

Función reflexiva y depresión en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria

María del Carmen Gutiérrez Zapata

<http://hdl.handle.net/10803/669166>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

TESIS DOCTORAL

Título FUNCIÓN REFLEXIVA Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Realizada por **María del Carmen Gutiérrez Zapata**

en la **Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna**

y en el Departamento de **Psicología**

Dirigida por **Dr. Carles Pérez Testor**

**FUNCIÓN REFLEXIVA Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TRASTORNO DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA**

Doctoranda: María del Carmen Gutiérrez Zapata

Dirigido por: Carles Pérez Testor

INDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
AGRADECIMIENTOS	6
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	7
1.0 Introducción	7
2.0 Marco Teórico	10
2.1 Trastornos de la conducta alimentaria	10
2.2 Función Reflexiva	16
2.2.1. Definición de Función Reflexiva	16
2.2.2 Apego y Función reflexiva	19
2.2.3 Desarrollo cerebral y apego	23
2.2.4 El desarrollo de habilidades mentalizadoras	23
2.2.4.1 El reflejo parental en el desarrollo de la mentalización	23
2.2.4.2 El juego en el desarrollo de la mentalización	26
2.2.5 Medición de la Función Reflexiva	26
2.3. Tipos de expresión de la depresión	29
2.3.1 Depresión anaclítica	32
2.3.2 Depresión introyectiva	33
2.4. Trastorno de alimentación, función reflexiva y depresión	35
ESTUDIO EMPIRICO	39
3.0 Objetivos e Hipótesis.....	39

4.0 Método	41
5.0 Resultados	51
6.0 Discusión	81
7.0 Conclusión	96
8.0 Limitaciones y futuras investigaciones.....	98
BIBLIOGRAFÍA.....	99
ANEXOS	119

RESUMEN

La mayoría de los trastornos de la conducta alimentaria están acompañados de depresión y/o dificultades en la capacidad para expresar y regular afectos, también denominada *función reflexiva (FR) o mentalización* (Fonagy, Gergely, Jurist, y Target, 2002). Este estudio analiza la función reflexiva y la depresión en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Pocos estudios muestran un enfoque multidimensional de la depresión; esta investigación utiliza la clasificación propuesta por Blatt (2004) en sus dos dimensiones de la depresión (dependiente y autocrítica). En este estudio mixto con pacientes hospitalizadas diagnosticadas con un trastorno de alimentación (ANP:15, ANR: 13, BN: 14; TCANE: 9) se utilizaron los siguientes instrumentos: DSM-IV, Eating Disorders Inventory (EDI-3) y el Cuestionario de Experiencias Deprimidas. Posteriormente fueron seleccionados aleatoriamente 10 pacientes a las cuales les fue aplicada la entrevista de apego adulto AAI (Kaplan y Main, 1996) codificando la escala de función reflexiva (Fonagy, Target, Steele, Steele,1998). Los resultados mostraron baja FR y dificultad para expresar y regular los afectos. Los resultados cuantitativos mostraron diferencias significativas entre los dos tipos de depresión. Las pacientes con ANP obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en depresión dependiente y las pacientes con TCANE más altas en depresión autocrítica. También se encontró que la mayoría de las escalas de depresión autocrítica se correlacionan significativamente con las escalas del EDI-3, entre mayor es la escala de depresión autocrítica mayor es la puntuación de la escala del EDI 3. Este estudio muestra que los pacientes con TCA tienen dificultad para mentalizar.

Palabras Clave: función reflexiva, depresión dependiente, depresión autocrítica, trastornos de alimentación, regulación emocional.

ABSTRACT

Most eating disorders are accompanied by depression and/or difficulties in the ability to express and regulate emotions, also described as *Reflective Functioning (RF) or mentalization* (Fonagy, Gergely, Jurist, and Target, 2002). This study analyzes reflective functioning and depression in patients with eating disorders. Few research studies have a multidimensional focus on depression. This study uses the classification proposed by Blatt (2004) with its two dimensions of depression (dependency and self-criticism). In this mixed study with 51 inpatients diagnosed with Eating Disorders (ANP:15, ANR: 13, BN: 14; EDNOS: 9) subjects were assessed with DSM-IV; Eating Disorders Inventory (EDI-3); and Depressive Experiences Questionnaire. 10 patients were later randomly selected to complete the Adult Attachment Interview - AAI (Kaplan and Main, 1996) coded for Reflective Functioning (Fonagy, Target, Steele, Steele,1998). Results showed low levels of RF and difficulty to express and regulate emotions; Quantitative results show meaningful differences for both types of depression: Patients with ANP were found to score significantly higher in dependency and patients with EDNOS scored higher in self-criticism. Most self-criticism scales were found to have a significant positive correlation with EDI-3 scales. This study shows that patients with ED have difficulties mentalizing.

Keywords: reflective function, self-criticism, dependency, eating disorders, emotional regulation.

RESUM

La majoria dels trastorns d'alimentació estan acompanyats de depressió i / o dificultats en la capacitat per a expressar i regular afectes, també anomenada funció reflexiva (FR) o mentalització (Fonagy, Gergely, Jurist, i Target, 2002). Aquest estudi analitza la funció reflexiva i la depressió en pacients amb trastorns d'alimentació. Pocs estudis mostren un enfocament multidimensional de la depressió; aquesta investigació utilitza la classificació proposada per Blatt (2004) en les seves dues dimensions de la depressió (dependent i autocrítica). En aquest estudi mixt amb pacients hospitalitzades diagnosticades amb un trastorn d'alimentació (ANP: 15, ANR: 13, BN: 14; TCANE: 9) es van utilitzar els següents instruments: DSM-IV, Eating Disorders Inventory (EDI-3) i el qüestionari d'Experiències depriments. Posteriorment van ser seleccionats aleatòriament 10 pacients a les quals els va ser aplicada l'entrevista d'afecció adult AAI (Kaplan i Main, 1996) codificant l'escala de funció reflexiva (Fonagy, Target, Steele, Steele, 1998). Els resultats van mostrar baixa FR i dificultat per expressar i regular els afectes. Els resultats quantitatius van mostrar diferències significatives entre els dos tipus de depressió. Les pacients amb ANP van obtenir puntuacions significativament més altes en depressió dependent i les pacients amb TCANE més altes en depressió autocrítica. També es va trobar que la majoria de les escales de depressió autocrítica es correlacionen significativament amb les escales de l'EDI-3, entre major és l'escala de depressió autocrítica major és la puntuació de l'escala de l'EDI 3. Aquest estudi mostra que els pacients amb TCA tenen dificultat per mentalitzar.

Paraules Clau: funció reflexiva, depressió dependent, depressió autocrítica, trastorns d'alimentació, regulació emocional.

AGRADECIMIENTOS

A Salvador, mi esposo, por apoyarme incondicionalmente. Por ser quien me dio fuerzas para seguir adelante. Gracias por tu paciencia, el ánimo, el tiempo y apoyarme y enseñarme que con dedicación las cosas pueden llegar a ser una realidad.

A mi tutor de tesis el Doctor Carles Pérez Testor por sus enseñanzas y motivación. Gracias a todas las personas de la Universidad Ramon Llull, especialmente al Doctor Jordi Segura por su gran disposición para la realización de este trabajo.

A mis padres que a pesar de la distancia me apoyaron y confiaron en mí. A mis hijas Macarena y Olivia que son mi fuente de inspiración para ser una mejor persona.

Gracias a Ana Lourdes Gómez por alentarme a seguir adelante y por tu apoyo en el proceso, gracias por tus enseñanzas y por tus aportaciones.

Al Doctor David Zuroff por su guía en este proyecto.

A ITA y especialmente al Dr. Antoni Grau por abrirme las puertas, sin ellos no hubiera sido posible hacer esta investigación. Gracias por su colaboración. Gracias a cada una de las pacientes por compartir experiencias tan personales y las grandes enseñanzas que me dejan.

A Susana Velasco por ser mi inspiración, por sus contribuciones y por reflexionar junto conmigo acerca del trabajo con pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.0 Introducción

En la sociedad occidental, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han ido en aumento en los últimos años, principalmente en la población femenina. Muchas veces su curso es crónico, lo que trae derivaciones y comorbilidad médica y psiquiátrica, incluso llegando hasta la muerte, debido a dificultades médicas y suicidio. Su pronóstico es favorable cuando el diagnóstico es realizado precoz, por lo que es importante para mejorar su pronóstico y prevenir la cronicidad (López y Treasure, 2011).

Este estudio se enfoca principalmente en trastornos de conducta alimentaria no especificados bulimia, anorexia restrictiva y anorexia purgativa, teniendo ésta última la tasa de mortalidad más alta entre las enfermedades mentales en adolescentes y adultos jóvenes (American Psychiatric Association, 2013). En el caso específico de la anorexia nerviosa, estudios longitudinales y de seguimiento a largo plazo establecen que 2/3 de los pacientes tratados siguen siendo restrictivos, 1/3 mantienen bajo peso y la mitad sigue con temor a engordar (Biedermann, Martínez, y Olhaberry, 2009). En el 40% de las pacientes con bulimia nerviosa el tratamiento no es efectivo en términos de reducir las conductas de atracón y purga (Stice, 1999) y la recuperación de la anorexia tiende a ser más baja (Tasca, Taylor, Bissada, Ritchie, y Balfour, 2004).

El aumento en los casos de TCA ha hecho que los profesionales de la salud se interesen cada día más en este tema. Los TCA son multifactoriales y a su desarrollo pueden contribuir causas biológicas, psicológicas, o sociales, por mencionar algunas.

En los TCA existen graves dificultades en la expresión y regulación emocional, y estas se asocian con altos índices de ansiedad y depresión (Biedermann et al., 2009). Se ha comprobado que el déficit en el apoyo emocional por parte de la madre hacia el niño es predictor de síntomas depresivos en los niños; a pesar de que antecedentes de depresión en la madre podrían jugar un rol, es el apego inseguro del niño el que significativamente predice sintomatología depresiva (Egeland y Carlson, 2004).

En el trabajo clínico de la doctoranda se ha observado en los pacientes resistencia al cambio, lo cual dificulta su recuperación y los lleva a tener recaídas continuas, en algunos casos con riesgo de muerte debido a la baja ingesta calórica. En algunos casos el tratamiento es recurrente o no efectivo. Muchas de las pacientes manifiestan otras patologías como depresión, ansiedad o trastorno límite de la personalidad (TLP). Trabajando con la regulación afectiva y la identificación de emociones y no únicamente con el síntoma, se lograron ver mejorías y se puede tener un mejor manejo del control de impulsos, así como de las emociones negativas para lograr disminuir las conductas de atracón, restricción o purga. Incluso la intensidad de la gravedad de los trastornos se ha relacionado con la gravedad de las dificultades emocionales (Nordbo, et al., 2012). Aquellas pacientes que se encuentran peor a nivel emocional realizarían una restricción alimentaria más severa y utilizarían más métodos de purga (vómitos, laxantes y diuréticos) tras los atracones que sus pares menos graves (Pascual, Etxebarria y Cruz, 2011).

El interés por realizar esta investigación surge de experiencias previas de la doctoranda, trabajos realizados sobre el tema en la licenciatura, en psicología clínica y en el trabajo clínico con pacientes con TCA como psicoterapeuta.

Durante 6 meses realizó una estancia de investigación dentro del grupo de trabajo de Trastornos de conducta alimentaria en la UNAM. Además de los 6 meses de investigación dentro de ITA, la doctoranda trabajó en Fundación Apta México durante tres años, realizando evaluación y entrevistas, y dando seguimiento a pacientes con TCA.

En nuestro trabajo se busca explorar el grado de función reflexiva y el tipo de expresión de la depresión que presentan las pacientes con TCA. El grado de función reflexiva impacta en el desarrollo de patologías como TCA y depresión. Si se identifica el nivel de función reflexiva y el tipo de expresión de la depresión, el trabajo con estas pacientes podrá ser más focalizado, por lo que puede ser una herramienta para brindar prevención y un mejor tratamiento, entender la etiología y las resistencias con las que nos podemos enfrentar, ya que las pacientes con TCA usualmente presentan resistencias a la psicoterapia y a establecer una relación terapéutica positiva (Chassler, 1997) .

2. Marco Teórica

2.1. Trastornos de la Conducta Alimentaria

La alimentación juega un papel primordial en el desarrollo humano, sin embargo, los malos hábitos alimentarios adquiridos con la finalidad de mejorar la apariencia pueden dar pie al desarrollo de TCA, los cuales se definen como las anormalidades en las actitudes y comportamientos respecto a la ingestión de alimentos y que conllevan alteraciones en la salud y el funcionamiento psicosocial (APA, 1994)

Diversos factores intervienen en el desarrollo de los TCA, entre los más señalados en la literatura se encuentran los individuales, familiares, culturales, entre otros (Garner y Keiper, 2010); aunque se sabe que es la interacción de estos factores la que explica la presencia de un TCA.

Los TCA son enfermedades serias que particularmente afectan a mujeres jóvenes dando como resultado problemas en la nutrición, deterioro físico significativo y en algunos casos terminando en suicidio (Satogami et al., 2019)

De acuerdo con la cuarta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.; DSM-IV; American Psychiatric Association [APA], 1994), los TCA se clasifican en específicos y no específicos. Los específicos comprenden a la Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) Trastorno por Atracón (TPA) y Trastorno de conducta alimentaria no especificado (TCANE); mientras que los no específicos incluyen a los trastornos que no cumplen con todos los criterios para el diagnóstico de un TCA específico (APA, 1994).

En el último manual publicado por la APA, el DSM V (APA, 2013), el nombre “trastornos de la conducta alimentaria” cambia por: “trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos”.

Definido como: Alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. (APA,2013).

Dentro de los cambios realizados en esta versión se elimina la división de los TCA en trastornos de la infancia y de la adolescencia, integrando los trastornos de pica, rumiación y de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez a los ya anteriores, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Esta definición del DSMV menciona que podrían existir alteraciones no nada más en la conducta alimentaria, sino también en la absorción de los alimentos, tomando en cuenta áreas de deterioro significativo, extendiendo el diagnóstico a cualquier edad.

En el caso de la bulimia, se quita la especificación de subtipos, aunque se sigue incluyendo la bulimia no purgativa, debido a que se siguen considerando las conductas compensatorias no purgativas, el ejercicio y la restricción alimentaria.

La anorexia cambia, en cuanto a solo hablar de bajo peso corporal y la eliminación de la amenorrea como criterio diagnóstico. El tiempo del padecimiento (3 meses) se considera en los tipos: restrictivo y con atracones/purgas.

Los trastornos de la conducta alimentaria no especificados en el DSM-5 cambian por Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado, considerando que se debe señalar qué criterios no se cumplen para que clasifique en esta categoría diagnóstica. Por ejemplo: *Anorexia nerviosa atípica*: se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa,

excepto que, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal.

Dentro de nuestra investigación utilizamos el DSM IV porque en el centro donde se realizó la investigación se utilizó esta edición para hacer el diagnóstico.

Los criterios diagnósticos de la AN, de acuerdo con el DSM-IV, son:

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p.e., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperado, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperado).
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación persistente acerca del peligro que supone el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Tipo restrictivo: durante los últimos tres meses, el individuo no recurre a atracones o purgas (p.e. provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo se caracteriza por la pérdida de peso, principalmente, por la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

Tipo purgativo: durante los últimos tres meses, el individuo presenta episodios recurrentes de atracones o purgas.

Los criterios para el diagnóstico de la BN propuestos en el DSM-IV, son los siguientes:

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: 1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p.e. en un periodo de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar y en las mismas circunstancias. 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (p.e. sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos una vez a la semana durante un período de tres meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de la bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Los criterios diagnósticos del TPA, de acuerdo con el DSM-IV, son los siguientes:

- A.** Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes: 1. Ingesta, en un corto periodo de tiempo (p.e. en dos horas), de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares. 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (p.e. sensación de que no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).
- B.** Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas: 1. Ingesta mucho más rápida de lo normal. El rol de la autoestima, factores biológicos y socioculturales. 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno. 3. Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre. 4. Comer a solas para esconder su voracidad. 5. Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.
- C.** Profundo malestar al recordar los atracones.
- D.** Los atracones tienen lugar, como media, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- E.** El trastorno no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p.e. purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el trastorno de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa. Los atracones tienen lugar como medida, al menos dos días a la semana durante 6 meses
- F.** El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p. e., purgas, ayuno y ejercicio físico excesivo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de una anorexia o bulimia nerviosa.

Los TCA no específicos (TCANE) se caracterizan por un malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales u ocupacionales, pero no cumplen con todos los criterios para ser diagnosticados como un TCA específico.

De acuerdo con el DSM-IV, entre los TCANE se incluyen los siguientes:

- A. Anorexia Nerviosa Atípica: cumple con todos los criterios de AN, excepto que las menstruaciones son regulares.
- B. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad
- C. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad
- D. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses
- E. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. e., provocación del vómito después de haber comido dos galletas)
- F. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida

Trastorno por atracción: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa

3.2. Función Reflexiva

3.2.1. Definición de Función Reflexiva

El constructo “Función Reflexiva” de Fonagy, Target, Steele y Steele (1996), ha sido descrito con diversos términos en la literatura psicoanalítica y cognitiva.

En la literatura psicoanalítica, Freud (1911) habla del proceso primario, en el cual los instintos son innatos y se busca la satisfacción inmediata del deseo, mientras que el proceso secundario se da con el lenguaje como función simbólica, el cual adquiere gran importancia, pues permite que el pensamiento se haga perceptible y pueda exteriorizarse.

Algunos teóricos mencionan que la adquisición de la posición depresiva descrita por Melanie Klein (1945) es equiparable a la función reflexiva, en la que el niño pasa de la posición esquizoparanoide a la posición depresiva, al lograr ver el impacto que tienen sus acciones en el sufrimiento del otro.

Mas adelante Wilfred Bion (1962) teoriza que los bebés experimentan al nacer eventos internos concretos, los cuales define como *elementos beta*; aquello incapaz de ser procesado por la mente y que es la experiencia emocional pura sin metabolizar. Estos elementos posteriormente son transformados a *elementos alfa* o experiencias pensables tolerables. Bion también vio que en la relación madre-hijo, es la madre quien va dando la capacidad de simbolizar, devolviendo al bebé su experiencia emocional metabolizada. Los *elementos beta* los transforma en pensamientos adecuados para ser contenidos y pensados por él bebé: *elementos alfa*. Bion lo llama *Capacidad de Reverie*.

Winnicott (1962) también reconoció la importancia del entendimiento del cuidador sobre la psicología del infante en la aparición del verdadero *Self*, el cual se desarrolla a través de la percepción de uno mismo en los pensamientos y sentimientos de los demás. Menciona que el ser humano nace con un yo precario, el cual va integrando una *madre suficientemente buena*. Esto sucede a través del esquema corporal y verbal que se da con lo que Winnicott llama *holding* y *handling*.

Ideas similares han sido propuestas por André Green (1975), Hanna Segal (1957) y Joyce McDougall (1978).

Desde una perspectiva cognoscitiva, el origen del concepto de la Teoría de la Mente (TOM) se encuentra en los trabajos pioneros de Premack y Woodruff (1978), cuando buscaron demostrar que los chimpancés podían comprender la mente humana. Más tarde Baron-Cohen, Leslie y Frith (1985) establecieron la hipótesis de que los sujetos con autismo no tienen una TOM adecuada, debido a la incapacidad que poseen los pacientes con autismo para atribuir estados mentales a sí mismos y a los demás, con el fin de predecir y explicar los comportamientos.

El concepto de TOM se refiere a la habilidad para comprender y predecir la conducta de otras personas, sus conocimientos, intenciones y creencias. Se refiere a cuando un sistema cognitivo logra reconocer los contenidos de otro sistema cognitivo diferente de aquel con el que se lleva a cabo dicho conocimiento. Dos componentes de TOM han sido descritos: uno es el eTOM el cual está relacionado con la parte social afectiva y con la habilidad de poder decodificar los estados mentales de otras personas con lo observable inmediatamente. El otro componente es cTOM y es

considerado como la habilidad de razonar de los estados mentales explicando y prediciendo las acciones de otros. Ambos el eTOM y el cTOM implican el uso de estados mentales (Platek, Keenan, Gallup, y Mohamed, 2004).

Fonagy define la función reflexiva o mentalización como la habilidad para entender los comportamientos propios y de los demás en términos de estados mentales (sentimientos, creencias, intenciones y deseos) (Fonagy, 1991; Fonagy y Higgitt, 1989). La habilidad para identificar y regular los afectos es el aspecto central de la teoría de la función reflexiva. La mentalización se forma a través de experiencias de la infancia con el cuidador y de un congruente “espejeo” que desarrollará la regulación afectiva y la representación cognitiva.

El desarrollo del ser humano generalmente atraviesa por una experiencia psíquica en la cual los estados mentales son concretos, y llega a un estado de considerable complejidad e integración representacional. Es el pasar del proceso primario de pensar al proceso secundario, en el que existe una representación interna. (Freud, 1911). Hacia el segundo año de vida, el niño desarrolla ya una comprensión mentalizadora y puede verse a sí mismo y a los demás como agentes intencionales, cuyas acciones son producto de estados mentales, como deseos e intenciones. A los 24 meses comienzan a adquirir el lenguaje para representar los estados mentales y pueden razonar acerca de los deseos y sentimientos de los demás de modo no egocéntrico, sin embargo, aún no les es posible separar los estados mentales de la realidad externa y por lo tanto, las fronteras entre lo interno y lo externo no son claras. (Fonagy y Target, 2006). Esta separación es necesaria para comprender la postura ajena y para evitar distorsionar la percepción del otro. En dicho sentido, mentalizar supone esfuerzo (Allen, Fonagy y Bateman, 2008).

