

## **Autobiografía y anorexia: Una alternativa cualitativa al modelo de estados del cambio de Prochaska y DiClemente**

*Félix Díaz, Natalia Solano Pinto & Irene Solbes*

**Palabras clave:**

autobiografía;  
análisis narrativo;  
etapas del cambio;  
anorexia

**Resumen:** En este artículo proponemos una aproximación cualitativa a las formas en que las personas plantean sus problemas y trayectorias vitales en el ámbito de la salud. El "modelo transteórico" de PROCHASKA y DiCLEMENTE (1982, 1983, 1984, 1986, 1992) ha ganado protagonismo en las últimas décadas como paradigma para evaluar la disposición hacia el cambio en pacientes. Revisamos las características del modelo y las técnicas habituales para evaluar la disposición hacia el cambio, destacando sus problemas metodológicos y conceptuales. Particularmente, discutimos las paradojas que plantea el concepto de "precontemplación"; la definición exógena de problemas humanos en base a criterios institucionales y clínicos; y la ambigüedad del modelo, donde el propósito de acompañar y orientar al paciente contrasta con la imposición de definiciones de problemas y estrategias de solución. Proponemos el análisis narrativo de autobiografías como una alternativa que revaloriza las nociones de "cambio", "problema" y "recorrido vital" de las propias pacientes. Ilustramos esta posibilidad con el análisis de una entrevista autobiográfica a una mujer con historia de anorexia.

### **Índice**

- [1. Introducción](#)
- [2. Una breve historia del modelo de PROCHASKA y DiCLEMENTE](#)
- [3. Nuestra propuesta analítica: Los procesos de cambio en las propias palabras y vidas de sus protagonistas](#)
- [4. El proceso de cambio en la autobiografía de María](#)
  - [4.1 Adaptación funcional](#)
  - [4.2 Agencia e iniciativa personal](#)
  - [4.3 Azar y destino](#)
  - [4.4 Síntesis](#)
  - [4.5 Precontemplación: Lo que María no vio](#)
  - [4.6 Acción sin determinación: una terapia improvisada](#)
- [5. Conclusiones](#)
- [Agradecimientos](#)
- [Referencias](#)
- [Autores](#)
- [Cita](#)

## 1. Introducción

En las últimas décadas, en el seno de las instituciones sanitarias se ha generado una preocupación por la disposición de las personas a recibir tratamiento, particularmente en problemas de salud vinculados a modificación de hábitos, dando lugar a nuevas variedades de procedimientos de evaluación y tratamiento clínico. En este sentido, PROCHASKA y DiCLEMENTE (1984, 1986, 1992; PROCHASKA 1979) propusieron el "modelo transteórico" como "un modelo general del cambio conductual". Según este modelo, el cambio conductual individual sucede a lo largo de una serie de etapas, independientemente de la existencia de tratamientos formales y, en principio, para cualquier tipo de problema conductual. PROCHASKA y sus colegas definen un proceso de cambio como "cualquier actividad que se inicia para ayudar a modificar el propio pensamiento, sentimiento o conducta" (PROCHASKA, DiCLEMENTE & NORCROSS 1994, p.25). [1]

Como indican Julia LITTEL y Helen GIRVIN (2002), el modelo transteórico se apoya en una noción de actor racional comúnmente usada en psicoterapias humanistas y cognitivo-conductuales. Se entiende el cambio como resultado de un examen racional de distintas alternativas y sus consecuencias. De hecho, argumentaremos aquí que en los usos actuales del modelo en el ámbito de la psicoterapia confluyen dos fuentes históricas relativamente independientes: por una parte, la psicología humanista, que introdujo la relevancia de atender a las vidas de los usuarios tal y como ellos mismos se plantean sus problemas y su desarrollo personal; por otra parte, el desarrollo de técnicas de evaluación y control para asegurar que los usuarios de servicios se atienen a los criterios establecidos en la institución para alcanzar una vida saludable a través de la intervención clínica. [2]

En la siguiente sección, trazaremos brevemente la historia del modelo, culminando en un comentario crítico sobre las formas habituales de evaluar estados del cambio. Señalaremos algunos problemas metodológicos y conceptuales implícitos en el uso del modelo, que se pueden resumir en la paradoja de acercarse a las formas en que las personas se plantean el cambio personal desde definiciones institucionalmente impuestas de lo que son "problemas" y lo que es "cambiar". [3]

Esta reflexión crítica nos conduce a proponer una forma alternativa de analizar y comprender los procesos de cambio en sufrientes de problemas psicológicos. En la sección 3, presentamos nuestro proyecto de investigación sobre narrativas biográficas de personas con y sin Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA en adelante). Este proyecto comprende el registro y transcripción de cinco entrevistas autobiográficas a personas con historia de TCA; otras cinco entrevistas autobiográficas a personas sin experiencia previa en TCA; y diez entrevistas biográficas en las que personas cercanas a las diez participantes que relataron sus autobiografías narraban esas mismas vidas en tercera persona. [4]

En su conjunto, este corpus de veinte documentos orales biográficos constituye un fondo amplio y versátil de estructuras narrativas en las que las propias protagonistas de sus vidas, o personas cercanas a ellas, establecen los procesos de cambio y problemas relevantes y les dan sentido. Entendemos que ese es el espacio discursivo en el que se pueden localizar y analizar procesos de cambio. En la cuarta sección abordamos el análisis de una de estas biografías a modo de ilustración. Este análisis permite matizar la relevancia del modelo de PROCHASKA y DiCLEMENTE cuando se intentan aplicar sus categorías a las formas vernáculas en que las protagonistas interpretan sus vidas; y dilucida algunos discursos narrativos para la interpretación de los problemas y el proceso de cambio. [5]

## **2. Una breve historia del modelo de PROCHASKA y DiCLEMENTE**

En la década de los 70 y 80 se consideró que la conducta de fumar se había convertido en un consumo abusivo de una sustancia nociva. Quizás debido a este escenario surgió un modelo transteórico (PROCHASKA & DiCLEMENTE 1983) con la finalidad de dar respuestas a situaciones difíciles de explicar desde los modelos teóricos vigentes en los mencionados años. Según el modelo transteórico, dichas situaciones se pueden ejemplificar de la siguiente forma: Algunas personas no percibían que su conducta de fumar fuera un problema (etapa de precontemplación según el modelo); otras personas eran conscientes de tener un problema, pero no hacían nada por solucionarlo (situación descrita en la fase de contemplación del modelo); otro grupo eran plenamente conscientes de tener un problema y estaban buscando algún tipo de solución (fase de preparación); otras ya estaban aplicando soluciones (fase de acción); y otras habían abandonado el consumo y estaban manteniendo los cambios realizados (fase de mantenimiento). [6]

El modelo transteórico fue aplicado primero a la conducta de fumar (PROCHASKA, VELICER, DiCLEMENTE & FAVA 1988; SCHORR et al. 2008), luego a las adicciones (PROCHASKA, DiCLEMENTE & NORCROSS 1992; ROSSI, ROSSI, VELICER & PROCHASKA 1995) y posteriormente este modelo se extendió ampliamente en ámbitos sanitarios (WEINSTEIN, ROTHMAN & SUTTON 1998), a otras conductas consideradas problemas de salud, como el exceso de peso (GREENE, ROSS & REED 1993), las prácticas sexuales inseguras y la escasa práctica de actividad física (PROCHASKA et al. 1994), para pasar poco a poco a problemas de salud mental (McCONNAUGHY, DiCLEMENTE, PROCHASKA & VELICER 1989) entre los que se encuentran los trastornos de la conducta alimentaria (LEVY 1997; BEATO-FERNÁNDEZ & RODRÍGUEZ-CANO 2003; HASLER, DELSIGNORE, MILOS, BUDBERBERG & SCHNYDER 2004; BLAKE, TURNBULL & TREASURE 1997; FRANKO 1997; TREASURE et al. 1999; SULLIVAN & TERRIS 2001; DUNN, NEIGHBORS & LARIMER 2003). [7]

El modelo enfatiza varios aspectos: El cambio no es una decisión dicotómica, es un proceso circular; el paso de una etapa a otra no es lineal, es bidireccional; las recaídas no significan volver a tener el problema, sino que son parte natural del

proceso de cambio. El modelo no se ha limitado a ser un modelo explicativo, sino que ha pretendido tener aplicación clínica. De esta forma, se ha intentado cuantificar y evaluar los denominados procesos de cambio y se han agrupado en las distintas etapas de cambio. La finalidad que se busca es poder clasificar e identificar en qué proceso de cambio se encuentra una persona o grupo de personas con el objetivo, a su vez, de realizar recomendaciones clínicas (PROCHASKA 1979; PROCHASKA & DiCLEMENTE 1982; PROCHASKA et al. 1988; ROSEN 2000; WHITELAW, BALDWIN, BUNTON & FLYNN 2000). [8]

A lo largo de los años y según la bibliografía revisada el modelo establece etapas de cambio y procesos de cambio. En relación a las etapas de cambio el número de etapas que se tienen en cuenta varían de cuatro a seis. En la versión original se establecen cinco etapas (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento; PROCHASKA 1979; PROCHASKA & DiCLEMENTE 1982). En algunos estudios se prescinde de la fase de preparación por considerarla dentro de la fase de acción (McCONNAUGHY, PROCHASKA & VELICER 1983) y en otros se añade la fase de recaídas para explicar el grupo de personas que han realizado el cambio pero después de un período de tiempo han vuelto a realizar la conducta considerada problema (MARTINS & McNEIL 2009). [9]

En cuanto a los procesos de cambio, PROCHASKA (1979) identifica 10 procesos que asocia a una serie de recomendaciones (PROCHASKA et al. 1988): Aumento de conocimiento (la recomendación es incrementar la información sobre uno mismo y el problema); autoliberación (creer que uno mismo es capaz de cambiar); dramatizar (expresar los sentimientos que producen el problema y las soluciones); contracondiciones (alternativas a la conducta problema); control de estímulos (controlar los estímulos que elicitán la aparición de la conducta problema); relaciones de ayuda (compartir los problemas); reevaluación del ambiente (reevaluar cómo el problema afecta al entorno); liberación social (incrementar las alternativas de conductas no problemáticas disponibles en la sociedad); autoevaluación (evaluar lo que uno siente en relación a uno mismo con respecto al problema); reforzar el entrenamiento (reforzarse a uno mismo y empezar a animar a otras personas para que realicen el cambio). [10]

De esta forma, el modelo de PROCHASKA y DiCLEMENTE incluye la definición de diversos factores que afectan al movimiento de una etapa a otra (1984): 1. las ventajas y desventajas percibidas de la conducta problema (y el equilibrio entre ellas), 2. la autoeficacia, entendida como la confianza en la propia habilidad para cambiar la conducta problema, 3. las tentaciones de regresar a la conducta problema y 4. "procesos de cambio" fácilmente asimilables a estrategias de afrontamiento dirigidas a modificar el problema, promovidas por la psicoterapia. [11]

Uno de los intentos más referenciados de buscar aplicabilidad clínica al modelo de PROCHASKA y DiCLEMENTE ha sido la creación de la denominada entrevista motivacional. Dicha creación ha recogido las aportaciones de la corriente humanista. La mencionada corriente de la psicología clínica desarrolló formas conversacionales de acompañar a las personas a lo largo de un proceso

continuado de decisión sobre la posibilidad de cambiar, qué querrían cambiar, por qué y cómo (ROGERS 1961). [12]

La corriente humanista surgía como una reacción al cientificismo de la psicología conductual, que trataba a las personas como seres sin voluntad y sin capacidad de reflexión, y que definía los problemas humanos a través de indicadores objetivos, ignorando la orientación de las personas hacia esos problemas. Una reivindicación fundamental de la psicología humanista era escuchar a las personas y ayudarles a que ellas mismas definieran lo que les pasaba y lo que esperaban de la terapia. La entrevista motivacional integraría las categorías de PROCHASKA y DiCLEMENTE junto a nociones heredadas del humanismo, fundamentalmente la importancia de centrar la intervención en la persona dándole protagonismo en su proceso de cambio y enfatizando como habilidades profesionales esenciales en el terapeuta aspectos como la escucha activa y la empatía. El objetivo general de la entrevista es disminuir el tiempo de latencia en participar de forma activa en la intervención, fomentando que la persona, y no el terapeuta, proponga sus objetivos, marque su propio ritmo de trabajo y en definitiva se convierta en el protagonista. Por otra parte, el terapeuta asume un papel pasivo y se convierte en un acompañante que evita la confrontación con la persona afectada (MILLER & ROLLNICK 1999, 2002; MARTINS & McNEIL 2009). [13]

