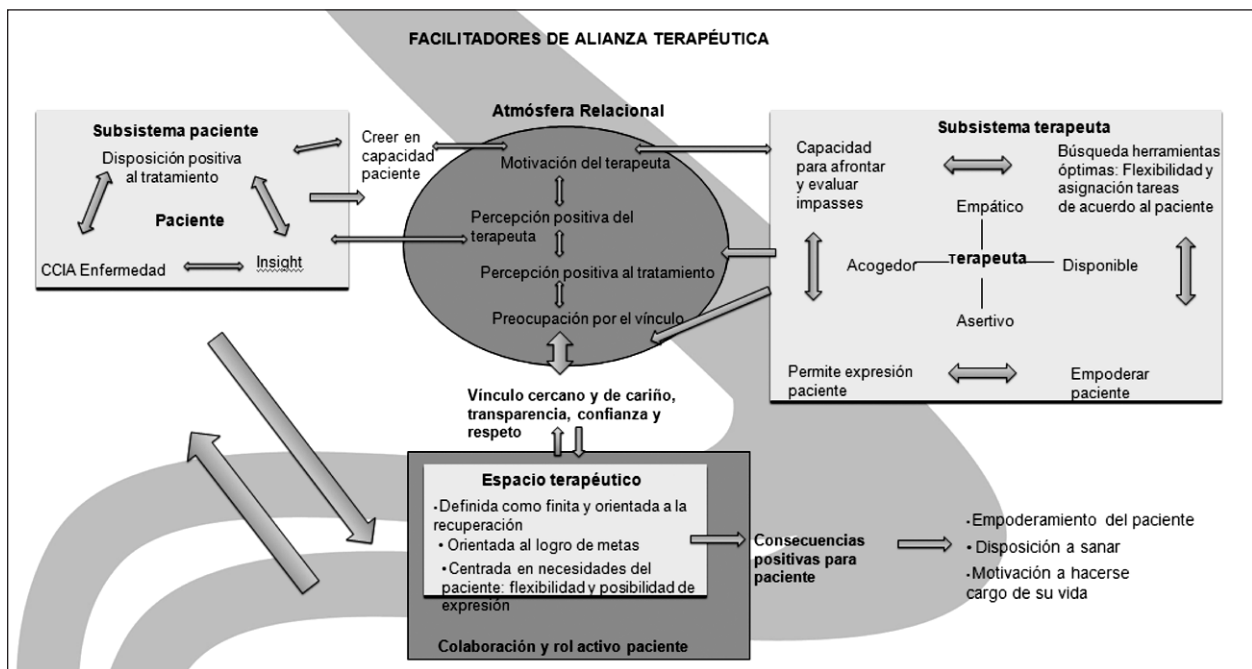


Figura 1. Análisis relacional y codificación selectiva.

Se identificó que el logro de una adecuada AT, está influido por el “subsistema paciente” y el “subsistema terapeuta”, que interactúan plasmando una “atmósfera relacional” particular, que a su vez influiría sobre ambos. Mediado entre la “atmósfera relacional” y el “espacio terapéutico”, se encontraría el “vínculo” que interviene bidireccionalmente sobre ellos. Las características del “espacio terapéutico” asentado en una AT propicia, producirían cambios clínicos y determinarían las posibilidades de éxito terapéutico, al facilitar la modificación de conductas y actitudes.

Para la obtención de una AT satisfactoria en el “subsistema paciente”, se debe conjugar una disposición positiva al tratamiento, capacidad de *insight* y conciencia de enfermedad; su interrelación crearía un círculo virtuoso que favorecería la AT.

El “subsistema terapeuta”, requiere de empatía, asertividad, disponibilidad, flexibilidad y actitud acogedora; factores que permitirían a la paciente evaluar y enfrentar adecuadamente los *impasses* en la terapia, empoderándola en su expresión emocional.