Por otro lado, es importante entender cómo surgen estas habilidades mentales: requieren de la maduración cerebral, ciertos logros a lo largo del desarrollo y diversas experiencias interpersonales para su consecución (Fonagy y Target, 2006). Se ha demostrado que la mentalización es adquirida durante el cuarto año de edad, haciendo que los niños entiendan el significado de la conducta de la gente y se vuelva predecible (Baron-Cohen, 1993 ; Fonagy et al .,1998).

Esta progresión del proceso primario al secundario tiene su máxima expresión en la capacidad de mentalizar, la cual es la capacidad humana de entenderse entre los individuos en términos de estados mentales (pensamientos, sentimientos, creencias y deseos), con el propósito de otorgar sentido y de anticipar las reacciones de los demás. Esta función humana también se le llama mentalización o función reflexiva. (Fonagy et al., 1998).

La función reflexiva está enraizada en la teoría del apego de Bowlby. En el cual el sistema conductual de apego se da a través de una serie de mecanismos cognitivos que funcionan para regular, interpretar y predecir la conducta de uno mismo y de los demás (Bretherton y Munholland, 1999).

3.2.2 Apego y Función reflexiva

Durante la niñez las figuras de los padres son la fuente principal de apoyo emocional y psicológico. El primero en investigar sobre Apego fue John Bowlby (1956). Bowlby mencionaba que nuestras relaciones actuales están moldeadas principalmente por nuestras primeras relaciones, y están enraizadas biológicamente en las necesidades evolutivas, gracias a la interacción o falta de

interacción con estas figuras iniciales, generan una serie de representaciones mentales que corresponderían a la calidad de las experiencias de apego. La relación de apego entre el cuidador y el infante es de suma importancia para su desarrollo y supervivencia tanto física como emocional, ya que nace de esta cercanía entre el infante y el cuidador. Esto es llamado sistema de apego. Que son los precursores en la capacidad de establecer vínculos posteriores. (Wallin,2007).

En sus obras, Bowlby menciona que este sistema de apego se forma a través de la disponibilidad de una figura de apego receptiva y accesible. El sistema conductual de apego utiliza una serie de mecanismos cognitivos que Bowlby llamó sistemas representacionales, y siguiendo a Craik, Modelo de funcionamiento interno (MOI) (Fonagy, 2004).

Esta proximidad que se da en las conductas de apego de manera repetida con el cuidador hace que quede codificado en el sistema de memoria implícita como un modelo de funcionamiento interno (MOI) en el que el niño irá creando un modelo de sí mismo, así como de los demás. En este sentido constituye la base de la propia identidad y la autoestima. Los MOI son esquemas que funcionan de manera afectiva, cognitiva e interpersonal, y que define el tipo de apego que se desarrolla: seguro o inseguro. (Demidenko, Tasca, Kennedy, y Bissada, 2010).

El concepto original de Bowlby ha sido profundizado por otros teóricos del apego, enfatizando algunos puntos importantes del sistema representacional o MOI:

1. Expectativas de las cualidades interactivas de los primeros cuidadores, generadas en el primer año de vida y elaboradas posteriormente.
2. Representaciones de acontecimientos mediante los cuales recuerdos específicos y generales de experiencias relacionadas con apego son codificadas y recuperadas.

3. Recuerdos auto biográficos mediante los cuales acontecimientos específicos son conectados conceptualmente debido a su relación con la narrativa personal continuada, lo que condiciona que vaya desarrollando la comprensión de sí mismo.
4. Compresión de las características psicológicas de otras personas y diferenciando las características del propio self. (Fonagy, 2004, p. 19)

Main y Goldwyn (1998) sugieren que determinados modelos operativos internos adultos están relacionados con diferentes modelos y filosofías de crianza. De acuerdo con Bowlby (1973) los modelos de funcionamiento interno de uno mismo y de los demás están ligados a los estilos de apego (Wallin, 2007).

Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978) en los estudios que dieron origen al “procedimiento de la situación extraña” para evaluar la relación de apego entre la madre y su hijo durante el primer año de vida, definieron los distintos estilos de apego infantil clasificados en seguro, ansioso-evitativo, ansioso-ambivalente. Tras la clasificación original descrita por Ainsworth de los tres patrones de conducta de apego, un grupo de investigadores refirió haber encontrado un cuarto patrón de conducta al que llamaron apego desorganizado-desorientado (Main y Salomón, 1986). Ainsworth et al. (1978) describieron los estilos de apego en la infancia y Main, Kaplan y Cassidy hicieron lo propio en la edad adulta a través del Adult Attachment Interview y se han encontrado 4 modelos posibles que describiremos a continuación.

Apego Seguro: Bowlby (1988) menciona que el apego seguro se desarrolla cuando las figuras de apego están disponibles y son responsivas. Así, las relaciones se caracterizan por comunicar

sentimientos tanto positivos, como negativos y ante situaciones de estrés, estas representaciones internas ayudan a prever como actuar, lo cual reduce el estrés y la ansiedad (Bowlby, 1973).

Apego preocupado: Se desarrolla cuando las figuras de apego son percibidas como inconsistentes e impredecibles. Una excesiva preocupación o miedo puesto en el vínculo del apego hace que este tipo de apego se desarrolle (Tasca et al., 2004). Tienden a tener estrategias de hiper activación relacionadas al estrés. Las estrategias de hiper activación incluyen un constante monitoreo amenazante al *self*. El sujeto tiende a una visión negativa de su autoeficacia, preocupación por la pérdida o abandono, y una visión pesimista de los resultados (Illing, Tasca, Balfour, y Bissada, 2011). Tienden a idealizar a los demás y a devaluarse a ellos mismos (Bamford y Halliwell, 2009).

Apego Evitativo: Ven a su figura primaria constantemente rechazante. Estos individuos desarrollan una forma negativa y devaluada de ver a los otros, como si estos no pudieran ver sus necesidades. Algunos llegan a idealizar sus relaciones tempranas. (Slade, 1999 ; Tasca et al., 2004) Estas personas se esfuerzan por desactivar sus necesidades de apego y a evadir la relación con las demás personas (Bamford y Halliwell, 2009).

Apego Desorganizado: Viven a su figura de apego como una fuente de peligro. Descrito en los niños y relacionado con estados mentales de duelos y traumas (maltrato y abuso) no resueltos en los cuidadores principales. El otro es representado como incapaz de ayudar en el problema, el adulto se infantiliza, el niño se representa en actitudes de adulto protegiendo a los cuidadores principales. Está muy asociado a la psicopatología (Ibáñez, 2013).

3.2.3 Desarrollo cerebral y apego

A través de los estudios actuales de neurociencias, psicología del desarrollo y teoría del apego, el trabajo de Alan Schore (2000) expone cómo el abuso y la negligencia, dan lugar a limitaciones estructurales tempranas en el hemisferio derecho del cerebro que repercuten en su desarrollo posterior. Lo anterior tiende a manifestarse en déficits funcionales de largo alcance, en particular, en una incapacidad importante para regular estados emocionales bajo estrés. La relación de apego favorece o impide el establecimiento de ciertas funciones directamente relacionadas con la percepción del entorno espacial, auditivo, visual y social, así como las respuestas, las señales de estrés y alarma. Al comprometerse el desarrollo del hemisferio derecho, las funciones de procesamiento inconscientes del entorno socio ambiental, la regulación del estado corporal y la capacidad de manejar estados emocionales propios se ven dramáticamente afectados. El hemisferio derecho juega un importante papel en la mantención de un sentido unificado, coherente y continuo de uno mismo y es dominante en la habilidad de entender los estados emocionales de los otros, esto es, la empatía. Todo esto queda registrado de manera implícita y procedural, por debajo del funcionamiento consciente y explícito (Schore, 2000).

3.2.4 El desarrollo de habilidades mentalizadoras

3.2.4.1 El reflejo parental para el desarrollo de la mentalización

Los padres que pueden reflejar claramente las experiencias internas a sus hijos y son lo suficientemente sensibles para integrar el mundo simbólico y responder adecuadamente, generan en el niño una estructura psicológica estable, la cual es necesaria para desarrollar un *self* viable. A

través del reflejo de los padres se comienza a formar una realidad externa en el niño (Fonagy et al., 1998).

El apego temprano seguro, facilita el desarrollo para entender pensamientos, sentimientos y deseos de uno mismo y de los demás (Fonagy, Steele, Steele, 1991). Los problemas en el desarrollo de la capacidad de mentalizar influyen en el desarrollo de la personalidad y de la psicopatología (Fonagy y Bateman, 2010). Es por esto que la capacidad de mentalizar tiene raíz en las relaciones tempranas del sujeto (apego), principalmente con el proceso de espejeo parental que mantuvo con su cuidador primario. Gradualmente el niño se da cuenta de que él mismo tiene ideas y sentimientos propios que juegan un papel relevante en las relaciones que establece con los demás. La función reflexiva del cuidador juega un papel crítico en la viabilidad del infante para desarrollar un sentido de sí mismo, por lo tanto la mentalización no es innata y su desarrollo depende del ambiente temprano (Fonagy, et al., 1998).

Para que se logre la integración simbólica del funcionamiento mental en el niño es necesaria una representación de los sentimientos y pensamientos en la mente del cuidador, ya que la figura parental proporciona relación entre la realidad y la fantasía, de modo tal que incluya una aceptación de y una reflexión sobre los estados mentales del niño (Fonagy, Gergely, Jurist, Target, 2002) .

Cuando el proceso de espejeo falla, como en los casos de abuso por parte de la figura de apego, la capacidad de mentalizar falla y se desarrolla una incapacidad para atribuir estados mentales a sí mismo y a los demás. Este proceso es esencial para que el niño desarrolle sus propios afectos separados del cuidador. Cuando el niño experimenta una emoción negativa que no es contenida

por los padres, ésta se tiende a intensificar, posiblemente llevándolo al trauma (Fonagy y Bateman, 2010).

La función mentalizadora de los padres es indispensable, ya que sin ella se dan procesos como la equivalencia psíquica – “lo que existe en la mente debe existir en el mundo externo y lo que existe en el mundo externo debe invariablemente existir también en la mente. Esta proyección de la fantasía en el mundo externo puede ser profundamente angustiante” (Skarderud, 2007c). Este modo predomina en el niño hasta los tres años y consiste en que no considera que sus ideas sean representaciones de la realidad, sino más bien réplicas directas de la misma, reflejos de ésta que son siempre verdaderas y compartidas por todos (Target y Fonagy, 1996).

Existen otros factores que también pueden limitar la función reflexiva como lo son:

1. Estrés excesivo que inhibe la actividad orbito-frontal.
2. Trauma que desactiva la capacidad reflexiva en el sistema de apego para que el individuo se sienta seguro; este efecto aumenta cuando la relación con la figura de apego es traumática.
3. Identificación con el agresor, donde una parte de la estructura psíquica queda disociada del *self* (Fonagy y Bateman, 2008).

3.2.4.3 El juego en el desarrollo de la mentalización

El juego es de suma importancia para el desarrollo de la mentalización, ya que el cuidador puede dar ideas, sentimientos y mostrar al niño que la realidad puede estar distorsionada durante el juego

(Winnicott,1971). Mediante el juego el niño proyecta su realidad interna y sus emociones en la realidad externa. Entre los 2 y 3 años el niño está en un juego “como si” (*pretend mode*) aquí es donde pueden descubrir aspectos representacionales de sus pensamientos y contribuye al desarrollo autobiográfico interno (Fonagy y Target, 1996).

A los 8 años el proceso de mentalizar es mas parecido al de un adulto, ya que el niño entiende emociones mas complejas como la culpa, la vergüenza, y el orgullo asi como el impacto de las emociones e intenciones en el pensamiento y comportamiento, y ya es capaz de expresar estados mentales verbalmente (Tessier, Normandin, Ensink, y Fonagy, 2016)

3.2.5 Medición de la Función Reflexiva

Existen en la actualidad diversos instrumentos para medir la función reflexiva. Nosotros utilizaremos la Entrevista de Apego Adulto, siendo la mejor validada para medir apego en adolescentes y adultos. (Hesse, 2008; Zachrisson y Skårderud, 2010) y a partir de la cual codificaremos la FR.

La función reflexiva es medida con la entrevista de apego adulto usando una codificación específica para la función reflexiva.

Entrevista de Apego Adulto (AAI-RF) (Kaplan y Main, 1996).

La Entrevista de Apego Adulto es una entrevista semiestructurada que consiste en 20 preguntas sobre la relación con el cuidador primario durante la infancia, adolescencia y adultez,

así como sobre las repercusiones que la relación posiblemente tuvo en su personalidad adulta. Para la aplicación y calificación de esta entrevista es necesaria una formación especializada, la cual la doctoranda ha adquirido en el Anna Freud Center.

En la entrevista existen dos tipos de preguntas: (1) preguntas de demanda y (2) preguntas de permiso. Las preguntas de demanda, en su formulación, exigen una respuesta reflexiva (p.e. ¿Por qué piensa que ellos actúan de esa manera?) y hacen más probable que el paciente responda con una explicación en términos de estados mentales. En cambio, las preguntas de permiso no demandan una respuesta reflexiva en su formulación, sino que generan las condiciones para que ello ocurra de manera espontánea (p.e. ¿Qué hacías cuando de niño te enfadabas?)

Las respuestas a estas preguntas nos mostrarán el grado en que la persona es capaz de reconocer estados mentales. A lo largo de las entrevistas se busca calificar respuestas a las preguntas de demanda intentando buscar pasajes con respuestas reflexivas en las siguientes dimensiones:

Consciencia de los estados mentales propios y de los demás: el entrevistado se da cuenta de que tiene dificultad para reconocer un estado mental. Es consciente de la existencia de opacidad de un estado mental, reconocimiento de discrepancia entre lo que muestra y el estado mental, reconocimiento de la limitación de un insight y consciencia de un estado mental como una manera de defenderse.

Esfuerzo explícito para entender los estados mentales que marcan las conductas: el entrevistado identifica posibles estados mentales que pueden influir en su conducta o en la conducta de otros.

Reconocimiento de cómo las conductas tienen un impacto en los estados mentales de otros, tener en cuenta como es percibido uno mismo, así como darse cuenta de un estado mental durante la entrevista.

Reconocimiento de los aspectos del desarrollo en los estados mentales: el entrevistado toma en cuenta una perspectiva intergeneracional, los cambios en el desarrollo entre infancia y adultez, así como posibles cambios entre presente, pasado y futuro. Reconoce aspectos en el desarrollo, como el qué era lo necesitaba para una regulación afectiva, así como consciencia de emociones y sentimientos ahora como adulto. Establece conexiones a través de las generaciones y dinámicas familiares.

Estados mentales en relación con el entrevistador: el entrevistado se da cuenta de que existe otra persona afuera y que existe una separación de mentes por lo que lo toma en cuenta, le explica y no supone que sabe.

3.3 Tipos de expresión de la depresión

La relación entre TCA y depresión ha sido ampliamente estudiada (Tasca, Taylor, Bissada, Ritchie, y Balfour, 2004). Las puntuaciones de depresión son más elevadas en pacientes con TCA y bajo peso (Walter et al., 1996); sin embargo, existen pocos estudios que evalúan los TCA dentro de las dimensiones de la personalidad depresiva.

La depresión es un padecimiento muy común en los trastornos de alimentación. (Herzog et al., 1992) Los pacientes con anorexia o bulimia comúnmente presentan altos niveles de afectos

disfóricos, sentimientos de vacío, ineffectividad y emociones como soledad y desesperación (Brunch, 1973). Sin embargo algunos autores mencionan que las conductas que presentan los pacientes con TCA (restringir alimentos, atracones o purga) funcionan como una forma de regulación de emociones negativas (Heatherton y Baumeister, 1996.) Por esta razón, es importante ver la depresión no solo de una manera categórica, sino también de una manera dimensional y explorar la experiencia subjetiva de cada paciente.

Blatt y sus colegas (2004) inicialmente enfatizaron la conceptualización de la expresión clínica de la depresión. Sin embargo, han mencionado que existen diversas formas de psicopatología anaclítica e introyectiva, no únicamente en la depresión. Mencionando ver altos niveles de autocrítica y dependencia en trastornos como la depresión.

Los niños con un apego inseguro, por ejemplo, interactúan con padres insensibles, tienden a negar sus emociones y remplazarlas con confort por medio de estrategias mal adaptativas de autorregulación emocional (Speranza, Corcos, Loas, Stéphan, Guilbaud y Perez- Diaz, 2005). Los patrones de apego inseguro están asociados con el riesgo de desarrollar un apego ansioso-depresivo, siendo la alienación el predictor más alto para desarrollar depresión (Sund y Wichstrom, 2002). Desde una perspectiva del desarrollo, las organizaciones de la personalidad son una combinación entre dos presiones diferentes: la necesidad de establecer relaciones interpersonales satisfactorias (anaclítica) y la necesidad de tener una cohesión positiva de uno mismo (introyectiva). Blatt y sus colegas plantean que la pérdida de balance entre estas dos líneas puede implicar una diferencia entre la expresión de la psicopatología (Blatt,2004). Para Blatt los polos apego-separación y autodefinición-relación en el desarrollo serán determinantes para dos

tendencias de la personalidad: la tendencia a adherirse a los otros y la tendencia a la autosuficiencia (Arros y Valenzuela, 2006).

Desde una visión psicoanalítica Freud (1911) habla de dos tipos de depresión: una relacionada con la dependencia, la pérdida y el abandono y la otra más avanzada en el desarrollo, relacionada con el superyó cruel y acusador, la autocrítica de la etapa edípica, en el cual surgen sentimientos de culpa, autoreproche y autocastigo.

Para Blatt (2004) la posición depresiva de la cual habla Melanie Klein (1935) es la posición central del desarrollo ideal del niño, en la que si se soluciona la ambivalencia con el objeto y predominan los objetos internos buenos, no se desarrolla una depresión en esta etapa. Más adelante, Fenichel (1945) menciona que la autoestima disminuye en un estadio temprano por falla del objeto cuidador y en un estadio posterior debido al superyó acusador estableciéndose dos tipos de depresión: la primera, de naturaleza oral-receptiva, y la otra en relación con las vicisitudes del conflicto edípico.

Algunas clasificaciones multidimensionales han sido reportadas por investigadores en subtipos de depresión: Desde una perspectiva interpersonal psicoanalítica Arietti and Jules (1978, 1980) y desde una perspectiva cognitivo conductual Beck (1976) depresión dependiente – independiente

Arieti y Bemporad (1980) hablan de tres formas de depresión, las cuales se dan cuando el niño comienza a ser más independiente o autónomo: “ser pasivamente gratificado por el otro predominante” y “ser reasegurado de la propia valía.” En la depresión centrada en el otro

predominante, la persona busca ser gratificada a través de una relación dependiente e infantil.

Tienden a negar el enojo, son pasivos y buscan culpar al otro.

En la depresión centrado en el objeto (reasegurado de la propia valía), la persona busca no sentir culpa. Tiene miedo de perder el amor del objeto y se somete cumpliendo los deseos de los padres.

Beck (1983) propuso dos constructos de personalidad que corresponden a dos dimensiones llamadas sociotropía y autonomía. La depresión sociotrópica muestra gran dependencia social y una constante retroalimentación social, guía y apoyo.

Están particularmente preocupados por la posibilidad de ser desaprobados por los otros e intentan agradecerlos; mientras que la depresión autonómica se refiere a una búsqueda de independencia, libertad de elección, acción y expresión. Los sujetos que están autónomamente deprimidos se culpan constantemente de no alcanzar sus metas, buscan constantemente tener el control de las situaciones externas.

3.3.1 Depresión anaclítica

La depresión anaclítica o dependiente, es comúnmente conocida como endógena o primaria. Esta depresión está relacionada con abandono, pérdidas, falta de gratificación, deprivación e inconsistencia en sus relaciones de objeto tempranas. Tienen una gran necesidad de ser amados, ayudados, alimentados y protegidos y expresan con el llanto necesidad de ser amados y dificultad para la tolerancia a la frustración (Abraham, 1924; Freud, 1917/1957; Lewin 1950; Rado, 1928; Blatt, 2004)

Las personas dependientes son indiscriminadas en la selección de pareja, y pueden involucrarse con parejas poco confiables y, a veces, abusivas. El sentido débil e ineficaz en estos pacientes dependientes, y su excesiva necesidad de complacer a los demás, contribuyen a una amplia gama de dificultades interpersonales (Blatt, 1974.) Las personas dependientes están excesivamente preocupadas por mantener el contacto interpersonal, son fácilmente influenciadas por otros, y tratan de evitar desacuerdos y conflictos interpersonales (Sandor y Zurroff,1997).

Las personas con depresión anaclítica están fijadas principalmente en problemas interpersonales y suelen caracterizarse por sentirse poco queridas, rechazadas y abandonadas; tienen poca tolerancia a la frustración y muestran poca diferenciación del *self* y del objeto. Las relaciones de objeto son principalmente absorbentes y están basadas en la necesidad de gratificación y en las etapas tempranas de separación-individuación. Esta intensa vulnerabilidad a la pérdida del objeto es la razón por la cual no expresan enojo, por miedo a destruir su fuente de gratificación.

