

Trastornos de alimentación y mentalización: baja función reflexiva en pacientes con bulimia

MARÍA DEL CARMEN GUTIÉRREZ ZAPATA^{1A} Y CARLES PÉREZ TESTOR^{2A}

RESUMEN

Trastornos de alimentación y mentalización: baja función reflexiva en pacientes con bulimia. El objetivo de este estudio es evaluar las habilidades de función reflexiva (FR) en pacientes con bulimia a través de la Entrevista de Apego Adulto FR. Los pacientes internados cumplen con los criterios de diagnóstico de bulimia (BN) según el DSMIV y se les aplicó la Entrevista de Apego Adulto para medir su función reflexiva (AAI-RF). Los pacientes con BN recibieron una puntuación baja de FR. Este estudio concluye que la teoría de la mentalización puede contribuir al entendimiento de la BN y que en dicha patología se muestra una FR baja, acentuándose cuando se acompaña de una patología limítrofe. **Palabras clave:** *función reflexiva, mentalización, bulimia nervosa, regulación afectiva.*

ABSTRACT

Eating disorders and mentalization: low reflexive function in patients with bulimia. The objective of this study is to evaluate reflexive function (RF) skills in patients with bulimia through the RF Adult Bonding Interview. Hospitalized patients meet the diagnostic criteria for bulimia (BN) according to the DSMIV. The Adult Bonding Interview has measured the patients' reflexive function (AAI-RF). Patients with BN got a low RF score. This study concludes that the mentalization theory can contribute to the understanding of BN and that this pathology shows a low RF score, being more severe in a borderline pathology. **Keywords:** *reflexive function, mentalization, bulimia nervosa, affective regulation.*

RESUM

Trastorns de l'alimentació i mentalització: baixa funció reflexiva en pacients amb bulímia. Objectiu: l'objectiu d'aquest estudi és avaluar les habilitats de funció reflexiva (FR) en pacients amb bulímia amb l'Entrevista de l'Aferrament Adult FR. Els pacients internats compleixen amb els criteris de diagnòstic de bulímia (BN) segons el DSMIV i se'ls va aplicar l'Entrevista d'Aferrament Adult per mesurar la seva funció reflexiva (AAI-RF). Els pacients amb BN van rebre una puntuació baixa d'FR. Aquest article conclou que la teoria de la mentalització pot contribuir a l'enteniment de la BN i que en aquesta patologia es mostra una FR baixa, que s'accentua quan s'acompanya d'una patologia límit. **Paraules clau:** *funció reflexiva, mentalització, bulímia nerviosa, regulació afectiva.*

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), como lo son la anorexia y la bulimia (BN), son considerados multifactoriales y son causados por factores psicológicos,

socioculturales y biológicos. 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 el primer factor de conflicto (Goodsitt, 1983).

¹Psicóloga clínica y Maestra en Psicoterapia Psicoanalítica. Sociedad Psicoanalítica de México.

²Psiquiatra. Profesor Titular de la Universitat Ramon Llull. Director Institut Universitari de Salut Mental Vidal i Barraquer.

^AUniversitat Ramon Llull. FPCEE Blanquerna. Grup de Recerca de Parella i Família.

Contacto: mdelcarmengz@blanquerna.url.edu

Recibido: 22/1/19 - Aceptado: 10/5/19

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)

La función reflexiva (FR) o mentalización es la habilidad para entender los comportamientos propios y de los demás en términos de estados mentales (sentimientos, creencias, intenciones y deseos) (Fonagy, Target, Steele y Steele, 1998). 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.

Allan Schore (2000) sugiere que el entorno social temprano, regulado por la figura del cuidador primario, tiene un impacto crucial en la forma en que se establecerán los circuitos neuronales en el cerebro del bebé y que serán responsables de la futura capacidad de regulación social y emocional que tenga el sujeto.