La “atmósfera relacional” que reforzaría una adecuada AT, requiere motivación de la terapeuta hacia el tratamiento, creencia en las posibilidades de mejoría, incrementando los rasgos positivos del “subsistema paciente” y actuando beneficiosamente, sobre la “atmósfera relacional”. La terapeuta al ser acogedora y permitir la expresión de la paciente, ayuda a percibir positivamente la “atmósfera relacional”.

Entre los facilitadores de una AT positiva, sería central el “vínculo”, bidireccionalmente ligado a la “atmósfera relacional”. Según los resultados obtenidos, su perfil debe incluir cercanía, cariño, confianza y respeto, que influirían sobre el “espacio terapéutico”, el cual para desarrollar una AT beneficiosa y facilitadora de la mejoría, debe definirse como finito y orientado a la recuperación; vale decir, tanto paciente como terapeuta, deben tener claridad de que es una relación con término definido y dirigida al logro de metas, centrada en las necesidades de la paciente, y por ende, flexible, activa y colaboradora para alentar su expresión. Estos atributos tendrían un efecto positivo sobre el “subsistema paciente”, favoreciendo la AT.

Discusión

El objetivo de este trabajo se focalizó más bien en el énfasis de un factor inespecífico, válido para una amplia gama de trastornos mentales, en la diada terapeuta/paciente que en la técnica terapéutica propiamente tal.

A partir de los datos obtenidos, puede colegirse que un factor del éxito terapéutico es el logro de una buena AT, que recree una relación de aceptación incondicional, ofreciéndole a la paciente una actitud de disponibilidad absoluta y preocupación genuina. Conjuntamente, las pacientes parecen esperar que las terapeutas cumplan en cierta medida roles parentales y demandan la relación con una madre buena que aparece idealizada. Al respecto, McIntosh et al^{5,6} enfatizan el establecimiento y mantención de la AT en pacientes anorécticas como herramienta nuclear en el contexto de un manejo clínico de apoyo inespecífico; aproximación terapéutica que mostró ser significativamente superior en la evaluación del desenlace global en aquellas pacientes que completaron el tratamiento, frente a las psicoterapias cognitivo-conductual e interpersonal.

De acuerdo a nuestros resultados, estas pacientes, requieren una modificación del encuadre clásico, incluyendo una aceptación incondicional, lo que teóricamente puede significar la aparición de dependencia y falta de diferenciación entre paciente y terapeuta; por lo que es preciso reflexionar sobre sus consecuencias y límites aceptables en la diada terapeuta-paciente. Conjuntamente, es preciso que el espacio terapéutico sea definido como finito y orientado a la recuperación para no favorecer la dependencia simbiótica. La terapeuta debe centrarse en los logros y capacidades de sus pacientes, para favorecer el despliegue de su subjetividad. Esto parece constituirse en una experiencia emocional correctora que fomenta nuevos aprendizajes y cambios activos significativos de la paciente; lo que concuerda con la literatura en que la autenticidad, espontaneidad y aceptación incondicional, son factores que juegan un papel trascendente en la composición de la AT²²⁻²⁶.

Asimismo, es necesario favorecer la autonomía personal de estas pacientes, por lo que centrarse en

sus logros, potenciar la observación de sí mismas más allá de la enfermedad, permitiéndoles proyectar su vida fuera del trastorno, son condiciones importantes de la terapia en TCA.

Es primordial que la terapeuta ponga límites que promuevan una actitud activa de las pacientes y de co-colaboración con la terapia, que debe co-construirse basada en la confianza y la verdadera creencia de la terapeuta en las habilidades de su paciente.

De acuerdo a lo sugerido por Pereira et al⁸, ambas pacientes mostraron desde el comienzo la necesidad de hacer un cambio respecto a su trastorno en pos del desarrollo de una buena y sólida AT^{27,28}, lo que podría indicar un buen pronóstico²⁹. Aunque, cabe preguntarse si este factor puede asociarse a la severidad del cuadro, dado que a mayor gravedad, más aspectos agresivos y autodestructivos hay en las relaciones interpersonales y consigo mismo, disminuyendo la motivación a cambiar.