Utilizan mecanismos de defensa primarios como la negación ante aspectos desagradables de la realidad. Se ha comprobado que el déficit en el apoyo emocional por parte de la madre hacia el niño, es predictor de síntomas depresivos en los niños; a pesar de que antecedentes de depresión en la madre podrían jugar un rol, es el apego inseguro el que significativamente predice sintomatología depresiva (Egeland y Carlson, 2004). Freud y Abraham sostenían que este tipo de depresión era el prototipo de una posterior melancolía. Spitz y Wolf (1946) ubican el origen de esta depresión alrededor de los 6-8 meses de vida, cuando el bebé intenta diferenciar entre la

persona que satisface sus necesidades primarias y otros, pero previa al desarrollo de la constancia de objeto (Blatt,2004).

3.4.1. Depresión Introyectiva

La depresión introyectiva está relacionada principalmente con un súper yo punitivo, el cual hace que la persona se muestre autocrítica, con sentimientos de culpa e inferioridad. Muestran excesivas demandas de perfeccionismo y excesiva responsabilidad. Buscan sentirse aceptados y reconocidos. Tienen altas expectativas atribuidas a figuras externas y una constante preocupación por la aprobación. La presencia del otro es importante no para proveer gratificación, sino para ofrecer aprobación y aceptación. Están enfocados en obtener éxitos, no tienen capacidad de disfrutar de la vida. Las relaciones de objeto parentales se caracterizaron por sentimientos de ambivalencia, denigración y hostilidad. Gran parte de la búsqueda de éxito trata de compensar estos sentimientos (Blatt,2004).

La depresión introyectiva involucra un nivel de funcionamiento mental mucho mayor con una mejor capacidad de internalización y mecanismos de defensa más evolucionados. Utilizan la introyección o la identificación con el agresor y tienen una predisposición a asumir la culpa y la responsabilidad, siendo duros y críticos con ellos mismos. (Blatt,2004).

El perfeccionismo es muy común en este tipo de expresión de la depresión. Stice (2002) menciona que el perfeccionismo puede ser un factor de riesgo para el mantenimiento de los síntomas bulímicos y para la mayoría de la sintomatología de los TCA. Los pacientes con TCA tienen mayor

preocupación por errores que los pacientes con depresión mayor o con trastorno obsesivo compulsivo (Sassaroli et al., 2008)

Hewitt and Flett's (2002) mencionan que el *perfeccionismo orientado a otro* es la creencia de que otros mantienen expectativas poco realistas y exageradas que son difíciles, e imposibles de cumplir; sin embargo, uno debe cumplir con estos estándares para obtener la aprobación y aceptación, estas demandas son vividas como impuestas y son incontrolables. Y el *perfeccionismo orientado a uno mismo* este tipo de perfeccionismo habla de que la perfección es importante para la persona y se pone altos estándares para ser perfecta y es muy autocrítica. En el *perfeccionismo normal*, los individuos obtienen una sensación de placer del esfuerzo minucioso, y se esfuerzan por sobresalir. El éxito trae una sensación de satisfacción con el trabajo bien hecho y sentimientos de autoestima, porque los individuos pueden aceptar limitaciones personales y ambientales.

A diferencia de la depresión anaclítica, las relaciones no están marcadas por separación-individuación, sino que son ambivalentes, les es difícil integrar sentimientos contradictorios, ya que el niño se somete para obtener el amor y la aprobación de los padres. Los dos tipos de depresión pueden ser a nivel neurótico o alcanzar un nivel de funcionamiento psicótico (Blatt,2004).

3.5. Trastorno de alimentación, función reflexiva y depresión.

Teóricos del desarrollo sugieren conceptualizar los TCA como un problema en el desarrollo de la capacidad de auto regulación, siendo la incapacidad para procesar y regular emociones negativas el primer factor de conflicto (Goodsitt, 1983; Grotstein, 1986; Taylor et al., 1997; Speranza et al.,

2005). Muchos de estos antecedentes han sido estudiados (dietas, reglas en la comida, complejos de la forma del cuerpo) y se ha demostrado que la dificultad para expresar y regular emociones negativas podría ser factor para el desarrollo de un TCA. (Smyth et al., 2007). Esta falta de FR se ha descrito también como concretismo, (Buhl, 2002) actitud concreta, (Miller, 1991) equivalencia psíquica (Bateman y Fonagy, 2004) y metáfora (Skarderud, 2007^a). En algunos casos las autocríticas que llegan a presentar los pacientes con TCA, se dan en forma de equivalencia psíquica mostrándose similares a las personas depresivas, acompañadas de autoacusaciones de no haber actuado correctamente.

Los pacientes con TCA manifiestan dificultades para percibir los estímulos de sus cuerpos como el hambre o la saciedad (Bruch, 1976) y muestran mayor dificultad para entender la conexión que existe entre sus síntomas y las emociones (Skarderud, 2007^a). Varios autores hablan que este tipo de pacientes presentan una regresión o un desarrollo insuficiente en la capacidad simbólica, mostrando una conexión inmediata entre la realidad física y psicológica (p.e. el no comer puede representar una forma de autocontrol). La realidad psíquica poco integrada es el principal problema del TCA, no siendo capaz de sentir, si no es físicamente a través del cuerpo (Skarderud, 2007^b).

Las conductas de hiperactivación emocional funcionan, en algunos de estos pacientes, como una forma de regulación afectiva de emociones negativas, siendo inicialmente adaptativas, mostrándose necesitados y/o adheridos a las relaciones con los demás, aunque con el paso del tiempo se suelen desarrollar trastornos como los TCA o depresión (Cole–Detke y Kobak, 1996) así como dificultades interpersonales. El uso continuo de reactividad emocional en los conflictos interpersonales y la desactivación emocional, originalmente como estrategia protectora a la falta

de respuesta de las figuras de apego, terminan por originar sentimientos de soledad y reducción de apoyo social en este tipo de pacientes. Ambos afectando la regulación emocional y dejando al individuo más vulnerable a síntomas depresivos (Tasca et al., 2004). La mayoría de los pacientes con TCA presentan problemas en la autonomía y separación de sus padres, siendo ese uno de los factores para el desarrollo y el mantenimiento del TCA (O'kearney, 1996). La activación emocional o desactivación emocional (también conocida como alexitimia) en este tipo de pacientes puede ser una estrategia adaptativa; como mecanismos de defensa tienden a proteger al individuo, pero dan como resultado sentimientos de tristeza, reducen el apoyo social, y dan pie al desarrollo de TCA o de sintomatología depresiva (Tasca, Taylor, Bissada, Ritchie, y Balfour, 2004).

La función reflexiva ha sido evaluada en pacientes con patología límite (Fonagy Bateman, 2006) y en otras patologías como depresión (Taubner, Kessler, Buchheim, Kächele, Staun, 2011), anorexia nerviosa (Skarderud, 2007) y ataques de pánico (Rudden, Milrod, Target, Ackerman, y Graf, 2006).

Algunos de los estudios consultados reportan que los pacientes con TCA muestran baja función reflexiva (Fonagy et al., 1996; Ward et al., 2001; Müller, Kaufhold, Overbeck, y Grabhorn, 2006; Rothschild-Yakar, Levy-Shiff, Firdman-Balaban, Gury, y Stein, 2010). La cual está relacionada con la alexitimia y la dificultad en el manejo y control de impulsos (Mathiesen et al., 2015). La mayoría de los estudios están enfocados en anorexia o bulimia y no ofrecen una exploración en los distintos niveles de función reflexiva de los diferentes TCA. Algunos estudios concluyen que pacientes con anorexia presentan bajas habilidades en función reflexiva (Ward et al., 2001) a diferencia de otros estudios en los que las pacientes con bulimia tienen una función reflexiva alta, siendo cercana a lo normal, sin embargo, menor en comparación al grupo control (Pedersen, Lunn,

Katznelson,2012). En pacientes de larga evolución con TCA, la mentalización es ligeramente inferior y parece también estar asociada a la dificultad del vínculo terapéutico (Calvo et al., 2014). Como se ha mencionado en los apartados anteriores, la figura del cuidador es de suma importancia para no desarrollar trastornos como lo son la depresión y los TCA.

El maltrato infantil durante la infancia por parte de las figuras de apego hace que se desarrolle un déficit en la mentalización y trastornos límite de la personalidad (Quek, Newman, Benett, Gordon, Saeedi,2016). Los TCA son un síntoma de la reacción a las dificultades vinculares (apego), las cuales son desplazadas al cuerpo en este tipo de pacientes, logrando ejercer control a partir de los comportamientos alimentarios (Tasca, Taylor, Bissada, Ritchie, y Balfour, 2004).

ESTUDIO EMPIRICO

3.0 Objetivo e Hipótesis

Objetivo General:

Estudiar la función reflexiva y la depresión en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

Objetivos específicos:

1. Identificar la relación entre los tipos de expresión de la depresión (anaclítica e introyectiva) y los subtipos de TCA mencionados anteriormente (ANR, ANP, BN y TCANE).

Hipótesis: Se infiere que las pacientes con ANR y ANP presenten mayor puntuación en la depresión anaclítica, y las pacientes con BN y TCANE presenten una mayor puntuación en la escala de depresión introyectiva.

2. Identificar la relación entre los tipos de expresión de la depresión (anaclítica e introyectiva) con las distintas escalas del EDI-3

Hipótesis 1: Se espera que las escalas EDI-3 de bulimia, obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal y perfeccionismo tengan una mayor correlación con la escala de expresión de la depresión autocrítica del DEQ

Hipótesis 2: Se espera una relación entre las escalas EDI-3 de baja autoestima, inseguridad interpersonal, desconfianza interpersonal, alienación y miedo a la madurez con la escala de expresión de la depresión dependiente del DEQ

3. Identificar el nivel de función reflexiva.

Hipótesis: Como se menciona más adelante el AAI RF es un estudio cualitativo. Por este motivo, no expresaremos aquí una hipótesis en el sentido más tradicional del término. Buscamos hacer un

estudio exploratorio, aunque se infiere según la bibliografía revisada, que pueda ser un nivel bajo de función reflexiva.

4. Evaluar la asociación entre trastorno de conducta alimentaria, función reflexiva y tipo de expresión de la depresión.

Hipótesis: Se espera que el nivel de función reflexiva sea bajo y puntúen más alto en la escala de expresión de la depresión anaclítica.

4.0 Método

En este apartado discutiremos aquellas cuestiones que tienen que ver con el diseño metodológico respecto al estudio, instrumento y las técnicas de recolección de datos de nuestra investigación.

Diseño

Nuestra investigación tendrá un diseño mixto.

Tipo de investigación

Se realizó una metodología cuantitativa y cualitativa, por lo que se explican por separado los participantes e instrumentos de cada una.

A. Metodología Cuantitativa

Participantes

Mediante un muestreo no probabilístico intencional, se seleccionó una muestra de pacientes. La muestra para la metodología cuantitativa estuvo formada por 51 pacientes españolas de ITA. ITA es una clínica privada en Cataluña que cuenta con más de 20 años de atención a pacientes con TCA. En ITA trabajan un modelo multidisciplinario y especializado que se adapta a las necesidades de cada paciente, siendo la familia una pieza clave en el proceso de recuperación. Se reciben pacientes con especial complejidad, en especial aquellos que se han mostrado resistentes a otros tratamientos convencionales, atendiendo a pacientes procedentes de todo el estado español en los que no han resultado eficaces otras intervenciones. Para este tipo de pacientes ITA ofrece un programa de tratamientos especializados e individualizados en los que se incorporan estrategias

y recursos terapéuticos innovadores, más orientados a la recuperación del desempeño del rol social y a la motivación al cambio. la combinación de una terapia focalizada en el problema alimentario con una terapia centrada en los problemas estructurales de la personalidad.

La media de edad fue de 23.5 años y con diagnósticos de anorexia restrictiva (30.77%), anorexia purgativa (25 %), bulimia (28.85%) y trastorno de conducta alimentaria no especificada (13.46%) de acuerdo con los criterios del DSM-IV(APA,1994).

Criterios de inclusión

1. Contar con el consentimiento informado del participante
2. Cumplir con los rangos de edad establecidos previamente, mayores de 18 años.
3. No llevar más de dos semanas de internamiento.
4. Diagnóstico de TCA según los criterios del DSM-IV (APA,1994)

Criterios de exclusión

1. No contestar todos los reactivos.
2. No contar con el consentimiento informado del participante

Instrumentos

Hoja de datos demográficos. Tuvo como objetivo conocer datos sociodemográficos como edad, género, tiempo de internamiento u ocupación.

Entrevista DSM-IV.

Cumplir con los criterios según el caso de ANR, ANP, BN, TCANE, TLP (APA,1994).

Cuestionario de Experiencias Deprimidas (DEQ) (Blatt, D'Affliti y Quinlan, 1976)

Es una prueba de auto reporte con 66 reactivos, respondidos en una escala Likert de 7 puntos, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo. El instrumento describe experiencias que frecuentemente reportan los individuos deprimidos e identifica dos dimensiones de la depresión. El primer factor involucra elementos puestos en lo interno y reflejan preocupaciones sobre la identidad (autocrítica). El segundo factor consiste en elementos puestos en lo externo y se refiere a problemas en las relaciones interpersonales (dependencia). Escalas derivadas de estos factores muestran alta consistencia interna ($\alpha = .87$), y una sustancial confiabilidad *test-retest* (Zuroff, Igreja, y Mongrain, 1990).

EDI-3 Eating Disorders Inventory (Garner,2010)

Es una prueba de auto reporte que mide características psicológicas y sintomatología asociada a anorexia, bulimia nerviosa y trastorno de la conducta alimentaria no especificado. Está compuesto por 91 reactivos organizados en doce escalas principales: tres escalas específicas de los TCA y nueve escalas psicológicas generales. También proporciona seis índices: uno específico de los TCA (riesgo de TCA), y cinco índices de constructos psicológicos integradores (ineficacia,

problemas interpersonales, problemas afectivos, exceso de control y desajuste psicológico general). Incorpora, tres escalas de validez que permiten al profesional detectar patrones de respuestas inconsistentes o extraños: inconsistencia, infrecuencia e impresión negativa. Se han obtenido evidencias de validez de constructo y de criterio. Los coeficientes de consistencia interna han mostrado ser adecuados para cada una de las subescalas fluctuando entre $\alpha=.63$ y $\alpha=.97$. La consistencia interna de las escalas fue estimada usando Cronbach. Las escalas de los trastornos de alimentación tienen valores mayores a .90 ($\alpha_{DT} = 0.92$; $\alpha_B = 0.90$; $\alpha_{BD} = 0.92$), sugiriendo una consistencia interna entre los reactivos. Los valores obtenidos en las escalas psicológicas son también buenos, variando de .75 en perfeccionismo a 0.75 en inseguridad interpersonal (Elosua, López-Jáuregui, 2012).

B. Metodología Cualitativa

Participantes

Se realizó una muestra aleatoria de 10 pacientes para la metodología cualitativa (AAI-RF).

Instrumentos

Entrevista de apego adulto

La entrevista de apego adulto es una entrevista semiestructurada que consiste en 20 preguntas sobre la relación primaria con el cuidador, infancia, adolescencia y adultez. Así como de las repercusiones que posiblemente tuvo en su personalidad adulta. Al codificar FR específicamente

hace énfasis en ¿Con quién te sentías más cercano y por qué? ¿Por qué crees que tus padres fueron de esa manera contigo?

Escalas de la función reflexiva (FR) (Fonagy et al., 1998).

Los puntajes posibles de calificación son los siguientes:

-1 (FR Negativa), 1 (FR Ausente pero no rechazada), 3 (FR Dudosa o Baja), 5 o 6 (FR Definida, Moderada o Común), 7 (FR Pronunciada o Notable), 9 (FR Completa o Excepcional). Puede haber calificaciones que puntúan entre 2 escalas de FR y se les asigna un número entre los dos rangos (Fonagy et al., 1998).

Negativa (-1):

Cuando por parte del entrevistado hay un rechazo al funcionamiento reflexivo, b) cuando su respuesta muestra una función reflexiva no integrada, bizarra o inapropiada.

Ausente, pero no rechazada (1):

Tiene que dar respuesta a las preguntas de demanda, b) Sus respuestas son pasivo evitativas en lugar de activas, c) Muestran poca o ninguna hostilidad, c) No presenta estados mentales (explicaciones más concretas o más egocéntricas).

Cuestionable o baja (3):

En este caso encontramos esfuerzos por mentalizar (verbalizaciones, a diferencia de lo que ocurría en los puntajes -1 y 1), pero en un nivel rudimentario. b) No muestra función reflexiva de manera explícita.

Definitiva u ordinaria (5):

Muestra reflexión explícita de algún estado mental b) muestra 1 de las 6 características listadas en el puntaje 7.

Marcada (7):

Muestra reflexión explícita de algún estado mental b) muestra 2 de las 6 características listadas en el puntaje 7.

- Es sofisticada (muestra al menos 2 de las escalas que evalúan la FR moderada a alta listadas a continuación)
- Es inusual o sorpresiva
- Compleja o elaborada
- Muestra secuencia causal del estado mental
- Causa impacto en el comportamiento, percepciones, creencias, etc.
- Acepta experiencias en lugar de defenderse con pensamientos y emociones indicadas

Excepcional (9):

La diferencia yace en el grado de sofisticación demostrado, el grado de complejidad presentado, lo completa de la relación causal referida, el grado de “sorpresa” que el evaluador experimenta con relación a la comprensión del sujeto, la complejidad de la interacción entre los estados mentales mostrados.

A continuación, se muestra la escala que evalúa la FR moderada a alta y debe ser codificada a partir de las Entrevistas de Apego Adulto. Se busca en el AAI:

A. Conciencia de la naturaleza de los estados mentales:

La conciencia del sujeto acerca de las características de sus propios estados mentales y los de los demás, en la medida en que hacen referencia a una de las características de los estados mentales.

A1) Opacidad de los estados mentales

A2) Los estados mentales como susceptibles de disfraz

A3) Reconocimiento de las limitaciones del insight

A4) Estados mentales ligados a expresiones de juicios normativos apropiados

A5) Conciencia de la naturaleza defensiva de ciertos estados mentales

B. El esfuerzo explícito de inferir los estados mentales que subyacen al comportamiento:

El entrevistado identifica posibles estados mentales que dan cuenta de la conducta y refiere lazos exactos entre los estados mentales y el comportamiento del *self* y de los otros.

B1) Atribución precisa de estados mentales a los otros o a sí mismo.

B2) Previsión de que los sentimientos concernientes a una situación pueden no estar relacionados con los aspectos observables de la misma.

B3) Reconocimiento de diversas perspectivas.

B4) Tomar en cuenta los propios estados mentales al interpretar la conducta de los demás

B5) Evaluación de los estados mentales desde el punto de vista de su impacto en la conducta del *self* o de los demás.

B6) El sujeto toma en cuenta cómo es percibido por los demás.

B7) Recuerdo o pensamiento espontáneo sobre estados mentales

C. Reconocimiento de los aspectos de desarrollo de los estados mentales:

Verbalizaciones que muestren referencia explícita a aspectos del desarrollo de los estados mentales.

C1) El sujeto toma una perspectiva intergeneracional, realiza nexos a través de las generaciones.

C2) El sujeto toma una perspectiva de desarrollo

C3) Revisión de pensamientos y sentimientos lograda desde la niñez.

C4) Captación de cambios en los estados mentales entre el pasado y el presente, el presente y el futuro.

C5) Aprehensión de procesos transaccionales entre padres e hijos.

C6) Comprensión de factores que determinan evolutivamente la regulación del afecto.

C7) Comprensión de la dinámica familiar.

D. Interacción con el entrevistador, indicación de los estados mentales de éste.

D1) Reconocimiento de la separación de las mentes

D2) No asumir que el entrevistador sabe.

D3) Sintonía emocional con el entrevistador

Fonagy y sus colaboradores (1998) proponen la extracción de un puntaje para la función reflexiva con una calificación que va del -1 como el grado menor de mentalización, al 9 que es el mayor grado de mentalización.

La función reflexiva ha pasado la prueba de confiabilidad a través del centro de Anna Freud con buenos resultados. Se realizó una evaluación de fiabilidad inter evaluador en 22 de las 70 entrevistas en el grupo de pacientes mostrando una fiabilidad inter-evaluador excelente ($r=.90$).

En el grupo de control 4 de 20 entrevistas fueron incluidas en una prueba de fiabilidad inter evaluador mostrando nuevamente un alto nivel de fiabilidad inter-evaluador ($r=.85$).

Procedimiento

Todos los datos para este estudio fueron recolectados cuando las pacientes llevaban menos de dos semanas de internamiento. Las pacientes fueron primero entrevistadas para ver si cumplían con los criterios del DSM-IV para TCA (ANR, ANP, BN, TCANE). Todas las participantes llenaron un cuestionario con datos autobiográficos, y fueron entrevistadas con la AAI (Kaplan Main, 1996) la cual fue transcrita verbatim y subsecuentemente codificada para la función reflexiva. Finalmente, las pacientes llenaron el cuestionario EDI-3 Y DEQ. Se obtuvo un consentimiento informado de las participantes y para guardar la confidencialidad se usaron nombres ficticios en cualquier referencia.

Análisis de datos

1. Primer objetivo: Relación entre los tipos de expresión de la depresión y las escalas del EDI -3. Se utilizó el Cuestionario de Experiencias Deprimentes (Blatt ,1976) metodología cuantitativa y el Eating Disorders Inventory (Garner,1983) metodología cuantitativa. Se realizo una correlación de Pearson usando SPSS Statistics versión 1.0.0.1275 64.