Función reflexiva y el papel que juega en los TCA

Los padres que pueden reflejar claramente las experiencias internas a sus hijos y son lo suficientemente sensibles para integrar el mundo *simbólico* derivan al niño una estructura psicológica estable. A través del reflejo de los padres se comienza a formar una realidad externa en el niño (Fonagy, Target, Steele y Steele, 1998). Se ha demostrado que el apego seguro facilita el desarrollo de la habilidad para entender pensamientos, sentimientos y deseos de uno mismo y de los demás (Fonagy, Steele y Steele, 1991). Los problemas en el desarrollo de la capacidad de mentalizar influyen, a su vez, al desarrollo de la personalidad y de la psicopatología (Bateman y Fonagy, 2010). La capacidad de mentalizar se encuentra enraizada en las relaciones tempranas del sujeto, 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 (Fonagy et al., 1998).

La regulación emocional es un factor en el desarrollo y mantenimiento de la BN. Desde una visión psicodinámica, los síntomas de la BN (atracción y vómito) están relacionados con la dificultad para el manejo de emociones negativas.

Los pacientes con TCA manifiestan dificultades para percibir los estímulos de sus cuerpos, como el hambre o la saciedad (Bruch, 1973), y muestran mayor dificultad para entender la conexión que existe entre sus síntomas y las emociones (Skårderud, 2007a).

Varios autores hablan de 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 (e.g. 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 (Skårderud, 2007b).

Las conductas de hiperactivación emocional funcionan en algunos de estos pacientes como una forma de regulación afectiva de emociones negativas, siendo inicialmente adaptativa, 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.

Algunos de los estudios consultados reportan que los pacientes con TCA muestran baja función reflexiva (Fonagy et al., 1996; Ward, Ramsay, Turnbull, Steele, Steele y Treasure, 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).

Medidas de la función reflexiva

Existen en la actualidad diversos instrumentos para medir la función reflexiva. 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.

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.

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 (e.g. *¿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 de posibilidad para que ello ocurra de manera espontánea (e.g. *¿Qué hacías cuando de niño te enfadabas?*)

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

Esta es una escala que evalúa la FR codificada a partir de las Entrevistas de Apego Adulto. Se busca:

- Conciencia de la naturaleza de los estados mentales;
- Un esfuerzo explícito para explicar la conducta;
- Reconocimiento de los aspectos de desarrollo de los estados mentales;
- Interacción con el entrevistador, indicación de los estados mentales de éste.

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.

Los puntajes posibles son: -1 (FR negativa), 1 (FR ausente pero no rechazada), 3 (FR dudosa o baja), 5 o 6 (FR definida o común), 7 (FR pronunciada o notable), 9 (FR completa o excepcional). Puede haber calificaciones que puntúan entre dos escalas de FR y se les asigna un número entre los dos rangos (Fonagy et al., 1998).

La función reflexiva ha pasado la prueba de confiabilidad a través del centro 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, cuatro de 20 entrevistas fueron incluidas en una prueba de fiabilidad inter-evaluador, mostrando nuevamente un alto nivel de fiabilidad inter-evaluador ($r = ,85$). La escala muestra confiabilidad inter-evaluadores entre 0,70 y 0,91. En su asociación con la entrevista de apego adulto (AAI), muestra un *alfa de Cronbach* de ,93 con respecto a la entrevista en su totalidad (Fonagy et al., 1998).

Nuestro propósito es explorar la relación entre la función reflexiva baja en los pacientes con TCA y la regulación afectiva. Primero presentaremos un breve resumen de las entrevistas con BN basándonos en cinco categorías propuestas por Pedersen, Lunn, Katznelson y Poulsen (2015) para clasificar los casos. Basado en las entrevistas, comprobaremos que la baja función reflexiva está relacionada con la dificultad para expresar y regular afectos (Fonagy et al., 1998).

Material y Método

Este estudio es una investigación cualitativa de dos pacientes adolescentes hospitalizadas de una clínica privada al norte de España con un diagnóstico de bulimia, según los criterios del DSM-IV (APA, 2013). Las entrevistas de las pacientes fueron realizadas y codificadas por el autor, realizando la entrevista de apego adulto y codificando la FR según el *Manual de Función Reflexiva* (Fonagy et al., 1998). El consentimiento informado fue firmado por las pacientes y fueron videograbadas, estando éstas de acuerdo. Para guardar la confidencialidad de las pacientes, se usaron nombres ficticios.