Implicancias

De nuestros resultados que favorecen una adecuada AT, destacamos:

- La disposición y motivación de las pacientes.
- La atmósfera relacional cobra gran valor en el desarrollo del vínculo.
- La empatía, flexibilidad, disponibilidad, asertividad y acogida, son relevantes en el terapeuta.
- Enfocar el tratamiento en las necesidades subjetivas de la paciente, evaluando y trabajando *impasses*.

- La atmósfera relacional no debe mostrar prejuicios negativos hacia la paciente, desesperanza frente al tratamiento, vergüenza ante la enfermedad y ambivalencia por la recuperación.
- El terapeuta debe permitir un rol activo, empoderar a la paciente y las metas deben adecuarse a su *timing*.

Limitaciones

- Tamaño muestral pequeño que limita la generalización de los datos.
- En ambas diadas, la terapeuta era la misma, lo que puede implicar resultados sesgados.
- No se consideraron variables de la terapeuta (ej. experticia, enfoque terapéutico, etc.) ni de las pacientes (ej. duración del TCA, comorbilidades, otros tratamientos, desenlace, etc.).
- No existe información a largo plazo respecto al proceso de mantención de cambio en las pacientes.

Agradecimientos

Las autoras agradecen a todas aquellas personas que prestaron su valiosa colaboración en esta investigación, sin la cual no habría podido realizarse, en especial a Anita Ovalle M., Susana Reid W., Constance Haemmerli D., Maitte Torres A., Andrea García T., Vicente Llona S., Consuelo Vidal G. y Fernanda Díaz C.

Resumen

Antecedentes: En el contexto terapéutico de pacientes con anorexia nerviosa, es relevante el establecimiento de la alianza terapéutica (AT). **Objetivo:** Describir los aspectos identificados como facilitadores del logro de una AT positiva desde la perspectiva de pacientes con anorexia nerviosa y sus respectivas terapeutas. **Método:** Estudio exploratorio, descriptivo-relacional realizado con metodología cualitativa, cuyo análisis de datos se basó en la Grounded Theory, incluyéndose a dos pacientes anorécticas con sus respectivas terapeutas. **Resultados:** Las pacientes y sus terapeutas valoraron los siguientes parámetros, respectivamente: 1. Ambiente emocional: la incondicionalidad, el interés genuino y la confianza versus el no enjuiciamiento y mayor disponibilidad; 2. Conductas y actitudes deseables (en la terapeuta): flexibilidad, libertad para hablar y la disponibilidad, (en las pacientes): la necesidad de cambiar y tener recursos; 3. Técnicas

valoradas: terapia centrada en recursos (o capacidades), co-participación con el tratamiento, conocer testimonios de otras pacientes, hablar libremente con empatía, chequear constantemente el tratamiento y responsabilizar a la paciente de su terapia. Surge un modelo de facilitadores de la AT que incluye subsistema paciente, subsistema terapeuta, atmósfera relacional y espacio terapéutico con sus características particulares. Conclusiones: La generación de una buena AT es un factor destacable en el éxito del proceso terapéutico que implica una relación consciente y una aceptación recíproca, integrada por las influencias de la diada terapeuta/paciente.

Palabras clave: Alianza terapéutica, trastornos de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa, facilitadores.