2. Segundo objetivo: identificar relaciones entre los tipos de expresión de la depresión y los subtipos de TCA mencionados anteriormente. Utilizamos el DEQ (Blatt ,1976) y diagnósticos de

las pacientes según el DSM IV (APA,1994). Se realizó un análisis de varianzas (ANOVA) usando TUKEY HSD-post hoc usando SPSS Statistics versión 1.0.0.1275 64.

3. Tercer objetivo: identificar el nivel de función reflexiva. Se utilizó el AAI codificando la función reflexiva - metodología cualitativa.

4. Cuarto objetivo: evaluar la relación entre función reflexiva y tipos de expresión de la depresión. Utilizamos la puntuación obtenida de la codificación de la función reflexiva a partir del AAI (Fonagy et al., 1998), el DEQ (Blatt,1976). Se realizó una T de Student usando SPSS Statistics versión 1.0.0.1275 64.

5.0 Resultados

Resultados Cuantitativos

La muestra final se compuso de 51 pacientes, las cuales tenían menos de 2 semanas de internamiento. 15 pacientes recibieron diagnóstico de anorexia restrictiva (ANR), 13 anorexia purgativa (ANP), 14 bulimia (BN), y 9 TCANE (TCANE). La muestra estaba compuesta principalmente por mujeres solteras (90%) y estudiantes (80.39%). Las pacientes con anorexia restrictiva mostraban una media de edad de 25.53, las pacientes con anorexia purgativa 23.31, las pacientes con bulimia 23.07 y las pacientes con TCANE 20.11. Se realizó un ANOVA para ver las diferencias en la edad sin encontrar diferencias significativas entre los distintos grupos de trastornos de la conducta alimentaria ($f=1.06$) ($P=.38$).

Expresión de la depresión y EDI-3 (objetivo1)

Como observamos en la tabla 1, las pacientes con anorexia purgativa muestran una puntuación mayor en la escala de expresión de la depresión dependiente con una media de .75 y un error típico de .20.

Las pacientes que reportaron menor grado de expresión de la depresión dependiente fueron las pacientes con bulimia con una media de -.12 y un error típico de .28. Las pacientes con TCANE muestran una mayor puntuación en la escala de expresión de la depresión autocrítica con una media de -.12 y un error típico de .28.

Al analizar con una correlación bi variada de Pearson, la relación entre el EDI-3 y las dos formas de expresión de la depresión, la depresión autocrítica tiene una correlación significativa con la mayoría de las escalas del EDI-3. Se observó que entre mayor es la puntuación de la escala autocrítica, es mayor también la puntuación total del EDI-3. Asimismo, como se observa en la

tabla 2 de acuerdo con la correlación bi variada de Pearson todas las escalas específicas de TCA tuvieron una correlación significativa con la escala de expresión de la depresión autocrítica (obsesión por la delgadez=.423, p=.002; bulimia=.327, p=.019; insatisfacción corporal=.486, p<.001). En cuanto a las escalas psicológicas generales se encontró una relación directamente proporcional entre el grado de expresión de la depresión autocrítica y las nueve escalas psicológicas generales (ver tabla.)

Tabla 1
DEQ, Clasificación TCA y Calificación total EDI3

Variables	anr (N=15)		anp (N=13)		BN (N=14)		TCANE (N=9)		ANOVA	
	Media	Error típico	Media	error típico	Media	error típico	Media	error típico	F(gl=3)	P<
Edad	25.53	2.54	23.31	1.85	23.07	1.06	20.11	1.14	1.06	0.38
Tot EDI	161.73	10.03	173.54	13.20	139.50	17.05	189.33	24.59	1.67	0.19
Auto-Crítica	0.6986	0.22000	0.7583	0.21	0.3800	0.30	0.99	0.41	0.76	0.52
Dependencia	0.40	0.17	0.75	0.20	-0.12	0.28	-0.06	0.30	2.98	0.04

ANR-anorexia restrictiva; ANP anorexia purgativa; BN Bulimia nervosa; TCANE trastorno de conducta alimentaria no especificado; DEQ -Cuestionario de experiencias depresivas; ANOVA-análisis de varianzas con Tukey(a) Diferencia significativa entre Anorexia Purgativa y Bulimia usando Tukey HSD post-hoc test. Se utiliza estadístico de Levene para estadístico de igualdad de varianzas.

Relación DEQ y subtipos de TCA (objetivo2)

En los diferentes tipos de TCA se encontró una diferencia significativa en la expresión de la depresión de tipo dependiente (f=2.98; p=0.04) (Ver tabla 1).

Utilizando un análisis Tukey SHD Post Hoc después de realizar un análisis ANOVA, se encontró diferencia significativa en la escala de expresión de la depresión de tipo dependiente entre los diferentes TCA, teniendo ANP una puntuación de .75 y la bulimia .87 (ANP=.75, BN-12, p=0.048).

Al analizar la relación entre el EDI-3 y las dos formas de expresión de la depresión con una correlación bi variada de Pearson, la depresión dependiente muestra una correlación directamente proporcional, sin embargo no es significativa .185 (p=.195). Entre la escala autocrítica y las escalas generales de TCA se encontraron correlaciones en obsesión por la delgadez .284 (p=.043) y en

insatisfacción corporal .333 (p=.017). En cuanto a las escalas psicológicas la única escala que mostro una correlación significativa con Autocritica fue la escala de baja autoestima (ver tabla 2).

Tabla 2
EDI y DEQ

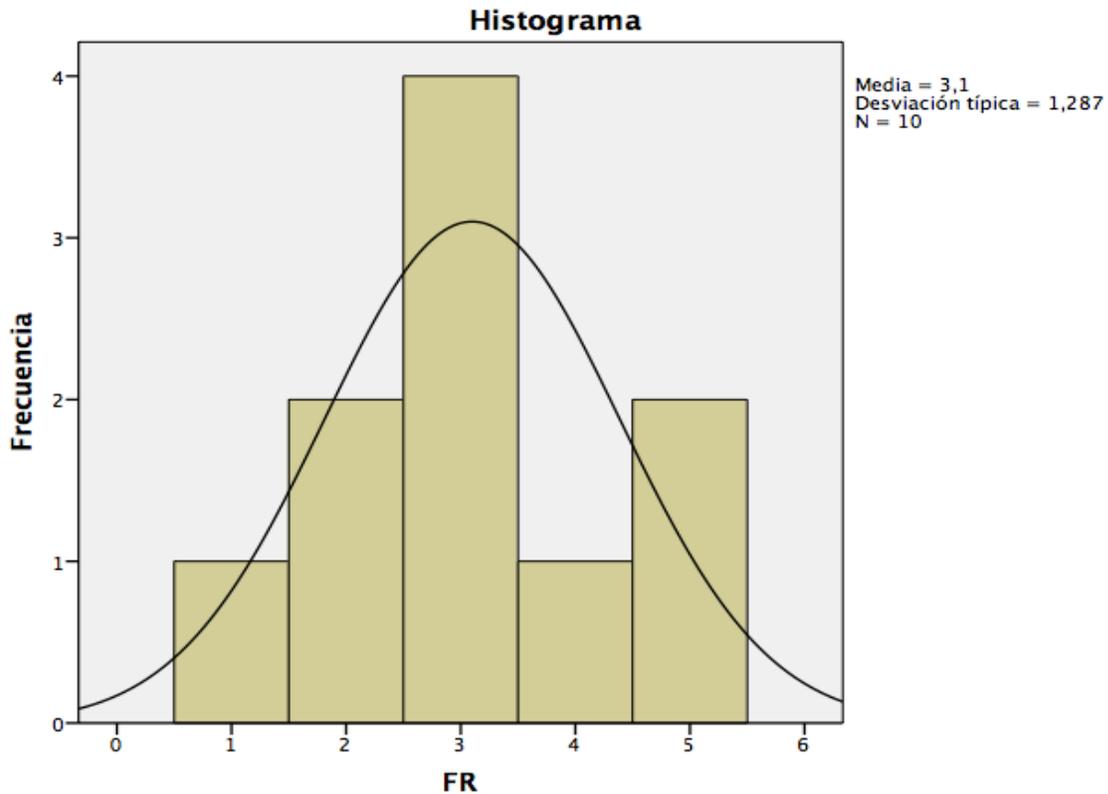
Variables		Dependencia - puntuación estandar	Autocrítica - puntuación estandar
Puntuación total EDI	Correlación de Pearson	.185	,710**
	Sig. (bilateral)	.195	.000
	N	51	51
Obsesión por la delgadez	Correlación de Pearson	,284*	,423**
	Sig. (bilateral)	.043	.002
	N	51	51
Bulimia	Correlación de Pearson	.064	,327*
	Sig. (bilateral)	.654	.019
	N	51	51
Insatisfacción corporal	Correlación de Pearson	,333*	,486**
	Sig. (bilateral)	.017	.000
	N	51	51
Baja autoestima	Correlación de Pearson	,324*	,379**
	Sig. (bilateral)	.020	.006
	N	51	51
Alineación personal	Correlación de Pearson	.147	,602**
	Sig. (bilateral)	.305	.000
	N	51	51
Inseguridad interpersonal	Correlación de Pearson	-.009	,336*
	Sig. (bilateral)	.950	.016
	N	51	51
Desconfianza Interpersonal	Correlación de Pearson	-.112	,521**
	Sig. (bilateral)	.436	.000
	N	51	51
Desajuste emocional	Correlación de Pearson	.053	,454**
	Sig. (bilateral)	.711	.001
	N	51	51
Perfeccionismo	Correlación de Pearson	-.051	,632**
	Sig. (bilateral)	.720	.000
	N	51	51
Ascetismo	Correlación de Pearson	.077	,600**
	Sig. (bilateral)	.590	.000
	N	51	51
Miedo a madurar	Correlación de Pearson	.153	,346*
	Sig. (bilateral)	.284	.013
	N	51	51
Déficit interoceptivo	Correlación de Pearson	.037	,592**
	Sig. (bilateral)	.798	.000
	N	51	51

La correlación es significativa a .005 (bilateral)**la correlación es significativa a .01 (bilateral)*

Nivel de funcionamiento reflexivo y DEQ (objetivo 4)

En cuanto al nivel de funcionamiento reflexivo se encontró una media de 3.1 y una desviación estándar de 1.29 (ver figura 1).

Figura 1



FR: Función Reflexiva

El 30% de la muestra presenta trastorno límite de la personalidad con una puntuación media de 2.0 para la función reflexiva, esto es 1.571 más bajo que la puntuación media general (con $p=0.73$ debido al tamaño de la muestra); un diferencial notable (ver tabla 3)

Tabla3
FR y TLP

	Puntuacion FR	
	TCA con TLP	TCA sin TLP
Media	2.0	3.57

FR-Función reflexiva; TLP-trastorno límite de la personalidad;

TCA-Trastorno de la conducta alimentaria.

La prueba T de student muestra que la función reflexiva baja tiene una mayor correlación con la escala de depresión de tipo dependiente en comparación con la función reflexiva ordinaria (media .53 FR baja; media-.115 FR ordinaria- baja).

Cuantitativamente no se observaron diferencias entre los grupos con función reflexiva baja y ordinaria en los diferentes tipos de expresión de la depresión. (ver tabla 4)

Tabla 4
FR y DEQ

Variables	Muestra total			FR baja (N=8)		FR ordinaria (N=2)		Prueba T	
	mediana	media	error típico	media	error típico	media	error típico	diferencia	P<
Dependencia	0.27	0.34	0.89	0.53	0.37	-0.12	0.20	0.65	0.44
Autocritica	0.68	0.92	0.97	0.50	0.45	1.46	0.54	-0.96	0.36

FR-Función Reflexiva baja; FR ordinaria-Función reflexiva ordinaria o normal; Prueba T-prueba T de student para comparar medias

RESULTADOS CUALITATIVOS

La muestra cualitativa está compuesta de 10 pacientes de 18 a 32 años (media 21.4 y DE 4.30), mujeres, con menos de 2 semanas de internamiento en una clínica y diagnosticadas con TCA (3 pacientes BN, 3 pacientes TCANE, 1 paciente ANP y 2 pacientes ANR.)

Análisis de Datos

Las entrevistas de apego adulto fueron sujetas a lo que Kvale y Brinkmann (2009) llamaron *theoretical reading*, una aproximación a la entrevista leída desde teorías y conceptos preseleccionados. Esta aproximación fue elegida debido a que el análisis de la lectura tiene el propósito determinado de ver la habilidad de mentalizar de las pacientes. A partir de la lectura de las entrevistas Pedersen et. al. (Pedersen, Poulsen, Lunn, 2015) propusieron 5 categorías: Afectos de los padres y relación, afectos y regulación como niño, regulación de afectos de adulto, cuerpo y trastorno de alimentación, y función reflexiva.

1. Caso Victoria

Victoria tiene 18 años y recibió un diagnóstico de TCANE y TLP. Creció con su madre y con su hermano. Visitaban una vez al mes a su padre en un centro penitenciario del cual salió cuando ella tenía 10 años. Recuerda que su madre no estaba muy presente ya que tenía que trabajar. La paciente cree que su madre tenía depresión por las preocupaciones de llevar la casa y atender a los abogados del padre. El padre es percibido como una figura ausente. Recuerda que conforme pasaron los años, ya no quería ir a visitarlo, pero su madre la obligaba. Posteriormente describe la relación con su padre como fría, distante, mala, sobreprotectora, y agobiante.

Afectos de los padres y relación

Antes de los 10 años su padre no estaba en casa y su madre trabajaba. De su madre refiere: “Cuando llegaba a casa ella estaba en las labores del hogar. Yo buscaba cariño, pero ella en los momentos de tranquilidad se ponía a jugar con el ordenador y mi hermano me decía, no me molestes estoy estudiando.” Victoria menciona que no le importaba y se ponía a jugar con sus muñecas o a ver la

TV sola. Cuando el padre sale del centro penitenciario refiere sentirse controlada todo el tiempo por él y que no la dejaba salir a ningún sitio.

Afectos y regulación como niño

Al preguntarle si se enfadaba de pequeña dice no recordar, aunque piensa que seguramente sí. Dice haber sufrido de acoso escolar y se culpa de ello: “yo no quiero juntarme con la gente desde pequeña, es que no he sido una persona normal, siempre he sido una persona rara”.

Regulación de afectos de adulto

Como adulto, a lo largo de la entrevista no puede poner en palabras sus emociones. Responde, por ejemplo: “soy una basura, que todo lo que me sucede es culpa mía, no lo sé; sigo pensando que soy yo porque hay otras personas que han sufrido algo peor y no llegan a una depresión o a un TCA”. Menciona que tenía ataques de pánico y se causaba autolesiones cuando su padre no la dejaba salir de casa, y en una de varias ocasiones en que sufrió de acoso escolar intento suicidarse.

Cuerpo y trastorno de alimentación

No habla del cuerpo o del TCA a lo largo de la entrevista; únicamente hace una referencia al preguntarle por algo satisfactorio en la relación con sus padres: “Bueno que en estos últimos años que he tenido el TCA me han dado entre comillas libertad, gracias a mi madre, no a mi padre”.

Función Reflexiva

Presenta una función reflexiva baja -1. No puede referirse a un estado mental y vuelca la agresión hacia ella misma. Se culpa por el acoso escolar que sufría en la niñez y no le es posible reconocer

el enojo que siente hacia el padre, ni la tristeza de sentirse sola. No le es posible poner en palabras sus propios estados mentales. La mayoría de sus respuestas son concretas, algunas acompañadas de un poco de hostilidad. Evade pasivamente y en sus respuestas no hay evidencia de conciencia de la naturaleza de los estados mentales. No se ve reflejado un esfuerzo explícito para entender los estados mentales detrás de las conductas ni los aspectos del desarrollo de los estados mentales y no muestra conciencia de los estados mentales del entrevistador en sus interacciones.

2. Caso Ana

Ana tiene 17 años y un diagnóstico de Bulimia y TLP. Fue adoptada a los dos años y tiene dos hermanos menores que también son adoptados. Refiere haber estado con una niñera quien la cuidaba la mayor parte del día, ya que ambos padres trabajaban hasta que ella cumplió los 4 años. Con su madre tiene una mejor relación que con su padre, y desde pequeña pasaba más tiempo con ella, mientras que él trabajaba la mayor parte del día y casi no lo veía. Dice que sus padres no confían en ella porque siempre les ha mentado. A lo largo de la entrevista comenta: “he sido mala, me arrepiento porque me he portado mal, no he hecho las cosas que ellos han querido, aunque sé que eran buenas para mí.”

Afectos de los padres y relación

La relación con la madre durante la infancia era de poca confianza. La paciente comenta que cuando su madre se acercaba a abrazarla ella siempre la rechazaba porque en ese momento simplemente no quería que la abrazaran. La paciente describe que la mayor parte del tiempo la relación con su madre era “desagradable.” “Me gritaba mucho: ¿por qué hacéis las cosas mal?...”

no recuerdo muy bien porque fumaba mucho porro.” Menciona sentirse mal, porque su madre ha sufrido mucho por sus conductas. La relación con su padre era distante y lo describe como callado y tímido: “nunca he tenido una conversación con él, apenas hablaba; siempre estaba trabajando o yo terminando de cenar. Yo muchas veces le preguntaba algo y simplemente no me contestaba.”

Afectos y regulación como niños

Dice haberse enfadado de pequeña y empujar a un niño por las escaleras o golpearse ella misma la cabeza si algo no le gustaba - a lo que sus padres reaccionaban poniéndole un cojín para que no se golpeará. “Yo lo único que quería era sacar el enfado” comenta. Cuenta que en el colegio se quedaba sola y que no tenía con quien hacer equipo. Refiere no saber porque le pasaba esto.

Regulación de los afectos como adulto

Llora a lo largo de la entrevista y explica: “siempre ha habido muchas peleas y me siento mal.” Refiere creer que todo lo que ha vivido en la infancia sí le ha afectado, pero no sabe de qué manera. Cuando habla de pérdidas significativas menciona que no ha superado la muerte de su abuela. “Me sentí muy mal, muy mal, pérdida”. Habla de cómo sus padres no pueden hablarle ahora que es adolescente, porque siempre se enfada y se hace daño. Le tienen miedo y ella quiere que no le tengan miedo, aunque no sabe qué hacer.

Cuerpo y trastorno de alimentación

No habla del TCA, aunque menciona que se autolesiona, cuando se enoja con sus padres.

Función Reflexiva

En la entrevista la paciente habla del enojo y del daño que se provoca golpeándose o cortándose. Menciona que desde pequeña rechaza a su madre haciéndola enfadar y llorar. Logra identificar en pocas ocasiones las emociones, pero no sabe manejarlas, sólo dice que “se siente mal” por esas conductas y la única forma que encuentra para “sacar el enfado” es a través del cuerpo. Ana obtuvo una puntuación de 2 (FR cuestionable o inexistente) rango intermedio entre 1 y 3 de acuerdo al manual de Función Reflexiva (Fonagy et al., 1998). En la entrevista existen pocas evidencias de reconocer un estado mental, las cuales no son explícitas. En la mayoría de sus respuestas de demanda la FR es totalmente ausente o no existe. Menciona los estados mentales pero no hay una representación de los sentimientos del entrevistado o emociones entendiendo la conducta.

3. Caso Mila

Mila tiene 32 años y tiene un diagnóstico de anorexia. Creció con su madre, padre y hermanas de quien ha sido muy cercana. Tiene una hermana 8 años mayor y una 10 años mayor. Menciona haber tenido un accidente automovilístico y pensaron que no iba a sobrevivir; estuvo en coma a lo que atribuye ciertos retrocesos “*aprendí a comer de nuevo*” y el no recordar algunos acontecimientos, “*no es que no te quiera contar es que no recuerdo*”. También refiere una gran diferencia de edad con sus hermanas debido a que sus padres tuvieron muchos abortos anteriores. Dice que desde pequeña ella siempre iba con sus padres, y sus hermanas no, porque ellas estaban en la adolescencia y tenían otros planes. En ocasiones sus hermanas iban a las juntas del colegio “*yo tenía 8 años y una de ellas 18, me cuidaban. Era la niña de la casa.*”

Afectos de los padres y relación

Menciona que nunca había pensado en su situación en la infancia *“es duro, lo voy a platicar con mi terapeuta esta tarde”*. Menciona haber sido criada por su padre, ya que era él quien pasaba más tiempo en la casa. Mientras la madre trabajaba, el padre estuvo en paro y se dedicó a cuidarla. *“me llevaba la cena a la tina de pequeña, era muy cercana, aunque él era más exigente, pero yo creo que porque pasaba más tiempo conmigo en la casa”*. Describe la relación con su padre como protectora, ya que siempre estaba diciéndole que se cuidara de amistades. Con su madre refiere una relación de cariño *“siempre me llenaba de besos y abrazos y siempre hemos sido muy cercanas... hasta actualmente me pregunta si ya hice pi antes de dormirme”*. Menciona que de pequeña cuando tuvo el accidente era mejor que no la viera su madre, ya que estaba muy lastimada. Dice que actualmente no está bien de salud, y que ha perdido a 5 familiares muy cercanos en los 5 últimos años. Refiere que quizá de pequeña este amor tan intenso de sus padres le pudo haber afectado.

Afectos y regulación como niño

Al preguntarle si se enfadaba de pequeña menciona que no recuerda, aunque ella cree nunca haberse enfadado. Dice haber sufrido de acoso escolar sobre todo la primera vez que se separó de sus padres a los 9 años cuando fue a un campamento en el que la molestaron mucho por ser *“gordita”* y tener vello, refiere que ella no quería ir pero los maestros le insistieron. Comenta no saber porque la molestaban, pero piensa que los otros si se daban cuenta que sufría mucho. Dice que siempre era la que sufría de acoso escolar en la clase.