Resultados

Describimos ahora dos viñetas clínicas mostrando cómo hemos estudiado la función reflexiva. Son casos tratados en un hospital de día en Barcelona especializado en trastornos de la alimentación.

Las entrevistas fueron realizadas a pacientes que llevaban menos de dos semanas de internamiento.

Caso Victoria

Victoria tiene 17 años. Creció con su madre y con su hermano. Visitaban una vez al mes a su padre, que se encontraba en un centro penitenciario del cual sale cuando ella tiene 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, que también 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. En relación a su madre, refiere: “cuando llegaba a casa ella se ocupaba de 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, menciona que no lo recuerda, aunque piensa que seguramente sí. Dice haber sufrido acoso escolar y sugiere que era por su culpa: “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 adolescente. Como adulta, a lo largo de la entrevista no puede poner en palabras sus emociones. Responde, por ejemplo: “soy una basura, todo lo que me pasa 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. En una de las 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, 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. La paciente presenta una función reflexiva baja. 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.

Caso Ana

Ana tiene 17 años y fue adoptada a los dos. Tiene dos hermanos menores que también son adoptados. Refiere estar con una niñera, que la cuidaba la mayor parte del día, ya que ambos padres trabajaban hasta que ella cumplió los cuatro años. Con su madre tiene 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. Menciona 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 son 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 haces las cosas mal?... no recuerdo muy bien porque fumaba muchos porros.” Menciona sentirse mal, porque su madre ha sufrido mucho por sus conductas. La relación con su padre era distante. Lo describe como callado y tímido y no recuerda que hubiera mucha relación: “nunca he tenido una conversación con él, apenas hablaba; siempre estaba trabajando o yo terminando de cenar. Muchas veces le preguntaba algo y simplemente no me contestaba.”

Afectos y regulación como niños. Menciona 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 lo hiciera. “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 por qué le pasaba esto.

Regulación de los afectos como adolescente. Lloro 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, perdida”. 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, 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.

Análisis de los casos

Afectos de los padres y relación. En ambos casos la figura del padre es ausente durante la infancia. La figura de la madre es una figura que está físicamente presente, pero no disponible emocionalmente. No es empática con las necesidades de su hija. En el caso de Ana, la madre responde al enojo de su hija enfadándose con ella y reflejando la misma emoción, en lugar de ayudarla a metabolizar la emoción poniéndola en palabras. Determinadas características del cuidador promueven la existencia de un apego seguro, el cual es considerado la base que permite un desarrollo pleno del niño (Fonagy et al., 1998) y ha sido relacionado con el desarrollo de la Teoría de la Mente en la infancia temprana (Bateman y Fonagy, 2008). Un apego inseguro contribuye a un mal manejo de la regulación afectiva que puede dar como resultado un TCA (Tasca, Taylor, Bissada, Ritchie y Balfour, 2004).

El desarrollo de habilidades mentalizadoras depende de procesos internos entre el niño y sus padres. En esta misma línea, pensamos que existió un rechazo en la infancia o un desarrollo en un ambiente donde no adquirieron el entendimiento de uno mismo y de los demás (Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2002).

Afectos y regulación afectiva de niño. De acuerdo con la entrevista, durante la infancia de ambas pacientes se muestra dificultad para manejar las emociones. Victoria dice no recordar enojarse y tiende a aislarse. Por otro lado, Ana se golpeaba y no podía tener una representación verbal de los afectos. 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). Esta cuestión probablemente no se dio en ninguno de los dos casos.

Afectos y regulación de los afectos como adulta. Como adulta, 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. 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.

Cuerpo y TCA. En ambas pacientes, el cuerpo es un instrumento de regulación emocional. Ana menciona que cuando se enoja, se autolesiona, siendo capaz de tener una regulación afectiva únicamente a través del cuerpo. Victoria no es capaz de mencionar las emociones negativas.