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders. 3rd Edition. Am J Psychiatry 2006; 163: 7 (Suppl): 1-54.
2. Behar R. Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. En: Behar R, Figueroa G, editores. Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2010; p. 121-47.
3. Florenzano R, Carvajal C, Weil K. Psiquiatría. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 1999.
4. McIntosh V, Jordan J, Carter F, Luty S, McKenzie J, Bulik C, *et al.* Three psychotherapies for anorexia nervosa: A randomized, controlled trial. Am J Psychiatry 2005; 162: 741-7.
5. McIntosh V, Jordan J, Carter F, McKenzie J, Bulik, Joyce P. Specialist supportive clinical management for anorexia nervosa. Int J Eat Disord 2006; 39: 625-32.
6. Behar R. Trastornos alimentarios en la atención primaria. Recomendaciones prácticas para el médico general. En: Behar R, Figueroa G, editores. Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo 2010; p. 381-401.
7. Figueroa G. La relación terapéutica: Transferencia, contratransferencia y burnout. En: Behar R, Figueroa G, editores. Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2010; p. 280-92.
8. Pereira T, Lock J, Oggins J. Role of therapeutic alliance in family therapy for adolescent anorexia nervosa. Int J Eat Disord 2006; 39 (8): 677-84.
9. Bulik C, Berkman N, Brownley K, Sedway J, Lohr K. Anorexia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. Int J Eat Disord 2007; 40: 310-20.
10. Herpertz S, Hagenah U, Vocks S, von Wietersheim J, Cuntz U, Zeeck A. The diagnosis and treatment of eating disorders. Deutsches Arzteblatt International 2011; 108: 678-85.
11. Rausch R, Herscovici C, Bay L. Anorexia nervosa y bulimia. Amenazas a la autonomía. Buenos Aires: Paidós, 1991.
12. Corbella S, Botella L. La alianza terapéutica: Historia, investigación y evaluación [versión electrónica]. Revista Anales de Psicología 2003; 2 (19): 205-21.
13. Swain-Campbell N, Surgenor L, Snell D. (2001). An analysis of consumer perspectives following contact with an eating-disorders service. Australian and New Zealand J Psychiatr 2001; 35: 99-103.
14. Gallop R, Kennedy S, Stern D. Therapeutic alliance on an inpatient unit for eating disorders. Int J Eat Disord 1994; 16 (4): 405-10.
15. Mander J, Teufel M, Keifenheim K, Zipfel S, Giel K. Stages of change, treatment outcome and therapeutic alliance in adult inpatients with chronic anorexia nervosa. BMC Psychiatry 2013; 13: 111.
16. Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires: Paidós, 1998.

17. Krause M. La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*. Departamento de Educación, Facultad de Humanidades, Universidad de La Serena 1995; 7: 19-39.
18. Glaser B, Strauss A. *The discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine Publishing Company, 1967.
19. Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. 2ª Edición. Bogotá: CONTUS-Editorial Universidad de Antioquia, 2002.
20. González F. *Investigación cualitativa en psicología. Rumbos y desafíos*. México: International Thomson Editores, 2000.
21. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Text Revision. 4th Edition. Washington (DC): American Psychiatric Association, 2000.
22. Safran J, Muran C. *Negotiating the therapeutic alliance*. New York: The Guilford Press, 2000.
23. Stein M. Establishing a better therapeutic alliance with young eating disorders patients. *Eat Disord Rev* 2005; 16 (2): 1-2.
24. Strong S. Counseling: An interpersonal influence process. *J Couns Psychol* 1968; 15: 215-24.
25. Santibáñez P. La alianza en psicoterapia: Una sistematización. *Terapia Psicológica* 2002; 20 (1): 9-21.
26. Santibáñez P. La alianza terapéutica en psicoterapia: Examen inicial de las propiedades psicométricas del "Inventario de Alianza de Trabajo" en Chile. *Psyche* 2003; 12 (1): 109-18.
27. Fliückiger C, DelRe A, Wampold B, Symonds D, Horvath A. How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *J Counsel Psychol* 2012; 59: 10-7.
28. Waller G, Evans J, Stringer H. The therapeutic alliance in the early part of cognitive-behavioral therapy for the eating disorders. *Int J Eat Disord* 2012; 45 (1): 63-9.
29. Isserlin L, Couturier J. Therapeutic alliance and family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa. *Psychotherapy (Chic)* 2012; 49 (1): 46-51.

Correspondencia:

Rosa Behar A.

Departamento de Psiquiatría

Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.

Casilla 92-V, Valparaíso.

Fono/Fax: (56) (32) 2508550

E-mail: rositabehar@vtr.net