De pequeña cuando se enfermaba o si se golpeaba dice que recibía mucha atención, le daban dulces y la consentían mucho. No cree que todas estas experiencias que vivió en la infancia le hayan afectado en su personalidad adulta, aunque dice que quizá algo tenga que ver con el TCA.

Regulación de afectos de adulto

A lo largo de la entrevista menciona que ahora (como adulto) no les cuenta a sus padres para no preocuparles ya que “siente feo” por las pérdidas que tuvo su madre. Menciona que en la adolescencia la relación de cercanía con sus padres se intensificó *“me dejaban salir, pero a las 10 tenía que volver y tocar el timbre para que me dieran mi bocadillo, tenían que ver que estuviera bien”*. También menciona que pensaba que a sus hermanas ella no les importaba, ya que ellas tenían su vida, sus familias y se habían olvidado de su familia nuclear, pero ellas le dijeron que no era así. Dice que se despierta y lo primero que tiene que hacer es hablar con sus padres, a su padre intenta no hablarle mucho ya que le afecta el tema del TCA.

Cuerpo y trastorno de alimentación

Responde que algo de lo que vivió quizá pudo haber hecho que desarrollara un TCA, pero no sabe que pudo haber sido. No menciona nada más del cuerpo.

Función Reflexiva

Presenta una función reflexiva normal –ordinaria con una puntuación de 5, aunque en ocasiones no le es posible reconocer el enojo o lo tiende a negar *“nunca me enojaba de pequeña la reacción con mis padres es de puro amor, cariño y abrazos”*.

Reconoce algunos estados mentales como al momento de hablar con el entrevistador (existentes separadas) y explica que le está siendo difícil. También habla sobre el impacto de sus padres al ser “protectores” y que quizá este amor tan intenso le pudo haber afectado, aunque llega a dar una explicación más descriptiva que mentalizadora: “siente feo” por su madre por las pérdidas de sus familiares. No las menciona de una manera explícita.

4. Caso Tania

Tania tiene 18 años y diagnóstico de TCANE. Menciona que tiene un hermano mayor de 22 años, que siempre ha vivido en Madrid y que su madre se dedica al hogar y su padre trabaja en una compañía de teléfono. Menciona no haber conocido a sus abuelos paternos, solamente a su abuela materna a la cual iba a visitar muy esporádicamente. No es muy cercana a su familia extensa.

Afecto y relación con los padres.

No logra dar los 5 adjetivos para describir la relación con sus padres. Menciona que la relación con su madre es de cariño “necesitaba que me durmiera en la noche”. Otro adjetivo que usó fue “unida”, ya que pasaba mucho tiempo con ella *“si ella no estaba buscaba algo que oliera a ella”*. En cuanto a la relación con su padre menciona que *“era de risas y castigos, inventábamos idiomas y me regañaba si no hacía lo que él quería y se enojaba”*. También menciona que de pequeña la relación con su padre era más cercana, y cambio conforme fueron creciendo. Menciona que su

padre la golpeaba cuando se ponía nervioso y no obedecía *“me daba una bofetada o una patada y luego se disculpaba, era con bastante frecuencia, yo no lo vivo como un abuso, aunque había una época que no paraba de llorar y no sé porque”*

Afectos y regulación como niño.

Al preguntarle si se enfadaba de pequeña comenta *“me ponía a llorar y venía mi madre”*. Dice que en una ocasión su prima pintó una muñeca con pintura permanente *“mi madre estuvo limpiándola toda la noche, la pasé muy mal, muy mal”*. Menciona que cuando se golpeaba o se enfermaba de pequeña la ayudaban y la cuidaban para que estuviera mejor. Refiere haberse sentido preocupada y asustada de pequeña, ya que su padre era muy perfeccionista y la hacía llorar porque la regañaba.

Regulación de afectos como adulto

Ella considera que es muy dependiente de sus padres: *“no he madurado todo lo que he querido, siempre me han dicho lo que tengo que hacer”*. Menciona que su padre la ponía *“muy mal”* y que ahora que es adulto tiene mejor capacidad para darse cuenta de que su padre la pone de nervios y puede mantenerse un poco más distanciada de él.

Cuerpo y trastorno de alimentación

Refiere que hace un par de años, cuando empezó a manifestar el trastorno *“estaba muy mal, no salía de mi habitación, me daba miedo que entraran, no salía ni a la calle y solo quería estar llorando en mi habitación...me daba miedo que me pasara algo, no sé si tenga relación con el*

perfeccionismo o con la relación que llevaba con mi padre". También menciona que la relación con su padre ha cambiado a partir del TCA, antes era más rígido y que ahora lo ve llorar.

Función Reflexiva

La paciente presenta una función reflexiva normal u ordinaria, con una puntuación de 5, no presenta explicaciones elaboradas y en algunos pasajes no logra poner en palabras el enojo hacia su padre o cuando se enojaba de pequeña. Logra poner en palabras algunos estados mentales: "*me daba miedo que me pasara algo, no sé si tenga relación con el perfeccionismo o con la relación que llevaba con mi padre.*" Menciona que su padre la ponía "*muy mal*" no logrando poner en palabras las emociones que le provoca, aunque es capaz de darse cuenta de que las acciones que tienen los otros le repercuten y toma acciones ya que intenta mantenerse distanciada de su padre ahora que es mayor.

5. Caso Mariana

Mariana tiene 25 años y un diagnóstico de TCANE. Vive con su madre y con su hermana, ya que sus padres se separaron hace 4 años. Tiene una hermana menor de 23 años, con quien nunca ha llevado una buena relación, y con quien pelea constantemente. Comenta que con sus padres siempre ha llevado una buena relación. Su padre es veterinario y su madre terapeuta ocupacional. Menciona que desde pequeña tiene una buena relación con su padre a pesar de que el no pasaba mucho tiempo en casa. Cuando estaba en casa los llevaba al campo a ver los animales. Menciona que su padre, desde que se separó de la madre, "*casi no me busca y no se preocupa porque tengo un TCA, pero no me importa*".

Afecto y relación con los padres

Al pedirle a la entrevistada que describa la relación con su madre menciona “nos sobreprotegía, nunca nos regañaba y se preocupaba mucho por nosotras”. Menciona que cuando su madre la regañaba, su padre la comprendía y salía a defenderla y por esto siempre se peleaba con su madre. Dice sentirse mucho más cercana a su padre, a pesar de pasar más tiempo con su madre, ya que tienen una relación más intensa. Menciona que sus padres fueron de esa manera con ella para atenderla (se ríe).

Afecto y relación en la infancia

Dice haber tenido una infancia muy feliz. Al preguntarle si se enfadaba de pequeña, comenta que era muy feliz y que en muy pocas ocasiones llegó a tener un disgusto con su hermana o con su padre que le exigía mucho, pero no tiene algún recuerdo en concreto de haberse enfadado.

En cuanto a que hacía de niña si se lastimaba, menciona llorar y venía su madre y la cuidaba, ya que su padre tenía que irse a trabajar. Menciona nunca haber sufrido de rechazo “siempre he sido muy feliz”.

Al preguntarle acerca de la primera vez que se separó de sus padres en la infancia contestó “*me costó, antes en el colegio me había ido pero quizá me iba solo un día y eso que estaba con mi hermana, me llevaron mis padres esa noche se quedaron a dormir en el mismo pueblo y yo gritaba por la noche para que volvieran por mí y nada*”

Regulación de afectos como adulto.

Habla acerca de las pérdidas que tuvo y dice que no le afectaron, únicamente la pérdida de su abuelo, ya que sugiere que cambio un poco la dinámica en casa, pero además de eso no le generó ningún sentimiento. Refiere que durante esta época su madre fue diagnosticada de cáncer. También señala que la relación *“ha cambiado porque mi padre tiene una novia y se volcó mucho en esa persona y mi madre se acercó desde la separación. De mi padre muchas veces no sé nada por largos periodos de tiempo”*

Cuerpo y TCA

Dice que no sabe si el cáncer de su madre y la posterior separación de sus padres hace 4 años tengan que ver con el desarrollo de su TCA.

Función Reflexiva

La paciente presenta una puntuación 3 Baja- Simple o banal. Dice no afectarle que su padre no esté presente en su TCA, pero más adelante menciona que pudo haber sido algo que desencadenara el TCA. Le cuesta mucho trabajo poner en palabras emociones negativas, menciona haber tenido una infancia feliz. Tiende a negar la tristeza y el enojo, y le cuesta trabajo ponerlo en palabras, sobre todo hacia el padre, el cual era una figura cercana y presente en su vida. Evidencia algunos estados mentales, pero muy rudimentarios. Los estados mentales y el impacto que tiene en la conducta no están elaborados. Al preguntarle porque cree que sus padres se comportaron de esa manera con ella cuando era pequeña se ríe descontroladamente y contesta de una forma incoherente.

6. Caso Camila

Camila tiene 20 años y un diagnóstico de Bulimia. Responde que creció con ambos padres y un hermano tres años menor. La relación con su padre es distante, ya que lo ve poco y únicamente en las noches. Su madre es ama de casa, aunque refiere que estudio enfermería y nunca ejerció. Ella es quien principalmente se encargó de cuidarla y de todas las labores. Su padre tenía una grúa y arreglaba automóviles. Dice que actualmente no es muy cercana a su hermano ya que él se encuentra en la adolescencia *“está en su burbuja y también por el TCA yo no había querido acercarme mucho a él”*.

Afectos y relación con los padres

Dice sentirse más cercana a su madre, quien supervisaba todo *“casi no recuerdo un referente paterno, se involucró muchísimo conmigo desde el TCA, me llamaba todos los días preguntándome - ¿quieres que vayamos a este sitio? Sin embargo, mientras estábamos en casa le decía: llévame a este sitio, y me decía no, es que tengo que trabajar”*.

Al describir la relación con su madre en la infancia menciona: *“Recuerdo mucho a mi madre en el sofá dándome abrazos y caricias, y es que yo recuerdo que nos sacaba pasta de figuras ...nos llevaba al parque era como muy protectora, nos ha sobreprotegido mi madre a mí y por mi hermano ha hecho todo. Siempre era que no nos pase nada. Nos decía me gustaría tenerte en mi útero otra vez, para que nadie te pudiera hacer nada (llora)... cuando era pequeña me exigía mucho, me estresaba, me decía que estudiara y ya luego me decía no estudies tanto”*.

Al describir la relación con su padre menciona que hablaba muy poco con él *“buenos días y buenas noches era lo único que nos decía”*. Dice que él veía la TV y no dejaba que nadie viera otro programa. Refiere que era muy egoísta, y que discutía mucho, *“somos de caracteres iguales”*. La paciente dice ponerse muy tensa y nerviosa, ya que tiene miedo de que él diga cosas fuera de lugar, como que sigue siendo amigo de su ex a la terapeuta familiar.

Afectos en la infancia

Al preguntarle si se enfadaba de pequeña, comenta que cualquier cosa que le pasaba corría a decírselo a su madre. No recuerda haberse enfadado con su madre, ni algún ejemplo en concreto de haberse enfadado. Si se lastimaba o se enfermaba iba con su madre y la curaba. También comenta haberse sentido rechazada en la infancia ya que siempre era la última que se quedaba sin equipo y explica: *“me veían más débil y no iba a protestar, era muy insegura y por esta razón me sentía rechazada”*

Afectos como adulto

Dice haberse ido de campamento y que se comenzó a sentir sola *“no se si fue por eso o porque no estuvo mi madre”*. Menciona que en otra ocasión en que se separó de sus padres fue a los 18 años y se sintió muy sola y aislada *“me siento incomoda, fuera de lugar de tomar tantas responsabilidades y fue cuando desarrollé el TCA”*.

Cuerpo y TCA

A lo largo de la entrevista tiene varios referentes del TCA, menciona que este comenzó

cuando tenía diecisiete años *“mi madre me confesó que tenía un amante, desde ese momento lo viví como un trauma y desarrollé un TCA”*. También comenta que el TCA comenzó a partir de la separación de su madre.

Función Reflexiva

Camila muestra una función reflexiva de 5 ordinaria-normal, tiene la capacidad de expresar experiencias en términos de pensamientos y sentimientos: Menciona haber desarrollado un TCA a partir de la separación de su madre y el amante que tenía. Otro pasaje reflexivo sería: *“me veían más débil y no iba a protestar, era muy insegura y por esta razón me sentía rechazada”*

No recuerda haberse enfadado con su madre, ni con su padre, ya que parece no poder depositar emociones negativas en sus figuras de apego. No logra poner en palabras la ambivalencia que tiene con su madre. En la adolescencia reconoce que se sentía sola de tomar responsabilidades y reconoce que cuando sufría de acoso escolar era porque la veían más débil e insegura.

7. Caso Raquel

Raquel tiene 22 años y diagnóstico de anorexia. Responde que ambos padres trabajaban. Su padre se dedicaba a vender coches, y su madre trabajaba en una librería. Casi no los veía. De pequeña refiere pasar el día con sus abuelos, ya que su madre llegaba en la noche. Dice que sentía que su madre solo estaba con ella porque era su hija y no porque realmente quisiera estar. Con sus abuelos llevaba una relación más cercana que con sus padres, ya que pasaba casi todo el día con ellos e incluso las vacaciones. Comenta haber perdido a su padre hace año y medio.

Afectos y relación con los padres

Dice no recordar nada antes de los 7 años. Habla poco con su madre sólo *“hola y adiós, no hay una relación de madre e hija”*. Menciona que su madre estaba haciendo sus cosas y no prestaba atención *“se ponía a ver el televisor en lugar de pasar tiempo juntas”*

Describe la relación con el padre: *“es que me cuesta, es que es lo mismo, es que puedo decirte los mismos adjetivos, es que es lo mismo, siento que más afinidad, pero cuando era más pequeña, es que pasaba muy poco tiempo... no tengo recuerdos, es que yo también era muy callada”*

Afectos en la infancia

Al preguntarle si se enfadaba de pequeña dice que ella era muy feliz, *“incluso no ver a mis padres no me molestaba, lo veía como una rutina”*. Comenta que cuando se golpeaba o se lastimaba su abuela era la que le preguntaba que le había pasado, y en algunas ocasiones no decía nada. Menciona que cuando se enfermaba se quedaba en casa con los abuelos y ellos la cuidaban y sus padres se iban a trabajar. Menciona *“estaba bien sepárame de mis padres, ya que como no estaba con ellos no me generaba ningún sentimiento”*

Afectos como adulto

Menciona que le hubiera gustado conocer más a sus padres, ya que no los conoce bien. Dice haberse encerrado a raíz del TCA y que su padre se acercó más a ella a partir de la enfermedad. La buscaba para salir. Menciona que su padre tuvo cáncer de pulmón *“al principio lo vives muy bien, y al cabo de los meses te das cuenta de que te hace falta”*.

En cuanto a su madre menciona que en la adolescencia *“Me hace gracia porque dice estoy aquí contigo, porque soy tu madre y yo pienso ¿y si no lo fueras estarías? Me gustaría que estuviera*

conmigo desde pequeña, que me preguntara cómo me siento, no sé, que me comprendiera, que es muy difícil, pero me pregunta cómo me siento, si yo no le explico por ella no lo sabe”.

Cuerpo y TCA

No habla del TCA lo único que menciona es que a partir del TCA la relación con su padre se volvió más cercana y se preocupaba más por ella. También menciona que la rechazaban más en la escuela a raíz de la enfermedad.

Función reflexiva

Muestra una función reflexiva 3 baja o simple. No logra un completo entendimiento del *self* y de los otros, no entiende el conflicto y la ambivalencia que muestra hacia su madre. Dice no afectarle emocionalmente y más adelante menciona *“que estuviera conmigo desde pequeña, que me preguntara cómo me siento, no sé, que me comprendiera”*. No logra identificar el estado afectivo hacia sus principales figuras de apego. Sus respuestas son muy superficiales y concretas.

8. Caso Montserrat

Montserrat tiene 18 años y diagnóstico de bulimia. Montserrat es la hermana menor. Tiene una hermana de 20 años. Menciona tener el carácter muy parecido a su hermana por lo que luego tienen peleas. Sus padres trabajan desde que ella era pequeña y sus abuelos maternos la cuidaban. Su madre trabajaba por las mañanas y luego estaba con ella de 4 a 8 pm, también recuerda que durante una época su padre pasaba algunas tardes con ella en lugar de su madre. A sus abuelos paternos los veía los fines de semana. Su padre trabaja en carpintería y su madre en un laboratorio de

medicamentos. Recuerda que jugaba con su padre de pequeña y su madre era quien la regañaba sino hacia algo que ella le pedía.

Afectos y relación con los padres

Al preguntarle sobre la relación con su madre menciona *“Siempre hemos tenido una muy buena relación desde pequeñas siempre hemos sido unidas, cuando llegábamos en la noche nos acostamos en el sofá... Sí, nos cabreábamos, pero luego lo entendía”*. En cuanto a la relación con el padre la describe *“El me entendía más, sobre todo cuando rompía algo y mi madre se enojaba y él me decía que no pasaba nada, que fuera más cuidadosa... siempre estaba atento de lo que he necesitado si me daba frío me tapaba con su chaqueta... cuando estaba mala venía y se dormía conmigo”*. Menciona sentirse más cercana a su padre porque eran más iguales y no peleaban como con su madre.

Afectos en la infancia

Al preguntarle qué pasaba si se enfadaba de pequeña, ella comenta irse a su habitación y sus padres intentaban hablar con ella. Menciona que en una ocasión se enfadó con una amiga porque no le quería prestar los juguetes y se encerró y al día siguiente ya lo había olvidado.

Si se lastimaba o se golpeaba su padre la ayudaba, trataba de tranquilizarla y la curaban. No recuerda la primera ocasión que se separó de sus padres, pero menciona *“me sentía bien de quedarme, nunca he tenido problema en separarme de mis padres, me quedaba disfrutando y jugando con los abuelos”*. También comenta que en una ocasión haberse sentido rechazada por su abuelo *“me echo la bronca a mí y yo no había hecho nada, me dijo que tenía que tener cuidado*

con lo que hacía” mencionando que no cree que su abuelo se daba cuenta como la hacía sentir y no sabe porque lo hacía.

Afectos como adulto

Menciona que todo lo que ha vivido la ha hecho más independiente y que todo lo que hicieron sus padres ha sido para cuidarla. En la adolescencia comenzó el TCA y que a partir de la adolescencia se enfadaba por todo, gritaba y esta situación la hace sentirse culpable.

Cuerpo y TCA

Menciona que a partir del TCA la dinámica familiar cambió, pero no sabe de qué forma.

Función reflexiva

Su nivel de funcionamiento reflexivo es de 2 función reflexiva ausente. No tiene ninguna respuesta con FR, muestra un estado más rudimentario y sus respuestas son concretas: se sintió rechazada por su abuelo y al preguntarle porque creía que no hacía, no sabe porque lo hacía. Menciona cambios a partir del TCA pero no sabe cuáles, también habla que ella y su padre y ella eran más iguales pero no logra describirlo. No muestra ningún esfuerzo de habilidad mental, nunca refleja una mezcla de emociones ni un genuino entendimiento, sus respuestas son muy generales.

9. Caso Perla

Perla tiene 20 años y diagnóstico de anorexia. Es hija única y nació en una ciudad en España. A los 5 años, sus padres se separaron y su padre se fue a vivir a Italia. Lo veía cada mes y medio y a los 13 años se fue a vivir a Milán con él por un par de meses. Menciona que su padre no ha tenido *“ni voz, ni voto en mi vida hasta la actualidad, ya que mi madre se encarga de todo”*. Ambos son directores de efectos especiales. Su madre era quien la cuidaba, la llevaba a la escuela y pasaba la tarde con ella. Al preguntarle porque cree que sus padres la criaron de la forma que describe menciona *“yo creo que mi madre me dio todo lo que me podía haber dado, todo. Mi padre no estaba”*

Afecto y relación con sus padres.

Al pedirle que describa la relación con su madre dice: *“lucha de poder, amor, odio, cariño, y no sé qué más...y emociones. Mi madre me castigaba sin ir a jugar al jardín, yo saltaba por la ventana para salir al jardín y ella me cogía de los pelos para meterme a la casa, y yo volvía a saltar al jardín y era así todo el rato... me encerraba en la habitación chillábamos, nos insultábamos, nos odiábamos y mi madre se sentía mal y venía a la habitación y me daba cariño, nos abrazábamos... ni yo ni ella sabemos expresar bien las emociones. Mi madre tuvo un mal día conmigo y se descargó conmigo. Es que era siempre, no sabíamos expresar los que sentíamos, cuchillos, platos volando, de todo”*

Con su padre menciona no poder describir la relación, ya que no era una persona cercana.

Afectos en la infancia

La paciente menciona que de pequeña era muy perfeccionista y si algo no le salía bien lo rompía *“me iba a mi habitación porque mi madre me había regañado por tener esta conducta y me mandaba a reflexionar lo que había hecho, no me ayudaba”*. Menciona que cuando era pequeña si se golpeaba o se enfermaba su madre era muy cariñosa con ella. Al hablar de cuándo fue la primera ocasión en que se separó de sus padres, menciona que cuando tenía tres años *“yo reaccionaba bien, me ponía nerviosa porque no me gustaba dormir fuera de casa, pero yo creo que bien. Me quedé en casa de los abuelos”*. Comenta haberse sentido rechazada de pequeña *“me rechazaban de pequeña en el cole porque yo sacaba buenas notas, soy perfeccionista y la gente es celosa, se meten contigo”*. Menciona que si se daban cuenta explícitamente lo hacían por celos.