Función reflexiva. Victoria obtuvo una puntuación de 1 (FR ausente), de acuerdo al manual de función reflexiva, ya que sus respuestas no reflejan un estado mental explícito. 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 éstos. Además, no muestra conciencia de los del entrevistador en sus interacciones. Las repuestas recibidas en cuatro de las ocho de las preguntas de demanda fueron calificadas con 1 punto:

- *Cercanía con los padres*: “mi madre es quien me crio y es a la que le tengo más confianza.”
- *Experiencias de rechazo*: “sí, pero es que ni es rechazo, soy yo que no quiero juntarme con la gente. Siempre he sido una persona rara que no ha congeniado con la gente. Normalmente no hablaba con nadie, porque siempre que intentaba hablar la cagaba y entonces prefería callar. Entonces, pues, ya es costumbre.”
- *Influencia de las experiencias en general de la niñez en la vida adulta*: “no, no lo sé, no tengo ni idea (risas); no tengo ni idea, la que soy, soy yo, no creo que sea culpa de nadie.”
- *Retroceso en el desarrollo*: “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.”

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 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.

Hay algunas instancias reflexivas, pero no tiene ninguna mentalización.

- *Cercanía con los padres*: “mi madre me ayudaba más, porque no trabajaba; entonces estaba a cargo de mí y de mis hermanos. Mi padre, como trabajaba, no hablaba con él”.
- *Experiencias de rechazo*: “sí, en el colegio, muchas veces me quedaba sola. No tenía con quién hacer equipo de trabajo, me tenían que meter en alguno, no sé porque me pasaba”.
- *Influencia de las experiencias en general de la niñez en la vida adulta*: “sí, un poco, me siento muy mal ahora, porque lo he hecho muy mal con mis padres, y yo quería lo mejor para mí, y el tiempo lo he perdido y no, no me perdono, no soy capaz de avanzar”.

- *Retroceso en el desarrollo*: “no, no creo.”

Ambas pacientes tienen un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP). Las pacientes adolescentes con un TCA que se autolesionan y que tienen un TLP muestran menor grado de FR que las que no tienen este diagnóstico (Bateman y Fonagy, 2010).

Discusión

La Entrevista de Apego 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 éstos. 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, 2007).

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

Fonagy y colaboradores (Fonagy et al., 2002; Bateman, Fonagy y Luyten 2012) mencionan que existe una relación entre alta mentalización y buena regulación emocional, coincidiendo con los resultados arrojados de ambas pacientes. Puntúan con un nivel bajo en mentalización, por lo que muestran una dificultad para regular y expresar los afectos.

La baja función reflexiva en los casos de Victoria y Ana está relacionada con la dificultad de expresión y regulación afectiva. En el caso de Victoria, no logra tener una expresión afectiva desde pequeña, ya que no hubo figuras de identificación que le pudieran poner en palabras y devolver las emociones; en el caso de Ana, no existe regulación afectiva por parte de sus padres. 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 re-introyección en el momento indicado.

Ambas pacientes describen ausencia de vinculación con el padre. En el caso de Ana, el padre sí que está presente, pero muestra una gran dificultad para poder expresar el afecto con su hija. Estos resultados coinciden con Ibáñez, Muñoz, Ortega y Soriano (2006): el control sin afecto sería otra forma de vincularse, como lo vemos en el caso de Victoria, siendo un padre poco presente y mostrando sobreprotección hacia ella.

La mayoría de las respuestas de las pacientes en ambas entrevistas demuestra 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 éste un cuerpo simbólico y vivido como una experiencia concreta.

En estas dos entrevistas podemos ver la dificultad que presentan para mentalizar y cómo 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 a considerar es que ambos pacientes muestran un TLP. Una de las comorbilidades de los pacientes con BN es que presenten un TLP, lo cual tiene una alta incidencia: un 37 % de pacientes BN manifiestan un TLP (O'Brien y Vincent, 2003). Este criterio es relevante para el tratamiento, ya que los pacientes con TLP presentarán mayores actuaciones y daños hacia su cuerpo, como es el caso de estas dos pacientes.