El interés por el modelo transteórico se ha traducido en un número importante de investigaciones con los objetivos, entre otros, de evaluar, cuantificar y atribuirle un valor predictivo al modelo respecto al éxito de la intervención (RODRÍGUEZ-CANO & BEATO-FERNÁNDEZ 2005; RODRÍGUEZ-CANO, BEATO-FERNÁNDEZ & SEGURA ESCOBAR 2006). La investigación ha sido fundamentalmente cuantitativa usando la estadística y la psicometría para comprobar dichos objetivos. La investigación, en este sentido, ha sido laboriosa y ha implicado el esfuerzo de un buen número de investigadores. Sin embargo, algunos autores plantean ciertos problemas metodológicos y éticos (DUNCAN & CRIBB 1996; PIPER & BROWN 1998; LITTEL & GIRVIN 2002). En relación a los problemas metodológicos, destacan: La dificultad de establecer la validez ecológica del modelo; un cuestionamiento de las investigaciones que establecen relaciones entre la considerada como conducta problema y otras conductas negativas (por ejemplo, fumar no tiene por qué implicar otras conductas nocivas para la salud); y la validez de los procesos y las etapas de cambio. En relación a las dificultades éticas, estos autores señalan que el modelo puede ser usado como un control coercitivo en aquellas personas que se encuentran en la etapa de precontemplación. En este sentido, otros autores afirman que se echa en falta una metodología cualitativa que permita dar voz a los afectados (WHITELAW et al. 2000). [14]

Julia LITTEL y Helen GIRVIN (2002, p.252) revisaron 87 estudios dirigidos a evaluar la validez del modelo. Concluyeron que "el supuesto de que hay etapas de cambio comunes a una variedad de situaciones, conductas problema y poblaciones no procede de datos empíricos"; "Tampoco hay evidencia consistente o convincente de etapas de cambio definidas en relación con

conductas problema específicas"; y "Que sepamos, no hay estudios publicados que muestren una progresión por toda la secuencia de etapas". [15]

La crítica de Julia LITTEL y Helen GIRVIN se fundamenta en los habituales procedimientos técnicos y estadísticos para validar un constructo que se apoya en medidas de cuestionario. Aquí nos vamos a detener brevemente en los procedimientos establecidos para evaluar las etapas de cambio y sus implicaciones para el constructo. Esto nos conducirá a una reflexión sobre las nociones de "cambio personal" y de "problema", para proponer otro abordaje metodológico de estas cuestiones. [16]

En la mayor parte de los estudios sobre el modelo de PROCHASKA y DiCLEMENTE, la etapa de cambio se evalúa con un algoritmo (una serie de normas de decisión) basado en respuestas sí-no a preguntas sobre el comportamiento actual, intenciones futuras y (a veces) intentos anteriores de cambiar; o bien con escalas compuestas por ítemes referidos a la evaluación de distintas etapas (JOSEPH, BRESLIN & SKINNER 1999; PROCHASKA, REDDING & EVERS 1997). [17]

En 1983, McCONNAUGHY et al. desarrollaron una escala, conocida hoy como la University of Rhode Island Change Assessment (URICA) que establecía y evaluaba en sujetos individuales las distintas etapas (McCONNAUGHY et al. 1983; McCONNAUGHY et al. 1989). La escala URICA es uno de los instrumentos de evaluación más utilizados en el campo de los TCA. Refleja una constante del constructo desarrollado por PROCHASKA y DiCLEMENTE que nos parece inquietante: Aunque se supone que las etapas de cambio son independientes de la existencia o no de tratamientos institucionales, algunas formulaciones en la escala sugieren una equivalencia entre la noción de "cambiar a mejor" y la intervención psicológica formal. En otras palabras, se identifica "cambiar" con "recibir tratamiento psicológico".<sup>1</sup> [18]

Esta ambigüedad, además de afectar a la validez de contenido, se relaciona con un asunto sustancial de la "precontemplación" como constructo evaluable a través de autoinformes. Si "precontemplación" significa "No pensar que haya un problema", no existe como fenómeno de conciencia, opinión o estado mental, a no ser que consideráramos como "precontemplación" todas las instancias en que

---

1 Por ejemplo, un ítem de la URICA que evalúa precontemplación afirma: "Tanta charla sobre psicología me aburre. ¿Por qué no puede la gente olvidarse de sus problemas y punto?" (a lo cual el sujeto debe marcar un número de la escala Likert). El contenido yuxtapone el rechazo de la "psicología" con la sugerencia de que la gente se olvide de sus problemas. Un ítem así presenta varios problemas de validez de contenido:

- Es perfectamente posible que a alguien le aburra la psicología y a la vez esté considerando la posibilidad o distintas opciones para cambiar su conducta; porque, más allá de la psicología como complejo institucional y discursivo, hay otras formas comunes de abordar el cambio de conducta.
- La expresión "Tanta charla sobre psicología" tiene referente ambiguo en el contexto de responder a un cuestionario psicológico. ¿La "charla" es el propio cuestionario, o algo indefinido que el sujeto pueda oír en sus entornos cotidianos?
- La instrucción de dar una sola respuesta seleccionada de una escala Likert de 5 puntos a unos enunciados independientes dificulta la respuesta; obliga al sujeto a elegir responder a uno de ellos o a responder de forma difusa e intuitiva.

una persona piensa en cualquier cosa que no sea un problema en su conducta (ej., "Esta sinfonía de Liszt es conmovedora" o "Cuando termine de llover sacaré al perro a pasear"). [19]

Pero la precontemplación no se concibe así. Para poder valorar que alguien está en estado de precontemplación, tiene que haber un problema en su conducta *según lo valora otra persona*, a la vez que la persona supuestamente afectada no aprecia el problema (es decir, ocupa sus recursos en otras cosas). Con esto no estamos negando la existencia de la precontemplación como fenómeno; estamos diciendo que es un fenómeno en el que, por definición, participan varias personas: la que precontempla y otra que identifica el problema en su conducta. Esta persona puede ser un profesional, otra persona relacionada con el precontemplador, o incluso la misma persona si, tiempo después, reflexiona sobre su pasado y admite que entonces no vio un problema que ahora ve en retrospectiva. [20]

Otra evidente limitación de la escala URICA es la referencia difusa a "problemas", dado que los ítems están formulados para hacer la escala aplicable a cualquier problema de conducta. De manera que, al leer estas referencias a problemas en su vida, el participante tiene que imaginar a qué asunto en particular se refieren: elegir un problema relevante en su vida; o deducir, por el servicio que administra el cuestionario o por otras claves, a qué se deben referir los ítems. [21]

La ambigüedad persiste si se adapta la escala para hacer referencia a un ámbito de problemas particular, como los "TCA" o "problemas alimentarios" (ver TREASURE & SCHMIDT 2001; TREASURE et al. 1999). ¿El problema es comer mucho o comer poco? ¿Comer qué o comer cuándo? ¿El problema es que nadie me aprecia porque estoy gorda? ¿O que mi familia me acosa obligándome a comer? No cabe sino especular. Pero podemos sospechar que las definiciones de problemas de los participantes no siempre coincidirán con las que tenían en mente los diseñadores de la escala, o quienes la administran. [22]

No en vano, quienes han aplicado el modelo a los TCA han tenido que enfrentar una problemática inherente a estos trastornos: lo que para los profesionales son "síntomas", para las pacientes pueden ser fuentes de satisfacción o realización personal (VITOUSEK, WATSON & WILSON 1998; SERPELL, TREASURE, TEASDALE & SULLIVAN 1999; RODRÍGUEZ-CANO & BEATO-FERNÁNDEZ 2005). [23]

Estas ambigüedades en los cuestionarios no son simples limitaciones técnicas. Apuntan hacia un dilema que arrastra el modelo de PROCHASKA y DiCLEMENTE: ¿Quién define lo que es un problema? Si el objetivo del modelo es atender a las genuinas motivaciones y preocupaciones de las personas, lo coherente sería garantizar que lo definen las propias sufrientes. Pero el modelo y quienes lo aplican parecen asumir sistemáticamente que lo definen los servicios profesionales. Y la discrepancia entre la perspectiva de los sufrientes y la perspectiva de los profesionales está a la base de los propósitos que justifican la

promoción del modelo: la necesidad de adaptar las estrategias de intervención a la disposición de los sufrientes para cambiar. [24]

Alternativamente, se puede establecer con claridad que las conductas objeto de la escala sean aquellas conductas establecidas como "problema" por el cuerpo sanitario profesional. Por ejemplo, Erin DUNN et al. (2003), interesadas por la bulimia, aplicaron la escala URICA sustituyendo "problema" por "conductas alimentarias", "atracones" y "conductas compensatorias" (por separado). [25]

Con este diseño, ya no hay interés por si las participantes viven esas conductas como problemas o no; la participante entenderá por el contexto que, para el administrador de la escala, esas conductas son problemáticas, y si colabora responderá tratándolas como problemáticas invariablemente. Así, el cuestionario deja de evaluar "disposición hacia el cambio" y pasa a evaluar "reconocimiento de un problema predefinido" o "disposición para recibir ayuda profesional". [26]

De manera más específica, se han desarrollado instrumentos para evaluar estados y actitudes hacia el cambio en TCA en particular. La RMI (*Readiness and Motivation Interview*; GELLER & DRAB 1999) es una entrevista orientada a evaluar la disposición para el cambio en relación con síntomas alimentarios. El ANSOCQ (*Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire*; RIEGER et al. 2000) se centra en la anorexia. [27]

El MSCARED (*Motivational Stages of Change for Adolescents Recovering from an Eating Disorder*; GUSELLA, BUTLER, NICHOLS & BIRD 2002) se dirige a adolescentes en tratamiento por TCA. Frente a los habituales cuestionarios que listan decenas de ítems cuidadosamente preparados por expertos, el MSCARED consiste en dos preguntas de opción múltiple administradas y explicadas conversacionalmente por el evaluador: La primera es: "¿En qué momento estás de este proceso?", con las siguientes seis opciones:

"Precontemplación: Otra gente piensa que tengo un trastorno alimentario, pero yo no

Contemplación: Me doy cuenta que tengo un trastorno alimentario pero no estoy segura de estar dispuesta a cambiar.

Preparación: Estoy planteándome emprender la acción contra el trastorno alimentario de aquí a entre uno y seis meses.

Acción: He emprendido acciones claras contra el trastorno alimentario en los últimos seis meses.

Mantenimiento: Estoy trabajando para mantener los cambios que he hecho para actuar contra el trastorno alimentario.

Recuperación: He emprendido acciones contra el trastorno alimentario y ahora estoy plenamente recuperada" (pp.62-63). [28]

Si la adolescente indica las opciones de "Acción" o "Mantenimiento", marca en el segundo ítem los tipos de acciones que ha emprendido, entre los siguientes:

- "- Dejar la dieta (donde no hacer dieta significa tomar comidas regulares para satisfacer las necesidades de tu cuerpo), el ejercicio excesivo, los atracones, los vómitos, o el uso de laxantes
- Empezar a reconocer, expresar y manejar las emociones" (pp.62-63). [29]

Como indican GUSELLA et al. (p.60), este instrumento es "transparente, es decir, las adolescentes son plenamente conscientes del estado de preparación que reportan". El instrumento es, a la vez y en contraste con la mayor parte de los que estamos revisando, directo y honesto en cuanto a la definición de "problemas" y estados de cambio. En lugar de dar por hecho que los sujetos comparten la definición institucional de estos conceptos, los presenta como lo que son: conceptos del evaluador, comprensibles para el sujeto evaluado. [30]

Luis BEATO-FERNÁNDEZ y Teresa RODRÍGUEZ-CANO (2003) desarrollaron el Cuestionario de Actitudes frente al Cambio en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (ACTA), en castellano y a partir de muestras clínicas españolas. Como la escala URICA, el ACTA consiste en unas preguntas que se responden con una escala de frecuencia tipo Likert cuyo objetivo es evaluar categorías de estados de cambio de PROCHASKA y DiCLEMENTE. [31]

El ACTA se refiere claramente a conductas problema tal y como las define el profesional clínico, y da por supuesto que el "cambio" significa superación de la enfermedad de acuerdo a las directrices de la clínica. Por ejemplo, la polémica "precontemplación" se define como "rechazo a considerar la presencia de una enfermedad" y "nunca se acepta la posibilidad de un diagnóstico" (BEATO-FERNÁNDEZ & RODRÍGUEZ-CANO 2003, pp.112-113). La paradoja de definir un estado motivacional como ausencia de conciencia sobre algo se resuelve aquí definiéndolo como respuesta comunicativa ante propuestas que (se sobreentiende) proceden de la clínica: rechazo a la enfermedad; no aceptación de un diagnóstico. [32]