Afectos como adulto

Dice que no hubo ningún cambio de la infancia a la adolescencia *“sigo siendo igual de perfeccionista que cuando era pequeña, me enfado, me encierro, no quiero ver a nadie”*. Perdió a un tío y a su abuela en la adolescencia los cuales eran cercanos, los veía cada semana. Menciona no haberle generado ningún sentimiento.

TCA y cuerpo

Menciona que a partir del TCA comenzó a tener una relación más cercana con su madre, dejó de pelear.

Función reflexiva

Presenta una función reflexiva de 3 puntos, lo que quiere decir que es cuestionable o baja contiene algunos elementos reflexivos pero la mayoría son rudimentarios. Únicamente en una de sus respuestas da una descripción del impacto que tuvo en su conducta “*ni ella, ni yo sabemos expresar bien las emociones. Mi madre tuvo un mal día conmigo y se descarga. Es que era así siempre no sabíamos expresar los que sentíamos, cuchillo, platos volando, de todo*” No muestra una explicación de sentimientos de ambivalencia, conflictos, etc. en cuanto a la relación con su padre, o la muerte de los familiares o en cómo le ha afectado las experiencias de la infancia en su vida adulta. Da explicaciones de ser perfeccionista, siendo respuestas banales sin entrar más a describir el estado mental.

10. Caso Alejandra

Alejandra tiene 20 años y diagnóstico de bulimia y TLP. Nació en un pequeño pueblo al norte de España. Su padre trabaja en la diputación y su madre se dedica al hogar. Desde pequeña recuerda que su madre ha estado muy enferma, y ha tenido muchas operaciones. Tiene un hermano 7 años mayor con quien no tiene actualmente mucha relación, ya que él está estudiando fuera de casa. Menciona que se crio en el barrio de sus abuelos y que de pequeña pasaba toda la tarde jugando. Lloró a lo largo de toda la entrevista.

Afecto y relación con los padres

Describe la relación con su madre como cercana. Cuando se enfadaba con sus amigos, ella siempre era la primera en saber. La apoyaba y le decía que no se preocupara. Cuando se peleaba con alguna amiga siempre estaba pendiente, si la veía triste hacía todo por animarla. En cuanto a la relación

con su padre dice *“soy la niña de sus ojos, mi amigo, mi mejor amigo... un buen padre, muy buen padre, intentaba entenderme y si le cuento algo y aunque sea algo feo, tal vez se enfada, pero intenta entenderlo y no mi madre, se enfada de ayudarme. Pues si cuando me dio depresión, mi padre me entendía todo, me apoyaba y me ayudaba a salir”*.

Afectos en la infancia

Recuerda enfadarse de pequeña con su hermano, tenían peleas constantes, pero menciona que su madre siempre defendía a su hermano - *“mi madre hacía mucha diferencia entre mi hermano y yo”*. Dice vomitar desde pequeña cuando se enfadaba y no recuerda ninguna reacción por parte sus padres. También dice que casi nunca se enfermaba. De pequeña no recuerda haberse golpeado sin querer, pero menciona golpearse si no quería hacer un examen o cortarse porque no había estudiado *“me rompía la muñeca para no hacer el examen, me enfadaba y golpeaba, mis padres no se daban cuenta pensaban que había sido un accidente”*. Comenta haber sufrido de rechazo en la infancia y adolescencia *“Sí, antes era muy negativa, en plan conocía a gente nueva y me costaba mucho, me ponía una frazada, la graciosa, la súper maja pero no era yo, era un fachada de estar con alguien y estar pensando le caigo mal”*.

Afectos como adulto

Comenta que cuando empezó la adolescencia quería que sus padres le dieran más libertad de poder hacer más cosas sola, ya era mayor de edad. Comenzó a haber muchas peleas en casa y no sabe a qué se deba, cree que al TCA. Comenta que no cree que las experiencias de la infancia le hayan afectado en su vida adulta: *“no hay que dejar que te manipulen y que jueguen contigo, que tienes*

que ser tú y luchar contigo, que a veces eres tu mejor amigo y/o tu peor enemigo, pero que todo eso te hace más fuerte, aunque sean momentos malos, pero al final acabas siendo más”.

TCA y cuerpo

Antes no percibía que tenía una enfermedad y ahora que está internada está orgullosa de ella. Ya que ahora si siente que va a poder hablar con sus padres, ya que solo discutían. *“mi padre sí que lo entiendo, lo del TCA, a mi madre le costó más porque llevamos ya muchos años con la enfermedad, siempre he estado en psicólogos y me daban pastillas porque me decían que era depresión y ansiedad, tenía miedo de que mi padre se enterara y no quería hablar con ellos porque estaba llorando hasta que me acerque a contarles para pedirles ayuda”.*

Función Reflexiva

Alejandra obtuvo una puntuación de 3 puntos en la función reflexiva, lo que quiere decir que es baja o banal. Presenta un funcionamiento reflexivo a nivel rudimentario. No muestra una descripción de estados mentales ni refleja emociones mixtas, conflictos o dudas acerca de las creencias, conductas y sentimientos de los demás; por ejemplo no habla de sentimientos que le genera que su madre defendiera a su hermano, solo en una ocasión describe una conducta y da una explicación de cómo afecta en la forma de relacionarse siendo ésta reflexiva.

“ Sí, antes era muy negativa, en plan conocía a gente nueva y me costaba mucho, me ponía una fachada, la graciosa, la súper maja pero no era yo, era un fachada de estar con alguien y estar pensando le caigo mal ” Al mencionar que vomitaba de pequeña no da una explicación de porque lo hace, únicamente mencionando que cuando se enojaba, no logrando dar una descripción más a fondo del estado mental, teniendo únicamente una descarga emocional, poniendo las emociones

negativas (enojo) en el cuerpo. También tiene esta conducta desde pequeña al hacerse daño, cuando sentía alguna emoción negativa por no haber estudiado, golpeándose o haciéndose daño.

Al preguntarle de las experiencias de la infancia menciona” *no hay que dejar que te manipulen y que jueguen contigo, que tienes que ser tú y luchar contigo, que a veces eres tu mejor amigo y/o tu peor enemigo, pero que todo eso te hace más fuerte, aunque sean momentos malos, pero al final acabas siendo más*”. Utiliza mecanismos de defensa como la racionalización, más que ser una respuesta reflexiva.

6.0 Discusión de Resultados

Expresión de la depresión y EDI (objetivo 1)

La depresión dependiente y autocrítica son dos dimensiones que están presentes en las pacientes con TCA. Uno de los mayores problemas que presentan estas pacientes son los constantes conflictos entre autonomía y autodefinición que aparecen en el proceso de separación e individuación en la infancia (Goodsitt, 1983). El cuidador primario es responsable de las necesidades del niño y permite internalizar la habilidad de reconocer, responder y regular necesidades internas e impulsos. Los síntomas del TCA pueden ser una forma de lidiar con necesidades de un desarrollo incompleto del *self*.

La hipótesis de este estudio se cumplió de forma parcial ya que encontramos que las pacientes con anorexia purgativa muestran una puntuación mayor en la escala de expresión de la depresión dependiente o anaclítica como se esperaba, a diferencia de las pacientes con bulimia, que expresaron un menor grado de expresión de la depresión dependiente sin llegar a ser las que puntúan más alto en autocrítica como se esperaba, y más bien obteniendo la puntuación más baja.

El tipo de depresión dependiente está más centrado en problemas relacionados con la identidad, baja autoestima, miedo a no ser aceptado, culpa y pérdida de autoconfianza (Blatt and Zuroff, 1992). Las pacientes con bulimia tienen una mejor recuperación en TCA que las pacientes con anorexia, siendo las pacientes con AN purgativa sujetos con mayor incidencia de suicidio y con mayor psicopatología (Herzog et al., 2000). Las pacientes con anorexia purgativa han sido identificadas como las que abandonan el tratamiento, siendo más inestables e impulsivas (Fassino, Abbate, Pierò, Leombruni, Rovera, 2001).

El nivel de funcionamiento de los pacientes con depresión dependiente en este caso ANP es menos avanzado que las que tienen una depresión autocrítica. (Blatt,2004).

Existe poca investigación acerca de los TCANE ya que son TCA que quizá no cumplen con todos los criterios específicos de los otros TCA. Confirmando otra de nuestras hipótesis, encontramos que TCANE muestran una mayor puntuación en la escala de expresión de la depresión autocrítica como planteemos en nuestra hipótesis . Mencionando como una posible hipótesis de trabajo que sean pacientes menos enfermos debido a su nivel de funcionamiento más evolucionado.

Relación DEQ y subtipos de TCA (objetivo 2)

En cuanto a nuestra segunda hipótesis se cumplió de manera parcial. Los resultados en nuestra investigación indican que existe asociación entre las distintas variables estudiadas y la presencia de TCA. Entre mayor es la puntuación de la escala de depresión autocrítica, mayor es también la puntuación total del EDI-3. Halmi, et al., (2000) encontraron resultados similares mencionando que entre más perfeccionistas son los pacientes, la conducta alimentaria empeora, se muestran mayores preocupaciones, rituales y menos motivación al cambio teniendo más rigidez en el pensamiento, siendo más difícil hacer cambios a nivel psicológico para recuperarse del TCA.

Bastiani, Rao, Weltzin y Kaye (1995) mencionan que existen algunas características como la rigidez y la obsesión, las cuales contribuyen como resistencia al tratamiento. Los pacientes con anorexia purgativa tienen más altos niveles de autocrítica que los pacientes que solo muestran anorexia restrictiva (Halmi,et al. 2000). Teniendo una visión negativa de ellos mismos que se vuelve como una parte de su identidad (Shafran, Copper, y Fairburn,2002).

Este estudio encontró que existe una relación directamente proporcional entre el grado de expresión de la depresión autocrítica y 6 de las escalas psicológicas generales, y con 2 de las escalas generales: insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez. Teniendo la escala de la expresión de la depresión dependiente una correlación significativa con la escala de baja autoestima. Bruch (1974) cree que la baja autoestima y el sentimiento de ineficacia se originan en el vínculo madre –hija. La madre debe de reconocer las señales fisiológicas internas, respuestas sociales. Siendo la depresión dependiente una depresión más regresiva formándose en los primeros años de vida (Blatt, 2004).

La escala de perfeccionismo tiene la mayor correlación con la escala de expresión de la depresión autocrítica. En algunos estudios existe también una asociación entre la anorexia nervosa y la puntuación total de *Multidimensional Perfectionism scale* y la escala de perfeccionismo del EDI 3 (Halmi, et al. 2001).

La segunda escala más correlacionada con depresión autocrítica fue la escala de alienación, que describe una sensación de vacío emocional, deseos de ser otra persona, sentimientos de soledad, falta de control sobre la propia vida e incomprensión (Berengui, Castejon, Torregrosa, 2016). Encontrando en otras investigaciones que las pacientes que reportan mayor alienación entre pares o iguales muestran mayor sintomatología de TCA. La relación entre alienación y TCA fue vista en la rumiación después de controlar los síntomas depresivos. Esto nos hace pensar que la rumiación contribuye al mantenimiento del TCA. (Hilt, Roberto, Nolen-Hoeksema, 2013). La quinta escala con la que encontramos una correlación significativa con depresión autocrítica fue con la escala de desconfianza interpersonal.

La tercera escala que encontramos con correlación significativa fue ascetismo correlacionada con la depresión autocrítica. Fassino, et al. (2006) encontraron resultados similares: una correlación significativa entre ascetismo y perfeccionismo. Fairburn y Harrison (2003) mencionan que el perfeccionismo es el factor principal para el desarrollo y mantenimiento del TCA. Teniendo un fuerte componente transgeneracional (Halmi et al., 2000). Debido a los rituales autodisciplina y autocontrol, el ascetismo puede ser considerado un reflejo del perfeccionismo. El perfeccionismo está asociado con altas expectativas de uno mismo y con síntomas depresivos (Bizeul, Sadowsky, y Rigaud, 2003).

La cuarta escala con mayor correlación con depresión autocrítica es la escala de déficit interoceptivo. La sensibilidad interoceptiva es definida como la habilidad de percibir conscientemente signos que vienen del cuerpo (Pollatos, Fustos, y Critchley, 2012). En esta investigación se observó que los individuos con TCA tienen disminuidas las habilidades interoceptivas como lo han encontrado (Klabunde, Acheson, Boutelle, Matthews, Walter, 2013; Matsumoto et al., 2006; y Pollatos et al., 2008; Zonneville-Bender et al., 2005).

Behar (2011) encontró que las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria que suprimen sus afectos pueden llegar a disminuir notoriamente su expresividad emocional, presentando falta de asertividad. Williams et al, (1993) relacionan esto con sumisión, manifestándose como agresión hacia uno mismo, culpa o autocrítica y una gran dificultad para poder poner límites y expresar sus emociones y sentimientos. Se ha observado una asociación entre alexitimia y personalidad depresiva en los distintos subtipos de TCA (Speranza et al., 2003). La autocrítica está asociada con la dificultad para identificar sentimientos en los TCA, siendo el atracón y purga una forma de

evadir conciencia de si mismo y una forma de regulación emocional para disminuir afectos negativos (Heatherton and Baumeister,1991). Posiblemente debido a esta dificultad para identificar y expresar sus afectos, se vea la correlación entre depresión autocrítica y la escala de desajuste emocional siendo esta la sexta escala.

Nivel de funcionamiento reflexivo y DEQ (objetivo 4)

Los pacientes con trastorno límite de la personalidad y trastorno de la conducta alimentaria (bulimia y TCANE) tiene una función reflexiva más baja que los pacientes con solo TCA. Los afectos disfóricos, autodestructivos como atracones y conductas narcisistas están incluidas en el diagnóstico para un criterio limítrofe. El cual es común entre las pacientes con bulimia (Zanarini et al., 1998). Algunos autores consideran que estas características clínicas están relacionadas con las conductas bulímicas y pueden representar estrategias para contrarrestar emociones negativas generadas por alteraciones en la organización de la personalidad (Meyer, Leung, Feary, Mann, 2001).

La depresión dependiente es más común cuanto más baja es la función reflexiva como lo planteamos en nuestra hipótesis, sin llegar a ser significativo por el tamaño de la muestra. Los pacientes con mayor función reflexiva puntúan más alto en depresión autocrítica.

Afecto y relación con los padres (objetivo 3- cualitativo)

En tres de los casos (Mariana, Camila y Alejandra), no existe descripción de la figura paterna, La figura del padre es considerada ausente o se percibe como agresiva durante la infancia. En el caso de Victoria, ambos padres no estaban presentes (uno estaba en la cárcel y la madre trabajaba y llegaba por la noche) por lo que la paciente no recibía mucha atención.. En al caso de Ana refiere

haber tenido una niñera quien se encargaba de ella la mayor parte del día, ya que ambos padres trabajaban. Tania sufre de violencia en casa, aunque refiere no saber si era abuso o no por parte de su padre, su padre no era una figura que pudiera poner en palabras los afectos, ya que menciona que cuando se ponía nervioso, la golpea y ella lloraba. En el caso de Camila, menciona *“no tengo un referente paterno... llegaba en la noche, no había comunicación”*. En el caso de Raquel podemos ver que ambos padres trabajaban todo el día, sentía que su madre estaba con ella porque era su hija, no porque quisiera estar *“me cuesta describirlo porque estaba muy poco con ellos”* y en el caso de Perla menciona tener un padre el cual *“no tenía ni voz ni voto, ya que su madre era la autoridad”*. No le es posible dar adjetivos de la relación con el padre. La figura de la madre la describe como una persona que no puede metabolizar sus propias emociones y tampoco las de su hija, no pudiendo poner en palabras la emoción.

Existen algunos casos de sobreprotección en las entrevistas como lo es el caso de Mila, tras haber sufrido un accidente los padres la sobreprotegían *“siempre hemos sido muy cercanas... hasta actualmente me pregunta si ya hice pi antes de dormirme”*. Los altos niveles de sobreprotección materna hacen que el niño no se sienta capaz sus responsabilidades de manera independiente llegando a desarrollar un TCA (Bootta y Dumiao,2002).

El maltrato tiene efectos en la mente y en el cuerpo pone al niño en riesgo de tener problemas físicos y psicológicos. Un aspecto importante es que el cuidador debe de entender las emociones, ya que estas influyen en la conducta entre padre e hijo. Los padres con una función reflexiva alta tienen mejor respuesta en entender las emociones de sus hijos e interactuar con ellos (Fonagy, 1991). No es únicamente que el padre obtenga su propio estado mental o del otro, sino que entienda

como el otro se siente piensa y puede calmarse o alterarse aprendiendo de sus pensamientos y sus emociones (Fonagy y Target, 1997).

Algunos autores hablan de que la falta de afecto de la madre parece tener un efecto directo en insatisfacción del cuerpo. También se ha visto que la pérdida de afecto del padre tiene efectos indirectos en la insatisfacción corporal desarrollando más un apego de tipo ansioso y dificultades para internalizar. Poco cuidado de parte del padre genera mayor ansiedad de apego lo que se torna en mayor vulnerabilidad de internalización media dejando una insatisfacción corporal (Tasca,2019).

Se ha visto que bajos niveles de cuidado por parte de los padres con altos niveles de sobreprotección han sido reportados por mujeres con bulimia (Callam, Waller, Slade, y Newton, 1990). También se ha visto que las pacientes con anorexia crónica muestran un vínculo no sano, especialmente con poco cuidado por parte de padre y madre, sintiéndose poco amadas y poco importantes para los otros (Turner, Rose y Cooper, 2005).

La falta de comunicación verbal asertiva y la resolución de conflictos con el padre probablemente en mujeres jóvenes resulte en trastornos de alimentación como lo es la anorexia (Botta y Dumiao,2002)

Afectos en la infancia

La mayoría de las pacientes reportan no haberse enfadado en la infancia o no recordarlo y también reportan haber sufrido de acoso escolar.

Victoria menciona no recordar si se enfadaba de pequeña y menciona no juntarse con la gente porque ella es “*rara*”. Ana refiere haber sufrido de acoso escolar. En el colegio se quedaba sola y que no tenía con quien hacer equipo y también menciona haberse enfadado de pequeña y empujar a un niño por las escaleras o golpearse ella misma la cabeza si algo no le gustaba. Mila no recuerda haberse enfadado, aunque ella cree nunca haberse enfadado. Dice haber sufrido de acoso escolar. Tania se enfadaba y se ponía a llorar y venía su madre, menciona, ya que con su padre se sentía preocupado o asustada porque padre era muy perfeccionista. Dice que en la educación secundaria “*me hicieron unas compañeras el feo pero yo tengo otro grupo de amigos y bien nunca tuve problemas*”. Mariana menciona haber tenido una infancia muy feliz. Al preguntarle si se enfadaba de pequeña, me comenta que era muy feliz, solamente llegaba a tener algún disgusto con su hermana o con su padre que le exigía mucho, pero no tiene algún recuerdo en concreto de haberse enfadado. Raquel menciona que ella era muy feliz, “*incluso no ver a mis padres no me molestaba, lo veía como una rutina*”. La paciente menciona que de pequeña era muy perfeccionista y si algo no le salía bien lo rompía “*me iba a mi habitación me mandaba a reflexionar lo que había hecho, no me ayudaba*”. Comenta haberse sentido rechazada de pequeña *ya que se ponían celosos los compañeros porque ella sacaba buenas notas*. Camila refiere enfadarse de pequeña e ir corriendo a decírselo a su madre. También comenta haberse sentido rechazada en la infancia siempre era la última que se quedaba sin equipo.

Alejandra refiere vomitar desde pequeña cuando se enfadaba y golpeaba. Refiere haber sufrido rechazo escolar.

Podemos observar cómo es que en la mayoría de los casos las pacientes tienden a negar las emociones negativas quizá y no existía una proximidad con sus figuras de apego los cuales pudieran ayudarlas a tener una regulación afectiva.

Los niños biológicamente buscan proximidad con sus cuidadores. Si el cuidador es sensible y responde a las necesidades del niño, se da una regulación emocional de forma óptima y se repetirá posteriormente con sus demás vínculos (Bowlby, 1980). Observaciones clínicas en pacientes con anorexia mencionan un elevado autocontrol y pensamientos obsesivos (Danner et al.,2012), al mismo tiempo los pacientes con AN y BN muestran alteraciones en el procesamiento emocional como la conciencia y teniendo menor reconociendo emocional sobre todo si se presenta acompañando de TLP (Harrison, et. al.,2009).

Una potencial consecuencia del abuso emocional es la dificultad para regular emociones en los pacientes con TCA. La autocrítica que viene del cuidador, castigos o un entorno familiar desadaptativo contribuye a la represión de emociones. Existen madres que padecen de alexitimia con gran dificultad de distinguir sus emociones muchas veces evadiéndolas (Espina, 2003).

Los TCA pueden estar afectados por el acoso escolar por varias razones, aumentando la percepción negativa que tienen de su cuerpo y de su apariencia y afectando su autoestima lo que genera mayores problemas emocionales (Copelan, 2015).

Se ha encontrado una relación entre bulimia nervosa y acoso escolar entre pares y sobreprotección paterna. Bajo auto concepto y sobreprotección paterna se correlaciona con burlas acerca del peso y tamaño (Wonderlich, Klein y Council,1996)

Afectos y regulación de los afectos como adulto.