La función reflexiva baja en pacientes con TLP coincide con lo reportando por Fonagy et al. (1996); Levy et al. (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 están hospitalizados con un diagnóstico de TLP severo, y tampoco manifiestan intentos suicidas, autolesiones, o una excesiva inestabilidad en sus relaciones.

Una limitación de nuestro estudio es que se extrapola un fenómeno observado en una muestra muy pequeña.

Conclusiones

La baja metalización juega un importante rol en la etiología y el mantenimiento de BN, al lograr identificar el afecto, expresándolo verbal y simbólicamente y entendiendo las causas de este estado mental. (e.g. "me siento triste cuando mis padres pelean enfrente de mí"), tendrá mejores herramientas para manejar factores estresantes que pueden desencadenar en la sintomatología de la BN (Rothschild et al., 2018).

Es necesario diferenciar las comorbilidades de las que puede ir acompañada la BN para un tratamiento indicado, ya que un TLP es un criterio importante para manifestar una función reflexiva baja.

Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A. y 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., y Fonagy, P. (2010). *Mentalization based treatment for borderline personality*. London: Univeristy College London.
- Bateman, A., Fonagy, P. y Luyten, P. (2012). Introduction and Overview, En A. Bateman y P. Fonagy (eds.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, pp 3-43.
- Bion, W. R. (1962). A theory of thinking. *International Journal of Psycho-Analysis*, 43, 306-310.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss, sadness, and depression*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- 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
- Cole-Detke, H. y Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 282-90.
- 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., Steele, H. y Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant - mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891-905.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M. y 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., Steele, H. y Steele, M. (1998). *Reflective functioning manual for application to adult attachment interviews*. London: Univesity College London.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. J. y Target, M., (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Goodsitt, A. (1983). Self-regulatory disturbances in eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.*, 2: 51-60.
- Ibáñez, M. N., Muñoz, C. D., Ortega, G., M. y 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.
- Kaplan, N. y Main, M. (1996). *Adult Attachment Interview (third edition)*. Manuscrito no publicado. Berkeley: Department of Psychology, University of California.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F. y Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1027-1040.
- Mathiesen, B. B., Pedersen, S. H., Sandros, C., Katznelson, H., Wilczek, A., Poulsen, S. B. y Lunn, S. (2015). Psychodynamic Profile and Reflective Functioning in patients with Bulimia Nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 62, 20-26.
- Müller, C., Kaufhold, J., Overbeck, G. y Grabhorn, R. (2006). The importance of reflective functioning to the diagnosis of psychic structure. *Psychol Psychother*, 79: 485-494
- O'Brien, K. M. y Vincent, N. K. (2003). Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: Nature, prevalence and causal relationships. *Clinical Psychology Review*, 23, 57-74.
- Pedersen, S. H., Lunn, S., Katznelson, H. y 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. y 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.
- Rothschild-Yakar, L., Levy-Shiff, R., Fridman-Balaban, R., Gur, E. y Stein, D. (2010). Mentalization and Relationships With Parents as Predictors of Eating Disordered Behavior. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 501-507.
- Schore A. N. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment. Human. Dev.* 2 23-47.
- Skårderud, F. (2007a). 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. (2007b). Eating one's words. Part II. The embodied mind and reflective function in anorexia nervosa. Theory. *European Eating Disorders Review*. In press.
- Skardrud, 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, J. M., Wonderlich, S. A., Heron, K. E., Sliwinski, M. J., Crosby, R. D., Mitchell, J. E. y 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.
- Tasca, G. A., Taylor, D., Bissada, H., Ritchie, K. y 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.
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. New York: Guilford.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele H. y Treasure, J. (2001). Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 497-505.
- Zachrisson, H. D. y Skårderud, F. (2010), Feelings of insecurity: Review of attachment and eating disorders. *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 18: 97-106.