De manera similar la "contemplación" refleja "que el sujeto reconoce su problema" y "toma conciencia de que tiene dificultades, aunque pueda minusvalorar su importancia o no reconocer un verdadero trastorno" (p.112). De nuevo, se da por hecho la existencia de un problema, dificultades y "un verdadero trastorno", previo a la percepción del sujeto. En coherencia con estos supuestos, no es sorprendente sino redundante que, al pasar el cuestionario, se encuentre que, "como era esperable, los pacientes que puntuaron alto en contemplación, decisión y/o recaída presentaban una conducta alimentaria más alterada, mayor psicopatología e insatisfacción con la imagen corporal" (p.118). [33]

El texto del ACTA presupone que quien se lo autoadministra tiene problemas de conducta alimentaria. Los ítemes de precontemplación, en particular, tienen validez de contenido solo si el sujeto tiene un problema. Por ejemplo, "Los demás están exagerando todo lo que me ocurre" (ítem 11) puntúa precontemplación si al sujeto evaluado le están sucediendo cosas y si otras personas de su entorno son buenos jueces sobre las dimensiones de esas

cosas. Si no hay tal problema, o si efectivamente en el entorno del sujeto hay personas que exageran (¿cómo saberlo?), una puntuación alta en el ítem 11 indicaría que no hay problema, o que en el entorno del sujeto exageran. [34]

Estos problemas semánticos, que afectan directamente a la validez de contenido de la escala, nos remiten siempre a la paradoja de evaluar un constructo esencialmente subjetivo (porque se refiere a las percepciones que alguien tiene sobre su vida) sobre la base de una realidad impuesta y a menudo discrepante con la visión del mundo de las personas a quienes se evalúa. El ACTA no permite evaluar *cómo* un sujeto ve sus problemas en el contexto de su vida; permite evaluar *si* una persona admite la definición de su vida que se le ha impuesto a través del diagnóstico. De manera similar, cuando los autores señalan (p.118) que "el cuestionario fue diseñado para evaluar la actitud frente al cambio respecto a una conducta patológica", hay que apostillar que el "cambio" relevante en este contexto solo es cambio en la dirección promovida por la terapia. [35]

En todo caso y como decíamos arriba, nuestro propósito aquí no es probar o refutar la validez de constructo del modelo de PROCHASKA y DiCLEMENTE. Entendemos que su importancia no radica en su validez técnica o científica, sino en la extensión y normalización que ha alcanzado en el ámbito de la intervención psicológica. En esta línea, SUTTON (1996, p.204; cursiva en el original) sugiere que:

"no se debería considerar un modelo descriptivo sino un modelo *prescriptivo*; un modelo del cambio *ideal*. Prescribe *cómo*, desde el punto de vista de un terapeuta o educador de la salud, la gente *debería* cambiar y sugiere *cómo* se les podría animar o ayudar a cambiar". [36]

De hecho, en los dominios aplicados, los profesionales no usan estas categorías (ni muchas otras) por su validez de constructo, sino porque se ajustan a las estrategias comunes de la práctica clínica. Las usan porque resultan útiles para tomar decisiones en el curso de su trabajo práctico, según avala su validez predictiva (ej., BLAKE et al. 1997; TREASURE et al. 1999; FELD, WOODSIDE, KAPLAN, OLMSTED & CARTER 2001; WOLK & DEVLIN 2001; RODRÍGUEZ-CANO & BEATO-FERNÁNDEZ 2005). Y resultan útiles porque concuerdan con una empresa institucional que, en los últimos cincuenta años, ha pasado de considerar la decisión personal de cambiar como un prerrequisito de la intervención a considerarla un objetivo de la intervención. [37]

Esta empresa se orienta hacia la posible "resistencia" del paciente frente al cambio terapéutico y desarrolla estrategias para identificarla y vencerla (RODRÍGUEZ-CANO et al. 2006). Así, el objetivo institucional de acompañar y orientar a las personas que fomentó el humanismo se ha ido convirtiendo en una empresa de promoción de formas específicas de ayuda. Y, gracias en parte al modelo transteórico, se ha revestido de criterios técnicos y medidas científicas. La validez científica del constructo no es necesaria para seguir usándolo; pero la

constante depuración de criterios de validez y publicación de estudios en este sentido sí es necesaria para justificarlo y promoverlo. [38]

En este sentido, concordamos con DAVIDSON (1992, p.822) al sugerir que, al igual que la gente puede tomar "decisiones aparentemente ilógicas pero cómodas" sobre comportamientos problemáticos, los profesionales pueden aceptar las etapas de cambio de PROCHASKA y DiCLEMENTE porque permiten "acceder a los heurísticos y verdades parciales que nos hacen sentir más cómodos". [39]

La ambivalencia sobre la pregunta "¿Quién define los problemas?", a la que hemos aludido en esta revisión, emerge del doble origen del modelo. Si los "estados de cambio" surgen de la clínica humanista, se definen a lo largo de un proceso de reflexión personal guiado por un terapeuta. Si surgen de la preocupación de las agencias sanitarias por atender problemas que ellas conocen bien pero sus sufrientes no siempre admiten, entonces es apropiado que las definan las agencias sanitarias. La contradicción se manifiesta en un doble vínculo común en la atención psicológica contemporánea: "Te acompañaré y apoyaré en tu problema; pero tu problema será el que yo diga". [40]

### **3. Nuestra propuesta analítica: Los procesos de cambio en las propias palabras y vidas de sus protagonistas**

Entendemos que cualquier abordaje de los problemas de salud psicológica debe definir su orientación en una de dos tendencias: O bien hablamos de los problemas tal y como los definen sus sufrientes y nos ponemos a su lado para ofrecerles recursos adaptados a lo que sufren tal y como lo sufren; o bien establecemos en la esfera profesional qué problemas preocupan a la salud pública y consultamos a la gente sobre su relación con esos problemas y su disponibilidad para usar servicios. [41]

Si optamos por la primera opción, debemos abandonar el proyecto de construir un constructo para en su lugar describir las formas en que la gente se plantea problemas y se orienta hacia la posibilidad de cambiar de vida. Si nos inclinamos por la segunda opción, consolidar la validez de contenido del constructo es una quimera más allá de su propósito institucional; porque, en cualquier caso, la administración de personas a través de la administración de cuestionarios puede continuar sin validez de contenido. [42]

Por otra parte, parece superfluo esmerarse en la depuración de instrumentos de respuesta cerrada dirigidos a evaluar cuestiones vitales importantes llenas de matices subjetivos en contextos específicos, precisamente en el seno de un proceso de intervención psicoterapéutica, donde lo que se hace es hablar de todos esos matices con la persona afectada, cerca de esos mismos contextos (SULLIVAN & TERRIS 2001). [43]

Estas reflexiones abocan a la necesidad de desarrollar procedimientos de análisis cualitativo que permitan acceder a los procesos biográficos de cambio en

relación con problemas desde la propia perspectiva de las personas afectadas. Dos características de los TCA los hacen particularmente aptos para un análisis biográfico de los procesos de cambio. Por una parte, se trata de trastornos que se desarrollan y resuelven progresivamente a lo largo del ciclo vital; por otra parte, su estrecha vinculación con la identidad e imagen personal supone una atención especial de sus afectadas hacia los acontecimientos de su vida, el enfoque que le quieren dar, etc. [44]

Diversas autoras han enfocado los TCA desde distintos enfoques cualitativos, perspectivas narrativas y biográficas. BROOKS, LeCOUTEUR y HEPWORTH (1998) analizaron el discurso de pacientes a través de entrevistas donde explicaban su experiencia de bulimia. Su objetivo era analizar la variedad de versiones de la bulimia que se construyen en primera persona. Para ello, realizaron entrevistas semiestructuradas de una duración de entre 50 y 90 minutos a diez mujeres y un hombre, preguntando aspectos como descripción de sí mismo, experiencias con la bulimia, explicación de sus conductas alimentarias, ideas sobre por qué la bulimia afecta más a mujeres que hombres, comparación entre anorexia y bulimia, comentarios sobre la definición de bulimia del DSM-IV, opinión sobre los términos de bulimia, trastorno alimentario, enfermedad y enfermedad mental. Las participantes también describían su recuperación y experiencia con la ayuda profesional. [45]

En la transcripción se analizaban los repertorios interpretativos recurrentes, incluyendo aspectos de estilo, construcciones gramaticales, uso de metáforas y figuras literarias (POTTER & WETHERELL 1987). BROOKS et al. (1998, pp.200-202) identificaron 5 repertorios:

1. El individuo como una víctima de la bulimia: en este repertorio la bulimia es comentada como una "cosa" que actúa sobre los individuos y los debilita. El discurso médico describe la bulimia como una enfermedad. También se usan otras metáforas para la bulimia como prisión, monstruo, cosa cruel o "eso". Por otra parte, no es algo pasivo. Se describe a la bulimia como algo que ataca. Les debilita, destruye, absorbe sus mentes.
2. La bulimia como algo que alguien se hace a sí mismo: en este repertorio se posiciona al individuo como víctima de sí mismo, sugiriendo una idea de autodestrucción. El yo se desdobra en un dualismo mente-cuerpo.
3. Las mujeres como víctimas de estereotipos sociales.
4. La bulimia como rasgo de personalidad: Este repertorio reproducía ideas de autocontrol y autodisciplina.
5. La bulimia está marginalizada. Algo anormal, socialmente inaceptado, no natural. No solo la bulimia, sino la persona que la sufre, es un extraño. [46]

CHAN y MA (2003) analizaron la experiencia de anorexia de una paciente china a través de su historia de vida. Tres temas emergieron de la narración como justificación de su control: ahorrar, reservar comida y adelgazar. WEAVER, MARTIN-McDONALD y SPIERS (2012) analizaron textos personales de una adolescente, cartas dirigidas a ella por su madre y notas de la terapeuta que

atendía a la adolescente con anorexia. Los textos redactados por madre e hija sugieren estrategias similares para manejar la anorexia reconcibiéndola como una intrusión que deben afrontar juntas. El análisis destaca seis temas que se reflejan entre ambas: "estar ahí implícitamente una para la otra", "escribir nos da voz", "centrarnos en nosotras mismas", "medir la talla", "zorra anoréxica" y "el dolor tiene nombre". [47]

En español, MÁRQUEZ GUERRERO (2010) analizó los rasgos lingüísticos formales de narrativas escritas y registros de interacción clínica de una paciente anoréxica y de una paciente bulímica. En las narraciones de la paciente anoréxica, la identidad se desdobra ocasionalmente entre "yo" (la narradora), "ella" (la parte enferma) y "tú" (la parte sana). El análisis aprecia cómo la experiencia de tratamiento psicológico genera en la paciente un hábito de mantener una mirada crítica frente a sus propias percepciones. [48]

En lo que resta de este artículo, presentaremos un análisis de los procesos de cambio en la autobiografía de una mujer diagnosticada de anorexia restrictiva. Este documento procede de un estudio más amplio que comprende el análisis de 20 entrevistas biográficas. La muestra total se compone de una submuestra post-clínica (personas diagnosticadas de TCA pero ya de alta) y una submuestra control (personas sin vínculo con los TCA). Cada submuestra está compuesta por 5 autobiografías y sus correspondientes biografías relatadas por otra persona allegada (a las que llamamos sus "cuidadores"). Nuestro acceso a personas post-clínicas se facilitó a través del trabajo clínico de la segunda autora y otras colaboradoras (de hecho, es la segunda autora quien realizó la entrevista autobiográfica que analizamos en la siguiente sección). [49]

Nuestro propósito en las entrevistas autobiográficas era dibujar un mapa suficientemente amplio y extenso de cómo se describe y explica la imagen corporal y la conducta alimentaria en la vida cotidiana. Para ello, compusimos un guión de entrevista que permitiera cubrir distintos ámbitos en los que pueden aparecer estos temas, apoyándonos en nuestro conocimiento previo del tema (académico y común), y en la experiencia clínica de la segunda autora. [50]

La entrevista se estructuraba como una historia de vida: La trayectoria vital y biografía de la persona entrevistada (o de la otra persona en el caso de las entrevistas a cuidadoras/es) era el eje básico organizador. Procuramos usar ciertos criterios para estructurar la historia, como lugares de residencia, instituciones escolares, relaciones de pareja y familiares, o lugares de trabajo. Aparte de eso, solo una pregunta estaba garantizada para todas las participantes, que se formulaba, al inicio de la entrevista, más o menos así: *Cuéntame la historia de tu vida hasta hoy, las cosas más importantes que te han ocurrido, las que han hecho que seas como eres, tu proceso hasta llegar aquí.* [51]

Una vez iniciada la narración con esta pregunta genérica, guiamos la entrevista a través de preguntas abiertas, de manera que las participantes pudieran comenzar por donde quisieran y avanzar o retroceder en su propia historia. La entrevistadora se apoyaba en un guión flexible, redactado como un listado de

ámbitos o temas vinculados a la imagen corporal sobre los que invitábamos a hablar a la participante de manera ocasionada. Las veinte entrevistas biográficas se registraron con grabadora y se transcribieron íntegramente. [52]

#### **4. El proceso de cambio en la autobiografía de María**

En esta sección tomamos un documento autobiográfico para describir, en las propias palabras y categorías de su protagonista, cómo se plantea y gestiona los procesos de cambio importantes en relación con problemas definidos por ella misma. María, de 47 años de edad, en el momento actual (marzo de 2010) se encuentra estable después de una anorexia restrictiva de 20 años de evolución. Es Diplomada aunque trabaja como ama de casa<sup>2</sup>. [53]

El proceso de análisis se apoyó en el instrumento informático MaxQDA. En primer lugar, codificamos todas las instancias en las que María hacía referencia clara a momentos y decisiones clave a lo largo de su vida; cuando era lógicamente posible, codificamos esas instancias en una de las siguientes categorías propuestas por PROCHASKA y DiCLEMENTE: pre-contemplación, contemplación, determinación o acción. La descripción que sigue emerge del examen detenido de todas esas instancias. [54]

Recorreremos distintos momentos de la narración de María para mostrar acontecimientos clave de su vida en relación con sus consecuencias importantes, siempre teniendo en cuenta que la relevancia de esos acontecimientos y consecuencias la establece ella misma. Se trata de acceder a los procedimientos retóricos y narrativos que usa María para dar relevancia a ciertos acontecimientos, y la noción de relación entre acontecimiento y consecuencia que regula sus formas de interpretar su vida. [55]

El análisis está estructurado según tres formas emergentes de entender los cambios biográficos: "Adaptación funcional", "agencia e iniciativa personal", y "azar y destino". Al describirlas, haremos referencia al cambio personal de acuerdo al modelo de PROCHASKA y DiCLEMENTE. Entre las categorías de etapas de cambio del modelo, entendemos que María, en principio y en teoría, puede relatarnos cómo contempló la posibilidad de cambiar, se decidió a hacerlo y emprendió acciones a este efecto. [56]

En cuanto a la precontemplación, según hemos razonado más arriba, es un fenómeno que se puede localizar de dos maneras: es posible que María, en retrospectiva, describa cómo en cierto momento no tuvo en consideración ciertos problemas o necesidades y después se hizo consciente de ellas; o es posible que otra persona conocedora de la vida de María señale cómo María necesitaba cambiar pero no se daba cuenta. La primera opción puede ser localizada en la narración de María; la segunda opción estaría disponible en la biografía en segunda persona aportada por su actual pareja, que forma parte de nuestro

---

2 La transcripción de la autobiografía de María consta de en torno a 11800 palabras distribuidas en 642 turnos conversacionales.

corpus; sin embargo, el análisis de esta biografía no nos aportó evidencias en este sentido. [57]

#### 4.1 Adaptación funcional

Las primeras anécdotas que narra María se refieren a algunas experiencias traumáticas en torno a los diez años:

29<sup>3</sup> María: "(...) Entonces, en la parte esa triste de mi vida, está por un lado, sí que está la imagen corporal, porque hasta los diez años pues era una niña, me vino la regla, me desarrollé, me desarrollé antes que los demás, y qué ocurre, pues ahí sí que viene la parte en la que abusaron de mí dos o tres veces, que hay una parte en la que realmente sí me hizo daño, que es la que fue en la calle, que realmente lo pienso y digo 'si me tocaron aquí y aquí', pero en mi mente fue, 'me habré quedado embarazada no sé qué', yo creo que a partir de ahí empecé a engordar y a tapar todo eh, a tapar todo aquello."

30 Natalia: "¿Tenías diez años, cuándo?"

31 María: "Yo creo que no, que tenía once o doce, pero con un cuerpo que va creciendo, que no te cambian de abrigo, sigues con el mismo abrigo estallándolo, y que aquella parte te mejoró, ya te lo conté, cuando estuve con aquellas amigas en el Burger, ya te lo conté, y a cada una le habían hecho algo, de cuatro a tres eran. Entonces me sentí normal, y es como que pf, todo aquello ... o ese peso desapareció, o era como normal, no sé cómo, aquella parte, aquella parte cayó."

32 Natalia: "Era como normal, ¿no? Casi todo el mundo ha tenido ahí"

33 María: "No, no. Era el comentario de mi amiga de 'es que sólo te pasa a ti'. Aquel comentario que, aún así, en aquel momento interpreté como 'esta chica me tiene envidia' ((riendo)), en ese momento es lo que yo oí ¿eh? Pero bueno, aún así, pues aquello me hizo mucho bien lo de mis amigas, lo de las cuatro en el Burger. (...)" [58]

En este fragmento María da cuenta de dos formas de causación biográfica. Primero, en la línea 29 narra una secuencia en la que (1) se desarrolla "antes que los demás", (2) abusan de ella dos o tres veces, y una de las veces le resulta particularmente dañina, y (3) empieza a engordar y "a tapar todo aquello". La lógica que va de (1) a (3) presupone que una niña que se desarrolla físicamente más prematuramente es más vulnerable al abuso; que el abuso es especialmente dañino para una niña que no comprende su significado; que engordar está vinculado a "tapar" la experiencia de abuso. [59]

Este último aspecto se puede interpretar al menos de dos maneras. Podemos pensar que, al engordar, María adolescente buscara alejarse de la imagen corporal de la mujer hermosa y deseada por hombres, como una manera de evitar la atracción sexual asociada a las experiencias de abuso (estaría "tapando" un cuerpo atractivo). O, apoyándonos en teorías más psicodinámicas, podemos

3 En los fragmentos de transcripción, los números al inicio de línea indican el segmento a lo largo de la entrevista completa; los dobles paréntesis indican acciones no verbales o rasgos paralingüísticos; los números entre paréntesis indican tiempo de silencio en segundos; X entre paréntesis indica sílaba no descifrada por el transcriptor.

entender "tapar" como evitar el recuerdo de las experiencias traumáticas a través del descontrol alimentario o los atracones. [60]

La segunda secuencia antecedente-consecuencia se plantea en el acontecimiento catártico que María cita como "cuando estuve con aquellas amigas en el Burger" (líneas 31-33). Como trasluce en su relato y nos ha ampliado su psicóloga, María se refiere a una reunión con amigas en la que ella desveló sus experiencias previas de abuso y otras amigas relataron experiencias parecidas. Desvelar y compartir la experiencia le ayudó a sentirse "normal", y eso significó para ella aliviar un "peso". Paradójicamente, en la línea 33 María explica que le ayudó percibir "envidia" en una amiga, tal vez interpretando la experiencia de abuso como indicador de un rasgo personal positivo. [61]

En cualquier caso, ambas secuencias tienen un principio común en el razonamiento biográfico que les subyace: Un principio de adaptación funcional a las experiencias vividas. La experiencia de abuso conduce a patrones de conducta adaptativos para engordar y encubrir. Compartir la experiencia con amigas ayuda a normalizarla. [62]

María interpreta que esas experiencias de abuso han tenido un impacto hasta la actualidad en sus relaciones sexuales:

296 Natalia: (...) (3). "Vale, va a ser ya de las últimas preguntas. Las relaciones sexuales, antes, ahora"

297 María: "Igual."

298 Natalia: "Igual."

299 María: "Yoo no tengo, ya te lo dije, el baremo ese, que no sé si es real, de tanta frecuencia, de la frecuencia que se supone que es habitual que yo oigo de dos veces por semana. A mí me gusta cada siete, entre siete y once días, o doce máximo, porque si no suena campana. Pero me gusta muchísimo los deseos que tengo, además si me paso del plazo tengo sueñoss, tengo sueños eróticos. Entonces yo sólo espero que en la menopausia no, no se me quite, que aunque se seque, siga teniendo yo misss, mis deseos y entonces en las relaciones sexuales, pero eso ha sido siempre, y yo no sé si eso ha sido porque me tocaron (2) que se me ha quedado un poco que la que tiene que llevar la batuta soy yo, quien decide cuándo soy yo, quizás eso sí es verdad que si alguna vez Carlos se pone más pesado es- digo 'coño cuántos años se necesitan para superar esto, que es mi pareja, que se me quiere, y que sea yo la que tiene que-', eso es laaa-, eso podría ser la única cosa, que siempre sí me siento perseguida"

300 (3)

301 Natalia: "Fuera, ¿no?"

302 María: "Que yo lo asocio a eso, porque luego eh, realmente, lo que te digo, tanto de fantasías, como (2) mmm, las épocas en que estoy ovulando y todo, vamos que es un disfrute (2). En ese sentido, que me sigan gustando las películas, que las veo poco que ((ríe)), que por lo visto el abuso es-, que por lo visto el abuso eh-, que las veo poco y además en los canales y eso son muy malos, esos te enfrían, bueno

pues hay unos canales pero yo creo que esos son tan malos que yo creo que eso te dejan fría jajaja."

303 Natalia: "Jaja" (2) (...). [63]

En la línea 299, detallando aspectos de sus relaciones sexuales, María las describe como satisfactorias, pero muestra su fastidio por algo que "se le ha quedado": una preferencia por "llevar la batuta", decidir ella cuándo las tiene y ocasionalmente rechazar las relaciones con su pareja. Atribuye estas limitaciones a su experiencia temprana de abuso y protesta por el tiempo que ha pasado desde entonces sin "superar esto". La línea 302 inicia una referencia al abuso en relación con "las películas" (pornográficas), que no llega a completar, dando paso a un comentario trivial y gracioso<sup>4</sup>. [64]

Tenemos en fin una nueva versión del razonamiento biográfico que lleva del trauma a la conducta adaptativa: los abusos en la infancia se constituyen en antecedente de las preferencias en las relaciones sexuales más de 30 años después. En este caso, el impacto del trauma es también un cambio en los hábitos, pero no inmediatamente después del evento traumático sino después de años; y el cambio no es por referencia a lo que se solía hacer antes (ya que la actividad sexual en pareja se inicia años después de sucedidos los abusos), sino por referencia a una noción de lo que serían las relaciones sexuales "normales". [65]

Hasta aquí estamos hablando de procesos de adaptación de tipo evolutivo, a lo largo de una sucesión de acontecimientos biográficos. Otra forma de adaptación que regula los argumentos biográficos de María es la adaptación a una demanda social percibida:

56 María: "Claro, entonces, es que lo de la parte del cuerpo, desde los diez que me-, luego cuando empecé a engordar empezaron a decir "la niña está gorda, la niña está gorda", yo nunca me había sentido, ni visto, además que yo era bastante infantil en ese sentido, pero el gordo era negativo... Entonces es cuando empecé a plantearme adelgazar, adelgazar, adelgazar. Y es cuando desde los diez a los veinticinco, dieta. Y haces todas, la del huevo duro, ya no puedo comer huevos duros del asco que me da sólo. La del melocotón, la de todos los lunes a dieta, todos los domingos despedida, que me comía, yo creo que ahí es cuando más engordaba, en las despedidas del domingo." [66]

En este caso, la secuencia explicativa sigue el siguiente orden: (1) María engorda, (2) otras personas señalan que "está gorda", (3) ella percibe la connotación negativa de la gordura, (4) se plantea "adelgazar", y (5) empieza a hacer dietas, desde los 10 a los 25 años. Es interesante, en la fase (3), que María sugiere que son indicaciones de otras personas las que *inician* su interés por su propio aspecto físico. [67]

4 Gail JEFFERSON (1984) describió como una secuencia conversacional característica el cambio de tema de un asunto problemático a una cuestión trivial independiente. María parece apoyarse aquí en esta secuencia para abandonar el tema del abuso cómodamente.

La descripción de las dietas que hace sugiere la existencia de dietas disponibles en el medio social con nombres característicos de productos alimenticios ("la del huevo duro", "la del melocotón") o nombres que hacen referencia a la organización semanal ("la de todos los lunes a dieta, todos los domingos despedida"). La descripción es irónica, señalando cómo adquirió aversión al huevo o cómo "las despedidas del domingo" de hecho la hacían engordar. Se trata en todos los casos de estrategias dietéticas de dudosa utilidad y que suponen riesgo para la salud general y para el desarrollo de TCA; pero a la vez son estrategias para la pérdida de peso disponibles en el "saber popular". [68]

En definitiva, María describe la secuencia que lleva de engordar a hacer dieta como una forma de adaptarse a una demanda social percibida. La influencia social no sólo está en el planteamiento de la demanda, sino también en los medios disponibles para gestionar la dieta. En todo caso, la contemplación del cambio se inicia para adaptarse a la presión social, después de un periodo de pre-contemplación, y pasando directamente a la acción. Acaso la actitud que conduce a la anorexia supone mucha contemplación y acción, pero poca determinación en el sentido de reconocer públicamente un compromiso. [69]

El razonamiento que lleva a los problemas de conducta alimentaria desde otros problemas como un proceso de adaptación funcional se refleja en recientes teorías sobre el estrés (JIMERSON 2007). Desde una perspectiva conductual, WEDIG y NOCK (2010) plantean un modelo teórico para explicar los atracones y purgas en términos de funciones de refuerzo intrapersonal (la regulación emocional) o interpersonal (búsqueda de ayuda o llamadas de atención). En un estudio con grupos de discusión online y entrevistas electrónicas, WILLIAMS y REID (2012) encontraron que las usuarias de páginas web de apoyo a anoréxicas describían su trastorno como un instrumento funcional para evitar emociones negativas y enfrentarse a ellas, para cambiar su identidad o para obtener control. [70]

#### **4.2 Agencia e iniciativa personal**

En los argumentos revisados hasta aquí el motor del cambio era la influencia de los acontecimientos o de otras personas. Relatando otros momentos de su vida, María apela a su propia agencia personal como principal fuente del cambio:

23 María: (...). "Hasta los veinte, que estuve en casa, esa sería una fecha. A los veinte me fui de casa, que yo pensaba para mí que era por vivir independiente, pero era porque no aguantaba la situación familiar que ahora sí veo claramente que era de desidia, una situación caótica, en la que realmente yo pienso que yo era un ser abandonado, y que ahora cada vez lo veo más claro. Me ha costado mucho verlo, sentirlo, y casi un poco aceptarlo. Entonces era pues sí, la situación, lo que digo, que económicamente era muy acomodada, quizás yo me he hecho un esquema equivocado, en el que si tienes mucho dinero no hay felicidad y hay vacío, en el que la parte en que he vivido, que he vivido sin dinero, curiosamente es la parte equilibrada y feliz" (...). [71]

De acuerdo al relato, irse de casa es una decisión personal motivada, en ese momento, por una vocación de independencia, y mirando en retrospectiva pasados los años, para salir de una situación familiar desagradable<sup>5</sup>. El orden de los acontecimientos parece conducir al equilibrio por la vía de salir de la residencia familiar. Pero además, la empresa de salir de casa se presenta como un proyecto de búsqueda de equilibrio. En segmentos de este tipo, la explicación del cambio se apoya en un sujeto autónomo que, buscando el equilibrio entre distintos valores (dinero o felicidad, en este caso), toma decisiones reflexionadas. [72]

La búsqueda de independencia se articula en una estrategia:

136 María: "es que recuerdo fechas, el ocho de abril, ahí es que ya no podía más, de tanto grito, de tanta pelea, de tanto desagradable, entonces me fui de casa pero que, no totalmente independiente, el planteamiento que le hice a mi padre es "con mamá no puedo estudiar", y entonces él me pagó una habitación en un piso de Coslada, y además eso estaba cerca de la Universidad. Qué ocurre, claro que aunque yo me fui un ocho de abril, aunque yo tengo un diario de, ah, de esos dos meses más o menos, ponía que estudiaba cinco horas diarias, seis horas, o me iba a la universidad uy, a la Biblioteca Nacional, una de las épocas más felices de mi vida, entraba a las 9 de la mañana y yo creo que me iba a las 9 de la noche" (...). [73]

Aunque la salida del hogar familiar está motivada por la experiencia de violencia cotidiana, María la relata como una estrategia organizada en la que la necesidad de independencia es un pretexto. El relato sugiere habilidad interpersonal para obtener el apoyo económico de su padre. Y el nuevo estado de cosas constituye "una de las épocas más felices" de su vida. El discurso de la estrategia reafirma el supuesto de un sujeto agente, que no solo se propone objetivos sino además organiza su acción haciendo uso de los recursos disponibles para alcanzarlos. En un contexto narrativo de agencia e iniciativa personal, la determinación y acción se describen de manera mucho más consciente. [74]

El relato de cómo, años después, María se propone dejar a un novio, resalta la importancia de un sujeto agente que mantiene su propósito con fuerza de voluntad:

204<sup>6</sup> Natalia: "Y ahí tu cuerpo ¿cómo estabas con él, las dietas y esto?"

205 María: "Siempre a dieta (2) siempre a dieta. Con él de hecho además engordé mucho más también, pero a él no le importaba, pero yo nooo- pero yo no estaba para nada a gusto (2) con lo del cuerpo, ni con él, ni con él o sea al fin y al cabo no teníamos apenas relaciones (2) que ahí fue lo bueno, siempre digo que qué valentía por mi parte, ver que él me quería mucho, que era una buena persona, que nos

5 Más adelante en la entrevista autobiográfica (línea 48), María indica cómo esta segunda interpretación de su decisión de irse de casa está mediada por la interpretación de su psicoanalista: "Que luego recuerdo, cuando hice el psicoanálisis, que me decía Bernardo, otra persona muy importante, que me decía que era que realmente yo me encontraba mal en casa, y lo había desviado el foco al colegio. Y yo por supuesto lo negué, no no no no, pero luego ((riendo)), pero luego sí pensé que podía andar por ahí."

6 Contexto biográfico: hablando de un novio que tuvo antes de Carlos.

llevábamos bien, pero que yo le quería como un hermano. Y entonces aún viviendo sola, y estando sola, sí digo 'qué bien hice', porque di el paso de dejarlo y mantenerlo, que fue lo más difícil. Porque no fue solo dejarlo, sinooo, luego eso cotidiano que te has acostumbrado a él, eso fue muy difícil, y me mantuve me mantuve y eso pues, eh, me alegro mucho. Y entonces bueno, el cuerpo ahí, todavía estaba 'engordo, adelgazo', mm, y y y cuando conocí a Carlos es de las épocas en las que yo mejor me sentía. Que fue cuan- empecé magisterio otra vez, o sea yo me apuntaba y luego no me presentaba a los exámenes. Y lo iba dejando, me metía en- en nada, trabajo aquí, trabajo aquí que si en la taquilla, que si no sé qué, y lo iba dejando, y aprobaba a lo mejor una asignatura o dos" (...). [75]

Este fragmento describe una situación de encrucijada en la que María demuestra "valentía" para "ver" que su novio la quiere, es bueno y se llevan bien, pero ella le quiere "como un hermano". Esto lleva a una decisión "de dejarlo y mantenerlo", es decir, dejar un tipo de relación con él y mantener otra, que María describe como "difícil". María aparece como alguien capaz de tomar una decisión difícil en una situación compleja, mantenerla y llevarla a término. [76]

La descripción demuestra competencias personales de María para el manejo de las emociones y las relaciones íntimas. Estas competencias son mayores por cuanto se demuestran en circunstancias emocionalmente duras, "viviendo sola y estando sola", circunstancias que se mantienen por un periodo prolongado de tiempo. Y el resultado exitoso del esfuerzo invertido produce satisfacción. De hecho, facilita el éxito posterior en la vida, porque así cuando conoce a Carlos (su actual pareja) se siente mejor, a pesar de la inestabilidad laboral y de estudios. El relato destaca el valor de la determinación para mantener la iniciativa y el impacto a largo plazo de mantenerla. [77]

En un momento anterior en la entrevista, María desarrolla más en profundidad la idea de que, si te sientes bien contigo misma, eso facilita las relaciones satisfactorias con hombres; y este sentirse bien incluye sentirse bien con el propio aspecto corporal. El siguiente fragmento describe esta cuestión, incidiendo en la importancia del cambio personal de actitud, que en María se verbaliza a través de la noción vernácula de "emanar":

60 María: "Ahora pienso que yo no ligué porque yo no emanaba, porque yo no quería ligar, porque estaba convencida de que era eso, y también vestía como una señora, porque para qué me iba a comprar ropa si iba a adelgazar, pero ahora pienso que daba igual, que si yo realmente me hubiera querido, me hubiera sentido de otra manera y hubiera emanado, pues ya no hubiera sido de esa manera. De hecho, los que, los amigos con los que luego ya sí que pude tener relaciones con ellos, que me veían como- . como la hermana, era porque yo emanaba eso, cuando me sentí de otra manera, y yo creo que fluyes eso, realmente fíjate, ellos cambiaron, es cuando pude tener relaciones con ellos (2). Y luego ha habido otro cambio, que fue cuando empecé contigo, que yo no sé qué es lo que te quise, sí lo sé. Mi primera consulta no era para mí."

61 Natalia: "Mm." [78]

En este fragmento aparecen sucesivamente dos conceptos autobiográficos relacionados con el cambio personal autoiniciado. En primer lugar, María considera en retrospectiva que en cierto momento no ligaba "porque no emanaba", es decir, porque no producía la impresión de querer ligar, o no aparecía ante los hombres como una mujer "ligable". [79]

"Emanar" se relaciona con vestir "como una señora, porque para qué me iba a comprar ropa si iba a adelgazar": dejar de comprar ropa significa abandonar en parte el cuidado del aspecto personal para resultar atractiva ante los hombres. "Emanar" significa también querer a sí misma y sentirse en relación con los hombres "de otra manera". Cuando cambias en este sentido, la actitud de los hombres hacia ti cambia y entonces puedes "tener relaciones con ellos". La descripción hace referencia, implícitamente, a la distinción contemporánea entre relaciones heterosexuales "de amistad" y "de atracción" (es decir, reguladas por el deseo sexual o el amor romántico). La clave es que, para poder tener relaciones del segundo tipo, es necesario que una cambie en su forma de ser con otros, incluyendo el aspecto personal. [80]

La segunda empresa de cambio personal a que hace referencia María es mucho más convencional y está regulada institucionalmente: Es la relación profesional con su psicóloga (que, recordemos, es la interlocutora de María en la entrevista). "Mi primera consulta no era para mí" sugiere que el inicio de la psicoterapia es azaroso (un encuentro casual que acaba resultando feliz, como otros que discutiré en la siguiente sección). En cualquier caso, el patrón de cambio consiste en emprender personalmente un proyecto de cambio global y transformar así el curso de la propia vida. [81]

Cambiar de actitud en las situaciones públicas y cambiar de vida con apoyo profesional se presentan como iniciativas meditadas a lo largo del tiempo, como se concibe la contemplación en el modelo de PROCHASKA y DiCLEMENTE. María continúa describiendo el periodo previo a su relación terapéutica como un proceso de acumulación de preocupaciones:

66 María: "Y sí es verdad que justo un tiempo antes, pero solo unos días antes, yo recuerdo como en el salón, diciendo 'no puedo más', no puedo más de contar las calorías, de querer perder un kilo, de que no iba a una reunión porque me sobraba un kilo, y entonces yo estaba fallando como persona. Entonces en ese sentido el mensaje se ha quedado, ya te lo dije una vez como una sustancia que se queda en sangre y eso es lo bueno, cuando tú no estás sigue haciendo efecto." [82]

Y en la actualidad mantiene una vigilancia que le permite contemplar la necesidad de ayuda:

68 María: "¿Por qué? Porque yo ya ahora tengo muy muy muy muy dentro de mí que realmente la valía no está en, en los centímetros, que la valía es otra cosa, es la persona, y entonces ese mensaje sí se ha quedado muy dentro de mí. ¿Cuándo me entra la duda que no sé si lo he superado? Cuando realmente, como ensanchamos, o, o, esos kilos más o menos, o me queda muy justa, muy justa, realmente estoy un

poco incómoda todavía, y ahí es cuando me queda la duda deeee, de hasta qué punto se ha superado eso" (...). [83]

La autonomía personal de María se apoya en el discurso esencialmente psicológico que justifica también el modelo de PROCHASKA y DiCLEMENTE: una persona con convicciones estables que se auto-observa y auto-vigila y en este proceso regula su propia toma de decisiones de manera razonada y consciente. Subyace a este discurso la convicción, preservada a lo largo de la historia de Occidente, de que el alma debe controlar al cuerpo; este régimen discursivo se materializó institucionalmente a lo largo del siglo XX en la empresa psicológica de vigilar, regular y monitorizar el desarrollo del yo (FOUCAULT 1987 [1984]). [84]

### 4.3 Azar y destino

Una tercera forma de experimentar los acontecimientos vitales importantes es en torno al concepto de azar:

165 María<sup>7</sup>: "El caso es que tampoco me- yo no me sentí integrada, ni con los alumnos, ni con los profesores que eran curas, y que te tenían que levantar a rezar cuando entraban, y entonces yo no me lo sabía. Y ahí sí que, eh puedes sacar muy buenas notas, pero si no te sabes las normas, la has liado. Y entonces en junio le dije a mi padre 'yo me voy, yo esto no hay quien lo aguante'. Y entonces aprobé todo, muy bien tal, y es cuando ya vinee, a Madrid, pero ya directamente que fue lo mejor, me dediqué días enteros, desde que me levantaba a las 7 de la mañana a comprar el Segundamano, para buscar habitaciones para compartir. Y ahí es cuando terminé por [tal Avenida], por detrás (de) una calle, y ahí es cuando conocí otra persona que me encantaría volver a encontrarme que es Arancha, la psicóloga taxista. Y esa fue una experiencia estupenda, era un piso, tenía cuatro habitaciones, ella tenía una, tenía un hijo de ocho años pero que lo llevaba- no sé qué era, le vi poco al niño, y luego al lado tenía otra eh, que estaba que si en la revista Natura, muy interesante. Que esta chica, Arancha, se traía los novios los lunes, los conocía en el cine, son las que me enseñaron a ir sola al cine, a mí que me gusta tanto lo de versión original, yyyy, eso fue también una experiencia enriquecedora. Pero no sé qué pasó, que no pagamos, y nos tuvimos que ir ((riendo))."

166 Natalia: "Cosas que pasan."

167 María: "Y se pelearon entre ellas, sí, porque ellas ya se conocían, por la convivencia y por todo. Y entonces pues luego ya pues cada una se fue a un piso, y yo me fui a compartir con unos argentinos, y a mí me gustaba el argentino, luego vinieron más argentinos" (...). [85]

En este periplo que lleva a María por la gran ciudad, conociendo a diversas personas y conviviendo en distintos pisos, el azar es un mecanismo clave. El relato empieza con una decisión personal de abandonar los estudios de Magisterio y trasladarse a Madrid, facilitada por la competencia personal para

7 Contexto biográfico: María estudia Magisterio en una universidad católica después e 2 años empezando Filología en la Universidad Autónoma.

aprobar el curso. Una vez en Madrid, "buscar habitaciones para compartir" con el Segundamano es como jugar a la lotería: una va seleccionando anuncios que puedan parecer interesantes, pero tiene que guiarse por un breve anuncio de pocas palabras; localizar al anunciante por teléfono y encontrar la habitación disponible o no depende de mil factores; las características de la habitación y el piso pueden ser muy variadas, así como las personas con las que se va a convivir; y empezar a convivir es siempre una apuesta que puede deparar sorpresas, agradables o no. [86]

En definitiva, buscar habitación para compartir en una gran ciudad significa optar por el azar y adaptarse a las circunstancias que el azar dicte. El relato del lugar en que María conoció a Arancha insinúa la mano del azar: "por [tal Avenida], por detrás de una calle" (un lugar como cualquier otro). Conocer a Arancha "fue una experiencia estupenda" y la otra compañera de piso era "muy interesante". Estas amigas podrían haber tenido cualquier afición y forma de vida, pero las actividades de cine en las que introducen a Arancha se convierten en "una experiencia enriquecedora". [87]

El final de este capítulo del periplo se relata dejando de lado cualquier causa específica: "no sé qué pasó, que no pagamos, y nos tuvimos que ir", y "se pelearon entre ellas". Ser expulsadas de un piso por no pagar el alquiler no es per se un acontecimiento azaroso, María podría detallar por qué no pagaban o cómo la convivencia acabó provocando peleas. Pero *elige* dejar de lado estos aspectos. Puede leerse entre líneas que no es un acontecimiento excepcional que unas compañeras de piso jóvenes y con empleos precarios dejen de pagar el alquiler; o que surjan peleas "por la convivencia y por todo". Los posibles antecedentes concretos del final de esta etapa quedan al margen, y la impresión que deja la historia es que, sencillamente, aquello sucedió y terminó. La participación de Natalia en la línea 166 confirma para las participantes esta lectura. [88]

La resolución del capítulo (línea 167) significa el inicio de un nuevo capítulo, en otro lugar y con otra gente, con una transición igualmente azarosa: "cada una se fue a un piso, y yo me fui a compartir con unos argentinos". Así relatado, parece que el azar redistribuye a los personajes alrededor de Madrid a su capricho, y a María le tocan "argentinos" en el sorteo. (No se nos dice, por ejemplo, si las excompañeras se fueron en direcciones dispares debido a problemas previos de convivencia). [89]

En cualquier caso, la inserción del tema argentino progresa en una secuencia que retóricamente sugiere buena suerte: (1) "me fui a compartir con unos argentinos", (2) "me gustaba el argentino", (3) "luego vinieron más argentinos". Primero se presenta el resultado del capricho del azar; después se describe la circunstancia feliz de que a María le gusta lo que le ha tocado; y en tercer lugar el azar le da más premios. [90]

El periplo de piso en piso continúa así:

193 Natalia: "Estábamos con el mejicano ¿no? El argentino, no perdón. Que le cambio la nacionalidad."

194 María: "Lo de los argentinos, pues esa experiencia empezó a llenar, él se fue con una chica, luego iba, volvía, empezó a meter en las habitaciones más argentinos, que hubo una situación ahí que yo tenía un dinero en la mesita para, es que me acuerdo de eso, para pagar a una amiga que se lo debía. Y vino yo estaba dormida en la habitación, '¿tienes algo para prestarme?' Se lo di, y luego nunca me lo devolvió. Pero a lo que voy es qué situaciones más raras podría haber estado yo metida con estaaa-, no porque sean argentinos, pero con gente desconocida, y eso sí que me podría haber metido en situaciones a lo mejor más raras, que es la conclusión. Y ya de ahí me fui, y ese fue un paso que no me gustó nada, un encargado mío de una tienda me alquiló una casa suya que era en [tal calle], pero no era un bajo eso era un sótano, lo de la oscuridad, la oscuridad me agobia, no me gusta. Entonces ahí no, siempre veías el muro, más luego el que me lo alquiló, que estaba el aparato de oxígeno de su padre, olía a oxígeno y a las medicinas, y ahí duré poco, en esa casa me agobié muchísimo muchísimo, y de ahí volví donde mis padres" (2) (...). [91]

Este capítulo final de la aventura de los pisos nos permite ilustrar que, manteniendo el azar como motor de la evolución vital, la valoración de los acontecimientos no depende necesariamente de que estos sean felices por sí mismos, sino más bien de cómo se los toma la protagonista. La experiencia con "los argentinos" es satisfactoria. La anécdota del dinero prestado y nunca devuelto no deriva como moraleja "El azar me jugó una mala pasada", sino "que me podría haber metido en situaciones a lo mejor más raras, que es la conclusión". Es decir, compartir piso "con gente desconocida" significa exponerse a la posibilidad de que pasen cosas, y María lo acepta con el optimismo de quien está disfrutando de una aventura. [92]

El siguiente piso llega circunstancialmente a través de un encargado en su lugar de trabajo. Esta experiencia no es de convivencia y resulta desagradable por las características del piso. Así que se cierra el ciclo de estancias en pisos de Madrid y María vuelve a casa de sus padres. En conjunto, ha vivido un proceso de ir encontrando personas por azar y esos encuentros han ido determinando el curso de su vida. El proceso se narra como una odisea de aprendizaje. [93]

El concepto de azar que hemos revisado en el periplo de los pisos no supone una entrega ciega a los dictados del destino, sino un reconocimiento bien informado de que las circunstancias mandan, y están más allá de la mano de la protagonista. Comparemos este concepto con el de "predestinación" que se sugiere en el siguiente fragmento:

18 Natalia: "Pues eso es empezar a contar tu vida, por donde quieras."

19 María: "Yo siempre digo que tiene dos partes. Una hasta los veinticinco, veinticinco más o menos sí, en la que pensaba que estaba predestinada para que fuera mal, y otra desde los veinticinco, en la que todo ha empezado a ir mejor." [94]

No solo es que la cosa fuera mal hasta los veinticinco años, sino que además María, según nos relata hoy, "pensaba" que estaba predestinada para ir mal. Después de los veinticinco, no se nos explica aquí cómo empezó a ir mejor. Esta manera genérica y difusa de hablar del destino es distinta del azar que manejaba la vida de María en su periplo de piso en piso, en el que María puede describir las circunstancias y personas particulares que acaban estableciendo lo que pasa con su vida (aunque sean circunstancias y personas que aparecen al azar). [95]

El azar y el destino desde la perspectiva de los pacientes han sido considerados en el ámbito de la salud a través del concepto de "locus de control". ROTTER (1966) propuso este concepto como una medida de la creencia de un individuo en el nivel de control sobre su propia vida. Un locus de control "externo" significa que el logro de objetivos se atribuye a factores externos más allá del control del individuo; estos factores pueden ser "otros poderosos" o "el destino" (NORMAN & BENNET 1996). En todo caso, desde esta teoría la tendencia ha sido a considerar "el destino" como una fuente de explicaciones problemática por cuanto impide que el sujeto asuma su propia capacidad para cambiarlo. Por su parte, SHAW (2009) discute el azar en el ámbito de la psicoterapia asumiendo que los pacientes tienden a buscar explicaciones para acontecimientos que de hecho son casuales. Los usos que María hace del destino parecen más constructivos y a la vez despreocupados que lo que sugieren estos planteamientos profesionales. [96]

#### 4.4 Síntesis

La siguiente tabla resume el análisis de cómo, a lo largo de la autobiografía de María, la relación entre acontecimientos relevantes y sus consecuencias sugiere discursos narrativos implícitos:

Acontecimiento	Consecuencia	Discurso implícito
Experiencia traumática de abusos	Engordar Encubrir experiencia Preferencias en relaciones sexuales	Adaptación funcional a las experiencias traumáticas
Compartir experiencia con amigas	Normalizar experiencia	
Engordar	Decisión de dieta	Adaptación a una demanda social

<b>Acontecimiento</b>	<b>Consecuencia</b>	<b>Discurso implícito</b>
Independizarse del hogar familiar	Equilibrio vital	Sujeto reflexivo que busca el equilibrio entre dinero y felicidad. Búsqueda estratégica de independencia
Violencia en casa	Independizarse del hogar familiar	
Determinación de dejar a un novio	Superación de la relación	Fuerza de voluntad a lo largo del tiempo
Psicoanálisis	Reinterpretación	Dinámica psíquica del significado de los hábitos
Cambio de actitud	Relaciones íntimas	Cambio vital por cambio personal, aprendizaje, apoyo del terapeuta
Psicoterapia	Mejoría	
Traslado a Madrid	Conocer a Arancha	El azar te lleva a personas interesantes
Conocer a nueva persona	Experiencias interesantes	

Tabla 1: Momentos de cambio en la autobiografía de María [97]

Hablamos en primer lugar de adaptación: adaptación funcional a las experiencias traumáticas, que provocan reacciones a corto plazo y a medio-largo plazo. Parte de esta adaptación al trauma consiste en compartir la experiencia con amigas para normalizarla. Y, por otra parte, adaptación a la demanda social: cuando María se encuentra gorda, resuelve hacer dieta, y tanto los patrones de gordura como los criterios para saber si la dieta funciona proceden de otras personas. [98]

Un segundo discurso que subyace al relato autobiográfico de María es el de un sujeto reflexivo y estratégico que busca el equilibrio. En determinado momento, equilibrio para resolver el dilema entre dinero sin libertad y felicidad con poco dinero, cuando María buscaba la independencia del hogar familiar. Finalmente, el azar explica determinados momentos de la vida en que María se encuentra a personas que le dan la oportunidad de vivir experiencias interesantes. [99]

A partir de un análisis así, nos podemos preguntar cuáles de estos enfoques sobre la propia vida ayudan mejor a María a tomar sus riendas; cuáles congenian mejor con los planteamientos de la psicoterapia, y hasta qué punto la psicoterapia es o ha sido una influencia sobre las formas de María de interpretar su vida, para bien o para mal. Y, a partir de estas preguntas, acompañar más de

cerca a María en su propio caminar presente, revisión del pasado y diseño de futuribles. [100]

¿Qué capacidad tendría el modelo de PROCHASKA y DiCLEMENTE para incorporar estos matices sobre la perspectiva vital de María? Las etapas de cambio presuponen un esquema narrativo básico compatible con el discurso de la adaptación funcional y sobre todo con el de agencia personal. Encajan mal con los planteamientos relativos al azar y el destino. [101]

En cualquier caso, la reflexión sobre los discursos que subyacen a los eventos que narra María nos permite afinar la descripción de los momentos de cambio. La contemplación del cambio se produce como respuesta a una demanda social; la determinación, en el contexto de una narrativa de iniciativa personal. La acción se produce en ocasiones sin determinación previa, como una adaptación a presiones exteriores. Pero, cuando la acción surge como resultado de un proceso agentivo protagonizado por María, hay una sólida coherencia entre determinación y acción. [102]

Por otra parte, los eventos objeto de cambio para María tampoco serían asuntos que pudieran detectarse con los instrumentos habituales de un modelo para el cual, en términos prácticos, cambiar equivale prácticamente a "eliminar comportamientos rechazados por la institución clínica a través de procedimientos sancionados por la institución clínica". Para María emprender una dieta o dejar atrás a un novio supone cambio vital (de acuerdo a la definición de cambio conductual de PROCHASKA y DiCLEMENTE). Sin embargo, si queremos atender a esos cambios con coherencia analítica y práctica tenemos que superar el concepto restringido de "problema" y de "cambio conductual" que se maneja habitualmente en Psicología de la Salud. [103]

#### **4.5 Precontemplación: Lo que María no vio**

Hemos planteado que, desde la perspectiva del sujeto precontemplador, la precontemplación no existe como fenómeno de conciencia. Dado que se define en términos negativos, como "no plantearse cambiar", el concepto de precontemplación encierra una valoración moral sobre la necesidad de cambiar, no compartida con el sujeto. Pero puede suceder que una persona, en retrospectiva, reconozca que en un momento pasado de su biografía no apreció la necesidad de cambiar. Uno no puede admitir que precontempla; pero puede admitir que en el pasado precontempló. [104]

Algo así sucede cuando María narra su proceso de adelgazamiento después de nacer su hijo:

240 María: "Entonces con la niña, al nacer iba a hacer dieta, pero luego es que se fue prácticamente con el parto y todo eso se fueeee, se fue solo (2). Y pero luego me quedé un poco más delgada que cuando me había quedado embarazada de ella. Y con el niño, que cogí 24 kilos, y fue cuando perdí 26. Y después de nacer el niño sí fue cuandoo, empecé el picado ese de no teneeer límite, que fue cuando me quedé

en 38 kilos, y yo no lo veía. Eso a mí ahora ahora me parece asombroso cómo realmente sí que estuve a punto de perder la regla, una vez hubo una sola vez, un mes, que yo creo que eché solamente dooos, dos manchitas pero yo todo eso no lo veía. Yyy, y es verdad que cuando la gente te dice 'qué delgada estás', es lo peor, lo peor que pueden hacer, porque es el mayor refuerzo. Cuanto más me regañaban (1) más feliz me sentía. Y cuando Carlos decía es que me acuerdo una frase que estaba incorrecta gramatical y me encantaba, que era 'eres sólo que huesos' (3) Me encantaba, pues sí, todo eso que la gente está haciendo eeeee, de lo de regañar, realmente pues era (2), yo me sentía bien cuanto más delgadaaa, cuanto más delgada estaba. Pero ya hubo un momento que casi no comía, nada, pero se mantenía el mismo peso claro, lo de loss, también es verdad que eso debió ser un mes, lo máximo que yo pude estar en ese peso, porque el cuerpo en cuanto ya bebes agua prácticamente ((riendo:)) pues va recuperan- pero era una meta solamente, yo me recuerdo con el vaquero y la camiseta, tan delgada que por supuesto yo no lo veía, me lo decían, pero es cuando yo me sentía, me sentía bien." [105]

A lo largo de esta descripción, María afirma hasta tres veces que "yo no lo veía". La descripción caracteriza el proceso como "el picado es de no tener límite" y destaca la amenorrea como un signo de gravedad. Después María describe el carácter contraproducente de los comentarios de otras personas sobre su delgadez (lo cual presupone un reconocimiento del carácter problemático de la delgadez). A la vez, está describiendo el estado anímico y emocional que acompaña a la precontemplación: su reconocimiento actual del problema contrasta con una María feliz y satisfecha en la delgadez, por encima de (o precisamente gracias a) los comentarios preocupados de "la gente". [106]

Si se lo decían, y precisamente el oírlo le hacía sentir bien, ¿cómo es que no lo veía? Hay que entender que percibía su delgadez pero no su carácter problemático. Es precisamente esta parcialidad en la apreciación de la realidad, que falla en admitir el carácter inmoral o inadecuado de la propia conducta, lo que caracteriza la precontemplación. Pero para poder determinar este estatuto moral se necesita el juicio de otra persona, que en el periodo evocado eran los amigos y el novio de María, y en el momento de la entrevista es la propia María. [107]

La entrevistadora indaga sobre estas cuestiones de percepción en la secuencia subsiguiente:

241 Natalia: "Mmm ¿Tú qué veías? (2) Dices 'yo no lo veía', ¿no?"

242 María: "No, yo no lo veía ((muy bajito))"

243 Natalia: "¿Tú qué veías?"

244 María: "Que estaba muy cómoda porque el vaquero me estaba ancho, es lo único que veía"

245 (3)

246 Natalia: "Mm"

247 María: "Nada más, o sea que estaba muy cómoda porque (2) y nada más, yo en ningún momento, ni enfermedad, ni nada, todos los demás están equivocados, en el

caso de las mujeres envidia pura y dura, y es más cuando te conocí a ti, mi primer pensamiento fue 'hay que ver, siendo psicóloga, que no se sepa controlar' (2) ((riendo:)) Es que ahora me choca mucho, pero forma parte de mi manera de pensar de entonces. Y ahora sin embargo (2) claro, es otra manera deeee, de pensar desde dentro, desde dentro, es que nooo puedo comprender cómo se ha podido cambiar, cómo has podido, vamos he podido (2) cambiar una estructura que ha estado desde los diez años, ya no es hasta los 25 que yo consiguiera adelgazar a los 25 no quiere decir que mi manera de pensar hubiera cambiado a los 25" (...). [108]

La respuesta de María da detalles sobre cómo se vive la precontemplación en la anorexia: autoconvicción frente a las opiniones discrepantes; atribución de envidia frente a otras mujeres; atribución de "descontrol" en personas con masa corporal proporcionada. Después, María destaca la diferencia entre su forma de pensar actualmente y la que ha regido buena parte de su vida "desde los diez años". En definitiva, es el cambio de perspectiva logrado (con su consiguiente cambio conductual) lo que permite apreciar en retrospectiva el estado de precontemplación anterior, y el contraste entre ambas perspectivas. [109]

#### **4.6 Acción sin determinación: una terapia improvisada**

Finalmente, nos detenemos brevemente en una instancia que ilustra el paso a la acción obviando la determinación. En cierto momento de su biografía, María iba a terapia conductista para mejorar sus estudios. La terapeuta desviaría la intervención hacia los hábitos alimentarios:

260 María: "Entonces yo fui a terapia conductista, que fueron aquellos que te comenté, (XXXX) (2). Esa chica muy bien, iba al puntoooo de eso, bueno no, se desvió un poco con lo de la comida, y a mí me pareció un estorbo. Porque si yo voy en mayo, y voy a tener los exámenes necesito rapidito, pero yo le dije 'mira, es que he engordado un kilo, no sé qué', y 'cómo qué' me llevó a la báscula, se enfadó muchísimo, y, 'pero tú qué', y entonces me hizo hacer un registro de las comidas, y de lo que pensaba antes, y de lo que pensabaaa después (2) Y entonces ahí es, ya te lo comenté que yo ponía 'tengo hambre pero me voy a dejar un poco de ensalada para cuando venga Carlos para que me vea' me dijo 'uy uy uy', y eso eso saneó mucho lo que podía haber viciado un poco la relación en ese aspecto, porque me dijo 'ten cuidado porque estás haciendo con Carlos el papel de padre, que le estás jugando al, al engaño'." [110]

Hay un evidente efecto del azar: María comentó (acaso casualmente) que había engordado un kilo y su terapeuta emprendió con ella un programa para mejorar su alimentación. María relata esta inesperada intervención de la terapeuta como un estorbo en su momento. Esa intervención le ayudó a percibir patrones de alimentación y de engaño característicos y retrospectivamente María aprecia el impacto vital que tuvo. En cualquier caso, la determinación para el cambio de María afecta fundamentalmente a la terapeuta, tanto a la hora de iniciar el registro de las comidas como en cuanto a localizar e interpretar los patrones de engaño. [111]

Esta instancia puede ser también una forma característica de inicio del cambio en la anorexia, donde existe una fuerte resistencia al cambio que contrasta con el empeño de la institución clínica por controlar la alimentación. La acción para el cambio puede iniciarse con la reticencia más o menos activa de la paciente y después, una vez iniciada la acción, la paciente puede acompañarla con un proceso de reflexión sobre su conducta. De hecho, la filosofía de la intervención conductual converge con esta interpretación, al proponer el registro del comportamiento como un medio para facilitar la reflexión y a la larga una implicación más activa con el proceso de cambio. [112]

## 5. Conclusiones

Esperamos haber mostrado la utilidad de la biografía para examinar las etapas de cambio personal en los propios términos y estructuras narrativas en que las plantean los sujetos del cambio. En el caso de María, localizamos tres discursos implícitos que organizan sus transiciones vitales y les dan sentido. Unos se ajustan mejor que otros a los planteamientos que subyacen al modelo de PROCHASKA y DiCLEMENTE. [113]

Este examen nos ha permitido apreciar cómo la contemplación converge con la percepción de una demanda social en el entorno de la persona; cómo la determinación se inserta en una perspectiva de iniciativa y agencia personal; cómo se puede emprender acción para el cambio sin determinación, o gracias a la determinación de otra persona. Y hemos podido desentrañar matices del estado de pre-contemplación desde la retrospectiva de quien ha vivido en pre-contemplación y después ha decidido y logrado cambiar. [114]

Por otra parte, hemos indicado la relevancia de respetar la definición vernácula de objetos de cambio. La aplicación habitual del modelo de PROCHASKA y DiCLEMENTE da por hecho que la única cuestión sobre la que necesita cambiar una persona viene definida por el diagnóstico clínico. En nuestro caso, el problema serían los hábitos alimentarios y el objetivo del cambio sería restaurar hábitos alimentarios sanos. [115]

Sin embargo, al ofrecernos el panorama narrativo de su vida, María nos ha mostrado cuestiones que reclaman legítimamente la atención, como el logro de autonomía frente a la familia, la superación de relaciones íntimas, o la misma transformación corporal a través de la dieta. Para entender cómo concibe ella sus procesos de cambio es preciso atender a estas cuestiones sin juzgarlas; porque son las que estructuran su vida. [116]

A lo largo de la última década, la literatura autobiográfica por mujeres con TCA ha sido un recurso común para la elaboración de la experiencia personal; para ayudar a otras sufrientes a enfrentar el problema; y para detallar y dignificar las complejidades de la experiencia ante el público general (ej., ALVAREZ GARCÍA 2001; MENZIE 2003; BOWMAN 2006; TRILLA 2007; SAUKKO 2008). La autobiografía presta la oportunidad de conocer, desde los propios términos y estructuras de sentido de sus protagonistas, un asunto que ha sido muy

teorizado. El análisis cualitativo se distancia de la tecnificación simplista de los instrumentos de respuesta cerrada por una parte y de la estilización imprecisa de la literatura por otra, para comprender esta experiencia con rigor, en sus contextos humanos y de acuerdo a categorías vernáculas. [117]

## Agradecimientos

Agradecemos a la protagonista de la autobiografía de María el haber compartido su tiempo y su intimidad para esta investigación. Este proyecto fue parcialmente financiado por una ayuda a la investigación de la Universidad de Castilla-La Mancha durante el año 2010.

## Referencias

- Alvarez García, Nieves (2001). *Yo vencí la anorexia*. Barcelona: RBA.
- Beato-Fernández, Luis & Rodríguez-Cano, Teresa (2003). El cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria (ACTA): Desarrollo y propiedades psicométricas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31(3), 111-119.
- Blake, Wendy; Turnbull, Sue & Treasure, Janet (1997). Stages and processes of change in eating disorders: Implications for therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 186-191.
- Bowman, Grace (2006). *Thin: A memoir of anorexia and recovery*. Londres: Penguin.
- Brooks, Anna; LeCouteur, Amanda & Hepworth, Julie (1998). Accounts of experiences of bulimia: A discourse analytic study. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 193-205.
- Chan, Zenobia, & Ma, Joice (2003). Anorexic body: A qualitative study. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 4(1), Art. 1, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs030117> [Fecha de acceso: 15-11-2011].
- Davidson, Robin (1992). Prochaska and DiClemente's model of change. *British Journal of Addiction*, 87, 821-822.
- Duncan, Peter & Cribb, Alan (1996). Helping people change—an ethical approach? *Health Education Research. Theory and Practice*, 11, 339-348.
- Dunn, Erin C.; Neighbors, Clayton & Larimer, Mary (2003). Assessing readiness to change binge eating and compensatory behaviors. *Eating Behaviors*, 4, 305-314.
- Feld, Rachel; Woodside, D. Blake; Kaplan, Allan S.; Olmsted, Marion P. & Carter, Jacqueline C. (2001). Pre-treatment motivational enhancement therapy for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 393-400.
- Foucault, Michel (1987 [1984]). *Historia de la sexualidad, Vol. 3. La inquietud de sí*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Franko, Drebra L. (1997). Ready or not? Stages of change as predictors of brief group therapy outcome in bulimia nervosa. *Group*, 21(1), 39-45.
- Geller, Josie & Drab, Danae L. (1999). The readiness and motivation Interview: A symptom specific measure of readiness for change in the eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 7, 259-78.
- Greene, Geoffrey W.; Ross, Susan R. & Reed, Gabrielle Richards (1993). The effect of feedback on dietary intent to reduct fat. *Topics in Clinical Nutrition*, 9, 20-28.
- Gusella, Joanne; Butler, Gordon; Nichols, Laura & Bird, Debbie (2002). A brief questionnaire to assess readiness for change in adolescents with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 11, 58-71.
- Hasler, Gregor; Delsignore, Aba; Milos, Gabriella; Buddeberg, Claus & Schnyder, Ulrich (2004). Application of Prochaska's transtheoretical model of change to patients with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 67-72.

- Jefferson, Gail (1984). On stepwise transition from talk about a trouble to inappropriately next-positioned matters. En John Maxwell Atkinson & John Heritage (Eds.), *Structures of social action: Studies in conversation analysis* (pp.191-222). Cambridge: Cambridge University Press.
- Jimerson, David C. (2007). Eating disorders and stress. En George Fink (Ed.), *Encyclopedia of stress* (segunda ed., pp.876-879). Nueva York: Academic Press.
- Joseph, Jay; Breslin, Curtis & Skinner, Harvey (1999). Critical perspectives on the transtheoretical model and the stages of change. En Jalie A. Tucker, Dennis M. Donovan & G. Alan Marlatt (Eds.), *Changing addictive behavior: Bridging clinical and public health strategies* (pp.160-190). Nueva York: Guilford.
- Levy, Rachel Katherine (1997). The transtheoretical model of change: An application to bulimia nervosa. *Psychotherapy*, 34(3), 278-285.
- Littel, Julia H. & Girvin, Helen (2002). Stages of change: A critique. *Behavior Modification*, 26(2), 223-273.
- Márquez Guerrero, María (2010). El discurso como síntoma, criterio de pronóstico y elemento terapéutico. En Beatriz Gallardo Paúls y Verónica Moreno Campos (Eds.) *Aplicaciones Clínicas* (pp. 117-145). Valencia: Universitat de València.
- Martins, Renata K. & McNeil, Daniel W. (2009). Review of motivational interviewing in promoting health behaviors. *Clinical Psychology Review*, 29, 283-293.
- McConaughy, Eileen A.; Prochaska, James O. & Velicer, Wayne F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy*, 20, 368-375.
- McConaughy, Eileen A.; DiClemente, Carlo C.; Prochaska, James O. & Velicer, Wayne F. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy*, 26(4), 494-503.
- Menzie, Morgan (2003). *Diary of an anorexic girl*. Nashville: Transit.
- Miller, William R. & Rollnick, Stephen (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Miller, William R. & Rollnick, Stephen (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (segunda ed.). Nueva York, NY: Guilford.
- Norman, Paul & Bennet, Paul (1996). Health locus of control. En Mark Conner & Paul Norman (Eds.), *Predicting health behaviour* (pp.62-94). Buckingham: Open University Press.
- Piper, Stewart & Brown, Peter A. (1998). Psychology as a theoretical foundation for health education in nursing: empowerment or social control? *Nurse Education Today*, 18, 637-641.
- Potter, Jonathan & Wetherell, Margaret (1987). *Discourse and social psychology*. Londres: Sage.
- Prochaska, James O. (1979). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Homewood, IL: Dorsey Press.
- Prochaska, James O. & DiClemente, Carlo C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 276-288.
- Prochaska, James O. & DiClemente, Carlo C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 390-395.
- Prochaska, James O. & DiClemente, Carlo C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Malabar, FL: Krieger.
- Prochaska, James O. & DiClemente, Carlo C. (1986). Toward a comprehensive model of change. En William R. Miller & Nick Heather (Eds.), *Addictive behaviors: Processes of change* (pp.3-28). Nueva York: Plenum Press.
- Prochaska, James O. & DiClemente, Carlo C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. En Michel Hersen, Richard M. Eisler & Peter M. Miller (Eds.), *Progress on behavior modification* (pp.184-214). Nueva York: Academic Press.
- Prochaska, James O.; DiClemente, Carlo C. & Norcross, John C. (1992). In search of how people change applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Prochaska, James O.; DiClemente, Carlo C. & Norcross, John C. (1994). *Changing for good*. Nueva York: Avon Books.
- Prochaska, James O.; Redding, Colleen & Evers, Kerry (1997). The transtheoretical model and stages of change. En Karen Glanz, Barbara K. Rimer & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and*

*health education, theory, research and practice* (pp.97-121). San Francisco, CA: Jossey Bass Publishers.

Prochaska, James O.; Velicer, Wayne F.; DiClemente, Carlo C. & Fava, Joseph (1988). Measuring processes of change: Applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(4), 520-528.

Rieger, Elisabeth; Touyz, Stephen; Schotte, David; Beaumont, Peter; Russell, Janice; Clarke, Simon; Kohn, Michael & Griffiths, Rosalyn (2000). Development of an instrument to assess readiness to recover in anorexia nervosa. *International Journal Eating Disorders, 28*, 387-396.

Rodríguez-Cano, Teresa & Beato-Fernández, Luis (2005). Attitudes towards change and treatment outcome in eating disorders. *Eating Weight Disorders, 10*, 59-65.

Rodríguez-Cano, Teresa; Beato-Fernández, Luis & Segura Escobar, Estefanía (2006). Influencia de la motivación en la evolución clínica de los trastornos del comportamiento alimentario. *Actas Españolas de Psiquiatría, 34*(4), 245-250.

Rogers, Carl (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Londres: Constable.

Rosen, Craig S. (2000). Is the sequencing of change processes by stage consistent across health problems? A meta-analysis. *Health Psychology, 19*(6), 539-604.

Rossi, Joseph S.; Rossi, Susan R.; Velicer, Wayne F. & Prochaska, James O. (1995). Motivational readiness to control weight. En David B. Allison (Ed.), *Handbook of assessment methods for eating behaviours and weight related problems* (pp.387-430). Londres: Sage.

Rotter, Julian B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied, 80*(1), 1-28.

Saukko, Paula (2008). *The anorexic self*. Albany: SUNY.

Schorr, Gudrun; Ulbricht, Sabina; Schmidt, Carsten O.; Baumeister, Sebastian E.; Rüge, Jeannette; Schumann, Anja; Rumpf, Hans-Jürgen; John, Ulrich & Meyer, Christian (2008). Does precontemplation represent a homogeneous stage category? A latent class analysis on German smokers. *Journal of consulting and clinical psychology, 76*(5), 840-851.

Serpell, Lucy; Treasure, Janet; Teasdale, John & Sullivan, Victoria (1999). Anorexia nervosa: Friend or foe? *International Journal of Eating Disorders, 25*, 177-186.

Shaw, Jon A. (2009). Chance happenings in life and psychotherapy. *Psychiatry, 72*(1), 1-12.

Sullivan, Victoria & Terris, Charlotte (2001). Contemplating the stages of change measure for eating disorders. *European Eating Disorders Review, 9*, 287-291.

Sutton, Stephen (1996). Can "stages of change" provide guidance in the treatment of addictions? A critical examination of Prochaska and DiClemente's model. En Griffith Edwards & Christopher Dare (Eds.), *Psychotherapy, psychological treatments and the addictions* (pp.189-205). Cambridge: Cambridge University Press.

Treasure, Janet & Schmidt, Ulrike (2001). Ready, willing, and able to change: Motivational aspects of the assessment and treatment of eating disorders. *European Eating Disorders Review, 9*, 4-18.

Treasure, Janet L.; Katzman, Melanie; Schmidt, Ulrike; Troop, Nicholas; Todd, Gillian & de Silva, Padmal (1999). Engagement and outcome in the treatment of bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy, 3*, 405-418.

Trilla, Cristina (2007). *¡Hoy he decidido dejar de comer! Diario de una joven anoréxica*. Barcelona: Styria.

Vitousek, Kelly; Watson, Susan & Wilson, G. Terence (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review, 18*, 391-420.

Weaver, Kathryn; Martin-McDonald, Kristine & Spiers, Judith (2012). Mirroring voices of mother, daughter and therapist in anorexia nervosa. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 13*(3), Art. 6, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs120363> [Fecha de acceso: 15-10-2012].

Wedig, Michelle M. & Nock, Matthew K. (2010). The functional assessment of maladaptive behaviors: A preliminary evaluation of binge eating and purging among women. *Psychiatry Research, 178*(3), 518-524.

Weinstein, Neil D.; Rothman, Alexander J. & Sutton, Stephen R. (1998). Stage theories of health behavior: Conceptual and methodological issues. *Health Psychology, 17*, 290-299.

Whitelaw, Sandy; Baldwin, Steve; Bunton, Robin & Flynn, Darren (2000). The status of evidence and outcomes in stages of change research. *Health education research. Theory and practice*, 15(6), 707-718.

Williams, Sarah & Reid, Marie (2012). "It's like there are two people in my head": A phenomenological exploration of anorexia nervosa and its relationship to the self. *Psychology and Health*, 27(7), 798-815.

Wolk, Sara L. & Devlin, Michael J. (2001). Stage of change as a predictor of response to psychotherapy for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 96-100.

## Autores

*Félix DÍAZ* es Profesor Contratado Doctor en la Universidad de Castilla-La Mancha. Sus intereses de investigación actuales se orientan hacia los discursos biográficos asociados a la imagen corporal, por una parte, y la pragmática del habla trastornada por otra. En los últimos veinte años ha investigado y publicado sobre estructuras conversacionales participativas, la relación entre narración e identidad, la feminización de la precariedad y la interacción profesional-paciente en dominios de salud.

Contacto:

Félix Díaz

Departamento de Psicología  
Universidad de Castilla-La Mancha  
Avda. Real Fábrica de Sedas, s/n  
45600 – Talavera de la Reina, España

Tel.: +34-925-268800, extensión 5621

Fax: +34-925-721011

E-mail: [felix.diaz@uclm.es](mailto:felix.diaz@uclm.es)

*Natalia SOLANO PINTO* es profesora asociada en el Departamento de Psicología de la Universidad de Castilla La Mancha. Compagina la docencia y la investigación con la práctica clínica de la psicología donde realiza acciones preventivas y de intervención relacionadas con la educación para salud y la prevención de los trastornos alimentarios en el ámbito educativo.

Contacto:

Natalia Solano Pinto

Departamento de Psicología  
Universidad de Castilla-La Mancha  
Avda. Real Fábrica de Sedas, s/n  
45600 – Talavera de la Reina, España

Tel.: +34-925-268800, extensión 5676

Fax: +34-925-721011

E-mail: [natalia.solano@uclm.es](mailto:natalia.solano@uclm.es)

*Irene SOLBES* es Profesora Ayudante Doctora en el Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad Complutense de Madrid. Sus áreas de interés se centran en el estudio de las actitudes sociales hacia la diversidad humana, la imagen corporal y los trastornos de la conducta alimentaria en niños, jóvenes y adultos.

Contacto:

Irene Solbes

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación  
Facultad de Educación  
Universidad Complutense de Madrid  
c/ Rector Royo Villanova, s/n  
28040 – Madrid, España

Tel.: +34-91-3946341

E-mail: [irenesolbes@psi.ucm.es](mailto:irenesolbes@psi.ucm.es)

## Cita

Díaz, Félix; Solano Pinto, Natalia & Solbes, Irene (2012). Autobiografía y anorexia: Una alternativa cualitativa al modelo de estados del cambio de Prochaska y DiClemente [117 párrafos]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 14(1), Art. 13, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1203209>.