Como adultos la mayoría de las pacientes muestran dificultad expresando y regulando sus emociones. Victoria muestra dificultad para el reconocimiento de emociones y la regulación de estas. Cuando se enoja con su padre no logra reconocer que es enojo y busca hacerse daño, volcando la agresión hacia ella misma al igual que Alejandra, quien menciona tener conductas de autolesión. *“yo quería desaparecer, entonces me cortaba y me hacía daño, pero cosas que ellos no vieran”*. La alexitimia puede desarrollarse en este tipo de pacientes como una estrategia adaptativa, teniendo dificultades para simbolizar y usando su cuerpo para regular emociones. (Calvo et al., 2014).

Ana reconoce el estado afectivo en pocas ocasiones, aunque le es difícil regularlo. Mila menciona no contarles a sus padres como se siente para no preocuparlos. Siente *“feo”* por las pérdidas de su madre y busca este vínculo de proximidad con ella, pero sin hablar con ella. Mariana menciona no haberse sentido afectada por las pérdidas que ha tenido ni por la de su abuelo, no le genero ningún sentimiento. En el caso de Raquel el padre muere de cáncer de pulmón y la paciente menciona: *“es como que al principio lo vives muy bien ...no te lo crees no es que no te lo creas es que no sé como que estás en shock.”*. Mariana y Raquel tienden a negar la cuestión afectiva. Raquel a lo largo de la entrevista se muestra enojada con su madre, pero no lo reconoce, no lo logra identificarlo, menciona que no le ha afectado. Perla dice: *“sigo siendo igual de perfeccionista que cuando era pequeña, me enfado me encierro no quiero ver a nadie”*. Menciona haber perdido a un tío y a su abuela en la adolescencia con los cuales era cercana, pero refiere no haberle generado ningún sentimiento. Montserrat menciona enfadarse, pero no saber qué hacer con el enojo; se encierra o grita, teniendo una falla en el control de impulsos sin lograr identificarlo.

La adolescencia en las pacientes con TCA puede percibirse amenazante, sobre todo para familias que ya contaban con un desequilibrio. Entornos familiares demasiado rígidos como el de Perla o con fronteras confusas inhiben el desarrollo óptimo, dejando a la paciente con TCA más vulnerables. Las familias que niegan problemas y son intrusivas o permisivas, impiden el desarrollo de estrategias de afrontamiento eficaces y crean dificultades para responder en forma adecuada a las necesidades emocionales (Polivy y Herman, 2002).

La adolescencia implica duelo del cuerpo y la identidad infantil. Por lo que puede reeditar angustias y despertar ansiedades de manera crónica en las pacientes con TCA. En muchas ocasiones podrían llegar a reprimir sus afectos, dirigiendo las emociones de displacer hacia su interior, por medio de conductas restrictivas, atracones o purga (McDougall, 1989).

Cuerpo y TCA

La mayoría de las pacientes no hablan de su cuerpo y del TCA durante la entrevista. El cuerpo es un instrumento simbólico de regulación emocional para las pacientes con TCA sin ser conscientes de tener esta conducta. Los TCA demuestran deficiencia de lenguaje corporal desarrollando conductas como lo es el atracón, la restricción o purga, funcionando como regulador de sus afectos. Estas conductas funcionan como auto calmante a falta de herramientas mentalizadoras que sus padres no les pudieron dar. La conducta auto calmante (conductas compensatorias) es una posible explicación de la ganancia secundaria del síntoma. (Pedersen, Lunn, Poulsen, 2015).

Solamente dos de las diez pacientes con bulimia logran hacer conexión entre el TCA y regulación emocional: Ana menciona que cuando se enoja se autolesiona, siendo capaz de tener una regulación afectiva únicamente a través del cuerpo y Camila menciona haber comenzado con el

TCA desde que su madre le comentó que tenía un amante.

Las pacientes mencionan como a partir del TCA cambio la dinámica familiar, logrando tener una relación más cercana y positiva con la familia. Raquel menciona que a partir del TCA la relación con su padre se volvió más cercana, se preocupaba más por ella. Perla menciona que a partir del TCA comenzó a tener una relación más cercana con su madre y dejó de pelear. Montserrat menciona que a partir del TCA la dinámica familiar cambió, ya que ella estaba “en su mundo” y que se pelaba más con sus padres.

La ganancia secundaria de los síntomas puede ser una limitación en el proceso de recuperación de las pacientes, a pesar de ser los síntomas destructivos ya que al mismo tiempo les da regulación afectiva y cohesión del *self*, siendo de alguna manera una descarga emocional muchas veces difícil para la recuperación y el tratamiento (Skarderud, 2007c).

Función Reflexiva.

De las entrevistas podemos ver como solo 2 de las 10 pacientes muestran una función reflexiva normal y las otras 8 presentan baja función reflexiva. Leyendo las entrevistas podemos ver como es que no logran tener un funcionamiento reflexivo. Tres de las pacientes muestran un TLP. Las pacientes adolescentes con un TCA que se autolesionan y que tiene un TLP, muestran menor grado de FR que las que no muestran un TLP (Bateman, Fonagy, 2010).

La entrevista de Apoyo Adulto (Fonagy et al., 1998) es una excelente herramienta para medir la función reflexiva que invita al paciente a hablar acerca de sus estados mentales sentimientos y emociones y regulación de estos. Nos da herramientas acerca del mundo interno del paciente es de

gran ayuda para entender el manejo que hace de sus emociones y las estrategias que utiliza para relacionarse (Wallin,2000).

Los pacientes evaluados en estas entrevistas mostraron un mentalización baja al igual que en algunos estudios publicados (Fonagy et al., 1996; Müller, Kaufhold, Overbeck, y Grabhorn, 2006 ;Ward et al., 2001) a diferencia de otros que no presentaron una diferencia significativa en la función reflexiva (Rothschild-Yakar, Levy-Shiff, Fidman-Balaban, Gur y Stien, 2010; Pedersen, Lunn, Katznelson, 2012; Lunn,Poulsen,Pedersen,2015).

Fonagy y colaboradores (Fonagy et al. 2002; Fonagy, Bateman, y Luyten 2012) mencionan que existe una relación entre alta mentalización y buena regulación emocional. Coincidiendo con los resultados arrojados de la mayoría de las pacientes que al puntuar bajo en mentalización, muestran por lo tanto una dificultad para regular y expresar los afectos.

La baja función reflexiva en el caso de la mayoría de las pacientes está relacionada con dificultad de expresión y regulación afectiva. No logran tener una expresión afectiva desde pequeñas, ya que no hubo figuras de identificación que le pudieran poner en palabras y devolver las emociones; no existiendo regulación afectiva por parte de sus padres. Wilfred Bion (1962) menciona que la capacidad de pensar del niño depende de la capacidad *de reverie* de la madre. Por ejemplo, amar a su hijo de una forma en la cual pueda tolerar proyecciones, contenerlas, metabolizarlas y regresárselas como una reintroyección en el momento indicado.

Las pacientes describen ausencia de vinculación con el padre. Estos resultados coinciden con Ibáñez, Muñoz, Ortega y Soriano (2006), donde el control y la carencia afectiva podrían estar contribuyendo al desarrollo de un TCA.

La mayoría de las respuestas de las pacientes en ambas entrevistas demuestran una conexión inmediata entre lo físico y psicológico de la misma manera que lo reporta (Skårderud,2007c) mencionando que la expresión es a través del cuerpo, siendo el cuerpo un cuerpo simbólico y es vivido como una experiencia concreta.

En las entrevistas podemos ver la dificultad que presentan para mentalizar y como su infancia afectó su personalidad adulta, mostrando problemas emocionales. Este estudio muestra como la AAI RF es una herramienta que nos ayuda a identificar si la persona tiene dificultad en la expresión y regulación afectiva.

Un punto importante que considerar es que tres de las pacientes muestran un trastorno límite la personalidad (TLP). Una de las comorbilidades de los pacientes con TCA es que presenten un TLP, lo cual tiene una alta incidencia: 37% de los pacientes TCA manifiestan un TLP (O'Brien y Vincent, 2003). Este criterio es relevante para el tratamiento del paciente ya que los pacientes con TLP presentara mayores *actuaciones* y daños hacia su cuerpo, como es el caso de estas tres pacientes.

La función reflexiva baja en pacientes con TLP coincide con lo reportando por Fonagy et al. (1996), Levy, Meehan, Kelly, Reynoso, Weber, Clarkin y Kernberg (2006); Pedersen, Poulsen y Lunn (2015). La inconsistencia que muestran las publicaciones antes mencionadas con respecto a

la relación entre una calificación baja en el AAI RF y los TCA quizá se debe a que algunos de los pacientes que reportan una función reflexiva alta no son pacientes hospitalizados con un diagnóstico de TLP severo, y tampoco manifiestan intentos suicidas, autolesiones, o una excesiva inestabilidad en sus relaciones.

7.0 Conclusiones

La interacción con el cuidador primario es de suma importancia para el desarrollo de un *self*, siendo el encargado de reconocer y regular las emociones para que el niño posteriormente pueda internalizarlas. Los diferentes tipos de expresión de la depresión, así como los niveles de función reflexiva, nos podrían estar hablando de fallas en las distintas fases del desarrollo del *self*.

La baja metalización juega un rol importante en la etiología y el mantenimiento de los TCA. La traducción de los síntomas y la simbolización a través de las palabras podría funcionar como una forma de entendimiento del TCA y autocontrol. Al lograr identificar el afecto, expresándolo verbal y simbólicamente y entendiendo las causas de este estado mental (p.e. me siento triste cuando mis padres pelean frente a mi), tendrá mejores herramientas para manejar factores estresantes que pueden desencadenar en la sintomatología de TCA (Rothschild, Peled, Levy, Gur y Stein, 2018).

Las entrevistas muestran una FR baja, evidenciando problemas de las pacientes para regular afectivamente y concluyendo que la regulación afectiva está relacionada con la teoría propuesta por Fonagy y sus colegas.

La falta de regulación afectiva por parte de los padres, así como la dificultad de manejo emocional en la infancia, la ausencia, sobreprotección o exigencias extremas por parte de ambas figuras, tienen consecuencias para el desarrollo del TCA.

Es necesario diferenciar las comorbilidades de las que puede ir acompañado el TCA para un tratamiento indicado, ya que un TLP es un criterio importante para manifestar una función

reflexiva baja. La traducción de los síntomas o actuaciones a través de la palabra es una forma de que los impulsos autodestructivos disminuyan y exista un mayor autocontrol (Skarderud, 2007).

La expresión de la depresión autocrítica es un fuerte predictor del trastorno de conducta alimentaria. Blatt y Zuroff (1992) consideran que los pacientes con depresión anaclítica son más sensible y necesitan más una función de apoyo por parte del terapeuta. Mientras que los pacientes con depresión introyectiva son más receptivos a interpretaciones. Las pacientes que muestran función reflexiva baja y depresión anaclítica se podrían ver más beneficios si reciben una terapia de apoyo.

Las pacientes con anorexia, bulimia y TCANE en ocasiones se mueven entre categorías diagnósticas. Probablemente una concepción dimensional de la sintomatología de los TCA sería relevante más que una consideración categórica explicando mezclas entre trastornos (Speranza, et al; 2003).

8.0 Limitaciones y futuras investigaciones

Una limitación de nuestro estudio es que se extrapola un fenómeno observado en una muestra pequeña, sin embargo, el tamaño de muestra no difiere de otros estudios cualitativos consultados que utilizan la AAI.

Para futuros estudios sería interesante explorar cómo varían las puntuaciones de la escala autocrítica del DEQ entre los pacientes con bulimia purgativa y bulimia no purgativa según el DSM-V.

La dimensión autocrítica y dependiente son características importantes en los TCA, las cuales corresponden a un continuo de normalidad a patológico y no a un diagnóstico clínico de depresión (Blatt et al., 1995), por lo que sería interesante incorporar un grupo de control sin trastorno psicológico para comparar.

Trabajar con las diferentes categorías de la depresión en los TCA podría ser muy útil en determinar el tipo de intervención terapéutica. Sería interesante para futuras investigaciones realizar un tratamiento diferenciado entre pacientes con TCA y puntuaciones altas en depresión dependiente, y aquellos que puntúan más altos en depresión autocrítica, y observar cambios clínicos.

BIBLIOGRAFIA

Ainsworth, M. S. (1979). Infant–mother attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932-937.

Ainsworth, M.D.S., Velar, M.C., Waters, E., y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the Strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum

Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders*, 4th edition (DSM-IV). Washington: APA Press

Arieti, S., & Bemporad, J. R. (1980). The psychological organization of depression. *The American Journal of Psychiatry*, 137(11), 1360-1365.

Bamford, B., & Halliwell, E. (2009). Investigating the role of attachment in social comparison theories of eating disorders within a non-clinical female population. *European Eating Disorders Review*, 17, 371–379.

Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*, 21(1), 37-46.

Bastiani, A. M., Rao, R., Weltzin, T., & Kaye, W. H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17(2), 147-152.

Bateman, A. & Fonagy, P (2008). 8-year follow-up of patients treated for Borderline Personality Disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631-638.

Bateman, A., Fonagy, P., Luyten, P. (2012). *Introduction and Overview in Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Edited by Bateman, A., Fonagy, P., Washington, DC: American Psychiatric Publishing, pp 3-43.

Bateman, A., y Fonagy, P. (2010) *Mentalization based treatment for borderline personality*. London: University College London.

Baumeister, R. F., & Heatherton, T. F. (1996). Self-Regulation Failure: An Overview. *Psychological Inquiry*, 7, 1-15.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Oxford, England: International Universities Press.

Beck, A. T. (1983). *Cognitive therapy of depression: new perspectives. Treatment for depression: Old controversies and new approaches.*, 265-290. New York: Raven Press. J. Clayton, & J. E. Barnett (Eds.)

Behar R.(2011).Emotional expression in eating disorders: Alexithymia and assertiveness.*Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 49, 338-346

Berengui, R., Castejón, Á., & Torregrosa, S. (2016). Insatisfacción corporal, conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en universitarios. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios (Redalyc)*, 1-8.

Biedermann, K., Martínez, V., & Olhaberry, M. (2009). Aportes de la teoría del apego al abordaje clínico de los trastornos de alimentación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVIII, 217–226.

Bion, W. R. (1962). A theory of thinking. *International Journal of Psycho-Analysis*, 43, 306-310.

Bizuel, C., Sadowsky, N., & Riguard, D. (2001). The prognostic value of EDI scores in anorexia nervosa patients: A prospective follow-up study of 5–10 years. *European Psychiatry*, 16, 232–238

Blatt SJ, D'Affliti SJ, Quinlan DM. (1976). *Depressive experiences questionnaire*. Yale University Press: New Haven, CT.

Blatt SJ, D'Affliti SJ, Quinlan DM. (1976). *Depressive experiences questionnaire*. Yale University Press: New Haven, CT.

Blatt, S. (2004). *Experiences of Depression: theoretical, clinical and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.

Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157.

Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12(5), 527-562.

Botta, R. A., & Dumlao, R. (2002). How Do Conflict and Communication Patterns between Fathers and Daughters Contribute to or Offset Eating Disorders? *Health Communication*, 14, 199-219.

Bowlby, J. (1956). *Mother-child separation*. In K. Soddy (Ed.), *Mental health and infant development. Vol. 1. Papers and discussions* (pp. 117-112). Oxford, England: Basic Books, Inc.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. 2: Separation: anxiety and anger*. New York, NY: Basic Books.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss, sadness, and depression*. New York: Basic Books.

Bretherton, I., & Munholland, K. A. (1999). *Internal working models in Attachment Relationships: An construct revised*. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, Research, and clinical applications* (pp. 89-111). New York: The Guilford Press.

Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.

Buhl, C. (2002). Eating disorders as manifestations of developmental disorders: Language and capacity for abstract thinking in psychotherapy for eating disorders. *Euro-pean Eating Disorders Review*, 10, 138–145.

Callam, R., Waller, G., Slade, P., & Newton, T. (1990). Eating disorders and perceived parental relationships with parents. *International Journal of Eating Disorders*, 9(5), 479–485.

Calvo Sagardoy, R., Gallego Morales, L. T., Solórzano Ostolaza, G., Kassem García, S., Morales Martínez, C., Codesal Julián, R., y Blanco Fernández, A. (2014). Emotional processing in adult vs adolescent patients with eating behavior disorders; emotional recognizing and the mental theory. *Nutrición Hospitalaria*, 29(4), 941–52. d

-
- Chassler, L. (1997). Understanding anorexia nervosa and bulimia nervosa from an attachment perspective. *Clinical Social Work Journal*, 25, 407–423.
- Cole-Detke, H., & Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 282–90.
- Cooper, M.J., Rose K.S., Turner H. Core beliefs and the presence or absence of eating disorder symptoms and depressive symptoms in adolescent girls
International Journal of Eating Disorders, 38 (1) (2005), pp. 60-64
- Danner, U. N., Ouwehand, C., van Haastert, N. L., Hornsveld, H., & de Ridder, D. T. D. (2012). Decision-making impairments in women with binge eating disorder in comparison with obese and normal weight women. *European Eating Disorders Review*, 20(1), 56–62.
- Demidenko, N., Tasca, G. a., Kennedy, N., & Bissada, H. (2010). The mediating role of self-concept in the relationship between attachment insecurity and identity differentiation among women with an eating disorder. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(10), 1131–1152.
- Egeland, B. & Carlson, E. (2004). Attachment and psychopathology. En L. Atkinson & S. Goldberg. *Attachment Issues in Psychopathology and Intervention* (pp. 27-48). Londres: Erlbaum.

- Elosua, P., & López-Jáuregui, A. (2012). Internal structure of the Spanish adaptation of the Eating Disorder Inventory-3. *European Journal of Psychological Assessment*, 28(1), 25-31.
- Espina A, Ochoa I, Ortego A. Dyadic adjustment in parents of daughters with eating disorder: *Eur Eat Disorders Rev* 2003;11:349-362.
- Fairburn, C.G. and Harrison, P.J. (2003) Eating disorders. *Lancet*, 361, 407-416.
- Fassino S., Pierò A., Gramaglia C., Daga G.A., Gandione M., Rovera G.G., Bartocci G. Clinical, psychological, and personality correlates of asceticism in anorexia nervosa: From saint anorexia to pathologic perfectionism. *Transcultural Psychiatry*, 43 (2006), pp. 600-614
- Fassino, S., Abbate Daga, G., Pierò, A., Leombruni, P. and Rovera, G.G. (2001) Anger and personality in eating disorders. *J. Psychosom. Res* , 51, 757-764.
- Fonagy, P., & Higgitt, A. (1989). A developmental perspective on borderline personality disorder. *Revue Internationale de Psychopathologie*, 1, 125-159.
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *International Journal of Psycho-Analysis*, 72, 1-18.

Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., & Gerber, A.

(1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22–31.

Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 217- 233.

Fonagy, P., & Target, M. (1997) Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679–700

Fonagy, P., Target, M., Steele, H., y Steele, M. (1998). *Reflective functioning manual for application to adult attachment interviews*. London: University College London.

Fonagy, P; Gergely, G; Jurist, EJ; Target, M; (2002) *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. Other Press: New York, US.

Fonagy, P. (2004), *Teoría del apego y psicoanálisis*, Barcelona. Editorial SPAXS

Fenichel, O. (1945). *Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York: Norton.

Freud, S. (1911). *Formulations on the two principles of mental functioning*. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (pp. 67-104). London: Hogarth Press.

-
- Garner, D. M. (2010). *Inventario de los Trastornos de la conducta alimentaria-3*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Garner, D. M., & Keiper, C. D. (2010). *Anorexia and bulimia*. In J. Thomas & M. Hersen (Eds.), *Handbook of Clinical Psychology Competencies*. New York, NY: Springer Publishing.
- Goodsitt, A. (1983). Self-regulatory disturbances in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2(3), 51-60.
- Green, A. (1975). The analyst, symbolization, and absence in the analytic setting. *International Journal of Psychoanalysis*, 56, 1-22.
- Grotstein, J. S. (1986). The psychology of powerlessness: Disorders of self-regulation and interactional regulation as a newer paradigm for psychopathology. *Psychoanalytic Inquiry*, 6(1), 93-118.
- Halmi KA, Sunday SR, Strober M, Kaplan A, Woodside DB, Fichter M, Treasure J, Berrettini WH, Kaye WH: Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessiveness, and pathological eating behavior. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1799–1805
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 348–356.

Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness.

Psychological Bulletin, 110, 86–108

Herzog, D. B., Keller, M. B., Sacks, N. R., Yeh, C. J., & Lavori, P. W. (1992). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(5), 810-818.

Hesse, E. (2008). *The Adult Attachment Interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies*. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 552-598). New York, NY, US: The Guilford Press.

Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2002). *Perfectionism and stress processes in psychopathology*. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 255-284). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Hilt LM, Roberto CA, Nolen-Hoeksema S. Rumination mediates the relationship between peer alienation and eating pathology in young adolescent girls. *Eating and Weight Disorders*. 2013;18(3):263–267.

Ibáñez, M. N., Muñoz, C. D., Ortega, G., M. & Soriano, J. (2006) Construcción del vínculo parental en patología alimentaria y trastorno límite de la personalidad asociado. Trastornos de la conducta alimentaria, *Escuela de Terapia Familiar. Hospital de St. Pau. Ba*, 4: 386-422.

-
- Ibáñez, M. (2013). El estudio del apego y de la función reflexiva : Instrumentos para el diagnóstico y la intervención terapéutica en la salud mental . *Temas de Psicoanálisis*, 5, 1–26.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., & Yeomans, F. E. (2012). An update and overview of the empirical evidence for transference-focused psychotherapy and other psychotherapies for borderline personality disorder. In R. A. Levy, J. S. Ablon, & H. Kächele (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence* (pp. 139-167). Totowa, NJ, US: Humana Press - Springer.
- Illing, V., Tasca, G. A., Balfour, L., & Bissada, H. (2011). Attachment dimensions and group climate growth in a sample of women seeking treatment for eating disorders. *Psychiatry*, 74(3), 255-269.
- Kaplan, N., & Main, M. (1996). *Adult Attachment Interview (third edition)*. Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of California, Berkeley.
- Klabunde M., Acheson D. T., Boutelle K. N., Matthews S. C., Kaye W. H. Interoceptive sensitivity deficits in women recovered from bulimia nervosa. *Eating Behaviors*. 2013;14(4):488–492.
- Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. *International Journal of Psycho-Analysis*, 16, 145-173.

Klein, M. (1945). *The Oedipus complex in the light of early anxieties*, The Writings of Melanie

Klein. London: Hogarth Press (1975).

Kvale, s., & Brinkmann, s. (2009). *Interviews: Learning the Craft of Qualitative Research*

Interviewing. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

López, C, Treasure J, Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y

manejo. *Rev Med Clin Condes*, 22 (1) (2011), pp. 85-97

Main, M., & Goldwyn, R. (1998). *Adult attachment scoring and classification system*.

Unpublished Manual, Berkeley: University of California at Berkeley.

Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment

pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp.

95-124). Westport, CT, US: Ablex Publishing.

Mathiesen, B. B., Pedersen, S. H., Sandros, C., Katznelson, H., Wilczek, A., Poulsen, S. B.,

& Lunn, S. (2015). Psychodynamic Profile and Reflective Functioning in patients with

Bulimia Nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 62, 20-26.

Matsumoto, R., Kitabayashi, Y., Narumoto, J., Wada, Y., Okamoto, A., Ushijima, Y., et al.

(2006). Regional cerebral blood flow changes associated with interoceptive awareness in the

recovery process of anorexia nervosa. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30, 1265–1270.

McDougall, J. (1978). *Plea for a Measure of Abnormality*. New York: International Universities Press.

McDougall, J. (1989). *Theaters of the body*. New York: Norton.

Meyer, C., Leung, N., Feary, R., & Mann, B. (2001). Core beliefs and bulimic symptomatology on non-eating disordered women: The mediating role of borderline characteristics. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 434–440.

Miller, M. (1991). Understanding the eating-disordered patient: Engaging the concrete. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 55, 85–95. [L]
[SEP]

Müller, C., Kaufhold, J., Overbeck, G., & Grabhorn, R. (2006). The importance of reflective functioning to the diagnosis of psychic structure. *Psychol Psychother*, 79: 485-494.

Nordbo, R. H. S., Espeset, E. M. S., Gulliksen, K. S., Skarderud, F., Geller, J., & Holte, A. (2012). Reluctance to recover in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20, 60–67.

- O'Kearney, R. (1996). Attachment disruption in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of theory and empirical research. *International Journal of Eating Disorders*, 20(2), 115-127.
- O'Brien, K. M., & Vincent, N. K. (2003). Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: Nature, prevalence and causal relationships. *Clinical Psychology Review*, 23, 57–74.
- Pascual, A., Etxebarria, I., Cruz, M.S., and Echeburúa, E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 229-247.
- Pedersen, S. H., Lunn, S., Katznelson, H., & Poulsen, S. (2012). Reflective functioning in 70 patients suffering from bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review : The Journal of the Eating Disorders Association*, 20(4), 303–10.
- Pedersen, S. H., Poulsen, S., & Lunn, S. (2015). Eating Disorders and Mentalization: High Reflective Functioning in Patients with Bulimia Nervosa. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 63(4), 671–694.
- Platak SM, Keenan JP, Gallup Jr. GG, Mohamed FB. Where am I? The neurological correlates of self and other. *Brain Res Cogn Brain Res* 2004; 19: 114-22.

Pollatos O., Schandry R. Emotional processing and emotional memory are modulated by interoceptive awareness. *Cognition and Emotion*. 2008;22(2):272–287.

Pollatos, O., Fustos, J., & Critchley, H. D. (2012). On the generalised embodiment of pain: How interoceptive sensitivity modulates cutaneous pain perception. *Pain*, 153, 1680–1686.

Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 18213.

Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1(4), 515-526.

Rothschild-Yakar, L., Levy-Shiff, R., Fridman-Balaban, R., Gur, E., & Stein, D. (2010). Mentalization and Relationships With Parents as Predictors of Eating Disordered Behavior. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 501–507.

Rudden, M., Milrod, B., Target, M., Ackerman, S., & Graf, E. (2006). Reflective functioning in panic disorder patients: A pilot study. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54(4), 1339-1343.

Santor, D. A., & Zuroff, D. C. (1997). Interpersonal responses to threats to status and interpersonal relatedness: Effects of dependency and selfcriticism. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 521–542.

Sassaroli, S., Romero, L. J., Ruggiero, G., Mauri, M. C., Vinai, P., & Frost, R. (2008).

Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 757-765.

Satogami, K.; Tseng, P.T.; Su, K.P.; Takahashi, S.; Ukai, S.; Li, D.J.; Chen, T.Y.; Lin, P.Y.;

Chen, Y.W.; Matsuoka, Y.J. Relationship between polyunsaturated fatty acid and eating disorders: Systematic review and meta-analysis. *Prostaglandins Leukot. Essent. Fat. Acids* 2019, 142, 11–19.

Schore A. N. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachement. Human.*

Dev. 2 23–47. Segal, H. (1957). Notes on symbol formation,. *International Journal of Psycho- Analysis*, 38, 391-397.

Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G.(2002). Clinical perfectionism: cognitivebehavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773-791.

Skårderud, F. (2007 a). Eating one's words. Part I. 'Concretised metaphors' and reflective

function in anorexia nervosa. An interview study. *European Eating Disorders Review*. In press.

Skårderud, F. (2007 b). Eating one's words. Part II. The embodied mind and reflective function

in anorexia nervosa. Theory. *European Eating Disorders Review*. In press.

Skarderud, F. (2007c). Eating One ' s Words : Part III . Psychotherapy for Anorexia Nervosa — An Outline for a Treatment and Training Manual. *European Eating Disorders Review*, 339, 323–339.

Smyth JM, Wonderlich SA, Heron KE, Sliwinski MJ, Crosby RD, Mitchell JE, Engel SG (2007). Daily and momentary mood and stress are associated with binge eating and vomiting in bulimia nervosa patients in the natural environment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 75, 629–638.

Smyth, J. M., Wonderlich, S. A., Heron, K. E., Sliwinski, M. J., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., & Engel, S. G. (2007). Daily and momentary mood and stress are associated with binge eating and vomiting in bulimia nervosa patients in the natural environment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 629-638.

Speranza, M., Corcos, M., Loas, G., Stéphan, P., Guilbaud, O., Perez-Diaz, F., Jeammet, P. (2005). Depressive personality dimensions and alexithymia in eating disorders. *Psychiatry Research*, 135, 153–163

Spitz, R. A., & Wolf, K. M. (1949). Autoerotism: Some empirical findings and hypotheses on three of its manifestations in the first year of life. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 3–4, 85–120.

Stice, E. (1999). Clinical implications of psychosocial research on bulimia nervosa and binge eating disorder. *Psychotherapy in Practice*, 55, 675–683.

Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-848.

Sund, A. M., & Wichstrøm, L. (2002). Insecure attachment as a risk factor for future depressive symptoms in early adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 1478–1485.

Target, M., & Fonagy, P. (1996). Playing with reality II: The development of psychic reality from a theoretical perspective. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 459-479

Tasca, G. A., Taylor, D., Bissada, H., Ritchie, K., & Balfour, L. (2004). Attachment predicts treatment completion in an eating disorders partial hospital program among women with Anorexia Nervosa. *Journal of Personality Assessment*, 83, 201–212.

Tasca, G.A (2019). Attachment and eating disorders: A research update. *Current Opinion in Psychology*, 25, 59-64

Taubner, S., Buchheim, A., Kächele, H., Kessler, H., & Staun, L. (2011). The role of mentalization in the psychoanalytic treatment of chronic depression. *Psychiatry*, 74, 49 –57.

Tessier, V. P., Normandin, L., Ensink, K., & Fonagy, P. (2016). Fact or fiction? A longitudinal study of play and the development of reflective functioning. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 80(1), 60-79.

Walters EE, Kendler KS (1995) Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population based female twin sample. *Am J Psychiatry* 152:64–71.

Wallin, D. J. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. New York: Guilford.

Ward, A., Ramsay R., Turnbull S., Steele M., Steele H., & Treasure, J. (2001). Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 497-505.

Williams, G., Power, K., Millar, H., Freeman, C., Yellowless, A., Dowds, T., et al. (1993). Comparison of eating disorders and other dietary/weight groups on measures of perceived control, assertiveness, self-esteem, and self-directed hostility. *The International Journal of Eating Disorders*, 14, 27-32.

Winnicott, D. W. (1962). *Ego integration in child development*. In D.W. Winnicott (Ed.), *The maturational processes and the facilitating environment* (pp. 56-63). London: Hogarth Press, 1965.

Winnicott, D. W. (1971). *Playing and Reality*. London: Tavistock. [SEP]

Wonderlich, S., Klein, M. H., & Council, J. R. (1996). Relationship of social perceptions and self-concept in bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1231-1237.

Zachrisson, H. D. and Skårderud, F. (2010), Feelings of insecurity: Review of attachment and eating disorders. *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 18: 97-106.

Zanarini MC, Frankenburg FR, DeLuca CJ, Hennen J, Khera GS, Gunderson JG: The pain of being borderline: dysphoric states specific to borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry* 1998; 6:201–207

Zonneville-Bender, M. J. S., van Goozen, S. H. M., Cohen-Kettenis, P. T., Jansen, L. M. C., van Elburg, A., & Engeland, H. v. (2005). Adolescent anorexia nervosa patients have a discrepancy between neurophysiological responses and self-reported emotional arousal to psychosocial stress. *Psychiatry Research*, 135, 45–52

Zuroff, D. C., Igeja, I., & Mongrain, M. (1990). Dysfunctional attitudes, dependency, and self-criticism as predictors of depressive mood states: A 12-month longitudinal study. *Cognitive Therapy and Research*, 14(3), 315-326.

ANEXOS

DEPRESSIVE EXPERIENCES QUESTIONNAIRE
(CUESTIONARIO DE EXPERIENCIAS DEPRIMENTES)

SPANISH VERSION
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

Sidney J. Blatt, Joseph P. D'Afflitti, & Donald M. Quinlan

Copyright: 1979

Translated into Spanish by Luis M. Anez, Psy.D. and Manuel Paris, M.S.

Authorized by Sidney J. Blatt, Ph.D. February 1999. Revised January 2000

Traducido al Español con autorización de Sidney J. Blatt, Ph.D. por
Luis M. Anez, Psy.D. y Manuel Paris, M.S. Febrero 1999. Revisado, Enero 2000

CUESTIONARIO DE EXPERIENCIAS DEPRIMENTES

Información Demográfica

Nombre: _____

Edad: _____

Estado Civil: _____

Años en Estados Unidos: _____

Nivel de Educación: _____

País o ciudadanía de origen: _____

Oficio o ocupación: _____

Genero: _____

CUESTIONARIO DE EXPERIENCIAS DEPRIMENTES

Cuestionario de Experiencias Deprimentes

Debajo de este párrafo se encuentran una serie de declaraciones acerca de características y rasgos personales. Lea cada una y decida si usted está o no de acuerdo con ellas y hasta qué punto. Si usted está muy de acuerdo circule 7; si usted está absolutamente en desacuerdo, circule 1; si usted se encuentra entre estos dos extremos, circule cualquier número entre 1 y 7. Si usted está indeciso y quiere expresar neutralidad, circule 4.

	Desacuerdo Absoluto	Acuerdo Absoluto
1. Fijo mis metas y objetivos lo más alto posible.	1 2 3 4 5 6 7	
2. Sin el apoyo de quienes quiero me sentiría incapaz	1 2 3 4 5 6 7	
3. Tiendo a sentirme satisfecho (a) con mis metas en vez de aspirar por metas más altas	1 2 3 4 5 6 7	
4. A veces me siento enorme y otras veces muy pequeño (a)	1 2 3 4 5 6 7	
5. En mis relaciones íntimas, nunca siento celos.	1 2 3 4 5 6 7	
6. Necesito urgentemente de cosas que solamente otras personas pueden proveer	1 2 3 4 5 6 7	
7. Usualmente me ocurre que no cumpla mis propias metas o ideales	1 2 3 4 5 6 7	
8. Siento que siempre pongo a uso todo mi potencial.	1 2 3 4 5 6 7	
9. La falta de relaciones humanas no me afecta.	1 2 3 4 5 6 7	

10. Si fallo en obtener mis metas me siento indigno.	1	2	3	4	5	6	7
11. Muchas veces me siento incapaz	1	2	3	4	5	6	7
12. Raramente me preocupo de que me critiquen por cosas que haya hecho o dicho.	1	2	3	4	5	6	7
13. Hay una diferencia considerable entre lo que ahora soy y como me gustaría ser	1	2	3	4	5	6	7
14. Disfruto del competir intensamente contra otros	1	2	3	4	5	6	7
15. Siento que tengo muchas responsabilidades que cumplir	1	2	3	4	5	6	7
16. Hay momentos durante los cuales me siento vacío.	1	2	3	4	5	6	7
17. Tiendo a no estar satisfecho (a) con lo que tengo	1	2	3	4	5	6	7
18. No me importa si no alcanzo las metas que otros esperan de mí	1	2	3	4	5	6	7
19. Me da mucho miedo el encontrarme solo (a)	1	2	3	4	5	6	7
20. Si perdiera una amistad íntima sentiría como si perdiera una parte de mi mismo (a)	1	2	3	4	5	6	7
21. Estoy seguro (a) que los demás me apreciarán, aunque haya cometido muchos errores	1	2	3	4	5	6	7
22. Tengo dificultad en romper relaciones que me hacen sentir infeliz	1	2	3	4	5	6	7
23. Frecuentemente pienso lo difícil que sería el perder a alguien a quien aprecio	1	2	3	4	5	6	7
24. Otros esperan mucho de mi	1	2	3	4	5	6	7
25. Cuando estoy en compañía de otros me devaluó a mi mismo (a)	1	2	3	4	5	6	7
26. No me preocupa lo que otros piensen de mi	1	2	3	4	5	6	7
27. No importa lo íntima que una relación sea	1	2	3	4	5	6	7

siempre existen muchos conflictos y cosas inesperadas	
28. Soy muy susceptible al rechazo	1 2 3 4 5 6 7
29. Es muy importante para mi familia que yo triunfe	1 2 3 4 5 6 7
30. A menudo siento que he desilusionado a los demás	1 2 3 4 5 6 7
31. Si alguien me enoja se lo dejo saber	1 2 3 4 5 6 7
32. Constantemente trato y me esmero en ayudar o complacer a quienes estimo	1 2 3 4 5 6 7
33. Tengo muchas habilidades y recursos	1 2 3 4 5 6 7
34. Me es muy difícil decir “no” a mis amistades	1 2 3 4 5 6 7
35. Nunca me siento seguro (a) en mis relaciones íntimas	1 2 3 4 5 6 7
36. Me siento constantemente diferente. A veces me siento extremadamente bien, otras veces me siento muy mal, como si fuese un (a) fracasado (a)	1 2 3 4 5 6 7
37. A menudo me incomoda el hecho que las cosas cambien	1 2 3 4 5 6 7
38. Aunque la persona más allegada a mí se fuera, yo continuaría solo (a)	1 2 3 4 5 6 7
39. Uno debe de ganarse el afecto de otros. En otras palabras, el afecto debe de ser ganado	1 2 3 4 5 6 7
40. Soy muy consciente de como mis palabras o conducta afectan a los demás	1 2 3 4 5 6 7
41. Frecuentemente me culpo por cosas que haya dicho o echo a los demás	1 2 3 4 5 6 7

42. Soy una persona muy independiente	1	2	3	4	5	6	7
43. Usualmente me siento culpable	1	2	3	4	5	6	7
44. Pienso que soy una persona muy compleja, con muchas facetas	1	2	3	4	5	6	7
45. Me preocupo mucho de ofender o herir a quienes estimo	1	2	3	4	5	6	7
46. El odio me espanta	1	2	3	4	5	6	7
47. Lo que cuenta no es quien uno sea, pero lo que uno haya logrado	1	2	3	4	5	6	7
48. Triunfe o fracase, me siento bien conmigo mismo (a)	1	2	3	4	5	6	7
49. Puedo fácilmente apartarme de mis sentimientos y problemas y dirigir mi atención hacia los sentimientos y problemas de otros	1	2	3	4	5	6	7
50. Si alguien a quien yo le tengo afecto se enoja conmigo, tendría temor que el / ella me abandonara	1	2	3	4	5	6	7
51. Me siento incomodo (a) cuando me dan responsabilidades importantes	1	2	3	4	5	6	7
52. Después de pelear con un (a) amigo (a), siento que debo de hacer las paces lo más pronto posible	1	2	3	4	5	6	7
53. Me es muy difícil aceptar debilidades en mi mismo (a)	1	2	3	4	5	6	7
54. Para mí es más importante disfrutar de mi trabajo que otros aprueben de este	1	2	3	4	5	6	7
55. Después de discutir me siento muy solo (a)	1	2	3	4	5	6	7

56. En mis relaciones con los demás me importa mucho lo que otros aporten	1	2	3	4	5	6	7
57. Raramente pienso en mi familia	1	2	3	4	5	6	7
58. Muy frecuentemente, mis sentimientos hacia a personas allegadas cambian: a veces me siento completamente enojado (a) y otras veces siento mucho cariño hacia dichas personas	1	2	3	4	5	6	7
59. Lo que hago y digo afecta a quienes me rodean	1	2	3	4	5	6	7
60. A veces pienso que soy especial	1	2	3	4	5	6	7
61. Me crié en una familia muy unida	1	2	3	4	5	6	7
62. Estoy muy satisfecho conmigo y mis logros	1	2	3	4	5	6	7
63. Espero mucho de aquellos con quienes me relaciono	1	2	3	4	5	6	7
64. Tiendo a criticarme mucho	1	2	3	4	5	6	7
65. El estar solo (a) no me molesta en lo absoluto	1	2	3	4	5	6	7
66. Muy frecuentemente me comparo con metas propuestas.	1	2	3	4	5	6	7

INVENTARIO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA - 3

NUNCA	POCAS VECES	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
0	1	2	3	4	5

1. Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme.
2. Creo que mi estómago es demasiado grande.
3. Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro.
4. Suelo comer cuando estoy disgustado.
5. Suelo hartarme de comida.
6. Me gustaría ser más joven.
7. Pienso en ponerme a dieta.
8. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes.
9. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos.
10. Me considero una persona poco eficaz.
11. Me siento muy culpable cuando como en exceso.
12. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado.
13. En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes.
14. La infancia es la época más feliz de la vida.
15. Soy capaz de expresar mis sentimientos.
16. Me aterroriza la idea de engordar.
17. Confío en los demás.
18. Me siento solo en el mundo.
19. Me siento satisfecho con mi figura.
20. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida.

21. Suelo estar confuso sobre mis emociones.
22. Preferiría ser adulto a ser niño.
23. Me resulta fácil comunicarme con los demás.
24. Me gustaría ser otra persona.
25. Exagero o doy demasiada importancia al peso.
26. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento.
27. Me siento incapaz.
28. He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer.
29. Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores.
30. Tengo amigos íntimos.
31. Me gusta la forma de mi trasero
32. Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada.
33. No sé qué es lo que ocurre en mi interior.
34. Me cuesta expresar mis emociones a los demás.
35. Las exigencias de la vida adulta son excesivas.
36. Me fastidia no ser el mejor en todo.
37. Me siento seguro de mí mismo.
38. Suelo pensar en darme un atracón.
39. Me alegra haber dejado de ser un niño.
40. No sé muy bien cuándo tengo hambre o no.
41. Tengo mala opinión de mí.
42. Creo que puedo conseguir mis objetivos.
43. Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes.
44. Temo no poder controlar mis sentimientos.

45. Creo que mis caderas son demasiado anchas.
46. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van.
47. Me siento hinchado después de una comida normal.
48. Creo que las personas son más felices cuando son niños.
49. Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso.
50. Me considero una persona valiosa.
51. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado.
52. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas.
53. Pienso en vomitar para perder peso.
54. Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado.
55. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.
56. Me siento emocionalmente vacío en mi interior.
57. Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos.
58. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.
59. Creo que mi trasero es demasiado grande.
60. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo.
61. Como o bebo a escondidas.
62. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado.
63. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos.
64. Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer.
65. La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome.
66. Me avergüenzo de mis debilidades humanas.
67. La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable.
68. Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales.

69. Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo.
70. Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento.
71. Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer.
72. Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas.
73. Soy comunicativo con la mayoría de la gente.
74. Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado.
75. La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente.
76. La gente comprende mis verdaderos problemas.
77. Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza.
78. Comer por placer es signo de debilidad moral.
79. Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira.
80. Creo que la gente confía en mí tanto como merezco.
81. Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol.
82. Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo.
83. Los demás dicen que me irrito con facilidad.
84. Tengo la sensación de que todo me sale mal.
85. Tengo cambios de humor bruscos.
86. Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo.
87. Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás.
88. El sufrimiento te convierte en una persona mejor.
89. Sé que la gente me aprecia.
90. Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo.
91. Creo que realmente sé quién soy.

FIN DE LA PRUEBA. COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES.