

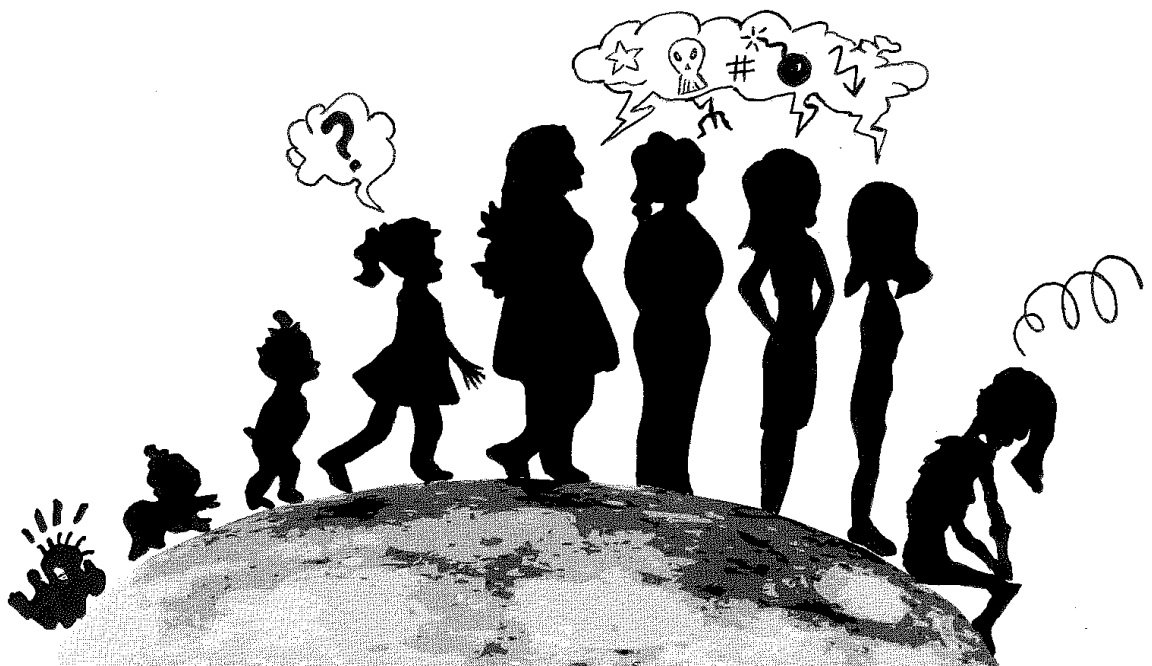
# Estilos de apego y capacidad de mentalización en trastornos alimentarios

Iratxe Redondo Rodríguez



Universidad de Deusto  
Deustuko Unibertsitatea

**Deusto**



**TESIS DOCTORAL**

**Bilbao, diciembre de 2014**



## **Agradecimientos:**

*Cuando emprendí el camino para escribir esta tesis imaginé que sería un proceso lleno de alegrías, posibilidades y grandes aprendizajes, pero también intuí que como tal, sería costoso y no estaría exento de dificultades. Ahora, al volver la vista atrás y valorarlo en perspectiva, quisiera dirigir unas palabras de agradecimiento a todas las personas e instituciones que en su medida y a su manera, han contribuido a que pueda sacar este proyecto adelante.*

*En primer lugar, a mi directora Ana Estévez, por confiar incondicionalmente en mí y darme la libertad de desarrollar un proyecto propio y creativo, ofreciéndome en todo momento su guía, ideas y recursos al alcance. Su disponibilidad, cercanía, flexibilidad y buen humor han facilitado enormemente mi trabajo durante estos años. Espero poder seguir estando cerca de ti de aquí en adelante.*

*También quería hacerlo extensible a la Universidad de Deusto y a todos los miembros de mi equipo de investigación, así como a los de la sala “de arriba”, sobre todo a Laura, David, Paula y Clara, por su ayuda práctica, su escucha y su apoyo moral, los momentos de risas y quejas compartidas, y todos esos cafés de media mañana en el laberinto. A vuestro lado este proceso ha resultado mucho más agradable, llevadero e interesante.*

*Así mismo, a todos y cada uno de los centros colaboradores, tanto facultades universitarias como instituciones dirigidas al tratamiento de pacientes con trastornos alimentarios, y muy especialmente al Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Uribe-Kosta y a la Asociación ACABEbi, que desde el primer momento se interesaron por mi trabajo y me facilitaron la puesta en contacto con los participantes.*

*Igualmente, a Patrick Luyten, que me abrió las puertas de su equipo de investigación y me hizo sentir como en casa; su iniciativa, fresca y novedosa aportaciones contribuyeron a enriquecer un trabajo ya en desarrollo. Más allá del ámbito de lo profesional, la estancia en Lovaina supuso para mí un momento de crecimiento personal importante.*

*Antes de terminar, me gustaría también agradecerse a mi psicoanalista Elena, por su paciencia infinita y su bien hacer, y por ayudarme a orientar algunos aspectos de mi vida de otro modo, infundiéndome esperanza e iluminándome el camino en los momentos difíciles.*

*Finalmente, quería hacer una mención especial a mi familia, especialmente a mis padres, que siempre han estado ahí dándome lo mejor de sí mismos, animándome y ofreciéndome su cariño; a ellos, que desde pequeña me enseñaron el valor del esfuerzo y la superación, y el gusto por el trabajo bien hecho, que tantas metas me han ido permitiendo alcanzar.*

*Y como no, al Gobierno Vasco, por haberme concedido la beca que ha posibilitado dar forma y desarrollar la idea inicial, que paulatinamente ha dado lugar a todo lo que se plasma por escrito de aquí en adelante en este texto.*

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN A LA MENTALIZACIÓN</b> .....	<b>18</b>
1.1. Qué es la Mentalización .....	20
1.1.1. Funciones, beneficios y repercusiones de la capacidad mentalizadora.....	22
1.2. Conceptualización de la Mentalización a lo largo del tiempo.....	24
1.3. Desarrollo evolutivo de la capacidad mentalizadora.....	27
1.3.1. Los Modos Prementalizadores.....	30
1.3.1.1. El modo de “Equivalencia Psíquica” .....	30
1.3.1.2. El modo “Como si”.....	31
1.3.1.3. El modo “Teleológico” .....	32
1.4. Polaridades de la Mentalización .....	33
1.4.1. Polaridad Explícita (controlada) vs Implícita (automática).....	34
1.4.2. Polaridad Interna vs Externa.....	36
1.4.3. Polaridad Centrada en el self vs Centrada en el otro .....	37
1.4.4. Polaridad Cognitiva vs Afectiva .....	39
1.5. Evaluación de la Mentalización: Dificultades y aspectos a considerar .....	41
1.5.1. Solapamiento de la Mentalización con otros constructos.....	44
1.5.1.1. Alexitimia.....	45
1.5.1.1.1. Conceptualización de la Alexitimia.....	45
1.5.1.1.2. Evaluación de la Alexitimia .....	48
1.5.1.1.3. Solapamiento y diferencias entre Alexitimia y Mentalización .....	48



<b>CAPÍTULO II. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN.....</b>	<b>72</b>
2.1. Introducción a los Trastornos de la Alimentación.....	74
2.2. Historia de los Trastornos de la Alimentación .....	75
2.2.1. Historia de la Anorexia.....	75
2.2.2. Historia de la Bulimia.....	79
2.3. Trastornos de la Conducta Alimentaria: Clasificación y diagnóstico según DSM-IV-TR y DSM-V.....	80
2.3.1. Anorexia Nerviosa (AN) .....	81
2.3.2. Bulimia Nerviosa (BN).....	84
2.3.3. Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados (TCANEs) .....	87
2.4. Epidemiología de los Trastornos de la Alimentación.....	87
2.5. Trastornos de la Alimentación desde la Teoría de la Mentalización.....	89
2.5.1. Trastornos de la Alimentación y Modos de Funcionamiento Premen- talizadores .....	91
2.5.1.1. El modo de “Equivalencia psíquica” .....	91
2.5.1.2. El modo “Como si”.....	92
2.5.1.3. El modo “Teleológico” .....	93
2.5.2. Mentalización corporalizada: “Embodiment”.....	94
2.5.3. Distorsión de la imagen corporal .....	95
2.5.4. Confusión interoceptiva y déficits del self.....	96
2.5.5. Trastornos de la alimentación desde las Polaridades de la Mentaliza- ción.....	98

2.5.5.1. Alexitimia y Trastornos de la Alimentación.....	99
2.5.5.2. Empatía y Trastornos de la Alimentación.....	102
2.5.5.3. Mindfulness y Trastornos de la Alimentación .....	103
2.5.5.4. Teoría de la Mente y Trastornos de la Alimentación.....	106

**CAPÍTULO III. ORIGEN DE LA CAPACIDAD MENTALIZADORA EN LAS RELACIONES DE APEGO ..... 112**

3.1. Definición y tipos de Apego.....	114
3.1.1. Introducción .....	114
3.1.2. Componentes del sistema de Apego.....	115
3.1.3. Tipos de Apego en la infancia .....	117
3.2. Conceptualización actual del Apego en la vida adulta.....	118
3.2.1. Aproximaciones teóricas y empíricas del estudio del Apego adulto ...	
.....	119
3.3. Relaciones de Apego e interacciones mentalizadoras como contexto para la Mentalización .....	124
3.4. Trauma en las relaciones de Apego y dificultades de Mentalización.....	128
3.5. Relaciones de Apego y Trastornos de la Alimentación.....	131

**CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES Y PROPUESTA DE ESTUDIO ..... 136**

**CAPÍTULO V. EL PRESENTE ESTUDIO..... 144**

5.1. ESTUDIO 1: ADAPTACIÓN A LA MUESTRA ESPAÑOLA DE LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS ..... 146

    5.1.1. Empathy Quotient (EQ)..... 146

        5.1.1.1. Introducción ..... 146

        5.1.1.2. Método ..... 148

            5.1.1.2.1. Participantes..... 148

            5.1.1.2.2. Instrumentos ..... 149

            5.1.1.2.3. Procedimiento ..... 151

        5.1.1.3. Resultados ..... 152

        5.1.1.4. Discusión..... 157

    5.1.2. Reading the Mind in the Eyes Test (RMET) ..... 161

        5.1.2.1. Introducción ..... 161

        5.1.2.2. Método ..... 165

            5.1.2.2.1. Participantes e Instrumentos ..... 165

            5.1.2.2.2. Procedimiento ..... 166

        5.1.2.3. Resultados ..... 167

        5.1.2.4. Discusión..... 169

5.2. ESTUDIO 2. RELACIÓN ENTRE APEGO, MENTALIZACIÓN Y SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA ..... 172

    5.2.1. Objetivos e hipótesis..... 172

    5.2.2. Método..... 175

5.2.2.1. Participantes .....	175
5.2.2.1.1. Muestra de mujeres sin trastornos alimentarios .....	175
5.2.2.1.2. Muestra de mujeres con anorexia nerviosa .....	176
5.2.2.2. Instrumentos.....	177
5.2.2.3. Procedimiento .....	180
5.2.3. Resultados.....	182
5.2.3.1. Resultados 1. Diferencias entre Apego, Mentalización y Sintomatología alimentaria en mujeres con anorexia nerviosa y en mujeres sin trastornos alimentarios.....	182
5.2.3.2. Resultados 2. Relaciones entre Apego, Mentalización y Sintomatología alimentaria .....	186
5.2.3.2.1. Mediación a través de la Alexitimia de la influencia del Apego en la Sintomatología alimentaria .....	190
5.2.3.2.2. Mediación a través del Mindfulness de la influencia del Apego en la Sintomatología alimentaria .....	193
5.2.3.2.3. Relación entre Apego, Empatía y Sintomatología alimentaria.....	196
5.2.3.2.4. Relación entre Apego, Teoría de la Mente emocional (eToM) y Sintomatología alimentaria.....	196
5.2.4. Discusión .....	197
<b>CONCLUSIONES FINALES.....</b>	<b>204</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>220</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>284</b>

# INTRODUCCIÓN

---



Los trastornos alimentarios se encuentran entre los trastornos mentales crónicos más prevalentes entre los adolescentes y adultos jóvenes. En los últimos años se ha observado una reducción en su edad de inicio, lo que constituye un problema importante para el sistema de salud, tanto por las graves consecuencias físicas y psicológicas que conlleva para quienes lo padecen, como por el alto coste que estos representan para el mismo. El presente estudio tiene como objetivo evaluar el papel desempeñado por las relaciones de apego y la capacidad mentalizadora en la aparición y/o mantenimiento de la sintomatología alimentaria.

El primer capítulo de este trabajo introduce el tema de la mentalización. Se describe ampliamente en qué consiste, cuáles son los modos prementalizadores que anteceden a un desarrollo completo de la capacidad mentalizadora, así como los distintos desarrollos teóricos del concepto, haciendo especial hincapié en el último de ellos, es decir, la mentalización entendida como un constructo que comprende distintas polaridades. Concretamente se distingue entre la explícita-implícita, la externa-interna, la centrada en el self-centrada en el otro y la cognitiva-afectiva. Mientras que la mentalización implícita se refiere a los procesos inconscientes o automáticos, la explícita refleja intentos deliberados o conscientes para llevarla a cabo; la interna se focaliza en pensamientos, sentimientos y experiencias internas, mientras que la externa se refiere a los procesos mentales que se basan en las características físicas o visibles o acciones; con respecto al objeto, la mentalización puede estar centrada en el self o en el otro; finalmente, ésta puede referirse a procesos cognitivos o afectivos.

Además, en este primer capítulo se incluyen las dificultades que existen para evaluar la mentalización, y se propone, basándose en los autores más relevantes en este ámbito, la evaluación de ésta a partir de constructos afines que se solapan con dichas polaridades. Para ello se exponen los constructos seleccionados (Alexitimia, Empatía, Mindfulness y Teoría de la mente) y su evaluación, y se describen de forma pormenorizada los puntos en común con las polaridades de la mentalización antes descritas.

El segundo capítulo aborda los trastornos de la alimentación. Para ello, se realiza una breve revisión histórica de los conceptos de anorexia y bulimia, se repasa el sistema clasificatorio que más se emplea en la actualidad en sus versiones cuarta y quinta, y se

apuntan algunos datos epidemiológicos. A continuación, se describe de forma detallada la comprensión de los trastornos alimentarios a la luz de la Teoría de la Mentalización en sendos subapartados, para finalizar con una revisión de los estudios llevados a cabo hasta el momento sobre trastornos alimentarios desde los constructos solapados con las polaridades (Alexitimia, Empatía, Mindfulness y Teoría de la mente).

En el tercer capítulo se profundiza en el concepto de apego y sus subtipos, y clarifica el papel de este vínculo y de las relaciones tempranas en el desarrollo de la capacidad mentalizadora y la consiguiente construcción del self. Concretamente se describe el apego seguro como un importante factor facilitador y el inseguro asociado a fallas y dificultades en la misma. También se hace alusión a las aproximaciones teóricas y empíricas al estudio del apego y a la problemática que presentan algunos de los instrumentos de evaluación empleados hasta el momento.

Cerrando la parte teórica, el cuarto capítulo recoge las diversas conclusiones que se extraen de la revisión teórica y que justifican la realización de este estudio.

El quinto capítulo constituye la parte empírica propiamente dicha. Se divide en 2 estudios independientes, cada uno con sus propios objetivos, hipótesis, método y discusión, pero que se desprenden de una misma base teórica y que van dirigidos a un mismo fin. El estudio 1, que lleva por título “Adaptación a la muestra española de los instrumentos utilizados” se dirigió a validar los instrumentos *Empathy Quotient* y *Reading the Mind in the Eyes Test* respectivamente con población adulta joven. Para ello tomaron parte un total de 433 estudiantes universitarios (322 mujeres y 111 hombres), que completaron estas medidas junto con la Subescala Toma de Perspectiva de Interpersonal Reactivity Index y la Escala de Alexitimia de Toronto. En el caso del *Reading the Mind in the Eyes Test* la autora construyó una versión informatizada que fuera susceptible de aplicarse de manera grupal.

En cuanto a los resultados obtenidos en este primer estudio, el *Empathy Quotient* mostró unos indicadores de ajuste excelente. Además se corroboró una estructura jerárquica coincidente con las versiones de otros países, con 1 factor de primer orden referido a la capacidad empática general, y 3 factores de segundo orden que dan cuenta de la empatía cognitiva, la afectiva y las habilidades sociales. A su vez, el *Reading the*

*Mind in the Eyes Test* mostró al igual que las versiones de otros países, una solución unifactorial, con índices de fiabilidad y validez adecuados, constituyéndose así en una prueba objetiva, válida, fiable y atractiva de la captación de estados mentales en el otro a través de la mirada.

En el estudio 2, titulado “Relación entre apego, mentalización y sintomatología alimentaria” se exploraron las complejas relaciones entre estas tres variables. Por un lado, se evaluaron las diferencias y similitudes en los estilos de apego, la capacidad mentalizadora (con los respectivos constructos solapados) y la sintomatología alimentaria comparando una muestra de mujeres anoréxicas ( $N=38$ ) con otra sin trastornos alimentarios ( $N=304$ ). Para ello las participantes completaron la versión española del Cartes, Modèles Individuels de Relation (CaMir) para evaluar el apego, la Escala de Alexitimia de Toronto para evaluar alexitimia, el *Empathy Quotient* y la Subescala Toma de Perspectiva de Interpersonal Reactivity Index con el fin de evaluar empatía, la *Mindful Awareness Attention Scale* como medida de mindfulness, el *Reading the Mind in the Eyes Test* como medida de Teoría de la mente emocional y el *Eating Attitude Test* para valorar psicopatología alimentaria. El apartado de resultados muestra las diferencias entre los grupos en todas las variables halladas a partir de la *Prueba t*, y seguidamente se exponen las conclusiones que se derivan de ellas.

Por otro lado, en el estudio 2 también se trató de investigar el papel mediador de la capacidad de mentalización en la relación entre los estilos de apego y la sintomatología alimentaria, empleándose una muestra global compuesta por mujeres con y sin trastornos alimentarios ( $N=360$ ) y usando los Modelos de Ecuaciones Estructurales como estrategia de análisis de los datos. Para ello, en primer lugar se describe en qué consiste esta estrategia y se presentan las correlaciones entre todas las variables. A continuación se exponen los modelos de mediación propuestos de forma gráfica para cada una de las variables mediadoras posibles, así como sus diferentes variaciones y los modelos de ajuste; para concluir se desarrolla de forma amplia la discusión de los resultados encontrados, las limitaciones del estudio y las direcciones futuras que se derivan.

Finalmente y como cierre del estudio, se exponen las conclusiones generales referidas a toda la presente tesis. Éstas ponen de manifiesto la importancia de la

capacidad mentalizadora en estos trastornos, y ofrecen claves aplicables a la práctica clínica con estas pacientes, dejando algunas líneas de futuro indicadas, e invitando a seguir investigando sobre el vasto e interesante campo de las relaciones de apego y la capacidad de mentalización en los trastornos alimentarios.



# **CAPITULO I**

---

## **INTRODUCCIÓN A LA MENTALIZACIÓN**



## 1.1. QUÉ ES LA MENTALIZACIÓN

La mentalización o función reflexiva tal como se define actualmente desde la Teoría de la Mentalización es una actividad mental imaginativa que nos permite percibir e interpretar el comportamiento humano propio y ajeno en términos de estados mentales (necesidades, deseos, sentimientos, creencias y objetivos) (Allen, Fonagy y Bateman, 2008; Bateman y Fonagy, 2006), es decir, la mentalización podría entenderse como “tener la mente en mente”. Por tanto, y en este sentido, no toda actividad mental puede considerarse como mentalizadora, sino solo aquella que se refiere a dichos estados mentales.

La mentalización requiere esfuerzo mental y atención, para ser consciente de lo que tanto uno mismo como los demás están pensando o sintiendo (Allen et al., 2008). Para ello es necesario poner en marcha una serie de capacidades representacionales y habilidades inferenciales de distinto nivel de complejidad (Gergely, 2003).

También implica una actitud de apertura y curiosidad, de exploración de posibilidades acerca de lo que ocurre en la mente de los demás y en la propia, así como de una tolerancia a la ambigüedad, es decir, conformarse con no saber (Allen et al., 2008). De hecho, las explicaciones del comportamiento en términos de estados mentales de los otros son relativamente falibles comparadas con las explicaciones que se refieren a aspectos del mundo físico. Éstos últimos son menos ambiguos, porque el mundo físico es menos cambiante. El centrarse en el mundo de lo mental conduce a sacar conclusiones mucho más inciertas que el centrarse en las circunstancias físicas, porque se refiere a la mera representación de la realidad más que a la realidad en sí misma. Además, en este sentido, no existe una correspondencia o acuerdo, dado que la historia personal y la capacidad de imaginar de cada uno pueden conducir a sacar diferentes conclusiones sobre el estado mental de los otros (Bateman y Fonagy, 2012).

En principio, la mentalización es una capacidad que todos desarrollamos si no existen anormalidades genéticas o condiciones de privación extremas, una capacidad “de sentido común”, dado que todos tratamos de forma natural en nuestro día a día, de comprender el comportamiento de la gente y de descubrir por qué los demás piensan y sienten de la manera en que lo hacen. Fonagy y sus colaboradores (Fonagy, Gergely,

Jurist y Target, 2002) suponen que la capacidad de mentalización no aparece simplemente por sí misma como una propiedad de la maduración, sino que tiene que primeramente desarrollarse a partir de los primeros años de vida, en el intercambio con las principales figuras de referencia o figuras de apego (ver Capítulo III).

Esta capacidad resulta necesaria y útil para enfrentarse a una gran variedad de situaciones del devenir diario que exigen dar una respuesta mentalizadora. Algunas de ellas podrían ser las siguientes:

- Aclarar un malentendido con un amigo
- Calmar a un niño (\*) que tiene una pataleta
- Desarrollar estrategias para frenar la sobreingesta
- Convencer al jefe para que te dé un ascenso
- Proponer matrimonio
- Describir síntomas y problemas al psiquiatra

También resulta necesario señalar que algunas situaciones y condiciones son más propicias para la mentalización que otras, siendo el nivel de activación emocional una de las variables más influyentes en las fluctuaciones que se pueden dar. Así, se ha demostrado que el mejor desempeño mentalizador se da cuando el nivel de activación no es demasiado alto ni demasiado bajo. Dado que para que se dé una buena mentalización la sensación de seguridad es importante, cuando una persona se siente amenazada (enfadada o asustada) las respuestas de “lucha o huida” se activan, el foco se pone solo en la auto-protección, lo que impide ser capaz de tomarse el tiempo necesario para pensar de manera clara, y mucho menos para considerar la perspectiva del otro (Allen et al., 2008).

La mentalización hábil y exitosa es flexible y equilibrada, e implica fundamentar nuestro proceso imaginativo en la realidad, si es necesario preguntando también a otros acerca de lo que piensan y sienten, en vez de simplemente basarse en los propios supuestos y proyecciones. Como la mentalización es abierta y permite múltiples perspectivas, sabemos que el proceso mentalizador se ha estancado cuando tenemos una certeza incuestionable acerca de una realidad (Allen et al., 2008).

(\*) Para una mayor facilidad de redacción se empleará el género masculino para hacer referencia tanto al hombre como a la mujer.

Como se ha señalado anteriormente, el adoptar una postura mentalizadora, es decir, el concebirnos a nosotros mismos y a los demás como teniendo una mente, requiere de una serie de capacidades representacionales que se deben al funcionamiento de numerosos sistemas corticales. La mentalización está sobre todo asociada con la activación de áreas prefrontales medias del cerebro. Así mismo, sigue investigándose la participación de varios sistemas cerebrales en diferentes aspectos de la mentalización, incluyendo los que subyacen a los procesos atencionales y a las reacciones emocionales (Allen et al., 2008). Algunos de ellos, se explicarán con una mayor precisión en el apartado 1.4. “Polaridades de la mentalización”, si bien no es el objeto de esta revisión ni de este estudio el centrarse específicamente en ellos.

#### 1.1.1. FUNCIONES, BENEFICIOS Y REPERCUSIONES DE LA CAPACIDAD DE MENTALIZADORA

El desarrollo de la capacidad mentalizadora es un proceso de gran relevancia, ya que ofrece una serie de beneficios a nivel individual y relacional. A continuación se exponen algunos de ellos, con el fin de brindar un panorama general y subrayar su papel en los diversos ámbitos del funcionamiento mental e interpersonal (Lanza, 2011a):

- a) El hecho de poder atribuir estados mentales a los demás (creencias, sentimientos motivaciones), hace que el comportamiento de éstos se vuelva entendible y las relaciones interpersonales se faciliten.
- b) Atribuir estados mentales a los demás permite también predecir su comportamiento y anticiparnos a la actitud que adoptarán, así como regular nuestra propia conducta en consecuencia.
- c) La mentalización adecuada del adulto promueve también el apego seguro y la buena capacidad mentalizadora en el niño (Fonagy, Target, Steele y Steele, 1998), ya que cuanto mejor es la captación del sentido del comportamiento del niño, con mejor adecuación y sintonía se le puede responder, facilitando así tanto la relación de cercanía como el interés por los estados mentales.

- d) La mentalización que se dirige a aprehender el estado emocional del otro y que despierta una reacción afectiva acorde a ese estado emocional, sienta las bases de lo que llamamos empatía.
- e) La mentalización mejora la comunicación, ya que para mantener un diálogo fluido es necesario captar el estado emocional de nuestro interlocutor (por ejemplo, al aparentemente sencillo hecho ceder turnos en una conversación o ajustar la propia postura, expresión facial y tono de voz a la situación, subyace la capacidad de mentalizar).
- f) La mentalización ayuda a procesar las actitudes (negativas) de los otros hacia el self; por ejemplo, el poder descentrarse y advertir que el mal humor de otro tiene que ver con sus problemas laborales y no con algo propio, ayuda a sortear la experiencia sin que se interprete como una actitud de daño u hostilidad hacia el self.
- g) La posibilidad de registrar, identificar y denominar los propios deseos y emociones dota de riqueza y de significación nuestro mundo interno y nuestras vidas, lo que a la vez, nos permite orientarnos en la toma de decisiones. Las perturbaciones en esta función nos producen un sentimiento de vacío y nos dejan sin brújula que nos oriente en la acción.
- h) La capacidad mentalizadora permite una adecuada identificación, diferenciación y denominación de los propios deseos y sentimientos, favorece la posibilidad de regularlos y de tomar decisiones respecto a la expresión de los mismos.
- i) La mentalización permite diferenciar los pensamientos de la realidad efectiva y moverse en el espacio representacional conectando los pensamientos con los hechos, pero siendo consciente de su diferencia. Gracias a ello es posible amortiguar el efecto de pensamientos angustiantes, autocríticos, desvalorizantes etc., al discernirlos como “meros pensamientos” y no confundirlos con la realidad efectiva.

- j) La mentalización facilita discernir que nuestro modo de percibir la realidad es solo un punto de vista entre otros posibles, ya que no consiste en un reflejo de la realidad misma. Esto da pie a que podamos relativizar nuestro modo de ver las cosas y admitir (mediante una actitud abierta y flexible) que el mismo hecho puede ser visto desde distintas perspectivas.
- k) La mentalización nos permite adoptar una perspectiva del desarrollo, y así entender que con el crecimiento, la comprensión que tenemos de los demás se profundiza y complejiza. Esta profundización posibilita, por ejemplo, entender mejor a nuestros padres a medida que vamos creciendo, o darnos cuenta de que el pensamiento del niño es diferente al del adolescente y al del adulto, lo que posee una gran importancia en relación a los propios hijos.
- l) La mentalización es una pieza clave en la constitución y desarrollo del self, ya que si la figura de apego contempla al niño como un ser con estados mentales intencionales, éste interioriza así la visión de sí mismo y va construyendo un self psicológico en este sentido.

## **1.2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA MENTALIZACIÓN A LO LARGO DEL TIEMPO**

La conceptualización de la mentalización ha ido variando y complejizándose en los últimos 20 años, a medida que la investigación sobre la misma se profundizaba. Inicialmente, comenzó con el intento de Peter Fonagy y otros autores por comprender y abordar la patología borderline basándose en conceptos psicoanalíticos y de la Teoría del apego, así como de la Teoría de la Mente.

Actualmente incluye una teoría elaborada de las distintas facetas de la mentalización y de las funciones psicológicas que subyacen a ellas, una teoría del desarrollo, articulaciones con las neurociencias, diversos métodos para la evaluación del funcionamiento reflexivo, y una serie de propuestas clínicas para el abordaje de patologías graves (Lanza, 2011b).

Los autores consideran que el énfasis en mentalizar es más bien un refinamiento que una innovación, y que la mentalización es un factor inherente a los diferentes tratamientos terapéuticos (terapia cognitiva, interpersonal, centrada en el cliente etc.), que la promueven a través de las más diversas técnicas (Allen et al., 2008).

Así mismo, el enfoque de la mentalización se ha ido aplicando y extendiendo a distintos campos, adaptándose a las particularidades de los mismos como modo de intervención, por ejemplo en la terapia de familia (Fearon et al., 2006), de pareja (Younger, 2006), de grupo (Bateman y Fonagy, 2004), talleres de psicoeducación (Haslam-Hopwood, Allen, Stein y Bleiberg), grupos de profesionales en crisis (Bleiberg, 2006) y prevención de la violencia en las escuelas (Allen et al., 2008) entre otros.

En cuanto al desarrollo teórico propiamente dicho, podemos diferenciar tres momentos principales importantes en dicha conceptualización, al modo de hitos en los que cristalizaron ideas que fueron apareciendo en diversos trabajos publicados entre un momento y otro (Lanza, 2011c).

El primero de ellos queda expresado en el Manual de 1998 (Fonagy et al., 1998), y consiste en la extensión de la teoría de Main (1991) sobre el “monitoreo metacognitivo”. En él se diferencian cuatro dominios en el ámbito de la mentalización:

1) *Conciencia de la naturaleza de los estados mentales*: incluye el darse cuenta que los estados mentales son opacos, lo que implica que los juicios sobre dichos estados son siempre conjeturas o elucubraciones, el hecho de que los estados mentales son susceptibles de ser camuflados o transformados, así como de la naturaleza defensiva de algunos de estos estados.

2) *Esfuerzos explícitos por inferir los estados mentales que subyacen al comportamiento*: incluyen, por ejemplo, la atribución precisa de los estados mentales a otros o a uno mismo; la previsión de que los sentimientos relacionados con una situación determinada pueden no estar relacionados con los aspectos observables de la misma; el reconocimiento de que son posibles diversas perspectivas sobre el mismo

hecho; la capacidad de tener en cuenta la incidencia (en ocasiones distorsionadora) del propio estado mental al interpretar la conducta de los demás, etc.

3) *Reconocimiento de aspectos del desarrollo de los estados mentales*: incluye, por ejemplo, la toma de conciencia de los cambios en los estados mentales propios y ajenos debido al cambio en la edad; la aprehensión de que el comportamiento de los padres hacia uno mismo ha sido influido por las actitudes de sus propios padres para con ellos; la capacidad de reconsiderar pensamientos y sentimientos sobre la infancia a la luz de la comprensión lograda con el crecimiento, etc.

4) *Estados mentales en relación al terapeuta o entrevistador*: incluye por ejemplo, el discernimiento de la separación de las mentes (el terapeuta no puede saber lo que hay en la mente propia ni comparte los propios estados mentales); el no dar por sentado que el interlocutor conoce algo de lo cual no se ha informado todavía, etc.

El segundo momento es caracterizado en el libro de Fonagy et al. (2002), y en el de Bateman y Fonagy (2004). Este punto de vista considera la mentalización como parte de la Función Interpretativa Interpersonal (que incluye también el control atencional y la regulación de los afectos). En este texto la Función Interpretativa Interpersonal es considerada el producto de un sistema neural dominante implicado en el procesamiento de todas las experiencias nuevas (Lanza, 2011c).

Finalmente, a partir de 2009, teniendo en cuenta los avances de la neurociencia, como así también los resultados de las investigaciones sobre el desarrollo social y cognitivo, junto a la experiencia clínica acumulada, Peter Fonagy y sus colaboradores proponen trazar un cuadro diferenciado de la mentalización basado en cuatro polaridades, que deben estar equilibradas adecuadamente en cada situación para que el mentalizar funcione eficazmente (Fonagy y Luyten, 2009; 2010). Conceptualizan así la mentalización como un constructo multidimensional, cuyas dimensiones o polaridades dependen de los distintos sistemas neuronales. Las cuatro polaridades, que se explicarán de forma detallada en un apartado posterior, son las siguientes: 1) Polaridad explícita vs implícita; 2) Polaridad interna vs externa; 3) Polaridad centrada en el self vs centrada en el otro; 4) Polaridad cognitiva vs afectiva (Lanza, 2011c).

Cuando las polaridades trabajan juntas en una combinación óptima, los sistemas neurológicos subyacentes a estos componentes permiten al individuo representarse adecuadamente los estados mentales, distinguir la realidad interna de la externa, inferir estados mentales de los otros a partir de sutiles claves conductuales y contextuales, moderar el comportamiento y la experiencia emocional, y construir representaciones de sus propios estados mentales a partir de claves perceptibles (activación, comportamiento, contexto). Pero el delicado balance de estos sistemas puede ser alterado por circunstancias tales como los diversos traumas en el apego (abuso, abandono), produciéndose diversas perturbaciones en la interrelación de estas polaridades (ver Capítulo III).

### **1.3. DESARROLLO EVOLUTIVO DE LA CAPACIDAD MENTALIZADORA**

El desarrollo progresivo de la capacidad mentalizadora está entrelazado con el desarrollo del propio self. Esta capacidad supone una serie compleja de pasos evolutivos y la existencia de un contexto intersubjetivo de apego seguro, para que tenga lugar adecuadamente (ver Capítulo III).

En los primeros meses de vida, los niños aprenden que ellos y los demás son agentes físicos y sociales, capaces de influir y ser influidos por los objetos externos y las personas. Por ejemplo, empiezan a darse cuenta de que pueden poner cosas u objetos en movimiento, y también, que pueden ser ellos los iniciadores de procesos de intercambio a nivel social (Allen et al., 2008).

Alrededor de los nueve meses adquieren el “marco teleológico”, y entienden las acciones propias y de los demás como racionales y dirigidas a un objetivo (Csibra y Gergely, 1998; Gergely y Csibra, 2003). Por ejemplo, ven como algo normal que un muñeco animado por ordenador siga una trayectoria recta para encontrarse con otro muñeco, o que salte un obstáculo si es necesario, pero se sorprenden si el muñeco salta si no es necesario para nada. También pueden pensar sobre distintas posibilidades para alcanzar un objetivo (por ejemplo, llegar a un lugar o mover un objeto hacia una posición conveniente). Sin embargo, a esta edad y a pesar de ser racionales en este aspecto, no son capaces aún de atribuir estados mentales a las acciones.

Durante el segundo año de vida, comienzan a “mentalizar la postura teleológica”, (Gergely, Nádasdy, Csibra y Bíró, 1995), es decir, interpretan las acciones dirigidas a objetivos como derivadas de deseos, necesidades e intenciones (Wellman y Lagattuta, 2000). Puede decirse que adoptan así una comprensión mentalística rudimentaria al respecto (Fonagy, 2006). Al mismo tiempo, empiezan a implicarse en juegos imaginarios que facilitan el desarrollo de habilidades de cooperación, y comienzan a adquirir el lenguaje para representar los estados mentales internos (Repacholi y Gopnik, 1997). Sin embargo, en este momento, todavía son incapaces de separar los estados mentales de la realidad externa, y la diferencia entre lo interno y lo externo permanece aún borrosa (Fonagy, 2006).

Entre los tres y cuarto años de edad los niños desarrollan una comprensión explícita de los estados mentales como algo distinto de la realidad efectiva, lo que se pone de manifiesto al ser capaces de pasar con éxito la tarea de la “falsa creencia” (Wimmer y Perner, 1983). El éxito en esta tarea implica anticipar que el niño buscará el objeto en base a lo que de manera errónea cree, y no en base a donde verdaderamente está (ver apartado 1.5.1.4. “Teoría de la Mente”). Por eso, es en este momento donde el niño vira de una teoría mentalista del comportamiento, en la que los estados mentales sirven para explicar la acción, a una teoría representacional de la mente, en la que los estados mentales se comprenden al servicio de una función representacional (Allen et al., 2008). Esta conquista libera al sujeto de la inmediatez de la realidad y le permite ir más allá de las representaciones perceptivas. Así, será capaz de contrastar un estado existente con uno deseado, pensar acerca de relaciones temporales (pasado-presente-futuro), tener algo en mente aunque no esté presente en ese momento, utilizar el juego simbólico, etc., (Allen et al., 2008).

El desarrollo pleno de la capacidad de mentalización se instala con la capacidad para producir meta-representaciones (es decir, representaciones que representan a otras representaciones, como cuando reflexionamos sobre nuestros propios pensamientos y sentimientos). La capacidad para la meta-representación incluye también la capacidad para comprender que la conducta no sólo está influida por estados mentales pasajeros, sino también por disposiciones de personalidad duraderas, con lo cual se sientan las bases para un concepto del self (Flavell, 1999).

Aproximadamente a partir del sexto año de vida, el niño puede ya organizar sus recuerdos de experiencias y actividades intencionales de manera coherente, causal y temporal. Con ello se quiere señalar que tiene una comprensión uniforme para sus experiencias pasadas. Así por ejemplo, está en condiciones de comprender los actos que se refieren a su propio pasado. Fonagy habla en este contexto de un «self autobiográfico», que es capaz de integrar diversas experiencias propias en una narrativa autobiográfica (Allen et al., 2008).

Tabla 1. Niveles de desarrollo de la capacidad mentalizadora. Extraído de Allen et al. (2008).

<b>DESARROLLO DE LA CAPACIDAD DE MENTALIZACIÓN: NIVELES</b>	
Nivel/Edad	Descripción
Físico (primeros meses)	El niño desarrolla inicialmente un sentimiento de sí como agente físico, sobre la base de sentirse fuente de acciones que pueden producir cambios en el mundo circundante.
Social (primeros meses)	Conjuntamente con el anterior, el niño desarrolla un sentido de sí como agente social, lo cual implica la conciencia de que sus comunicaciones tienen una influencia en los otros agentes sociales (por ejemplo, el sonreír estimula la sonrisa de la madre).
Teleológico (9 meses)	El niño desarrolla el sentimiento de que tanto él como los demás son agentes teleológicos, cuyas acciones tienen un propósito y se hallan dirigidas a un fin. Los niños esperan que las acciones sean racionales, esto es, dirigidas eficazmente hacia la obtención de un fin, en el contexto de las restricciones físicas presentes.
Mentalizador (2-4 años)	El niño mentaliza la posición teleológica, en tanto la interpreta ahora como guiada por actos mentales intencionales. Más adelante, es capaz de considerar que dichos actos mentales pueden no corresponderse con la realidad (por ej., la falsa creencia).
Autobiográfico (a partir de 6 años)	El niño organiza los recuerdos de sus acciones y experiencias en un marco causal-temporal que permite el desarrollo de un self autobiográfico, así como la comprensión de sí mismo y de los demás a través de narrativas autobiográficas coherentes.

### 1.3.1. LOS MODOS PREMENTALIZADORES

Los modos prementalizadores son modos de funcionamiento mental anteriores al desarrollo pleno de la capacidad de mentalización. Éstos, son normales en el niño y pueden reactivarse en la edad adulta debido a la existencia de fallas o disfunciones en el funcionamiento mentalizador (Allen et al., 2008). La Tabla 2 muestra un resumen de los modos prementalizadores que se exponen a continuación.

#### 1.3.1.1. EL MODO DE “EQUIVALENCIA PSÍQUICA”

Se trata de un modo de funcionamiento mental que predomina en el niño hasta los tres años de edad, según el cual, las ideas no se consideran representaciones de la realidad, sino más bien réplicas directas de de la misma, copias de ésta que son siempre verdaderas y compartidas por todos, y que tienen una realidad equivalente a la de los objetos del mundo físico (Lanza, 2012a).

Cuando tiene lugar este modo de experimentar los estados mentales no es posible que haya distintos puntos de vista sobre el mismo hecho, ya que pensamiento y realidad no se diferencian, y por tanto, hay sólo una única forma de ver a esta última (Fonagy y Target, 1996). Los hechos mentales son vividos como equivalentes en términos de poder, causalidad e implicaciones a los hechos del mundo físico. Lo que existe en la mente ha de existir en el exterior, y lo que existe afuera, ha de existir también en la mente.

Esta equivalencia entre pensamiento y realidad, es fuente de inevitable tensión para el niño, ya que la fantasía proyectada sobre el mundo exterior es sentida como totalmente real. Para un niño pequeño su mente y el mundo exterior son isomórficos. Por ejemplo, si un niño de dos años y medio tiene miedo porque cree que hay un tigre debajo de la cama y le decimos “mira, no hay ningún tigre bajo la cama”, responderá algo como “pero cuando apagas la luz, hay un tigre bajo la cama”. Esto es la equivalencia psíquica: él cree que hay un tigre, por lo tanto *hay* un tigre (Lanza, 2012a).

En el caso del adulto, cuando debido a diversos traumas de apego se produce una reactivación de este modo de funcionamiento mental, los propios pensamientos y

sentimientos son tomados como reales. Por ejemplo, un adulto depresivo que se dirige autoacusaciones por haber actuado incorrectamente y tiene sentimientos de maldad, los experimenta como si fueran una realidad plena e irrefutable, con las consecuencias que ello acarrea; o una persona que ha sido maltratada en su infancia, puede llegar en un momento determinado a mirar con temor y enfado a su terapeuta, viviéndole como alguien amenazante, como si realmente fuera quien le ha maltratado y sin poder hacer una diferenciación (Lanza, 2011b).

### *1.3.1.2. EL MODO “COMO SI”*

El modo “como si” es un modo de funcionamiento mental en el que el mundo interno y externo permanecen disociados (Fonagy et al., 2002). Este se refleja por ejemplo cuando el niño juega con un palo de escoba como si fuera un rifle, sin esperar por ello que dispare balas de verdad (Lanza, 2012b).

Durante dicho juego el niño es capaz de representar ideas, sentimientos y deseos como tales (ya no como equivalentes a los hechos, tal como sucede en el modo de “equivalencia psíquica”). Del mismo modo, si se le pide que imagine una entidad no existente, puede construir dicha imagen en su mente y advertir su carácter de mera representación. En estos casos “la cabeza” constituye para el niño el continente en el que tales productos de la imaginación pueden ser creados y examinados (Fonagy y Target, 1996).

No obstante, hay una condición esencial para que dicho funcionamiento pueda tener lugar: que exista una rígida separación entre este “mundo ficticio” y la realidad exterior. En la medida en que el niño no es capaz todavía de concebir la experiencia interna como mental, si esta separación no se mantiene con firmeza, se corre el riesgo de que las fantasías experimentadas en el modo “como si” sean vividas en el modo de “equivalencia psíquica”, lo cual puede convertirlas en aterradoras (puesto que se vuelven “reales”). De ahí la necesidad de mantener este férreo apartamiento, así como una clara distinción entre “juego” y “realidad”. Si un adulto le pregunta al niño que juega con el palo de la escoba “eso que tienes ahí, ¿es el palo de la escoba o un caballo?”, este último pondrá inmediatamente fin al juego, ya que han sido puestos en contacto dos ámbitos que deben permanecer apartados.

Sólo en forma gradual y gracias al apego seguro con un adulto confiable, empático y bien dispuesto, el niño va siendo capaz de mantener simultáneamente estas dos perspectivas para acceder a la capacidad de mentalizar. La conquista de esta última, le permite reconocer los estados mentales como simbólicos, y a la vez, relacionados con los hechos del mundo exterior, sin equipararse con ellos (Lanza, 2012b).

No obstante, en los casos en que el niño sufre traumas en el apego, padece de situaciones familiares en las que se desestima el centrarse en los estados mentales y hablar de ellos, o que invalidan su capacidad para identificar y denominar sus emociones, la integración no se logra y el sujeto en crecimiento mantiene, al menos en algunas áreas y situaciones, la vigencia de ambos modos de forma disociada (Lanza, 2012b). Por ejemplo, y en relación al empleo del modo “como si”, existen adultos que como resultado de haber vivido situaciones traumáticas se manejan en este modo prementalizador, de manera que en las sesiones asocian sucesos que aparentemente son “psicológicamente significativos” o relatan fantasías que en el fondo no tienen apenas contacto con su núcleo emocional, ni tampoco verdaderas implicaciones en sus vidas (Lanza, 2011b).

### *1.3.1.3. EL MODO “TELEOLÓGICO”*

Siguiendo el modo de funcionamiento teleológico, las acciones (propias y ajenas) se entienden como dirigidas a un fin u objetivo, en el contexto de las condiciones y restricciones físicas presentes. En la consideración de las acciones no se es capaz de tener en cuenta su origen en determinados estados mentales (creencias, deseos, emociones), sino que se prima el desenlace observable perceptivamente. Este modo de entender la conducta comienza alrededor de los 12 meses y previsiblemente evoluciona hacia la comprensión mentalista entre los 14 y los 18 meses.

El modo teleológico de funcionamiento mental se pone de manifiesto por ejemplo cuando una persona evalúa el proceder ajeno en base a las consecuencias que éste tenga, sin tener en cuenta las motivaciones del mismo. Así, un empujón accidental será vivido como una agresión que puede llevar en consecuencia a una respuesta en los mismos términos; o una persona puede considerar que las muestras de afecto e interés

dadas a través de la palabra no son muestras significativas de esos sentimientos, a no ser que se les den otras más concretas, en forma de acciones específicas (Lanza, 2011b).

Tabla 2. Los modos prementalizadores. Extraído de Bateman y Fonagy (2006).

<b>MODOS DE EXPERIENCIA PREMENTALIZADORA</b>	
Modo	Descripción
“Equivalencia psíquica”	Realidad externa = realidad interna; las representaciones mentales no se distinguen de la realidad externa, por lo que los estados mentales se experimentan como reales, como en los sueños, los flashbaks o los delirios paranoides.
“Como si”	Los estados mentales están separados de la realidad pero mantienen un sentido de irrealidad en la medida en que no están conectados o anclados en la realidad.
“Teleológico”	Los estados mentales como las necesidades y las emociones se expresan a través de la acción; solo cuentan las acciones y sus efectos tangibles (no las palabras).
<b>MODOS DE EXPERIENCIA MENTALIZADORA</b>	
Las acciones se entienden en relación a los estados mentales (en contraste con el modo teleológico). Los estados mentales nunca tienen un sentido exagerado de realidad o de irrealidad; por el contrario, éstos son concebidos como representando múltiples perspectivas de la realidad (en contraste con la “equivalencia psíquica” y el modo “como si”).	

#### **1.4. POLARIDADES DE LA MENTALIZACIÓN**

Teniendo en cuenta los avances en la neurociencia, como así también los resultados de las investigaciones sobre el desarrollo social y cognitivo, junto a la experiencia clínica acumulada, Peter Fonagy y colaboradores proponen en sus últimos trabajos trazar un cuadro diferenciado de la mentalización basado en cuatro polaridades, que deben estar equilibradas adecuadamente en cada situación para que la mentalización funcione eficazmente (Fonagy y Luyten, 2009; 2010; Fonagy et al., 2010).

Conceptualizan así a la mentalización como un constructo multidimensional, cuyas dimensiones o polaridades dependen de distintos sistemas neuronales. El constructo mentalización incluye cuatro polaridades: 1) Polaridad explícita vs implícita; 2) Polaridad interna vs externa; 3) Polaridad centrada en el self vs centrada en el otro; 4) Polaridad cognitiva vs afectiva (Lanza, 2012c).

Tomándolas conjuntamente, éstas polaridades proporcionan una matriz comprehensiva no solo para la conceptualización y evaluación de los múltiples aspectos de la mentalización, sino también para esclarecer la relación entre la mentalización y otros constructos que se solapan con ella en parte, tales como la Teoría de la Mente, la Empatía, el Mindfulness, la Alexitimia, la Inteligencia emocional, el Psychological mindedness y el Insight (Fonagy, Bateman y Luyten, 2012).

#### 1.4.1. POLARIDAD EXPLÍCITA (CONTROLADA) VS IMPLÍCITA (AUTOMÁTICA)

*La mentalización controlada o explícita* refleja una serie de procesos lentos y en serie, es predominantemente verbal y requiere reflexión, atención, intención, conciencia y esfuerzo (Allen et al., 2008; Fonagy y Luyten, 2009; Luyten et al., 2011). La mentalización explícita es simbólica (por ejemplo, componer una canción para expresar un estado de ánimo, poner los sentimientos en palabras, etc.), el lenguaje es el medio electivo para ella y gran parte de la misma toma la forma de narrativas.

En relación con los demás incluye procesos como el empatizar deliberado, tratando de imaginar y comprender las razones para el estado emocional del otro. De igual forma, al mentalizar explícitamente podemos intentar inferir deliberadamente las motivaciones y condicionamientos de las conductas de los demás, discernir qué conductas se vuelven esperables a partir de tal o cual situación, anticipar cómo reaccionará el otro, etc.

En relación con el self, la mentalización explícita incluye las actividades reflexivas que toman como objeto a los propios procesos y contenidos mentales, permitiendo con ello una distancia psicológica respecto de los mismos y propiciando el

discernimiento de la diferencia entre el pensamiento y la realidad efectiva, que lleva a poder relativizar el propio punto de vista y considerar otros alternativos (Lanza, 2011c).

Por el contrario, en la *mentalización automática o implícita* el procesamiento se hace en paralelo y de forma más rápida; es típicamente irreflexiva y requiere poca o casi ninguna atención, intención, conciencia y esfuerzo (Satpute y Lieberman, 2006). Una manifestación habitual de la misma es lo que entendemos por “intuición”, que incluye sentimientos, juicios, pálpitos (basados en la postura, tono de voz, gestos, modo de hablar y de mirar), que experimentamos en ciertas situaciones sociales y que nos llevan a adoptar determinadas actitudes interpersonales sin que tengamos razones bien articuladas para justificarlos (Lanza, 2011c). También puede incluirse el tomar y ceder el turno en una conversación rápida, y el tener en cuenta la perspectiva del otro (sabemos lo que conoce y mientras hablamos lo tenemos en cuenta) sin pensar en ello explícitamente (Barker y Givon, 2005).

Parece que a la mentalización automática subyacen circuitos cerebrales filogenéticamente más antiguos, que se basan principalmente en la información sensorial, mientras que a la mentalización controlada subyacen circuitos cerebrales más actuales, que se apoyan en información lingüística y simbólica (Fonagy et al., 2012). Como se ha descrito previamente, el estrés o la activación facilita la mentalización automática inhibiendo los sistemas neuronales asociados a la mentalización controlada (Lieberman, 2007; Mayes, 2006). Por ejemplo, los pacientes con trastorno límite de personalidad pueden realizar tareas mentalizadoras de forma bastante exitosa (Arntz, Bernstein, Oorschot y Schobre, 2006), pero cuando se activan emocionalmente, la mentalización automática predomina y comienzan los fallos y las confusiones.

Generalmente, en las interacciones diarias la mentalización es predominantemente implícita y automática porque en la mayoría de las situaciones relacionales confiamos en suposiciones automáticas e irreflexivas sobre nosotros y los demás. Cuando las cosas van bien, especialmente en las relaciones de apego seguras, confiar en la mentalización automática es normal, porque hacer un procesamiento reflexivo mayor resulta innecesario (Fonagy y Bateman, 2006).

Además, la mentalización que inicialmente requiere esfuerzos controlados va automatizándose progresivamente y escapa a la reflexión consciente y deliberada (Satpute y Lieberman, 2006), lo que hace particularmente complicado modificar atributos disposicionales profundamente arraigados que se apoyan en juicios automáticos y preconcebidos de uno mismo y de los demás (Fonagy et al., 2012).

Aunque todos nosotros volvemos a la mentalización automática en situaciones de estrés elevado, la combinación de una frágil capacidad de mentalización explícita y la propensión a una activación emocional intensa puede explicar por qué los pacientes que muestran esta combinación son menos capaces de beneficiarse de una psicoterapia y por qué sus supuestos automáticos implícitos sobre los estados internos de los demás pueden ser particularmente difíciles de cambiar (Arntz, Klokman y Sieswerda, 2005).

#### 1.4.2. POLARIDAD INTERNA VS EXTERNA

*La mentalización basada en lo interno* se refiere a procesos mentales que centran la atención en las características experienciales internas (pensamientos, sentimientos, experiencias) de uno mismo y de los demás (Fonagy et al., 2012). Incluye actividades tales como la empatía, la autorreflexión, la memoria autobiográfica o las reevaluaciones basadas en la relación personal con un objetivo (Lanza, 2011c).

Por su parte, la *mentalización basada en lo externo* se refiere a procesos mentales que se apoyan en características externas, físicas y a menudo visualmente perceptibles de los demás, de uno mismo o de la interacción (Fonagy et al., 2012). Entre las actividades cuya fuente se encuentra en lo exterior, podemos incluir la observación de las acciones, su imitación, el reconocimiento visual de emociones e intenciones perceptibles en el rostro, gestos y posturas de los demás, la reevaluación basada en hechos perceptibles, la denominación de los afectos a partir de la expresión de las emociones, etc. (Lanza, 2011c).

La mentalización basada en caracteres externos de uno mismo y de los demás refleja el funcionamiento de la red lateral frontotemporoparietal, que se encarga de procesos menos reflexivos y controlados, mientras que la mentalización centrada en

caracteres internos, activa la red medial frontoparietal, que está implicada en una reflexión más activa y controlada (Satpute y Lieberman, 2006).

Así mismo, se ha constatado que pacientes con distintas patologías difieren en esta capacidad. Así por ejemplo, aquellos con trastorno límite de personalidad encuentran muy difícil entender las intenciones de los demás (King-Casas et al., 2008); sin embargo, frecuentemente son hipersensibles a las expresiones faciales (Domes et al., 2008; Lynch et al., 2006). Sin embargo, los pacientes con trastorno antisocial de la personalidad pueden carecer de la habilidad para ver emociones de miedo de las expresiones faciales (Marsh y Blair, 2008), pero frecuentemente son expertos en leer estados internos de los otros y en manipularles o ser coercitivos con ellos basándose en esta habilidad (Bateman y Fonagy, 2008).

Cuando el foco atencional recae predominantemente sobre el exterior, dicha construcción de modelos se verá dificultada y la comprensión del comportamiento propio y ajeno se dará en términos fácticos, lo cual implica que el paciente tendrá dificultades en suponer estados mentales en la base de determinados comportamientos y tenderá a entenderlos en términos concretos, por ejemplo, como debidos a restricciones del ambiente físico, procesos orgánicos, propiedades del clima, derivados de propiedades atribuidas prejuiciosamente, etc. Este enfocarse exclusivamente en lo externo del otro puede llevar a tratarlo como a un objeto, desconociendo su original y única subjetividad, lo que facilita la aparición de conductas hostiles, de aprovechamiento, explotación, utilización, desconsideración, etc. (Lanza, 2012e).

Igualmente, la dificultad para monitorear y tomar conciencia de los propios estados mentales produce inevitablemente problemas para reconocer el impacto que las propias acciones (motivadas por dichos estados) tienen sobre los demás, cuyas reacciones a las mismas resultarán igualmente incomprensibles (Lanza, 2012e).

#### 1.4.3. POLARIDAD CENTRADA EN EL SELF VS CENTRADA EN EL OTRO

La *mentalización centrada en el self* hace referencia a procesos que tienen que ver con la percepción del propio funcionamiento mental, tales como el monitoreo y registro de los propios estados mentales que tienen lugar según grados diversos de

complejidad, la aprehensión de que los sentimientos concernientes a una situación pueden provenir de fuentes variadas, la detección de la presencia de ideas y sentimientos incompatibles, el darse cuenta de las propias defensas etc. (Allen et al., 2008; Bateman y Fonagy, 2006). Requiere de una actitud autoinquisitiva, que implica una genuina curiosidad acerca de los propios pensamientos y sentimientos, así como el reconocimiento de que éstos pueden ser confusos y que no es posible tener una claridad total (Bateman y Fonagy, 2006).

*La mentalización centrada en el otro* se refiere a los procesos que tienen que ver con el interés y curiosidad por el funcionamiento de la mente ajena (pensamientos, sentimientos). Implica apertura mental y respeto por sus perspectivas, así como la asunción de que ésta es siempre relativamente incierta, y que existe un grado de opacidad en ello (Lanza, 2011b).

La capacidad para mentalizar sobre los otros está estrechamente relacionada con la capacidad de reflexionar sobre el self porque las dos capacidades se apoyan en substratos neurales comunes (Dimaggio, Lysaker, Carcione, Nicolò y Semerari, 2008; Lieberman, 2007; Lombardo et al., 2010; Uddin, Iacoboni, Lange y Keenan, 2007). Estudios de neuroimágenes han mostrado que cuando focalizamos sobre nuestra propia mente o sobre la de los demás se activan los mismos circuitos cerebrales (Fonagy y Luyten, 2009), pertenecientes a dos redes neurales diferentes. Por lo tanto, no es sorprendente que los trastornos que se caracterizan por tener severos problemas con el sentimiento de identidad personal, sobre todo trastornos psicóticos y límites de la personalidad (Barnow, Rüge, Spitzer y Freyberger, 2005; Bender y Skodol, 2007; Blatt y Auerbach, 1988; Fuchs, 2007; Kernberg, Clarkin y Yeomans, 2002), también se caractericen a su vez por mostrar severos déficits en la capacidad para reflexionar sobre los estados mentales de otros.

En este proceso están implicadas varias redes neurales. La primera de las redes neurales es la frontoparietal de las neuronas espejo, mediante las cuales cuando observamos las acciones de los demás o percibimos la expresión de sus emociones se activan en nosotros las partes cerebrales correspondientes a que nos ocurriera a nosotros mismos (corteza motora o centros visceromotores respectivamente). Es posible que la representación de dicha experiencia esté fuertemente fusionada con nuestra propia

autorrepresentación. La segunda de las redes (corteza media prefrontal y otras formaciones corticales), permite la diferenciación entre el sí mismo y el otro, e inhibe las respuestas automáticas e imitativas (Lanza, 2011b).

En el desarrollo normal, a través de detectar y reflejar la intención del otro, gradualmente vamos creando una diferencia entre nuestra propia experiencia y la experiencia del otro y aprendemos a desacoplar la activación directa de las representaciones motoras cuando observamos las acciones de los demás. La capacidad para inhibir el comportamiento de imitación es clave para posibilitarnos el crear una sensación del “me-ness” (uno mismo) adquiriendo una sensación de “no-other-ness” (no el otro) (Allen et al., 2008). En otras palabras, cada vez que interpretamos las acciones de otra persona, se sigue una secuencia en la que en un primer momento el sistema neuronal motor del self-otro interactúa con el sistema reflexivo mentalizador self-otro. Esto implica necesariamente una inhibición del sistema de las neuronas espejo y reduce la “identificación primaria” que se da con el otro.

Si todo esto falla, el individuo puede tener dificultades para diferenciar las representaciones mentales de su propia experiencia de las representaciones mentales sobre la experiencias de los demás, siendo de esta manera vulnerable al “contagio emocional”, porque le resulta imposible inhibir los estados mentales de otras personas que se le “imponen” cuando les observa. En consecuencia, estos individuos son excesivamente vulnerables a perder su sentido de separación y de individualidad.

El mentalizar reflexivo mantiene la diferenciación self-otro posibilitándonos distinguir nuestras propias intenciones y las de los demás e inhibiendo la tendencia exagerada a experimentar al otro como si fuera físicamente parte de nosotros mismos (Fonagy et al., 2012).

#### 1.4.4. POLARIDAD COGNITIVA VS AFECTIVA

Según los últimos trabajos de Peter Fonagy y colegas en relación a esta polaridad, que se basan en postulados de Baron-Cohen, Golan, Chakrabarti y Belmonte (2008), se distinguen dos sistemas mentalizadores de alto nivel que hacen referencia a la *mentalización cognitiva* y a la *mentalización afectiva* respectivamente (Lanza, 2012d):

a) el ToMM (Theory of Mind Mechanism) o sistema de Teoría de la Mente, que permite tanto la representación del amplio ámbito de los estados mentales como el juego de simulación, la comprensión de las falsas creencias y la comprensión de las relaciones entre los estados mentales. Este sistema es importante porque permite la construcción de representaciones mediante las cuales se puede predecir el comportamiento.

b) El TESS (The Empathizing System) o Sistema de Empatía, que permite una reacción empática al estado mental del otro detectado a través del mecanismo ToMM.

Baron-Cohen et al. (2008), ejemplifican la diferencia entre ambos sistemas de la siguiente forma: en la frase “veo que sientes dolor” es necesario el sistema ToMM, a los efectos de interpretar la expresión facial y el retorcimiento corporal en términos del estado mental subyacente (el dolor). Pero la expresión “estoy desolado por el dolor que sientes” muestra la acción del TESS, ya que en el espectador ha sido activado un estado emocional debido al estado afectivo identificado en la otra persona (p.33).

Ambos sistemas se basan en sistemas neurocognitivos diferentes. El sistema ToMM se basa en diversas áreas de la corteza prefrontal, mientras que el TESS parece ser procesado en la corteza prefrontal ventral medial.

Una mentalización completa conlleva una integración de la cognición y el afecto (Sistema ToMM y TESS), tal como se expresa en conceptos como “empatía afectiva” o “afectividad mentalizada” (Fonagy et al., 2002; Jurist, 2005).

En este sentido, es importante darse cuenta de que las diferentes formas psicopatológicas se pueden distinguir en términos de inhibición, desactivación o simplemente disfunción de uno o de los dos sistemas involucrados, lo que conduce a posibles disociaciones entre ambos sistemas, o a dificultades para integrar aspectos cognitivos y afectivos de la mentalización (Fonagy et al., 2012). Algunos individuos muestran una buena comprensión cognitiva de los estados mentales, pero no están en contacto con el núcleo afectivo de estas experiencias. Esto se observa por ejemplo en pacientes narcisistas o con rasgos de personalidad antisocial (Blair, 2007; Blatt, 2008).

A veces, estos individuos funcionan en el modo “como si” con narrativas extensas pero vacías y separadas del núcleo afectivo real.

Por el contrario, los pacientes con rasgos dependientes, borderline o histriónicos a menudo se encuentran sobrepasados por una mentalización automática y guiada afectivamente, y la falta de habilidad para integrar estas experiencias afectivas con un conocimiento cognitivo de orden más reflexivo (Blatt, 2008). En estos pacientes, parece que un sistema de “contagio emocional” más básico compensa su incapacidad en el sistema cognitivo de toma de perspectiva.

Finalmente, un tercer grupo de individuos, (por ejemplo aquellos con trastornos somatomorfos) se caracterizan por mostrar altos niveles de alexitimia (dificultades en identificar emociones, distinguir emociones entre sí y distinguir sensaciones corporales de la activación emocional). En estos casos, aunque los sistemas cognitivos y afectivos pueden funcionar adecuadamente, las dificultades se encuentran en el plano de integrar interpretaciones cognitivas con experiencias emocionales, y con las sensaciones corporales asociadas a estas experiencias (Bermond y Vorst, 1998), más que en mostrar disociaciones entre estos dos sistemas.

Aunque el patrón de limitaciones en la capacidad mentalizadora puede diferir en los distintos individuos y condiciones diagnósticas, se sugiere que en los trastornos más severos de personalidad, la mentalización desequilibrada en una de estas cuatro polaridades descritas previamente es evidente (Fonagy et al., 2012).

## **1.5. EVALUACIÓN DE LA MENTALIZACIÓN: DIFICULTADES Y ASPECTOS A CONSIDERAR.**

Como se ha visto en el apartado anterior, la mentalización es una capacidad compleja que requiere del buen funcionamiento de diversos procesos implicados en ella. Además, ésta varía dependiendo del contexto y también con el tipo de relación, así como dentro de una misma relación a lo largo del tiempo y/o en diferentes situaciones, por lo que una adecuada evaluación del constructo debería requerir el poder captar estas particularidades. A este respecto, algunos estudios han demostrado por ejemplo, que los adolescentes jóvenes exhiben niveles de mentalización más distorsionados y

empobrecidos con profesores que estiman menos que con profesores a los que valoran más (O'Connor y Hirsch, 1999); otros, que los niveles de mentalización fluctúan mucho cuando los pacientes son atendidos por un tipo de terapeuta u otro, o entre unas sesiones y otras (e incluso dentro de la misma sesión) (Diamond y Yeomans, 2008; Vermote et al., 2009).

La realización de una evaluación óptima, completa y adecuada de la capacidad mentalizadora de un individuo, implicaría idealmente llevar a cabo al menos una entrevista clínica en la que se incidiera sobre su historia de apego poniendo especial atención a las relaciones pasadas y presentes, así como al contexto y la forma en la que exponen y experimentan sus quejas y síntomas. Las preguntas relativas a la historia de apego y las relaciones, pueden dar idea del empleo de estrategias de apego seguras, o de si por el contrario éstas son de hiperactivación o desactivación (ver Capítulo III), o dicho de otro modo, si predomina el estilo de apego seguro, o por el contrario, el ambivalente, evitativo o desorganizado. También, puede obtenerse información acerca de la manera en que cambia o fluctúa la capacidad mentalizadora de unas relaciones a otras (Luyten, Fonagy, Lowyck y Vermote, 2012).

Así mismo, la forma en que la persona evaluada presenta sus síntomas y habla de ellos ofrece nociones sobre la pérdida temporal o global de la capacidad de mentalización, y su habilidad para recobrarla. Por ejemplo, en relación a experiencias traumáticas vividas, algunos individuos pueden mostrar pérdidas parciales de la capacidad de mentalización mientras hablan de autolesiones o de un intento de suicidio, y recuperar el nivel mentalizador enseguida. Otros, pueden ser incapaces de hablar de ellas porque les resultan abrumadoras y les sobrepasan, mientras que otros pueden hablar de los síntomas con un discurso excesivamente largo y detallado (como ocurre en pacientes obsesivo-compulsivos o con trastornos somatomorfos) (Luyten et al., 2012).

Hasta el momento y con el fin de cumplir al máximo con estos requerimientos, la mayor parte de la investigación en mentalización se ha llevado a cabo utilizando la Escala de Función Reflexiva (RF-S; Fonagy et al., 1998), que tradicionalmente se ha aplicado sobre la Entrevista de Apego Adulto (AAI; George, Kaplan y Main, 1985), pero actualmente se están empezando a utilizar también con otro tipo de narrativas (Szecsödy, 2008). La RF-S (Fonagy et al., 1998), evalúa la capacidad mentalizadora

puntuando las narrativas en función de la coherencia del discurso que muestra la persona mientras relata experiencias relevantes de su infancia, la estructura del relato, la complejidad en la elaboración de las respuestas y grado de referencia a procesos o estados mentales (Fonagy et al., 1998).

Sin embargo y a pesar de su precisión y adecuación para evaluar el constructo, ésta requiere de un largo tiempo de aplicación y de una formación y entrenamiento específico por parte del evaluador. Además, los resultados que se obtienen a partir de ella son muy generales, ya que evalúan la capacidad mentalizadora como constructo unitario, sin hacer justicia a la complejidad que este comporta, y sin dar cuenta de las diferencias que pueden existir entre las distintas polaridades que subyacen al constructo, de acuerdo a las últimas formulaciones que se han hecho del mismo (Luyten et al., 2012).

Con el fin de salvar estas limitaciones, algunos de los autores más reconocidos en el campo proponen que existe una gran cantidad de medidas de cognición social que se solapan con diferentes aspectos y dimensiones de la mentalización (Luyten et al., 2012). Estas medidas, pueden servir como aproximaciones de las polaridades que subyacen a la mentalización. Así por ejemplo, la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20; Bagby, Parker y Taylor, 1994), que evalúa la alexitimia (o incapacidad para identificar y expresar verbalmente las emociones y existencia de un modo de pensamiento orientado a la acción) puede considerarse una herramienta que capta los siguientes aspectos de la mentalización: aspectos de mentalización explícita de la polaridad explícita-implícita; de mentalización interna de la polaridad interna-externa; aspectos tanto cognitivos como afectivos de la polaridad cognitiva-afectiva, y aspectos de mentalización basados en el self de la polaridad mentalización centrada en el self y centrada en el otro.

Los autores proponen una variada lista de medidas validas y revisadas (además de las ya citadas entrevistas/narrativas) incluyendo cuestionarios, tareas experimentales y observacionales e incluso técnicas proyectivas que se solapan en cierta medida con las distintas polaridades de la capacidad de mentalización, y de las que detallan específicamente las polaridades a las que hacen referencia (Luyten et al., 2012).

Si bien es cierto que la mayor parte de las medidas que se sugieren evalúan mentalización controlada o explícita dentro de la polaridad explícita-implícita, algunas de ellas valoran también la automática o implícita, o pueden adaptarse para evaluar una mentalización menos controlada (por ej. empleando procedimientos de “priming” afectivo o empleando electroencefalogramas de seguimiento ocular). Además, conviene considerar cuáles lo hacen de forma retrospectiva (modo “offline”) y cuáles mientras la interacción social se va desarrollando (modo “online”).

La evaluación del desempeño en todas las polaridades y las dificultades que en cada una de ellas puede darse en los diferentes trastornos mentales reviste una importancia capital para aumentar el conocimiento acerca de los procesos disfuncionales que subyacen a ellos, y poder así establecer focos terapéuticos claros (Luyten et al., 2012). Por eso, uno de los objetivos que se persigue en la actualidad es crear un perfil mentalizador basado en dichas polaridades para cada uno de los trastornos mentales.

Los autores apuntan también a la necesidad de llevar a cabo estudios psicométricos a gran escala con el fin de determinar la interrelación entre las distintas polaridades de la mentalización, sacar conclusiones claras, y poder así en un futuro crear baterías estandarizadas que se puedan adaptar de forma más específica a poblaciones determinadas o tipologías de pacientes concretos (Luyten et al., 2012).

#### 1.5.1. SOLAPAMIENTO DE LA MENTALIZACIÓN CON OTROS CONSTRUCTOS

En el presente apartado, se describen ampliamente los constructos de Alexitimia, Empatía, Mindfulness y Teoría de la Mente. Además, se exponen las similitudes y diferencias que estos tienen con la mentalización y se pormenorizan las polaridades de la mentalización con las que se solapa cada uno de los instrumentos utilizados para evaluar los constructos mencionados.

Cabe destacar que en algunos casos, los instrumentos empleados para evaluar un constructo, abarcan una parte aún más reducida de la mentalización de lo que el constructo en sí mismo al definirse de forma teórica engloba de la misma. Debido a ello

y para una mejor comprensión, en la Tabla 9 se incluye un resumen específico referido a los instrumentos empleados y a las polaridades que estos solapan.

#### 1.5.1.1 ALEXITIMIA

##### *1.5.1.1.1. Conceptualización de la Alexitimia*

El concepto de “alexitimia” fue introducido por Sifneos (1973) para describir un grupo de síntomas observados en pacientes con enfermedades psicósomáticas. De acuerdo con este autor, el término significa literalmente “ausencia de palabras para expresar las emociones”, y denota una dificultad en identificar y describir emociones, así como una vida de fantasía interna empobrecida.

Aunque este autor no crea un concepto nuevo, ya que estas características habían sido señaladas anteriormente, es él quien organiza en una entidad conceptual las observaciones clínicas y fenomenológicas descritas en estos pacientes. Diversos autores habían trabajado antes en este sentido. Así, basándose en las observaciones sobre pacientes con alguna de las siete enfermedades psicósomáticas clásicas, algunos teóricos del psicoanálisis como Alexander (1950) y Dunbar (1935), teorizaron que cuando los conflictos no pueden ser expresados verbalmente, se expresan a través del canal somático.

Ruesch (1948) describió también un tipo de personalidad psicósomática que denominó “personalidad infantil”. Estos sujetos, con una detención en el desarrollo, tienen dificultades para las relaciones interpersonales, la expresión verbal y simbólica de los conflictos y para la integración de experiencias, por lo que se exponen repetidamente a situaciones de frustración que no saben manejar. La consecuencia de la insuficiencia en sus capacidades es la restricción de la fantasía, la dependencia objetal, una conducta social hiperadaptada y la tendencia a canalizar las tensiones por vía de los síntomas somáticos (Otero Rodríguez, 1999).

En los años 50, Karen Horney (1952) y Norman Kelman (1952) observaron que algunos pacientes psiquiátricos entraban en un “impasse” en la terapia psicoanalítica debido a su pobre conciencia emocional, la escasez de experiencias internas, su mínimo

interés en los sueños, la presencia de una forma de pensamiento demasiado concreto, así como de un estilo de vida externalizado en el que el comportamiento está guiado por reglas y expectativas de otros más que por los propios pensamientos, deseos, y valores personales. Estos pacientes eran propensos a desarrollar síntomas somáticos, y frecuentemente se involucraban en comer compulsivamente, el abuso de sustancias y otros comportamientos compulsivos, al parecer, en un intento por regular el malestar interno. Aunque acudían a las sesiones de forma regular, no se comprometían realmente con el proceso analítico, y tendían a rellenar las sesiones con un recital de eventos que transcurrían durante toda la hora.

Una década más tarde, los psicoanalistas Marty y De M'Uzan (1963) observaron estos mismos aspectos e introdujeron el término “pensamiento operatorio” para designar un estilo de funcionamiento mental, común en los pacientes psicósomáticos, que se caracterizaba por traducir la realidad de un modo utilitarista, estereotipado, concreto, sin fantasía y afectivamente pobre, y que atribuyeron a un déficit en la mentalización, entendida ésta como la actividad representacional y de fantasía de un individuo (Fain y Marty, 1964; Marty y De M'Uzan, 1963).

En los años 70, Nemiah y Sifneos (1970), llevaron a cabo una investigación sistemática de todas estas observaciones y conceptualizaciones analizando 21 entrevistas clínicas realizadas a pacientes psicósomáticos en las que se estimulaba la asociación libre y el relato de los sueños, y observaron que muchos de ellos presentaban una marcada dificultad para describir verbalmente sus sentimientos, una notable coartación de la fantasía y un estilo cognitivo literal, sin matices y orientado al exterior.

Como ya se ha mencionado previamente, Sifneos, (1973), acuñó en este momento el término “alexitimia” para referirse a este conjunto de características, e hizo referencia a que tenía la impresión de que la alexitimia no era específica de los pacientes psicósomáticos. De hecho, otros psicoanalistas estaban ya en ese momento describiendo características similares en pacientes con estados postraumáticos severos (Krystal, 1968), drogodependencias (Krystal y Raskin, 1970) o trastornos de la alimentación (Bruch, 1973).

Basándose en los hallazgos de la investigación clínica, Nemiah, Freyberger y Sifneos (1976), formularon que la alexitimia era un constructo hipotético posible de verificar, caracterizado por: 1) dificultad en identificar sentimientos, diferenciarlos de la gama de los afectos comunes, y de distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales de activación emocional; 2) dificultad en encontrar palabras para describir los sentimientos a otras personas; 3) proceso imaginario constreñido, evidenciado por la escasez de fantasías referidas a los impulsos y los sentimientos y 4) estilo cognitivo orientado hacia el exterior (con un contenido de pensamiento caracterizado por la preocupación por detalles insignificantes de los eventos externos).

Aunque derivado de las observaciones clínicas, la alexitimia es un constructo que se formuló dentro del marco teórico del procesamiento cognitivo y la regulación de emociones. Al conceptualizar este marco, Nemiah et al. (1976), delimitaron de forma precisa lo que entendían por “afecto”, “emoción” y “sentimiento”. Reconocieron que los afectos tienen componentes biológicos y psicológicos; definieron la emoción como el componente neurofisiológico y motor-expresivo, y el sentimiento como el componente subjetivo, cognitivo-experiencial. Consideraron el afecto como un término más general, e indicaron que las emociones tienen que ser representadas mentalmente para ser experimentadas conscientemente como sentimientos, un proceso al que Nemiah (1977) se refirió como “elaboración psíquica” de las emociones. Él describió varios subprocesos dentro de este proceso, incluyendo 1) un refinamiento y delineación de las emociones crudas en una variedad de matices cualitativamente distintos que tienen el potencial de ser experimentados conscientemente como sentimientos; 2) una conexión entre los sentimientos con las palabras que los describen; 3) una producción de imágenes y fantasías expresivas de esos sentimientos y 4) una activación de recuerdos y asociaciones relacionadas con los sentimientos. Se asume que la conciencia de los sentimientos junto con los pensamientos, fantasías y recuerdos que eliciten facilita la regulación de la activación emocional inducida por los estímulos evocadores de afecto. Nemiah sugirió que la alexitimia podía ser el resultado del fracaso en uno o más de los elementos de la elaboración psíquica, tales como que la activación del componente biológico del afecto podría no regularse a través de los procesos afectivos y llevar a síntomas somáticos o a descargarse a través de la acción.

Basándose en la conceptualización de la alexitimia de Nemiah y Sifneos, posteriormente autores como Taylor, Bagby y Parker (1997) formularon una definición de alexitimia que consiste en 4 facetas interrelacionadas: (1) dificultad en la identificación de sentimientos y de distinción entre sentimientos y sensaciones corporales de activación emocional, (2) dificultad en describir sentimientos a otras personas; (3) restricción de los procesos imaginativos, tal como se evidencia en la escasez de fantasías y (4) estilo cognitivo orientado externamente. Para Taylor et al. (1997), la alexitimia es indicativa de déficits en dos dominios: en el dominio cognitivo-experiencial de los sistemas de respuesta emocional, y en el de regulación interpersonal de las emociones.

#### *1.5.1.1.2. Evaluación de la Alexitimia*

Con el fin de construir un instrumento fiable y válido para medir la alexitimia, se creó la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20; Bagby et al., 1994), que es uno de los instrumentos más reconocidos y empleados y que comprende 3 factores que evalúan la Dificultad de identificar emociones (DIF), Dificultad en describir emociones (DDF) y el Pensamiento externamente orientado (EOT) (Bagby et al., 1994; Parker, Taylor y Bagby, 2003). El TAS-20 ha sido traducido a más de veinte idiomas, y su estructura factorial de 3 factores se ha validado a través de análisis factorial confirmatorio en países de toda Europa, Asia y Oriente Medio (Parker et al., 2003; Zhu et al., 2007) dando consistencia a la idea de que la alexitimia es un rasgo universal más que un constructo cultural (ver Anexo 1).

#### *1.5.1.1.3. Solapamiento y diferencias entre Alexitimia y Mentalización*

Diversos autores y estudios han dado cuenta de la existencia de un solapamiento parcial pero significativo entre el concepto de alexitimia y el de mentalización (y su término operativo “función reflexiva”) (Taylor, 2010).

La alexitimia se refiere a ciertos déficits en la conciencia, representación y comunicación interpersonal de estados afectivos, aspectos que comparte con la mentalización. Sin embargo, la mentalización va más allá e implica la capacidad para conectarlos con el significado de las propias emociones. Fonagy et al.(2002), se refieren

a este aspecto de la mentalización como “afectividad mentalizada”. La “afectividad mentalizada” implica conectar los sentimientos con recuerdos, fantasías y razonamientos. Esto imprime un significado personal a los sentimientos actuales, y se puede emplear para guiar los pensamientos y el comportamiento, y así regular los estados de activación emocional. El concepto de “afectividad mentalizada” engloba la conceptualización de Nemiah (1977) referida anteriormente sobre los cuatro elementos implicados en la “elaboración psíquica” de la respuesta somática emocional ante un estímulo provocador de afecto (Taylor, 2010).

Por otro lado, mientras que la alexitimia se restringe a ciertos déficits en el procesamiento cognitivo de las emociones, el alcance o dimensión de la mentalización es mayor, al englobar el rango completo de los estados mentales (por ej. creencias, intenciones y deseos) (Choi-Kain y Gunderson, 2008; Taylor, 2010).

Finalmente, la alexitimia como concepto se centra en los déficits mencionados en el propio self, mientras que la mentalización abarca también el campo del otro (Choi-Kain y Gunderson, 2008).

Algunos estudios empíricos han demostrado también la relación entre la alexitimia y la capacidad de mentalización. En este sentido, Inslengers et al. (2012), encontraron que la alexitimia evaluada con la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20; Bagby et al., 1994) se relacionaba negativamente con la complejidad de las representaciones interpersonales evaluadas con la Social Cognition and Object Relation Scale (SCORS; Westen, Lohr, Silk, Kerber y Goodrich, 1990) tanto en el Thematic Apperception Test (TAT; Morgan y Murray, 1935) como en las narrativas de entrevistas.

Del mismo modo, en un estudio realizado con 62 participantes diagnosticados con trastornos respiratorios y con los que se empleó la Grille de l'Elaboration Verbale des Affects (GÉVA; Lecours, 1995) y el Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire (BIQ; Sifneos, 1973) para evaluar la mentalización y la alexitimia respectivamente, se demostró que el discurso de los pacientes alexitímicos se caracterizaba por un nivel menor de elaboración de los afectos, así como de una menor

proporción de contenido emocional en comparación con el discurso de los participantes no alexitímicos (Lecours, Robert y Desruisseaux, 2009).

Tabla 3. Resumen de las polaridades de la Mentalización con las que se solapa el constructo de Alexitimia.

<b>Polaridad</b>	<b>Alexitimia</b>	<b>Mentalización</b>
Explícita-Implícita	Incluye aspectos de mentalización explícita.	Engloba aspectos de mentalización explícita e implícita equilibradamente
Interna-Externa	Se centra en estados internos	Se centra en estados internos y aspectos externos de forma equilibrada.
Centrada en el self- Centrada en el otro	Los déficits se centran en el self	Los déficits se centran en el self y en el otro por igual
Cognitiva-Afectiva	Déficits en el procesamiento de la emoción.	Se centra en los aspectos emocionales y cognitivos por igual

### 1.5.1.2. EMPATÍA

#### 1.5.1.2.1. Conceptualización de la Empatía

Aunque la empatía en sí misma tiene sin duda una larga historia, el término “empatía” fue utilizado por primera vez por Titchener (1909), como una traducción de la palabra alemana “Einführung” que se refiere exactamente a “proyectarse sobre lo que uno observa”.

La empatía es sin duda una habilidad importante que permite sintonizar con cómo alguien se puede estar sintiendo o con lo que puede estar pensando. Así mismo, posibilita entender las intenciones de los demás, predecir su comportamiento y experimentar una emoción desencadenada por la emoción del otro. Resumidamente, la empatía posibilita interactuar de forma eficaz en el mundo social, posibilitando el ayudar a otros y previniendo el hecho de hacerles daño.

A pesar de su rol fundamental tanto para el desarrollo moral como para los vínculos y relaciones sociales, existe una falta de consistencia en cuanto a su definición y uso (De Vignemont y Singer, 2006). Los investigadores en esta área tradicionalmente

se han dividido en dos grupos: los que conceptualizan la empatía en términos afectivos, y los que han tomado una aproximación más cognitiva (Chakrabarti y Baron-Cohen, 2006). Hoy en día se considera que ambas aproximaciones son esenciales para definir la empatía, y en la mayor parte de los casos la parte afectiva y la cognitiva no pueden separarse fácilmente (Baron-Cohen y Wheelwright, 2004).

#### 1.5.1.2.1.1. Empatía desde la aproximación afectiva

Desde la aproximación afectiva, la empatía se define como la respuesta emocional del observador al estado afectivo del otro. Desde esta perspectiva, las distintas definiciones de empatía varían en relación al nivel de correspondencia o no que tendría que tener la respuesta emocional del observador ante la emoción del otro, y pueden considerarse los siguientes casos al respecto:

- 1) El sentimiento del observador debe corresponderse con el de la persona observada (por ej. sentirse asustado cuando el otro está asustado) (Hoffman, 1984);
- 2) El sentimiento del observador es simplemente apropiado para el estado emocional del otro de alguna manera, aunque no se corresponda exactamente con él (por ej. sentir pena ante la tristeza de otra persona) (Stotland, 1969);
- 3) El sentimiento del observador puede ser cualquier respuesta emocional ante la emoción del otro (por ej. sentir placer ante el dolor del otro), a lo que se ha llamado “empatía de contraste” (Stotland, Sherman y Shaver, 1971);
- 4) El sentimiento del observador tiene que ser de preocupación o compasión ante el malestar del otro (Batson, 1991).

Algunos autores han puesto de manifiesto que las opciones 1, 2 y 4 son importantes de incluir, e incluso que éstas no tienen por qué ser mutuamente excluyentes, en una definición útil de empatía. Sin embargo, se ha considerado que la 3 es cuestionable, ya que la definición de empatía afectiva enfatiza la necesidad de que la respuesta emocional del observador sea apropiada (Baron-Cohen y Wheelwright, 2004), a pesar de que lo “apropiado” de la respuesta emocional sea complejo de definir. Por ejemplo, enterarse de la noticia de la muerte de un amigo que ha sufrido una grave enfermedad terminal puede producir alivio (porque el dolor ha concluido) y tristeza

(porque su vida ha terminado). Ambas respuestas son apropiadas y pueden ser calificadas de empáticas (pero hay que tener en cuenta que si se siente tristeza por la pérdida de un amigo, esto podría no ser señal de estar dando una respuesta empática, ya que podría tratarse de una respuesta egocéntrica, centrada en uno mismo, y aún así apropiada). Para contar como empatía, la emoción propia tiene que ser una consecuencia de la emoción del otro.

#### 1.5.1.2.1.2. Empatía desde la aproximación cognitiva

Por el contrario, las teorías cognitivas enfatizan que la empatía implica entender los sentimientos del otro (Kohler, 1929). Estas teorías también se refieren a procesos cognitivos como el cambio de roles, el ponerse en la perspectiva de otra persona (Mead, 1934), o el “descentramiento”, es decir, responder de forma no egocéntrica (Piaget, 1932).

En la terminología reciente, para hacer referencia aisladamente al componente cognitivo de la empatía se utiliza el término “Teoría de la Mente” (Astington, Harris y Olson, 1988; Wellman, 1990) o “lectura de la mente” (Whiten, 1991). Fundamentalmente implica dejar de lado la propia perspectiva, atribuyendo un estado mental a la otra persona (Leslie, 1987), y después inferir el contenido esperable de su estado mental, teniendo en cuenta la experiencia de esa otra persona.

Hasta cierto punto estos procesos son puramente cognitivos porque no hay ninguna referencia a estados afectivos (por ej, una persona puede inferir que si otra estaba ausente de un evento importante, no va a saber nada sobre él). Además de la comprensión y el proceso inferencial, el elemento cognitivo también conlleva la habilidad para predecir el comportamiento del otro o su estado mental (Dennett, 1987). Así, teniendo en cuenta que la persona no sabe que el plan ha cambiado, esto puede llevarnos a la predicción de que irá a un lugar erróneo.

Actualmente la mayor parte de los autores considera que la empatía incluye ambos componentes, el afectivo y el cognitivo (Baron-Cohen y Wheelwright, 2004; Davis, 1994), y que en la mayor parte de los casos estos co-ocurren y no pueden

separarse, siendo ambos esenciales para definirla y caracterizarla. Una representación gráfica de la empatía se incluye en la Figura 1.

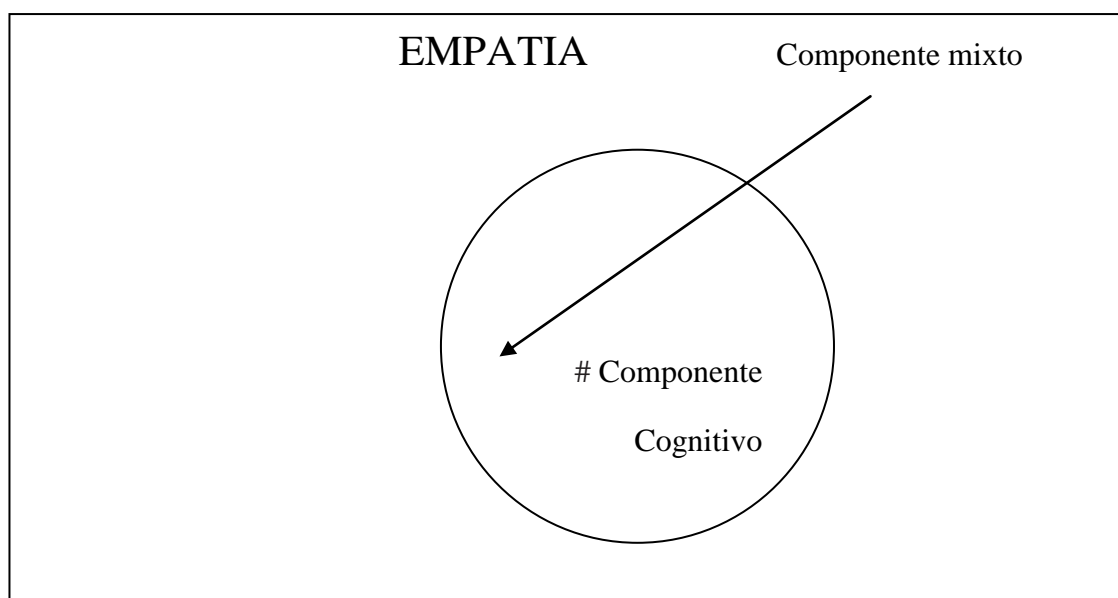


Figura 1. Modelo simple que incluye los dos componentes que se solapan en la empatía. Tomado de Baron-Cohen y Wheelwright (2004).

- + Sentimiento de una emoción apropiada desencadenada por ver o conocer la emoción de otra persona.
- # Comprensión o predicción de lo que otra persona puede pensar, sentir o hacer.

Sin embargo, en una revisión llevada a cabo hace unos años por Decety y Jackson (2004), se pone de manifiesto que esta integración no ha impedido que a pesar de todo aún siga existiendo una gran cantidad de definiciones del término. Ellos proponen definirla como “una forma compleja de inferencias psicológicas en las que la observación, la memoria, el conocimiento y el razonamiento se combinan para poder tener insight acerca de los pensamientos y sentimientos de los demás”(p.3).

Sobre lo que sí se ha llegado a alcanzar un acuerdo en relación a la definición de empatía en la actualidad, es en que se defina como se defina ésta siempre incluye los siguientes componentes (Choi-Kain y Gunderson, 2008):

- a) Una reacción afectiva que implica compartir el estado emocional de la otra persona;
- b) Una capacidad para imaginar los estados mentales de los otros;

c) Una capacidad estable para mantener una distinción entre uno mismo y el otro

#### *1.5.1.2.2. Evaluación de la Empatía*

Con el fin de evaluar la empatía y sus componentes, en los últimos años se han propuesto varios instrumentos. Algunos de ellos no captan la especificidad del constructo, ya que se solapan con otros, o incluso evalúan aspectos que poco tienen que ver con ello (Baron-Cohen y Wheelwright, 2004)

El Empathy Quotient (EQ; Baron-Cohen y Wheelwright, 2004) es un cuestionario autoaplicado que se desarrolló para evaluar los aspectos cognitivos y afectivos de la empatía. El intento por separar ambos aspectos no prosperó porque en la mayor parte de los supuestos o situaciones ambos componentes están íntimamente relacionados o se funden. Se diseñó para evaluar los niveles bajos de empatía como una característica psicopatológica y ser usado así en el contexto clínico. También, para detectar diferencias sutiles en los niveles de empatía de la población general, como por ejemplo en relación al género (Baron-Cohen y Wheelwright, 2004).

Por otro lado, el Interpersonal Reactivity Index (IRI; Davis, 1980) que contiene 4 subescalas “Toma de perspectiva”, “Preocupación empática”, “Malestar personal” y “Fantasía”, es una de las medidas de empatía mejor consideradas en la actualidad. No obstante, algunas de sus subescalas pueden medir conceptos que van más allá de la empatía (Baron-Cohen y Wheelwright, 2004). En este sentido, es la escala “Toma de perspectiva” la que recoge de forma más clara la noción de empatía cognitiva al dar cuenta exactamente de la tendencia o habilidad del sujeto para adoptar la perspectiva y punto de vista de otras personas (ver Anexo 1).

#### *1.5.1.2.3. Solapamiento y diferencias entre Empatía y Mentalización*

Tal como se ha explicado previamente, la conceptualización de empatía ha ido evolucionando a lo largo del tiempo y actualmente existe un consenso sobre que ésta incluye los componentes a, b y c que se mencionan en el apartado previo (Choi-Kain y Gunderson, 2008).

En este sentido, el campo de la empatía es más restringido que el de la mentalización, porque la empatía se refiere únicamente a la conciencia de los estados mentales de otros, mientras que la mentalización se centra de forma equilibrada en el self y en el otro (Choi-Kain y Gunderson, 2008). No obstante, las investigaciones recientes acerca de los mecanismos que subyacen a la respuesta empática, han puesto de manifiesto que estos conceptos podrían estar muchos más próximos entre sí en lo que se refiere a esta cuestión, dado que la captación de estados mentales del otro podría estar muy relacionada con la captación de los de uno mismo (Allen et al., 2008; Bateman y Fonagy, 2006).

Los estudios indican que cuando vemos a alguien realizando una acción, esto activa parte de los mismos circuitos motores neuronales que se activan cuando nosotros realizamos la misma, a través de un mecanismo de espejo neuronal. Del mismo modo, algunas regiones cerebrales específicas (la ínsula) que se activan cuando se experimentan emociones específicas (asco) se activan también cuando se observan expresiones faciales de esa emoción en otra persona (Wicker et al., 2003). Esto sugiere que la comprensión de aspectos básicos de la cognición social depende de la activación de estructuras neuronales que normalmente están involucradas en nuestra propia manera de experimentar acciones y emociones, lo que implica que disponemos de una comprensión experiencial directa de la mente de los otros, y no tenemos que inferir sus estados personales a través del razonamiento conceptual (Gallese, Keysers y Rizzolatti, 2004).

Sin embargo, la empatía tal como la definen otros autores va más allá de la correspondencia emocional y requiere una capacidad imaginativa trabajando con representaciones de experiencia compartida. Aunque la mentalización parecería así ante nosotros como un sistema cerebral independiente de sistema de las neuronas espejo, las más elevadas formas de empatía descritas por Preston y De Waal (2002), se solapan claramente con el concepto de mentalización.

Por otro lado, la empatía va más allá de la captación del los estados mentales en el otro, porque incluye también el hecho de dar una respuesta emocional apropiada (respuesta comprensiva o de compasión). Baron-Cohen (2003) se refiere a ello del siguiente modo: “el empatizar es el empuje a identificar las emociones y pensamientos

de otra persona, y responder a ellos con una emoción apropiada”. Empatizar no solo implica el cálculo frío sobre los pensamientos y sentimientos de alguien (algo que pueden hacer muy bien los psicópatas). El empatizar ocurre cuando sentimos una reacción emocional apropiada, una emoción activada por la emoción de la otra persona, y se lleva a cabo para entender a la otra persona, predecir su comportamiento y conectar o tener resonancia con ella emocionalmente” (Baron-Cohen, 2003).

En cuanto a la polaridad “implícita-explicita” la empatía puede funcionar en ambas, aunque en general, en las situaciones del devenir diario predomina más la implícita. Así mismo, aunque la empatía implica una modalidad tanto cognitiva como afectiva, está más inclinada hacia la afectiva (Choi-Kain y Gunderson, 2008).

Tabla 4. Resumen de las polaridades de la Mentalización con las que se solapa el constructo Empatía.

<b>Polaridad</b>	<b>Empatía</b>	<b>Mentalización</b>
Explícita-Implícita	Puede funcionar en ambas, pero predomina la implícita.	Engloba aspectos de mentalización explícita e implícita equilibradamente
Interna-Externa	Se centra en estados internos.	Se centra en estados internos y aspectos externos de forma equilibrada.
Centrada en el Self-Centrada en el Otro.	Se centra en el otro.	Se centra en el self y en el otro por igual.
Cognitiva-Afectiva	Se centra en los aspectos cognitivos y afectivos con inclinación hacia los afectivos.	Se centra en los aspectos emocionales y cognitivos por igual

### 1.5.1.3. MINDFULNESS

#### 1.5.1.3.1. Conceptualización y Evaluación del Mindfulness

Actualmente no existe una definición única del concepto de minfulness, pero éste hace referencia a estar consciente y prestar atención (Germer, 2005), y aunque tiene su origen en la tradición meditativa oriental (Wallace, 2007), se está introduciendo y practicando cada vez más en la cultura occidental (Kabat-Zinn, 2000). Generalmente se define como prestar atención de manera intencional al momento presente en una actitud de aceptación y de no juzgar (Kabat-Zinn, 1994; Linehan, 1993a).

Esta actitud contrasta con los estados mentales en los que la atención está centrada en otra parte, lo que incluye estar preocupado con recuerdos, fantasías, planes o problemas, y comportarse automáticamente, sin conciencia acerca de las propias acciones (Brown y Ryan, 2003).

El mindfulness es una capacidad humana inherente que se puede potenciar (Kabat-Zinn, 2003). El desarrollo de esta capacidad se consigue con diversos tipos de meditación que tradicionalmente se han dividido entre prácticas formales que implican una disciplina (ej: meditación sentado o en movimiento) y prácticas informales, que se pueden realizar en el día a día (ej: mindfulness al comer, ducharse, conducir) (Dimidjian y Linehan, 2003). Sin embargo, Kabat-Zinn (2003) y Brown y Ryan (2003) también observaron que a pesar del entrenamiento y de que los individuos puedan variar en su capacidad para el mindfulness a lo largo del tiempo, es probable que estos difieran unos de otros en su tendencia o propensión a ser mindful en la vida diaria.

La tradición del mindfulness sugiere que su práctica regular reduce el sufrimiento y desarrolla cualidades positivas tales como la conciencia, el insight, el juicio, la compasión y la ecuanimidad (Goldstein, 2002; Kabat-Zinn, 2000).

Debido a sus beneficios, actualmente existen diversos tipos de intervenciones donde las técnicas de mindfulness son un aspecto nuclear, como la Terapia basada en el mindfulness para la reducción del estrés (MBSR; Kabat-Zinn, 1990), la Terapia Cognitiva Basada en el Mindfulness (MBCT; Segal, Williams y Teasdale, 2002), la Terapia Dialéctica Comportamental (DBT; Linehan, 1993a; Linehan, 1993b) o la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999).

La aplicación de dichas intervenciones se ha asociado con mejorías en términos de salud, bienestar general y mejoría en síntomas clínicos (Brown y Ryan, 2003; Kabat-Zinn, 2003). Así mismo, se han mostrado eficaces en trastornos psiquiátricos, como en la prevención de recaídas en la depresión (Ma y Teasdale, 2004) o en el TLP (Linehan et al., 2006; McMMain et al., 2009; Soler et al., 2009).

A pesar de que el mindfulness ha sido descrito por muchos investigadores y teóricos, el estudio de este área se ha visto entorpecido tanto por la ausencia de una definición clara, unificada y operativa, como por la escasez de herramientas de medida de este constructo (Bishop et al., 2004; Brown y Ryan, 2004). De hecho, una de las cuestiones importantes que se sigue planteando actualmente es si el mindfulness debería ser conceptualizado como un constructo uni o multifactorial, y si es así, cuáles serían o cómo se definirían esos factores o componentes (Baer et al., 2008).

Algunos autores como Dimidjian y Linehan (2003), defienden que el mindfulness es un constructo multifactorial y lo subdividen hasta en 6 componentes: 3 relativos a qué hace uno cuando es mindful (observar, describir, participar) y 3 a cómo o de qué manera se hace (sin juzgar, centrado en una cosa, y eficazmente). Dos de los cuestionarios más empleados por los seguidores de esta perspectiva son el Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer et al., 2008) y el Kentucky Inventory of Mindful Skills (KIMS; Baer, Smith y Allen, 2004).

Otros sin embargo, han sintetizado los aspectos esenciales en torno a dos factores, uno de “atención o conciencia” y otro de “aceptación” (Bishop et al., 2004; Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra y Farrow, 2008). El primer componente implicaría la auto-regulación de la atención, de manera que esta se mantenga en la experiencia inmediata, lo que permite una capacidad mayor para reconocer los contenidos mentales en el momento presente. El segundo componente supondría adoptar una actitud de curiosidad, apertura y aceptación hacia la experiencia presente. Una de las escalas más reconocidas y utilizadas por los defensores de esta corriente es la Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS; Cardaciotto et al., 2008).

Las propuestas más reduccionistas señalan la existencia de un único factor, el de “atención o conciencia” en el momento presente (Brown y Ryan, 2003). Este modelo explicativo se sustenta bajo el argumento de que el componente de “aceptación” resultaría redundante, tanto a nivel teórico como psicométrico, con el de conciencia. Según Brown y Ryan (2003), el aumento del foco de la atención en el momento presente sucede necesariamente con una actitud de aceptación, de la misma forma que el énfasis en la postura no evaluativa de aceptación conlleva inevitablemente a un aumento de la conciencia del momento presente. El instrumento más empleado es la Mindful

Attention Awareness Scale (MAAS; Brown y Ryan, 2003), que puede consultarse en el Anexo 1.

#### *1.5.1.3.2. Solapamiento y diferencias entre Mindfulness y Mentalización*

Los conceptos de mindfulness y mentalización, aun teniendo sus propias particularidades, presentan un grado de solapamiento que puede entenderse en función de las cuatro polaridades explicadas previamente (explícita-implícita, interna-externa, centrada en el self- centrada en el otro, cognitiva-afectiva).

La definición más consensuada actualmente acerca del término “Mindfulness” es el prestar atención de manera intencional al momento presente en una actitud de aceptación y de no juzgar (Kabat-Zinn, 1994; Linehan, 1993a; Marlatt y Kristeller, 1999), lo que implicaría por una parte la regulación de la atención, y por otra la apertura a la experiencia. Teniendo en cuenta estos dos componentes, los estudios factoriales han demostrado que existen 4 habilidades que subyacen al mindfulness: la observación, la descripción, el actuar conscientemente y la aceptación de la realidad en una actitud no valorativa o no juzgadora (Baer et al., 2004).

El mindfulness se solapa con la mentalización en las habilidades de observación y descripción. Tanto el mindfulness como la mentalización implican dirigir la atención hacia la experiencia propia, como una manera de evitar la tendencia a la impulsividad y la reactividad. En este sentido, podría decirse que solamente se solapa con la polaridad de “centrado en el self”.

Igualmente, ambas implican la integración de aspectos cognitivos y afectivos de los estados mentales (polaridad afectiva y cognitiva), facilitando así simultáneamente el reconocimiento y la participación en la experiencia interna (Choi-Kain y Gunderson, 2008). El mindfulness y especialmente algunas de sus facetas, implican tener sensibilidad, una actitud de apertura que está también presente en el constructo de mentalización (Bateman y Fonagy, 2006).

En relación a la polaridad “implícita-explícita”, la mayoría de los autores señalan que el mindfulness solo se solapa con el modo explícito de dicha polaridad

(Choi-Kain y Gunderson, 2008), mientras que otros consideran que el mindfulness es más “pre-reflexivo”, “perceptivo” y por lo tanto, no tan deliberado como suele serlo la mentalización (Allen et al., 2008).

Sin embargo, existen 3 distinciones entre los conceptos: en primer lugar, el mindfulness implica una atención centrada no solo en el mundo mental (como ocurre en el caso de la mentalización), sino también en el mundo físico; es decir, el mindfulness no solo se circunscribe al mundo relacional, sino también al de los objetos inanimados (Bateman y Fonagy, 2006; Choi-Kain y Gunderson, 2008). Para acercar los conceptos podríamos decir que la mentalización implicaría estar en un estado de conciencia (mindful) sobre la mente (Allen, Chambers y Knight, 2006). De hecho, parte de lo que llamamos mentalización se incluye en una medida de mindfulness denominada “la atención receptiva a los estados psicológicos” y “la sensibilidad a los procesos psicológicos en curso” (Brown y Ryan, 2003).

En segundo lugar, la práctica del mindfulness está siempre orientada a la experiencia presente, mientras que los procesos de mentalización se refieren al pasado, presente y futuro (Allen et al., 2008; Choi-Kain y Gunderson, 2008).

Finalmente, el mindfulness tiene como objetivo simplemente la aceptación de la experiencia interna, mientras que la mentalización enfatiza la construcción de representaciones y significados de esas experiencias.

Tabla 5. Resumen de las polaridades de la Mentalización con las que se solapa el Mindfulness.

<b>Polaridad</b>	<b>Mindfulness</b>	<b>Mentalización</b>
Explícita-Implícita	Incluye aspectos de la polaridad explícita	Engloba aspectos de mentalización explícita e implícita equilibradamente
Interna-Externa	Se centra en estados internos.	Se centra en estados internos y aspectos externos de forma equilibrada.
Centrada en el Self-Centrada en el Otro.	Se centra en el self	Se centra en el self y en el otro por igual.
Cognitiva-Afectiva	Se centra en los aspectos emocionales y cognitivos por igual	Se centra en los aspectos emocionales y cognitivos por igual

#### *1.5.1.4. TEORÍA DE LA MENTE*

##### *1.5.1.4.1. Conceptualización de la Teoría de la Mente*

Una de las bases o pilares del concepto de mentalización es, junto con el apego, la psicología del desarrollo bajo la rúbrica de la “Teoría de la Mente” (ToM) (Allen et al., 2008). Se trata de un término introducido originalmente desde el campo de la primatología por Premack y Woodruff (1978) en su artículo “Does the chimpanzee have a Theory of Mind?”, para definir la habilidad para distinguir y atribuir estados mentales a los demás, con la finalidad de predecir su conducta.

Desde este paradigma se ha investigado el proceso y los pasos que llevan al niño pequeño a entender los estados mentales y su relación con el comportamiento. La Teoría de la Mente se centra mucho en el desarrollo cognitivo, lo cual es relevante en el campo de la mentalización (Allen et al., 2008). La mayor parte de la investigación ha surgido con el fin de poder comprender el autismo, ya que existe en estos cuadros clínicos una evidente incapacidad para desarrollar la Teoría de la Mente (Baron-Cohen et al., 2000).

Así, cuando el niño llega a ser capaz de explicar la conducta de otro en términos de estados mentales (una creencia por ejemplo), tiene que asumir que esa creencia puede no corresponderse con la realidad, y que si entran en conflicto, es la creencia y no la realidad la que determinará la conducta. Pero poseer ToM no solo significa reconocer que los otros son agentes cuya conducta está gobernada por sus estados mentales, sino que también implica la asunción de que los demás tienen perspectivas sobre el mundo distintas de la propia. Comprender la conducta ajena requiere ser capaz de inferir las creencias e intenciones de los demás, a la vez que darse cuenta del estado de las cosas desde el punto de vista ajeno. Implica considerar y separar dos perspectivas diferenciadas, la propia y la ajena (Obiols y Pousa, 2004).

En este contexto, se propuso que el distintivo para consignar la adquisición de ToM era la comprensión de la “falsa creencia” (Wimmer y Perner, 1983). Según Perner (1991), la capacidad del niño para interpretar el comportamiento en relación a una falsa

creencia es de una importancia capital, ya que significa que dispone de una comprensión explícita de la naturaleza representacional de los estados mentales.

Perner (1991), creó una tarea en la que los niños veían una escena en la que un personaje, Maxi, estaba ayudando a su madre a vaciar una bolsa de la compra. Él ponía el chocolate en el armario verde, y después, Maxi se marchaba. En su ausencia, su madre cogía un poco del chocolate del armario verde para hacer una tarta y lo dejaba, no en el armario verde, sino en el azul. Cuando Maxi volvía se les preguntaba dónde creían que buscaría el chocolate. Los niños que no habían desarrollado la Teoría de la Mente equiparaban la creencia de Maxi con el propio conocimiento que ellos tenían de la situación, y respondían que Maxi lo buscaría en el armario azul. Sin embargo, quienes habían desarrollado ya la Teoría de la Mente decían que Maxi creería erróneamente que el chocolate seguiría estando en el armario verde, y esperaban que lo buscara allí.

Se ha demostrado que la mayor parte de los niños fallan en esta tarea antes de los 3 años, y son capaces de realizarla correctamente con 4 años de edad (Wellman y Lagattuta, 2000), pero por supuesto, las habilidades no surgen espontáneamente a la edad de 4 años (Baron-Cohen, 1995; Wellman y Lagattuta, 2000), y la investigación que se basa en tareas no explícitas (no verbales) de falsa creencia ha revelado que los niños de 15 meses de edad ya distinguen entre creencias verdaderas y falsas como determinantes del comportamiento (Onishi y Baillargeon, 2005).

Algunos autores sugirieron que la Teoría de la Mente requería algo más que detectar y comprender falsas creencias, postulando habilidades cognitivas en distintos niveles de complejidad. De ahí surgieron las tareas de primer orden, que miden la inferencia mental de un sujeto sobre lo que piensa otro en relación a hechos reales, como ocurre en el ejemplo de tarea que hemos citado y en otras como “Sally-Anne task” (Baron-Cohen, Leslie y Frith, 1985) o “Smarties Test”. También crearon tareas de segundo orden como “El heladero” (Baron-Cohen, 1989) y “El ladrón” (Happé y Frith, 1994), que investigan la inferencia mental sobre los pensamientos que un segundo sujeto tiene acerca de lo que piensa un tercero.

La investigación sobre Teoría de la Mente se dirige no solo al desarrollo de capacidades mentalizadoras, sino también a algunos de los procesos psicológicos que permiten la mentalización en la edad adulta (Allen et al., 2008).

#### 1.5.1.4.1.1. Teoría de la Mente “emocional” y “cognitiva”

Actualmente y en parte por la explosión del campo socio-cognitivo de la neurociencia y de nuestra comprensión del cerebro emocional, el concepto de ToM se ha complejizado y diversificado dando lugar a lo que actualmente se denomina Teoría de la Mente “cognitiva” y “emocional” (Hynes, Baird y Grafton, 2006; Shamay-Tsoory, Tibi-Elhanany y Aharon-Peretz, 2006) que reemplaza a los términos de “fría” y “caliente” propuestos originalmente por Brothers y Ring (1992). Este marco de trabajo proporciona una forma de aclarar las complejas relaciones entre emoción, empatía y Teoría de la Mente.

Se han propuesto varias interpretaciones acerca de la adquisición de la Teoría de la Mente, principalmente desde las teorías del desarrollo. Éstas incluyen la “Teoría-teoría”, (Gopnik y Wellman, 1994); que implica que los niños, al igual que hacen los científicos, desarrollan de manera gradual una teoría sobre los estados mentales formulando leyes y haciendo inferencias para explicar los comportamientos externos o manifiestos; la “Teoría de la simulación” (Goldman, 2001), que se basa en que los niños, sin necesidad de construir teorías, se aproximan a la realidad del otro basándose en la suya propia, es decir, se imaginan a sí mismos teniendo los deseos y creencias de los otros, e imaginan qué harían en tal situación sin necesidad de construir postulados teóricos; la “Teoría de desacoplamiento de Leslie” (Leslie, 1987) y la “Estructura modular de la Teoría de la Mente de Baron-Cohen” (Baron-Cohen, 1995).

Según esta última teoría, la Teoría de la Mente se desarrolla desde el inicio de la vida a través de la maduración de módulos mentales dedicados específicamente a la cognición social. Así, Baron Cohen (1995) distingue 4 módulos (ver Tabla 6): El primero es el Detector de Intencionalidad (ID), un dispositivo perceptual capaz de identificar a algo o a alguien como un agente, y como tal atribuirle metas y/o deseos; el segundo es Detector de la Dirección Ocular (EDD), que detecta la presencia de ojos y hacia donde están dirigidos éstos, por ejemplo en términos de “me mira a mí” o “mira

otra cosa”. El niño infiere a partir de sí mismo que si los ojos de otro organismo están dirigidos o focalizados en algo, el organismo está viendo algo. El tercero es el Mecanismo de Atención Compartida (SAM), cuya función principal es la de construir "representaciones triádicas", que especifican las relaciones entre el “self”, un “agente” y un objeto, es decir, por ejemplo permite que el bebé se represente a sí mismo y a los demás percibiendo el mismo evento u objeto. Por último, el cuarto es el Mecanismo de Teoría de la Mente (ToMM), un sistema para inferir el rango completo de estados mentales a partir del comportamiento. Tiene la doble función de representar un conjunto de estados mentales epistémicos, y también de convertir este conocimiento mentalístico en una teoría útil.

Así como el detector de intencionalidad permite una representación diádica del tipo “mamá *quiere* una taza”, el detector de la dirección de la mirada permite una representación diádica del tipo “mamá está mirando *esa* taza”. El mecanismo de atención compartida, en cambio, permite que el bebé tenga una representación triádica del tipo “mamá y yo *miramos* y *deseamos* la misma *taza*”.

Tabla 6. Descripción del sistema de Lectura de la Mente de la Teoría de la Mente de Baron-Cohen (1995).

<b>Sistema de Lectura de la Mente</b>	
Detector de Intencionalidad (ID)	Interpreta que los objetos móviles tienen cierta voluntad o intención. Se desarrolla alrededor de los 9 meses
Detector de la dirección ocular (EDD)	Detecta la presencia de ojos o estímulos similares a los ojos, determina hacia dónde miran los ojos, e infiere que si los ojos están mirando a algo, el organismo está viéndolo. Se desarrolla hacia los 9 meses.
Mecanismo de Atención Compartida (SAM)	Incluye las interacciones o representaciones triádicas, tales como aquellas en las que participan los bebés y sus padres en los momentos de atención conjunta. Se desarrolla entre los 9 y 18 meses.
Mecanismo de Teoría de la Mente (ToMM)	Equivale en términos generales al razonamiento de la falsa-creencia y se refleja en desempeñar bien esta tarea. Se desarrolla entre los 24 y 48 meses.

Más recientemente, Baron-Cohen (2005), reconoció la necesidad de incorporar la emocionalidad a esta visión de la modularidad, y añadió dos nuevos módulos (ver Tabla 7): El Detector de Emociones (TED) y El Sistema de Empatía (TESS). El Detector de Emociones (TED) permite representarse los estados afectivos o emocionales de las personas. Por ejemplo, un niño puede representar la idea de “mamá está contenta”, o “papá está enfadado conmigo”. En los primeros 6 meses de vida, los niños pueden detectar el estado emocional del otro a través de expresiones faciales y vocalizaciones. El TED permite así a los niños detectar las emociones básicas o primarias, tales como alegría, enfado o tristeza. Por otro lado, El Sistema de Empatía (TESS), posibilita tener una reacción empática ante las emociones de otras personas, y asume que hay una motivación o empuje para ayudar a las otras personas. Se empieza a desarrollar alrededor de los 14 meses.

Tabla 7. Descripción del Sistema de Empatía de la Teoría de la Mente de Baron-Cohen (2005).

<b>Sistema de Empatía</b>	
Detector de emociones (TED)	Representa los estados afectivos o emocionales entre 2 personas. Se desarrolla alrededor de los 9 meses.
Sistema de Empatía (TESS)	Posibilita tener una reacción empática ante las emociones de otras personas y asume que hay una motivación o empuje para ayudar a otras personas. Se desarrolla alrededor de los 14 meses.

Baron-Cohen hace una distinción entre el módulo TESS y el ToMM usando el siguiente ejemplo: decir “veo que sientes dolor” requiere ToMM. Para ello el niño tiene que utilizar claves faciales para inferir el estado mental (en este caso dolor) de otro individuo. Por el contrario, “estoy desolado porque sientas dolor” requiere del módulo TESS. Las reacciones del otro individuo desencadenan una respuesta empática que puede provocar que el niño actúe de forma apropiada (por ejemplo, consolando en el dolor a la otra persona). Este tipo de empatía es secundaria, o auto-consciente, emocional, y suele aparecer en el segundo año de vida (Lewis, 1993). Baron-Cohen sitúa la aparición inicial de la empatía tal como la refleja el TESS un poco antes, y todos

están de acuerdo en que la expresión de la empatía se desarrolla mucho más rápido que la Teoría de la Mente, tal como lo refleja la tarea de la falsa creencia.

Los datos de neuroimagen han confirmado que cuando se realizan tareas de ToM cognitiva o ToM emocional se activan partes diferentes del cerebro. Así, las tareas de ToM que implican procesamiento emocional, activan la amígdala, y se observa una falta de activación de esta región en personas con dificultades en ellas (Baron-Cohen et al., 1999; Shaw et al., 2005). Sin embargo, en tareas como las historias extrañas de Happé, que implican un ToM más cognitivo y requieren habilidades de “pensamiento sobre el pensamiento” y habilidades de razonamiento deductivo, las regiones cerebrales que se activan son bastante distintas (Gallagher et al., 2000; Happé, Brownell y Winner, 1999).

#### *1.5.1.4.2. Evaluación de la Teoría de la Mente emocional (eToM)*

Aunque según Baron-Cohen (2005) existe claramente un componente emocional en la Teoría de la Mente, la investigación empírica al respecto es muy escasa (Shamay-Tsoory et al., 2007). Como se ha señalado, el modelo de Baron-Cohen (1995) dio los primeros pasos para solucionar esta limitación con la inclusión de módulos para decodificar la mirada de los ojos y procesar la atención conjunta. Esto fue después ampliado al concepto del “lenguaje de los ojos” y el Test de Lectura de la Mente en los Ojos (RMET; Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste y Plumb, 2001), que actualmente se considera el paradigma para evaluar la Teoría de la Mente emocional (eToM).

El RMET incluye 36 fotografías de la región de los ojos de hombres y mujeres y el sujeto debe responder cuál de las 4 palabras que se le presentan es la que mejor describe lo que la persona está pensando o sintiendo (ver Anexo 3).

#### *1.5.1.4.3. Solapamiento y diferencias entre Teoría de la Mente emocional (eToM) y Mentalización.*

Tal como hemos expuesto previamente, aunque inicialmente la Teoría de la Mente solo se centraba en el desarrollo cognitivo, y como tal, y las diferencias con el constructo mentalización eran más amplias, posteriormente Baron-Cohen (2005) modificó su visión modular de la Teoría de la Mente para incluir un “Detector de

Emociones” (TED) así como un “Sistema de Empatía” (TESS), abarcando de este modo también en su teoría la importancia del componente emocional, y acercando algo más las posturas entre los dos constructos. El desarrollo del test “Lectura de la Mente en los Ojos” trata de captar tanto el componente cognitivo como el emocional.

En segundo lugar, la investigación en la eToM tiene una visión “más estrecha” que la Teoría de la mentalización, al centrarse principalmente en interpretar a los otros y no al self.

Tercero, la eToM es el *producto* que está en continua evolución fruto del desarrollo de la *actividad* mentalizadora. De acuerdo con Malle (2004), construimos la Teoría de la Mente como un marco conceptual “casero” para explicar los comportamientos en términos de estados mentales; por lo tanto, la actividad mentalizadora es más un proceso o actividad que emplea nuestro marco conceptual, nuestra Teoría de la Mente, del mismo modo que contribuye a su desarrollo y refinamiento.

Tabla 8. Resumen de las polaridades de la Mentalización con las que se solapa la Teoría de la Mente emocional (eToM).

<b>Polaridad</b>	<b>Teoría de la Mente emocional</b>	<b>Mentalización</b>
Explícita-Implícita	Incluye aspectos de la polaridad explícita y de la implícita	Engloba aspectos de mentalización explícita e implícita equilibradamente
Interna-Externa	Se centra en estados internos y externos.	Se centra en estados internos y aspectos externos de forma equilibrada.
Centrada en el Self- Centrada en el Otro.	Se centra en el otro	Se centra en el self y en el otro por igual.
Cognitiva-Afectiva	Se centra principalmente en aspectos afectivos, pero también cognitivos.	Se centra en los aspectos emocionales y cognitivos por igual

Tal como se apuntaba en el inicio del capítulo, los test empleados para medir los constructos Alexitimia, Empatía, Mindfulness y Teoría de la Mente emocional evalúan en algunos casos aspectos de las polaridades ligeramente diferentes o incluso aún más limitados que los que abarcan cada uno de los constructos de forma teórica. Así, si tomamos como ejemplo el RMET (Baron-Cohen et al., 2001), puede constatarse que

este abarca una parte de la mentalización ligeramente diferente de lo que como hemos visto la Teoría de la Mente emocional (eToM) recoge de forma teórica. En primer lugar, se trata de una tarea predominantemente verbal, que requiere reflexión, atención, intención, conciencia y esfuerzo para poder decodificar la emoción que los ojos representan. Esto implica focalizar la atención en la mirada que se presenta, hacerla corresponder con escenarios mentales previos que la hayan suscitado en el pasado, así como a las emociones asociadas a esos escenarios. Finalmente requiere también encontrar en el léxico propio la palabra adecuada que haga referencia a ello. Sería por tanto una tarea únicamente de mentalización “controlada o explícita” dentro de la polaridad “explícita-implícita”, dejando de lado los la mentalización “implícita, que como se ha visto suelen caracterizar también a la eToM.

En cuanto a la polaridad “interna-externa”, la tarea se refiere solo a la polaridad externa, ya que implica la focalización de la atención en características externas y físicas del estímulo que se presenta para tomar la decisión (dirección de la mirada, brillo u oscuridad de la misma, arqueamiento o no de las cejas, fruncimiento o no del ceño, nivel de apertura de los ojos).

En relación a la polaridad “centrado en el self-centrado en el otro”, El RMET se circunscribe únicamente al campo del otro, pues se trata de descifrar algo en relación a la mente ajena.

Finalmente, aunque principalmente se trata de decodificar emociones, y en este sentido se da un predominio de la polaridad “afectiva”, de la polaridad “cognitiva-afectiva”, el test incluye también el componente “cognitivo”, pues para seleccionar la emoción que determinados ojos están representando, es necesario recordar otros ojos asociados a un contexto de estado mental particular que da lugar a esa expresión emocional.

La Tabla 9 refleja de forma precisa las polaridades concretas a las que los test utilizados hacen referencia. Para obtener una mayor información y clarificación al respecto se recomienda consultar también las subescalas e ítems que componen cada uno de los tests en los Anexos 1, 2 y 3.

Tabla 9. Resumen de las medidas seleccionadas de Alexitimia, Empatía, Mindfulness y eToM y su solapamiento con las polaridades de la Mentalización (Adaptado de Luyten et al., 2012)

<b>Polaridades de la Mentalización</b>	<b>Alexitimia</b>	<b>Empatía</b>		<b>Mindfulness</b>	<b>Teoría de la Mente emocional</b>
	<i>(TAS-20)</i>	<i>(EQ)</i>	<i>(IRI, subescala TP)</i>	<i>(MAAS)</i>	<i>(RMET)</i>
<b>Explícita-Implicita</b>	Explícita	Predominio de la explícita	Explícita	Predominio de la explícita	Explícita
<b>Interna-Externa</b>	Interna	Interna	Interna	Interna	Externa
<b>Centrada en el self-Centrada en el otro</b>	Centrada en el self	Centrada en el self y en el otro	Centrada en el otro	Centrada en el self	Centrada en el otro
<b>Cognitiva-Afectiva</b>	Predominio de la afectiva	Predominio de la afectiva	Predominio de la cognitiva	Predominio de la cognitiva	Predominio de la afectiva

## 1.6. MENTALIZACIÓN Y PSICOPATOLOGÍA

Cuando la capacidad mentalizadora no se desarrolla adecuadamente siguiendo los cauces que se han comentado previamente, el individuo no llega a poder adquirir una capacidad de mentalización completa y en su lugar aparece un predominio o reemergencia de los modos “prementalizadores” previamente descritos. Estos modos tienen el poder de desorganizar las relaciones interpersonales y de destruir la coherencia de la experiencia del self, lo que se traduce en la aparición de cuadros psicopatológicos de mayor o menos gravedad (Fonagy et al., 2012).

Así, cuando la capacidad mentalizadora está dañada o seriamente comprometida, empiezan a detectarse ciertos indicadores de fallas en la organización del self, sobre todo en relación al nivel de autonomía y de capacidad consciente para regular el comportamiento propio (Fonagy et al., 2012).

Así mismo, puede observarse que estos individuos no se sienten autores de sus propias acciones y emociones, lo que les conduce a desarrollar un sentido de “difusión de identidad” temporal (Kernberg, 1983), como también a tener sensaciones de vacío,

falta de autenticidad, incoherencia, incapacidad para el compromiso, distorsión de la imagen corporal etc. (Akhtar, 1992). Todos estos hallazgos se desprenden de estudios llevados a cabo tanto con pacientes adultos (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000) como adolescentes (Betan y Westen, 2005).

Además, las personas con dificultades de mentalización se caracterizan por tener una marcada tendencia a leer e interpretar incorrectamente la mente propia y la de los demás. Consecuentemente, actúan de forma inadecuada en contextos sociales, mostrando déficits a la hora de resolver problemas de relación social (Hughes y Ensor, 2008) y defraudando a las personas que les rodean y con las que desearían tener buenas relaciones (King-Casas et al., 2008).

Esta tendencia a interpretar incorrectamente la mente propia y la ajena, puede considerarse un “marcador psicopatológico” de carácter general. En este sentido, cabe destacar que todos los estudios con pacientes esquizofrénicos (Chung, Kang, Shin, Yoo y Kwon, 2008), depresivos (Uekermann et al., 2008) y autistas (Stichter et al., 2010) sugieren ciertas anormalidades en la capacidad de mentalizadora específicas de dichos diagnósticos.

Así, por ejemplo, el experimentar la realidad a modo de “equivalencia psíquica”, donde no se deja lugar a la duda ni a las interpretaciones alternativas, puede llevar a vivir la vida de forma terrorífica, y a añadir drama y riesgo a las experiencias interpersonales. Esto ocurre por ejemplo en los casos de pacientes borderline, cuyas experiencias subjetivas son tan vívidas y bizarras que pueden presentarse a modo de síntomas cuasi-psicóticos (Zanarini, Reichman, Frankenburg, Reich y Fitzmaurice, 2010), o en el de los recuerdos físicos imperiosos asociados con el trastorno de estrés postraumático (Morrison, Frame y Larkin, 2003).

Sin embargo, y para concluir, la repercusión más grave que puede aparecer como resultado de presencia de fallas en la mentalización es el desarrollo de un “alien self” como consecuencia de una historia de apego traumática (ver Capítulo III). En estos casos el niño, que no puede desarrollar una representación estable y coherente de su propia experiencia a través de ser reflejado adecuadamente por el cuidador principal, internaliza partes del abusador como propias, y trata, o bien de externalizarlas a modo

de enfado, miedo, odio etc. sobre el otro (ya sea el terapeuta, el padre o un amigo) (Fonagy et al., 2012) o bien de auto-destruirse en el modo teleológico (físicamente, por ejemplo mediante las autolesiones o el suicidio) (Yen et al., 2002).

Como se explicará en el siguiente capítulo, los pacientes con trastornos de la alimentación y en concreto con anorexia, se caracterizan por tener serias dificultades de mentalización que se reflejan en el dominio corporal. Estas dificultades pueden describirse tanto en forma de modos de funcionamiento prementalizador (modo de “equivalencia psíquica”, “como si” o “teleológico”) como de dificultades con las diferentes polaridades de la mentalización.

## **CAPITULO II**

---

# **TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN**



## 2.1. INTRODUCCIÓN A LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Los trastornos de la alimentación han sido estudiados desde diferentes modelos y perspectivas a lo largo de la historia. Son muchos los estudios que han apuntado a todo tipo de causas (genéticas, fisiológicas, familiares, culturales etc.) como relevantes en la predisposición al padecimiento de estos trastornos (Fairburn y Harrison, 2003), así como en su evolución y desenlace, incluyendo también la respuesta al tratamiento (Vitousek y Manke, 1994; Wonderlich, Lilenfeld, Riso, Engel y Mitchell, 2005).

Así mismo, para categorizarlos se han empleado principalmente dos sistemas clasificatorios DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2001) y CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992), que dan lugar a distintas categorías diagnósticas (anorexia, bulimia y trastorno de alimentación no especificado) basadas en el modo en que los síntomas se agrupan con mayor frecuencia.

No obstante, cabe destacar que aunque desde la Teoría de la Mentalización se empleen como base estos sistemas clasificatorios para el diagnóstico de los trastornos mentales, la clínica de todos ellos se entiende como resultado de fallas en la capacidad mentalizadora.

En el caso concreto de los trastornos alimentarios, se trataría de graves fallas en el funcionamiento mentalizador que se manifiestan especialmente en el plano corporal, dando lugar a los síntomas.

En el presente apartado, se realiza una breve revisión histórica de los conceptos de anorexia y bulimia, se repasa el sistema clasificatorio que más se emplea en la actualidad, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR; APA, 2001) en sus versiones cuarta y quinta, se apuntan algunos datos epidemiológicos, para finalmente adentrarse en la comprensión de trastornos de la alimentación desde la perspectiva de la Teoría de la Mentalización.

## 2.2. HISTORIA DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

### 2.2.1. HISTORIA DE LA ANOREXIA

La anorexia, palabra que procede del griego y que significa falta de apetito (a=privativo) y (orexis=deseo, apetito), tuvo un significado en el mundo antiguo que en realidad, no se corresponde con el sentido actual de este término (rechazo al alimento).

La literatura religiosa contiene muchos relatos de lo que fueron probablemente cuadros más o menos completos de anorexia nerviosa. Así, durante la Edad Media era frecuente encontrar mujeres ayunadoras que repudiaban los deleites de la carne y realizaban prácticas muy similares a nuestras anoréxicas actuales (López-Herrero, 1999).

En este sentido, es conocido el caso de Santa Wilgerfortis, quien, en el siglo X se negó a comer hasta morir para evitar su matrimonio con un hombre por el que sentía un profundo desprecio, o Santa Catalina de Siena, que murió a los 28 años tras someterse a una vida ascética evitando ingerir cualquier tipo de alimento para hacer persistir su deseo de dedicarse a la vida religiosa. Más adelante, Sissi emperatriz de Austria y la filósofa francesa Simone Weil fueron también ejemplos reconocidos de mujeres anoréxicas (Casanueva, 1996).

Sin embargo, no fue hasta 1689 que Richard Morton describió un cuadro que denominó “consunción nerviosa” y que podría considerarse la primera descripción escrita del cuadro que actualmente conocemos como anorexia nerviosa. Éste atribuyó a las causas nerviosas (tristeza y preocupación) y a la imaginación un papel causal importante en las mismas (Raimbault, 1989). No obstante, la verdadera individuación de la dolencia deriva del esfuerzo clasificatorio del francés Lasègue en 1873 y el inglés Gull, que en 1874 describieron un cuadro clínico que se presentaba en mujeres jóvenes y adolescentes, con edades entre 16 y 25 años, y que cursaba con delgadez extrema, disminución o falta de apetito sin causa física demostrable, amenorrea, bradicardia, astenia, estreñimiento e hiperactividad psicomotriz y que definieron como “anorexia nerviosa” y “anorexia histérica” respectivamente (Cabasés, 1999).

La predominancia del psicoanálisis en dicha época condujo a que se profundizaran los mecanismos psicopatológicos implicados. Así, Freud hizo su contribución al tema en 1895 en “El Manuscrito F.”, poniendo el acento en el aspecto depresivo de la anorexia, con pérdida de apetito y pérdida de investidura libidinal en el terreno sexual, en “Introducción al narcisismo” (1914), aportando el dualismo libido del yo-libido del objeto, y en “Mas allá del principio de placer” (1920) en el que se plantea el papel de la pulsión de muerte (Siquier, 2006).

En la fase entre 1914-1937 la anorexia fue considerada exclusivamente endocrina. En 1914 el doctor Simmonds consideró a la anorexia como “caquexia hipofisaria” (enflaquecimiento extremo causado por fallas en la hipófisis), señalando que era una enfermedad que afectaba a mujeres que tras el parto comenzaban a perder peso y morían. Esto continuó así hasta que Sheehan, en 1938, estableció claramente las diferencias entre la anorexia y la caquexia hipofisaria de origen isquémico, lo cual no impidió que hasta los años 50 la anorexia fuera considerada de origen endocrinológico (Cabasés, 1999). Con el desarrollo de las técnicas de laboratorio, el panorama se clarificó en gran medida, pero aún hoy en día son muchos los que, contra toda evidencia, siguen hablando de disfunción hipotalámica, de hipersensibilidad del hipotálamo frente a los estrógenos, de alteraciones en la secreción de GH, y de trastorno neurofisiológico en la anorexia nerviosa (Suárez, 2003).

Otras corrientes organicistas han intentado hallar una base genética para la anorexia nerviosa o han defendido, por la vía de sus semejanzas con la depresión, la existencia de una alteración del eje hipotalámico-hipofisarioadrenal, aunque la investigación no ha aportado datos concluyentes en modo alguno al respecto (CEDE, 2005; Suárez, 2003).

A partir de los años 40, el psicoanálisis empezó a realizar más aportaciones a la cuestión de la etiología de la anorexia nerviosa. Partiendo de la idea original de que en el fondo del rechazo alimentario existían fantasías de embarazo oral, las teorías fueron evolucionando hasta incluir los conflictos no resueltos en torno a la individualización. Se ha planteado la existencia en la base del trastorno de una relación madre-hija distorsionada, capaz de dar lugar a un conflicto del self. El cuerpo sería así un elemento a través del cual se obtienen sentimientos de poder y control que compensan el

profundo sentimiento de desvalimiento e ineffectividad personal que tienen (Suárez, 2003).

También, más recientemente, la fenomenología, las escuelas de medicina psicosomática, el conductismo y la psiquiatría biológica han establecido hipótesis sobre un trastorno de cuya de difícil ubicación nosológica y etiopatogénica. La anorexia ha sido considerada pues, como enfermedad adscrita al espectro depresivo, al histérico, al obsesivo-compulsivo, al psicótico y a otros, hasta que tomó entidad propia.

Fue en el Simposio de Gottingen, en 1965, cuando la anorexia fue motivo de debate y empezó a adquirir un status propio. Sobre ella se elaboraron tres conclusiones básicas (Cano, 2004):

- a) La enfermedad está en relación con las transformaciones de la pubertad.
- b) El conflicto es corporal y no estrictamente de la función alimentaria.
- c) La etiopatogenia y la clínica son diferentes de los conflictos neuróticos.

En los últimos años, se han producido notables contribuciones en la literatura acerca de la etiología y la terapéutica de la anorexia nerviosa. Los trabajos de numerosos autores como Bruch, Selvini Palazzoli o Russell han tenido mucha influencia en este terreno (Garner y Bemis, 1985) y muchos de los desarrollos en el tratamiento en los últimos 20 años han sido elaborados gracias a las observaciones de dichos autores (Suárez, 2003).

Hilde Bruch (1973) hizo hincapié en que la anorexia representa una lucha por la autonomía, competencia, control y autorrespeto, que tiene su origen en la primera infancia, en el contexto de la interacción madre-hijo, especialmente en las situaciones de alimentación. Según esta autora, corresponde a las madres confirmar las expresiones infantiles expresadas, y cuando este proceso no se da adecuadamente, aparecen problemas en 3 áreas principalmente: una percepción distorsionada de los estímulos interoceptivos, una distorsión en la percepción de la imagen corporal, y un sentimiento general de ineficacia personal.

Por su parte, dentro de los modelos sistémicos Palazzoli (1974) y la escuela de Milán vincularon en la década de los 70 la aparición de la anorexia con relaciones disfuncionales dentro del grupo familiar y el contexto significativo del paciente, y el grupo de Filadelfia representado principalmente por Minuchin, estableció características familiares vinculadas al trastorno, como la proximidad extrema entre los individuos, los límites mal definidos, la sobreprotección hacia los hijos o la no resolución de los conflictos (CEDE, 2005).

Los modelos cognitivo-conductuales también han ido evolucionando desde la consideración de que los esquemas cognitivos erróneos provocan fallos sistemáticos a la hora de procesar las informaciones del cuerpo en lo relativo al peso y tamaño del mismo, hacia teorías más generales y complejas. Una de las más importantes en este campo es la teoría de la restricción, de Herman y Polivy (1980); Esta nació con el objetivo de aprovechar lo válido de las líneas teóricas tradicionales, como la hipótesis de la externalidad de Shachter y Rodin (1974) y la hipótesis de la activación emocional. La primera relaciona el patrón de ingesta excesiva con los indicios externos de comida, agravado por un déficit en la percepción de los indicios internos de hambre y saciedad. La segunda, de corte dinámico, da importancia a los factores emocionales como desencadenantes de la ingesta.

En un intento de hacer puentes entre teorías, Russell (1970, 1977), ha tratado de conciliar las hipótesis más biologicistas con las sociales y psicológicas, presentando un modelo de desarrollo en el que la psicopatología central de la anorexia estaría originada en lo biológico y mediatizada por el temor a alcanzar un peso adulto. Garfinkel y Garner (1982), por su parte, han contribuido también a la comprensión de la anorexia como una entidad diagnóstica diferenciada, de patogénesis compleja y con manifestaciones clínicas que son el resultado de múltiples factores predisponentes y desencadenantes (Suárez, 2003).

En los últimos años, Peter Fonagy y sus colaboradores han empezado a explicar los trastornos de la alimentación en base a dificultades en la capacidad mentalizadora (Skårderud y Fonagy, 2012), entendida ésta como la capacidad para interpretar el comportamiento propio y ajeno en base a estados mentales tales como necesidades, deseos, sentimientos y creencias (Bateman y Fonagy, 2004). Esto está permitiendo

clarificar cuestiones y ofrecer nuevas claves explicativas sobre la anorexia, además de contribuir a su tratamiento e intervención como ya lo ha hecho con otros colectivos (Bateman y Fonagy, 2004; Younger, 2006).

### 2.2.2. HISTORIA DE LA BULIMIA

La bulimia es un trastorno menos conocido desde el punto de vista histórico, tal vez por su evolución natural menos dramática, por la menor relevancia personal de sus afectadas o también porque su ocultación ha sido siempre más fácil (Cano, 2004). Así como anorexia nerviosa tuvo una mayor incidencia en la Edad Media, la bulimia ha presentado un gran incremento en su prevalencia en la sociedad moderna, siendo reconocida como trastorno en un corto período de tiempo (Suárez, 2003).

El término bulimia, deriva del griego *boulimos*, que a su vez deriva de la fusión de *bous* (buey) y *limos* (hambre), literalmente "hambre de buey" (Rava y Silber, 2004). La conducta alimentaria relacionada con el atracón y posterior vómito autoinducido con la intención de seguir comiendo se remonta a la época de la antigua Roma (Crichton, 1996), e incluso a civilizaciones anteriores como Egipto, Grecia y Arabia (Nasser, 1993). Las primeras referencias médicas datan de 1708, y en los últimos 50 años se han publicado muchos trabajos sobre la cuestión, proliferando aún más en los años recientes (Cano, 2004).

Ya en el siglo XVIII, James (1743) describió una entidad como "*true boulimus*" caracterizada por una intensa preocupación por la comida, ingesta de importantes cantidades de alimentos en períodos cortos de tiempo seguida de desmayos. También hizo referencia a otra variante, la *caninusappetitus*, donde tras la ingesta se presentaba el vómito.

En el siglo XIX, el concepto de bulimia se incluyó en la edición 1797 de la Enciclopedia Británica y en el Diccionario médico y quirúrgico publicado en París en 1830, aunque posteriormente fue olvidada (Fairburn y Wilson, 1995; Stein y Laakso, 1988).

Así permaneció hasta que en 1979 Russell publicó la primera descripción clínica exacta de la enfermedad. En su trabajo describió 30 pacientes con peso normal que además de un intenso temor a engordar presentaban atracones y vómitos. La llamó en su momento "bulimia nerviosa, una variante ominosa de la anorexia nerviosa" (Russell, 1979). Cuando se publicó el DSM-III (Cooper y Michels, 1988) se incluyó en el mismo un trastorno denominado "bulimia", comenzando a ser considerada internacionalmente como entidad diagnóstica.

### **2.3. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO SEGÚN DSM-IV-TR Y DSM-5**

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen un grupo de trastornos mentales que se caracterizan por alteraciones en la ingesta alimentaria que repercuten sobre la salud, y el uso de conductas inadecuadas para controlar el peso.

Estos trastornos tienden a asociarse a problemas físicos graves y deterioro del funcionamiento psicosocial. Tres categorías de TCA se reconocen en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR; APA, 2001): Anorexia nerviosa (AN), Bulimia nerviosa (BN) y Trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANes). En la última categoría se incluyen versiones subumbrales de la AN y BN y otras pautas alteradas de la conducta alimentaria.

En el recientemente publicado DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), los "Trastornos de la conducta alimentaria" han pasado a denominarse "Trastornos de la alimentación e ingesta" lo que ha conllevado algunas modificaciones sobre los criterios diagnósticos de los cuadros previamente existentes, además de la inclusión de la Pica, el Trastorno de rumiación y el Trastorno de la evitación/restricción de la ingesta de la comida, que previamente se recogían en el epígrafe "Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia y la niñez".

Debido al corto recorrido del DSM-5 (APA, 2013) y las controversias que por el momento ha suscitado, la presente revisión se ha centrado en el DSM-IV-TR (APA,

2001) haciendo algunas referencias aisladas a los aspectos más significativos de la nueva versión.

Tabla 10. Clasificación de los Trastornos de la alimentación en el DSM-IV-TR y en el DSM-5.

<b>DSM-IV-TR</b> <b>Trastornos de la conducta alimentaria</b>	<b>DSM-5</b> <b>Trastornos de la alimentación y la ingesta</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Anorexia nerviosa</li> <li>➤ Bulimia nerviosa</li>   <li>➤ TCA no especificado</li>   <li>(en “Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez”)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Anorexia nerviosa</li> <li>➤ Bulimia nerviosa</li> <li>➤ Trastorno por atracón</li>   <li>➤ Otro trastorno específico de la alimentación</li>   <li>➤ Pica</li> <li>➤ Trastorno de Rumiación</li> <li>➤ Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de la comida</li> </ul>

### 2.3.1. ANOREXIA NERVIOSA (AN)

La AN se caracteriza por una restricción extrema de la ingesta de alimentos, intenso rechazo a mantener un peso adecuado en relación al sexo y la edad, una distorsión de la imagen corporal con preocupación extrema por la dieta, figura y peso y presencia de amenorrea. Las pacientes suelen presentar conductas de evitación hacia la comida con conductas compensatorias para contrarrestar la ingesta como hiperactividad física y/o conductas purgativas, dando lugar a dos subtipos diferentes de la misma (restrictiva y compulsiva/purgativa).

Su inicio suele darse típicamente entre los 14 y 18 años, muy a menudo asociado a un acontecimiento estresante, y cuando la pérdida de peso es considerable, pueden

aparecer síntomas psíquicos (como estado de ánimo deprimido, irritabilidad, insomnio etc.) y físicos (como estreñimiento, hipotermia, bradicardia, lanugo o problemas metabólicos). La comorbilidad con trastornos de personalidad es también importante, principalmente con el trastorno límite, el de evitación y el de dependencia. No suelen tener conciencia de enfermedad ni del riesgo que corren al persistir en estas conductas.

Tabla 11. Resumen de los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa según el DSM-IV-TR

<b>Anorexia Nerviosa (DSM-IV-TR)</b>
<p>A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej. pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).</p> <p>B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.</p> <p>C. Alteración de la percepción del peso o silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.</p> <p>D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos).</p> <p>Especificar el tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <i>Tipo restrictivo</i>: durante el episodio de anorexia nerviosa el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas (por ej. provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).</li> <li>➤ <i>Tipo purgativo</i>: durante el episodio de anorexia nerviosa el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ej. provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).</li> </ul>

El DSM IV-TR (APA, 2001) apunta también que si el trastorno se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, el criterio de pérdida de peso se sustituye por el de ausencia de ganancia de peso esperada para la edad y talla.

Generalmente la pérdida de peso se alcanza iniciando una dieta que lleva a una reducción de la ingesta (eliminando inicialmente los alimentos más calóricos y terminando por seguir una dieta limitada a unos pocos alimentos). Otras vías utilizadas para la pérdida de peso son la utilización de purgas o el ejercicio físico excesivo.

El miedo a ganar peso o convertirse en una persona obesa es desmesurado, y lejos de reducirse a medida que se pierde peso, cada vez es más intenso, limitando así gravemente el resto de las áreas de la vida.

La alteración de la imagen corporal puede referirse al peso o a la forma de una parte concreta del cuerpo, y es habitual el uso de una gran variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso corporal tales como pesarse constantemente, medir algunas partes del cuerpo de forma obsesiva o mirarse repetidamente al espejo. El nivel de autoestima es intensamente dependiente de la forma y peso corporal.

Finalmente, la amenorrea suele ser consecuencia de la pérdida de peso (debida a niveles anormalmente bajos de estrógenos por disminución de la secreción hipofisaria de las hormonas foliculostimulante [FSH] y luteinizante [LH]). En el caso de las niñas prepuberales la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarquía.

En relación a los subtipos de anorexia nerviosa, se distinguen 2:

- *Tipo restrictivo*: las estrategias utilizadas para la pérdida de peso son la dieta, el ayuno o el ejercicio físico intenso. Los individuos no recurren a atracones ni purgas. A estas pacientes se les ha atribuido según Garfinkel et al.(1996), un mayor perfeccionismo, rigidez, hiperresponsabilidad y sentimientos de ineficacia.
- *Tipo compulsivo o purgativo*: para el control del peso, el individuo recurre regularmente a atracones, purgas o ambos (en estos casos a veces lo que el

paciente considera “atracones” se limita a cantidades pequeñas de comida). La mayoría de los individuos que pasan por episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes y enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir cantidades pequeñas de comida.

El DSM-5 (APA, 2013) ha eliminado el “criterio D” relativo a la presencia de amenorrea, ha modificado el “criterio A” de forma que hay que especificar el nivel de gravedad según el Índice de Masa Corporal, ha incluido una duración determinada (últimos 3 meses) para diagnosticar subtipos “restrictivo” y “purgativo”, además de la necesidad de indicar si está en “remisión parcial” o “remisión total”.

### 2.3.2. BULIMIA NERVIOSA (BN)

La BN se caracteriza por episodios de atracones recurrentes asociados a conductas compensatorias dirigidas a influir en la imagen y en el peso corporal (vómitos autoinducidos, uso de laxantes y/o ejercicio excesivo). El atracón se define como una ingesta excesiva y/o rápida de comida que se asocia con la sensación de falta de control. Las personas con BN tienden a mantener una evaluación negativa de sí mismas influidas por la imagen y el peso corporal. Este último suele estar en un rango normal o discretamente por debajo de él.

La bulimia nerviosa suele iniciarse entre los 18 y 25 años, y el curso es crónico en la mayoría de los casos, aunque la mortalidad no es muy elevada. Con frecuencia suelen presentar síntomas psíquicos asociados como depresión y ansiedad, además de conductas adictivas (por ej., consumo de sustancias) y falta de control de impulsos.

Así mismo, alrededor de un tercio cumplen criterios para un trastorno de personalidad, frecuentemente el límite. En el plano físico y a largo plazo aparecen irregularidades menstruales, pérdida de potasio, infecciones urinarias, arritmias cardíacas, callosidad en el dorso de la mano, erosión del esmalte dental etc.

Tabla 12. Resumen de los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa según el DSM-IV-TR

<b>Bulimia Nerviosa (DSM-IV-TR)</b>
<p>A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:</p> <p style="padding-left: 40px;">(1) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ej. en un periodo de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.</p> <p style="padding-left: 40px;">(2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p.ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).</p> <p>B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son la provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.</p> <p>C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos 2 veces a la semana durante un periodo de 3 meses.</p> <p>D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.</p> <p>E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.</p> <p>Especificar tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <i>Tipo purgativo</i>: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.</li> <li>➤ <i>Tipo no purgativo</i>: 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.</li> </ul>

El DSM IV-TR (APA, 2001) describe en relación a los atracones que estos suelen ser conductas privadas u ocultas, dada la intensa sensación de vergüenza o culpabilidad que generan al individuo, y suelen ser desencadenados por situaciones interpersonales estresantes, la intensa sensación de hambre provocada por una dieta

excesivamente severa, o por los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos. El atracón suele terminar con dolor abdominal y/o los sentimientos intolerables de culpabilidad y repulsa.

Entre los métodos diversos para compensar los atracones el más habitual es la provocación del vómito (80-90% de los casos), que reduce el malestar físico y el miedo a ganar peso. Aproximadamente un tercio toman laxantes después de los atracones. También pueden emplear el ejercicio físico intenso y en exceso, realizándolo a horas poco habituales, en lugares poco apropiados, o a pesar de estar con lesiones.

Las personas con BN ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales y son muy importantes a la hora de determinar su autoestima. El miedo a ganar peso, el deseo de adelgazar y el nivel de insatisfacción corporal es similar al de la anorexia.

El DSM-IV-TR (APA, 2001) describe los siguientes subtipos en función de si se da o no un uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimentos durante los atracones:

- *Tipo purgativo*: Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la persona enferma se provoca el vómito y hace un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.
- *Tipo no purgativo*: Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la persona enferma emplea otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se provoca el vómito ni hace un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.

El DSM-5 (APA, 2013) ha reducido la frecuencia de los atracones y conductas compensatorias a una vez a la semana durante 3 meses (haciendo necesario especificar el nivel de gravedad del cuadro según el número de conductas compensatorias); ha eliminado los subtipos “purgativo” y “no purgativo”, y ha añadido los especificadores “en remisión parcial” o “en remisión total”.

### 2.3.3. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADOS (TCANES)

Los TCANES son habitualmente cuadros de AN o BN incompletos, ya sea porque están en el inicio o en vías de resolución. Por ejemplo, un TCANE se diagnosticaría en el caso de que a pesar de cumplirse todos los criterios para la AN no hubiera amenorrea, o si el peso se encontrara dentro de los límites normales, o si se emplearan las conductas compensatorias inapropiadas típicas de la BN y con la frecuencia exigida pero las cantidades ingeridas en los atracones fueran pequeñas.

Estos trastornos no especificados se incluyen ahora en el apartado “Otro trastorno específico de la alimentación” del DSM-5 (APA, 2013).

Sin embargo, el cambio más sustancial en el DSM-5 (APA, 2013) se ha dado en relación al Trastorno por atracón (TA), que estando anteriormente en fase de estudio, se le ha dado ahora entidad propia. Este se define ahora por atracones recurrentes, que deben estar presentes al menos una vez la semana durante un periodo de 3 meses, sin asociarse con conductas compensatorias. También es necesario especificar el nivel de gravedad actual del TA (en función de la frecuencia de los episodios de atracón), así como si está en “remisión parcial” o “total”.

## 2.4. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

En los últimos años se ha producido un notable incremento de los casos de trastornos de la alimentación, así como una reducción en su edad de inicio (Attia, 2010; Fairburn y Harrison, 2003).

Actualmente se han llevado a cabo varios estudios de revisión en los que se ha tratado de estimar las prevalencias de los trastornos alimentarios en general y de las diferentes categorías diagnósticas en particular. Así, por ejemplo, en un meta-análisis para el que se revisaron 9315 artículos de las bases de datos más reconocidas a nivel mundial (PubMed/Medline, PsycINFO, Web of knowledge, etc.) y que incluyó una muestra total de 72.961 individuos con TCA, se estimó que la prevalencia total de los trastornos alimentarios giraba en torno a un 1.01%, y concretamente era de un 0.21%

para la anorexia, un 0.81% para la bulimia y un 2.2% para el trastorno por atracón (Qian et al., 2013). Igualmente, el estudio refiere que parece haberse observado un incremento en la prevalencia de todos los trastornos a lo largo de los años, aunque solo estadísticamente significativo en el caso de la anorexia. Estos datos concuerdan con los obtenidos en otra revisión previa (Hoek, 2006), en la que se calculó que la prevalencia media entre mujeres jóvenes era del 0.3% para la anorexia y del 1% para la bulimia.

Los estudios realizados en EEUU con muestras muy amplias se acercan a dichas cifras. En uno de ellos en el que tomaron parte 10.123 adolescentes de entre 13 y 18 años, se obtuvieron unas prevalencias similares a las apuntadas, concretamente del 0.3% para la anorexia, 0.9% para la bulimia y 1.6% para el trastorno por atracón (Swanson, Crow, Le Grange, Swendsen y Merikangas, 2011). Algunos autores señalan las diferencias en los diseños metodológicos y en los instrumentos diagnósticos empleados como posibles causas de las distintas estimaciones realizadas a la hora de calcular estos datos (Fernández y Encinas, 2005; Smink, van Hoeken y Hoek, 2012).

En relación a la distribución por sexos, la investigación epidemiológica también concluye que dichas prevalencias son mucho mayores en el caso de las mujeres que en el de los hombres, y en los países occidentales que en los no occidentales, aunque en estos últimos las tasas van en aumento (Makino, Tsuboi y Dennerstein, 2004; Qian et al., 2013). En este sentido, El DSM-IV-TR (APA, 2001) estima que el 90% de las personas con anorexia y bulimia son mujeres.

Dentro de los trastornos mentales, la anorexia es uno de los que reviste mayor gravedad. Ya en los años 90 era considerado el trastorno asociado a mayores tasas de mortalidad (Harris y Barraclough, 1998), y, a pesar de que algunos estudios han mostrado que éstas tasas se fueron reduciendo progresivamente de la década de los 70 a la de los 90 (del 4.4% al 1.2%) probablemente debido a la aparición de unidades especializadas dirigidas a su tratamiento (Lindblad, Lindberg y Hjern, 2006), un meta análisis reciente ha revelado que la tasa del mortalidad actual aún se sitúa en el 0.51% y que en 1 de cada 5 casos la causa de muerte es el suicidio (Arcelus, Mitchell, Wales y Nielsen, 2011).

En España, a pesar de la escasa constatación empírica debida a la ausencia de estudios epidemiológicos con muestras de todo el país, algunos autores señalan que los casos de anorexia nerviosa se elevan anualmente (Acosta, Llopis, Gómez y Pineda, 2005; Ballabriga y Carrascosa, 2001).

No obstante, los estudios de 2 fases realizados en años distintos, en los que en la primera se aplica un test de screening y en la segunda una entrevista, no parecen dar cuenta de este incremento. Un estudio sobre la prevalencia de los trastornos de la alimentación que contó con una muestra de 1545 estudiantes españoles de entre 12 a 21 años reveló que la prevalencia general de los trastornos de la alimentación era del 3.43%, siendo del 0.33% para la anorexia, del 2.29% para la bulimia y del 2.72% para el trastorno de alimentación no especificado (Fernández, Labrador y Raich, 2007). Estos datos tienen una amplia correspondencia con otro llevado a cabo por Perez Gaspar et al. varios años antes (Pérez-Gaspar et al., 2000), que encontraron en una muestra de 2862 participantes de entre 12 y 21 años que la prevalencia de trastornos de la alimentación en la población general era del 4.1%, y del 0.3% para la anorexia, 0.8% para la bulimia y 3.1% para el trastorno de alimentación no especificado. En el caso de muestras compuestas principalmente por personas de edades inferiores (12-13 años) las prevalencias son algo más reducidas (Calvo, Zapata, Cebollada, Trébol y Lobo, 2010; Muro-Sans y Amador-Campos, 2007).

La reciente aparición del DSM-5 (APA, 2013) con las correspondientes modificaciones de los criterios de inclusión para las distintas categorías diagnósticas de los trastornos alimenticios alterará también los datos de incidencia y prevalencia de dichos trastornos. En esta nueva versión se ha tratado de reducir el apartado de los TCANE, ampliando para ello las categorías de AN y BN, además de incluir el TA como categoría específica, por lo que se aventura que el panorama se modificará (Smink et al., 2012). Sin embargo, aún no existen estudios rigurosos que incluyan datos al respecto.

## **2.5. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN DESDE LA TEORÍA DE LA MENTALIZACIÓN**

Como ya se ha mencionado previamente, el constructo “mentalización” o “función reflexiva” se refiere a la capacidad de reflejar e interpretar el comportamiento

de uno mismo y los demás en términos de estados mentales internos tales como pensamientos, sentimientos y creencias (Allen et al., 2008). Esta capacidad para mentalizar requiere el reconocimiento de que los estados mentales son subjetivos y la habilidad para relacionar el comportamiento externo con los procesos mentales internos que lo causan (Fonagy et al., 1998).

La mentalización se desarrolla a partir de 2 modos prementalizadores de representación de la realidad interna: el modo de “equivalencia psíquica” y el modo “como si” (Fonagy y Target, 1996; 2007), cuya integración da lugar al desarrollo completo de la capacidad mentalizadora, donde los pensamientos y sentimientos se experimentan como representaciones, y las realidades internas y externas se ven como unidas, pero separadas (Rothschild-Yakar, Levy-Shiff, Fridman-Balaban, Gur y Stein, 2010).

Los pacientes con trastornos de la alimentación presentan graves deficiencias en la capacidad mentalizadora, lo que da lugar a un funcionamiento psíquico particular basado en modos prementalizadores (“equivalencia psíquica”, modo “como si” y “modo teleológico”). Así, en el caso de los pacientes con trastornos alimentarios, estas fallas en el funcionamiento mentalístico se manifiestan especialmente y de manera característica en el cuerpo (lo que se denomina “mentalización corporalizada”) y en la imagen de este, aspectos a los que nos referiremos de forma más extensa en sendos apartados específicos.

Por otro lado, algunos autores ponen un mayor énfasis en que estas dificultades de mentalización y sus consecuencias residen en última instancia en la existencia de un trastorno subyacente del self, que se produce porque no se ha dado una adecuada sintonía entre las necesidades innatas del niño y las respuestas de su cuidador principal (Bruch, 1962/1973).

Sin embargo, otros defienden que estos individuos pueden tener déficits adquiridos o hereditarios en sus funciones neurobiológicas (Barry, Kochanska y Philibert, 2008; Belsky, 2006), lo que les predispone a tener una peor capacidad de mentalización, y a consecuentemente, a sufrir ciertas dificultades como una pobre regulación emocional (Taylor et al., 1997).

Por el momento, si bien las causas que conducen a desarrollar una pobre capacidad mentalizadora permanecen inciertas y continúan investigándose, lo cierto es que esta se encuentra muy comprometida en los trastornos de la alimentación.

### 2.5.1. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN Y MODOS DE FUNCIONAMIENTO PREMENTALIZADORES

A continuación se exponen los modos prementalizadores descritos en el bloque anterior y la forma específica en que estos se manifiestan en los trastornos de la alimentación:

#### 2.5.1.1. EL MODO DE “EQUIVALENCIA PSÍQUICA”

La equivalencia psíquica hace referencia a hacer equivaler el mundo interno con el externo (Fonagy et al., 2002), de manera que se cree que lo que existe en la mente debe existir ahí fuera, y lo que existe ahí fuera, invariablemente existe en la mente. Así, en los trastornos de la alimentación, los estados mentales, imposibles de representarse a modo de ideas y sentimientos, acaban representándose en el dominio del cuerpo, mediante el control de la comida o la realización de acciones concretas.

Skårderud (2007a) ofrece numerosos ejemplos de equivalencia psíquica basados en transcripciones de entrevistas y sesiones de terapia de adultos con anorexia nerviosa. En estas pacientes, las experiencias sensorio-motoras y las sensaciones corporales son entidades físicas que funcionan como fuentes metafóricas para los fenómenos no-físicos. A continuación, se exponen algunos ejemplos del tipo de discursos de estas pacientes:

Elisabeth, paciente anoréxica de 20 años explica: “La idea de mezclar distintos tipos de comida me asusta; el ver demasiados tipos de comida en mi plato, y la idea de mezclarlos todos en mi estómago induce una sensación de caos en mí” En este ejemplo, se observa claramente la equivalencia psíquica en el hecho de que hace equivaler la mezcla de comida en el estómago (realidad física, concreta, tangible), con la sensación de desorden interno.

Lisa, otra paciente enferma de bulimia comenta: “Tuve la tentación de atracarme todo el día, pero afortunadamente fui capaz de resistir; sin embargo, cuando me fui a la cama el solo hecho de pensar en comida me hizo sentirme gorda; ¿he estado comiendo? no, pero la sensación era abrumadora”. En este caso la equivalencia psíquica se observa en cómo la paciente equipara directamente una realidad de su mundo interno (mental), como es un pensamiento, a la manera en la que se concibe externamente, es decir, gorda.

En los trastornos de la alimentación, la equivalencia psíquica se manifiesta especialmente a través de los atributos corporales y el control del cuerpo, pero dada la relevancia de esta cuestión se expone de forma más extensa en un epígrafe aparte.

#### *2.5.1.2. EL MODO “COMO SI”*

El modo “como si” es un modo de funcionamiento prementalizador en el que el mundo interno y externo permanecen disociados (Fonagy et al., 2002). Por tanto, aunque se empleen palabras que pueden dar la impresión de ser relevantes y hacer referencia a estados internos (emociones y pensamientos), en realidad éstas no tienen un nexo con lo que verdaderamente se está experimentando. En el caso del trabajo psicoterapéutico, tampoco las palabras del terapeuta tienen un impacto real sobre el paciente, porque mientras el paciente funcione en modo “como si” aunque pueda entenderlas, éstas no tienen una repercusión tal.

Bateman y Fonagy (2004) hacen referencia a esta cuestión en la terapia con pacientes borderline, que puede extrapolarse también al caso de los trastornos alimentarios: “La terapia puede durar semanas, meses y a veces incluso años en el modo “como si”, en el que los estados internos se discuten prolongadamente, a veces con excesivo detalle y complejidad, aunque no haya progresos, y sin experimentar una comprensión real”.

### 2.5.1.3. EL MODO “TELEOLÓGICO”

“Telos” en griego significa “objetivo” o “meta”. El modo teleológico hace referencia a un modo de funcionamiento mental en el que las acciones (propias y ajenas) se entienden como dirigidas a un fin u objetivo. A la hora de considerar las acciones, no se es capaz de tener en cuenta los estados mentales que pueden estar en su origen (creencias, deseos, emociones), sino que se priorizan los resultados observables, tangibles.

Existen pocas condiciones clínicas que ilustren este concepto mejor que los trastornos de la alimentación. En el mundo de los trastornos psiquiátricos, los trastornos de la alimentación representan un caso especial, en la medida en que se puede identificar un activo deseo inicial para cambiar sus biografías: los pacientes quieren cambiar en términos de autoestima y aceptación social, y buscan conseguir estos cambios (es decir tratan de alcanzar estas metas y objetivos) físicamente, modificando sus cuerpos o mediante el control de la comida o la realización de acciones concretas. Por lo tanto, el modo teleológico puede ser un concepto útil para entender las ambiciones de auto-mejora centradas en el cuerpo en los pacientes con trastornos de la alimentación.

Un ejemplo clarificador del modo teleológico aplicado al self, son las palabras de Elisabeth, paciente anoréxica ya mencionada: “Poco a poco he entendido que controlar la comida es una manera de controlar mis problemas insoportables, mi inquietud, las ansiedades en relación a mí misma, y sencillamente mi necesidad de ser alguien”.

El modo teleológico es muy importante para entender sus relaciones en general y la relación terapéutica en particular. El paciente que está en este modo de funcionamiento considera por ej. que si al terapeuta realmente le importa, él o ella tiene que tener una buena disposición a ser servicial en modos concretos, como estar disponible al teléfono, hacer sesiones extra los fines de semana, tener contacto físico y actos “más allá de las reglas”.

La gran dependencia que las pacientes tienen en compararse con los demás (terapeutas, otros pacientes, miembros de la familia, parejas etc.) da cuenta del sorprendente papel del “modo teleológico” de la mentalización en los trastornos de la alimentación. Así por ejemplo, el terapeuta tiene que ser consciente de que su propio cuerpo va a ser evaluado y juzgado; este juicio puede perjudicar la relación terapéutica especialmente en las fases iniciales, ya que pueden pensar que no pueden ganar peso cuando su nutricionista es más delgado que ellos, o que no pueden aprender cómo controlarse de un terapeuta obeso. En la terapia de grupo, las pacientes pueden definirse mutuamente por su peso, forma corporal y alusiones a la dieta, la restricción, los atracones, las purgas y la actividad física. Su falta de seguridad en su identidad lleva a una tendencia a compararse con otros/as en términos de logros concretos y cualidades corporales.

#### 2.5.2. MENTALIZACIÓN CORPORALIZADA: “EMBODIMENT”

La mentalización corporalizada puede entenderse como una forma particular de “equivalencia psíquica” en la que el cuerpo se convierte en la sede de las emociones, deseos y pensamientos que no pueden ser representados a través de otras vías de manera más compleja y elaborada (Luyten, Van Houdenhove, Lemma, Target y Fonagy, 2012).

En este caso, algunos aspectos de la experiencia como son los sentimientos, estados de ánimo, impresiones, ideas, relaciones, actitudes etc. que resultan fugaces, efímeros e intangibles, se llevan al dominio del cuerpo de manera que pueden así puedan ser controlados, manipulados y manejados como si fueran objetos del mundo material (Skårderud, 2007b).

Skårderud (2007a), señala diversos ejemplos en relación a esta cuestión, como es el caso de una paciente que iguala el hecho de tener el estómago vacío a la pureza emocional, u otra que asegura que ser ligera de peso le genera una sensación de aligerar el malestar psicológico.

Aunque habitualmente el cuerpo en los seres humanos juega un papel metafórico, que se refleja en el lenguaje que empleamos (por ej. cuando relacionamos la idea de experimentar problemas con la sensación de peso en el cuerpo diciendo “estoy

cargado de trabajo” o cuando conectamos nuestra sabiduría y comprensión sobre algo con nuestro sentido de la vista al decir “veo lo que quieres decir”, (Lakoff y Johnson, 1980; 1999) en el caso de los trastornos alimentarios existe una cercanía, una conexión más o menos inmediata entre la realidad física y la psicológica, de manera que la metáfora no funciona. En estos trastornos, las metáforas corporales no funcionan como representaciones capaces de contener experiencias, sino como presentaciones de hechos concretos aquí y ahora con las que es difícil negociar. El “como si” de la metáfora se transforma en un “es” (Skårderud, 2007a).

De este modo, en lo que se refiere al cuerpo, se da una equivalencia psíquica entre la experiencia de la forma del cuerpo y sus parámetros concretos: ser más delgados/as hace que se sientan superiores, y por lo tanto que *sean* superiores. Como puede observarse, los estados mentales, imposibles de ser representados a modo de ideas y sentimientos, acaban representándose en el dominio del cuerpo. “Los atributos físicos como el peso acaban reflejando estados como bienestar, control, autoestima etc.” (Fonagy et al., 2002, p.405).

Algunos autores han puesto de manifiesto que las modificaciones corporales como aquellas a las que da lugar el control del apetito, pueden representar el esfuerzo por mantener el control interno y la cohesión en personas que tienen una organización vulnerable del self. De hecho, distintas experiencias estresantes pueden amenazar la integridad del self, y mediante la concretización, estas personas pueden tratar de reforzar el sentido del self intentando dar fuerza a la experiencia de tener una base en su propio cuerpo (Atwood y Storolow, 1984). Esta idea se desarrolla de forma más extensa en el apartado 2.5.4. “Confusión interoceptiva y déficits del self”.

### 2.5.3. DISTORSIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL.

La distorsión de la imagen corporal se define como una perturbación significativa en la manera en que es experimentado el peso o figura de uno mismo y es un aspecto esencial en el diagnóstico de la anorexia nerviosa (APA, 2000). Hilde Bruch (1962) fue la pionera en el estudio y desarrollo del fenómeno de la “distorsión de la imagen corporal”.

Aunque la imagen corporal y su distorsión en los trastornos de la alimentación ha sido objeto de un gran número de estudios, y algunos autores han hecho esfuerzos por desarrollar medidas para poder evaluarla (Maganto y Cruz, 2008), todavía no existe un consenso sobre la naturaleza específica del problema. En gran parte, la imagen corporal se ha tratado como un rasgo estable que se puede estudiar fuera del contexto en el que se encuentra. Sin embargo, Slade y Brodie (1994) concluyeron que las pacientes anoréxicas no tienen una distorsión de la imagen corporal fija e implacable; más bien, tienen una “incierta, inestable y débil” imagen corporal (p.41). También hay evidencia de que las experiencias corporales pueden fluctuar con los estados afectivos (Espeset, Gulliksen, Nordbø, Skårderud y Holte, 2012): Así por ejemplo, una persona con anorexia puede sentirse más gorda cuando está asustada.

La Teoría de la Mentalización permite así una reconceptualización de la distorsión de la imagen corporal como una combinación de la “equivalencia psíquica” (estados hipercorporalizados en los que la vida interna se experimenta como demasiado real e inmediata de forma concreta) y el modo “como sí” (estados descorporalizados desconectados tanto de los afectos como de los estímulos somáticos).

#### 2.5.4. CONFUSIÓN INTEROCEPTIVA Y DÉFICITS DEL SELF

Como ya se ha apuntado previamente, las modificaciones corporales y otros síntomas que aparecen en los trastornos alimentarios, pueden entenderse como esfuerzos reconstitutivos para mantener la cohesión mental y luchar contra el peligro de fragmentación interna en personas que tienen una organización vulnerable del self (Karlsson, 2002). Varios autores se han referido en distintos momentos a estos posibles déficits del self en los trastornos alimentarios.

Hilde Bruch (1904-1984), reconocida psiquiatra y psicoanalista con largo recorrido en el campo de los trastornos alimentarios, observó que los resultados del tratamiento con pacientes con trastornos de la alimentación desde la psicoterapia tradicional orientada al insight eran bastante pobres, y concluyó que las formulaciones psicoanalíticas sobre la anorexia nerviosa estaban basadas principalmente en casos atípicos de conversión histérica.

Bruch (1982/1985) consideraba la psicopatología de la anorexia primaria diferente a la comprensión Freudiana de la psiconeurosis, y más parecida a lo que hoy en día se describen como trastornos de personalidad narcisista, límite y esquizoide. En su opinión, el principal problema reside en un sentido deficiente del self e incluye un variado rango de déficits en los desarrollos conceptuales, de imagen y conciencia corporal e individuación (Taylor et al., 1997). Bruch (1962) observó que los pacientes anoréxicos encontraban difícil percibir o interpretar de forma precisa los estímulos relacionados con su cuerpo, tales como el hambre y la saciedad, y también los signos fisiológicos de la desnutrición, como la fatiga y la debilidad. Además, señaló que los pacientes eran con frecuencia incapaces de describir sus emociones, con desconexiones entre el lenguaje y los componentes fisiológicos, subjetivos y sensoriales de la emoción (Taylor et al., 1997).

La falta de conciencia de las experiencias internas y el fracaso de confianza en los sentimientos, pensamientos y sensaciones corporales para dirigir el comportamiento, pueden contribuir a una sensación abrumadora de no estar viviendo una vida propia (Bruch, 1962/1973). Bruch describe la anorexia como “una lucha por el control, el sentido de identidad, la competencia y la eficacia”. En su opinión, el problema principal reside en un sentido deficiente del self e incluye un amplio rango de déficits en los desarrollos conceptuales, de imagen y conciencia corporal y de la individuación (Taylor et al., 1997).

En su opinión, la “confusión interoceptiva” es una consecuencia de la pobre sintonía entre las necesidades innatas del niño y las respuestas de los cuidadores de alrededor. La mala interpretación de las comunicaciones no verbales, presimbólicas del niño por parte de los padres y su “mal etiquetaje del estado emocional del niño, como el que esté hambriento (o con frío, o cansado), independientemente de la experiencia de éste, lleva al niño a desconfiar de la legitimidad de sus propios sentimientos y experiencias” (p.62).

En la terminología de la psicología del desarrollo y el psicoanálisis contemporáneos, esta mala interpretación parental puede ser descrita como “reflejo incongruente” (Gergely y Watson, 1996), que se desarrollará mejor en el apartado 3.4. “Trauma en las relaciones de apego y dificultades de mentalización”.

Más recientemente, Peter Fonagy y sus colegas (Fonagy et al., 2002) también suscriben esta idea de las deficiencias en el sentido del self en los trastornos alimentarios, y se refieren a ello de la siguiente manera: “Cuando la realidad psíquica está integrada de manera pobre, el cuerpo toma un rol excesivamente importante para la continuidad del sentido del self”(p.405).“Sin tener un sentido claro interno de sí mismos, los individuos con trastornos de la alimentación necesitan encontrar un sentido del self a través de que otras personas reaccionen ante ellos, y a través de tratarse a sí mismos como objetos, de una forma literal más que metafórica, porque el yo se experimenta como un ser físico sin significado psicológico” (p.406).

Goodsitt (1997) y Skårderud (2007a; 2007b) señalan en esta misma línea que los déficits del self se manifiestan en dificultades el sentido de cohesión, vitalidad, autorregulación, sentido de bienestar y seguridad, regulación emocional y regulación de la autoestima. Los síntomas son concebidos como intentos potencialmente restauradores de la cohesión, vitalidad y autorregulación (Goodsitt, 1997; Skårderud, 2007a; Skårderud, 2007b).

#### 2.5.5. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN DESDE LAS POLARIDADES DE LA MENTALIZACIÓN

Como se ha expuesto previamente, la conceptualización de la mentalización ha ido variando y complejizándose en a medida en que la investigación se profundizaba. A partir de 2009, la mentalización se empezó a concebir como un constructo multi-dimensional basado en 4 polaridades: explícita-implícita, interna-externa, centrada en el self-centrada en el otro y cognitiva-afectiva (Fonagy y Luyten, 2009; 2010). En consecuencia, actualmente, muchos de los conceptos desarrollados con anterioridad pueden englobarse y explicarse dentro de alguna de las polaridades mencionadas.

Los autores consideran de gran relevancia el hecho de que se lleven a cabo estudios sobre las dificultades de mentalización específicas que se presentan en cada uno de los trastornos, con el fin de tener un mejor conocimiento sobre los procesos subyacentes, y poder establecer así un foco claro de intervención terapéutica (Luyten et al., 2012).

Con este propósito, y para que en los estos fenómenos puedan ser estudiados en grandes muestras, los autores proponen que la mentalización se evalúe con medidas de auto-informe de constructos que se solapen con las polaridades de la mentalización (Choi-Kain y Gunderson, 2008; Luyten et al., 2012). Así, por ejemplo, los constructos de Alexitimia, Empatía, Mindfulness y Teoría de la Mente emocional (eToM) explicados previamente de manera extensa, pueden considerarse medidas solapadas de distintos aspectos de las polaridades de la mentalización (Luyten et al., 2012) en los trastornos de la alimentación en general, y en la anorexia en particular.

A continuación se expone una revisión detallada de los estudios que se han llevado a cabo hasta el momento en relación a los trastornos alimenticios y dichos constructos afines a la mentalización. No obstante, cabe destacar que dichos estudios se realizaron apoyados en marcos teóricos distintos al de la Teoría de la Mentalización, y en consecuencia, tanto las hipótesis formuladas como las interpretaciones de los resultados obtenidos se realizan desde un prisma diferente al que se empleará con los que se obtengan en esta tesis. Sin embargo, resulta de interés apoyarse en ellos para valorar el estado actual del tema y tener así un punto de partida en el que basar el presente estudio.

#### *2.5.5.1. ALEXITIMIA Y TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN*

La relación de la alexitimia con los trastornos de la alimentación ha sido ampliamente investigada en distintos estudios, sin que se haya llegado a resultados demasiado concluyentes.

Algunos estudios han puesto de manifiesto que los niveles de alexitimia son más altos en la población con patología alimentaria que en los individuos que no la padecen. Así, en un estudio que se llevó a cabo con 75 mujeres que presentaban un trastorno de alimentación, el 44% mostraba una puntuación de alexitimia por encima del punto de corte (Berthoz, Perdereau, Godart, Corcos y Haviland, 2007), cuando en la población general se estima que los niveles rondan el 18% (Parker, Taylor y Bagby, 1989). Esta elevada tasa de alexitimia también se observó en otro estudio que incluía un grupo de mujeres que actualmente padecían el trastorno, y otro de mujeres recuperadas. En éste,

los datos mostraron que el 65% de las anoréxicas y el 83% de las bulímicas superaban el punto de corte, frente al 33% de las ya recuperadas (Beales y Dolton, 2000), sugiriendo así que el nivel de alexitimia podría estar condicionado por el padecimiento del trastorno.

Sin embargo, actualmente, los estudios se dirigen en su mayor parte a dilucidar el papel que desempeña la alexitimia junto con otras variables en la aparición y mantenimiento de los trastornos de la alimentación, ya que, tal como ha podido constatar, especialmente la depresión y la ansiedad parecen influir decisivamente en la presencia o no de dicha relación.

En este sentido, Parling, Mortazavi y Ghaderi, (2010) compararon los niveles de alexitimia, depresión y ansiedad de 35 pacientes con anorexia nerviosa con un grupo de control, y concluyeron que aunque las anoréxicas mostraban mayores niveles de alexitimia, estas diferencias entre los grupos desaparecían cuando se controlaba la influencia de la depresión y la ansiedad. Esas mismas conclusiones fueron obtenidas por Espina, Ortego Saenz de Cabezón, Ochoa de Alda, Joaristi y Juaniz (2004), en un estudio con 155 mujeres españolas con anorexia y bulimia tras controlar el efecto de las variables señaladas.

Similares efectos fueron comprobados por Bydlowski et al. (2005), y por Corcos et al. (2000), en muestras de 75 y 64 mujeres con trastornos de la alimentación respectivamente, cuyas diferencias iniciales de puntuaciones en alexitimia con respecto a los grupos de control se redujeron hasta igualarse una vez controlados los niveles de la variable depresión.

En esta misma línea, Rozenstein, Latzer, Stein y Eviatar, (2011) pusieron en marcha un estudio exploratorio en el que examinaron, entre otras variables, el nivel de alexitimia y de depresión en pacientes con trastornos de la alimentación (anorexia restrictiva, anorexia purgativa y bulimia purgativa), sus hermanas sin trastorno, y un grupo de control, encontrando que todos los grupos de trastorno alimentario mostraban puntuaciones mayores en alexitimia y depresión en relación con el grupo de control. Así mismo, la depresión medió en los niveles de alexitimia en el grupo de anorexia restrictiva, pero no en el de anorexia purgativa ni en el de bulimia purgativa.

Basándonos en estos datos podría dar la impresión de que la aparición de características alexitímicas es secundaria a la presencia concurrente de la depresión y la ansiedad, pues una vez eliminados los efectos de las mismas, el nivel de alexitimia se equipara con los grupos de control.

No obstante, un tercer grupo de estudios ha enfatizado la importancia y la influencia diferencial de una de las subescalas de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20; Bagby et al., 1994), concretamente la subescala Dificultad para Identificar Emociones (DIF), a la hora de explicar las relaciones entre alexitimia y trastornos de la alimentación. En este sentido, en una investigación llevada a cabo por Kiyotaki y Yokoyama (2006) con población universitaria femenina ( $N=194$ ), se vio que únicamente la subescala DIF del TAS-20 se relacionó con todas las subescalas del Eating Attitude Test (EAT; Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982) es decir, con Preocupación por la delgadez, Bulimia y Control Oral.

Este papel diferencial de la subescala DIF también se observó en un estudio en el que se seleccionaron 18 mujeres con anorexia, 16 con bulimia y 18 como grupo de control y a las que se les evaluó los niveles de alexitimia, depresión y ansiedad (Montebarocci et al., 2006). Al igual que en otras investigaciones, los resultados mostraron que las pacientes con trastornos de la alimentación tenían mayores niveles de alexitimia, que se reducían hasta igualarse con la muestra de control si se controlaba la influencia del afecto negativo (depresión y ansiedad). Sin embargo, a pesar de eliminar el efecto de la depresión y la ansiedad, la variable DIF seguía discriminando entre los 3 subgrupos, siendo esta mayor en el grupo de anorexia que en los otros dos.

Finalmente, la relevancia de la subescala DIF se ha observado también en un estudio cuyo objetivo era investigar el valor pronóstico de las características alexitímicas en una muestra de pacientes con trastornos de la alimentación (Speranza, Loas, Wallier y Corcos, 2007). Tras un análisis de regresión jerárquica se concluyó que solo el factor DIF del TAS-20 era un predictor del resultado del tratamiento, independientemente de la severidad del trastorno.

En este sentido, y dadas las conclusiones dispares obtenidas por los distintos estudios en esta área, parece que se hace necesaria un mayor nivel de investigación con el fin de profundizar y esclarecer el papel que cumple la alexitimia en los trastornos de la alimentación, en especial en relación a la influencia de trastornos del humor en las puntuaciones, la diferenciación por subgrupos diagnósticos, así como del papel dispar de los diferentes componentes y subescalas del TAS-20.

#### 2.5.5.2. *EMPATÍA Y TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN*

Hasta la fecha, se han llevado a cabo diversos estudios en relación al funcionamiento emocional en los trastornos alimentarios. Sin embargo, en lo que se refiere a las posibles dificultades que podrían mostrar estas pacientes en relación su capacidad empática, estos son bastante escasos. Además, los resultados y conclusiones obtenidos invitan a ahondar más en la investigación en este campo, pues aún resultan contradictorios y poco concluyentes.

En este sentido, en un estudio, Hambrook, Tchanturia, Schmidt, Russell y Treasure (2008), trataron de comprobar si las pacientes con anorexia mostraban el mismo perfil empatía/sistematización que pacientes con espectro autista. Para ello, evaluaron simultáneamente los niveles de empatía mediante el Empathy Quotient (EQ; Baron-Cohen y Wheelwright, 2004) y los de sistematización en varias muestras (anorexia, trastornos del espectro autista y un grupo de control), y contrariamente a sus hipótesis, encontraron que las pacientes con anorexia no difirieron del grupo de control ni en empatía, ni en sistematización.

Sin embargo, en un estudio más reciente (Adenzato, Todisco y Ardito, 2012) en el que participaron un grupo de mujeres con anorexia ( $N=30$ ) y un grupo de control ( $N=32$ ) y en el que se evaluaron distintas variables relacionadas con aspectos emocionales, las pacientes con anorexia sí tuvieron puntuaciones significativamente más bajas en empatía evaluada a través del EQ.

Por otro lado, Guttman y Laporte (2002) empleando el Interpersonal Reactivity Index (IRI; Davis, 1980) para evaluar las cuatro dimensiones de la empatía, tampoco encontraron ninguna diferencia entre las pacientes con anorexia y el grupo de control.

Por el contrario, en un estudio en el que se hizo un seguimiento de casos diagnosticados de anorexia nerviosa 6 años después del desencadenamiento de la enfermedad, Gillberg, Råstam y Gillberg (1995) sí encontraron una pobre capacidad empática en estas pacientes en comparación con el grupo de control aplicando la entrevista clínica semiestructurada Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID; Spitzer, Williams y Gibbon, 1987). Esto ocurría a pesar de que la mayoría de ellas ya estaban mucho más recuperadas en cuanto al peso se refiere, lo que hace pensar que estas dificultades persisten más allá de la recuperación física, como ya demostraron en su día otros investigadores (Nilsson, Gillberg, Gillberg y Råstam, 1999).

### *2.5.5.3. MINDFULNESS Y TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN*

La literatura existente sobre la posible relación entre los niveles de mindfulness y los trastornos alimenticios ha aumentado considerablemente en los últimos años. Actualmente existe una gran variedad de estudios llevados a cabo desde las distintas formas de conceptualizar el mindfulness previamente explicadas, así como con muestras clínicas y no clínicas, y dentro de las clínicas, con diagnósticos dispares (anorexia, bulimia o trastornos de la alimentación no especificados). Sin embargo, los resultados obtenidos en la mayor parte de los estudios parece que apuntan en dirección similar.

Inicialmente la investigación se centró en otras variables tales como la “evitación experiencial” y en cómo ésta se asociaba a los trastornos de la alimentación. La evitación experiencial puede definirse como el rechazo a aceptar la toma de experiencia o contacto con experiencias negativas (bien sean físicas, emocionales o cognitivas) (Chawla y Ostafin, 2007), lo que puede entenderse como una actitud diametralmente opuesta a la que se requiere para el mindfulness.

En este sentido, múltiples estudios han puesto de manifiesto que la evitación experiencial se asocia positivamente con los síntomas alimentarios (Rawal, Park y Williams, 2010; Wildes, Ringham y Marcus, 2010) en igual o mayor medida de lo que ocurre con otras poblaciones psiquiátricas (Wildes et al., 2010), y la mejoría o disminución de los síntomas alimentarios va asociada a la disminución de la evitación experiencial (Rawal et al., 2010).

Desde otra perspectiva Merwin, Zucker, Lacy y Elliott (2010), llegaron a conclusiones similares. Bajo la premisa de que la investigación previa había probado la existencia de una pobre “conciencia interoceptiva” en los trastornos alimenticios, pusieron en marcha un estudio en el que tomaron parte 50 pacientes con el fin de discernir qué aspectos de ésta eran los más influyentes en el caso de estos trastornos. Los déficits en la “conciencia interoceptiva” pueden deberse bien a una ausencia de claridad o diferenciación emocional, o bien a una actitud de evitación emocional o no aceptación de las emociones. Los autores concluyeron que era la variable no aceptación/evitación de la experiencia emocional (y no la ausencia de claridad emocional) la que se asociaba con la restricción alimentaria.

Otros estudios empezaron a incluir la variable “mindfulness” de forma individual o en conjunto con la evitación experiencial. Así, Lavender, Jardin y Anderson (2009) dirigieron un estudio con 219 hombres y 187 mujeres de población no clínica en el que probaron que el mindfulness disposicional (evaluado con la escala MAAS; Brown y Ryan, 2003) y su opuesto, la “evitación experiencial” (evaluada en forma de “supresión de pensamiento”), explicaban la varianza de la sintomatología bulímica tanto en hombres como en mujeres controlando el Índice de Masa Corporal. Esta conclusión ha sido también respaldada por Gousse (2011) que demostró que el mindfulness y la evitación experiencial explicaban la varianza de la sintomatología alimentaria en 145 mujeres universitarias controlando la contribución de otras variables.

Masuda y Wendell (2010) por su parte, demostraron que la capacidad para el mindfulness entendida como un constructo unifactorial y evaluada a través de la escala MAAS, mediaba parcialmente entre las cogniciones relacionadas con los trastornos de la alimentación y el malestar psicológico general en 625 estudiantes universitarios.

Por otro lado, los defensores del mindfulness como constructo multifactorial han llevado a cabo investigaciones con el fin de detectar qué factores o componentes de éste son los que más se asocian a la sintomatología alimentaria. En esta línea, Butryn et al. (2012), emplearon el PHLMS (Cardaciotto et al., 2008), en una muestra de 88 pacientes con trastornos alimenticios para evaluar los niveles de mindfulness antes de recibir tratamiento, y compararlos con los resultantes una vez finalizado el mismo. Los datos

revelaron que los niveles más altos de sintomatología alimentaria en el inicio del tratamiento estaban significativamente asociados con una menor “conciencia” y “aceptación”, los 2 factores del mindfulness evaluados, así como con una mayor evitación emocional. Además, aquellos participantes que experimentaron mayores mejorías en “conciencia”, “aceptación” y evitación emocional fueron los que más mejoraron su sintomatología alimentaria entre las medidas pretratamiento y post-tratamiento.

Siguiendo en esta misma línea de la comprensión del mindfulness como constructo multifactorial, Lavender, Gratz y Tull (2011) realizaron una investigación para examinar la posible relación entre los distintos factores del mindfulness evaluados con el FFMQ (Baer et al., 2008) (Observación, Descripción, Actuar con conciencia, Ausencia reactividad, Ausencia de juicio) y la patología alimentaria. El estudio reveló que solo 4 de las 5 facetas (Descripción, Actuar con conciencia, Ausencia reactividad, Ausencia de juicio) predecían la patología alimentaria una vez controlados los síntomas de ansiedad y depresión. No obstante y en contra de lo esperado, el factor “Descripción” se asoció positivamente a los síntomas alimentarios y el factor “Observación”, aun no siendo predictor de la patología alimentaria, también se asoció positiva aunque débilmente con esta en las correlaciones simples.

Sin embargo, y a pesar de que la mayor parte de los estudios parecen ofrecer datos que apoyan de forma determinante la existencia de una relación clara e inversa entre los niveles de mindfulness y la sintomatología alimentaria, los resultados no son totalmente concluyentes. Así, por ejemplo, en un estudio con 228 participantes que condujeron Cowdrey y Park (2012), en el que trataban de evaluar la contribución de las variables estilo cognitivo rumiativo (en relación a la comida, la figura y el peso), evitación experiencial y mindfulness en los trastornos de la alimentación, se observó que a pesar de que tanto la evitación experiencial como el mindfulness se asociaban en la dirección esperada con los síntomas alimentarios, solo el estilo rumiativo contribuyó a explicar la varianza una vez realizado un análisis de regresión jerárquica que incluía todas las variables. Este estudio parece poner en duda que el papel central del mindfulness con respecto al de otras variables a la hora de explicar los síntomas alimentarios.

Prowse, Bore y Dyer (2013) concluyeron en una muestra de 411 estudiantes universitarios evaluados con el KIMS (Baer et al., 2004) que el factor “Observación” se asociaba a mayores niveles de síntomas alimentarios; por el contrario, “Aceptar sin Juzgar” y “Actuar con conciencia” se asociaban a menores niveles de estos síntomas. Los autores han tratado de explicar estos resultados argumentando que las puntuaciones más altas en “Observación” podrían estar reflejando una atención aumentada o una hipervigilancia, actitud que también estaría dirigida al peso, la dieta y la figura en los trastornos alimenticios. Alternativamente, también podría explicarse porque la escala “Observación” evalúa tanto aspectos de experiencia interna como externa, (y no solo de interna, como ocurre en el caso de otras escalas) y tal vez la observación frecuente de la experiencia interna y externa podría ser contraproducente para las personas con tendencia a juzgar o a dejarse llevar por los niveles de malestar.

El estudio conducido por Lavender et al. (2011), ya previamente expuesto, también reveló datos en una dirección similar. Así, tanto la escala de “Observación” como la de “Descripción” se asociaron positivamente con los síntomas alimentarios, aunque la primera de ellas no tuviera valor predictivo tras los análisis de regresión jerárquica. Contrariamente a lo esperado, estos hallazgos parecen sugerir que la tendencia a etiquetar experiencias internas podría estar asociada con niveles más altos de patología alimentaria.

De un modo u otro, estas conclusiones ponen en entredicho el papel de las variables “Observación” y “Descripción” que son las únicas que se solapan ampliamente con la “Atención/Conciencia” y que según los defensores de la perspectiva unifactorial del mindfulness (Brown y Ryan, 2003) sería la única de relevancia a la hora de evaluar los niveles de mindfulness. Por todo ello, parece necesario seguir investigando al respecto.

#### *2.5.5.4. TEORÍA DE LA MENTE EMOCIONAL (eToM) Y TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN*

Aunque la investigación sistemática en Teoría de la Mente emocional (eToM) en los trastornos de la alimentación es relativamente actual y principalmente se ha circunscrito al campo de la anorexia, en los últimos años se ha llevado a cabo un

número de estudios importante con el fin de clarificar el desempeño de las pacientes con estos trastornos en las tareas que reflejan dicha ejecución, así como de ofrecer explicaciones plausibles a los resultados obtenidos. Si bien en este terreno existen algunas investigaciones en las que persiguiendo este fin se han empleado tareas de reconocimiento facial de emociones básicas, el test más reconocido y empleado a nivel mundial a este respecto es la “Test de lectura de la mente en los ojos” (RMET; Baron-Cohen et al., 2001).

Las conclusiones obtenidas en dichos estudios son en cierto modo contradictorias. Así, un primer grupo de ellos ha revelado que las pacientes con trastornos de la alimentación muestran una peor ejecución en esta tarea que las personas del grupo de control. En este sentido, por ejemplo, Russell, Schmidt, Doherty, Young y Tchanturia (2009) evaluaron la eToM en 22 pacientes con anorexia y 22 personas pertenecientes a un grupo de control con el “Test de lectura de la mente en los ojos” (RMET; Baron-Cohen et al., 2001) controlando variables clínicas y funcionamiento intelectual. Los resultados mostraron que las anoréxicas tenían significativamente puntuaciones más bajas que el grupo de control en la tarea, y que su desempeño era peor en las emociones representadas por ojos femeninos. Los autores hipotetizaron que este hecho tal vez podría deberse a que muchos de los ojos femeninos incluidos en el test tienen cierta naturaleza “sexy”, así como a que las palabras entre las que hay que seleccionar la emoción que los ojos representan (tales como “fantasiosa”, “deseosa”, “seductora”), muestran un alto contenido sexual. El mal desempeño podría ser explicado por la inhibición sexual y las negativas actitudes que las pacientes muestran ante este tema (Russell et al., 2009).

Harrison y sus colaboradores, en varios de sus estudios, también encontraron diferencias entre los grupos. En el primero de ellos, Harrison, Sullivan, Tchanturia y Treasure (2009), evaluaron la eToM y las dificultades de regulación emocional en 20 pacientes con anorexia y 20 personas de un grupo de control, empleando RMET y Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz y Roemer, 2004) respectivamente, y encontraron que las anoréxicas tenían mayores dificultades en ambas tareas. Además, las diferencias en RMET parecen ser persistentes a lo largo de la vida de las personas que han sufrido dicho trastorno, ya que en el segundo estudio llevado a cabo por estos mismos autores (Harrison et al, 2010a), en el que incluyeron anoréxicas

recuperadas ( $N=35$ ), éstas también mostraron puntuaciones más bajas en RMET que el grupo de control ( $N=90$ ). Esto implica que estas dificultades podrían ser un rasgo asociado a su historia de vida más que un estado que remita cuando mejoran. Finalmente, en un tercer estudio (Harrison et al., 2010b), la diferencia entre el grupo de anoréxicas restrictivas ( $N=50$ ) y el de control ( $N=90$ ) en RMET no fue tan significativa como en el caso de los estudios anteriores, pero sí mostró una cierta tendencia estadística ( $p=.091$ ).

Por otro lado, en un estudio llevado a cabo por Oldershaw, Treasure, Hambrook, Tchanturia y Schmidt (2011), se obtuvieron resultados controvertidos y difíciles de justificar. Dadas las similitudes clínicas y comportamentales en algunos aspectos entre la anorexia nerviosa y los trastornos del espectro autista (TEA), compararon a un grupo de 40 pacientes externos con trastornos de la alimentación, con otro de trastornos del espectro autista (TEA) en medidas de Lectura de la mente en los ojos (RMET), “Lectura de la mente en la voz” (RMV) y “Lectura de la mente en las películas” (RMF), tareas que implican un grado creciente de dificultad a la hora de inferir emociones. Los resultados revelaron que las anoréxicas se desarrollaron mejor en la tarea RMET, pero contrariamente a lo esperado, los pacientes con TEA fueron superiores en RMF a las pacientes anoréxicas. Esto resultó difícilmente explicable, dado que los pacientes con TEA frecuentemente se caracterizan por tener los mayores niveles de dificultad en estas tareas. Los autores tratan de explicar estas diferencias apoyándose en el hecho de que el grupo de pacientes con TEA tenía un mayor cociente intelectual que las anoréxicas, aspecto que se ha comprobado que es influyente a la hora de desenvolverse en este tipo de tareas (Golan, Baron-Cohen, Hill y Golan, 2006). Sin embargo, y si es así, el hecho de que los pacientes con TEA tengan un mayor cociente intelectual resulta insuficiente a la hora de explicar por qué éstos no superaron también a las anoréxicas en RMET.

Un segundo grupo de estudios concluyó que no existían diferencias entre la población con trastornos alimentarios y la población general a la hora de ejecutar tareas de eToM, y explicaron las diferencias encontradas en las investigaciones previamente mencionadas principalmente debido a irregularidades metodológicas. En este sentido, Adenzato et al. (2012), pusieron en marcha un estudio en el que participaron un grupo de mujeres con anorexia ( $N=30$ ) y un grupo de control ( $N=32$ ) controlando variables relevantes tales como la edad y el nivel educativo, así como índice de masa corporal y

posible presencia de patología alimentaria en el grupo de control. Las pacientes con anorexia no mostraron diferencias en RMET con respecto al grupo control, pero sin embargo, sí tuvieron un peor funcionamiento emocional, con puntuaciones más bajas en empatía evaluada a través del EQ (Baron-Cohen et al., 2004) y más altas en alexitimia evaluada con el TAS-20 (Bagby et al., 1994). Los autores ofrecen una explicación neurobiológica a este fenómeno, en base a la importancia capital que parece tener la amígdala en el funcionamiento emocional en general, y las alteraciones que se han encontrado en esta estructura en las personas con anorexia (Friederich et al., 2012; Joos et al., 2011; Miyake et al., 2010). Sin embargo, el rol de la amígdala en el desempeño concreto de tareas ToM es muy controvertido y ampliamente debatido, ya que, aunque Baron-Cohen et al. (2000), han propuesto la amígdala como estructura clave para explicar el autismo (que se caracteriza por tener grandes dificultades en tareas ToM), otros autores como Ruby y Decety (2004), han llegado a la conclusión de que no es esencial ni necesaria para la expresión de las tareas ToM (ni emocionales ni de toma de perspectiva), y salvo una excepción, ningún estudio de neuroimagen de los que han investigado el papel de áreas cerebrales en el desempeño de ToM ha señalado que exista activación de la amígdala en la tarea RMET (Moor et al., 2012; Russell et al., 2000). Estos hallazgos apoyan la hipótesis de Gallagher y Frith (2003), según la cual la amígdala no está involucrada en la mentalización *per se*.

Por otro lado, en un estudio con 97 pacientes con distintos diagnósticos de trastorno de alimentación (anorexia, bulimia y TCANEs) y un grupo de control en el que se comparó su desempeño en RMET, se llegó a la conclusión de que las anoréxicas mostraban iguales niveles de desempeño que el grupo de control (incluso cuando las caras se analizaban en función de la valencia emocional) (Pradas, Pastor, Moya, Touriño y Llandrich, 2012). Este último dato aporta algo más de evidencia en un campo complejo, en el que existen estudios que han encontrado dificultades de reconocimiento de emociones básicas en la anorexia, positivas y negativas, (Kucharska-Pietura, Nikolaou, Masiak y Treasure, 2004); neutras y negativas, (Pollatos, Herbert, Schandry y Gramann, 2008) y otros que no han mostrado diferencias en relación a la valencia emocional de las emociones básicas (Jänsch, Harmer y Cooper, 2009).

Este estudio es uno de los pocos que analiza separadamente el desempeño diferencial en RMET (Baron-Cohen et al., 2001) por subgrupos de trastorno

alimenticio. En él, las pacientes con bulimia o TCANes sí obtuvieron peores resultados que el grupo de control, especialmente en relación a las emociones positivas y las neutras (Pradas et al., 2012). Los autores tratan de explicar estos resultados con respecto a la bulimia en base a la reducida capacidad que estas pacientes muestran para inferir emociones positivas debido a sus propias dificultades para experimentarlas y su elevada sensibilidad para captar las negativas. Por otro lado, sus dificultades para interpretar las emociones neutras como tales, podrían conducirles, debido a su tendencia, a darles a estas una connotación negativa.

Sin embargo, todo esto contrasta con los resultados obtenidos por Harrison, Sullivan, Tchanturia y Treasure (2010) en relación al subgrupo de bulimia de su muestra, que en su caso, fue igualmente competente que el grupo de control, así como con los resultados arrojados por un artículo de revisión reciente (Dejong et al., 2013), en el que se constató que no existían diferencias significativas entre pacientes bulímicas y grupos de control en tareas de RMET y RMF, aunque si se analizaba la valencia de los estímulos, las pacientes bulímicas eran más capaces de detectar con precisión las emociones negativas.

Como se puede apreciar, aún estamos lejos de encontrar una evidencia unívoca en relación al desempeño de las pacientes con trastornos de la alimentación en el RMET. Aunque existen estudios que constatan tanto diferencias (como ausencia de ellas) entre los grupos de trastornos de la alimentación y los grupos de control, queda en entredicho la implicación de otras variables que podrían estar contaminando los resultados.

Así, una mayor edad se ha visto asociada a una mejor ejecución de las mismas (Bailey, Henry y Von Hippel, 2008; Duval, Piolino, Bejanin, Eustache y Desgranges, 2011; Slessor, Phillips y Bull, 2007), algo que es esperable encontrar también en mayores niveles educativos, probablemente por posibilitar una mejor comprensión de las palabras que se ofrecen (Adenzato et al., 2012).

Por otro lado, la diferenciación en cuanto al diagnóstico podría ser clave a la hora de obtener interpretaciones más precisas de los resultados (Pradas et al., 2012). Otros autores señalan la duración de la enfermedad y la edad de inicio como factores

que podrían afectar a la hora de desempeñar la tarea, si bien después no han encontrado que estas variables tuvieran ninguna influencia (Russell et al., 2009). El control del nivel de sintomatología asociada o comorbilidad con otros trastornos también podría resultar de interés, ya que algunos estudios han concluido que la presencia de ansiedad y depresión jugaban un papel importante a la hora de presentar déficits en el reconocimiento emocional (Kucharska-Pietura et al., 2004; Mendlewicz, Linkowski, Bazelmans y Philippot, 2005), mientras que en otros se ha visto que esto no es así (Russell et al., 2009).

Así mismo, sería también conveniente la exploración del desempeño diferencial de la valencia emocional de los estímulos (positivos, negativos, neutros) que se presentan en la prueba, por haberse encontrado evidencias contradictorias respecto al tema (Jänsch et al., 2009; Kucharska-Pietura et al., 2004).

Finalmente, algunos autores han puesto en duda la adecuación del propio Test de Lectura de la Mente en los Ojos para captar diferencias en el reconocimiento de emociones a nivel avanzado. Al parecer, este solo puede evaluar dificultades a un nivel básico y sería necesario el empleo de medidas más complejas que impliquen representación e interpretación, y no tanto un reconocimiento simple (Rothschild-Yakar, Eviatar, Shamia y Gur, 2011).

## **CAPITULO III**

---

---

# **ORIGEN DE LA CAPACIDAD MENTALIZADORA EN LAS RELACIONES DE APEGO**



### 3.1. DEFINICIÓN Y TIPOS DE APEGO

#### 3.1.1. INTRODUCCIÓN

La Teoría del apego fue originariamente formulada por el psicoanalista británico John Bowlby en el instituto Tavistock de Londres. Bowlby introdujo por primera vez la Teoría del apego en el artículo “The nature of the child’s tie to his mother” (1958) donde puso de manifiesto la necesidad de los seres humanos para formar fuertes vínculos con los otros significativos. Para Bowlby (1973; 1980), el comportamiento de apego es un sistema motivacional innato que busca mantener la proximidad entre el niño pequeño y sus padres o cuidadores, es decir, según él existe una necesidad de vinculación primaria con el progenitor, que no deriva de ninguna otra función más que la de protección. Esta necesidad se expresa en una serie de conductas recíprocas como llanto, sonrisa, búsqueda de aferramiento etc. por parte del niño, y contención física y emocional por parte del adulto. La teoría señala la importancia de que el niño se sienta capaz de depender de sus figuras de apego, y también la habilidad de estas figuras para contenerle y protegerle, especialmente en momentos de mayor necesidad.

El énfasis de Bowlby en la importancia de la la realidad interpersonal y social en el desarrollo del niño supuso una gran variación con respecto a las teorías más ampliamente aceptadas hasta el momento, que enfatizaban más las variables puramente intrapsíquicas (Marrone, 2008), o que explicaban el vínculo madre-hijo a raíz de la asociación que se creaba entre la satisfacción de necesidades primarias y la presencia de la madre (Cassidy, 1999).

De hecho, para Bowlby esas explicaciones no encajaban con las observaciones realizadas durante su experiencia clínica con menores institucionalizados, ni con la información que intercambiaba con sus colegas etólogos. De este modo, hubo 3 grandes razones que le hicieron abandonar los planteamientos previos y apoyar sus nuevas ideas (Carrera, 2007):

- Los descubrimientos que hizo Lorenz (1935) acerca de las crías de ganso que se apegaban a padres que no los alimentaban.

- Las observaciones de Harlow y Zimmermann, (1958) de crías de monos rhesus que en situaciones de estrés preferían a la madre cubierta con una manta y que proporcionaba un contacto confortable, que a la madre de rejilla metálica que proporcionaba alimento.
- Las observaciones de niños que establecían el apego incluso con madres maltratadoras (Bowlby, 1956).

Bowlby (1951) constató así que los humanos, al igual que otras especies, tienen la necesidad de crear vínculos afectivos fuertes, específicos y duraderos con ciertas personas como recurso adaptativo con fines de supervivencia, y que este vínculo es vital para el desarrollo emocional y de su personalidad.

### 3.1.2. COMPONENTES DEL SISTEMA DE APEGO

El apego, sería precisamente entendido como un sistema al servicio de la supervivencia formado por tres componentes (cognitivo, conductual y afectivo), y que busca la homeostasis ante situaciones de estrés y dolor (Bowlby, 1969/82):

El *componente cognitivo* está integrado por los llamados “modelos operativos internos” que son representaciones del self y del otro, y que incluyen concretamente una serie de creencias acerca de quiénes son las figuras de apego y qué se puede esperar de ellas (Bowlby, 1973). Estas expectativas se forman en base a las múltiples y reiteradas experiencias que el niño tiene con sus figuras de apego. Además, una vez constituidos, estos modelos operativos internos se integran en la estructura de la personalidad y proveen un prototipo para futuras relaciones sociales.

El *componente conductual* del sistema de apego engloba todas las conductas que se activan cuando existe una situación que se juzga como peligrosa o desestabilizadora, y tiene la finalidad de reunirse con la figura de apego y recuperar la calma.

Finalmente, el *componente emocional* se refiere a las intensas emociones que conllevan los vínculos de apego, que están asociadas al tipo de relación establecida y que están en función de los modelos operativos internos (Bowlby, 1973).

Estos tres componentes se encuentran interrelacionados entre sí de manera que los modelos operativos condicionan la interpretación de lo que ocurre a nivel relacional, influyendo así mismo tanto en los comportamientos que se despliegan como en las emociones que se sienten.

Además de los componentes de dicho sistema, desde la Teoría del apego se enfatiza el papel de las figuras de apego, ya que de su habilidad para ofrecer contención física y emocional en los momentos de mayor necesidad va a depender la calidad de las experiencias tempranas del niño (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978; Bowlby, 1973; 1980). En este sentido, Bowlby (1969/82), también señaló que cuando las figuras de apego están dispuestas a responder a las necesidades de protección, los niños experimentan emociones positivas y despliegan conductas de apertura al mundo: exploración, juego, sociabilidad etc., mientras que cuando éstas no lo están o aparecen señales que se consideran de peligro, los niños muestran miedo y ansiedad y tratan de restablecer el contacto con las figuras significativas (Bowlby, 1973).

Igualmente, los estudios han mostrado que el establecimiento de vínculos seguros se favorece si los cuidadores se caracterizan por estar disponibles y ser cercanos y sensibles ante las señales y necesidades de los hijos; además, la coherencia en las conductas de cuidado y la expresión positiva del afecto se relacionan con el desarrollo de vínculos seguros (Ainsworth et al., 1978; Isabella, 1993).

Por el contrario, se ha relacionado la hostilidad y el rechazo del cuidador, el menor contacto físico con el niño, las interacciones intrusivas y la inconsistencia en su disponibilidad y conductas de cuidado con el desarrollo de vínculos inseguros (Belsky, 1981; Cassidy, 1999).

### 3.1.3. TIPOS DE APEGO EN LA INFANCIA

Unos años más tarde, Mary Ainsworth y colaboradores (Ainsworth et al., 1978; Ainsworth, 1985), integrantes del equipo de Bowlby, propusieron que las relaciones de apego difieren en calidad, y que era posible medir y clasificar estas diferencias. Así, diseñaron un procedimiento denominado “situación extraña”. Durante este procedimiento observacional estandarizado, los niños se enfrentaban a 8 situaciones estresantes que incluían la presencia de un extraño, la separación del cuidador principal y el posterior reencuentro con el cuidador. En base a las reacciones de los niños ante estas separaciones y reuniones con la figura materna, Ainsworth et al. (1978), identificaron 3 estilos básicos de apego: uno seguro y dos inseguros: seguro (tipo B), inseguro-ambivalente o resistente (tipo C) e inseguro evitativo (tipo A).

Los niños con *apego seguro*, exploran el entorno libremente en presencia de su madre o cuidador, se ponen ansiosos ante la presencia del extraño y lo evitan, muestran signos de malestar ante la ausencia del cuidador y buscan rápidamente el contacto con él cuando vuelve, siendo fácilmente reconfortados. Una vez calmados, continúan con su actividad exploratoria. En general, las experiencias de cuidado de estos niños se caracterizan por la disponibilidad, la receptividad y la calidez de las figuras de apego.

Los niños que se caracterizan por tener un *apego inseguro-ambivalente*, manifiestan una pobreza en la exploración y el juego, se frustran con facilidad, y muestran ansiedad difusa incluso en presencia de la madre. Ante la separación del cuidador, exhiben un gran malestar, protestando de forma violenta y llorando mucho, y a su vez, grandes dificultades para reunirse con él exhibiendo forcejeos, rigidez, llanto continuo o quejas pasivas. La presencia del cuidador o los intentos que este hace por reconfortarle no funcionan para reasegurar al niño, y la ansiedad y enfado de este interfiere con los intentos del cuidador para darle confort con su proximidad. Las experiencias de cuidado de estos niños con sus figuras de apego se caracterizan por la insensibilidad, la intrusividad y la inconsistencia.

Finalmente, aquellos niños con *apego inseguro-evitativo* se muestran desvinculados del cuidador, no interactúan con él e incluso pueden llegar a evitarlo activamente. Ante la separación, muestran poca angustia, y no buscan proximidad con

él cuando vuelve. Así mismo, pueden incluso no mostrar preferencia por el cuidador con respecto al extraño. Las experiencias de cuidado de estos niños se caracterizan por oscilar desde la frialdad hasta el rechazo más abierto.

A esta clasificación original, más tarde Main y Solomon (1986), agregarían un grupo de niños en el que no se puede determinar un patrón de conducta tan organizado durante la situación extraña, que se denominaría *apego desorganizado o desorientado*. Estos niños manifiestan comportamientos desorganizados y contradictorios, como llorar durante la separación y apartarse de la figura principal de apego cuando vuelve.

En general, el apego seguro durante la infancia se caracteriza por fomentar la confianza en uno mismo, la autoestima y la habilidad para adaptar el comportamiento de forma eficaz a las diferentes situaciones a lo largo de la vida adulta. Sin embargo, los niños que se apegan de forma insegura, una vez adultos, muestran menos confianza en sí mismos y son más propensos a las dificultades interpersonales, y a los problemas relacionados con la ansiedad y el estrés (Belsky y Cassidy, 1994).

Por lo tanto, la teoría del apego no solo es importante por señalar la función protectora inmediata de los vínculos de apego en la infancia, sino por el hecho de plantear que las relaciones cálidas y continuas con el cuidador principal promueven la salud mental, el equilibrio emocional y el bienestar del niño a lo largo de la vida adulta (Bowlby, 1969/82; 1973; 1979).

### **3.2. CONCEPTUALIZACIÓN ACTUAL DEL APEGO EN LA VIDA ADULTA**

Bowlby (1988), postuló que el sistema de apego cumple un papel fundamental a lo largo de toda la vida y que los patrones de apego se mantienen relativamente constantes a lo largo de esta, por más que se diversifiquen, modifiquen y cambien en el transcurso de la maduración. Esta idea de continuidad en el apego se articula en torno a los “modelos internos de trabajo”, puesto que las representaciones de experiencias anteriores filtran las expectativas del individuo, e influyen en la percepción de estas interacciones, haciendo que los cambios siempre ocurran dentro de ciertos límites (Marrone, Diamond, Juri y Bleichmar, 2001). Por tanto, los estilos de apego se mantendrían estables a lo largo del tiempo y a través del desarrollo durante toda la vida

del individuo. En este sentido, diversos estudios longitudinales han apoyado esta idea, mostrando una alta correlación entre las clasificaciones de apego en la infancia y las de la vida adulta (Waters, Merrick, Treboux, Crowell y Albersheim, 2000), aunque en otros, se ha puesto en duda esta cuestión (Fraley, 2002).

Por otro lado, en cuanto a la clasificación de los estilos de apego en la vida adulta y su posible equiparación o paralelismo con respecto a los de la infancia, cabe señalar que la aproximación conceptual y empírica ha ido desarrollándose y diversificándose con el tiempo, dando lugar a distintas teorías sobre ello, con diferentes herramientas de evaluación. Por lo tanto, en la actualidad, no existe una manera unívoca de conceptualizar e investigar dichas tipologías de apego.

### 3.2.1. APROXIMACIONES TEÓRICAS Y EMPÍRICAS EN EL ESTUDIO DEL APEGO ADULTO

En los últimos 15 años, la investigación del apego en los adultos ha generado principalmente 2 líneas de investigación paralelas basadas en diferentes conceptualizaciones y maneras de evaluar este constructo (Bartholomew y Shaver, 1998; Cassidy y Shaver, 1999; Shaver, Belsky y Brennan, 2000).

La primera línea comenzó con los psicólogos del desarrollo como Ainsworth, y que evalúan el apego en adultos basándose en el tipo de relación de éstos con sus figuras de apego en la infancia. Para ello, emplean principalmente entrevistas como la Entrevista de Apego Adulto (AAI; George et al., 1985), la más habitual y estudiada de ellas, que se basa en el recuerdo que tiene el adulto de esa relación, y que es codificada en términos de coherencia del discurso, estructura del relato y habilidad para colaborar con el investigador (Hesse, 1999). Este tipo de mediciones basadas en entrevistas clasifican a los sujetos en categorías generales y excluyentes de apego, y lo conceptualizan como si fuera un rasgo, igualmente evidente en todas las relaciones (Stein et al., 2002). Se encuentran pues dentro de lo que tradicionalmente se ha denominado “aproximación categorial”.

La segunda línea de investigación en apego adulto fue iniciada a mediados de la década de los 80 por los psicólogos sociales Hazan y Shaver (1987), quienes evalúan el

tipo de apego estudiando la vinculación del sujeto en sus relaciones amorosas, tras haber hallado paralelismos entre las cualidades del apego infantiles y los patrones de conducta y sentimientos en las relaciones de pareja de adolescentes y adultos.

Esta línea de estudio ha desarrollado múltiples cuestionarios y escalas autoaplicadas que categorizan los estilos de apego adulto en las relaciones interpersonales cercanas, principalmente en torno a dimensiones comunes, pero que se diferencian en grado o cantidad (“aproximación dimensional”), y cuyas combinaciones pueden en algunos casos dar lugar también a diferentes categorías de apego (Bartholomew y Horowitz, 1991; Collins y Read, 1990; Hazan y Shaver, 1987; Simpson, 1990; Stein et al., 2002). De hecho, esta línea de estudio se apoya en la premisa de que la seguridad e inseguridad de la relación de apego es reevaluada constantemente en cada contexto y para cada relación (Kobak, 1999; Stein et al., 2002), por lo que no parece fácil categorizar a un adulto en un corte transversal sin tener en cuenta los diversos factores que intervienen con respecto al apego que ese individuo tiene al día de hoy (Allen et al., 2001).

En este sentido, algunos autores han puesto de manifiesto que estas 2 líneas de evaluación del apego no estarían relacionadas, ya que las mediciones de apego en el contexto de pareja podrían estar influidas por variables tan diversas como el atractivo sexual o el nivel de confianza en el sexo opuesto, mientras que las evaluaciones basadas en la entrevista estarían más relacionadas con aspectos referidos a la investidura parental, tales como la viabilidad de descendencia o las condiciones ambientales en las que la paternidad se desarrolla (Shaver et al., 2000).

Por otro lado, las mediciones basadas en cuestionarios solo lograrían captar estados superficiales y conscientes de las relaciones interpersonales, mientras que las que se basan en el modelo representacional parecen captar mejor aspectos que están fuera de la consciencia del individuo (Buchheim y Strauss, 2002).

A pesar de ello, existen investigaciones que han aportado evidencias a favor de la idea de que ambos tipos de mediciones podrían estar relacionadas, al menos en algunos aspectos. Algunos de los estudios muestran que los cuestionarios sobre apego en las relaciones amorosas predicen conductas y sentimientos asociadas al vínculo con

los propios progenitores y otros apoyan la capacidad de predicción del AAI (George et al., 1985), de conductas y sentimientos en las relaciones de pareja (Shaver et al., 2000).

Al parecer, aún no existen suficientes evidencias para apoyar una u otra postura, probablemente porque ambos modelos podrían estar íntimamente conectados entre sí. Tanto la representación mental con respecto al apego como los comportamientos de apego en las relaciones amorosas, emergen de la historia de múltiples relaciones de apego de una persona, comenzando con los padres. Ambos, el AAI (George et al., 1985) como los cuestionarios autoaplicados, se relacionan con la seguridad y las estrategias de regulación emocional (también llamadas estrategias de hiperactivación y desactivación emocional; Dozier y Kobak, 1992). Además, ambas clases de medidas arrojan categorías psicodinámicamente similares a las identificadas por Ainsworth et al. (1978).

Existen además algunos autores que han hecho esfuerzos por desarrollar instrumentos de evaluación del apego en adultos que tratan de combinar ambas líneas de estudio, como es el caso de Pierrehumbert et al. (1996). Estos autores han desarrollado cuestionarios (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert, 2011; Garrido, Santelices, Pierrehumbert y Armijo, 2009) que tienen en cuenta la apreciación actual de la persona tanto sobre las relaciones vinculares que mantenían con sus progenitores en la infancia, como sobre las características del sistema de intercambio interpersonal en su medio familiar actual (Garrido et al., 2009). Se trataría así de no perder la perspectiva de la evaluación del apego tal como Bowlby lo conceptualizó en su momento, es decir, en base a una aproximación a los modelos internos de trabajo evaluando las relaciones vinculares principalmente con los progenitores, pero sin tener que emplear medidas tan inaccesibles y costosas de aplicar como es el caso de la AAI (George et al., 1985). Estos instrumentos tratan de combinar la aproximación categorial y dimensional, al ofrecer puntuaciones en distintas subescalas, y en el caso de algunas de ellos, como el desarrollado por Garrido et al. (2009), a su vez se combinan para dar lugar a distintas categorías de apego (seguro-autónomo, ambivalente-preocupado, evitativo-devaluante y no resuelto-desorganizado; Balluerka et al., 2011).

Estos autores basan las descripciones de las distintas tipologías del apego apoyándose en la clasificación que Main, Kaplan y Cassidy (1985) hicieron sobre el apego en la vida adulta. Éstos, describieron que las personas con un estilo de apego

*seguro-autónomo* comparten y expresan abiertamente sus sentimientos, valoran las relaciones de apego, describen las relaciones actuales con su familia como relaciones de confianza y apoyo, y evalúan sus experiencias del pasado reflejando aceptación y gratitud hacia sus figuras de apego, independientemente de si éstas han sido o no satisfactorias.

Las personas con un estilo de apego *ambivalente-preocupado* valoran sus relaciones de apego, pero tienden a sentirse excesivamente preocupadas por otros miembros de su familia, expresan temor a ser abandonados y tienen escasa autonomía; sus recuerdos del pasado incluyen algún tipo de rechazo o interferencia de sus padres y suelen reflejar resentimiento en relación con las experiencias pasadas de apego.

Aquellos que tienen un estilo de apego *evitativo-devaluante* tienden a infravalorar las relaciones de apego, no suelen confiar en los miembros de su familia, dicen tener pocos recuerdos del pasado y éstos pueden incluir idealización, rechazo o indiferencia hacia sus figuras de apego; se caracterizan por ser autosuficientes e independientes y por controlar sus emociones.

Finalmente, las personas con apego *no resuelto-desorganizado* se caracterizan por ser incapaces de mantener una estrategia de apego coherente (Main et al., 1985).

Sin embargo, en los últimos años se han llevado a cabo múltiples investigaciones sobre el apego adulto, empleando para ello tanto cuestionarios como entrevistas. Apoyados en estos nuevos desarrollos y en las evidencias empíricas obtenidas (Meyer y Pilkonis, 2005; Mikulincer y Shaver, 2007; Roisman et al., 2007), desde la Teoría de la Mentalización se ha adoptado una perspectiva del apego basada en distintos tipos de *estrategias de apego*: por un lado, las estrategias de apego seguro o primarias, y por otro, las estrategias de apego inseguro o secundarias, que aparecen como un intento de manejar y compensar la ausencia de disponibilidad (real o imaginaria) de figuras de apego seguras.

Las *estrategias de apego seguras* (que son empleadas por los individuos que se caracterizan por tener un apego seguro), se basan en la confianza y seguridad en el mundo relacional, lo que lleva a estas personas a tener una buena capacidad para

empezar nuevas relaciones, por ejemplo con personas cariñosas y que ayudan (Hauser, Allen y Golden, 2006) y para regular el estrés y la adversidad. Consecuentemente, a menudo muestran un nivel de resiliencia elevado ante situaciones de estrés, y normalmente pueden incluso beneficiarse de situaciones adversas, adquiriendo una perspectiva diferente y nueva de sus vidas (Luyten et al., 2012). Su buena habilidad para explorar tanto el mundo externo como interno, puede observarse en su marcada creatividad y capacidad simbólica, su habilidad para cambiar la perspectiva de sus vidas y las de los demás, la atención e interés que muestran hacia sus sueños y fantasías, el arte y la música, y el mundo interno de la gente en general. Esta capacidad genuina para explorar el mundo interno es uno de los mejores indicadores de disponer de un alto nivel de mentalización (Luyten et al., 2012). Estos individuos disponen de la seguridad interna necesaria así como de la curiosidad para explorar y verbalizar incluso los recuerdos y experiencias más dolorosas y difíciles, lo que les conduce también a poder pedir ayuda y recibirla (Grossman, Grossman y Zimmermann, 1999).

No obstante, cuando las figuras de apego no han estado lo suficientemente presentes, han sido insensibles o maltratadoras, los individuos tienden a desarrollar y emplear estrategias de apego desactivadoras, hiperactivadoras o una mezcla de ambas (como ocurre en el apego desorganizado), como respuesta habitual al estrés (Mikulincer y Shaver, 2007; Roisman et al., 2007).

Las *estrategias de apego hiperactivadoras* (que son típicamente empleadas por los individuos con un apego ansioso-preocupado) se basan en dirigir un gran esfuerzo en encontrar apoyo y alivio, lo que se manifiesta en un comportamiento demandante, “pegajoso”, insistente y reivindicativo. Dado que tienen una gran aprehensión en relación a que los otros vayan a proveerles del apoyo y cuidado que desean y unido a su estilo demandante, estos individuos solo son capaces de regular su malestar de manera temporal. Además, el uso de estas estrategias de apego hiperactivadoras dificulta el “construir y ampliar” las redes sociales, y también inhibe la seguridad interna necesaria para la exploración mental.

Por el contrario, las *estrategias de apego desactivadoras* (que aparecen típicamente en individuos con apego evitativo), se basan en la tendencia a regular el malestar negando la necesidad de apego y cercanía y en afirmar su autonomía,

independencia y fortaleza para evitar el malestar subsiguiente. Además, los estudios han mostrado que ante niveles elevados de estrés, estas estrategias desactivadoras tienden a fallar, lo que conduce a estas personas a una fuerte reactivación de los sentimientos de inseguridad, de las representaciones negativas del self, y por consiguiente a un incremento en los niveles de estrés (Mikulincer y Shaver, 2007).

Finalmente, las *estrategias de apego desorganizadas* (empleadas por los individuos con apego desorganizado) se basan en el empleo de estrategias desactivadoras cuando las hiperactivadoras fallan, y viceversa. Esto da lugar a oscilaciones marcadas entre unas y otras.

Aunque las estrategias de apego hiperactivadoras y desactivadoras suelen tener un éxito temporal en regular el malestar de manera efectiva, a largo plazo conducen a desarrollar una sensación de aislamiento de los demás (Mikulincer y Shaver, 2007), y de mayor vulnerabilidad.

Dado el hecho de que los modelos de apego tal como se conceptualizaron inicialmente han ido enriqueciéndose a lo largo del tiempo con los nuevos desarrollos e investigaciones, podría resultar de gran interés establecer ciertas equiparaciones o correspondencias entre los datos obtenidos con los instrumentos que recogen aspectos de los *estilos de apego* tal como se han entendido hasta hace varias décadas (*seguro-autónomo, ambivalente-preocupado, evitativo-devaluante y no resuelto-desorganizado*) y sus actuales sustitutos, las llamadas *estrategias de apego*, más acordes con lo que la Teoría de la Mentalización defiende e investiga en la actualidad.

### **3.3. RELACIONES DE APEGO E INTERACCIONES MENTALIZADORAS COMO CONTEXTO PARA LA MENTALIZACIÓN**

Fonagy y sus colaboradores enfatizaron un modelo de desarrollo de la capacidad mentalizadora en el seno de las relaciones de apego seguro (Choi-Kain y Gunderson, 2008). Concretamente, postularon que para que el niño desarrollara esta capacidad así como una experiencia adecuada del self era necesario que una figura de apego reflejara de una manera precisa y contingente sus señales emocionales (Gergely y Watson, 1996). Es decir, es necesario que la figura de apego manifieste su captación y empatía con el

afecto experimentado por el niño a través de expresiones faciales y verbales acordes a este, para que progresivamente pueda ir construyendo representaciones mentales de ellas.

El reflejo de las señales emocionales del niño que hace el adulto no solo debe ser “congruente” (es decir, darse en el momento y el espacio adecuados y ser acorde al tono emocional) sino que tiene que ser un reflejo “marcado” (exagerado o ligeramente distorsionado), para que el niño entienda esta manifestación como parte de su propia experiencia emocional y no como una mera expresión de su cuidador (Fonagy et al., 2002). Estas representaciones van creando también poco a poco las bases para la regulación del afecto y el control de impulsos.

Un ejemplo clarificador del modo en que se realiza este reflejo podría darse en caso de un niño que está con malestar y llora. El cuidador responde a ello, pero no llorando y mostrando malestar él mismo, sino con el ceño fruncido y las cejas arqueadas expresando preocupación y amor. Esto constituye una expresión que no solo refleja el estado emocional del niño, sino que lo modifica como una “re-presentación” que es claramente congruente con el estado del niño, pero que también está diferenciada de la respuesta del cuidador. Mediante el reflejo de los estados mentales del niño de forma “marcada” (es decir, en forma de representación metabolizada) y “congruente” (sensible y precisa), el cuidador le ayuda a ir construyendo una comprensión de la experiencia interna de la que en un inicio solo es ligeramente consciente (Fonagy et al., 2002). De este modo, el reflejo del cuidador ayuda al niño a convertir la experiencia sentida, física, sensorial en una experiencia consciente, mental, contenida. Este proceso de reflejo posibilitará al niño internalizar la representación del reflejo de su experiencia, e ir así generando un sistema simbólico-representacional, es decir, una capacidad para mentalizar sus estados internos (Gergely y Watson, 1996), contribuyendo también progresivamente a construir un sentido del self.

Podemos especular que la ausencia de un reflejo contingente y marcado de la experiencia emocional del niño podría dar lugar a una vulnerabilidad a la disregulación afectiva, probablemente por la vía de tener una carencia en representaciones de segundo orden de estados emocionales internos con carga afectiva intensa.

En este sentido, el reflejo de la experiencia emocional puede fallar de dos maneras, bien si éste es muy próximo a la experiencia del niño, o por el contrario, muy alejado a ella. Si el reflejo es demasiado próximo, puede convertirse en una fuente de temor, y pierde su potencial simbólico. Por el contrario, si es inaccesible o está “contaminado” por la preocupación de la madre, el proceso de desarrollo del self puede quedar seriamente comprometido (Fonagy y Target, 1997).

El desarrollo de representaciones de segundo orden implica una habilidad para definir y dar significado a los estados internos así como para ir asignando a otras personas intenciones, creencias y emociones que pueden ser diferentes de las propias, algo que se va adquiriendo progresivamente en este contexto. De hecho, un contexto de apego temprano y seguro se ha mostrado facilitador de este proceso, ya que permite al niño dirigir más atención a cuestiones internas que simplemente a sus actuaciones dirigidas a asegurar el vínculo de apego temiendo que este pueda estar en peligro (Fonagy et al., 2002).

Sin embargo, según las observaciones y estudios llevados a cabo, la relación entre apego seguro y capacidad mentalizadora no es directa y lineal, sino que se favorece y facilita por algunos aspectos de parenting o crianza que se dan en mayor medida en estos contextos de apego seguro.

Una de las variables que contribuye a explicar esta relación y sobre la que hay más evidencia empírica es la tendencia de las madres a interpretar en términos psicológicos sus propias acciones y las que sus hijos, incluyendo el “mind-mindedness” (habilidad para leer de manera precisa los estados mentales que subyacen a los comportamientos de sus hijos) y la “función reflexiva” (a hora de interactuar con sus hijos o describirles). En este sentido, en un estudio llevado a cabo por Fonagy et al. (1998), se descubrió que las mujeres embarazadas con un alto desempeño en su funcionamiento reflexivo evaluado con la AAI (Main et al., 1985) tenían muchas más posibilidades de tener un niño que estuviera apegado de forma segura a los 12 meses de edad, y de que ese niño se desarrollara mucho mejor en tareas de mentalización a los 4 años de edad que otro con apego inseguro. También, otros estudios han puesto de manifiesto cómo esta actitud por parte del adulto se asocia con el apego seguro y la mentalización del niño (Fonagy y Target, 1997; Meins et al., 2001; Meins, Fernyhough,

Fradley y Tuckey, 2001; Meins et al., 2002; Sharp, Fonagy y Goodyer, 2006; Slade, Grienenberger, Bernbach, Levy y Locker, 2005).

Siguiendo esta misma línea, algunas investigaciones han mostrado que la comprensión más temprana de las tareas de falsa creencia en los niños (paradigma indicativo del desarrollo mentalizador), se asocia con prácticas parentales en las que se da un mayor funcionamiento reflexivo (Ruffman, Perner y Parkin, 1999), una mayor calidad del control parental (Vinden, 2001), un discurso parental sobre las emociones (Meins et al., 2002) y una profundidad en las discusiones parentales que se refieren a lo afectivo (Dunn, Brown y Beardsall, 1991). Es probable que el parenting o crianza de este tipo se asocie fuertemente con la adquisición de un aparato conceptual coherente por parte del niño para entender el comportamiento en términos mentalísticos. No es difícil de entender por qué los padres con estrategias de disciplina que se centran en estados mentales (por ej. en los sentimientos que puede experimentar la víctima, o en la no intencionalidad de las transgresiones) tienen niños con éxito más temprano en la comprensión de la importancia de los estados mentales más temprano, tal como se refleja en su desempeño en las tareas de Teoría de la Mente (Fonagy et al., 2012).

Es decir, los entornos de apego seguro en los que los padres son capaces de mentalizar mejor y de ofrecer a los niños respuestas centradas en estados mentales parecen ser los más apropiados a la hora de que estos desarrollen también su capacidad mentalizadora.

Algunos autores, por su parte, señalan varios procesos o estilos de interacción de orden más general que los explicados anteriormente, y que pueden resultar claves para explicar la relación entre el apego seguro y la capacidad mentalizadora del niño, como son la atención conjunta, el desarrollo del lenguaje y las interacciones pedagógicas. Estos tres procesos se dan en mayor medida y con mejor calidad en contextos de apego seguro, y a su vez, son facilitadores de la capacidad de mentalización.

La atención conjunta se define como la capacidad de dirigir la atención de forma compartida a un objeto o estímulo determinado, de manera que se genere alguna implicación emocional conjunta hacia ese objeto. Cuando el niño y el cuidador prestan atención a un objeto tercero, así como a la atención del otro en relación a ese objeto, el

despliegue verbal que se da por parte del cuidador es interiorizado por el niño. El lenguaje le da al niño la posibilidad de representar un mundo mental de escenarios posibles e imaginados que no coinciden necesariamente con la realidad como tal, y le permite empezar a imaginar lo que otros piensan, sienten, desean, etc. Por otro lado, cuando el niño desarrolla un apego seguro surge en él una confianza en el cuidador como fuente fiable de información sobre sí mismo y sobre el mundo, es decir, el niño admite que se den interacciones pedagógicas y aprende sobre sí mismo y sobre sus estados mentales a partir de la enseñanza que el cuidador le brinda (Lanza, 2011b).

Parece haber entonces una relación recíproca entre el apego seguro y las interacciones mentalizadoras mencionadas: por un lado, el apego seguro proporciona un clima relacional que estimula y favorece dichas interacciones y dicha exploración interna; por otro, las respuestas mentalizadoras maternas favorecen la regulación emocional del niño que, a su vez, consolida el vínculo emocionalmente seguro. El vínculo y las interacciones, a su vez, favorecen el desarrollo de una adecuada capacidad mentalizadora en el niño (Lanza, 2011b).

### **3.4. TRAUMA EN LAS RELACIONES DE APEGO Y DIFICULTADES DE MENTALIZACIÓN**

Como se ha explicado anteriormente, el apego seguro y las interacciones mentalizadoras tienen una importancia capital como contexto para que el niño pueda desarrollar adecuadamente su funcionamiento reflexivo. No obstante, existe también la posibilidad de que por diversas situaciones y circunstancias, el cuidador no esté sintonizado con las experiencias emocionales del pequeño, de manera que no pueda brindarle a éste un reflejo congruente y marcado de sus experiencias para poder construir representaciones de segundo orden y de esa manera simbolizarlas y regularlas (Lanza, 2011b). Si la persona de referencia está afectada por sus propias dificultades y conflictos, puede sentirse sobrepasada por las expresiones afectivas del niño y reflejarle a éste su sentimiento propio, o puede incluso reaccionar de manera muy inadecuada.

En dichos casos, el niño experimentará diversas perturbaciones; una de ellas será que sus sentimientos no estarán etiquetados ni simbolizados, serán confusos y difíciles

de regular. Por otra parte, si el niño ha sufrido descuido psicológico y no ha podido establecer las representaciones de segundo orden mencionadas, tendrá dificultades más tarde para diferenciar la fantasía de la realidad y la realidad psíquica de la física, y será proclive a operar mediante los modos primitivos o “prementalizadores” de mentalización (Lanza, 2011b).

Concretamente, si nos basamos en la necesidad de que la respuesta reflejante del cuidador sea “congruente” y “marcada”, vemos que pueden ocurrir dos desenlaces problemáticos según falle una u otra de estas condiciones:

Si lo que falla es la congruencia del reflejo, es decir, si la persona de referencia no refleja los afectos del niño sino otros completamente diferentes, se corre el riesgo de que el niño cree representaciones falsas de sí mismo, que no tengan relación con su verdadero estado interno. Esta internalización de partes del otro como propias por no haber sido capaz de desarrollar una representación estable y coherente de su propia experiencia se denomina “alien self” estructura narcisista análoga al “falso self” descrito por Winnicott (1965).

Por el contrario, si el problema consiste en que el reflejo no está lo suficientemente marcado, la expresión de la madre (o del cuidador) será vista por el niño como una externalización de su propia experiencia, lo cual puede establecer una predisposición a experimentar las emociones a través de los demás, como ocurre en los pacientes borderline. Si el niño que experimenta una emoción negativa supone que su madre también la vive y expresa, esto incrementará fuertemente su propio estado emocional, lo que puede llevarlo a situaciones de trauma acumulativo más que de contención (Fonagy, 2006).

Sin embargo, las experiencias con mayor impacto negativo para el desarrollo de la capacidad mentalizadora y que se dan en el contexto de las relaciones de apego son las situaciones de abuso u abandono, que habitualmente aparecen de forma conjunta, y que conducen a que la mentalización sea deficitaria y/o distorsionada (Fonagy et al., 2012).

En los casos de inaccesibilidad psicológica de los padres, de actitudes de abuso y/o abandono por parte de los mismos, se observa que el propio funcionamiento reflexivo de éstos es deficitario, y que su capacidad para empatizar con el niño se encuentra fuertemente dañada, por lo que pueden distorsionar la aprehensión de los estados mentales del mismo de múltiples formas, suponiendo por ejemplo, que experimenta satisfacción en una situación de abuso, o considerando que todo llanto es debido al hambre, lo que lleva a multiplicar las situaciones de provisión de ingesta (Bruch, 1973). Estas actitudes impiden que los cuidadores realicen un reflejo adecuado de las emociones del niño, por lo que resulta difícil que construya representaciones secundarias para simbolizar sus afectos (Lanza, 2011b).

A este respecto, existe evidencia empírica suficiente que demuestra que cualquier tipo de maltrato infantil produce perturbaciones en el funcionamiento reflexivo del niño. Actualmente sabemos que los niños maltratados se involucran menos en el juego simbólico y diádico, y muestran poca empatía ante el malestar y sufrimiento de otros niños. Además, no tienen una buena capacidad de regulación emocional, emplean con poca frecuencia términos que aluden a sus estados internos, raramente hablan con sus madres acerca de sus emociones y muestran dificultades para entender la expresión facial de los afectos etc. (Fonagy y Target, 2008). Todo esto, unido a la vulnerabilidad socio-cognitiva, puede, junto con otras características ambientales y personales, predisponerles a sufrir trastornos severos de personalidad en la vida adulta (Fonagy et al., 2012).

Además, ciertas características familiares habituales en estas circunstancias atentan contra el desarrollo de la mentalización. Las actitudes autoritarias de los padres, basadas en el castigo y la exigencia de obediencia (y no en el diálogo, la explicación del sentido de las normas, la aceptación de diversas perspectivas de las cosas etc.) se encuentran entre estas modalidades perturbadoras, según ha sido demostrado en distintos estudios (Fonagy y Target, 1997).

Por otra parte, en estos casos, el mundo exterior al ambiente familiar (escuela, etc.) donde el funcionamiento reflexivo es habitual y deseable, suele ser mantenido rígidamente dissociado del mundo privado del hogar. De este modo, los beneficios que el

niño pueda percibir del intercambio con compañeros, amigos, docentes etc., suelen mantenerse escindidos de las experiencias intrafamiliares (Lanza, 2011b).

Como hemos visto, en la mayor parte de los casos, el trauma se manifiesta más a modo de negligencia, rechazo, control excesivo, incoherencia y confusión en la relación etc., que, tomados todos juntos, pueden ser devastadores para el mundo experiencial del niño en desarrollo, y dejar secuelas profundas. Estas secuelas, son evidentes en términos de distorsiones en el mundo socio-cognitivo y comportamental.

Sin embargo, si el niño sufre la agresión y la crueldad focalizada directamente en él, (como es el caso del abuso físico, sexual y psicológico), esto tiene habitualmente consecuencias más específicas y dramáticas que las anteriores. Estos niños, manifiestan mayor disociación, mayores trastornos de identidad, mayor incoherencia en las representaciones parentales y una función reflexiva muy limitada en la Child Attachment Interview (Ensink, 2003), lo que puede entenderse como una manifestación de graves fallas en la capacidad de mentalización (Fonagy et al., 2012).

Estas graves consecuencias pueden entenderse debido a que en estos niños frecuentemente se da una inhibición defensiva de la mentalización. El rechazo a considerar los estados mentales en los individuos que han sufrido maltrato puede ser comprensible, dado que es una forma de protegerse ante el hecho de tener que tomar conciencia de la hostilidad y malevolencia de los pensamientos y sentimientos que el abusador realmente tiene hacia el niño maltratado (Fonagy et al., 2012).

### **3.5. RELACIONES DE APEGO Y TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN**

Como hemos visto en apartados anteriores, el tipo de vínculo que se establece desde la infancia temprana con el cuidador principal tiene una importancia decisiva en la constitución del self (Gergely y Watson, 1996) y en el posible desarrollo de psicopatología en la vida adulta (Fonagy et al., 2012).

Actualmente existe una gran cantidad de estudios científicos que dan cuenta de la existencia de una relación entre la calidad de las relaciones de apego y los problemas de salud mental (Dozier, Stovall-McClough y Albus, 2008). Éstos muestran que en

términos generales, la prevalencia de apego inseguro es mucho mayor en las muestras clínicas que en las no-clínicas. Según algunos autores, los estilos inseguros de apego en estos grupos de población clínica se desarrollarían en un intento de mantener la sensación de seguridad y confort cuando las figuras de apego son impredecibles e inconsistentes (Dozier et al., 2008).

En el caso de los trastornos de la alimentación, desde diversas aproximaciones teóricas se viene sosteniendo que los problemas de vinculación constituyen un elemento central del cuadro (Chassler, 1997; Tasca et al., 2006). Investigaciones de relevancia relacionan la anorexia y bulimia nerviosas con las relaciones yo-objeto (Becker, Bell y Billington, 1987) y los problemas de separación individuación (Dallos, 2004; Latzer, Hochdorf, Bachar y Canetti, 2002).

El impacto de las relaciones familiares precoces en esta patología ya fue desarrollado por Bruch (1971) a inicios de los años 70. Posteriormente, Rhodes y Kroger (1992), describieron que los sujetos con trastornos alimenticios muestran niveles más elevados de ansiedad de separación y de sobreprotección materna durante la infancia.

Los problemas de separación-individuación se han explicado en estos cuadros como un fracaso por alcanzar la independencia por la vía de resolver la separación de la madre (Chassler, 1997). Algunos autores sugieren que el fracaso en el proceso de separación-individuación se manifiesta en dos tendencias opuestas. La anorexia estaría asociada con un exceso de involucración maternal, y la bulimia con una baja implicación (Johnson y Connors, 1987).

La conexión entre las características de las relaciones tempranas y los trastornos de la alimentación puede explicarse como una reacción a las dificultades vinculares y a la vivencia de impotencia, conflictos que las personas con trastornos alimentarios desplazan al cuerpo, logrando ejercer control a partir de los comportamientos alimentarios (Tasca, Taylor, Ritchie y Balfour, 2004).

En relación a la investigación empírica, en los últimos años ésta también ha apoyado la relación existente entre estilos de apego y los trastornos de la alimentación.

Los investigadores han avanzado desde realizar estudios más generales que respaldan la asociación entre estilos de apego y trastornos de alimentación (Latzer et al., 2002; Ramacciotti et al., 2001; Tasca et al., 2006) a otros más específicos que tratan de relacionar estilos de apego con subgrupos determinados de estos trastornos (Broberg, Hjalms y Nevenon, 2001; Ringer y Crittenden, 2007; Tereno, Soares, Martins, Celani y Sampaio, 2008; Troisi et al., 2006).

Más recientemente, los estudios se han centrado en mayor medida en explorar asociaciones más complejas entre estilos de apego, trastornos de la alimentación y síntomas psiquiátricos (Zachrisson y Kulbotten, 2006).

Actualmente, la evidencia empírica ha llevado a que exista un consenso generalizado acerca de que las mujeres con trastornos de la alimentación tienen en mayor medida estilos de apego inseguro. De hecho, las revisiones de estudios realizados hasta el momento respaldan esta afirmación. Zachrisson y Skårderud (2010) llevaron a cabo una revisión de 29 estudios teóricos y empíricos sobre la relación entre los patrones de apego (medidos con la AAI; George et al., 1985) y los trastornos alimenticios y concluyeron sobre los empíricos que el apego inseguro era mucho más frecuente entre los individuos con estos trastornos. Sin embargo, según estos autores los mecanismos que explican esta conexión aún permanecen inciertos. Previamente, en otra revisión de 25 estudios empíricos (Ward, Ramsay y Treasure, 2000) ya se había puesto de manifiesto que los procesos de apego eran anormales en los trastornos de la alimentación y que el apego inseguro era el más prevalente independientemente del método utilizado para evaluarlo. Estudios más recientes han corroborado esta relación entre estilos de apego inseguros y trastornos de la alimentación (Barone y Guiducci, 2009; Illing, Tasca, Balfour y Bissada, 2010). Algunos estudios hablan incluso de una prevalencia de apego inseguro de alrededor del 100% (Ringer y Crittenden, 2007; Zachrisson y Kulbotten, 2006).

En cuanto a los subtipos específicos de apego inseguro, algunos autores han encontrado una mayor incidencia del estilo de apego evitativo seguido del estilo preocupado (Latzer et al., 2002; Ramacciotti et al., 2001) en grupos generales de trastornos de la alimentación. Otros sin embargo, han informado de mayores niveles de estilo preocupado en estos grupos (Tereno et al., 2008).

En lo que se refiere a la relación de estilos específicos de apego y subgrupos de trastornos alimenticios los resultados son contradictorios (O'Shaughnessy y Dallos, 2009). Algunas investigaciones en las que se ha empleado la Entrevista de Apego Adulto (AAI; Main et al., 1998) han concluido que la anorexia está más relacionada con el estilo evitativo y la bulimia con el preocupado (Ward et al., 2001; Zachrisson y Skårderud, 2010). La evitación en la anorexia crearía suspicacia, escepticismo, retraimiento y dificultad para confiar y depender de los demás, mientras que la ansiedad en la bulimia generaría gran preocupación por el abandono, resistencia al compromiso y futuras relaciones interpersonales inseguras (Behar, 2012).

Otros como Illing et al. (2010), han llegado a conclusiones distintas. En su estudio en el que tomaron parte 243 mujeres con trastornos de la alimentación era la anorexia purgativa la que más se asociaba con el apego evitativo (en comparación con la restrictiva y la bulimia). Además concluyeron que mayores de ansiedad en el apego se relacionaron con una mayor gravedad de los síntomas alimentarios y con peores resultados del tratamiento.

Finalmente, otros estudios no han encontrado diferencias entre subgrupos diagnósticos con relación a los estilos de apego (Troisi et al., 2006; Zachrisson y Kulbotten, 2006), lo que sugiere que la gravedad del trastorno y la severidad de los síntomas tienen mayor influencia que el subgrupo al que pertenecen (Broberg et al., 2001; O'Shaughnessy y Dallos, 2009).



## **CAPITULO IV**

---

# **CONCLUSIONES Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**



Algunas de las principales conclusiones que se derivan de esta revisión bibliográfica son las siguientes:

Los trastornos de la alimentación, especialmente la anorexia, se encuentran entre los trastornos mentales crónicos más prevalentes en los adolescentes y adultos jóvenes, sobre todo de sexo femenino, tal como lo demuestran estudios llevados a cabo en Europa y Estados Unidos (Hudson, Hiripi, Pope Jr y Kessler, 2007). En los últimos años, se ha observado un incremento en el número de casos así como una reducción en su edad de inicio, lo que ha conducido a que aumente la alarma social al respecto, debido a la gravedad, cronicidad y mortalidad que éstos comportan (Attia, 2010; Fairburn y Harrison, 2003). La anorexia, representa además un alto coste directo e indirecto para el sistema de salud actual.

Paralelamente, los estudios dirigidos a esclarecer las causas y los factores que giran en torno a ellos también han crecido de manera exponencial, apuntando a factores tan diversos como los socioculturales, biológicos o psicológicos (Stice, 2002). Así mismo, en las últimas décadas, distintas aproximaciones teóricas en relación a los trastornos alimenticios han recibido apoyo empírico (Stein et al., 2001). Sin embargo, cada vez resulta más necesario investigar en modelos que ofrezcan una mayor comprensión real del problema y que contribuyan a explicar una realidad psicopatológica compleja, lo que favorecería el desarrollo de intervenciones psicológicas dirigidas a estas pacientes (\*), así como a realizar acciones preventivas focalizadas específicamente en los hallazgos de dichos estudios.

Actualmente, Peter Fonagy y sus colaboradores han empezado a ofrecer una serie de claves para la comprensión de los trastornos alimenticios desde la Teoría de la Mentalización, postulando que se trataría de trastornos en los que existen fallas o alteraciones en esta capacidad (Skårderud y Fonagy, 2012). La mentalización o función reflexiva se define como la actividad mental imaginativa que nos permite percibir e interpretar el comportamiento humano en términos de estados mentales (necesidades, deseos, sentimientos, creencias y objetivos) (Allen et al., 2008) y cualquier dificultad en los procesos implicados en ella podría tener un impacto decisivo en el desarrollo de la

(\*) Debido al predominio de los trastornos alimenticios en personas de sexo femenino, en general se empleará el género femenino a lo largo de la exposición cuando se haga referencia a dichos trastornos.

personalidad, implicando perturbaciones y alteraciones psicopatológicas importantes (Akhtar, 1992; Fonagy et al., 2012; Hughes y Ensor, 2008; Wilkinson-Ryan y Westen, 2000).

El desarrollo de la capacidad mentalizadora depende su vez de la calidad de las experiencias de apego, es decir, del tipo de interacciones tempranas entre el niño y el cuidador (Fonagy y Target, 1997), siendo el apego seguro un importante factor facilitador de la capacidad mentalizadora, la regulación afectiva y el autocontrol (Fonagy et al., 1998), y asociándose el apego inseguro con perturbaciones en dicha capacidad, así como con dificultades en el desarrollo de una estructura coherente del self (Bateman y Fonagy, 2008).

Así como el apego ha sido un factor bastante estudiado en el caso de los trastornos de la alimentación en general y en el de la anorexia en particular, la capacidad de mentalización, por el momento, no lo ha sido tanto. En relación al apego, los estudios empíricos han mostrado que existe una mayor prevalencia de apego inseguro en las mujeres con trastornos alimentarios (Ward et al., 2001; Zachrisson y Skårderud, 2010), pero aún se desconocen exactamente cuáles son los mecanismos que dan cuenta de esta relación (Zachrisson y Skårderud, 2010). Además, tampoco existe acuerdo acerca de cuál es el subtipo específico de apego inseguro que aparece con mayor frecuencia en los trastornos alimentarios cuando se toman en conjunto (Latzer et al., 2002; Tereno et al., 2008), ni tampoco cuando se tiene en cuenta cada uno de los subgrupos (anorexia y bulimia) por separado (O'Shaughnessy y Dallos, 2009). Por esta razón, el presente estudio pretende arrojar más luz en esta cuestión evaluando los estilos de apego en una muestra clínica específica de mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa, y comparándolo con una muestra de personas que no sufren esta patología.

Por otro lado y en relación a los instrumentos empleados para evaluar el apego, se distinguen 2 líneas principales de investigación: la basada en entrevistas que hacen referencia al vínculo del entrevistado con sus progenitores en la etapa infantil y que clasifica a los sujetos en categorías de apego excluyentes (Stein et al., 2002), y la que emplea cuestionarios y escalas estudiando la vinculación con la pareja bajo la premisa de que existen paralelismos entre esta y el tipo de apego en la infancia. No obstante, existen aún muy pocos estudios que empleen instrumentos de evaluación que aúnen

aspectos de ambas líneas, como es el caso del CaMir (Balluerka et al., 2011; Garrido et al., 2009), que combina la aproximación categorial y dimensional, evaluando el apego mediante un cuestionario, pero basándose principalmente en las relaciones vinculares con los progenitores. El presente estudio emplea este instrumento de forma novedosa con el fin de salvar las limitaciones que han mostrado los anteriores (Allen et al., 2001; Shaver et al., 2000).

En lo que respecta a la capacidad mentalizadora en los trastornos alimentarios, autores reconocidos dentro de la Teoría de la Mentalización explican que las pacientes con esta patología presentan perturbaciones importantes en la capacidad mentalizadora, lo que da lugar a que predominen los “modos prementalizadores”, y en consecuencia, empleen su cuerpo y los temas relacionados con la alimentación como una forma de regular sus emociones conflictivas o pensamientos difíciles de soportar y elaborar (Skårderud y Fonagy, 2012; Skårderud, 2007b).

No obstante, en los pocos estudios sobre mentalización y anorexia llevados a cabo hasta la fecha, la mentalización se ha conceptualizado y evaluado como un constructo unitario (Rothschild-Yakar et al., 2010) sin hacer justicia a la complejidad que este comporta, y sin explorar ni hacer referencia específica a las diversas dimensiones o polaridades que subyacen a él de acuerdo con los nuevos desarrollos de la teoría (Luyten et al., 2012).

De hecho, actualmente se ha sugerido que la mentalización es un constructo multidimensional al que subyacen 4 polaridades, y se ha subrayado la importancia de que se lleven a cabo estudios desde este prisma. Las polaridades que comporta el constructo son: la polaridad explícita-implícita, la externa-interna, la centrada en el self-centrada en el otro y la cognitiva-afectiva (Fonagy y Luyten, 2009; 2010). Mientras que la mentalización implícita se refiere a procesos inconscientes o automáticos, la explícita implica hacer intentos deliberados o conscientes para llevarla a cabo; la mentalización interna se focaliza en pensamientos, sentimientos y experiencias internas, mientras que la externa se refiere a procesos mentales que se basan en las características físicas o visibles o acciones; con respecto al objeto, la mentalización puede estar centrada en el self o centrada en el otro; finalmente, y a su vez, puede estar centrada en procesos cognitivos o afectivos.

Autores como Luyten et al. (2012), consideran de gran relevancia el hecho de que se realicen estudios sobre las dificultades en las distintas polaridades de la mentalización que se presentan en cada uno de los trastornos con el fin de tener un mejor conocimiento sobre los procesos subyacentes, y poder establecer así un foco claro de intervención terapéutica. Con este propósito, y para que estos fenómenos puedan ser estudiados en grandes muestras, dichos autores proponen que la mentalización se evalúe con medidas de auto-informe de constructos que se solapen con las polaridades de la mentalización antes mencionadas (Choi-Kain y Gunderson, 2008; Luyten et al., 2012). Así por ejemplo, constructos como la Alexitimia, la Empatía el Mindfulness y la Teoría de la Mente con sus correspondientes medidas de evaluación pueden tomarse como constructos solapados válidos para ello (Luyten et al., 2012).

Por el momento, en conocimiento de la autora de esta tesis no existen estudios que evalúen el desempeño en las distintas polaridades *per se* en pacientes con trastornos de la alimentación. Y, si bien es cierto que existen bastantes sobre alexitimia (Beales y Dolton, 2000; Bydlowski et al., 2005; Kiyotaki y Yokoyama, 2006; Montebancci et al., 2006), empatía (Adenzato et al., 2012; Gillberg et al., 1995; Guttman y Laporte, 2002; Hambrook et al., 2008; Nilsson et al., 1999), mindfulness (Cowdrey y Park, 2012; Gousse, 2011; Lavender et al., 2009; Lavender et al., 2011; Prowse et al., 2013) y Teoría de la Mente (Adenzato et al., 2012; Harrison et al., 2009; Oldershaw et al., 2011; Pradas et al., 2012; Russell et al., 2009) en los trastornos alimentarios, todos ellos se apoyan en marcos teóricos muy diferentes al de la Teoría de la Mentalización, y los resultados son poco concluyentes, especialmente en relación a los subgrupos diagnósticos. Por consiguiente, esto indica la conveniencia de realizar investigación adicional al respecto, objetivo principal del presente estudio, para el que se ha seleccionado una muestra específica de pacientes con anorexia y otra de población general, y en el que las conclusiones acerca de los constructos empleados se elaboran a la luz de la Teoría mentalizadora.

Además, cabe destacar que hasta la fecha y en consonancia con lo que la teoría propone, la evidencia empírica que apoya la relación entre estilos de apego y la mentalización en trastornos de la alimentación es muy escasa (Rothschild-Yakar et al., 2010). Sobre todo, resultaría de gran interés explorar las relaciones entre dichos tipos de

apego y cada uno de los constructos solapados (Alexitimia, Empatía, Mindfulness y la Teoría de la Mente) con las polaridades mencionadas. En esta misma línea, resultaría de gran relevancia explorar el posible papel mediador de las variables solapadas (Alexitimia, Empatía, Mindfulness y la Teoría de la Mente) entre los tipos de apego y el de la sintomatología alimentaria.

Finalmente, para llevar a cabo la evaluación de dos de los constructos solapados (Empatía y Teoría de la Mente) se observó la necesidad de adaptar y estudiar la estructura, validez y fiabilidad de los instrumentos *Empathy Quotient* (EQ; Baron-Cohen y Wheelwright, 2004) y *Reading the Mind in the Eyes Test* (RMET; Baron-Cohen et al., 2001) con una muestra española de estudiantes universitarios. Se seleccionaron estos instrumentos frente a otros por su amplia utilización a nivel internacional, así como por el hecho de que son los que los autores más reconocidos en el campo proponen por su adecuación teórica y utilidad para evaluar aspectos de las polaridades de la mentalización (Luyten et al., 2012).

Con el propósito de investigar todas las cuestiones mencionadas con anterioridad, la tesis se ha dividido en 2 estudios diferentes. Dada la adecuación teórica y la utilidad de algunas de las herramientas para evaluar perfiles mentalizadores y la falta de validación de éstas en muestra española, el Estudio 1 tuvo como objetivo general adaptar y validar las medidas *Empathy Quotient* (EQ; Baron-Cohen y Wheelwright, 2004) y *Reading the Mind in the Eyes Test* (RMET; Baron-Cohen et al., 2001) a población española de adultos universitarios. Para cada uno de los instrumentos se da cuenta del procedimiento de validación seguido en sus correspondientes apartados.

El Estudio 2 se centró en investigar las relaciones entre estilos de apego, desempeño mentalizador (reflejado en los componentes Alexitimia, Empatía, Mindfulness y Teoría de la Mente emocional) y sintomatología alimentaria en una muestra general compuesta por mujeres con y sin anorexia, además de explorar específicamente las diferencias en esas variables en cada uno de los grupos.



## **CAPITULO V**

---

---

### **EL PRESENTE ESTUDIO**



## **5.1. ESTUDIO 1: ADAPTACIÓN A LA MUESTRA ESPAÑOLA DE LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS**

### **5.1.1. EMPATHY QUOTIENT (EQ)**

#### **5.1.1.1. INTRODUCCIÓN**

La evaluación de la empatía constituye un aspecto clave en el estudio de perfiles mentalizadores en muestras adultas. Tal y como se ha señalado con anterioridad, el Empathy Quotient (EQ; Baron-Cohen y Wheelwright, 2004\*) se considera una medida útil y adecuada teóricamente para este fin (Luyten et al., 2012). Sin embargo, dado que esta no se encuentra actualmente validada en nuestro país, el principal objetivo de este estudio consistió en adaptar el EQ al español en población universitaria, analizando su estructura factorial así como su ajuste y propiedades psicométricas.

El EQ se enmarca dentro de la línea que considera la empatía un constructo de naturaleza multidimensional que incluye un componente cognitivo y otro afectivo difíciles de separar entre sí (Baron-Cohen y Wheelwright, 2004). El primero implica la capacidad de atribuir o captar estados mentales (pensamientos y sentimientos) en el otro (Baron-Cohen, 1995), mientras que el segundo, se centra en la capacidad de dar una respuesta emocional apropiada a los mismos. En este sentido, y tal como apuntan sus autores, el EQ pretende evaluar la empatía definida como “la habilidad o empuje a atribuir estados mentales a otras personas u animales, incluyendo también la capacidad de dar una respuesta afectiva apropiada”(Baron-Cohen y Wheelwright, 2004, p.168).

El EQ es un cuestionario breve, accesible, y de rápida y fácil corrección. Se diseñó específicamente para ser aplicado en contextos clínicos evaluando la falta de empatía como rasgo psicopatológico, así como para detectar diferencias sutiles en el nivel de empatía de la población general y captar diferencias de género en dicho constructo. El test está formado por 60 ítems que puntúan y otros 20 “de relleno”, incluidos con el fin de distraer el foco de atención las preguntas que valoran la empatía. Existen 4 tipos de respuesta “Acuerdo total”, “Acuerdo parcial”, “Desacuerdo parcial”, “Desacuerdo total”, y los ítems se puntúan de manera que las respuestas “Acuerdo total”

y “Acuerdo parcial” obtienen 2 y 1 punto respectivamente en los ítems directos, y las respuestas “Desacuerdo total” y “Desacuerdo parcial” 2 y 1 puntos en los indirectos (Baron-Cohen y Wheelwright, 2004; Lawrence, Shaw, Baker, Baron-Cohen y David, 2004). El resto de respuestas se puntúan con un 0.

La versión original inglesa del EQ ya ha sido validada en Japón (Wakabayashi et al., 2007), Francia (Berthoz, Wessa, Kedia, Wicker y Grezes, 2008), Italia (Preti et al., 2011) y Corea (Kim y Lee, 2010), y ha mostrado su adecuación para evaluar la empatía tanto en muestras clínicas como no clínicas. Además, al igual que en la versión original, diversos estudios en los que se ha empleado el EQ, han informado de diferencias entre hombres y mujeres en empatía (Carroll y Chiew, 2006; Davis, 1994; Muncer y Ling, 2006; Wakabayashi et al., 2007; Wheelwright et al., 2006), con puntuaciones más altas para las mujeres. Algunos estudios han mostrado también su validez de constructo y validez convergente, ya que se han hallado correlaciones con las subescalas del IRI (Lawrence et al., 2004; Preti et al., 2011), con el RMET (Baron-Cohen y Wheelwright, 2004; Lawrence et al., 2004) y con el TAS-20 (Lombardo, Barnes, Wheelwright y Baron-Cohen, 2007; Preti et al., 2011).

Sin embargo, actualmente, existen algunas discrepancias acerca de la composición factorial del EQ. Así, en la mayoría de los estudios de validación llevados a cabo hasta la fecha, los ítems del EQ se han distribuido en 3 factores principales (Berthoz et al., 2008; Kim y Lee, 2010; Lawrence et al., 2004; Muncer y Ling, 2006) que tienen cierta correspondencia con la aproximación teórica de la empatía expuesta previamente: El primer factor, “Empatía Cognitiva”(EC), incluye ítems que miden la captación de estados afectivos tales como “Puedo darme cuenta si alguien enmascara sus verdaderos sentimientos”, estados epistémicos “Me resulta fácil ponerme en el lugar de otra persona” y estados basados en el deseo “Enseguida me doy cuenta de qué quiere hablar la otra persona”; El segundo factor, “Reactividad Emocional”(RE), refleja la tendencia a tener una reacción emocional en respuesta a los estados mentales del otro, por ejemplo “Ver a la gente llorar no me pone triste”; Por último, el tercer factor, “Habilidades Sociales”(HS), engloba ítems que se refieren al uso espontáneo de estas habilidades, y/o a la falta de comprensión intuitiva de situaciones sociales, por ejemplo “A menudo me es difícil juzgar si alguien es maleducado o educado” (Lawrence et al., 2004).

Esta estructura trifactorial apareció primera vez en el estudio de Lawrence et al. (2004), e incluyó 28 ítems de los 40 originales; más recientemente, ha sido ratificada por Berthoz et al. (2008), mediante Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). Por su parte, Muncer y Ling (2006), encontraron también una solución de 3 factores formados por 15 ítems tras probar la unidimensionalidad de la escala sin éxito, y Kim y Lee (2010), también confirmaron esta última estructura trifactorial en su muestra coreana. Sin embargo, Allison, Baron-Cohen, Wheelwright, Stone y Muncer (2011) combinando un AFC con un análisis Rasch, hallaron que 26 de los ítems del EQ ajustaban en una única dimensión, algo que también comprobaron que hacían los ítems del modelo propuesto por Lawrence et al. (2004), y por Muncer y Ling (2006), por lo que parece plausible sumar todos los ítems para hallar una única puntuación.

En base a lo previamente expuesto para validar el instrumento se persiguieron los siguientes objetivos específicos:

- 1- Explorar la estructura factorial del test con el fin de clarificar la adecuación del ajuste unidimensional y el ajuste en 3 factores.
- 2- Evaluar otros parámetros de fiabilidad y validez (alfa de Cronbach y correlaciones con otras medidas que miden constructos similares) para explorar sus propiedades psicométricas.
- 3- Evaluar la posible existencia de diferencias entre hombres y mujeres en las puntuaciones del EQ, tal como se ha mostrado en otros estudios.

### **5.1.1.2. MÉTODO**

#### *5.1.1.2.1. PARTICIPANTES*

Un total de 433 estudiantes universitarios procedentes de la Universidad del País Vasco (UPV) y de la Universidad de Deusto de Bizkaia seleccionados mediante muestreo incidental participaron en el estudio. En relación al sexo, el 74.4% fueron mujeres y el 25.6% hombres. La edades estuvieron comprendidas entre los 17 y los 30 años con una media de 20.0 ( $DT=2.05$ ). Todos los participantes pertenecían a un nivel socioeconómico de rango medio, y el 97.3% eran de nacionalidad española.

Con respecto a la composición familiar, el 85.2% provenían de familias intactas, el 10.2% de familias con padres separados o divorciados, y en el 4.6% de familias en las que alguno de los progenitores había fallecido.

En relación al nivel educativo de los padres, el 1.2% de los padres y el 0.9% de las madres no tenían estudios; un 36.8% de los padres y un 40.1% de las madres habían terminado los años de escolarización obligatoria; un 24.4% de los padres y un 21.2% de las madres habían cursado estudios de FP; finalmente, el 37.6% de los padres y el 37.7% de las madres tenían estudios universitarios.

Tabla 13. Resumen de la distribución de la muestra según género y estudios

Facultad y Carrera	Curso	Nº Aulas	Mujeres	Hombres	N Total
Psicología U.Deusto (Bilbao)	2º	2	30 (9.3%)	15 (13.5%)	45 (10.4%)
	3º	2	60 (18.6)	6 (5.4%)	66 (15.2%)
	4º	1	47 (14.6%)	7 (6.3%)	54 (12.5%)
	5º	1	26 (8.1%)	3 (2.7%)	29 (6.7%)
Magisterio UPV (Leioa)	1º	3	122 (37.9%)	49 (44.1)	171 (39.5%)
Magisterio UPV(Vitoria)	2º	2	37 (11.5%)	31 (27.9%)	68 (15.7%)
<b>TOTAL</b>		11	322 (74.4%)	111(25.6%)	433 (100%)

#### 5.1.1.2.2. INSTRUMENTOS

Además del Empathy Quotient (EQ; Baron-Cohen y Wheelwright, 2004), descrito ampliamente en el apartado anterior, se aplicaron los siguientes cuestionarios (ver Anexos 1 y 3):

*Subescala Toma de Perspectiva* (TP) de la adaptación al español del *Interpersonal Reactivity Index* (IRI; Davis, 1980). Esta subescala comprende 7 items que reflejan la tendencia o habilidad de los sujetos para adoptar la perspectiva y punto de vista de otras personas. Incluye afirmaciones como por ej., “A veces encuentro difícil ver las cosas desde el punto de vista de otros” o “A veces, intento entender mejor a mis

*amigos imaginando cómo ven las cosas desde su perspectiva*”. Cada ítem se evalúa con una escala tipo Likert de cinco puntos (1= No me describe bien; 5= Me describe muy bien). El IRI mostró buenas propiedades psicométricas tanto en su versión original (Davis, 1980; Davis y Franzoi, 1991; Riggio et al., 1989), como en la adaptación al castellano (Pérez-Albéniz, De Paúl, Etxeberría, Montes y Torres, 2003). En ésta última, los valores alfa de Cronbach para todas las subescalas oscilaron entre .67 y .80, adquiriendo la subescala TP un valor de .74. Así mismo, la estructura factorial previa fue también confirmada obteniéndose buenos índices de ajuste. La validez convergente y discriminante para la subescala PT se puso de manifiesto, encontrándose correlaciones estadísticamente significativas ( $r=.38$ ,  $p<.001$ ) con las puntuaciones en el Hogan Empathy Scale (HES; Hogan, 1969). En este estudio el alfa de Cronbach de la escala fue de .69.

El “*Reading the Mind in the Eyes Test Revised Version*” (RMET; Baron-Cohen et al., 2001) es una versión revisada y modificada de la original publicada por primera vez por Baron-Cohen, Wheelwright y Jolliffe (1997), y se trata de un test avanzado destinado a evaluar la Teoría de la Mente. Concretamente, intenta determinar la capacidad del sujeto para ponerse en la mente de otra persona y sintonizar con su estado mental permitiendo a diferencia de otras construidas con este fin, detectar las disfunciones sutiles en esta capacidad.

El test incluye 36 fotografías de la región de los ojos de un número equivalente de hombres y mujeres, y el sujeto debe hacer una elección forzada de entre 4 palabras que se le presentan, tratando de identificar cuál es la que mejor describe lo que la persona está pensando o sintiendo. Existe una única respuesta correcta. Todas las fotografías representan estados mentales complejos y las palabras que se le presentan para cada fotografía pertenecen a la misma gama emocional, haciendo que la tarea se complique más. El test incluye además un glosario con todos los términos que los sujetos pueden consultar para que los posibles problemas de comprensión no afecten al reconocimiento de la emoción propiamente dicha.

El RMET ha sido utilizado ampliamente en diversos estudios tanto en muestras clínicas como no clínicas (Baron-Cohen et al., 2001; Richell et al., 2003; Sharp y Romero, 2007), y ha sido validado con población turca (Yildirim et al., 2011), italiana

(Vellante et al., 2013) y francesa (Prevost et al., 2014). El test ha mostrado una solución unifactorial (Vellante et al., 2013) una consistencia interna de .65 y una fiabilidad test retest medida a través del coeficiente de correlación interclase de .83. En este estudio el valor de alfa de Cronbach fue de .50.

*Escala de Alexitimia de Toronto* (TAS-20; Bagby et al., 1994). Se trata de un cuestionario que evalúa la alexitimia, definida esta como pobre conciencia emocional, dificultad para expresar verbalmente los sentimientos así como escasa vida imaginativa y/o pensamiento concreto centrado en detalles externos. La versión española de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20; Martínez-Sánchez, 1996) está compuesta por 3 subescalas: (a) Dificultad para identificar emociones y diferenciarlas de sensaciones corporales o fisiológicas (DIF), (por ej., “A menudo estoy confuso con las emociones que estoy sintiendo”); (b) Dificultades en la expresión verbal de las emociones (DEF), (por ej., “Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos”) y (c) Estilo de pensamiento orientado hacia detalles externos (EOT), (por ej., “Prefiero dejar que las cosas sucedan solas, mejor que preguntarme por qué suceden de ese modo”). El instrumento consta de 20 preguntas con cinco opciones de respuesta (1= *Muy en desacuerdo*; 5= *Muy de acuerdo*), siendo las mayores puntuaciones las que muestran mayores niveles de alexitimia. La versión española del TAS-20 (Martínez-Sánchez, 1996) ha mostrado propiedades psicométricas muy similares a las de la versión original, con una alta consistencia interna (alfa de Cronbach=.78) y una buena fiabilidad test-retest ( $r=.71$ ,  $p<.001$ ) en un periodo de 19 semanas. En el caso del estudio que se presenta, alfa mostró un coeficiente de .83.

#### 5.1.1.2.3. PROCEDIMIENTO

En primer lugar, el estudio recibió su aprobación por el Comité Ético de la Universidad de Deusto (ver Anexo 4). La muestra se obtuvo de diferentes centros universitarios de la Comunidad Autónoma Vasca. Para ello se envió un email informativo a cada centro explicando la naturaleza y objetivos del mismo.

Tras conseguir la aprobación por parte de varios centros, se acudió a ellos para pedir la colaboración de los estudiantes. La investigadora les explicó que se trataba de un estudio sobre familia, emociones y salud en universitarios, haciendo hincapié en el

carácter voluntario, anónimo y confidencial del mismo, respetando así los procedimientos éticos recogidos en la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013). De todos los estudiantes, solo 2 rechazaron tomar parte él. Así mismo, los participantes tuvieron la oportunidad de preguntar sus dudas acerca de la cumplimentación de las pruebas.

El EQ fue presentado junto con las medidas descritas previamente y otras que no se emplearon para esta validación. Los ítems del EQ se tomaron de la versión traducida de los mismos publicada por el Autism Research Centre (ARC), University of Cambridge en su web (para más información consultar web ARC: [http://www.autismresearchcentre.com/arc\\_tests](http://www.autismresearchcentre.com/arc_tests)), que cuenta con la aprobación de los propios autores del test, y que se construyó con propósitos de investigación (Allison et al., 2011).

La aplicación tuvo lugar entre los meses de Octubre de 2012 y Mayo de 2013, fue de carácter grupal, de una hora de duración, y dentro del horario lectivo cedido por los centros.

### **5.1.1.3. RESULTADOS**

Los resultados de los participantes en todas las medidas de autoinforme se exponen en la Tabla 14. Como puede observarse, los valores medios del EQ fueron similares (aunque ligeramente inferiores) a los del estudio original (Baron-Cohen y Wheelwright, 2004; Lawrence et al., 2004).

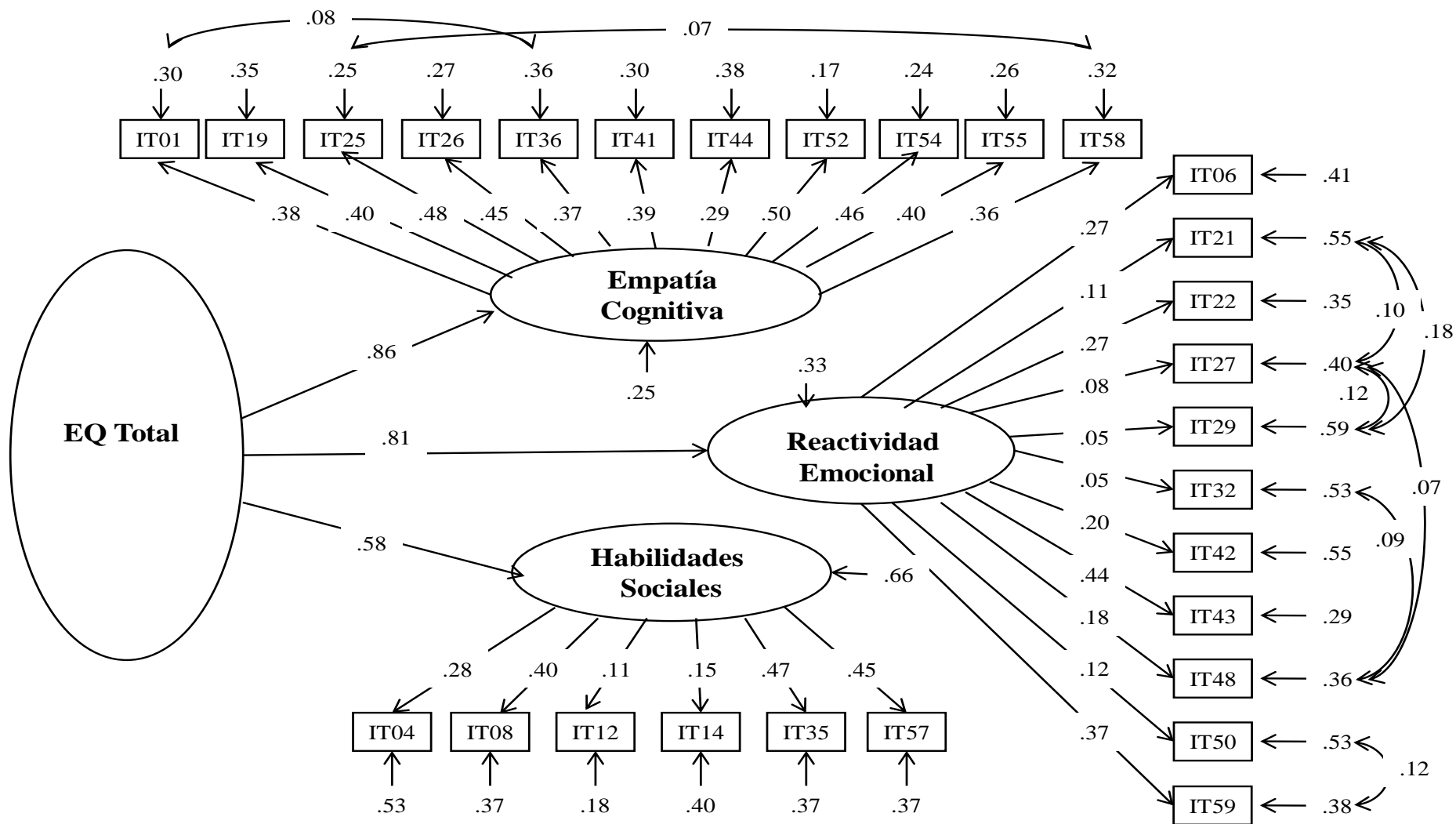
Tabla 14. Puntuaciones de los participantes en las medidas de autoinforme de Empatía, Teoría de la Mente emocional y Alexitimia

	<i>Hombres (N=110)</i>			<i>Mujeres (N=321)</i>			<i>Total (N=431)</i>		
	Mínimo	Máximo	Media (DT)	Mínimo	Máximo	Media (DT)	Mínimo	Máximo	Media (DT)
EQ Total	9	52	28.1 (8.8)	12	53	31.7 (7.7)	9	53	30.8 (8.1)
Subescala Toma Perspectiva IRI	11	35	24.7 (4.9)	14	53	25.7 (4.6)	11	53	25.4 (4.7)
RMET	6	32	24.8 (4.3)	15	34	26.9 (2.9)	6	34	26.4 (3.4)
TAS-20	24	82	55.7 (12.3)	21	79	51.8 (12.6)	21	82	52.8 (12.6)

Para comprobar la estructura factorial del test y si esta se ajustaba al modelo de 3 factores propuesto por Lawrence et al. (2004), se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio (AFC) de los datos de la muestra completa con el programa LISREL 8. (Jöreskog y Sörbom, 1997) mediante el método de máxima verosimilitud. En este caso se analizó la significación de los coeficientes lambda, relativos a la magnitud de la relación entre el ítem y el factor, los errores de estimación, y el ajuste global del modelo. Esto último se valoró a través de los siguientes índices: el cociente entre  $\chi^2$  y los grados de libertad, que debe ser menor de 3 para poder aceptar el ajuste del modelo (Carmines y MacIver, 1981); el *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR), que ha de ser inferior a .08 (Byrne, 1998); el *Comparative Fit Index* (CFI) y el *Non-Normed Fit Index* (NNFI), que han de ser superiores a .90 (Bentler y Bonett, 1980); y finalmente el *Root Mean Squared Error of Approximation* (RMSEA), que ha de ser inferior a .08 (Browne y Cudeck, 1992). Los resultados, detallados en la Figura 2, mostraron un ajuste satisfactorio para un modelo de 3 factores (EQ-EC, EQ-RE y EQ-HS) y uno de segundo orden (EQ Total) siendo significativos todos los coeficientes lambda, y encontrándose todos los índices de bondad de ajuste dentro de los límites establecidos. Como puede observarse, la carga de los factores en el de segundo orden fue de .86 para EQ-EC, .81 para EQ-RE y .58 para EQ-HS. Además, la figura también muestra datos sobre la adecuación o ajuste de un modelo unifactorial incluyendo todos los ítems (ver Figura 2), tal como han sugerido algunos autores (Allison et al., 2011; Muncer y Ling, 2006).

Para determinar la diferencia de ajustes entre los modelos, se comparó el modelo con 3 factores y el modelo con un único factor. La prueba mostró que existían diferencias significativas entre los modelos ( $\Delta\chi^2 = 710.93$ ,  $df= 11$ ,  $p < .001$ ), por lo que siendo el modelo de 3 factores el que mostró un mejor ajuste, se concluyó que este era superior frente al de un único factor.

A continuación, se calculó la fiabilidad compuesta (FC) y la varianza media extractada ( $\omega$ ) del modelo de los 3 factores. Los resultados mostraron una FC de .87 para el EQ Total, .86 para EQ-EC, .48 para EQ-RE y .61 para EQ-HS respectivamente. Además, la  $\omega$  fue del 37% para EQ-EC, 11% para EQ-RE, y 24% para la de EQ-HS, lo que da idea del porcentaje de varianza explicada por cada uno de los factores.



### Índices de Bondad de Ajuste de los Modelos

Trifactorial:  $\chi^2 (339) = 829.65$ ;  $\chi^2/gl = 2.45$ ; SRMR = .068; CFI = .93; NNFI = .92; RMSEA = .058 (90% I.C.: .053 - .063)

Unifactorial:  $\chi^2 (350) = 1540.58$ ;  $\chi^2/gl = 4.40$ ; SRMR = .082; CFI = .87; NNFI = .85; RMSEA = .089 (90% I.C.: .084 - .093)

Figura 2. Diagrama de flujos relativo al análisis factorial confirmatorio del EQ adaptado a muestra española.

Además, se calculó el alfa de Chronbach para el EQ Total, así como para cada una de sus subescalas, siendo este de .82 para el EQ Total, de .86 para la subescala de EQ-EC, .64 para la de EQ-RE y .59 para la de EQ-HS respectivamente, valores que excepto en el caso de EQ-RE fueron muy similares a los de la fiabilidad compuesta (FC).

Los resultados de las correlaciones entre las puntuaciones del EQ Total y cada una de las subescalas (ver Tabla 15) mostraron que esta se asoció positivamente con EQ-EC ( $r = 0.83$ ;  $p > 0.01$ ), así como con EQ-RE ( $r = 0.71$ ,  $p > 0.01$ ) y EQ-HS ( $r = 0.62$ ,  $p > 0.01$ ). Además, EQ-EC también correlacionó con EQ-RE ( $r = 0.30$ ,  $p > 0.01$ ) y con EQ-HS ( $r = 0.34$ ,  $p > 0.01$ ), al igual que EQ-RE con EQ-HS ( $r = 0.26$ ,  $p > 0.01$ ). Como puede observarse, las correlaciones fueron altas entre el EQ Total y sus distintos componentes o factores, pero bastante más bajas cuando se toman los distintos componentes entre sí, lo que sigue garantizando su validez discriminante.

Tabla 15.  
Correlaciones entre EQ y sus subescalas, y diferentes medidas relacionadas con variables emocionales (Empatía, Teoría de la Mente emocional y Alexitimia)

	1	2	3	4	5	6	7
1. EQ Empatía Cognitiva (EC)	1						
2. EQ Reactividad Emocional (RE)	.30**	1					
3. EQ Habilidades Sociales (HS)	.34**	.26**	1				
4. EQ Total	.83**	.71**	.62**	1			
5. Subescala Toma Perspectiva IRI	.29**	.37**	.26**	.42**	1		
6. RMET	.14**	.14**	.19**	.20**	.08	1	
7. TAS-20	-.30**	-.35**	-.53**	-.50**	-.32**	-.16**	1

\*\* $p < .01$

En cuanto a las correlaciones entre el EQ Total y las otras medidas relacionadas con el desempeño emocional, los datos revelaron que tal como se esperaba, el EQ Total se asoció positivamente a la subescala de Toma de Perspectiva del IRI y al RMET, medidas que también evalúan la captación del estado emocional del otro. Además, EQ Total mostró también una correlación negativa y de carácter moderado con el TAS-20.

Al igual que el EQ Total, todas sus subescalas correlacionaron en esa misma dirección con las otras medidas. Sin embargo, cabe destacar que contrariamente a lo esperado, fue EQ-RE la que mayor correlación mostró con la subescala de Toma de Perspectiva del IRI, seguida de EQ-EC, y finalmente EQ-HS. Por otro lado, tanto EQ-EC, como EQ-RE y EQ-HS tuvieron correlaciones de magnitud muy similar con RMET. Finalmente, EQ-EC, EQ-RE y EQ-HS se asociaron negativamente a TAS-20, siendo EQ-HS la que mayor fuerza de asociación mostró.

Por último, al igual que en otros estudios de validación, se calcularon separadamente las puntuaciones en EQ para hombres y mujeres (ver Tabla 16). Como puede observarse, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el EQ Total y en todas sus subescalas (excepto en la de EQ-EC), con puntuaciones más altas para las mujeres. Las mayores diferencias entre los grupos se dieron en EQ-RE, tal como se puede constatar observando los valores de los tamaños de efecto.

Tabla 16.  
*Diferencias entre hombres y mujeres en el EQ y sus subescalas*

	<i>Hombres</i> <i>N=110</i>		<i>Mujeres</i> <i>N=321</i>		<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
<i>EQ Empatía Cognitiva (EC)</i>	11.38	5.47	11.02	4.64	0.66 <i>ns</i>	0.02
<i>EQ Reactividad Emocional (RE)</i>	10.21	3.51	13.51	3.34	-8.83**	-0.43
<i>EQ Habilidades Sociales (HS)</i>	6.51	2.52	7.21	2.34	-2.67*	-0.14
EQ Total	28.10	8.83	31.75	7.70	-4.13**	-0.21

\* $p < .01$ , \*\* $p < .001$

#### 5.1.1.4. DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue examinar la fiabilidad, validez y estructura factorial del EQ.

Las puntuaciones medias del EQ fueron similares (aunque algo inferiores) a las obtenidas por algunos autores en muestras de adultos (Baron-Cohen y Wheelwright,

2004; Lawrence et al., 2004) y en estudiantes universitarios (Wheelwright et al., 2006). Estos resultados ofrecen apoyo empírico a la estabilidad transcultural del test.

Además, el EQ mostró una alta consistencia interna y altos valores de fiabilidad compuesta (FC). El análisis factorial confirmatorio realizado ofreció un buen ajuste para un modelo de 28 ítems distribuidos en 3 factores y un factor jerárquico, coincidiendo así con la propuesta de otros autores (Lawrence et al., 2004; Muncer y Ling, 2006) sobre la composición trifactorial del test (para una información más detallada sobre los ítems que finalmente componen la versión validada del test, consultar Anexo 2).

El análisis detallado de las intercorrelaciones de los factores del EQ reveló que todos ellos mostraron correlaciones significativas y de alta magnitud con EQ Total, siendo el EQ-HS en que tuvo una asociación más baja, tal como también han apuntado otras investigaciones (Berthoz et al., 2008). En cuanto a las correlaciones entre los factores, todas ellas oscilaron alrededor de valores de .30, preservando así la validez discriminante de estos.

Por otro lado, las correlaciones entre las puntuaciones del EQ con otras medidas de empatía y de desempeño emocional (Subescala Toma Perspectiva del IRI, RMET y TAS-20) demostraron la validez de constructo y convergente del test. Al igual que en otros estudios (Lawrence et al., 2004; Preti et al., 2011), el EQ Total mostró una correlación moderada y de similar magnitud a la hallada por esos autores con la Subescala Toma Perspectiva IRI. Cabe destacar que entre los factores del EQ, fue el EQ-RE el que obtuvo una mayor correlación con la Subescala Toma Perspectiva IRI y no EQ-EC como cabía esperar. Una posible explicación a este hecho podría ser que la subescala EQ-RE, al igual que Subescala Toma Perspectiva IRI, también contiene algunos ítems que se refieren a la captación de la perspectiva del otro o capacidad de “descentramiento” tales como “Me resulta fácil ponerme en el lugar de otra persona”, “No siempre puedo entender por qué alguien se puede sentir ofendido por un comentario” o “La gente me dice a menudo que soy insensible, aunque no entiendo siempre por qué” (ver Anexo 2) y no solo a tendencia a dar una respuesta emocional a los estados mentales de los demás. Por otro lado, aunque la subescala EQ-EC recoge los aspectos más “cognitivos” de la empatía es menos específica que Subescala Toma Perspectiva del IRI para este fin (ver Anexos 1 y 2), tal como se ha descrito en el

apartado de introducción y como ya han señalado algunos autores (Lawrence et al., 2004).

La puntuación media del RMET, correlacionó de forma significativa con la del EQ Total y todas sus subescalas, aunque la fuerza de la asociación fue baja. Estos datos son coincidentes con los de otros estudios que también emplearon el RMET (Baron-Cohen y Wheelwright, 2004; Lawrence et al., 2004). Dado que RMET puede considerarse una medida implícita y objetiva que evalúa aspectos empáticos, mientras que el EQ lo hace a modo de autoinforme, resulta de gran relevancia tener en cuenta dicha relación.

Igualmente, y de acuerdo a lo esperado, las puntuaciones del TAS-20 se asociaron negativamente y de forma moderada con la puntuación EQ Total, confirmando resultados hallados previamente en otros estudios (Guttman y Laporte, 2002; Moriguchi et al., 2007). La mayor fuerza asociativa apareció entre la subescala EQ-HS y el TAS-20, lo que sugiere que el conocimiento y capacidad de uso espontáneo de habilidades sociales en los contextos que así lo requieren, tiene gran relación con la capacidad para identificar sentimientos y de expresarlos verbalmente.

Finalmente, al igual que en muchos otros estudios, los resultados confirmaron la presencia de una mayor capacidad empática en la muestra de mujeres (Baron-Cohen y Wheelwright, 2004; Carroll y Chiew, 2006; Davis, 1994; Lawrence et al., 2004; Muncer y Ling, 2006; Wakabayashi et al., 2007; Wheelwright et al., 2006). En consonancia con la investigación en empatía llevada a cabo con el EQ, las mayores diferencias entre los grupos se encontraron en la subescala EQ-RE (Lawrence et al., 2004; Muncer y Ling, 2006).

De todo lo anteriormente expuesto puede concluirse que el EQ es una medida de autoinforme fiable y válida para muestras no clínicas; Sin embargo, los resultados obtenidos han de valorarse a la luz de las limitaciones existentes. En primer lugar, hubiera sido conveniente seleccionar estudiantes universitarios de distintas carreras (por ejemplo de ciencias puras o naturales, además de humanidades y ciencias sociales), ya que se ha observado que la capacidad empática puede variar entre unos y otros (Focquaert, Steven, Wolford, Colden y Gazzaniga, 2007). Así mismo, una mayor

equiparación del porcentaje de participantes por sexo podría contribuir a obtener resultados más precisos.

En segundo lugar, las variables relacionadas con los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) podrían haber influido en las puntuaciones de empatía, ya que tal como afirmó Baron-Cohen y Wheelwright (2004) “si estás enfadado o deprimido tu estado emocional puede enturbiar tu capacidad de captar la perspectiva de la otra persona” (p.170). Por eso, futuros estudios con la versión española del EQ deberían incluir alguna medida para controlar dicho efecto.

Por otro lado, el empleo de la medida de fiabilidad test-retest como se ha hecho en otros estudios (Berthoz et al., 2008; Lawrence et al., 2004; Preti et al., 2011), hubiera sido deseable para poder ofrecer mejores datos sobre las propiedades psicométricas.

Finalmente, el hecho de que el EQ evalúe la empatía en forma de autoinforme ofrece datos acerca de la creencia que la persona tiene sobre su propia capacidad empática, lo que puede diferir de lo empática que sea en realidad. Por eso, la aplicación conjunta con otras medidas de ejecución y/o informes de personas cercanas podrían ayudar a solventar este problema. Alternativamente, algunos estudios introducen escalas de deseabilidad social (Berthoz et al., 2008; Lawrence et al., 2004; Preti et al., 2011) con el fin de controlar el efecto la tendencia a responder de acuerdo a cómo se quiere ser percibido/a.

## **5.1.2. READING THE MIND IN THE EYES TEST (RMET)**

### **5.1.2.1. INTRODUCCIÓN**

La posibilidad de evaluar aspectos de la mentalización mediante el empleo de herramientas enmarcadas dentro de lo que tradicionalmente se ha considerado el campo de la Teoría de la Mente tiene una importancia central para el estudio de los perfiles mentalizadores. Según los autores que inicialmente propusieron el término Teoría de la Mente (Premack y Woodruff, 1978), los estados mentales son entidades abstractas que se infieren a partir de la observación del comportamiento. Baron-Cohen y Cross (1992) en estudios posteriores demostraron que también éstos se pueden inferir a través de la expresión facial. Concretamente, estos autores plantearon la existencia de un “lenguaje de los ojos o de la mirada”, afirmando que la zona ocular transmite suficiente información para entender los estados mentales de una persona (Baron-Cohen et al., 1997).

Con el fin de desarrollar instrumentos para captar las disfunciones en estas habilidades, Baron-Cohen et al. (1997), crearon un test avanzado destinado a evaluar la Teoría de la Mente. En este sentido, el test tenía como objetivo evaluar la Teoría de la Mente en adultos valorando hasta qué punto eran capaces de reconocer el estado mental de otros empleando solo la región de los ojos, que es clave a la hora de determinar estados mentales. La primera versión estaba compuesta por 25 fotografías de la región de los ojos de hombres y mujeres, y el sujeto debía responder cuál de las 2 palabras que se le ofrecían como opciones describía mejor lo que la persona de la fotografía estaba sintiendo. Estas palabras se referían tanto a estados mentales simples tales como “contento”, como a otros más complejos como por ejemplo “arrogante” (Adams et al., 2010).

La versión original del “Reading the Mind in the Eyes” mostró algunas limitaciones debido a que el reducido número de ítems y el tipo de respuesta ofrecida, en formato dicotómico, facilitaban mucho la tarea y no podían dar cuenta de las diferencias entre individuos que puntuaban alto en el test. Además, en esta versión había un mayor número de rostros femeninos que de masculinos, y existían dudas acerca de si el nivel de comprensión semántica de las palabras que se ofrecían como opciones podía

influir en los resultados (Baron-Cohen et al., 2001). Para solventar estos problemas se creó una nueva versión revisada denominada “Reading the Mind in the Eyes Test Revised Version” (RMET; Baron-Cohen et al., 2001\*), en la que el número de ítems se elevó a 36, y las opciones de respuesta (es decir, las palabras descriptoras de los posibles estados mentales de cada fotografía) se incrementaron a 4, reduciendo así el porcentaje de respuestas correctas debidas al azar al 25%. En esta nueva versión los descriptores que se incluyeron se referían sobre todo a estados mentales complejos. Así mismo, se igualó el número de rostros femeninos y masculinos, y se añadió un glosario con sinónimos o definiciones de los términos como material adicional a emplear por parte de los participantes en caso de que fuera necesario.

Los autores explican que este test requiere la suficiente complejidad de análisis como para que pueda aplicarse a adultos con y sin psicopatología, y añaden que es lo suficientemente sensible para detectar diferencias entre adultos con muy alto funcionamiento autista y grupos de control. Además, se trata de una prueba que no solo implica reconocer emociones basándose en expresiones faciales, sino que requiere que el individuo tenga un léxico y conozca el significado de los términos referidos a los estados mentales (Baron-Cohen et al., 2001).

Actualmente, existen de este test versiones de lápiz y papel y versiones informatizadas, que son capaces de captar con mejor precisión detalles referidos a tiempos de respuesta y otros índices que se emplean en estudios de neuroimagen (Harkness, Sabbagh, Jacobson, Chowdrey y Chen, 2005; Sanvicente-Vieira et al., 2014); sin embargo, aún no se han construido versiones informatizadas y validadas que sean susceptibles de aplicarse de forma colectiva.

El RMET ha sido empleado con distintas poblaciones, y varios estudios llevados a cabo hasta la fecha han revelado que los pacientes con esquizofrenia (De Achával et al., 2010; Green, Olivier, Crawley, Penn y Silverstein, 2005), autismo (Baron-Cohen, 2003; Baron-Cohen, 2009), ansiedad social (Machado-de-Sousa et al., 2010) trastorno bipolar (Derntl, Seidel, Kryspin-Exner, Hasmann y Dobmeier, 2009; Ryu, An, Jo y Cho, 2010) y trastorno límite de la personalidad (Frick et al., 2012) entre otros obtienen puntuaciones significativamente más bajas, lo cual resulta comprensible, dado que se

(\*) Para una mayor claridad de exposición, los instrumentos de medida solo aparecerán referenciados en el apartado 5.1.2.2.1. “Instrumentos”.

trata de colectivos con grandes dificultades todo lo que respecta al procesamiento de información en situaciones de interacción social.

Por otro lado, en algunos estudios desarrollados en distintos países se ha observado que las mujeres tienden a obtener puntuaciones significativamente más elevadas que los hombres (Hallerbäck, Lugnegård, Hjärthag y Gillberg, 2009; Vellante et al., 2013; Voracek y Dressler, 2006; Yildirim et al., 2011); no obstante, en otros no se han encontrado tales diferencias (Cook y Saucier, 2010; Harkness, Jacobson, Duong y Sabbagh, 2010; Kettle, O'Brien-Simpson y Allen, 2008). Recientemente en un meta-análisis llevado a cabo por Vellante et al. (2013), se constató que en 6 de los 17 estudios que se examinaron aparecían diferencias significativas a favor de las mujeres (con una *d* de Cohen que osciló entre .22 y .94) aunque en una gran parte de los restantes no se informaba de ningún dato acerca de ello.

Actualmente, existen versiones del RMET traducidas y ampliamente utilizadas en una gran cantidad de idiomas (para más información consultar web ARC: [http://www.autismresearchcentre.com/arc\\_tests](http://www.autismresearchcentre.com/arc_tests)) y se han llevado a cabo procesos completos de validación con población turca (Yildirim et al., 2011), italiana (Vellante et al., 2013) y francesa (Prevost et al., 2014) demostrando todos ellos unas adecuadas propiedades psicométricas.

No obstante, la mayoría de los estudios llevados a cabo hasta la fecha con el RMET no ofrecen información sobre la fiabilidad del instrumento (Vellante et al., 2013). En los que sí aportan datos sobre la fiabilidad test-retest, se observa que la estabilidad de las puntuaciones es adecuada (Prevost et al., 2014; Vellante et al., 2013; Yildirim et al., 2011) con valores que oscilan entre .65 y .83. Sin embargo, cuando se emplea el índice de consistencia interna alfa de Cronbach, se constatan bajas puntuaciones (Harkness et al., 2010; Voracek y Dressler, 2006; Yildirim et al., 2011).

Además, una gran parte de los estudios que incluyen medidas de empatía para evaluar la validez convergente del RMET, han informado de la existencia de correlaciones del test con el EQ (Alaerts, Nackaerts, Meyns, Swinnen y Wenderoth, 2011; Carroll y Chiew, 2006; Cook y Saucier, 2010; Voracek y Dressler, 2006), pero no así como el con el IRI (Muller et al., 2010).

En cuanto a la estructura factorial del RMET cabe destacar que esta suele interpretarse a modo de escala unifactorial, sumando los ítems para hallar una puntuación total; aún así esta estructura solo ha sido formalmente estudiada empleando un análisis factorial en el estudio de Vellante et al. (2013), que sí mostró evidencia a este respecto; otros estudios han encontrado subescalas en la versión original. La subdivisión más común consiste en dividir los ítems en emociones positivas, negativas y neutras (Maurage et al., 2011) aunque de momento no se han reconocido oficialmente las propiedades psicométricas de esta subdivisión (Vellante et al., 2013).

En lo que se refiere a nuestro país, en el momento en el que se inició este proceso de validación no existía ninguna versión validada del mismo. Muy recientemente, Fernández-Abascal, Cabello, Fernández-Berrocal y Baron-Cohen (2013), han validado una versión con población no clínica universitaria de entre 18 y 65 años. Su principal fortaleza reside en haber calculado la fiabilidad test-retest de la prueba en un intervalo de un año empleando el método gráfico Bland-Altman, que se basa en trazar la concordancia entre medidas repetidas comparando las diferencias en las puntuaciones del test y retest con la media de los valores del test y el retest de cada uno de los individuos. A pesar de la adecuación de los resultados obtenidos, los autores mismos reconocen la conveniencia de evaluar la validez del test mediante la correlación de esta medida con otras de empatía, reconocimiento emocional e inteligencia emocional, así como de investigar sobre las diferencias de género en la ejecución, tal como se ha hecho en estudios de validación llevados a cabo en otros países (Fernández-Abascal et al., 2013).

Además de esto, resulta necesario seguir explorando las propiedades psicométricas de esta medida dado que: a) no se ha llevado a cabo ningún otro tipo de análisis psicométrico con muestra española para observar el/los factor/es en los que pueden agruparse los ítems ni el nivel de consistencia interna, tal como se ha hecho con las versiones de otros países (Vellante et al., 2013; Voracek y Dressler, 2006; Yildirim et al., 2011); b) la muestra empleada por los autores españoles oscilaba entre los 18 y 65 años, con una edad media de 34.23 ( $DT=9.02$ ) bastante superior a la de adolescentes y adultos jóvenes que son el objeto de estudio del segundo estudio de esta tesis; c) la aplicación del test resulta muy costosa y compleja si pretende realizarse de manera

grupal, debido a que en la versión original del test el tiempo ejecución es ilimitado y pueden existir muy diferentes ritmos, así como por el hecho de que exige la impresión simultánea de muchos cuadernillos y glosarios de términos. Por eso, parece necesario validar versiones más útiles, prácticas y económicas del RMET.

En base a lo previamente expuesto este estudio tuvo los siguientes objetivos específicos:

- 1- Construir una versión informatizada del *Reading the Mind in the Eyes Test Revised Version* (RMET; Baron-Cohen et al., 2001) que incluya tiempos de respuesta limitados y un glosario de términos integrado para facilitar su aplicación colectiva.
- 2- Explorar la fiabilidad y validez del test en población adulta joven empleando diferentes parámetros (análisis factorial, consistencia interna y correlación con otros constructos afines).
- 3- Evaluar las diferencias de género en las puntuaciones del test.

## **5.1.2.2. MÉTODO**

### *5.1.2.2.1. PARTICIPANTES E INSTRUMENTOS*

En esta validación tomaron parte los mismos participantes que en el estudio previo (para una consulta detallada ver apartado 5.1.1.2.1. “Participantes” del estudio anterior).

Con respecto a los instrumentos utilizados, además del *Reading the Mind in the Eyes Test* (RMET; Baron-Cohen et al., 2001), se emplearon conjuntamente la versión española del *Empathy Quotient* (EQ; Lawrence et al., 2004) validada en esta tesis y la de la *Escala de Alexitimia de Toronto* (TAS-20; Martínez-Sánchez, 1996) que también se describen se forma detallada en el estudio previo.

#### 5.1.2.2.2. PROCEDIMIENTO

El procedimiento de selección de los centros y participantes se expone ampliamente en el estudio de validación anterior, por lo que en este apartado solo se hará referencia a los aspectos relacionados específicamente con la validación del RMET.

Para construir la versión informatizada del RMET, la autora de esta tesis tomó las fotografías, las opciones de respuesta y el glosario de términos de la adaptación española publicada por el Autism Research Centre (para más información consultar web ARC: [http://www.autismresearchcentre.com/arc\\_tests](http://www.autismresearchcentre.com/arc_tests)) que se construyó con propósitos de investigación, y que cuenta con la aprobación de los propios autores del test). Dado que uno de los objetivos principales era que la versión pudiera ser aplicada de forma colectiva con un tiempo de respuesta predeterminado para el conjunto de ítems que componen el test, en primer lugar, se realizó una prueba piloto con 10 estudiantes universitarios (5 hombres y 5 mujeres) a los que se les proyectaron con un Power-Point las diferentes fotografías de los rostros humanos que componen el test en una pantalla de proyección de 2.10 x 1.60 metros. De esta manera, se estipuló que 20 segundos de proyección eran suficientes para que todos los participantes tuvieran la posibilidad de observar bien las fotografías, leer las opciones de respuesta, pensar acerca de ellas y marcar la que consideraran correcta sin apresurarse. A continuación, se programó el Power-Point para que cada 20 segundos fueran apareciendo automáticamente y de manera sucesiva los ítems que componen en RMET. A la vez que cada fotografía, en una franja anaranjada situada en la parte derecha de la pantalla, aparecían escritas las cuatro palabras junto con el sinónimo o breve definición tal como está definido en el glosario de términos de la adaptación española publicada por el ARC (ver ejemplos en Anexo 3).

Después de haber hecho esto, se llevaron a cabo las aplicaciones en todas las aulas de estudiantes universitarios que componían la muestra. Los participantes respondieron a los cuestionarios descritos anteriormente así como a la versión informatizada del RMET creada por la autora. El tamaño de la pantalla se mantuvo invariable en las aplicaciones. Se procedió de manera que inicialmente, se proyectaban las instrucciones y se realizaba el ítem de prueba de forma conjunta con todos los

participantes. Se cuidó especialmente que todos pudieran tener una visión nítida de la pantalla, así como de que éstos estuvieran situados a una distancia lo suficientemente amplia unos de otros para que no fuera posible ver las respuestas de los demás.

### 5.1.2.3. RESULTADOS

A continuación, en la Tabla 17 se enumeran los ítems que conforman la escala, el sexo de los rostros que se presentan en cada ítem y la respuesta correcta a cada uno de ellos en la muestra total de los participantes. Se incluyen además datos como la frecuencia de acierto en % de cada uno de los ítems, su intervalo de confianza al 95%, la fiabilidad de la escala total hallada con el coeficiente alfa de Cronbach, carga factorial de cada ítem y errores de estimación.

Tabla 17. Ítems de la versión española del RMET. Porcentaje de correctas, extremos del intervalo de confianza y alfa de Cronbach.

Nº ítem	Sexo Figura	Respuesta correcta	% Acierto	IC 95%		$\alpha$	Lamb- da	Error de estima- ción
				Superior	Inferior			
						0.50		
1	H	Entusiasmado	31.7	27.3	36.1		.21	.95
2	H	Compungido	83.9	80.4	87.4		.62	.61
3	M	Deseosa	85.7	82.4	89.0		.15	.98
4	H	Insistente	66.7	62.3	71.1		.18	.97
5	H	Preocupado	81.6	78.0	85.2		.27	.93
6	M	Fantásiosa	79.1	75.3	82.9		.17	.97
7	H	Intranquilo	57.7	53.1	62.3		.24	.94
8	H	Abatido	80.0	76.2	83.8		.35	.88
9	M	Acongojada	67.6	63.2	72.0		.10	.99
10	H	Prudente	70.3	66.0	74.6		.09	.99
11	H	Arrepentido	86.2	83.0	89.4		.32	.90
12	H	Escéptico	67.8	63.4	72.2		.26	.93
13	H	Expectante	91.5	88.9	94.1		.37	.86
14	H	Acusador	74.3	70.2	78.4		.30	.91
15	M	Pensativa	87.4	84.3	90.5		.32	.90
16	H	Meditativo	79.1	75.3	82.9		.06	1.0
17	M	Insegura	80.0	76.2	83.8		.32	.90
18	M	Contundente	94.9	92.8	97.0		.55	.70
19	M	Vacilante	33.3	28.9	37.7		.00	1.0
20	H	Simpático	89.7	86.8	92.6		.43	.81
21	M	Fantásiosa	85.5	82.2	88.8		.15	.98
22	M	Acongojada	70.8	66.5	75.1		.27	.92
23	H	Desafiante	79.5	75.7	83.3		.29	.91

24	H	Caviloso	79.8	76.0	83.6	.13	.98
25	M	Interesada	56.1	51.4	60.8	.02	1.0
26	H	Hostil	81.1	77.4	84.8	.50	.75
27	M	Prudente	59.3	54.7	63.9	.19	.96
28	M	Interesada	77.2	73.3	81.1	.20	.96
29	M	Reflexiva	73.6	69.5	77.7	.32	.90
30	M	Seductora	84.4	81.0	87.8	.15	.97
31	M	Segura	72.4	68.2	76.6	.31	.91
32	H	Serio	71.5	67.3	75.7	.07	1.0
33	H	Fantasiioso	11.5	0.08	0.14	.11	.99
34	M	Recelosa	77.0	73.0	81.0	.27	.93
35	M	Nerviosa	72.6	68.4	76.8	.25	.94
36	H	Desconfiado	78.9	75.1	82.7	.27	.93

Como puede observarse, la mayoría de los ítems fueron respondidos correctamente por más del 60% de los participantes. La mayor excepción se dio en el caso de los casos de los ítems 1, 19 y 33, que solo tuvieron porcentajes de acierto de 31.7%, 33.3% y 11.5% respectivamente. Así mismo, la consistencia interna de la escala fue baja (alfa = .50).

La media de aciertos para la muestra total fue de 26.3 ( $DT=3.45$ ), siendo esta de 24.8 ( $DT= 4.35$ ) para el grupo de hombres, y de 26.9 ( $DT=2.91$ ) para el de mujeres. La prueba *t de Student* reveló además la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las medias de aciertos de ambos grupos  $t= (432)= -5.55, p<.001$  en favor de las mujeres.

Además, con el fin de probar la estructura factorial del instrumento se llevó a cabo un análisis paralelo de los datos de la muestra completa con el programa LISREL 8 (Jöreskog y Sörbom, 1997) utilizando el método de estimación de parámetros por mínimos cuadrados no ponderados. Para el análisis del modelo se calculó previamente la matriz de correlaciones policóricas por tratarse de ítems dicotómicos (“acierto” y “error”).

En primer lugar se probó la estructura unifactorial del cuestionario. La bondad de ajuste del modelo se valoró a través de la significación de los coeficientes lambda (ver Tabla 17) y a través de los siguientes índices: El cociente entre el estadístico  $\chi^2$  y los grados de libertad, siendo óptimo un valor inferior a 5 (Wheaton, Muthén, Alwil y Summers, 1977); el *Root Mean Squared Error of Approximation*, (RMSEA) cuyo valor

ha de ser inferior a .08 (Browne y Cudeck, 1992) y su intervalo de confianza al 90%; y el *Comparative Fit Index* (CFI), y *Non-Normed Fit Index* (NNFI) que han de tener valores a partir de .95 (Hu y Bentler, 1999).

El modelo general, resultó ajustar satisfactoriamente:  $\chi^2/gl = 3.92$ ; RMSEA = .082 (I.C. 90% = .078 – .085); CFI = .96 y NNFI =1.21. El análisis paralelo sugirió una estructura unifactorial. No obstante y debido a que varios ítems no se asociaban de manera significativa con el factor (16, 19, 25), se probó a excluirlos para comprobar si el ajuste del modelo general mejoraba, pero el nuevo modelo con los ítems excluidos presentó un peor ajuste  $\chi^2/gl = 4.03$ ; RMSEA = .083 (I.C. 90% = .080 – .087); CFI = 1 y NNFI =1.19. Además, la diferencia de ajuste según la prueba  $\chi^2$  resultó ser estadísticamente significativa  $\Delta\chi^2 (99) = 336.87, p < .01$ .

Por último, se hallaron las correlaciones entre las puntuaciones totales del RMET y las medidas criterio para analizar su validez convergente. Así, se observaron correlaciones con el EQ Total ( $r = .20, p < .01$ ) y con la escala TAS-20 ( $r = -.15, p < .01$ ), aunque las magnitudes no fueron muy elevadas. Por otro lado, no apareció asociación con la Subescala Toma de Perspectiva del IRI ( $r = .08, p = ns$ ).

#### **5.1.2.4. DISCUSIÓN**

El objetivo principal de este estudio fue la adaptación a población española de estudiantes universitarios del RMET y su análisis psicométrico, hipotetizando que se replicaría la estructura factorial y que se hallarían índices de fiabilidad adecuados.

Las puntuaciones medias totales del RMET fueron muy similares a las encontradas en el estudio original (Baron-Cohen et al., 2001), así como en otros llevados a cabo en distintos países (Prevost et al., 2014; Vellante et al., 2013; Yildirim et al., 2011), lo que ofrece garantía de estabilidad transcultural de esta prueba. En esta misma línea, el reciente estudio de validación realizado por Fernández-Abascal et al. (2013), con muestra española informó de una puntuación media de 27.1 ( $DT=3.59$ ), casi totalmente coincidente con la hallada en la presente investigación.

Además, los resultados obtenidos muestran que la versión española del RMET presenta un ajuste en una única dimensión, siguiendo la estructura hallada por Vellante et al. (2013), en el único estudio de validación que por el momento ha investigado formalmente la estructura factorial de este test. La carga factorial de los ítems estuvo lejos de ser óptima: 19 ítems de 36 no presentaron la carga factorial suficiente (.25 y alrededor del 5% de la varianza explicada). Sin embargo, resultados muy similares fueron hallados en el estudio de Vellante et al., (2013). Así mismo, cabe destacar que algunos de los ítems (1, 19 y 33) fueron respondidos correctamente por un porcentaje bajo de los participantes, lo que señala la necesidad de seguir investigando para determinar si resultaría conveniente eliminarlos debido a que resultan ambiguos, o por el contrario, sería mejor mantenerlos porque son complejos, y ayudan a evaluar la capacidad de discriminación emocional que tienen los individuos.

Por otro lado, en relación a la fiabilidad, cabe destacar que la consistencia interna hallada fue baja ( $\alpha=.50$ ). No obstante, este valor fue muy similar a los hallados en otros estudios llevados a cabo con este test, en los que se encontraron valores de alfa que oscilaron entre .53 y .60 (Harkness et al., 2005; Vellante et al., 2013). Este hecho puede explicarse debido a que los test diseñados explícitamente para evaluar reconocimiento emocional no se prestan adecuadamente al cálculo de alfa de Cronbach, ya que su valor en ese caso solo se puede hallar comparando el número de respuestas correctas entre individuos, y no a modo de grado como ocurre en otros test. Por eso, resulta más conveniente emplear otros métodos para el cálculo de la fiabilidad como el test-retest (Fernández-Abascal et al., 2013).

En cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres en el desempeño del test, los resultados revelaron la existencia de diferencias significativas entre los grupos en el reconocimiento de las emociones presentadas en las fotografías en favor de las mujeres. Estos resultados concuerdan tanto con los de los autores de la validación original (Baron-Cohen et al., 2001) que encontraron una tendencia favorable a las mujeres, como con los de otros muchos estudios (Hallerbäck et al., 2009; Vellante et al., 2013; Voracek y Dressler, 2006; Yildirim et al., 2011) que han informado acerca de este mismo hecho.

Finalmente, se ratificó la validez convergente del test debido a la presencia de asociaciones entre el RMET y otras medidas criterio de autoinforme tales como el EQ y

el TAS-20, que evalúan empatía y alexitimia respectivamente. Esto es coincidente con los resultados presentados por otros autores, que también hallaron correlaciones entre el RMET y el EQ (Alaerts et al., 2011; Carroll y Chiew, 2006; Cook y Saucier, 2010; Voracek y Dressler, 2006) y entre el RMET y el TAS-20 (Lombardo et al., 2007).

El estudio presenta unas limitaciones que han de ser tenidas en cuenta en futuras investigaciones. En primer lugar, siendo el conocimiento lingüístico referido a los estados mentales un aspecto relevante en la ejecución correcta de las respuestas por parte de los participantes (Baron-Cohen et al., 2001), sería recomendable incluir alguna prueba de capacidad lingüística para controlar el efecto de esta variable. En esta misma línea, y a pesar de que los propios autores del test avalan las versiones publicadas en la web del ARC, sería conveniente llevar a cabo un proceso de traducción-retrotraducción de los ítems al español para garantizar un mejor control de los aspectos lingüísticos tal como se ha hecho en otros países (Sanvicente-Vieira et al., 2014).

En segundo lugar, la muestra estuvo compuesta íntegramente por estudiantes universitarios, personas a las que se les presupone un alto nivel educativo. Así mismo, la proporción de mujeres fue mayor que la de hombres, lo que incrementa la probabilidad de sesgo debido al género. En este sentido, las comparaciones con otros estudios han de hacerse con cautela, al no ser la muestra totalmente representativa de la realidad española. En relación a la muestra cabe destacar además que hubiera sido deseable incluir muestras clínicas que ya hayan mostrado dificultades en tareas de reconocimiento emocional (autismo, esquizofrenia) para comparar su ejecución con la de la población no clínica.

Para concluir, ha de tenerse presente que el RMET incluye únicamente estímulos estáticos, lo que resta realismo a la situación. La investigación futura debería emplear estímulos dinámicos de la expresión facial u otros que presenten una mayor complejidad, tal como se está empezando a hacer con la “Facial Emotion Identification Task” (Ihnen, Penn, Corrigan y Martin, 1998), el “Reading the Mind in the Voice” test (Rutherford, Baron-Cohen y Wheelwright, 2002) u otros estímulos faciales más sofisticados susceptibles de ser modificados empleando el ordenador (morphing tasks) (Scrimin, Moscardino, Capello, Altoè y Axia, 2009).

## **5.2. ESTUDIO 2: RELACIONES ENTRE APEGO, MENTALIZACIÓN Y SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA**

### **5.2.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

El presente estudio tiene como objetivo principal establecer diferencias y similitudes en los estilos de apego, la capacidad mentalizadora y la sintomatología alimentaria en una muestra de mujeres con anorexia con respecto a una muestra de mujeres sin trastornos alimentarios, así como investigar el papel mediador de la capacidad de mentalización en la relación entre los estilos de apego y la sintomatología alimentaria (ver Figura 3).

Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Determinar si existen diferencias entre las mujeres con anorexia y la muestra de mujeres sin trastornos alimentarios en estilos de apego, componentes de la mentalización y sintomatología alimentaria.
2. Evaluar el papel de los diferentes componentes de la capacidad mentalizadora como posibles mediadores de la relación entre los estilos de apego y la sintomatología alimentaria.

Se plantean así mismo las siguientes hipótesis en concordancia con los objetivos postulados:

1. Las mujeres con anorexia mostrarán de forma significativa puntuaciones más elevadas en apego inseguro (Preocupación Familiar, Interferencia de los Padres, Autosuficiencia y Traumatismo Infantil) que las mujeres sin trastornos de la alimentación.
2. Las mujeres con anorexia mostrarán peores niveles de mentalización (reflejados en los componentes Alexitimia, Empatía, Mindfulness, Teoría de la Mente emocional) que las mujeres sin trastornos de la alimentación. En concreto se espera que:

- 2.1. Las mujeres con anorexia obtengan puntuaciones significativamente más bajas en Mindfulness, Empatía y Teoría de la Mente emocional que las mujeres sin trastornos de la alimentación.
  - 2.2. Las mujeres con anorexia obtengan puntuaciones significativamente más altas en Alexitimia que las mujeres sin trastornos de la alimentación.
3. Los niveles de sintomatología alimentaria serán significativamente más elevados en la muestra de mujeres anoréxicas que en la de mujeres sin trastornos de la alimentación.
4. El apego inseguro (Preocupación Familiar, Interferencia de los Padres, Autosuficiencia y Traumatismo Infantil) se asociará a peores niveles de mentalización.
5. El apego inseguro (Preocupación Familiar, Interferencia de los Padres, Autosuficiencia y Traumatismo Infantil) se asociará a mayores niveles de sintomatología alimentaria.
6. Los diferentes componentes de la mentalización (Alexitimia, Empatía, Mindfulness y Teoría de la Mente emocional) mediarán la relación entre el apego y la sintomatología alimentaria.

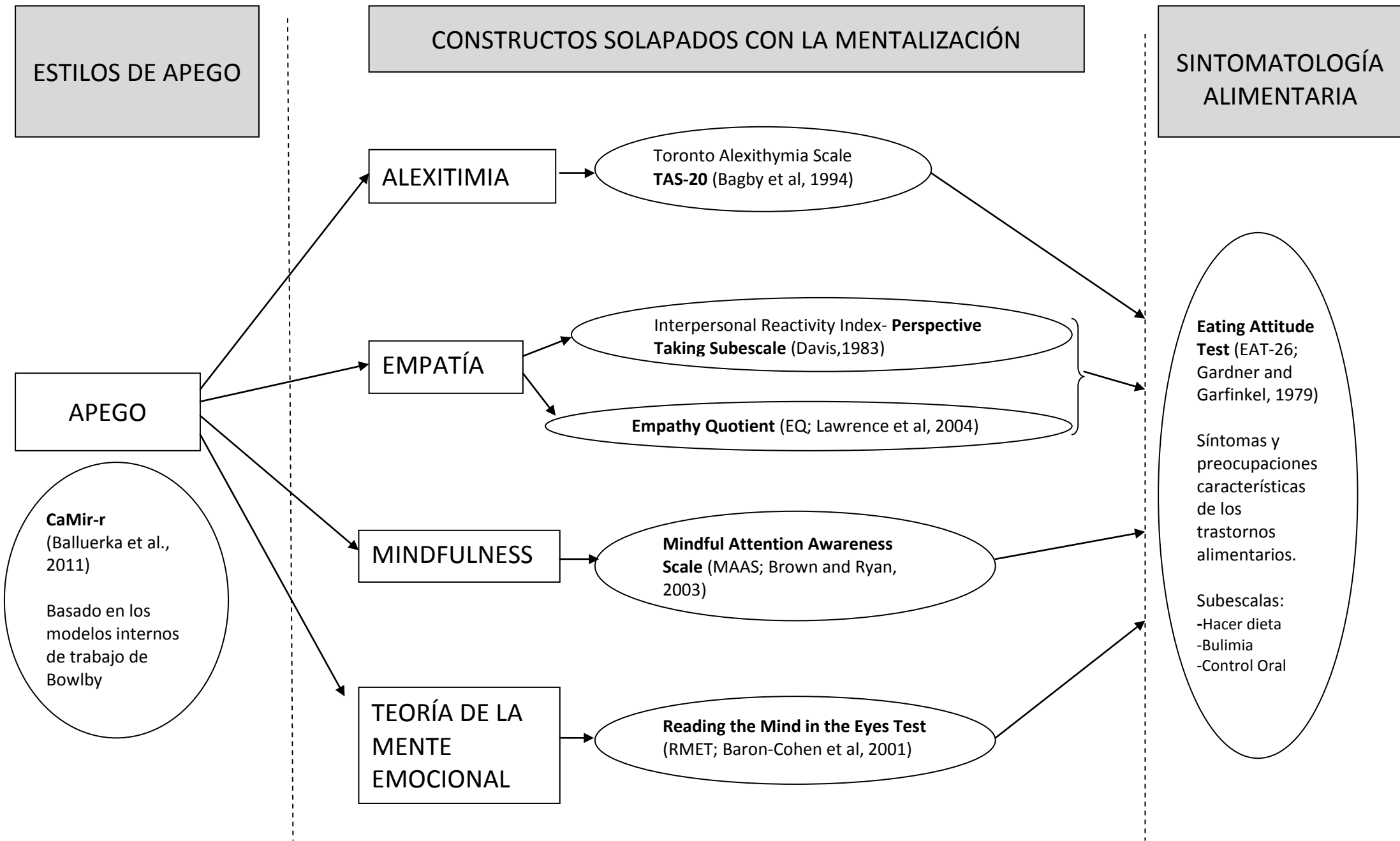


Figura 3. Resumen gráfico de las relaciones entre variables del Estudio 2.

## 5.2.2. MÉTODO

### 5.2.2.1. PARTICIPANTES

En el presente estudio tomaron parte una muestra de conveniencia de mujeres universitarias procedentes de distintos centros universitarios vascos sin trastornos de la alimentación, y una muestra de pacientes con anorexia nerviosa recogida de centros y asociaciones donde estaban recibiendo tratamiento. Para asegurar que las mujeres universitarias estuvieran libres de trastornos de la alimentación, se aplicó junto con todas las demás pruebas el Eating Attitude Test (EAT; Castro, Toro, Salamero y Guimará, 1991) y aquellas que puntuaron por encima del punto de corte de 20, ( $N=19$ ), se eliminaron para los análisis comparativos entre grupos.

#### 5.2.2.1.1. Muestra de mujeres sin trastornos de la alimentación:

La muestra de mujeres sin trastornos alimentarios estuvo compuesta por 304 mujeres con edades comprendidas entre los 17 y 30 años, con una media de 19.9 ( $DT=1.95$ ). Todas las participantes tenían un nivel socioeconómico medio, y el 97.7%, nacionalidad española. En cuanto a su ocupación, el 95.1% eran únicamente estudiantes y el 4.9% eran estudiantes y trabajadoras.

Con respecto a la composición familiar, el 83% provenían de familias intactas, el 12.2% de familias con padres separados o divorciados, y en el 4.8% de familias, alguno de los progenitores había fallecido.

En relación al nivel educativo de los padres, el 1% de los padres y el 0.3% de las madres no tenían estudios; un 36% de los padres y un 39.8% de las madres habían terminado los años de escolarización obligatoria; así mismo, un 23.3% de los padres y un 20.7% de las madres tenían estudios de FP; finalmente, el 39.7% de los padres y el 39.1% de las madres tenían estudios universitarios.

#### 5.2.2.1.2. Muestra de mujeres con anorexia:

La muestra de mujeres anoréxicas estuvo compuesta por 38 mujeres con un diagnóstico de anorexia nerviosa (restrictiva o purgativa) en el momento de la evaluación, y estaban recibiendo tratamiento psicológico tanto en centros de la Red Pública de Salud Mental del País Vasco (Osakidetza), como en Asociaciones y centros de atención pública y privada del resto de España (ver Anexo 6). Las edades oscilaron entre 13 y 30 años con una media de 21.9 ( $DT=5.30$ ). Todas las participantes se encontraban situadas en un nivel socioeconómico de rango medio y el 97.4% tenían nacionalidad española. En relación a su ocupación, el 63.1% eran únicamente estudiantes, el 31.6% únicamente trabajadoras, y el 5.3% se encontraban en situación de desempleo.

En lo referente a la composición familiar, el 86.8% provenían de familias intactas, el 10.5% de familias con padres separados o divorciados, y en el 2.7% de familias, alguno de los progenitores había fallecido.

Finalmente, en lo que respecta al nivel educativo de los padres, el 5.2% de los padres y el 2.6% de las madres no tenían estudios; un 36.9% de los padres y un 39.4% de las madres habían terminado los años de escolarización obligatoria. Así mismo un 23.7% de los padres y un 15.8% de las madres habían cursado estudios de FP; por último, el 34.2% de los padres y el 42.2% de las madres tenían estudios universitarios.

Con el fin de verificar la homogeneidad de estas dos muestras con respecto a variables familiares y sociodemográficas de interés se realizaron varios análisis. Así, prueba Chi cuadrado mostró que no existían diferencias significativas en variables tales como la nacionalidad, la composición familiar, el nivel de estudios del padre y de la madre y el número de hermanos. Sin embargo, las muestras sí difirieron significativamente en el caso del nivel de estudios, debido a que el grupo sin trastornos alimentarios estaba formado íntegramente por universitarias, mientras que en el de anoréxicas, algunas aún se encontraban cursando la ESO o el Bachillerato. Sin embargo, esto no se consideró una posible razón de sesgo en los resultados, ya que es esperable que muchas de las mujeres del grupo de anorexia alcancen ese nivel de estudios en los próximos cursos.

Por otro lado, en cuanto a la edad, la prueba *t de Student* reveló que existieron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de edad de ambos grupos  $t=(359)= 2.29, p=.027$ . No obstante, en términos generales puede concluirse que excluyendo la edad, los grupos resultaron ser muy similares en todas las variables relevantes estudiadas.

#### 5.2.2.2. INSTRUMENTOS

En este estudio se emplearon algunos instrumentos ya previamente descritos (\*), como las versiones españolas de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20; Martínez-Sánchez, 1996) y de la subescala TP del Interpersonal Reactivity Index (IRI; Pérez-Albéniz et al., 2003) y las versiones del Empathy Quotient (EQ; Baron-Cohen y Wheelwright, 2004) y Reading the Mind in the Eyes Test (RMET; Baron-Cohen et al., 2001) validadas con población española en esta tesis (ver Anexos 1, 2 y 3).

Además, para la evaluación del apego se utilizó la versión española del *Cartes, Modèles Individuels de Relation* (CAMIR; Pierrehumbert et al., 1996), o Versión reducida del cuestionario CaMir (Balluerka et al., 2011). Se trata de un cuestionario autoadministrado que mide las representaciones de apego, fundamentándose en las evaluaciones que realiza el sujeto sobre las experiencias de apego pasadas y presentes y sobre el funcionamiento familiar. Está basado en la teoría del apego de Bowlby (1969/82; 1973; 1980) y en su concepción de éste como “modelo operativo interno”, es decir, el apego se entiende como una representación estable de los vínculos afectivos a lo largo del ciclo vital. Comprende 32 items y evalúa 5 dimensiones de apego y 2 de funcionamiento familiar. Estas 2 últimas no fueron incluidas desde el inicio, por no ser objeto de estudio en esta tesis. Dentro de las dimensiones de apego se distinguen las siguientes subescalas compuestas por items como los que se muestran a modo de ejemplo: (a) Seguridad (por ej., “*Cuando yo era niño sabía que siempre encontraría consuelo en mis seres queridos*”); (b) Preocupación Familiar (por ej., “*No puedo concentrarme en otra cosa sabiendo que alguno de mis seres queridos tiene problemas*”); (c) Interferencia de los Padres (por ej., “*Mis padres no podían evitar controlarlo todo: mi apariencia, mis resultados escolares e incluso mis amigos*”); (d) Autosuficiencia y rencor contra los padres (por ej., “*Detesto el sentimiento de depender*”).

de los demás”); y (e) Traumatismo Infantil (por ej., “*Cuando era niño había peleas insoportables en casa*”). Los autores del test refieren que la subescala de Seguridad se relaciona con el apego seguro; las de Preocupación Familiar e Interferencia de los Padres con el apego ansioso-ambivalente; la de Autosuficiencia y rencor contra los padres con el evitativo, y la de Traumatismo Infantil con el desorganizado. Los participantes deben indicar su grado de acuerdo con las afirmaciones en una escala Likert de cinco puntos (1= *Totalmente en desacuerdo*; 5= *Totalmente de acuerdo*). El cuestionario permite distinguir entre dos grandes estrategias de apego (seguro/inseguro), y dentro del perfil inseguro, distinguir algunas particularidades. El instrumento original y sus adaptaciones al español, inglés e italiano han mostrado excelentes propiedades psicométricas y ha sido utilizado en diversas investigaciones (Benony, Peny, Gianoli, Hernández y Larome, 2001; Lacasa, 2008; Miljkovitch, Pierrehumbert, Karmaniola, Bader y Halfon, 2005; Muela, 2010). La versión española reducida CaMir (Balluerka et al., 2011), se llevó a cabo con 676 adolescentes de entre 13 y 18 años (estudiantes, muestra clínica y muestra de maltratados) y presentó adecuadas propiedades psicométricas (coeficientes de consistencia interna que oscilaron entre .60 y .85 para todas las dimensiones y fiabilidad test-retest de .57 a .77 en un periodo de 6 meses), si bien dada su novedad, aún no tiene una larga trayectoria como instrumento de investigación. El coeficiente alfa en este estudio osciló entre .73 a .91 en el grupo de mujeres anoréxicas excepto para la subescala de Autosuficiencia, y de .55 a .84 en el grupo de mujeres sin trastornos alimentarios.

La *Mindful Awareness Attention Scale* (MAAS; Brown y Ryan, 2003) es una escala de autoinforme que mide la frecuencia del estado de mindfulness en la vida diaria centrándose en la variable atención/consciencia. Concretamente, evalúa la capacidad del individuo para estar atento y consciente a la experiencia del momento presente en la vida cotidiana, independientemente de que este tenga experiencia previa en meditación o no. Se trata de una escala unidimensional formada por 15 ítems que se puntúan según una escala Likert con seis opciones de respuesta (1= *Casi siempre*; 6= *Casi nunca*). Aunque los ítems del MAAS están formulados en sentido negativo (por ej., “*Podría estar experimentando una emoción y no ser consciente de ella hasta que ha pasado cierto tiempo*” o “*Parece como si estuviera actuando de manera automática sin mucha conciencia de lo que estoy haciendo*”) la corrección de la escala está construida de

manera que las puntuaciones más elevadas reflejan un mayor nivel de mindfulness. La escala MAAS en su versión española mostró buenas propiedades psicométricas (Soler et al., 2009). La consistencia interna global de la escala fue de .90 y el análisis factorial reveló una solución de un único factor que explicaba el 43% de la varianza (CFI=.92; SRMS=.053; RMSEA= .71). La fiabilidad test-retest fue de .82 para un periodo de 2 semanas. Estas características han convertido al MAAS en la herramienta más utilizada en estudios de investigación donde se pretende evaluar mindfulness, por ejemplo en depresión (Christopher y Gilbert, 2010), estrés (Anderson, Lau, Segal y Bishop, 2007; Shapiro, Brown, Thoresen y Plante, 2011), bulimia (Lavender et al., 2009), dolor crónico (Cusens, Duggan, Thorne y Burch, 2010; McCracken, Gauntlett-Gilbert y Vowles, 2007) o cáncer (Carlson y Brown, 2005; Labelle, Campbell y Carlson, 2010). Además, la herramienta ha sido validada en otros idiomas como el francés y el sueco. En este estudio el valor de alfa de Cronbach fue de .90 en el grupo de anoréxicas y de .86 en el de mujeres sin trastornos alimentarios (ver Anexo 1).

Finalmente, para evaluar síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios, se utilizó la versión reducida de 26 ítems del *Eating Attitude Test* (EAT-26; Garner et al., 1982) validada en nuestro país por Castro et al. (1991). El EAT puede utilizarse como una medida de screening para determinar la presencia de cualquier TCA, y según algunos autores, permite una detección precoz de casos de anorexia nerviosa en la población general (Gouveia, De Lucena, Santos, Gouveia y Cavalcanti, 2010; Iñárritu y Cruz, 2004). Además, se emplea también como un índice de severidad de las preocupaciones típicas entre mujeres con TCA y como medida global de evaluación del resultado de un tratamiento (Iñárritu y Cruz, 2004). El cuestionario está formado por una escala tipo Likert de seis puntos (1= *Nunca*; 6= *Siempre*). Los ítems se distribuyen en tres factores o subescalas: (a) Hacer dieta: está relacionada con la evitación de alimentos que engordan y con la preocupación por la delgadez (por ej., “*Me he propuesto hacer régimen*” o, “*Me da mucho miedo pesar demasiado*”); (b) Bulimia y preocupación por la alimentación: reflejan conductas bulímicas como atracones y vómitos, además de pensamientos acerca de la comida (por ej., “*Me preocupo mucho por la comida*” o, “*A veces me he atiborrado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer*”); y (c) Control oral: incluye autocontrol acerca de la ingesta y presión de los otros para ganar peso (por ej., “*En las comidas tardo más tiempo que los demás*” o, “*Tengo la impresión de que los demás preferirían que yo*

*comiese más*”). La versión española del EAT-26 obtuvo buenas propiedades psicométricas con una consistencia interna de .91 (Castro et al., 1991). Así mismo, se estableció un punto de corte de 20, que permitió una sensibilidad del 91% y una especificidad del 69,2%. Otras validaciones en lengua española con población universitaria también mostraron parámetros psicométricos satisfactorios (Gouveia et al., 2010). En este estudio se obtuvo un valor de alfa de .93 en el grupo de anoréxicas y de .84 en el de mujeres sin trastornos alimentarios.

### 5.2.2.3. PROCEDIMIENTO

El proceso de *recogida de datos de la población no clínica*, se explica de forma amplia en el Estudio 1 de esta tesis (apartado 5.1.1.2.3). Para el presente estudio solo se utilizaron los datos pertenecientes a las mujeres universitarias.

Por otro lado, en lo que respecta a la *recogida de datos de la muestra de mujeres anoréxicas* el procedimiento fue el siguiente: En primer lugar, y debido a que la mayor parte de las pacientes con anorexia accesibles para el estudio se encontraban recibiendo tratamiento en la red de centros públicos de Salud Mental del Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) el estudio tuvo que ser aprobado por el comité Ético de Osakidetza. Dadas las características clínicas y el nivel de protección y custodia de estas pacientes fue necesario llevar a cabo un gran número de gestiones. A continuación, tuvieron lugar varias reuniones con los responsables directos del tratamiento de las pacientes los centros de Osakidetza, para explicarles la naturaleza del estudio, sus características, así como los criterios diagnósticos de inclusión en el estudio. Paralelamente este mismo procedimiento se siguió con pacientes de la asociación ACABEBi (Asociación Contra la Anorexia y Bulimia de Bizkaia). Se informó de que las participantes debían estar en tratamiento en el momento de la evaluación. Igualmente, era necesario que éstas cumplieran criterios DSM-IV-TR para un diagnóstico de anorexia restrictiva o purgativa en ese momento, o bien haberlos cumplido al inicio del tratamiento (aunque actualmente y dado el proceso de recuperación no pudieran ser estrictamente categorizadas según DSM-IV-TR como anoréxicas).

Los profesionales informaron a las pacientes de la existencia y características del estudio, y las interesadas (o sus padres en el caso de las menores de edad), firmaron un

consentimiento informado (ver Anexo 5). Por expreso deseo de los centros, las pruebas y cuestionarios fueron aplicadas por la investigadora de forma individualizada en sesiones de 1 hora de duración desde Enero de 2012 a Marzo de 2014.

Debido a las dificultades de acceso a la muestra clínica por esta vía, se contactó también con numerosas Asociaciones y centros de carácter público y privado del resto de España donde se llevaran a cabo tratamientos con pacientes con anorexia. Todas las tareas y cuestionarios fueron informatizados de manera que fueran accesibles utilizando un link y que pudieran cumplimentarse a través del ordenador de las usuarias en sus propios domicilios. Se cuidó especialmente el hecho de que las instrucciones, los formatos de respuesta y el número de ítems por hoja de los las pruebas fuera exactamente igual que el de los originales en papel. Así mismo, los tiempos de respuesta para las tareas de reconocimiento facial se mantuvieron invariables.

A continuación, se procedió explicando a los responsables de los centros vía email o telefónica los objetivos del estudio, así como las características de la muestra para su inclusión en él, y se les solicitó la posibilidad de que colgaran en sus páginas webs un anuncio que facilitara la participación. 17 centros de toda España accedieron a ello (ver Anexo 6). Las participantes interesadas se pusieron en contacto con la investigadora del estudio via email, y ésta les informó individualmente y de forma más extensa sobre el estudio, su naturaleza e implicaciones, además de asegurarse y verificar varias cuestiones en relación a la edad, el diagnóstico y la situación de enfermedad y tratamiento actual. Después se les remitió un consentimiento informado similar al anterior que fue necesario que firmaran y enviaran escaneado antes de darles acceso al link con las pruebas. Las respuestas de las participantes se registraban automáticamente en una hoja Excel una vez terminaban de responder completamente a las pruebas.

Tanto en el caso de las participantes que cumplimentaron las pruebas de manera presencial como en el de las que lo hicieron de forma online, se trató de facilitar su participación ofreciendo diferentes alternativas y horarios, y adaptándose lo mejor posible a sus particularidades. Se tuvo muy en cuenta el estado en el que se encontraban, primando en todo momento su bienestar por encima de los objetivos y pretensiones del estudio, lo que conllevó el tener que prescindir de un determinado número de participantes, y en algunos casos el aceptar su negativa en el último

momento. En todos los casos y durante todo el proceso se respetó la voluntariedad y confidencialidad de las respuestas, y los datos fueron protegidos e incluidos en un fichero sometido a la *Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal*.

Con el fin de comprobar la homogeneidad de los resultados de las participantes que respondieron el estudio online y aquellas que lo cumplieron con lápiz y papel se realizaron *pruebas t* para todas las variables de estudio. En todos los casos las diferencias entre los grupos no fueron significativas, por lo que puede concluirse que el tipo de procedimiento utilizado no tuvo influencia en las respuestas dadas.

### **5.2.3. RESULTADOS**

A continuación se exponen los resultados del estudio divididos en distintos apartados en función de los objetivos que se plantearon inicialmente. En cada apartado se explica la estrategia de análisis llevada a cabo para calcularlos.

En Resultados 1 se incluyen los resultados sobre las diferencias entre la muestra de pacientes con anorexia y la muestra de mujeres sin trastornos alimentarios en estilos de apego, componentes de la mentalización (Alexitimia, Empatía, Mindfulness y Teoría de la Mente emocional) y sintomatología alimentaria.

Después, en Resultados 2 se exponen los modelos de mediación calculados para los diferentes componentes de la mentalización (Alexitimia, Empatía, Mindfulness y Teoría de la Mente emocional) como mediadores de la relación entre estilos de apego y sintomatología alimentaria.

#### **5.2.3.1. RESULTADOS 1**

En el presente apartado, se exponen los resultados sobre las diferencias entre la muestra de mujeres con anorexia y la muestra sin trastornos de la alimentación en las subescalas de apego (Seguridad, Preocupación Familiar, Interferencia de los Padres, Autosuficiencia y Traumatismo), en los componentes de la mentalización (Alexitimia,

Empatía, Mindfulness y Teoría de la Mente emocional) y en sintomatología alimentaria (ver tablas 18, 19 y 20 respectivamente. Las diferencias se evaluaron con la *Prueba t*, incluyendo, en cada caso, el nivel de significación y el tamaño de efecto (*d* de Cohen). El tamaño de efecto se calculó siguiendo los parámetros establecidos por Cohen (1992), de acuerdo a los cuales los tamaños de efecto menores que .20 se consideran pequeños, los menores de .50 se consideran medios y los mayores de .80 grandes.

Tabla 18

*Diferencia entre grupo clínico de mujeres con anorexia y grupo de mujeres sin trastornos de la alimentación en estilos de Apego*

	Grupo Anorexia N=38		Grupo Sin Tr.Alim. N=304		<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
Apego (CaMir)						
<i>Seguridad</i>	3.75	0.97	4.44	0.53	-6.73***	-0.40
<i>Preocupación Familiar</i>	3.40	0.80	3.08	0.72	2.50*	0.20
<i>Interferencia de los Padres</i>	2.97	0.88	2.20	0.77	5.70***	0.42
<i>Autosuficiencia</i>	3.36	0.68	2.63	0.68	6.21***	0.47
<i>Traumatismo Infantil</i>	1.85	0.80	1.40	0.56	4.39***	0.31

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

Tal como puede observarse, existieron diferencias estadísticamente significativas entre la muestra de mujeres anoréxicas y la muestra sin trastornos alimentarios en todas las subescalas de apego, tanto en las que se refieren al apego inseguro (Preocupación Familiar, Interferencia de los Padres, Autosuficiencia y Traumatismo) como en la subescala de Seguridad, que da cuenta del apego seguro. Las mayores diferencias entre los grupos en las subescalas referidas al apego inseguro se encontraron en las variables de Autosuficiencia seguida de Interferencia de los Padres y Traumatismo Infantil, con valores más altos para las mujeres con anorexia en ambos casos. Los tamaños de efecto fueron medios en los tres casos.

Por otro lado, también existieron diferencias significativas en Preocupación Familiar con puntuaciones más elevadas en el grupo de mujeres anoréxicas, y con un tamaño de efecto pequeño.

Tabla 19

Diferencia entre grupo clínico de mujeres con anorexia y grupo de mujeres sin trastornos de la alimentación en medidas solapadas con la Mentalización: Alexitimia, Empatía, Mindfulness y Teoría de la Mente emocional

	Grupo Anorexia N=38		Grupo Sin Tr.Alim. N=304		t	d
	M	DT	M	DT		
<b>Alexitimia</b>						
TAS Dificultad Identificar Emociones	28.18	5.30	17.51	6.47	9.75***	0.67
TAS Dificultad Expresar Emociones	23.63	4.35	17.56	5.73	6.30***	0.51
TAS Pensamiento Externamente Orientado	21.18	5.26	19.17	4.52	2.53**	0.20
TAS Total	68.65	10.87	51.78	12.47	7.97***	0.58
<b>Empatía</b>						
IRI Subescala Toma Perspectiva	23.05	5.65	25.61	4.56	-3.18**	-0.24
EQ-EC (Empatía Cognitiva)	11.26	4.85	10.97	4.57	0.36ns	0.03
EQ-RE (Reactividad Emocional)	11.94	3.88	13.29	3.46	-2.22*	-0.18
EQ-HS (Habilidades Sociales)	5.05	2.41	7.27	2.35	-5.45***	-0.42
EQ Total	28.79	8.21	31.73	7.68	-2.20*	-0.18
<b>Mindfulness</b>						
MAAS Total	51.39	14.59	66.87	10.71	-8.03***	-0.51
<b>Teoría de la Mente emocional (eToM)</b>						
RMET	25.63	2.96	26.88	2.89	-2.52*	-0.21
RMET-caras mujeres	12.55	1.91	12.85	1.85	-0.93ns	-0.08
RMET-caras hombres	13.08	1.98	14.00	1.87	-2.86**	-0.23
RMET-emociones positivas	5.63	1.51	5.80	1.28	0.46ns	-0.06
RMET-emociones negativas	8.79	1.61	9.60	1.63	-2.89**	-0.24
RMET-emociones neutras	11.21	1.68	11.45	1.78	0.44ns	-0.06

\*p<.05, \*\*p<.01,\*\*\*p<.001

En relación a los componentes de la mentalización, la tabla muestra que existieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos tanto en alexitimia general evaluada con el TAS Total, como en todas sus subescalas, es decir, en Dificultad para Identificar Emociones, Dificultad para Expresar Emociones, y Pensamiento Externamente Orientado. En todos los casos, y tal como se esperaba, las puntuaciones de alexitimia fueron más elevadas en el grupo de mujeres anoréxicas que en el grupo de mujeres sin trastornos de la alimentación. Además, como puede observarse, en algunos casos el tamaño de efecto fue medio-alto. Así, las mayores diferencias se hallaron en la subescala Dificultad para Identificar Emociones y en la puntuación total de alexitimia (TAS Total).

En cuanto a la empatía cabe destacar que se encontraron diferencias en la subescala Toma de Perspectiva del IRI, siendo los niveles de empatía más bajos en el

grupo de mujeres con anorexia. Cuando la empatía se evaluó con el EQ, también aparecieron diferencias entre los grupos en la puntuación total; sin embargo, en relación a las subescalas, las diferencias tuvieron lugar en la de Reactividad Emocional y en la de Habilidades Sociales, pero no en la de Empatía Cognitiva.

Las diferencias en mindfulness también resultaron ser estadísticamente significativas con puntuaciones bastante más bajas para el grupo de mujeres sin trastornos de la alimentación y con un tamaño de efecto medio.

Finalmente, las diferencias encontradas en las puntuaciones de RMET entre el grupo de anorexia y el grupo sin trastornos de la alimentación dieron cuenta de que las mujeres anoréxicas de la muestra se desarrollaron peor en tareas de Teoría de la Mente emocional que las mujeres sin trastornos alimentarios. No obstante, cuando los ítems se dividieron en subgrupos, se hallaron resultados dispares. Así, las mujeres con anorexia obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas en el caso de los ítems en los que aparecían caras de hombres y, en aquellos que de acuerdo con la clasificación de Maurage et al. (2011), representaban emociones negativas, pero no así en los que aparecían caras de mujeres y/o emociones positivas o neutras.

Tabla 20  
Diferencia entre grupo clínico de mujeres con anorexia y grupo de mujeres sin trastornos de la alimentación en Sintomatología Alimentaria

	Grupo Anorexia N=38		Grupo Sin Tr.Alim. N=304		t	d
	M	DT	M	DT		
Sintomatología Alimentaria						
<i>EAT Hacer Dieta</i>	19.34	11.02	3.17	3.86	18.26***	0.70
<i>EAT Bulimia</i>	7.05	4.03	0.83	1.51	18.54***	0.72
<i>EAT Control Oral</i>	8.76	5.44	1.56	2.45	14.29***	0.65
EAT Total	34.52	17.66	5.30	4.91	22.79***	0.75

\*\*\* $p < .001$

Por último, en la tabla 20 se muestran las diferencias en las variables de sintomatología alimentaria. Tal como se hipotetizó inicialmente, se encontraron diferencias estadísticamente significativas y de tamaños de efecto medio-alto en todas las subescalas del EAT, así como en la puntuación global de éste. En todos los casos, el grupo de mujeres anoréxicas puntuó muy por encima del grupo sin trastornos alimentarios.

### 5.2.3.2. RESULTADOS 2

En este apartado, se recogen los resultados referidos al posible papel mediador de los componentes de la mentalización (Alexitimia, Empatía Mindfulness, y Teoría de la Mente emocional) en la relación entre el apego y la sintomatología alimentaria.

Para ello y con el fin de tener un grupo amplio y que garantizara la variabilidad de la variable dependiente se formó una muestra global ( $N=361$ ) compuesta por las mujeres con anorexia ( $N=38$ ), las mujeres universitarias sin trastorno alimentario ( $N=304$ ), y las mujeres universitarias que previamente se habían eliminado para los análisis comparativos ( $N= 19$ ) por puntuar alto en el EAT.

Antes de exponer los resultados hallados, primero se describe la estrategia de análisis para los modelos de ecuaciones estructurales, explicando las condiciones y requerimientos necesarios para calcularlos, así como las razones por las que algunos de los componentes de la mentalización (Alexitimia y Mindfulness) sí se ajustaron a ellos, mientras que otros (Empatía y Teoría de la Mente) no lo hicieron. Después, se exponen los modelos de ecuaciones estructurales calculados para Alexitimia y Mindfulness como mediadores en la relación entre apego y sintomatología alimentaria en sendos apartados. Finalmente, se analiza el papel de la Empatía y la Teoría de la Mente emocional y sus relaciones con los estilos de apego y la sintomatología alimentaria.

#### *Estrategia de análisis*

En primer lugar se calculó la matriz de correlaciones simples entre todas las subescalas de apego inseguro, las variables relacionadas con la mentalización (Alexitimia, Empatía, Mindfulness, y Teoría de la Mente emocional) y sus subescalas, y las relacionadas con sintomatología alimentaria y sus subescalas (ver tabla 21).

Como puede observarse en la tabla, dos de las variables (la empatía evaluada con el EQ Total y la Teoría de la Mente emocional evaluada con el RMET) desde el inicio no cumplieron las condiciones para la mediación, por lo que fueron descartadas para los análisis posteriores. En el caso del EQ Total, sus puntuaciones no se asociaron ni a la mayoría de las subescalas de apego (Preocupación, Interferencia, Traumatismo),

solo de manera débil con Autosuficiencia, ni a la variable dependiente (subescalas del EAT de Hacer Dieta, Bulimia y Control Oral), requisito necesario para continuar con el análisis; en el caso de RMET, éste solo correlacionó con la subescala Preocupación de apego y con una de las subescalas del EAT, y la fuerza de la asociación fue baja. Por otro lado, la subescala de Toma de Perspectiva, sí cumplió criterios correlacionando con 2 de las subescalas de apego (Interferencia y Autosuficiencia) con la subescala Hacer Dieta del EAT; sin embargo, ninguno de los modelos de ecuaciones probados posteriormente ajustaron con dicha variable como mediadora.

A continuación, con las variables Alexitimia y Mindfulness (que correlacionaron tanto con las variables de apego como con las de sintomatología alimentaria) se empleó el Modelado de Ecuaciones Estructurales (SEM) para evaluar la adecuación de los modelos que se presentan (ver Figuras 4 y 7) siguiendo las recomendaciones de algunos autores para calcular el ajuste de modelos de mediación (Fairchild y MacKinnon, 2009; Hayes, 2009; Hoyle y Smith, 1994). Esto implica que en un primer paso se pruebe el modelo incluyendo solo los efectos indirectos (*Modelo Base*), lo que supondría una mediación total de la variable mediadora seleccionada en cada caso (Alexitimia o Mindfulness), entre la variable independiente (las subescalas de apego), y la dependiente (la sintomatología alimentaria). Llegado ese momento, los coeficientes path que no son significativos se eliminan, dando lugar así al *Modelo Base Final*, que suele ser más reducido en cuanto a paths o número de variables, pero que sigue incluyendo solo efectos indirectos. En un segundo paso, se añaden además todas las relaciones directas posibles entre la variable independiente (subescalas de apego) y la dependiente (sintomatología alimentaria), eliminando también los coeficientes path no significativos. Esto da lugar al *Modelo Final*, que suele tener un mejor ajuste.

Asumiendo que ambos modelos ajustan, si el Modelo Final muestra un ajuste significativamente mejor que el Modelo Base Final, estaríamos ante una mediación parcial de la variable que hemos seleccionado como mediadora; si por el contrario, no hay diferencias significativas entre un modelo y otro, podríamos asumir que el Modelo Base Final (más parsimonioso) sería la mejor elección, y que nos hallaríamos ante una mediación total de la variable seleccionada.

Para evaluar la adecuación de los modelos que se probaron, se tuvieron en cuenta los siguientes índices de ajuste:  $\chi^2/df$ , *Comparative Fit Index* (CFI), *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), con los siguientes puntos de corte:  $\chi^2/df \leq 3$ , CFI > .90 indicando un ajuste aceptable y CFI >.95 indicando buen ajuste (Hu y Bentler, 1999; Kline, 1998); RMSEA < .08 indicando un ajuste aceptable y < .06 un buen ajuste (Byrne, 1998; Hu y Bentler, 1999). Para determinar la existencia o no de diferencias de ajustes estadísticamente significativas entre los modelos (con y sin los efectos directos) se utilizó el test  $\chi^2$ . Todos los análisis se llevaron a cabo con el AMOS (version 19.0).

Tabla 21. Correlaciones entre las variables de Apego, Alexitimia, Mindfulness, Empatía, Teoría de la Mente emocional y Sintomatología Alimentaria en la muestra total.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1. Preocupación	1																		
2. Interferencia	.20**	1																	
3. Autosuficiencia	.12*	.40**	1																
4. Traumatismo	.01	.32**	.48**	1															
5. TAS Dif. Identificar(DIF)	.35**	.38**	.37**	.32**	1														
6. TAS Dif. Expresar(DEF)	.18**	.25**	.34**	.21**	.68**	1													
7. TAS Pens. Externo(EOT)	.16**	.07	.07	-.03	.29**	.38**	1												
8. TAS Total	.30**	.32**	.35**	.24**	.84**	.86**	.64**	1											
9. Toma Perspectiva Total (IRI)	-.09	-.11*	-.14**	-.07	-.30**	-.21**	-.31**	-.31**	1										
10. EQ-EC(Empatía Cognitiva)	.01	.04	.02	.08	-.06	-.19**	-.30**	-.21**	.31**	1									
11. EQ-RE (Reactividad Emocional)	.09	-.06	-.13*	-.06	-.14**	-.26**	-.29**	-.28**	.40**	.38**	1								
12. EQ-HS (Habilidades Sociales)	-.21**	-.24**	-.26**	-.17**	-.46**	-.45**	-.32**	-.51**	.23**	.25**	.33**	1							
13. EQ Total	.00	-.07	-.11*	-.04	-.23**	-.35**	-.40**	-.39**	.40**	.83**	.75**	.59**	1						
14. MAAS	-.16**	-.38**	-.38**	-.35**	-.58**	-.43**	-.18**	-.52**	.33**	.03	.17**	.34**	.19**	1					
15. RMET	-.17**	-.01	-.10	.02	-.11*	-.09	-.10	-.11*	.06	.09	-.02	.19**	.10	.06	1				
16. EAT Hacer Dieta	.14**	.31**	.30**	.24**	.52**	.31**	.19**	.44**	-.15**	.06	-.04	-.30**	-.05	-.38**	-.19*	1			
17. EAT Bulimia	.13*	.30**	.28**	.24**	.46**	.30**	.09	.37**	-.08	.04	-.05	-.26**	-.06	-.37**	-.10	.76**	1		
18. EAT Control Oral	.22**	.25**	.23**	.15**	.43**	.27**	.19**	.38**	-.06	.06	.02	-.20**	-.01	-.24**	-.09	.60**	.56**	1	
19. EAT Total	.17**	.33**	.30**	.24**	.53**	.32**	.18**	.45**	-.11*	.07	-.05	-.29**	-.04	-.38**	-.12*	.94**	.94**	.85**	1

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

### 5.2.3.2.1. MEDIACIÓN A TRAVÉS DE LA ALEXITIMIA DE LA INFLUENCIA DEL APEGO EN LA SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA

#### *Correlaciones simples*

Como indica la Tabla 21, todas las dimensiones de apego inseguro (Preocupación, Interferencia, Autosuficiencia y Traumatismo) correlacionaron, tal como se esperaba, con las subescalas del TAS Dificultad para Identificar Emociones (DIF) y Dificultad para Expresar Emociones (DEF). Sin embargo, contrariamente a lo esperado, solo la dimensión de Preocupación correlacionó con la subescala de Pensamiento Externamente Orientado (EOT), y esta correlación fue de baja magnitud. A su vez, todas las dimensiones de apego inseguro correlacionaron también con las subescalas de psicopatología alimentaria, es decir, con Hacer Dieta, Bulimia y Control Oral. Finalmente, tanto Dificultad para Identificar Emociones como Dificultad para Expresar Emociones tuvieron correlaciones de carácter moderado con las subescalas de psicopatología alimentaria (no así el Pensamiento Externamente Orientado que decidió eliminarse de los subsiguientes análisis). De este modo, las condiciones de mediación se cumplieron para todas las dimensiones de apego inseguro (Preocupación, Interferencia, Autosuficiencia y Traumatismo), así como para las variables Dificultad para Identificar Emociones y Dificultad para Expresar Emociones.

#### *Modelado de Ecuaciones Estructurales*

El modelo Modelo Base que se propuso inicialmente (ver Figura 4) no tuvo un buen ajuste;  $\chi^2 = 545.59$   $p < .000$ ;  $df = 17$ ;  $\chi^2/df = 32.09$ , CFI = .54, RMSEA = .294. El programa AMOS sugirió añadir tres covarianzas del error, específicamente entre las subescalas Hacer Dieta y Bulimia, Bulimia y Control Oral, y Hacer Dieta y Control Oral. También, hubo algunos coeficientes path que no fueron significativos, específicamente los que unían Traumatismo con Dificultad para Identificar Emociones, Dificultad para Expresar Emociones con Hacer Dieta, Dificultad para Expresar Emociones con Bulimia y Dificultad para Expresar Emociones con Control Oral. Como resultado, la subescala Dificultad para Expresar Emociones se eliminó para los posteriores análisis. Esto condujo al Modelo Base Final (ver figura 5), que sí mostró un buen ajuste,  $\chi^2 = 22.23$ ,  $p < .05$ ;  $df = 13$ ;  $\chi^2/df = 1.71$ , CFI = .99; RMSEA = .044.

Al añadir todas las relaciones directas posibles, el modelo resultante no tuvo un buen ajuste;  $\chi^2 = 336.25$ ,  $p < .000$ ;  $df = 4$ ;  $\chi^2/df = 84.06$ , CFI = .638, RMSEA = .480. En este modelo, hubo varios coeficientes path que no fueron significativos, específicamente los que unían las subescalas de Preocupación con todas las de patología alimentaria, es decir, Hacer Dieta, Bulimia y Control Oral; Así mismo, las subescalas de Autosuficiencia y la de Traumatismo con todas las de patología alimentaria; por último, la subescala de Interferencia con la de Control Oral. Consecuentemente, se eliminaron estos paths, lo que condujo al Modelo Final (Figura 6), que incluye tanto efectos directos como indirectos y que mostró un buen ajuste  $\chi^2 = 16.85$ ,  $p = .112$ ;  $df = 11$ ;  $\chi^2/df = 1.53$ , CFI = .99; RMSEA = .038.

Para terminar, se comparó este Modelo Final con efectos directos e indirectos con el Modelo Base Final, que incluye solo los efectos indirectos. La prueba mostró que no existían diferencias estadísticamente significativas entre los modelos, ( $\Delta\chi^2 = 5.38$ ,  $df = 2$ ,  $p < .07$ ). Habiendo mostrado ambos modelos previamente un buen ajuste, se concluye que el Modelo Base Final fue superior, al ser el más parsimonioso, (Figura 5), lo que da cuenta de la existencia de una mediación total de la variable Dificultad para Identificar Emociones.

Figura 4. Modelo Base

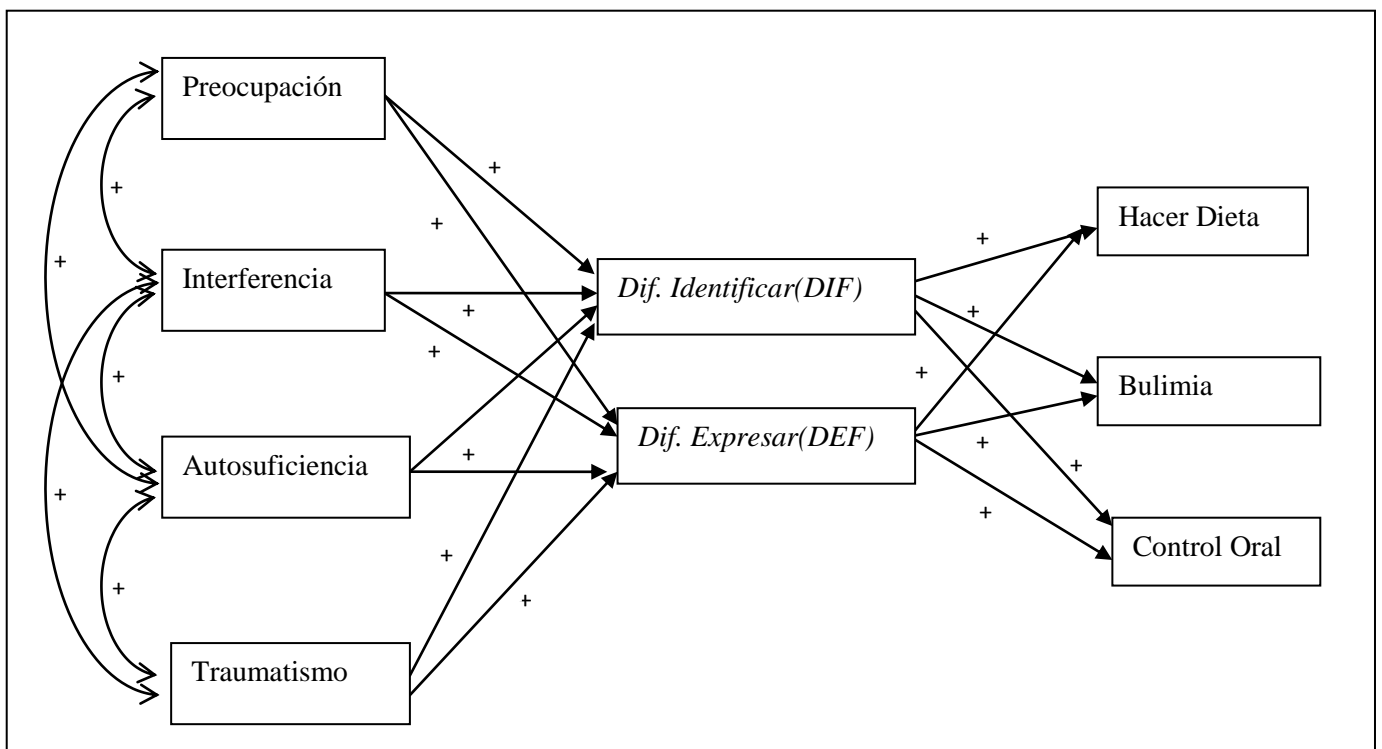


Figura 4. Las relaciones entre las variables están representadas con (+)

Figura 5. Modelo Base Final

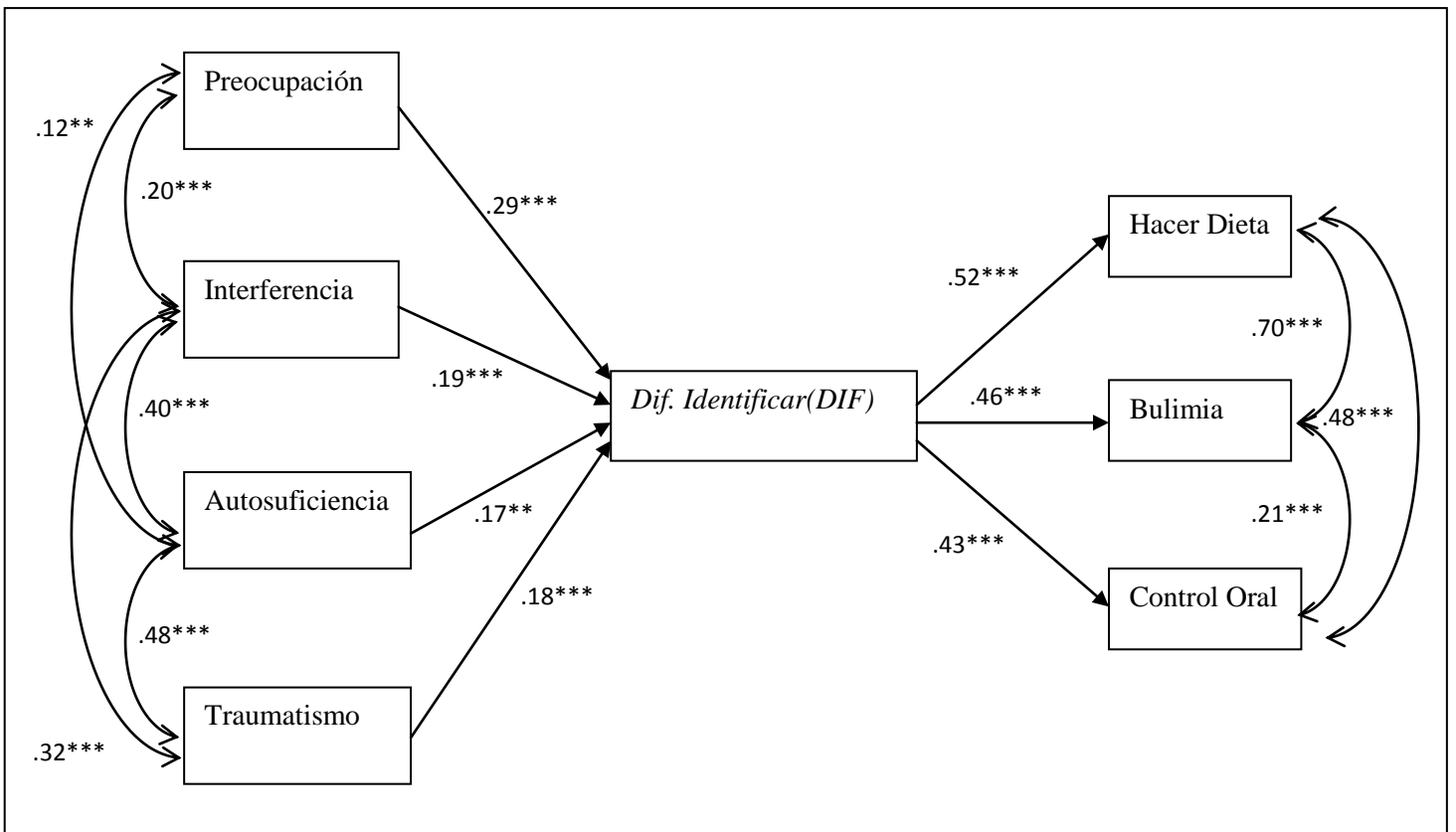


Figura 5. Muestra los valores estandarizados para los coeficientes path \*\*\* $p < .001$ , \*\* $p < .05$

Figura 6. Modelo Final

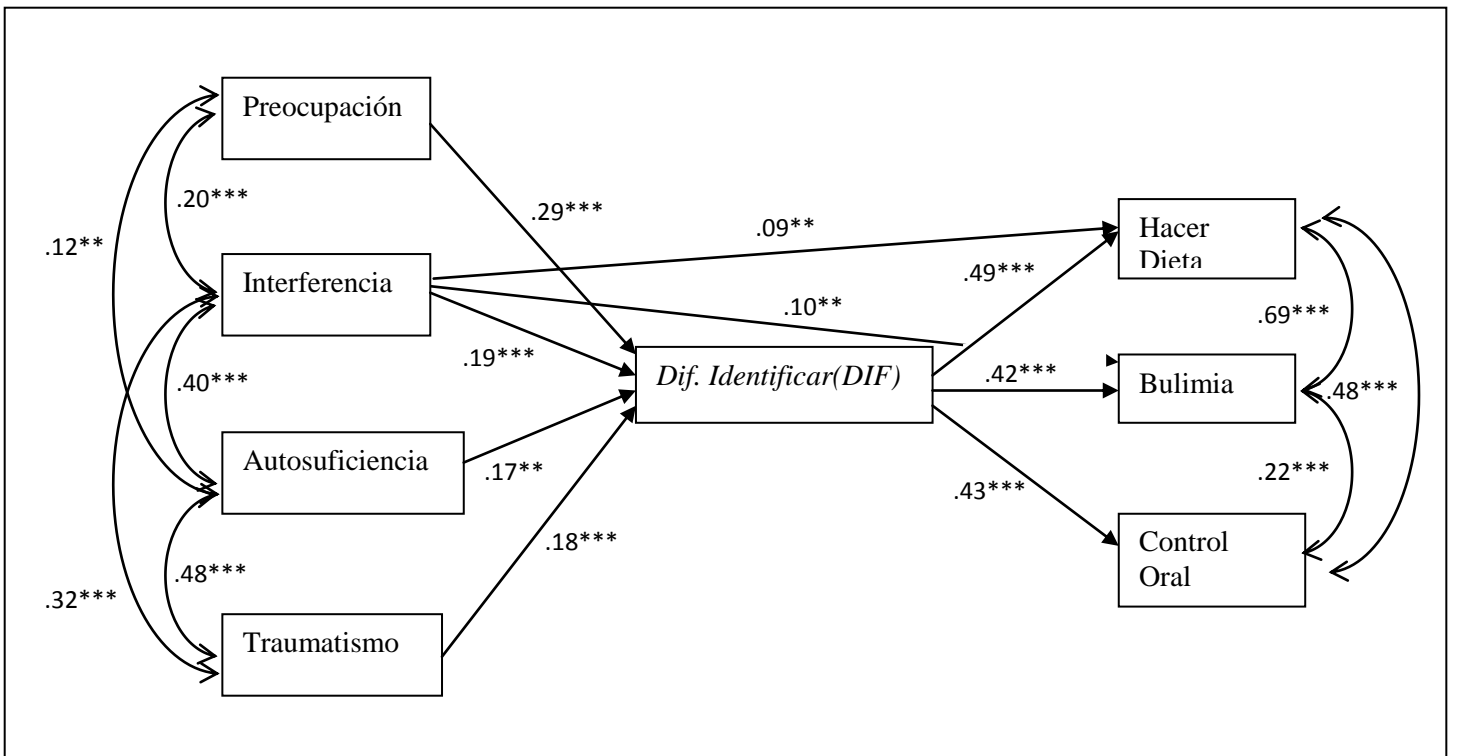


Figura 6. Muestra los valores estandarizados para los coeficientes path \*\*\* $p < .001$ , \*\* $p < .05$

### 5.2.3.2.2. MEDIACIÓN A TRAVÉS DEL MINDFULNESS DE LA INFLUENCIA DEL APEGO EN LA SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA

#### *Correlaciones simples*

Como indica la Tabla 21, todas las dimensiones de apego inseguro (Preocupación, Interferencia, Autosuficiencia y Traumatismo) correlacionaron negativamente, tal como se esperaba, con las puntuaciones del MAAS. Igualmente, todas las dimensiones de apego inseguro se asociaron con las 3 subescalas de sintomatología alimentaria evaluadas con el EAT (Hacer Dieta, Bulimia y Control Oral), siendo la dimensión de Preocupación la que mostró correlaciones más bajas. Finalmente, las puntuaciones del MAAS mostraron a su vez correlaciones negativas y moderadas con las 3 subescalas de sintomatología alimentaria (Hacer Dieta, Bulimia y Control Oral).

De este modo, las condiciones de mediación se cumplieron para todas las dimensiones de apego inseguro (Preocupación, Interferencia, Autosuficiencia y Traumatismo), así como para la variable MAAS Total.

#### *Modelado de Ecuaciones Estructurales*

Inicialmente, se propuso un modelo Modelo Base (ver Figura 7) que no mostró un buen ajuste;  $\chi^2 = 460.71$   $p < .000$ ;  $df = 16$ ;  $\chi^2/df = 28.79$ , CFI = .473, RMSEA = .278. El programa AMOS sugirió únicamente añadir tres covarianzas del error, específicamente entre las subescalas Hacer Dieta y Bulimia, Bulimia y Control Oral, y Hacer Dieta y Control Oral. Esto dio lugar al Modelo Base Final (ver Figura 8), que sí mostró un ajuste aceptable,  $\chi^2 = 36.57$ ,  $p < .000$ ;  $df = 13$ ;  $\chi^2/df = 2.81$ , CFI = .972; RMSEA = .071.

Al añadir todas las relaciones directas posibles, el modelo resultante no tuvo un buen ajuste;  $\chi^2 = 394.32$ ,  $p < .000$ ;  $df = 4$ ;  $\chi^2/df = 98.58$ , CFI = .538, RMSEA = .521. En este modelo se observó que había varios coeficientes path que no fueron significativos, en concreto los que unían las subescalas de Preocupación con Hacer Dieta y con

Bulimia; las subescalas de Autosuficiencia con Hacer Dieta, Bulimia y con Control Oral, y finalmente, las de Traumatismo con Hacer Dieta, con Bulimia y con Control Oral. Todos los paths no significativos se eliminaron, lo que condujo al Modelo Final (Figura 9), que incluye tanto efectos directos como indirectos y que mostró un buen ajuste  $\chi^2 = 12.67$ ,  $p = .243$ ;  $df = 10$ ;  $\chi^2/df = 1.26$ , CFI = .997; RMSEA = .027.

Para terminar, se comparó este Modelo Final con el Modelo Base Final, que incluye solo los efectos indirectos. La prueba mostró que sí existían diferencias estadísticamente significativas entre los modelos, ( $\Delta\chi^2 = 23.90$ ,  $df = 3$ ,  $p < .000$ ), con lo cual el Modelo Final resultó ser superior al ser el que mostraba un mayor ajuste de los dos. Esto da cuenta de la existencia de una mediación parcial de la variable MAAS.

Figura 7. Modelo Base

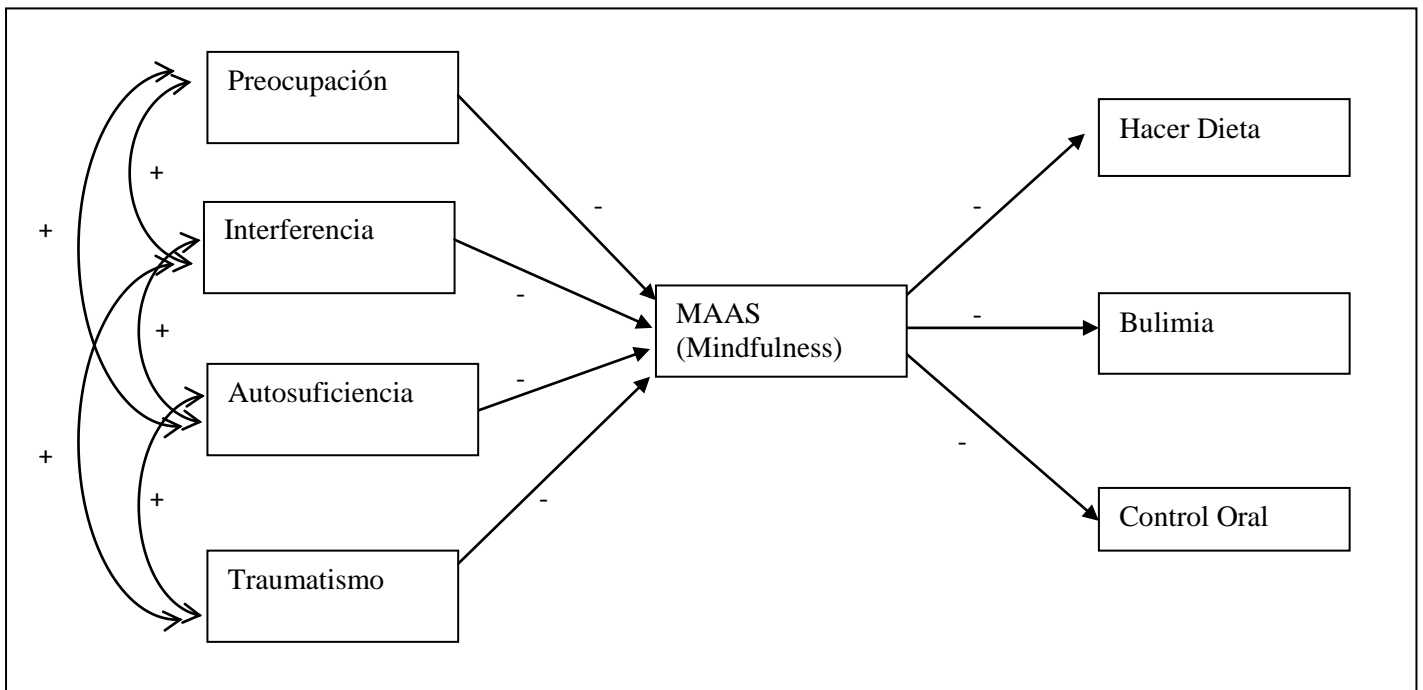


Figura 7. Modelo Base de las relaciones entre Preocupación, Interferencia, Autosuficiencia, Traumatismo, MAAS y Hacer Dieta, Bulimia y Control Oral. Las relaciones entre las variables están representadas con (+) y (-) respectivamente.

Figura 8. Modelo Base Final

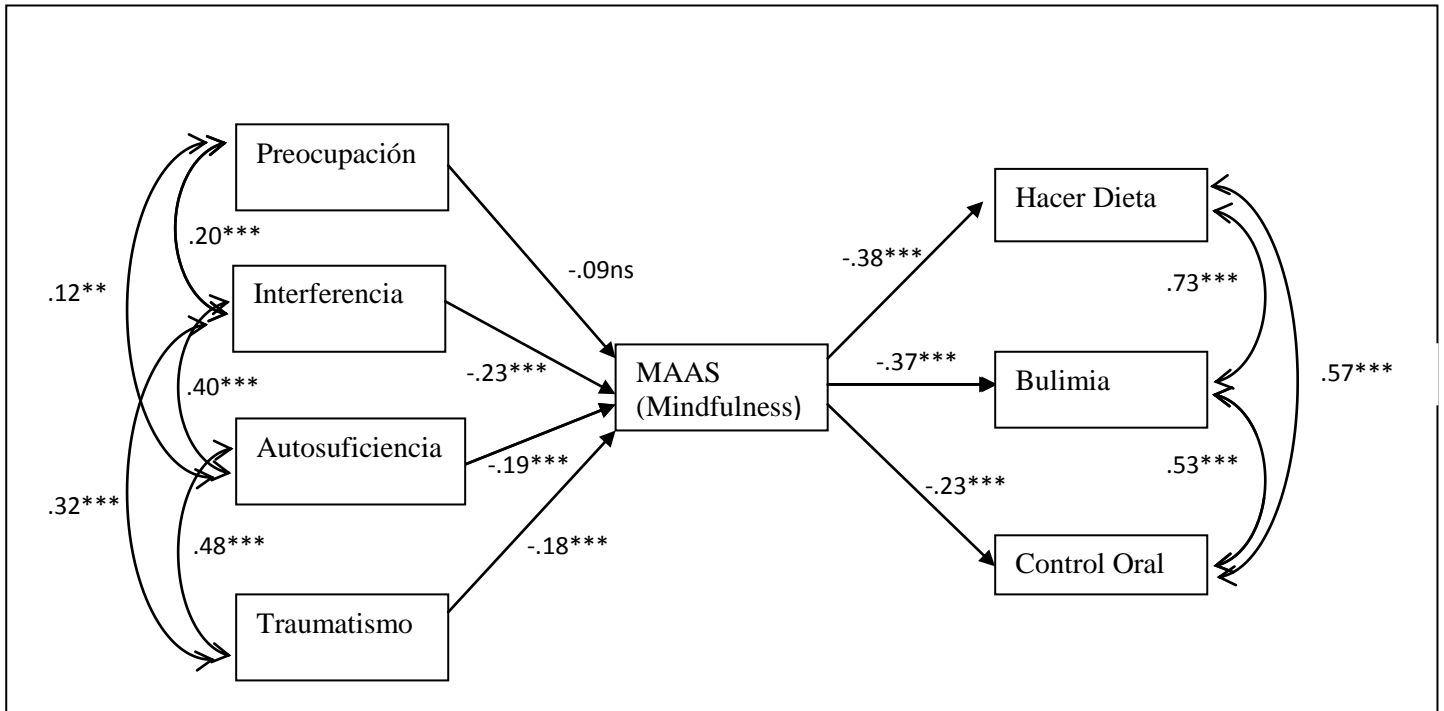


Figura 8. Muestra los valores estandarizados para los coeficientes path  $^{***}p<.001$ ,  $^{**}p<.05$

Figura 9. Modelo Final

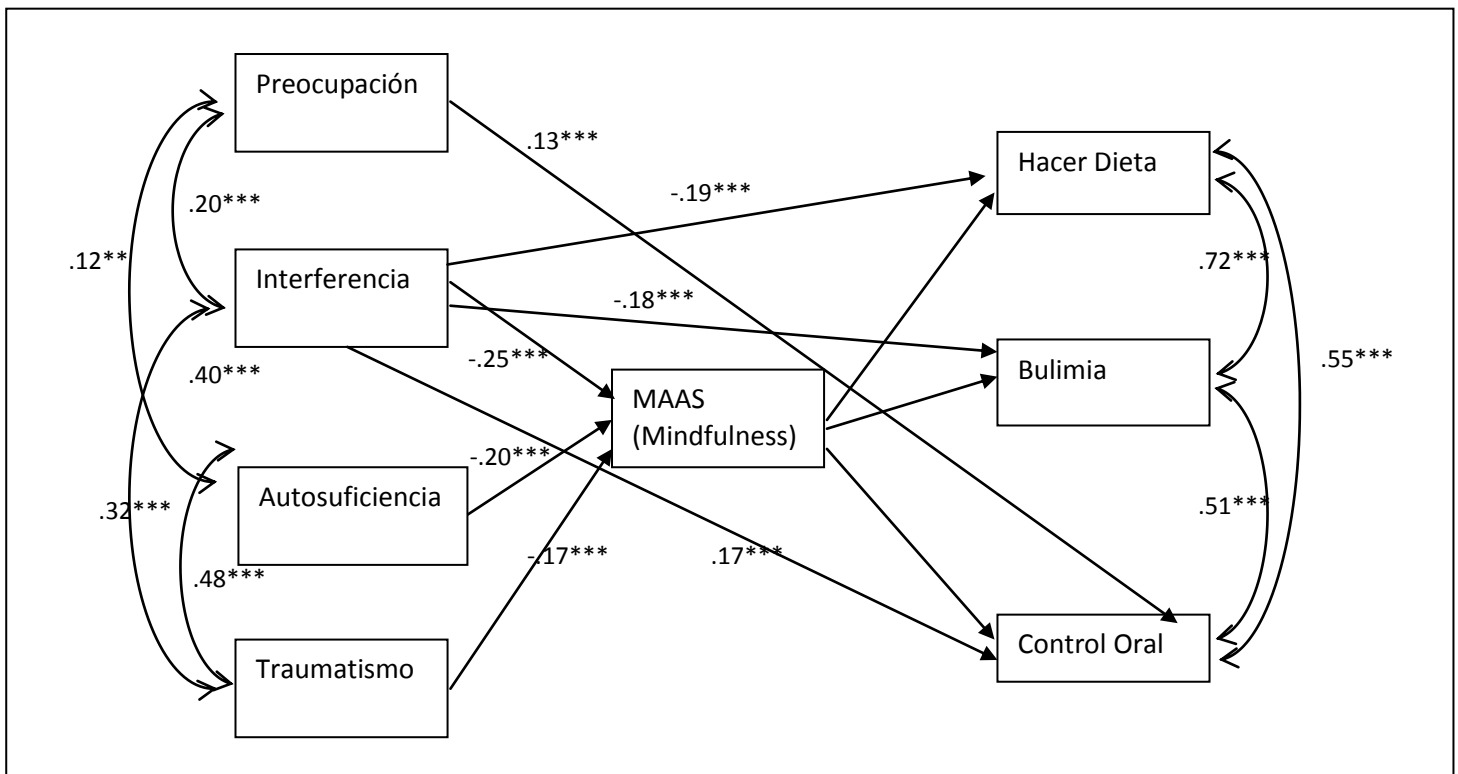


Figura 9. Muestra los valores estandarizados para los coeficientes path  $^{***}p<.001$ ,  $^{**}p<.05$

#### 5.2.3.2.3. RELACIÓN ENTRE APEGO, EMPATÍA Y SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA

Como se ha indicado previamente, la variable empatía evaluada tanto con la subescala de Toma de Perspectiva como con el EQ Total no cumplió las condiciones necesarias para ser introducida en modelos de ecuaciones estructurales. Sin embargo, sí se observan ciertos aspectos de correlación que resultan de interés (ver Tabla 21). De este modo, de acuerdo a lo hipotetizado, la subescala de Toma de Perspectiva correlacionó negativamente con las subescalas de apego de Interferencia ( $r = -0.11$ ;  $p > 0.05$ ) y Autosuficiencia ( $r = -0.14$ ;  $p > 0.01$ ), aunque en ambos casos la correlación fue de magnitud baja. Así mismo, se encontró una correlación negativa de baja magnitud entre la subescala Toma de Perspectiva y la subescala Hacer Dieta del EAT ( $r = -0.15$ ;  $p > 0.01$ ).

No obstante, en el caso del EQ Total, sus puntuaciones solo se asociaron a la subescala de apego de Autosuficiencia ( $r = -0.11$ ;  $p > 0.05$ ) y a ninguna de las variables de sintomatología alimentaria evaluadas con el EAT; este mismo patrón siguieron las subescalas del EQ Empatía Cognitiva y Reactividad Emocional, de las que solo esta última se asoció de forma débil a la subescala de apego de Autosuficiencia ( $r = -0.13$ ;  $p > 0.05$ ). No obstante, la subescala Habilidades Sociales, sí mostró asociaciones tanto con todas las subescalas de apego inseguro, es decir, Preocupación ( $r = -0.21$ ;  $p > 0.01$ ), Interferencia ( $r = -0.24$ ;  $p > 0.01$ ), Autosuficiencia ( $r = -0.26$ ;  $p > 0.01$ ), y Traumatismo ( $r = -0.17$ ;  $p > 0.01$ ), como con todas las subescalas del EAT, Hacer Dieta ( $r = -0.30$ ;  $p > 0.01$ ), Bulimia ( $r = -0.26$ ;  $p > 0.01$ ), y Control Oral ( $r = -0.20$ ;  $p > 0.01$ ).

#### 5.2.3.2.4. RELACIÓN ENTRE APEGO, TEORÍA DE LA MENTE EMOCIONAL (*eToM*) Y SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA

En relación a la variable Teoría de la Mente emocional cabe destacar que contrariamente a lo esperado, solo existieron correlaciones con muy pocas de las variables hipotetizadas. Así, RMET solo mostró una correlación baja y negativa con la subescala Preocupación de apego ( $r = -0.17$ ;  $p > 0.01$ ), pero no con ninguna de las otras. Igualmente, y en lo que respecta a las variables de sintomatología alimentaria, solo se

encontró una correlación negativa y de baja magnitud con la subescala Hacer Dieta del EAT ( $r = -0.19$ ;  $p > 0.05$ ).

#### 5.2.4. DISCUSIÓN

*El primer objetivo de este estudio consistió en comparar la muestra de mujeres anoréxicas y la muestra de mujeres sin trastornos de la alimentación en cuanto a las variables de apego, componentes de la mentalización y sintomatología alimentaria.*

En relación a las variables de Apego, tal como se había hipotetizado, las mujeres con anorexia obtuvieron puntuaciones más elevadas en todas las subescalas referidas al apego inseguro (Preocupación Familiar, Interferencia de los Padres, Autosuficiencia y Traumatismo), lo que aporta más evidencia al consenso existente acerca de que las mujeres con trastornos de la alimentación presentan en mayor medida estilos de apego inseguros (Zachrisson y Skårderud, 2010), y que esto ocurre independientemente del método que se utilice para evaluarlo (Ward et al., 2000). Además, el hecho de que como contrapunto también aparezcan diferencias significativas en la escala de Seguridad con puntuaciones más bajas para las anoréxicas, corrobora dicha afirmación, y pone de manifiesto que tal como apuntan algunos autores, los problemas de vinculación parecen constituir un elemento central del cuadro (Tasca et al., 2004).

No obstante y en referencia a los subtipos de apego específicos, cabe destacar que en este estudio se encontró que era la escala de Autosuficiencia, vinculada al apego evitativo, en la que mayores diferencias existieron entre las muestras. Así, se observa que en concordancia con los resultados de otros estudios (Ward et al., 2000; Zachrisson y Skårderud, 2010), las mujeres anoréxicas muestran en el vínculo relacional un mayor rechazo hacia los sentimientos de dependencia y reciprocidad afectiva, así como mayor rencor hacia sus seres queridos. Algunos autores han tratado de explicar en esta línea, que dicha tendencia a la evitación en la anorexia crearía suspicacia, escepticismo, retraimiento y dificultad para confiar en los demás, lo que influiría de forma crucial en sus relaciones interpersonales (Behar, 2012). Sin embargo, las diferencias entre grupos en las puntuaciones de Autosuficiencia fueron muy seguidas de las de Interferencia de los Padres y en un nivel algo menor de la de Preocupación Familiar, escalas vinculadas al apego ambivalente-preocupado. Ambas reflejan la idea de sentir o haber sentido

miedo a la separación y preocupación por el abandono, si bien la primera incluye también aspectos de sobreprotección en la infancia. La ansiedad de separación y la sobreprotección materna ya fueron señaladas en su momento como variables de gran relevancia en los trastornos de la alimentación por algunos autores (Rhodes y Kroger, 1992), y otros apuntaron en esta misma línea que concretamente en la anorexia, a diferencia de en la bulimia, se da un exceso de involucración maternal (Johnson y Connors, 1987). Finalmente, las diferencias entre los grupos en la escala de Traumatismo Infantil, relacionada con el apego desorganizado, también se reflejaron de manera clara en el presente estudio. Así, las mujeres con anorexia refirieron haber experimentado falta de disponibilidad, violencia y amenazas de las figuras de apego en la infancia en mayor medida que las mujeres sin este trastorno. Este dato no encuentra apoyo empírico claro en ninguno de los estudios revisados, si bien es probable que aquellos estudios que dan cuenta de que el apego inseguro se da en mayor medida en los trastornos de la alimentación, también se refieran al apego desorganizado, al ser éste parte de los apegos considerados inseguros (Barone y Guiducci, 2009; Illing et al., 2010).

De una forma u otra, y tal como se desprende de los resultados obtenidos, el apego inseguro es el que más predominó en la muestra de anorexia en el presente estudio. En este sentido y ya desde el inicio de su formulación, Bowlby planteó que las relaciones cálidas y continuas con el cuidador principal promovían la salud mental, el equilibrio emocional y el bienestar del niño a lo largo de la vida adulta (Bowlby, 1969/82; 1973; 1979), subrayando así el papel central del apego en el desarrollo. Otros autores añadieron posteriormente que los niños que se apegan de forma insegura, una vez adultos, tienen menos confianza en ellos mismos y son más propensos a los problemas emocionales e interpersonales (Belsky y Cassidy, 1994).

Si bien el apego inseguro y específicamente algunos de sus subtipos aparecen en mayor medida en la muestra clínica de mujeres anoréxicas, los resultados obtenidos deben interpretarse con cautela. En primer lugar, porque sigue existiendo mucha controversia acerca de si puede o no considerarse que el apego se mantiene estable a lo largo de toda la vida (Fraley, 2002; Waters et al., 2000). Además, ha de tenerse presente que el apego como constructo es un reflejo no solo de la experiencia vivida, sino de la construcción realizada de esa experiencia, y del sentido que la persona da al

comportamiento parental, y no a cómo ha sido la práctica parental *per se*. De hecho, aunque actualmente existen distintas teorías que ofrecen explicaciones tentativas acerca de la manera en la que este puede influir en la aparición de diversos cuadros psicopatológicos, todavía no existen evidencias claras sobre este fenómeno (Zachrisson y Skårderud, 2010). Por eso, por el momento, es necesario abstenerse de hacer interpretaciones causales en este sentido (Ringer y Crittenden, 2007).

Por otro lado y de acuerdo a lo esperado, se encontraron diferencias significativas entre muestras en todos los componentes de la mentalización (Alexitimia, Empatía, Mindfulness y Teoría de la Mente emocional) y por lo tanto en las polaridades que subyacen a ellos.

En el caso concreto de la *Alexitimia* se observó que las diferencias eran significativas en todas las subescalas (Dificultad para Identificar Emociones, Dificultad para Expresar Emociones y Pensamiento Externamente Orientado), así como en la puntuación total del TAS-20, con valores más altos en la muestra de mujeres con anorexia. Esto señala la existencia de problemas a la hora de identificar emociones propias y de darles una expresión verbal, además de la presencia de un estilo de pensamiento en el que se evidencia una restricción de los procesos imaginativos y de la capacidad para fantasear. En relación a las polaridades de la mentalización, tal como se ha expuesto en apartados previos, supondría la presencia de déficits claros en la polaridad explícita, interna, afectiva y centrada en el self. Principalmente y por ser las características en las que más difiere la alexitimia del resto de componentes de la mentalización que han sido evaluados, podría subrayarse que existirían dificultades con la mentalización centrada en el self, es decir aquella que hace referencia a los procesos que tienen que ver con el propio funcionamiento mental, y con la capacidad para la representación de los afectos (mentalización cognitiva pero sobre todo afectiva).

Los resultados son coincidentes con los hallados en otras investigaciones que han mostrado cómo los niveles de alexitimia son mayores en la población con patología alimentaria que en los individuos que no la padecen (Beales y Dolton, 2000), especialmente y como también se desprende de los datos de este estudio, en la subescala de Dificultad para Identificar Emociones (Kiyotaki y Yokoyama, 2006; Montebanocci et al., 2006). De esta manera, parece que es en el hecho de identificar las propias

emociones y diferenciarlas de las sensaciones corporales o fisiológicas donde estas mujeres encuentran más impedimentos, si bien estos también se dan aunque en menor medida en la capacidad para expresarlas con palabras. No obstante, la preeminencia de los problemas en la subescala de Dificultad para Identificar Emociones del TAS-20 sobre el resto de subescalas, se ha visto no solo en estudios como el que se presenta, sino incluso cuando éstas se han valorado en su conjunto como predictoras del resultado del tratamiento de los trastornos de la alimentación (Speranza et al., 2007), por lo que parece cada vez más necesario valorarla como una variable central a la hora de comprender, explicar y tratar estos cuadros. Por último, las diferencias en Pensamiento Externamente Orientado, reflejan la incapacidad de estas pacientes de dar rienda suelta a la imaginación y a la fantasía, lo que se manifiesta en un pensamiento con tendencia a ser concreto, literal y pegado a la acción. Los problemas que se relacionan con este tipo de pensamiento ya se vieron en su momento en las investigaciones realizadas con pacientes psicósomáticos (Nemiah y Sifneos, 1970). Además, cabe destacar que es posible que las diferencias en este tipo de pensamiento pudieran haber sido incluso mayores, ya que algunos autores han comprobado repetidamente que las características psicométricas de esta subescala no son del todo adecuadas, debido a que los ítems que la componen no reflejan de forma clara lo que de forma teórica esta pretende evaluar (Kooiman, Spinhoven y Trijsburg, 2002).

En lo que se refiere a la variable *Empatía*, si bien aparecieron diferencias entre los grupos, éstas no fueron tan concluyentes en las dos pruebas empleadas, por lo que se hace necesario matizar algunas cuestiones al respecto. De manera global podría decirse en cuanto a las polaridades de la mentalización que al tener puntuaciones más bajas en empatía, estas mujeres mostraron dificultades con las polaridades explícita, interna, centrada en el otro y cognitivo-afectiva. Concretamente y por ser las características en las que más difiere la empatía del resto de componentes de la mentalización evaluados, cabe destacar que existirían dificultades con la mentalización centrada en el otro, es decir aquella que se refiere a los procesos que tienen que ver con el interés y la curiosidad por el funcionamiento de la mente ajena, y con la capacidad para la representación de los afectos (mentalización cognitiva pero sobre todo afectiva). Sin embargo, cada uno de los test ofrecieron resultados más pormenorizados al respecto. Así, las mujeres con anorexia obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas en la subescala Toma de Perspectiva del IRI, que recoge casi exclusivamente la tendencia a

adoptar la perspectiva y punto de vista de otras personas, o dicho de otro modo, la capacidad de “descentramiento” (polaridad casi exclusivamente cognitiva). Este resultado es contrario al hallado en su día por Guttman y Laporte (2002), que no encontró diferencias en ninguna de las subescalas del IRI entre mujeres con anorexia y grupo de sin trastornos alimentarios. Siguiendo esta misma línea, cuando la empatía se evaluó de manera global con el EQ Total, también aparecieron diferencias entre los grupos, con puntuaciones más bajas para las mujeres anoréxicas, tal como ya habían encontrado otros investigadores en su momento (Adenzato et al., 2012). Sin embargo, al examinar cada una de las subescalas por separado, se constató que éstas diferencias aparecían en las de Reactividad Emocional y en la de Habilidades Sociales (es decir, en aquellas relacionadas con la capacidad de resonar con el otro y de compartir su estado emocional ofreciendo una respuesta adecuada al mismo, o de saber cómo manejarse en situaciones sociales) pero no en la de Empatía Cognitiva, en la que las mujeres anoréxicas mostraron un desempeño similar al de las mujeres sin trastornos alimenticios.

Resulta reseñable en lo que se refiere a la empatía cognitiva propiamente, el hecho de que las mujeres con anorexia tengan una peor capacidad empática cuando esta es evaluada con la subescala Toma de Perspectiva del IRI, pero tengan una ejecución similar cuando se hace con la subescala Empatía Cognitiva del EQ. Una explicación posible a este respecto podría ser que las subescalas no recojan exactamente la misma idea o matiz. De hecho la subescala Toma de Perspectiva del IRI incluye ítems que constantemente hacen referencia a la idea de ponerse en el lugar del otro o de descentrarse de la propia perspectiva con afirmaciones tales como “A menudo encuentro difícil ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona” o “Cuando estoy disgustado con alguien normalmente intento ponerme en su lugar por un momento”; sin embargo, la subescala Empatía Cognitiva del EQ engloba ítems que se refieren a ello de manera más implícita o de forma que se requiere hacer además ciertas atribuciones, “Puedo reconocer cuando en un grupo de gente alguien se siente raro o incómodo”, “Puedo darme cuenta si alguien enmascara sus verdaderos sentimientos”, o general “Puedo sentir cuándo estoy siendo poco discreto sin necesidad de que me lo digan” (ver Anexos 1 y 2). De hecho, tal como puede observarse en la matriz de correlaciones, aunque ambas escalas correlacionen, la fuerza de la asociación no es demasiado elevada ( $r = 0.31$ ;  $p > 0.01$ ). En este sentido, parece que la subescala Toma

de Perspectiva del IRI podría ser más adecuada para evaluar el constructo que se persigue.

Las puntuaciones más bajas en relación a la capacidad empática en mujeres anoréxicas podrían entenderse a la luz de algunos hallazgos que se remarcan desde la Teoría de la mentalización, según los cuales la captación de los estados mentales de los otros podría estar muy relacionada con la del self, debido al funcionamiento de los mecanismos de espejo neuronal (Allen et al., 2008). De esta manera, resultaría lógico que en pacientes que han mostrado tener dificultades con la mentalización centrada en el self, como ocurre con los trastornos alimentarios, también las tengan en la mentalización centrada en el otro.

En lo que respecta a la variable *Mindfulness*, también aparecieron diferencias claras entre los grupos con un tamaño de efecto de carácter moderado, siendo las puntuaciones bastante más bajas en el grupo de mujeres anoréxicas. Esto significa que las mujeres anoréxicas tuvieron mayores dificultades para estar atentas y conscientes a la experiencia del momento presente, lo que desde la Teoría de la mentalización se entendería como presentar déficits en las polaridades explícita, interna, centrada en el self y cognitivo-afectiva (pero sobre todo cognitiva). Específicamente, y por ser las características más definitorias del mindfulness con respecto al resto de componentes de la mentalización medidos en este estudio, podría subrayarse que existirían dificultades con la mentalización centrada en el self, es decir, aquella que hace referencia a los procesos que tienen que ver con el propio funcionamiento mental, y con la mentalización cognitiva o capacidad para la representación cognitiva de los estados mentales.

Estos resultados son congruentes con los de otros estudios en los que se ha empleado el MAAS, que demostraron que el mindfulness explicaba la varianza de la sintomatología alimentaria incluso cuando se controlaba el efecto de otras variables (Gousse, 2011; Lavender et al., 2009). Sin embargo, ambas investigaciones se llevaron a cabo con población no clínica, y en este sentido, en nuestro conocimiento, este es el primer estudio que obtiene estos resultados con el MAAS en una muestra de pacientes anoréxicas. Además, los datos que se desprenden de este estudio aportan más luz en la controversia existente sobre cuáles son los factores del mindfulness que están

esencialmente dañados en los trastornos alimentarios cuando este se conceptualiza como constructo multifactorial. Como sabemos, son las variables de “Observación” y “Descripción” de esta comprensión multifactorial las que se solapan con la capacidad para estar atento y consciente que evalúa el MAAS, y los resultados encontrados hasta el momento a este respecto, han sido poco esclarecedores. Algunos estudios han mostrado que contrariamente a lo esperado la “Observación” (Prowse et al., 2013) o la “Observación” y la “Descripción” (Lavender et al., 2011) se asociaban a una mayor sintomatología alimentaria, y han tratado de explicar este hecho inesperado centrándose en que una atención aumentada o tendencia excesiva a ser consciente de la experiencia podría ser contraproducente si está dirigida al peso, la dieta y la figura, como puede ocurrir en los trastornos alimentarios. No obstante, en el presente estudio, de acuerdo a lo esperado según la teorización del mindfulness, se constató un menor nivel de atención a la experiencia presente en la muestra de mujeres anoréxicas. Esto concuerda con los resultados de otros estudios, en los que ya se mostró la existencia de una tendencia a la evitación experiencial y a la rumiación en estos trastornos, actitudes contrarias a lo que el mindfulness implica (Cowdrey y Park, 2012; Rawal et al., 2010). De hecho, en principio y según algunos autores, una toma de conciencia de las propias sensaciones, pensamientos y estados corporales en el momento presente, tal como ocurre cuando se está en una actitud mindful, puede facilitar una mayor aceptación de los mismos, y ayudar a revertir los procesos que se asocian con la sintomatología alimentaria (Park, Dunn y Barnard, 2012). Esta actitud de toma de conciencia es totalmente diferente a la que supone la rumiación, que de hecho si se focaliza sobre el peso, la comida y la imagen corporal puede funcionar como una estrategia de evitación cognitiva y emocional perpetuando el problema alimentario (Park, Dunn y Barnard, 2011).

Para concluir con los componentes de la mentalización, en lo referente a la *Teoría de la Mente emocional (eToM)*, los resultados del estudio revelaron que también existieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, siendo las anoréxicas las que puntuaron más bajo en la tarea. Estos resultados dan cuenta de que dichas pacientes tienen fallas en la capacidad para reconocer las emociones del otro a partir de expresiones faciales que se les presentan, lo que implica la existencia de dificultades con las polaridades explícita, externa, centrada en el otro y cognitivo-afectiva de la mentalización. Especialmente se trataría de dificultades con la

mentalización centrada en el otro, es decir aquella que hace referencia a los procesos de funcionamiento de la mente ajena, y con la capacidad cognitivo-afectiva (mentalización cognitiva pero sobre todo afectiva). Otros estudios que han comparado el desempeño de pacientes anoréxicas con grupos de control también han llegado a estas mismas conclusiones (Harrison et al., 2009; Russell et al., 2009) e incluso han mostrado que estas diferencias son persistentes incluso cuando las pacientes ya están recuperadas (Harrison, Tchanturia y Treasure, 2010). Aún así, cabe destacar que un análisis más pormenorizado de los tipos de ítems ante los que las mujeres anoréxicas cometieron más errores reveló que eran aquellos que representaban emociones negativas (frente a las positivas y neutras), y en los que aparecían rostros masculinos. Estos resultados son parcialmente concordantes con los hallazgos de otras investigaciones donde se observaron diferencias en lo que respecta a la valencia emocional, con peores resultados para las mujeres con trastornos alimenticios cuando se trataba de emociones positivas y negativas (Kucharska-Pietura et al., 2008), y neutras y negativas (Pollatos et al., 2008) respectivamente. Por el contrario, y a diferencia de lo encontrado por Russell et al. (2009) fueron los rostros masculinos (y no femeninos) ante los que las anoréxicas tuvieron una peor ejecución.

Finalmente, tal como se esperaba, el nivel de *Sintomatología Alimentaria* fue mucho mayor en la muestra de mujeres anoréxicas que en la muestra sin trastornos de la alimentación, con diferencias estadísticamente significativas y tamaños de efecto medio-altos en todas las subescalas del EAT, así como en el EAT Total. Esto ya se observó en el propio artículo de validación de dicho instrumento (Castro et al., 1991), como en otros estudios en los que se han analizado las propiedades psicométricas de este test (Rivas, Bersabé, Jiménez y Berrocal, 2010), para los que emplearon muestras no clínicas y pacientes con trastornos de la alimentación. Además, resulta lógico si se tiene en cuenta que el grupo de anoréxicas está conformado por pacientes con un diagnóstico y tratamiento en este trastorno. Resulta reseñable el hecho de que las mayores diferencias entre los grupos se dieran en sintomatología bulímica, siendo esta mucho mayor en el grupo de anoréxicas que en el de las mujeres sin trastornos de la alimentación, lo que sugiere casi con seguridad que al menos algunas de las mujeres del grupo con anorexia podrían ser clasificadas como anoréxicas purgativas, al presentar episodios de atracones y purgas. No obstante esta circunstancia se encuentra dentro de

lo esperable, ya que los criterios de inclusión para la muestra no se limitaron únicamente a la anorexia restrictiva.

*El segundo objetivo del estudio consistió en evaluar los diferentes componentes de la capacidad mentalizadora como posibles mediadores de la relación entre los estilos de apego inseguro y la sintomatología alimentaria.*

Como se puede observar en los resultados obtenidos, el efecto mediador entre todos los subtipos apego inseguro y todas las subescalas sintomatología alimentaria se cumplió para las variables de Alexitimia y Mindfulness (es decir, el efecto apareció únicamente para la polaridad de la mentalización basada en el self, y tanto para las polaridades afectiva como cognitiva). Por el contrario, y contrariamente a lo hipotetizado, este fenómeno mediador, no ocurrió con las variables de Empatía y Teoría de la Mente emocional (polaridad basada en el otro y afectivo-cognitiva).

En lo que se refiere al *efecto mediador de la variable Alexitimia*, en primer lugar cabe destacar que las correlaciones simples ya apoyaron la premisa general de que los estilos de apego inseguros se relacionan con dificultades de mentalización (Frodi, Dernevik, Sepsa, Philipson y Bragesjö, 2001; Levinson y Fonagy, 2004). Específicamente en este caso se vio que todas las subescalas de apego inseguro correlacionaron con la subescala de Dificultad para Identificar Emociones (DIF) y en menor medida con la de Dificultad para Expresar Emociones (DDF) del TAS. Estos resultados van acordes con los de otros estudios que encontraron que el apego inseguro se relacionaba con la alexitimia (Keating, Tasca y Hill, 2013). Por ejemplo, un estudio reveló que los individuos que puntuaban alto en alexitimia recordaban de forma retrospectiva menor cercanía y cuidados maternos (Fukunishi, Sei, Morita y Rahe, 1999); otro, que el apego evitativo era más prevalente en personas alexitimicas de grupos clínicos (Scheidt et al., 1999). En segundo lugar y de acuerdo con lo postulado por la teoría mentalizadora, las dificultades de mentalización evaluadas con la variable alexitimia se asociaron a todas las subescalas de sintomatología alimentaria. Como ya hemos visto previamente, esta preeminencia de la variable alexitimia en pacientes con trastornos alimentarios se ha constatado en diversas investigaciones (Espina et al., 2004; Monteban et al., 2006). Sin embargo, los resultados obtenidos con el Modelado de Ecuaciones Estructurales pusieron de manifiesto que solo la subescala de Dificultad

para Identificar Emociones (DIF) y no la de Dificultad para Expresar Emociones (DDF) medió totalmente la relación entre los estilos de apego inseguros (Preocupación, Interferencia de los Padres, Autosuficiencia y Traumatismo) y todas las subescalas del EAT (Hacer Dieta, Bulimia y Control Oral).

Desde una perspectiva mentalizadora, existen algunas posibles interpretaciones sobre este fenómeno. De hecho, aunque la naturaleza transversal de este estudio y el hecho de que el apego sea no solo un reflejo de lo vivido sino de la construcción realizada sobre ello impide que se puedan aventurar conclusiones causales, estos resultados parecen coherentes con la afirmación de que los problemas en las relaciones de apego podrían influir en las dificultades de mentalización, que a su vez podrían repercutir en la aparición de patología alimentaria. Concretamente, se ha hipotetizado que las dificultades para identificar emociones y diferenciarlas de las sensaciones corporales podrían aflorar como resultado de experiencias de apego en las que los estados internos no son reflejados de forma congruente y “marcada”, impidiendo que se puedan construir representaciones de segundo orden (Fonagy et al., 2002).

Así por ejemplo, el hecho de sentir o haberse sentido sobreprotegido, con miedo a la separación y preocupación por el abandono, tal como se refleja en las subescalas de Preocupación Familiar e Interferencia de los Padres asociadas al apego ansioso-ambivalente, puede no contribuir a crear el mejor ambiente para despertar el interés y la curiosidad por los estados mentales en general, ni por la identificación de las propias emociones en particular. La falta de seguridad interna y la gran cantidad de tiempo y energía dedicada a la búsqueda de apoyo y consuelo por parte de estas personas, podría conducirles a que su capacidad para la exploración mental esté menoscabada. De hecho, se ha comprobado que las estrategias que emplean las personas con apego ansioso-ambivalente se asocian a fallas en la capacidad mentalizadora (Fonagy y Luyten, 2009; Maunder y Hunter, 2008; Mikulincer y Shaver, 2007).

Por otro lado, si las figuras de apego no han estado lo suficientemente presentes, han sido violentas o maltratadoras, o si por el contrario se han vivido experiencias de rechazo a la dependencia y reciprocidad afectiva (tal como reflejan las subescalas de Autosuficiencia y Traumatismo Infantil asociadas al apego evitativo y desorganizado respectivamente), es muy posible que se dé un rechazo o repliegue del mundo mental a

modo de mecanismo de protección, ya que el tener en cuenta el mundo mental propio y ajeno en estas circunstancias, sería demasiado dañino o peligroso para el individuo. En este sentido se ha demostrado que las personas apegadas de forma evitativa o desorganizada suelen utilizar estas estrategias de rechazo y repliegue (Cassidy y Kobak, 1988; Mikulincer y Shaver, 2007) lo que les conduce a una falta de interés y énfasis por las experiencias del mundo mental (Fonagy y Luyten, 2009; Fonagy y Target, 2005).

Para concluir con la variable Alexitimia, resulta reseñable que solo la variable Dificultad para Identificar Emociones (y no la de Dificultad para Describir Emociones) mediara entre el apego y la sintomatología alimentaria. Así, aunque el hecho de que las mujeres anoréxicas encuentren más dificultades a la hora de identificar emociones que a la hora de expresarlas pueda resultar paradójico debido a que de forma lógica podría pensarse que es necesario y previo poder identificar una emoción para después darle nombre o etiquetarla, esta cuestión tal vez podría explicarse en parte por la tendencia de las personas con trastornos alimentarios a emplear el modo prementalizador “como si” al que nos hemos referido en el apartado teórico. En este sentido, estas mujeres podrían describir estados mentales de manera extensa, detallada y compleja, pero sin apenas ninguna conexión real con la experiencia afectiva subyacente, como ya ha sido demostrado por algunos autores (Sharp et al., 2013). Debido a ello, parece necesario desarrollar programas o intervenciones que incidan directamente en la mejora de la capacidad para identificar emociones y diferenciarlas de otras sensaciones corporales, para posteriormente poder etiquetarlas adecuadamente, no a modo de narrativas vacías, sino con un fuerte nexo con la experiencia vivida.

Siguiendo este mismo esquema para el *efecto mediador de la variable Mindfulness*, cabe destacar en primer lugar que todas las subescalas de apego inseguro mostraron correlaciones negativas y altas con la capacidad de mentalización medida a través de la variable Mindfulness. Estos hallazgos van en la misma línea que los de varios estudios que ya demostraron la presencia de una asociación entre apego y mindfulness (Cordon y Finney, 2008). Así por ejemplo, en un estudio el apego seguro correlacionó positivamente con el mindfulness disposicional (Goodall, Trejnowska y Darling, 2012) mientras que en otro se encontró que el apego ansioso-ambivalente lo hacía negativamente (Walsh, Balint, Smolira, Fredericksen y Madsen, 2009). Siegel (2001) ya sugirió que las diferencias en el estilo de interacción de la madre podrían estar

relacionadas con la regulación emocional y con la capacidad de mindfulness del niño, dado que una atención más receptiva de los deseos y necesidades por parte de la madre puede promover un apego seguro y un alto nivel de mindfulness en este. En segundo lugar y como cabía esperar de acuerdo a la teoría, la capacidad de mentalización evaluada con la variable mindfulness correlacionó negativamente con todas las subescalas del EAT (Hacer Dieta, Bulimia y Control Oral), así como con las puntuaciones del EAT Total. Estos resultados son coincidentes con otras investigaciones que han hallado relaciones inversas entre el mindfulness y síntomas bulímicos (Lavender et al., 2009) o entre los niveles de mindfulness y las cogniciones relativas a los trastornos alimentarios (Masuda y Wendell, 2010).

En tercer lugar, el análisis de Modelos de Ecuaciones Estructurales contribuyó a aclarar mejor la dinámica entre las variables, apoyando la hipótesis de que el mindfulness mediaba la relación entre los estilos de apego y los síntomas alimentarios. Es decir, los datos obtenidos apuntaron a que es a través del mindfulness entendido éste como la capacidad de estar atento y consciente a la experiencia del momento presente (Brown y Ryan, 2003) como parcialmente se relacionan el apego inseguro y la sintomatología alimentaria.

El hecho de que las subescalas de Preocupación Familiar e Interferencia Parental relacionadas con el apego ansioso-ambivalente aparezcan como predictoras de las diferencias individuales en la capacidad de mindfulness podría deberse a que tal como han referido algunos autores, los individuos apegados de forma ansiosa frecuentemente se muestran hipervigilantes a las señales de abandono y tienden a rumiar sobre las experiencias de malestar (Mikulincer y Shaver, 2007), mientras que las personas mindful no suelen estar alerta a posibles señales de abandono y evitan la rumiación y los juicios sobre sensaciones y pensamientos. Además, las personas apegadas de forma ansiosa rechazan la información contraria a sus expectativas (Mikulincer y Arad, 1999), y tienen menor tolerancia a la ambigüedad (Hazan y Shaver, 1987), mientras que el mindfulness se asocia típicamente a una mayor flexibilidad cognitiva y apertura mental (Brown y Ryan, 2003).

Para finalizar con la variable Mindfulness, el que esta cumpla un papel influyente en los trastornos de la alimentación permite una mejor comprensión de éstos

a la luz de la teoría mentalizadora. Los resultados sugieren que esta aproximación desde la polaridad centrada en el self y cognitiva, que implica la atención o conciencia de los estados mentales del momento presente, puede facilitar una actitud de aceptación, y por lo tanto, contrarrestar así los procesos de pensamiento y acción que se dan en los trastornos alimentarios (Parker, Dunn y Barnard, 2012). En este sentido, la “mentalización corporalizada” a la que se hizo referencia en la introducción, entendida como una focalización excesiva en aspectos relacionados con la comida, el peso y la figura corporal como forma de regular los problemas internos, sería incompatible con una conciencia no juzgadora de la experiencia presente, que ha mostrado ser indicadora de bienestar psicológico (Shapiro, Oman, Thoresen, Plante y Flinders, 2008). De hecho, algunos autores consideran que dada la receptividad por la que se caracteriza el mindfulness este es un punto de partida para que otros procesos de mentalización puedan aflorar (Wallin, 2007).

Para concluir y como ya se ha mencionado, este *fenómeno mediador, no ocurrió con las variables de Empatía y Teoría de la Mente emocional*, aunque sí se observaron algunos aspectos de correlación dignos de ser mencionados. En lo referente a la mentalización evaluada a través de la *Empatía*, la subescala Toma de Perspectiva del IRI solo se asoció de manera débil con las subescalas de apego Interferencia y Autosuficiencia (vinculadas al apego ansioso-ambivalente y evitativo respectivamente) y el EQ Total, solo débilmente con la de Autosuficiencia. Aunque algunos autores han referido que los procesos de apego están intrínsecamente unidos al desarrollo de la capacidad empática (Thompson y Gullone, 2008) parece que la influencia del apego sobre la capacidad empática dista de ser clara. Así, por ejemplo, en la misma línea de lo encontrado en la presente investigación, algunos estudios han mostrado que el tipo de vínculo con la madre influye en la capacidad empática evaluada con la subescala Toma de Perspectiva del IRI (Teymoori y Shahrazad, 2012), o que el estilo de apego evitativo se relaciona negativamente con la capacidad empática (Wei, Liao, Ku y Shaffer, 2011); sin embargo, otros refieren aspectos más complejos para explicar dicha relación (Britton y Fuendeling, 2005) o demuestran la influencia del apego sobre la capacidad empática solo cuando este se refiere a los iguales (Laible, Carlo y Roesch, 2004). Como ya se ha mencionado con anterioridad, las personas apegadas de forma evitativa, tal como es el caso de las que puntúan alto en Interferencia, suelen utilizar estrategias de rechazo y repliegue del mundo mental (Cassidy y Kobak, 1988; Mikulincer y Shaver, 2007), lo

que explicaría que no sean capaces de captar el punto de vista del otro y ni sintonizar afectivamente con él, habilidades incluidas como parte de la capacidad empática. Por otro lado, la empatía evaluada con el EQ Total no se asoció a ninguna variable de sintomatología alimentaria (EAT Total ni sus subescalas), y la subescala Toma de Perspectiva del IRI solo débilmente con las subescalas de Hacer Dieta y EAT Total, lo que refleja que la variable empatía apenas tuvo relación con esta sintomatología. Quizá pueda deberse al hecho de que se trata de trastornos en los que las mayores dificultades se encuentran en la mentalización centrada en el self, con una implicación importante sobre el cuerpo (“mentalización corporalizada”) y por tanto los aspectos referidos a la mentalización centrada en el otro no tengan tanta relevancia.

El mismo patrón de respuesta se observó en la mentalización evaluada a través de la *Teoría de la Mente emocional*. Por un lado, apenas aparecieron asociaciones con subescalas de apego, excepto en el caso de Preocupación (vinculada al apego ansioso-ambivalente) en la que se dio una correlación inversa y de magnitud débil. Estos resultados son coincidentes con los hallados por algunos investigadores (Hünefeldt, Laghi, Ortu y Belardinelli, 2013), que encontraron que el apego ansioso estaba relacionado con una peor ejecución en el RMET. Así mismo, al igual que en el caso de la Empatía, la Teoría de la Mente Emocional apenas tuvo relación con la sintomatología alimentaria, lo que ofrece más apoyo a la hipótesis de que tal vez los aspectos relacionados con la mentalización centrada en el otro no cumplan un papel tan central en este cuadro.

Los resultados de este estudio han de verse a la luz de sus limitaciones. Por un lado, la capacidad de mentalización es un constructo amplio y complejo, y su evaluación a través de medidas que se solapan con sus polaridades ofrece una visión parcial y fragmentada que, si bien resulta necesaria y útil, no da cuenta adecuadamente de la globalidad del mismo ni de las interrelaciones entre sus componentes.

Por otro lado, el empleo único de medidas de autoinforme puede distorsionar los resultados, especialmente a la hora de evaluar variables tales como el apego, la alexitimia, el mindfulness o la empatía. Por eso, la utilización conjunta de estas con otro tipo de medidas como medidas observacionales o basadas en entrevistas podría contribuir a que se obtuvieran resultados más precisos.

En el caso específico de la medida de apego, ha de tenerse en cuenta además que se trata de un informe retrospectivo, por lo que hay que añadir las dificultades o distorsiones del recuerdo a las ya propias del autoinforme. Además, la adolescencia o inicio de la edad adulta no resulta ser el momento evolutivo óptimo para evaluar aspectos relacionados con el apego, al ser esta una etapa de construcción de la identidad y de relaciones complicadas con los progenitores, en la que resulta difícil admitir determinados sentimientos hacia ellos.

En relación a la muestra, una mayor homogeneidad en cuanto a la edad y el nivel educativo podría mejorar las conclusiones obtenidas, ya que en el grupo de las mujeres anoréxicas la dispersión de la edad fue mayor que en el de mujeres sin trastornos alimentarios, siendo algunas de ellas incluso menores de edad, lo que podría haber influido en algunos de los resultados obtenidos. Así mismo, un mayor número de sujetos en el grupo clínico y la posibilidad de hacer varios grupos basados en distintos diagnósticos de trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia, TCANes etc.) hubiera sido deseable. Por otro lado, el tiempo en tratamiento de las pacientes anoréxicas es una variable que debería haber sido controlada, ya que las capacidades de estas pacientes podrían variar en función de éste al mejorar su sintomatología y adquirir mejores niveles de introspección. Igualmente, el diagnóstico de anorexia nerviosa que se puso como requisito para la inclusión de pacientes en la muestra clínica debe tomarse con cautela, pues solo nos ofrece información acerca de la sintomatología actual, ya que es frecuente que éstas viren hacia la bulimia, o alternen periodos de anorexia con otros en los que la sintomatología no es tan severa, momentos en los que podrían diagnosticarse dentro de otros cuadros.

Con respecto al procedimiento, hubiera sido conveniente una mayor uniformidad en él, puesto que en las mujeres universitarias la aplicación fue de carácter grupal mientras que en el de anoréxicas fue individual u online. Si bien se comprobó que en el caso de las anoréxicas no hubo diferencias entre un tipo de aplicación u otra, no es posible hacer esta misma afirmación entre el grupo de mujeres universitarias y el grupo de anoréxicas.

Finalmente, cabe destacar que la naturaleza transversal del estudio impide aproximarse a sacar conclusiones causales. Podría darse el caso por ejemplo, de que las dificultades de mentalización y el apego inseguro estuvieran negativamente influidas o exacerbadas por los síntomas alimentarios. En este sentido, sería conveniente realizar estudios de naturaleza longitudinal para poder examinar bien las dinámicas entre todas las variables.



## CONCLUSIONES FINALES

---



De los resultados obtenidos en el presente estudio se obtienen algunas conclusiones generales:

En primer lugar, el cuestionario Empathy Quotient (EQ) adaptado en esta tesis para su aplicación en adultos jóvenes obtuvo unos indicadores de ajuste excelentes, por lo que puede considerarse una medida válida y fiable para evaluar perfiles mentalizadores en esta población. Este test mostró una estructura jerárquica coincidente con las versiones de otros países, con 1 factor de primer orden referido a la capacidad empática general, y 3 factores de segundo orden que dan cuenta de la empatía cognitiva, la afectiva y las habilidades sociales, lo que concuerda con la aproximación teórica actual sobre este constructo. Su brevedad, utilidad práctica, facilidad de comprensión y adecuación para valorar diferencias en aspectos mentalizadores tanto en hombres y mujeres como en poblaciones clínicas y no clínicas representan algunas de sus principales ventajas.

Así mismo, la adaptación española del Reading the Mind in the Eyes Test (RMET), constituye una contribución de especial valor por proporcionar a la comunidad científica y clínica una prueba objetiva, válida, fiable y atractiva de la captación de estados mentales en el otro a través de la expresión facial, concretamente de la mirada. Su uso junto con otras medidas de autoinforme resulta de gran relevancia e interés para poder contrastar diferencias en lo referido por los participantes cuando se les pregunta al respecto y su desempeño real y objetivo cuando se les presenta un estímulo determinado. Aún más, el hecho de contar con esta versión informatizada que se caracteriza por presentar un tiempo de administración limitado y un glosario de términos integrado, permite su aplicación colectiva, que no había sido posible hasta el momento, redundando así en una mayor utilidad práctica y una mejor optimización de recursos.

Por otro lado y en relación a las comparaciones entre variables llevadas a cabo en las mujeres con anorexia y sin trastornos alimentarios, el estudio obtuvo resultados concluyentes.

Las mujeres anoréxicas presentaron en mayor medida estilos de apego inseguros, con una predominancia del apego evitativo y ambivalente, ofreciendo así mayor solidez

al consenso teórico y empírico existente sobre la presencia de problemas de vinculación temprana y posterior en estos trastornos.

Igualmente, la capacidad mentalizadora apareció dañada en todas las polaridades evaluadas en la muestra de mujeres anoréxicas con respecto al grupo sin este trastorno, siendo estas diferencias mucho más acusadas en la polaridad referida al self (tanto afectiva como cognitiva) que en la referida al otro. De estos datos se desprende que las dificultades concernientes al propio funcionamiento mental, es decir con el registro y toma de conciencia de los estados mentales propios en sentido amplio (necesidades, deseos, creencias, emociones etc.) podrían jugar un papel clave tanto en la aparición como en el mantenimiento de estos cuadros. Además, estos problemas mentalizadores se extienden del polo meramente cognitivo de comprensión de los estados mentales propios a toda la gama emocional de identificación, reconocimiento, diferenciación y expresión de las experiencias afectivas.

El estudio sin embargo, no encontró evidencias tan determinantes sobre fallas en la mentalización referida al otro, que parece estar más preservada en estas pacientes, lo que pone en entredicho la afirmación de que ambas capacidades estén estrechamente interconectadas por apoyarse en substratos neurales comunes, e invita a seguir investigando al respecto en esta línea. Se podría hipotetizar que quizá la tendencia de estas mujeres a agradar al otro y a la búsqueda de su aceptación incondicional podría contribuir a desarrollar un mayor interés y curiosidad por el funcionamiento de la mente ajena que incluso por la propia.

Además, como cabía esperar, los resultados obtenidos sobre sintomatología alimentaria pusieron de manifiesto una propensión mucho mayor en las mujeres con anorexia a realizar dietas, a tener pensamientos referidos a la comida, así como a que se dieran episodios de atracones y vómitos con relativa frecuencia.

Por último, los análisis mediacionales realizados esclarecieron y delimitaron el papel mediador de la capacidad mentalizadora entre los estilos de apego inseguros y la sintomatología alimentaria. Así, de nuevo fue únicamente la mentalización centrada en el self la que medió dicha relación, específicamente la capacidad de identificar

emociones y diferenciarlas de sensaciones corporales, y la capacidad para dirigir la atención o ser consciente de la experiencia del momento presente sin juzgarla.

Los datos sugieren así que los estilos de apego inseguros (principalmente el ansioso ambivalente seguido del evitativo) podrían tener una influencia perniciosa sobre la mentalización centrada en el self, bien por la vía de generar miedo y preocupación por la separación y/o el abandono e impidiendo así a la persona a dirigir la atención y energía a la exploración mental, o bien por la vía de la negligencia, el maltrato o la insuficiente presencia, que conduciría a esta al rechazo y repliegue del mundo mental como maniobra defensiva y de supervivencia.

A su vez, las dificultades de mentalización centradas en el self influirían sobre la sintomatología, dando lugar así a la aparición de síntomas alimentarios, tal como también reflejan los análisis de mediación en el presente estudio. No obstante, aún quedaría por explicar la razón o razones de la aparición de esta sintomatología tan particular, y no de otra de cualquier otro orden del espectro psicopatológico. Esto abre una línea posible de investigación futura.

Finalmente, de todo lo expuesto anteriormente podrían extraerse algunas reflexiones así como aventurar algunos modos de hacer aplicables a la práctica clínica con estas pacientes.

En primer lugar, dada la preeminencia de las dificultades de mentalización que se han observado en estas personas, y la relación directa de esta capacidad en dar forma a los modos de comportamiento y acción, parece que las intervenciones deberían dirigirse a estos procesos mentalizadores y quizá no tanto a modificar directamente la conducta. Concretamente, sería conveniente que incidieran principalmente tanto en facilitar que la capacidad de atención pueda focalizarse en todas las áreas de la experiencia vital con una actitud de aceptación, de manera que estas puedan ser aceptadas sin crítica, como en ayudarles a construir capacidades para la identificación y diferenciación de emociones propias.

A su vez y siguiendo la línea de lo previamente expuesto, estas adquisiciones deberían darse en el marco de una relación de apego terapéutica caracterizada por una

aceptación incondicional, que permita que la experiencia se refleje de una forma “contingente”, es decir, precisa y congruente y “marcada” o diferenciada, para que vayan adquiriendo mayor noción sobre ellas mismas y sus experiencias, evitando así la tendencia a la acción o a la vía sintomática.

Como apunte final cabe señalar que todas las aportaciones de esta tesis, junto con las limitaciones expuestas en apartados previos y las líneas de futuro indicadas para solventarlas o ampliar los conocimientos donde este estudio no llega, invitan a seguir investigando sobre el vasto e interesante campo de las relaciones de apego y la capacidad de mentalización en los trastornos alimentarios.

## REFERENCIAS

---



- Acosta, M. V., Llopis, J. M., Gómez, G. y Pineda, G. (2005). Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo: Estudio transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(3), 223-232.
- Adams, R. B., Rule, N. O., Franklin R.G., Wang, E., Stevenson, M. T., Yoshikawa, S., . . . Ambady, N. (2010). Cross-cultural reading the mind in the eyes: An fMRI investigation. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 22(1), 97-108.
- Adenzato, M., Todisco, P. y Ardito, R. B. (2012). Social cognition in anorexia nervosa: Evidence of preserved theory of mind and impaired emotional functioning. *PloS One*, 7(8), e44414.
- Ainsworth, M. D. (1985). Attachments across the life span. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61(9), 792.
- Ainsworth, M. D., Blehar, M., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Akhtar, S. (1992). *Broken structures: Severe personality disorders and their treatment*. Northvale, NY: Jason Aronson.
- Alaerts, K., Nackaerts, E., Meyns, P., Swinnen, S. P. y Wenderoth, N. (2011). Action and emotion recognition from point light displays: An investigation of gender differences. *PloS One*, 6(6), e20989.
- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine: Its principles and applications*. New York: Norton.

- Allen, J. G., Huntoon, J., Fultz, J., Stein, H., Fonagy, P. y Evans, R. B. (2001). A model for brief assessment of attachment and its application to women in inpatient treatment for trauma-related psychiatric disorders. *Journal of Personality Assessment*, 76(3), 421-447.
- Allen, J. G., Fonagy, P. y Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. London: American Psychiatric Publishing.
- Allen, N. B., Chambers, R. y Knight, W. (2006). Mindfulness-based psychotherapies: A review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(4), 285-294.
- Allison, C., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Stone, M. y Muncer, S. (2011). Psychometric analysis of the empathy quotient (EQ). *Personality and Individual Differences*, 51(7), 829-835.
- American Psychiatric Association. (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, N. D., Lau, M. A., Segal, Z. V. y Bishop, S. R. (2007). Mindfulness-based stress reduction and attentional control. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14(6), 449-463.

- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J. y Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724-731.
- Arntz, A., Bernstein, D., Oorschot, M. y Schobre, P. (2006). Theory of mind in borderline and cluster-C personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(11), 801-807.
- Arntz, A., Klokman, J. y Sieswerda, S. (2005). An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(3), 226-239.
- Astington, J., Harris, P. y Olson, D. (1988). *Developing theories of mind*. New York: Cambridge University Press.
- Attia, E. (2010). Anorexia nervosa: Current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, 61, 425-435.
- Atwood, G. E. y Storolow, R. D. (1984). *Structures of subjectivity: Explorations in psychoanalytic phenomenology*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Baer, R. A., Smith, G. T. y Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report the kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*, 11(3), 191-206.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., . . . Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15(3), 329-342.

- Bagby, R. M., Parker, J. D. y Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale- I. item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.
- Bailey, E., Henry, D. y Von Hippel, W. (2008). Empathy and social functioning in late adulthood. *Aging and Mental Health*, 12(4), 499-503.
- Ballabriga, A. y Carrascosa, A. (2001). Trastornos de la conducta nutricional en la adolescencia: Anorexia y bulimia nerviosas. En A. Ballabriga y A. Carrascosa, (Eds.), *Nutrición en la infancia y adolescencia* (pp. 360-374). Madrid, España: Ergon.
- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A. y Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23(3), 486-494.
- Barker, M. y Givon, T. (2005). Representation of the interlocutor's mind during conversation. En B.F. Malle y S.D. Hodges (Eds.), *Other minds: How humans bridge the divide between self and others* (pp.223-238). New York: Guildford.
- Barnow, S., Rüge, J., Spitzer, C. y Freyberger, H. (2005). Temperament and character in persons with borderline personality disorder. *Der Nervenarzt*, 76(7), 839-40, 842-4, 846-8.
- Baron-Cohen, S., Golan, O., Chakrabarti, B. y Belmonte, M. K. (2008). Social cognition and autism spectrum conditions. En C. Sharp, P. Fonagy e I. Goodyer (Eds.), *Cognition and developmental psychopathology*. (pp.29-56). Oxford University Press.

- Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: An essay on autism and theory of mind*. Boston: MIT Press/Bradford Books.
- Baron-Cohen, S. (2003). *The essential difference: Men, women and the extreme male brain*. London: Penguin.
- Baron-Cohen, S. (2005). The empathizing system. En B.J. Ellis y D.F. Bjorklund (Eds.), *Origins of the social mind: Evolutionary psychology and child development* (pp. 468-492). New York: Guildford Press.
- Baron-Cohen, S. (2009). Autism: The Empathizing- Systemizing (E-S) theory. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156(1), 68-80.
- Baron-Cohen, S., Ring, H. A., Bullmore, E. T., Wheelwright, S., Ashwin, C. y Williams, S. C. R. (2000). The amygdala theory of autism. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24(3), 355-364.
- Baron-Cohen, S., Ring, H. A., Wheelwright, S., Bullmore, E. T., Brammer, M. J., Simmons, A. y Williams, S. C. R. (1999). Social intelligence in the normal and autistic brain: An fMRI study. *European Journal of Neuroscience*, 11(6), 1891-1898.
- Baron-Cohen, S. y Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(2), 163-175.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y. y Plumb, I. (2001). The “Reading the mind in the eyes” test revised version: A study with normal adults, and adults

- with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(2), 241-251.
- Baron-Cohen, S. (1989). The autistic child's theory of mind: A case of specific developmental delay. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(2), 285-297.
- Baron-Cohen, S. y Cross, P. (1992). Reading the eyes: Evidence for the role of perception in the development of a theory of mind. *Mind and Language*, 7(1-2), 172-186.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M. y Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*, 21(1), 37-46.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S. y Jolliffe, T. (1997). Is there a "language of the eyes"? evidence from normal adults, and adults with autism or Asperger syndrome. *Visual Cognition*, 4(3), 311-331.
- Barone, L. y Guiducci, V. (2009). Mental representations of attachment in eating disorders: A pilot study using the adult attachment interview. *Attachment and Human Development*, 11(4), 405-417.
- Barry, R. A., Kochanska, G. y Philibert, R. A. (2008). G × E interaction in the organization of attachment: Mothers' responsiveness as a moderator of children's genotypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(12), 1313-1320.
- Bartholomew, K. y Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.

- Bartholomew, K. y Shaver, P. R. (1998). Methods of assessing adult attachment. do they converge? En J.A. Simpson y W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships*. (pp. 25-45). New York: Guildford Press.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2006). *Mentalization based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford: University Press.
- Bateman, A. W. y Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36-51.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2008). Comorbid antisocial and borderline personality disorders: Mentalization-based treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 64(2), 181-194.
- Batson, C. D. (1991). *The altruism question: Toward a social-psychological answer*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Beales, D. L. y Dolton, R. (2000). Eating disordered patients: Personality, alexithymia, and implications for primary care. *The British Journal of General Practice*, 50(450), 21-26.
- Becker, B., Bell, M. y Billington, R. (1987). Object relations ego deficits in bulimic college women. *Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 92-95.

- Behar, R. (2012). Perspectiva evolucionista de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica De Chile, 140*, 517-523.
- Belsky, J. (1981). Early human experience: A family perspective. *Developmental Psychology, 17*(1), 3-23.
- Belsky, J. (2006). The development and evolutionary psychology of intergenerational transmission of attachment. En C.S. Carter, L. Ahnert y K.E. Grossmann (Eds.), *Attachment and bonding: A new synthesis*. (pp. 169-198). Cambridge, M.A.: MIT Press.
- Belsky, J. y Cassidy, J. (1994). Attachment: Theory and evidence. En R. Rutter, D. Hay y S. Baron-Cohen (Eds.), *Developmental principles and clinical issues in psychology and psychiatry*. (pp. 373-402). Oxford, U.K.: Blackwell.
- Bender, D. S. y Skodol, A. E. (2007). Borderline personality as a self-other representational disturbance. *Journal of Personality Disorders, 21*(5), 500-517.
- Benony, H., Peny, L., Gianoli, M., Hernández, S. y Larome, A. (2001). Étude descriptive des modèles individuels de relations chez des patients psychotiques débutants. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, 159*(8), 589-594.
- Bentler, P. M. y Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin, 88*(3), 588-606.
- Bermond, B. y Vorst, H. C. (1998). *Bermond-vorst alexithymia questionnaire*. University of Amsterdam: Unpublished manual.

- Berthoz, S., Perdereau, F., Godart, N., Corcos, M. y Haviland, M. G. (2007). Observer- and self-rated alexithymia in eating disorder patients: Levels and correspondence among three measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(3), 341-347.
- Berthoz, S., Wessa, M., Kedia, G., Wicker, B. y Grezes, J. (2008). Cross-cultural validation of the empathy quotient in a french-speaking sample. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(7), 469-477.
- Betan, E. y Westen, D. (2005). *Identity disturbance in adolescents with personality pathology*. Unpublished manuscript.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., . . . Velting, D. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241.
- Blair, R. J. R. (2007). Empathic dysfunction in psychopathic individuals. *Empathy in Mental Illness*, 3, 3-16.
- Blatt, S. J. y Auerbach, J. S. (1988). Differential cognitive disturbances in three types of borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, 2(3), 198-211.
- Blatt, S. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington DC: American Psychological Association.
- Bleiberg, E. (2006). Treating professionals in crisis: A mentalization-based specialized inpatient program. En J. G. Allen y P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalization-based treatment*. (pp. 233-247). Chichester, U.K.: John Wiley & Sons Ltd.

- Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. world health organization monograph series. (Serial No.2.). Ginebra: World Health Organization.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation: Anxiety and anger (vol. 2)*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss, sadness and depression (vol. 3)*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bowlby, J. (1969/82). *Attachment, vol. 1 of attachment and loss (2nd ed.)*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- Bowlby, J., Ainsworth, M., Boston, M., & Rosenbluth, D. (1956). The effects of mother-child separation: A follow-up study. *British Journal of Medical Psychology*, 29, 211-247.
- Britton, P. C. y Fuendeling, J. M. (2005). The relations among varieties of adult attachment and the components of empathy. *The Journal of Social Psychology*, 145(5), 519-530.
- Broberg, A. G., Hjalms, I. y Nevonen, L. (2001). Eating disorders, attachment and interpersonal difficulties: A comparison between 18-to 24-year-old patients and normal controls. *European Eating Disorders Review*, 9(6), 381-396.

- Brothers, L. y Ring, B. (1992). A neuroethological framework for the representation of minds. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 4(2), 107-118.
- Brown, K. W. y Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.
- Brown, K. W. y Ryan, R. M. (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 242-248.
- Browne, M. W. y Cudeck, R. (1992). Alternative ways of assessing model fit. *Sociological Methods and Research*, 21(2), 230-258.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1982). Treatment in anorexia nervosa. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 9, 303-312.
- Bruch, H. (1985). Four decades of eating disorders. En D.M. Garner y P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. (pp. 7-18). New York: Guildford.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 17(5), 730-732.
- Bruch, H. (1971). Anorexia nervosa in the male. *Psychosomatic Medicine*, 33(1), 31-47.

- Buchheim, A. y Strauss, B. (2002). Interview methoden der klinischen bindungsforschung. En B. Strauss, A. Buchheim y H. Kächele (Eds.), *Klinische bindungsforschung*. (pp. 22-57). Stuttgart: Schattauer.
- Butryn, M. L., Juarascio, A., Shaw, J., Kerrigan, S. G., Clark, V., O'Planick, A. y Forman, E. M. (2012). Mindfulness and its relationship with eating disorders symptomatology in women receiving residential treatment. *Eating Behaviors*, *14*(1), 13-16.
- Bydlowski, S., Corcos, M., Jeammet, P., Paterniti, S., Berthoz, S., Laurier, C., . . . Consoli, S. M. (2005). Emotion- processing deficits in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *37*(4), 321-329.
- Byrne, B. M. (1998). *Structural equation modeling with LISREL, PRELIS, and SIMPLIS : Basic concepts, applications, and programming*. Mahwah: Erlbaum.
- Cabasés, J. S. S. (1999). Aspectos históricos en la medicina sobre los trastornos alimentarios. *Revista de Estudios de Juventud*, *47*, 17-22.
- Calvo, A., Zapata, M., Cebollada, M., Trébol, L. y Lobo, A. (2010). Prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *38*(4), 204-211.
- Cano, B. (2004). Los trastornos de la conducta alimentaria desde la historia hasta nuestros días. *Revista Peruana de Pediatría*, *(1-4)*, 56-64.
- Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E. y Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance the philadelphia mindfulness scale. *Assessment*, *15*(2), 204-223.

- Carlson, L. E. y Brown, K. W. (2005). Validation of the mindful attention awareness scale in a cancer population. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(1), 29-33.
- Carmines, E. y MacIver, J. (1981). Analyzing models with unobserved variables: Analysis of covariance structures. En G. Bohrnsted y E. Borgatta (Eds.), *Social measurement: Current issues*. (pp. 65-115). Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Carrera, O. (2007). *Apego y anorexia nerviosa: Manipulación de las experiencias tempranas y desempeño en el procedimiento experimental de anorexia basada en la actividad* (tesis doctoral inédita). Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.
- Carroll, J. M. y Chiew, K. Y. (2006). Sex and discipline differences in empathising, systemising and autistic symptomatology: Evidence from a student population. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(7), 949-957.
- Casanueva Royo, M. (1996). El psicoanálisis como tratamiento de los trastornos de la alimentación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 16(57), 39-46.
- Cassidy, J. y Kobak, R. R. (1988). Avoidance and its relation to other defensive processes. En J. Belsky y T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 300-323). New York, NY: Guilford Press.
- Cassidy, J. y Shaver, P. R. (1999). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New York: Guildford Press.

- Cassidy, J. (1999). The nature of the child's ties. En J. Cassidy y P.R. Shaver (Eds.), *The handbook of attachment theory and research*. (pp. 3-20). New York: Guildford Publications.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimara, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Evaluacion Psicologica*, 7, 175-189.
- CEDE. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria. *PIR (Psicologo Interno Residente)*. (pp. 236-250). Madrid: Centro de Documentacion de Estudios y Oposiciones.
- Chakrabarti, B. y Baron-Cohen, S. (2006). Empathizing: Neurocognitive developmental mechanisms and individual differences. *Progress in Brain Research*, 156(22), 403-417.
- Chassler, L. (1997). Understanding anorexia nervosa and bulimia nervosa from an attachment perspective. *Clinical Social Work Journal*, 25(4), 407-423.
- Chawla, N. y Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 871-890.
- Choi-Kain, L. y Gunderson, J. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135.
- Chung, Y. S., Kang, D., Shin, N. Y., Yoo, S. Y. y Kwon, J. S. (2008). Deficit of theory of mind in individuals at ultra-high-risk for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 99(1), 111-118.

- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Collins, N. L. y Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644-633.
- Cook, C. M. y Saucier, D. M. (2010). Mental rotation, targeting ability and Baron-Cohen's empathizing-systemizing theory of sex differences. *Personality and Individual Differences*, 49(7), 712-716.
- Cooper, A. M. y Michels, R. (1988). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, revised (DSM-III-R). *American Journal of Psychiatry*, 145(10), 1300-1301.
- Corcos, M., Guilbaud, O., Speranza, M., Paterniti, S., Loas, G., Stephan, P. y Jeammet, P. (2000). Alexithymia and depression in eating disorders. *Psychiatry Research*, 93(3), 263-266.
- Cordon, S. L. y Finney, S. J. (2008). Measurement invariance of the Mindful Attention Awareness Scale across adult attachment style. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 40(4), 228-245.
- Cowdrey, F. A. y Park, R. J. (2012). The role of experiential avoidance, rumination and mindfulness in eating disorders. *Eating Behaviors*, 13(2), 100-105.
- Crichton, P. (1996). Were the roman emperors claudius and vitellius bulimic? *International Journal of Eating Disorders*, 19(2), 203-207.

- Csibra, G. y Gergely, G. (1998). The teleological origins of mentalistic action explanations: A developmental hypothesis. *Developmental Science*, 1(2), 255-259.
- Cusens, B., Duggan, G. B., Thorne, K. y Burch, V. (2010). Evaluation of the breathworks mindfulness-based pain management programme: Effects on well-being and multiple measures of mindfulness. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17(1), 63-78.
- Dallos, R. (2004). Attachment narrative therapy: Integrating ideas from narrative and attachment theory in systemic family therapy with eating disorders. *Journal of Family Therapy*, 26(1), 40-65.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.
- Davis, M. H. (1994). *Empathy: A social psychological approach*. CO: Westview Press.
- Davis, M. H. y Franzoi, S. L. (1991). Stability and change in adolescent self-consciousness and empathy. *Journal of Research in Personality*, 25(1), 70-87.
- De Achával, D., Costanzo, E. Y., Villarreal, M., Jáuregui, I. O., Chiodi, A., Castro, M. N., . . . Guinjoan, S. M. (2010). Emotion processing and theory of mind in schizophrenia patients and their unaffected first-degree relatives. *Neuropsychologia*, 48(5), 1209-1215.
- De Vignemont, F. y Singer, T. (2006). The empathic brain: How, when and why? *Trends in Cognitive Sciences*, 10(10), 435-441.

- Decety, J. y Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2), 71-100.
- Dejong, H., Van den Eynde, F., Broadbent, H., Kenyon, M., Lavender, A., Startup, H. y Schmidt, U. (2013). Social cognition in bulimia nervosa: A systematic review. *European Psychiatry*, 28(1), 1-6.
- Dennett, D. (1987). *The intentional stance*. Cambridge, MA: MIT Press/Bradford Books.
- Derntl, B., Seidel, E. M., Kryspin-Exner, I., Hasmann, A. y Dobmeier, M. (2009). Facial emotion recognition in patients with bipolar I and bipolar II disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 48(4), 363-375.
- Diamond, D. y Yeomans, F. (2008). The patient therapist relationship: Implications of attachment theory, reflective functioning and research. [La relation patient-therapeute: impacts de la theorie de l'attachement, de la fonction reflexive et de la recherche] *Sante Mentale Au Quebec*, 33(1), 61-87.
- Dimaggio, G., Lysaker, P. H., Carcione, A., Nicolò, G. y Semerari, A. (2008). Know yourself and you shall know the other... to a certain extent: Multiple paths of influence of self-reflection on mindreading. *Consciousness and Cognition*, 17(3), 778-789.
- Dimidjian, S. y Linehan, M. M. (2003). Defining an agenda for future research on the clinical application of mindfulness practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 166-171.

- Domes, G., Czieschnek, D., Weidler, F., Berger, C., Fast, K. y Herpertz, S. C. (2008). Recognition of facial affect in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22(2), 135-147.
- Dozier, M. y Kobak, R. R. (1992). Psychophysiology in attachment interviews: Converging evidence for deactivating strategies. *Child Development*, 63(6), 1473-1480.
- Dozier, M., Stovall-McClough, C. y Albus, K. E. (2008). Attachment and psychopathology in adulthood. En J. Cassidy y P. R. Shaver, (Eds.), *Handbook of attachment. theory, research, and clinical implications*, 2nd edition (pp. 718-744). New York and London: The Guilford Press.
- Dunbar, F. (1935). *Emotions and bodily changes: A survey of literature on psychosomatic interrelationships*. New York: Columbia University.
- Dunn, J., Brown, J. y Beardsall, L. (1991). Family talk about feeling states and children's later understanding of others' emotions. *Developmental Psychology*, 27(3), 448-455.
- Duval, C., Piolino, P., Bejanin, A., Eustache, F. y Desgranges, B. (2011). Age effects on different components of theory of mind. *Consciousness and Cognition*, 20(3), 627-642.
- Ensink, K. (2003). *Assessing theory of mind, affective understanding and reflective functioning in primary school aged children*. (Tesis doctoral inédita). University of London, Londres.

- Espeset, E., Gulliksen, K. S., Nordbø, R. H., Skårderud, F. y Holte, A. (2012). Fluctuations of body images in anorexia nervosa: Patients' perception of contextual triggers. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19(6), 518-530.
- Espina, A., Ortego Saenz de Cabezón, A., Ochoa de Alda, I., Joaristi, L. y Juaniz, M. (2004). Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 321-331.
- Fain, M. y Marty, P. (1964). Perspective psychosomatique sur la fonction des fantasmes. *Revue Française de Psychanalyse*, 28, 609-622.
- Fairburn, C. y Wilson, G. (1995). *Binge eating: Nature, assessment and treatment*. London: Guildford Press.
- Fairburn, C. G. y Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407-416.
- Fairchild, A. J. y MacKinnon, D. P. (2009). A general model for testing mediation and moderation effects. *Prevention Science*, 10(2), 87-99.
- Fearon, P., Target, M., Sargent, J., Williams, L. L., MacGregor, J., Bleiberg, E. y Fonagy, P. (2006). Short-term mentalization and relational therapy: An integrative family therapy for children and adolescents. En J.G. Allen y P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalization-based treatment*. (pp. 201-222). London: John Wiley & Sons Ltd.
- Fernández, M. A. y Encinas, F. J. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: Consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(2), 131-144.

- Fernández, M. A., Labrador, F. J. y Raich, R. M. (2007). Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *Journal of Psychosomatic Research*, 62(6), 681-690.
- Fernández-Abascal, E. G., Cabello, R., Fernández- Berrocal, P. y Baron-Cohen, S. (2013). Test-retest reliability of the 'reading the mind in the eyes' test: A one-year follow-up study. *Molecular Autism*, 4(1), 33.
- Flavell, J. H. (1999). Cognitive development: Children's knowledge about the mind. *Annual Review of Psychology*, 50(1), 21-45.
- Focquaert, F., Steven, M. S., Wolford, G. L., Colden, A. y Gazzaniga, M. S. (2007). Empathizing and systemizing cognitive traits in the sciences and humanities. *Personality and Individual Differences*, 43(3), 619-625.
- Fonagy, P. (2006). The mentalization-focused approach to social development. En Allen, J. y Fonagy, P. (Eds.), *Handbook of mentalization-based treatment*. (pp. 53-100) London: John Wiley & Sons.
- Fonagy, P. y Target, M. (2008). Attachment, trauma and psychoanalysis. En E. L. Jurist, A. Slade y S. Bergner (Eds.), *Mind to mind. infant research, neuroscience and psychoanalysis*. (pp.454). New York: Other Press.
- Fonagy, P., Bateman, A. y Luyten, P. (2012). Introduction and overview. En A. Bateman y P. Fonagy (Ed.), *Handbook of mentalizing in mental health practice*. (pp. 3-42). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, M. y Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.

- Fonagy, P. y Luyten, P. (2010). Mentalization: Understanding borderline personality disorder. . En T.H.C. Fuchs y P. Henningsen (Eds.), *The embodied self. dimensions, coherence and disorders.*(pp. 260-278). Stuttgart: Schattauer.
- Fonagy, P., Luyten, P., Bateman, A., Gergely, G., Strathearn, L., Target, M. y Allison, E. (2010). Attachment and personality pathology. En J. F. Clarkin, P. Fonagy y G. O. Gabbard (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders. A clinical handbook.* (pp. 37-88). American Psychiatric Publishing.
- Fonagy, P. y Target, M. (1996). Playing with reality: Part I. theory of the mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 77(2), 217-233.
- Fonagy, P. y Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H. y Steele, M. (1998). *Reflective-functioning manual, version 5.0, for application to adult attachment interviews.* London: University College London.
- Fonagy, P. y Bateman, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 411-430.
- Fonagy, P. y Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355-1381.

- Fonagy, P. y Target, M. (2007). Playing with reality: IV. A theory of external reality rooted in intersubjectivity. *The International Journal of Psychoanalysis*, 88(4), 917-937.
- Fonagy, P. y Target, M. (2005). Bridging the transmission gap: An end to an important mystery of attachment research? *Attachment and Human Development*, 7(3), 333-343.
- Fraley, R. C. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and Social Psychology Review*, 6(2), 123-151.
- Frick, C., Lang, S., Kotchoubey, B., Sieswerda, S., Dinu-Biringer, R., Berger, M., . . . Barnow, S. (2012). Hypersensitivity in borderline personality disorder during mindreading. *PloS One*, 7(8), e41650.
- Friederich, H., Walther, S., Bendszus, M., Biller, A., Thomann, P., Zeigermann, S., . . . Herzog, W. (2012). Grey matter abnormalities within cortico-limbic-striatal circuits in acute and weight-restored anorexia nervosa patients. *Neuroimage*, 59(2), 1106-1113.
- Frodi, A., Dernevik, M., Sepa, A., Philipson, J. y Bragesjö, M. (2001). Current attachment representations of incarcerated offenders varying in degree of psychopathy. *Attachment and Human Development*, 3(3), 269-283.
- Fuchs, T. (2007). Fragmented selves: Temporality and identity in borderline personality disorder. *Psychopathology*, 40(6), 379-387.

- Fukunishi, I., Sei, H., Morita, Y. y Rahe, R. H. (1999). Sympathetic activity in alexithymics with mother's low care. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(6), 579-589.
- Gallagher, H. L. y Frith, C. D. (2003). Functional imaging of 'theory of mind'. *Trends in Cognitive Sciences*, 7(2), 77-83.
- Gallagher, H., Happe, F., Brunswick, N., Fletcher, P., Frith, U. y Frith, C. (2000). Reading the mind in cartoons and stories: An fMRI study of 'theory of mind' in verbal and nonverbal tasks. *Neuropsychologia*, 38(1), 11-21.
- Gallese, V., Keysers, C. y Rizzolatti, G. (2004). A unifying view of the basis of social cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 8(9), 396-403.
- Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Speeg, C., Goldbloom, D., Kennedy, S., . . . Woodside, D. (1996). Should amenorrhoea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? evidence from a Canadian community sample. *The British Journal of Psychiatry*, 168(4), 500-506.
- Garner, D. M. y Bemis, K. M. (1985). Cognitive therapy for anorexia nervosa. En D.M. Garner y P.E. Garfinkel, (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. (pp.107-146). New York: Guildford Press.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y. y Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871-878.

- Garrido, L., Santelices, M. P., Pierrehumbert, B. y Armijo, I. (2009). Validación chilena del cuestionario de evaluación de apego en el adulto CaMir. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 81-98.
- George, C., Kaplan, N. y Main, M. (1985). *Adult Attachment Interview*. University of California: Unpublished manuscript.
- Gergely, G. y Watson, J. (1996). The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: The development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77(6), 1181-1212.
- Gergely, G. (2003). The development of teleological versus mentalizing observational learning strategies in infancy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(2), 113-131.
- Gergely, G. y Csibra, G. (2003). Teleological reasoning in infancy: The naïve theory of rational action. *Trends in Cognitive Sciences*, 7(7), 287-292.
- Gergely, G., Nádasdy, Z., Csibra, G. y Bíró, S. (1995). Taking the intentional stance at 12 months of age. *Cognition*, 56(2), 165-193.
- Germer, C. K. (2005). Mindfulness. what is it? what does it matter?. En C.K. Germer, R.D. Siegel y P.R. Fulton, (Eds.), *Mindfulness psychotherapy*. (pp. 3-27). New York: Guildford Press.
- Gillberg, I. C., Råstam, M. y Gillberg, C. (1995). Anorexia nervosa 6 years after onset: Part I. personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 36(1), 61-69.

- Golan, O., Baron-Cohen, S., Hill, J. J. y Golan, Y. (2006). The “reading the mind in films” task: Complex emotion recognition in adults with and without autism spectrum conditions. *Social Neuroscience*, 1(2), 111-123.
- Goldman, A. (2001). *Using your mind to read others*. University of Ari-Zona Working Paper.
- Goldstein, J. (2002). *One dharma: The emerging western buddhism*. San Francisco: Harper San Francisco.
- Goodall, K., Trejnowska, A. y Darling, S. (2012). The relationship between dispositional mindfulness, attachment security and emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 52(5), 622-626.
- Goodsit, A. (1997). Eating disorders: A self-psychological perspective. En D.M. Garner y P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders*. (pp. 205-228). New York: Guildford.
- Gopnik, A. y Wellman, H. M. (1994). The theory theory. En L. Hirschfield y S. Gelman (Eds.), *Mapping the mind: Domain specificity in culture and cognition* (pp. 257-296). New York: Cambridge University Press.
- Gousse, A. (2011). *Eating disturbances in women starting university: The contribution of mindfulness and experiential avoidance*. University of Guelph, Canada.
- Gouveia, V. V., De Lucena, S., Santos, W. S., Gouveia, R. S. y Cavalcanti, J. P. (2010). Test de actitudes alimentarias: Evidencias de validez de una nueva versión reducida. *Interamerican Journal of Psychology*, 44(1), 28-36.

- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Green, M. F., Olivier, B., Crawley, J. N., Penn, D. L. y Silverstein, S. (2005). Social cognition in schizophrenia: Recommendations from the measurement and treatment research to improve cognition in schizophrenia new approaches conference. *Schizophrenia Bulletin*, 31(4), 882-887.
- Grossman, K. E., Grossman, K. y Zimmermann, P. (1999). A wider view of attachment and exploration. En J. Cassidy y J. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. (pp. 760-786). New York: Guildford.
- Guttman, H. y Laporte, L. (2002). Alexithymia, empathy, and psychological symptoms in a family context. *Comprehensive Psychiatry*, 43(6), 448-455.
- Hallerbäck, M. U., Lugnegård, T., Hjärthag, F. y Gillberg, C. (2009). The Reading the Mind in the Eyes Test: Test-retest reliability of a Swedish version. *Cognitive Neuropsychiatry*, 14(2), 127-143.
- Hambrook, D., Tchanturia, K., Schmidt, U., Russell, T. y Treasure, J. (2008). Empathy, systemizing, and autistic traits in anorexia nervosa: A pilot study. *British Journal of Clinical Psychology*, 47(3), 335-339.
- Happé, F. y Frith, U. (1994). Theory of mind in autism. En E. Schopler y G. Mesiboy (Eds.), *Learning and cognition in autism*. (pp.177-197). New York: Plenum Press.

- Happé, F., Brownell, H. y Winner, E. (1999). Acquired "theory of mind" impairments following stroke. *Cognition*, 70(3), 211-240.
- Harkness, K., Sabbagh, M., Jacobson, J., Chowdrey, N. y Chen, T. (2005). Enhanced accuracy of mental state decoding in dysphoric college students. *Cognition and Emotion*, 19(7), 999-1025.
- Harkness, K. L., Jacobson, J. A., Duong, D. y Sabbagh, M. A. (2010). Mental state decoding in past major depression: Effect of sad versus happy mood induction. *Cognition and Emotion*, 24(3), 497-513.
- Harlow, H. F. y Zimmermann, R. R. (1958). The development of affective responsiveness in infant monkeys. *Proceedings of the American Philosophical Society*, 102, 501 -509.
- Harris, E. C. y Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 173(1), 11-53.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K. y Treasure, J. (2010). Emotional functioning in eating disorders: Attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychological Medicine*, 40(11), 1887-1897.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K. y Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16(4), 348-356.
- Harrison, A., Tchanturia, K. y Treasure, J. (2010). Attentional bias, emotion recognition, and emotion regulation in anorexia: State or trait?. *Biological Psychiatry*, 68(8), 755-761.

- Haslam- Hopwood, G. T. G., Allen, J. G., Stein, A. y Bleiberg, E. (2006). Enhancing mentalizing through psycho-education. En J.G. Allen y P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalization-based treatment* (pp. 249-267). London: John Wiley & Sons Ltd.
- Hauser, S., Allen, J. y Golden, E. (2006). *Out of the woods: Tales of resilient teens*. Cambridge, M.A.: Harvard University Press.
- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication Monographs*, 76(4), 408-420.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy: Understanding and treating human suffering*. New York: Guildford Press.
- Hazan, C. y Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511.
- Hesse, E. (1999). The adult attachment interview: Historical and current perspectives. En J. Cassidy y P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. (pp. 395-433). New York: Guilford Press.
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 4(19), 389-394.
- Hoffman, M. L. (1984). Interaction of affect and cognition in empathy. En C.E. Izard y R.B. Kagan (Eds.), *Emotions, cognition, and behavior*. (pp.103-131). Cambridge: Cambridge University Press.

- Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*(3), 307.
- Horney, K. (1952). The paucity of inner experiences. *American Journal of Psychoanalysis, 12*, 3-9.
- Hoyle, R. H. y Smith, G. T. (1994). Formulating clinical research hypotheses as structural equation models: A conceptual overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(3), 429.
- Hu, L. y Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 6*(1), 1-55.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr, H. G. y Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry, 61*(3), 348-358.
- Hughes, C. y Ensor, R. (2008). Does executive function matter for preschoolers' problem behaviors? *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*(1), 1-14.
- Hünefeldt, T., Laghi, F., Ortu, F. y Belardinelli, M. O. (2013). The relationship between 'theory of mind' and attachment-related anxiety and avoidance in italian adolescents. *Journal of Adolescence, 36*(3), 613-621.
- Hynes, C. A., Baird, A. A. y Grafton, S. T. (2006). Differential role of the orbital frontal lobe in emotional versus cognitive perspective-taking. *Neuropsychologia, 44*(3), 374-383.

- Ihnen, G. H., Penn, D. L., Corrigan, P. W. y Martin, J. (1998). Social perception and social skill in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 80(3), 275-286.
- Illing, V., Tasca, G. A., Balfour, L. y Bissada, H. (2010). Attachment insecurity predicts eating disorder symptoms and treatment outcomes in a clinical sample of women. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(9), 653-659.
- Iñárritu, M. C., Cruz V. y Moran, I. (2004). Instrumentos de evaluación para los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Salud Pública y Nutrición Mexicana*, 5(2), 23-27.
- Isabella, R. A. (1993). Origins of attachment: Maternal interactive behavior across the first year. *Child Development*, 64(2), 605-621.
- Jänsch, C., Harmer, C. y Cooper, M. (2009). Emotional processing in women with anorexia nervosa and in healthy volunteers. *Eating Behaviors*, 10(3), 184-191.
- Johnson, C. y Connors, M. E. (1987). *The etiology and treatment of bulimia nervosa: A biopsychosocial perspective*. New York: Basic Books.
- Joos, A. A., Saum, B., van Elst, L. T., Perlov, E., Glauche, V., Hartmann, A., . . . Zeeck, A. (2011). Amygdala hyperreactivity in restrictive anorexia nervosa. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191(3), 189-195.
- Jöreskog, K. y Sörbom, D. (1997). *Lisrel 8: User's reference guide*. Lincolnwood: Scientific Software International.
- Jurist, E. L. (2005). Mentalized affectivity. *Psychoanalytic Psychology*, 22(3), 426-444.

- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology; Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (2000). Participatory medicine. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 14(4), 239-240.
- Karlsson, G. (2002). Metaphor and the psychodynamic functions of the mind. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 25(2), 167-171.
- Keating, L., Tasca, G. A. y Hill, R. (2013). Structural relationships among attachment insecurity, alexithymia, and body esteem in women with eating disorders. *Eating Behaviors*, 14(3), 366-373.
- Kelman, N. (1952). Clinical aspects of externalized living. *American Journal of Psychoanalysis*, 12(1), 15-23.
- Kernberg, O., Clarkin, J. F. y Yeomans, F. E. (2002). *A primer of transference focused psychotherapy for the borderline patient*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1983). Object relations theory and character analysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 31, 247-271.

- Kettle, J. W. L., O'Brien-Simpson, L. y Allen, N. B. (2008). Impaired theory of mind in first-episode schizophrenia: Comparison with community, university and depressed controls. *Schizophrenia Research*, 99(1), 96-102.
- Kim, J. y Lee, S. J. (2010). Reliability and validity of the korean version of the empathy quotient scale. *Psychiatry Investigation*, 7(1), 24-30.
- King-Casas, B., Sharp, C., Lomax-Bream, L., Lohrenz, T., Fonagy, P. y Montague, P. R. (2008). The rupture and repair of cooperation in borderline personality disorder. *Science*, 321, (5890) 806-810.
- Kiyotaki, Y. y Yokoyama, K. (2006). Relationships of eating disturbances to alexithymia, need for social approval, and gender identity among japanese female undergraduate students. *Personality and Individual Differences*, 41(4), 609-618.
- Kline, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guildford.
- Kobak, R. R. (1999). The emotional dynamics of disruptions in attachment relationships. implications for theory, research and clinical intervention. En J. Cassidy y P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. (pp. 21-43). New York: Guildford Press.
- Kohler, W. (1929). *Gestalt psychology*. New York: Liveright.
- Kooiman, C., Spinhoven, P. y Trijsburg, R. (2002). The assessment of alexithymia: A critical review of the literature and a psychometric study of the Toronto Alexithymia Scale-20. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(6), 1083-1090.

- Krystal, H. (1968). *Massive psychic trauma*. New York: International Universities Press.
- Krystal, H. y Raskin, H. A. (1970). *Drug dependence: Aspects of ego function*. Detroit: Wayne State University Press.
- Kucharska-Pietura, K., Nikolaou, V., Masiak, M. y Treasure, J. (2004). The recognition of emotion in the faces and voice of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 35(1), 42-47.
- Labelle, L. E., Campbell, T. S. y Carlson, L. E. (2010). Mindfulness-based stress reduction in oncology: Evaluating mindfulness and rumination as mediators of change in depressive symptoms. *Mindfulness*, 1(1), 28-40.
- Lacasa, F. (2008). *Relación entre vínculo afectivo, psicopatología y cambio en una muestra de adolescentes: Estudio comparativo entre una muestra clínica que han realizado psicoterapia de grupo y una muestra comunitaria*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Laible, D. J., Carlo, G. y Roesch, S. C. (2004). Pathways to self-esteem in late adolescence: The role of parent and peer attachment, empathy, and social behaviours. *Journal of Adolescence*, 27(6), 703-716.
- Lakoff, G. y Johnson, M. (1980). *Metaphors we live by*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lakoff, G. y Johnson, M. (1999). *Philosophy in the flesh: The embodied mind and its challenge to western thought*. New York: Basic Books.

- Lanza, G. (2011a). La mentalización, su arquitectura, funciones y aplicaciones prácticas. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis* ,39. Recuperado de <http://www.aperturas.org/revistas.php?n=043>.
- Lanza, G. (2011b). Mentalización: Aspectos teóricos y clínicos. *Psiquiatria.com*. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/tratamientos/mentalizacion-aspectos-teoricos-y-clinicos/>
- Lanza, G. (2011c). Las polaridades de la mentalización en la práctica clínica. *Clínica e Investigación Relacional*, 5(2), 295-315.
- Lanza, G. (2012a). Los modos prementalizados de experimentar el mundo interno. a) el modo de equivalencia psíquica [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://medicalia.ning.com/profiles/blogs/los-modos-prementalizados-de-experimentar-el-mundo-interno-a-el>
- Lanza, G. (2012b). Los modos prementalizados de experimentar el mundo interno. b) el modo “hacer de cuenta” [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://mentalizacion.com.ar/blognuevo/?p=78>
- Lanza, G. (2012c). Polaridades de la mentalización I [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://mentalizacion.com.ar/blognuevo/?p=34>
- Lanza, G. (2012d). Polaridades de la mentalización II [Mensaje en un blog] Recuperado de <http://mentalizacion.com.ar/blognuevo/?p=36>
- Lanza, G. (2012e). Polaridades de la mentalización IV [Mensaje en un blog] Recuperado de <http://mentalizacion.com.ar/blognuevo/?p=40>

- Latzer, Y., Hochdorf, Z., Bachar, E. y Canetti, L. (2002). Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders. *Contemporary Family Therapy*, 24(4), 581-599.
- Lavender, J. M., Gratz, K. L. y Tull, M. T. (2011). Exploring the relationship between facets of mindfulness and eating pathology in women. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(3), 174-182.
- Lavender, J. M., Jardin, B. F. y Anderson, D. A. (2009). Bulimic symptoms in undergraduate men and women: Contributions of mindfulness and thought suppression. *Eating Behaviors*, 10(4), 228-231.
- Lawrence, E., Shaw, P., Baker, D., Baron-Cohen, S. y David, A. (2004). Measuring empathy: Reliability and validity of the empathy quotient. *Psychological Medicine*, 34(5), 911-920.
- Lecours, S. (1995). La Grille de l'Élaboration Verbale de l'Affect (GÉVA). Manuel de cotation . Manuscrito inédito. Universidad de Montréal, Canadá.
- Lecours, S., Robert, G. y Desruisseaux, F. (2009). Alexithymie et élaboration verbale de l'affect chez des adultes souffrant d'une pathologie respiratoire. *Revue Européenne De Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 59(3), 187-195.
- Leslie, A. M. (1987). Pretense and representation: The origins of " theory of mind.". *Psychological Review*, 94(4), 412-426.
- Levinson, A. y Fonagy, P. (2004). Offending and attachment: The relationship between interpersonal awareness and offending in a prison population with psychiatric

- disorder. *Canadian Journal of Psychoanalysis/ Revue Canadienne de Psychanalyse*, 12, 225-251.
- Lewis, M. (1993). Self-conscious emotions: Embarrassment, pride, shame, and guilt . En M. Lewis y J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions*. (pp. 563-573). New York: Guilford Press.
- Lieberman, M. D. (2007). Social cognitive neuroscience: A review of core processes. *Annual Review of Psychology*, 58, 259-289.
- Lindblad, F., Lindberg, L. y Hjern, A. (2006). Improved survival in adolescent patients with anorexia nervosa: A comparison of two swedish national cohorts of female inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1433-1435.
- Linehan, M. (1993a). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., . . . Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757.
- Lombardo, M. V., Barnes, J. L., Wheelwright, S. J. y Baron-Cohen, S. (2007). Self-referential cognition and empathy in autism. *PLoS One*, 2(9), e883.

- Lombardo, M. V., Chakrabarti, B., Bullmore, E. T., Wheelwright, S. J., Sadek, S. A., Suckling, J. y Baron-Cohen, S. (2010). Shared neural circuits for mentalizing about the self and others. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 22(7), 1623-1635.
- López Herrero, L. S. (1999). Anorexia: Comer nada, una perspectiva psicoanalítica. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 19(72), 599-608.
- Lorenz, K. (1935). Der Kumpan in der Umwelt des Vogels. Der Artgenosse als auslösendes Moment sozialer Verhaltensweisen. *Journal für Ornithologie* 83, 137-215, 289-413.
- Luyten, P., Van Houdenhove, B., Lemma, A., Target, M. y Fonagy, P. (2012). A mentalization-based approach to the understanding and treatment of functional somatic disorders. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26(2), 121-140.
- Luyten, P., Fonagy, P., Mayes, L., Vermote, R., Lowyck, B., Bateman, A. y Target, M. (2011). Broadening the scope of the mentalization based approach to psychopathology. *Manuscript Submitted for Publication*.
- Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B. y Vermote, R. (2012). Assessment of mentalization. En A. Bateman y P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice*. (pp. 43-65). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Lynch, T. R., Rosenthal, M. Z., Kosson, D. S., Cheavens, J. S., Lejuez, C. y Blair, R. (2006). Heightened sensitivity to facial expressions of emotion in borderline personality disorder. *Emotion*, 6(4), 647-655.

- Ma, S. H. y Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 31-40.
- Machado-de-Sousa, J. P., Arrais, K. C., Alves, N. T., Chagas, M. H. N., De Meneses-Gaya, C., Crippa, J. A. y Hallak, J. E. (2010). Facial affect processing in social anxiety: Tasks and stimuli. *Journal of Neuroscience Methods*, 193(1), 1-6.
- Maganto, C. y Cruz, M.S. (2008). Test de Siluetas para Adolescentes (TSA). Madrid: TEA Ediciones.
- Main, M., Goldwyn, R. y Hesse, E. (1998). Adult attachment scoring and classification system. Manuscrito inédito. Universidad de California, Berkeley, Estados Unidos.
- Main, M., Kaplan, N. y Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2), 66-104.
- Main, M. y Solomon, J. (1986). Discovery of anew, insecure-disorganized/ disoriented attachment pattern. En T.B. Brazelton y M. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy*. (pp. 95-124). Norwood, NJ: Ablex.
- Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) models of attachment. En C. Murray y J. Stevenson-Hinde (Eds.), *Attachment across the life circle*. (pp. 127-159). London: Routledge London.

- Makino, M., Tsuboi, K. y Dennerstein, L. (2004). Prevalence of eating disorders: A comparison of western and non-western countries. *Medscape General Medicine*, 6(3), 49.
- Malle, B. F. (2004). *How the mind explains behavior: Folk explanations, meaning, and social interaction*. Cambridge, M.A.: MIT Press.
- Marlatt, G. A. y Kristeller, J. L. (1999). Mindfulness and meditation. En W. R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into treatment*. (pp. 67-84). Washington, DC: American Psychological Association.
- Marrone, M., Diamond, N., Juri, L.J. y Bleichmar, H. (2001). *La teoría del apego: Un enfoque actual*. Madrid: Prismática.
- Marrone, M. (2008). La teoría del apego como paradigma psicoanalítico. En S. Yáñez, (Ed.), *La teoría del apego en la clínica I: Evaluación y clínica*. (pp. 15-35). Madrid: Prismática.
- Marsh, A. A. y Blair, R. (2008). Deficits in facial affect recognition among antisocial populations: A meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32(3), 454-465.
- Martínez-Sánchez, F. (1996). Adaptación española de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*, 7(1), 19-32.
- Marty, P. y De M'Uzan, M. (1963). La pensée opératoire. *Revue Française De Psychanalyse*, 27, 1345-1356.

- Masuda, A. y Wendell, J. W. (2010). Mindfulness mediates the relation between disordered eating-related cognitions and psychological distress. *Eating Behaviors, 11*(4), 293-296.
- Maunder, R. G. y Hunter, J. J. (2008). Attachment relationships as determinants of physical health. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, 36*(1), 11-32.
- Maurage, P., Grynberg, D., Noël, X., Joassin, F., Hanak, C., Verbanck, P., . . . Philippot, P. (2011). The “Reading the mind in the eyes” test as a new way to explore complex emotions decoding in alcohol dependence. *Psychiatry Research, 190*(2), 375-378.
- Mayes, L. C. (2006). Arousal regulation, emotional flexibility, medial amygdala function, and the impact of early experience. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1094*(1), 178-192.
- McCracken, L. M., Gauntlett-Gilbert, J. y Vowles, K. E. (2007). The role of mindfulness in a contextual cognitive-behavioral analysis of chronic pain-related suffering and disability. *Pain, 131*(1), 63-69.
- McMain, S., Links, P., Gnam, W., Guimond, T., Cardish, R., Korman, L. y Streiner, D. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 166*(12), 1365-1374.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press.

- Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E. y Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: Mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(5), 637-648.
- Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Das Gupta, M., Fradley, E. y Tuckey, M. (2002). Maternal mind-mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding. *Child Development*, 73(6), 1715-1726.
- Mendlewicz, L., Linkowski, P., Bazelmans, C. y Philippot, P. (2005). Decoding emotional facial expressions in depressed and anorexic patients. *Journal of Affective Disorders*, 89(1), 195-199.
- Merwin, R. M., Zucker, N. L., Lacy, J. L. y Elliott, C. A. (2010). Interoceptive awareness in eating disorders: Distinguishing lack of clarity from non-acceptance of internal experience. *Cognition and Emotion*, 24(5), 892-902.
- Meyer, B. y Pilkonis, P. A. (2005). An attachment model of personality disorders. En M.F. Lenzenweger y J.F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder, 2nd edition*. (pp. 231-281). New York: Guilford Press.
- Mikulincer, M. y Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics and change*. New York: Guilford Publications.
- Mikulincer, M. y Arad, D. (1999). Attachment working models and cognitive openness in close relationships: A test of chronic and temporary accessibility effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(4), 710-725.

- Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Bader, M. y Halfon, O. (2005). Assessing attachment cognitions and their associations with depression in youth with eating or drug misuse disorders. *Substance use and Misuse*, 40(5), 605-623.
- Miyake, Y., Okamoto, Y., Onoda, K., Kurosaki, M., Shirao, N., Okamoto, Y. y Yamawaki, S. (2010). Brain activation during the perception of distorted body images in eating disorders. *Psychiatry Research*, 181(3), 183-192.
- Montebarocci, O., Codispoti, M., Surcinelli, P., Franzoni, E., Baldaro, B. y Rossi, N. (2006). Alexithymia in female patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 11(1), 14-21.
- Moor, B. G., De Macks, Z.A.O., Güroğlu, B., Rombouts, S. A., Van der Molen, M. W. y Crone, E. A. (2012). Neurodevelopmental changes of reading the mind in the eyes. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 7(1), 44-52.
- Morgan, C. D. y Murray, H. A. (1935). A method for investigating fantasies: The thematic apperception test. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 34(2), 289-306.
- Moriguchi, Y., Decety, J., Ohnishi, T., Maeda, M., Mori, T., Nemoto, K., . . . Komaki, G. (2007). Empathy and judging other's pain: An fMRI study of alexithymia. *Cerebral Cortex*, 17(9), 2223-2234.
- Morrison, A. P., Frame, L. y Larkin, W. (2003). Relationships between trauma and psychosis: A review and integration. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(4), 331-353.

- Muela, A. (2010). *Desprotección infantil, estilos de apego e indicadores de psicopatología en la adolescencia*. San Sebastian: Universidad del País Vasco.
- Muller, F., Simion, A., Reviriego, E., Galera, C., Mazaux, J. M., Barat, M. y Joseph, P. A. (2010). Exploring theory of mind after severe traumatic brain injury. *Cortex*, 46(9), 1088-1099.
- Muncer, S. J. y Ling, J. (2006). Psychometric analysis of the Empathy Quotient (EQ) scale. *Personality and Individual Differences*, 40(6), 1111-1119.
- Muro-Sans, P. y Amador-Campos, J. (2007). Prevalence of eating disorders in a Spanish community adolescent sample. *Eating and Weight Disorders*, 12(1), 1-6.
- Nasser, M. (1993). A prescription of vomiting: Historical footnotes. *International Journal of Eating Disorders*, 13(1), 129-131.
- Nemiah, J. C. y Sifneos, P. E. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. En O. W. Hill (Ed.), *Modern trends in psychosomatic medicine, vol 2*. (pp. 26-34). London: Butterworths.
- Nemiah, J., Freyberger, H. y Sifneos, P. (1976). Alexithymia: A view of the psychosomatic process. *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, 3, 430-439.
- Nemiah, J. C. (1977). Alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1-4), 199-206.
- Nilsson, E. W., Gillberg, C., Gillberg, I. C. y Råstam, M. (1999). Ten-year follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa: Personality disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(11), 1389-1395.

- O' Connor, T. G. y Hirsch, N. (1999). Intra-Individual differences and Relationship-Specificity of mentalising in early adolescence. *Social Development*, 8(2), 256-274.
- Obiols, J. y Pousa, E. (2004). La teoría mente como modulo cerebral evolutivo. En J. Sanjuán y C.J. Cela (Eds.), *La profecía de Darwin*. (pp. 105-114). Barcelona: Ars Médica.
- Oldershaw, A., Treasure, J., Hambrook, D., Tchanturia, K. y Schmidt, U. (2011). Is anorexia nervosa a version of autism spectrum disorders? *European Eating Disorders Review*, 19(6), 462-474.
- Onishi, K. H. y Baillargeon, R. (2005). Do 15-month-old infants understand false beliefs? *Science*, 308(5719), 255-258.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- O' Shaughnessy, R. y Dallos, R. (2009). Attachment research and eating disorders: A review of the literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(4), 559-574.
- Otero Rodríguez, J. (1999). Alexitimia, una revisión. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 19(72), 587-596.
- Park, R. J., Dunn, B. D. y Barnard, P. J. (2011). Schematic models and modes of mind in anorexia nervosa I: A novel process account. *International Journal of Cognitive Therapy*, 4(4), 415-437.

- Park, R. J., Dunn, B. D. y Barnard, P. J. (2012). Schematic models and modes of mind in anorexia nervosa II: Implications for treatment and course. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(1), 86-98.
- Parker, J. D., Taylor, G. J. y Bagby, R. M. (1989). The alexithymia construct: Relationship with sociodemographic variables and intelligence. *Comprehensive Psychiatry*, 30(5), 434-441.
- Parker, J. D., Taylor, G. J. y Bagby, R. M. (2003). The 20-item Toronto Alexithymia Scale: III. reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(3), 269-275.
- Parling, T., Mortazavi, M. y Ghaderi, A. (2010). Alexithymia and emotional awareness in anorexia nervosa: Time for a shift in the measurement of the concept? *Eating Behaviors*, 11(4), 205-210.
- Pérez-Albéniz, A., De Paúl, J., Etxeberria, J., Montes, M. P. y Torres, E. (2003). Adaptación de Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema*, 15(2), 267-272.
- Pérez-Gaspar, M., Gual, P., de Irala-Estévez, J., Martínez-González, M., Lahortiga, F. y Cervera, S. (2000). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Medicina Clinica*, 114(13), 481-486.
- Perner, J. (1991). *Understanding the representational mind*. Cambridge, MA: Bradford Books, MIT Press.
- Piaget, J. (1932). *The moral judgment of the child*. London: Simon and Schuster.

- Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Sieye, A., Meister, C., Miljkovitch, R. y Halfon, O. (1996). Les modèles de relations: Développement d'un auto-questionnaire d'attachement pour adultes. *Psychiatrie De L'Enfant*, 39(1), 161-206.
- Pollatos, O., Herbert, B., Schandry, R. y Gramann, K. (2008). Impaired central processing of emotional faces in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 70(6), 701-708.
- Pradas, C., Pastor, J. B., Moya, E. M., Touriño, A. G. y Llandrich, J. O. (2012). Emotional theory of mind in eating disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 189-202.
- Premack, D. y Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1(4), 515-526.
- Preston, S. D. y de Waal, F. B. M. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral and Brain Sciences*, 25(1), 1-20.
- Preti, A., Vellante, M., Baron-Cohen, S., Zucca, G., Petretto, D. R. y Masala, C. (2011). The empathy quotient: A cross-cultural comparison of the italian version. *Cognitive Neuropsychiatry*, 16(1), 50-70.
- Prevost, M., Carrier, M., Chowne, G., Zelkowitz, P., Joseph, L. y Gold, I. (2014). The reading the mind in the eyes test: Validation of a french version and exploration of cultural variations in a multi-ethnic city. *Cognitive Neuropsychiatry*, 19(3), 189-204.

- Prowse, E., Bore, M. y Dyer, S. (2013). Eating disorder symptomatology, body image, and mindfulness: Findings in a non-clinical sample. *Clinical Psychologist*, 17(2), 77-87.
- Qian, J., Hu, Q., Wan, Y., Li, T., Wu, M., Ren, Z. y Yu, D. (2013). Prevalence of eating disorders in the general population: A systematic review. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 25(4), 212-223.
- Raimbault, G. (1989). *Las indomables figuras de la anorexia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Ramacciotti, A., Sorbello, M., Pazzagli, A., Vismara, L., Mancone, A. y Pallanti, S. (2001). Attachment processes in eating disorders. *Eating and Weight Disorders* 6(3), 166-170.
- Rava, M. F. y Silber, T. J. (2004). Bulimia nerviosa (parte 1): Historia, definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 102(5), 353-363.
- Rawal, A., Park, R. J. y Williams, J. M. G. (2010). Rumination, experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 851-859.
- Repacholi, B. M. y Gopnik, A. (1997). Early reasoning about desires: Evidence from 14-and 18-month-olds. *Developmental Psychology*, 33(1), 12-21.
- Rhodes, B. y Kroger, J. (1992). Parental bonding and separation-individuation difficulties among late adolescent eating disordered women. *Child Psychiatry and Human Development*, 22(4), 249-263.

- Richell, R., Mitchell, D., Newman, C., Leonard, A., Baron-Cohen, S. y Blair, R. (2003). Theory of mind and psychopathy: Can psychopathic individuals read the 'language of the eyes'? *Neuropsychologia*, *41*(5), 523-526.
- Riggio, R. E., Tucker, J. y Coffaro, D. (1989). Social skills and empathy. *Personality and Individual Differences*, *10*(1), 93-99.
- Ringer, F. y Crittenden, P. (2007). Eating disorders and attachment: The effects of hidden family processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review*, *15*(2), 119-130.
- Rivas, T., Bersabé, R., Jiménez, M. y Berrocal, C. (2010). The eating attitudes test (EAT-26): Reliability and validity in spanish female samples. *The Spanish Journal of Psychology*, *13*(2), 1044-1056.
- Roisman, G. I., Holland, A., Fortuna, K., Fraley, R. C., Clausell, E. y Clarke, A. (2007). The adult attachment interview and self-reports of attachment style: An empirical rapprochement. *Journal of Personality and Social Psychology*, *92*(4), 678-697.
- Rothschild-Yakar, L., Eviatar, Z., Shamia, A. y Gur, E. (2011). Social cognition in eating disorders: Encoding and representational processes in bingeing and purging patients. *European Eating Disorders Review*, *19*(1), 75-84.
- 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*(7), 501-507.

- Rozenstein, M. H., Latzer, Y., Stein, D. y Eviatar, Z. (2011). Perception of emotion and bilateral advantage in women with eating disorders, their healthy sisters, and nonrelated healthy controls. *Journal of Affective Disorders*, 134(1), 386-395.
- Ruby, P. y Decety, J. (2004). How would you feel versus how do you think she would feel? A neuroimaging study of perspective-taking with social emotions. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 16(6), 988-999.
- Ruesch, J. (1948). The infantile personality the core problem of psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 10(3), 134-144.
- Ruffman, T., Perner, J. y Parkin, L. (1999). How parenting style affects false belief understanding. *Social Development*, 8(3), 395-411.
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(3), 429-448.
- Russell, T. A., Rubia, K., Bullmore, E. T., Soni, W., Suckling, J., Brammer, M. J., . . . Sharma, T. (2000). Exploring the social brain in schizophrenia: Left prefrontal underactivation during mental state attribution. *American Journal of Psychiatry*, 157(12), 2040-2042.
- Russell, T. A., Schmidt, U., Doherty, L., Young, V. y Tchanturia, K. (2009). Aspects of social cognition in anorexia nervosa: Affective and cognitive theory of mind. *Psychiatry Research*, 168(3), 181-185.
- Rutherford, M. D., Baron-Cohen, S. y Wheelwright, S. (2002). Reading the mind in the voice: A study with normal adults and adults with Asperger syndrome and high

- functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(3), 189-194.
- Ryu, V., An, S. K., Jo, H. H. y Cho, H. S. (2010). Decreased P3 amplitudes elicited by negative facial emotion in manic patients: Selective deficits in emotional processing. *Neuroscience Letters*, 481(2), 92-96.
- Sanvicente-Vieira, B., Kluwe-Schiavon, B., Wearick-Silva, L. E., Kluwe-Schiavon, B., Scherer, L., Tonelli, H. A. y Grassi-Oliveira, R. (2014). Revised reading the mind in the eyes test (RMET) brazilian version. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36(1), 60-67.
- Satpute, A. B. y Lieberman, M. D. (2006). Integrating automatic and controlled processes into neurocognitive models of social cognition. *Brain Research*, 1079(1), 86-97.
- Scheidt, C. E., Waller, E., Schnock, C., Becker-Stoll, F., Zimmermann, P., Lücking, C., Hermann y Wirsching, M. (1999). Alexithymia and attachment representation in idiopathic spasmodic torticollis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(1), 47-52.
- Scrimin, S., Moscardino, U., Capello, F., Altoè, G. y Axia, G. (2009). Recognition of facial expressions of mixed emotions in school-age children exposed to terrorism. *Developmental Psychology*, 45(5), 1341-1352.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression-A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.

- Shamay-Tsoory, S. G., Shur, S., Barcai-Goodman, L., Medlovich, S., Harari, H. y Levkovitz, Y. (2007). Dissociation of cognitive from affective components of theory of mind in schizophrenia. *Psychiatry Research*, *149*(1), 11-23.
- Shamay-Tsoory, S. G., Tibi-Elhanany, Y. y Aharon-Peretz, J. (2006). The ventromedial prefrontal cortex is involved in understanding affective but not cognitive theory of mind stories. *Social Neuroscience*, *1*(3-4), 149-166.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., Thoresen, C. y Plante, T. G. (2011). The moderation of Mindfulness-based stress reduction effects by trait mindfulness: Results from a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, *67*(3), 267-277.
- Shapiro, S. L., Oman, D., Thoresen, C. E., Plante, T. G. y Flinders, T. (2008). Cultivating mindfulness: effects on well-being. *Journal of Clinical Psychology*, *64*(7), 840-862.
- Sharp, C. y Romero, C. (2007). Borderline personality disorder: A comparison between children and adults. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *71*(2), 85-114.
- Sharp, C., Fonagy, P. y Goodyer, I. M. (2006). Imagining your child's mind: Psychosocial adjustment and mothers' ability to predict their children's attributional response styles. *British Journal of Developmental Psychology*, *24*(1), 197-214.
- Sharp, C., Ha, C., Carbone, C., Kim, S., Perry, K., Williams, L. y Fonagy, P. (2013). Hypermentalizing in adolescent inpatients: Treatment effects and association with borderline traits. *Journal of Personality Disorders*, *27*(1), 3-18.

- Shaver, P. R., Belsky, J. y Brennan, K. A. (2000). The adult attachment interview and self-reports of romantic attachment: Associations across domains and methods. *Personal Relationships*, 7(1), 25-43.
- Shaw, P., Bramham, J., Lawrence, E., Morris, R., Baron-Cohen, S. y David, A. (2005). Differential effects of lesions of the amygdala and prefrontal cortex on recognizing facial expressions of complex emotions. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 17(9), 1410-1419.
- Siegel, D. J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, "mindsight," and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 67-94.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2-6), 255-262.
- Simpson, J. A. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(5), 971.
- Siquier, M. L. (2006). Los enigmas de la anorexia-bulimia. Recuperado de <http://intercanvis.es/pdf/04/04-06.pdf>
- Skårderud, F. y Fonagy, P. (2012). Eating disorders. En A. Bateman y P. Fonagy, (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice*. (pp. 347-383). Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Skårderud, F. (2007a). Eating one's words, part I: 'Concretised metaphors' and reflective function in anorexia nervosa-An interview study. *European Eating Disorders Review*, 15(3), 163-174.

- Skårderud, F. (2007b). Eating one's words, part II: The embodied mind and reflective function in anorexia nervosa-theory. *European Eating Disorders Review*, 15(4), 243-252.
- Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D. y Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment and Human Development*, 7(3), 283-298.
- Slade, P. y Brodie, D. (1994). Body-image distortion and eating disorder: A reconceptualization based on the recent literature. *European Eating Disorders Review*, 2(1), 32-46.
- Slessor, G., Phillips, L. y Bull, R. (2007). Exploring the specificity of age-related differences in theory of mind tasks. *Psychology and Aging*, 22(3), 639-643.
- Smink, F. R., van Hoeken, D. y Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406-414.
- Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M. J., . . . Pérez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 353-358.
- Speranza, M., Loas, G., Wallier, J. y Corcos, M. (2007). Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: A 3-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(4), 365-371.

- Spitzer, R. L., Williams, J. B. y Gibbon, M. (1987). *Structured clinical interview for DSM-III-R outpatient version, personality disorders*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Stein, D. M. y Laakso, W. (1988). Bulimia: A historical perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 7(2), 201-210.
- Stein, H., Koontz, A. D., Fonagy, P., Allen, J. G., Fultz, J., Brethour, J. R., . . . Evans, R. B. (2002). Adult attachment: What are the underlying dimensions? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75(1), 77-91.
- Stein, R. I., Saelens, B. E., Douchis, J. Z., Lewczyk, C. M., Swenson, A. K. y Wilfley, D. E. (2001). Treatment of eating disorders in women. *The Counseling Psychologist*, 29(5), 695-732.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-848.
- Stichter, J. P., Herzog, M. J., Visovsky, K., Schmidt, C., Randolph, J., Schultz, T. y Gage, N. (2010). Social competence intervention for youth with Asperger syndrome and high-functioning autism: An initial investigation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(9), 1067-1079.
- Stotland, E. (1969). Exploratory investigations of empathy. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*. (pp. 271-314). New York: Academic Press.
- Stotland, E., Sherman, S. y Shaver, K. (1971). *Empathy and birth order: Some experimental explorations*. Lincoln: University of Nebraska Press.

- Suárez, F. (2003). Hábitos alimentarios en población adolescente femenina. *Psiquiatría Biológica*, 10(2), 63-72.
- Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J. y Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 714-723.
- Szecsödy, I. (2008). A single-case study on the process and outcome of psychoanalysis. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 31(2), 105-113.
- Tasca, G. A., Taylor, D., 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(3), 201-212.
- Tasca, G. A., Kowal, J., Balfour, L., Ritchie, K., Virley, B. y Bissada, H. (2006). An attachment insecurity model of negative affect among women seeking treatment for an eating disorder. *Eating Behaviors*, 7(3), 252-257.
- Taylor, G. J. (2010). Affects, trauma, and mechanisms of symptom formation: A tribute to John C. Nemiah, MD (1918-2009). *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(6), 339-349.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. y Parker, J. D. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: University Press.
- Tereno, S., Soares, I., Martins, C., Celani, M. y Sampaio, D. (2008). Attachment styles, memories of parental rearing and therapeutic bond: A study with eating

- disordered patients, their parents and therapists. *European Eating Disorders Review*, 16(1), 49-58.
- Teymoori, A. y Shahrazad, W. (2012). Relationship between mother, father, and peer attachment and empathy with moral authority. *Ethics and Behavior*, 22(1), 16-29.
- Thompson, K. L. y Gullone, E. (2008). Prosocial and antisocial behaviors in adolescents: An investigation into associations with attachment and empathy. *Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of the Interactions of People and Animals*, 21(2), 123-137.
- Titchener, E. (1909). *Elementary psychology of the thought processes*. New York: McMillan.
- Troisi, A., Di Lorenzo, G., Alcini, S., Nanni, R. C., Di Pasquale, C. y Siracusano, A. (2006). Body dissatisfaction in women with eating disorders: Relationship to early separation anxiety and insecure attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 449-453.
- Uddin, L. Q., Iacoboni, M., Lange, C. y Keenan, J. P. (2007). The self and social cognition: The role of cortical midline structures and mirror neurons. *Trends in Cognitive Sciences*, 11(4), 153-157.
- Uekermann, J., Channon, S., Lehmkämer, C., Abdel-Hamid, M., Vollmoeller, W. y Daum, I. (2008). Executive function, mentalizing and humor in major depression. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 14(1), 55-62.
- Vellante, M., Baron-Cohen, S., Melis, M., Marrone, M., Petretto, D. R., Masala, C. y Preti, A. (2013). The “Reading the mind in the eyes” test: Systematic review of

- psychometric properties and a validation study in Italy. *Cognitive Neuropsychiatry*, 18(4), 326-354.
- Vermote, R., Fonagy, P., Vertommen, H., Verhaest, Y., Stroobants, R., Vandeneede, B., . . . Peuskens, J. (2009). Outcome and outcome trajectories of personality disordered patients during and after a psychoanalytic hospitalization-based treatment. *Journal of Personality Disorders*, 23(3), 294-307.
- Vinden, P. G. (2001). Parenting attitudes and children's understanding of mind: A comparison of Korean-American and Anglo-American families. *Cognitive Development*, 16(3), 793-809.
- Vitousek, K. y Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 137-147.
- Voracek, M. y Dressler, S. G. (2006). Lack of correlation between digit ratio (2D: 4D) and Baron-Cohen's "Reading the mind in the eyes" test, empathy, systemizing, and autism-spectrum quotients in a general population sample. *Personality and Individual Differences*, 41(8), 1481-1491.
- Wakabayashi, A., Baron-Cohen, S., Uchiyama, T., Yoshida, Y., Kuroda, M. y Wheelwright, S. (2007). Empathizing and systemizing in adults with and without autism spectrum conditions: Cross-cultural stability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(10), 1823-1832.
- Wallace, B. A. (2007). *Contemplative science: Where buddhism and neuroscience converge*. New York: Columbia University Press.

- Walsh, J. J., Balint, M. G., Smolira SJ, D. R., Fredericksen, L. K. y Madsen, S. (2009). Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control. *Personality and Individual Differences, 46*(2), 94-99.
- Ward, A., Ramsay, R. y Treasure, J. (2000). Attachment research in eating disorders. *British Journal of Medical Psychology, 73*(1), 35-51.
- 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*(4), 497-505.
- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J. y Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child Development, 71*(3), 684-689.
- Wei, M., Liao, K. Y., Ku, T. y Shaffer, P. A. (2011). Attachment, self-compassion, empathy, and subjective well-being among college students and community adults. *Journal of Personality, 79*(1), 191-221.
- Wellman, H. (1990). *Children's theories of mind*. Bradford: MIT Press.
- Wellman, H. y Lagattuta, K. H. (2000). Developing understandings of mind. En S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg y D.J. Cohen (Eds.), *Understanding other minds: Perspectives from developmental cognitive neuroscience, 2nd edition*. (pp. 21-49). Oxford: Oxford University Press.

- Westen, D., Lohr, N., Silk, K., Kerber, K. y Goodrich, S. (1990). *Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS): TAT manual*. University of Michigan: Unpublished manuscript.
- Wheelwright, S., Baron-Cohen, S., Goldenfeld, N., Delaney, J., Fine, D., Smith, R., . . . Wakabayashi, A. (2006). Predicting autism spectrum quotient (AQ) from the systemizing quotient-revised (SQ-R) and empathy quotient (EQ). *Brain Research, 1079*(1), 47-56.
- Whiten, A. (1991). *Natural theories of mind*. Oxford: Basil Blackwell.
- Wicker, B., Keysers, C., Plailly, J., Royet, J., Gallese, V. y Rizzolatti, G. (2003). Both of us disgusted in my insula: The common neural basis of seeing and feeling disgust. *Neuron, 40*(3), 655-664.
- Wildes, J. E., Ringham, R. M. y Marcus, M. D. (2010). Emotion avoidance in patients with anorexia nervosa: Initial test of a functional model. *International Journal of Eating Disorders, 43*(5), 398-404.
- Wilkinson-Ryan, T. y Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry, 157*(4), 528-541.
- Wimmer, H. y Perner, J. (1983). Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition, 13*(1), 103-128.

- Winnicott, D. (1965). Ego distortion in terms of true and false self. En D. W. Winnicott y M.M.R. Khan (Eds.), *Maturational processes and the facilitating environment*. (pp. 140-152). London: Hogarth and the Institute of Psycho-Analysis.
- Wonderlich, S. A., Lilienfeld, L. R., Riso, L. P., Engel, S. y Mitchell, J. E. (2005). Personality and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37(1), 68-71.
- World Medical Association (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-2194.
- Yen, S., Shea, M. T., Battle, C. L., Johnson, D. M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., . . . Sanislow, C. A. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(8), 510-518.
- Yildirim, E. A., Kasar, M., Gdk, M., Ates, E., Kucukparlak, I. y Ozalmete, E. O. (2011). Investigation of the reliability of the " reading the mind in the eyes test" in a Turkish population. *Turkish Journal of Psychiatry*, 22(3), 177-186.
- Younger, D. (2006). The development of a dyadic reflective functioning questionnaire (DRFQ) (Tesis doctoral inédita). University College London, Londres.
- Zachrisson, H. D. y Skårderud, F. (2010). Feelings of insecurity: Review of attachment and eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 18(2), 97-106.

- Zachrisson, H. y Kulbotten, G. (2006). Attachment in anorexia nervosa: An exploration of associations with eating disorder psychopathology and psychiatric symptoms. *Eating and Weight Disorders, 11*(4), 163-170.
- Zanarini, M. C., Reichman, C. A., Frankenburg, F. R., Reich, D. B. y Fitzmaurice, G. (2010). The course of eating disorders in patients with borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *International Journal of Eating Disorders, 43*(3), 226-232.
- Zhu, X., Yi, J., Yao, S., Ryder, A. G., Taylor, G. J. y Bagby, R. M. (2007). Cross-cultural validation of a chinese translation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Comprehensive Psychiatry, 48*(5), 489-496.



## **ANEXOS**

---



## ANEXO 1.

Instrumentos que evalúan constructos solapados con polaridades de la mentalización.

### Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20; Martínez-Sánchez, 1996)

Rodea con un círculo el grado en que estas características se ajustan a tu modo de ser habitual. Contesta lo más sinceramente posible, según los siguientes criterios:

1	2	3	4	5
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo

1.	A menudo estoy confuso(a) con las emociones que estoy sintiendo	1	2	3	4	5
2.	Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos	1	2	3	4	5
3.	Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden	1	2	3	4	5
4.	Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente	1	2	3	4	5
5.	Prefiero analizar mis problemas mejor que sólo describirlos	1	2	3	4	5
6.	Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado(a) o enfadado(a)	1	2	3	4	5
7.	A menudo estoy confundido(a) con las sensaciones de mi cuerpo	1	2	3	4	5
8.	Prefiero dejar que las cosas sucedan solas, mejor que preguntarme por qué suceden de ese modo	1	2	3	4	5
9.	Tengo sentimientos que casi no puedo identificar	1	2	3	4	5
10.	Estar en contacto con las emociones es esencial	1	2	3	4	5
11.	Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas	1	2	3	4	5
12.	La gente me dice que exprese más mis sentimientos	1	2	3	4	5
13.	No sé qué pasa dentro de mí	1	2	3	4	5
14.	A menudo no sé por qué estoy enfadado(a)	1	2	3	4	5
15.	Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos	1	2	3	4	5
16.	Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que dramas psicológicos	1	2	3	4	5
17.	Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos	1	2	3	4	5
18.	Puedo sentirme cercano(a) a alguien, incluso en momentos de silencio	1	2	3	4	5
19.	Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales	1	2	3	4	5
20.	Buscar significados ocultos a películas o juegos disminuye el placer de disfrutarlos	1	2	3	4	5

**Subescala Toma de Perspectiva (TP) del Interpersonal Reactivity Index (IRI; Pérez-Albéniz et al., 2003)**

Las siguientes frases se refieren a tus pensamientos y sentimientos en una variedad de situaciones. Para cada cuestión indica cómo te describe eligiendo la puntuación de 1 a 5 guiándote por la escala que aparece a continuación. Cuando hayas elegido tu respuesta, rodea con un círculo el número correspondiente. Lee cada frase cuidadosamente antes de responder. Contesta honestamente.

1	2	3	4	5
No me describe bien	Me describe un poco	Me describe bastante bien	Me describe bien	Me describe muy bien

1.	A menudo encuentro difícil ver las cosas desde el punto de vista de otra persona	1	2	3	4	5
2.	Intento tener en cuenta una de las partes (opiniones) en un conflicto antes de tomar una decisión	1	2	3	4	5
3.	A menudo intento comprender mejor a mis amigos imaginándome como ven ellos las cosas (poniéndome en su lugar)	1	2	3	4	5
4.	Si estoy seguro(a) de que tengo la razón en algo no pierdo tiempo escuchando los argumentos de los demás	1	2	3	4	5
5.	Pienso que hay dos partes en cada cuestión e intento tener en cuenta ambas partes	1	2	3	4	5
6.	Cuando estoy disgustado(a) con alguien normalmente intento ponerme en su lugar por un momento	1	2	3	4	5
7.	Antes de citar a alguien intento imaginar cómo me sentiría si estuviera en su lugar	1	2	3	4	5

**Mindful Awareness Attention Scale (MAAS; Soler et al., 2012).**

A continuación aparecen una serie de enunciados sobre tu experiencia de cada día. Por favor, usando la escala de 1 a 6 indica cómo de frecuente o infrecuente es actualmente para ti cada experiencia. Responde de acuerdo a lo que realmente *refleje* tu experiencia en lugar de lo que crees que podría ser. Por favor, trata cada ítem de forma separada.

1	2	3	4	5	6
Casi nunca	Muy poco frecuente	Algo infrecuente	Algo frecuente	Muy frecuentemente	Casi siempre

1.	Podría estar experimentando una emoción y no ser consciente de ella hasta que ha pasado cierto tiempo	1	2	3	4	5	6
2.	Rompo o derramo cosas por descuido, por no poner atención o por estar pensando en cualquier otra cosa	1	2	3	4	5	6
3.	Encuentro dificultad en mantener la atención en lo que está ocurriendo en el presente	1	2	3	4	5	6
4.	Tiendo a caminar rápidamente hacia donde voy sin poner atención en lo que experimento a lo largo del camino	1	2	3	4	5	6
5.	Tiendo a no notar mis sensaciones de tensión y malestar físico hasta que éstas atrapan realmente mi atención	1	2	3	4	5	6
6.	Olvido el nombre de una persona en cuanto me lo dicen por primera vez	1	2	3	4	5	6
7.	Parece como si estuviera “actuando de manera automática” sin mucha conciencia de lo que estoy haciendo	1	2	3	4	5	6
8.	Hago actividades a toda velocidad sin estar realmente atento(a) a ellas	1	2	3	4	5	6
9.	Estoy tan centrado(a) en alcanzar la meta que quiero que pierdo el contacto con lo que estoy haciendo para conseguirla	1	2	3	4	5	6
10.	Hago trabajos o tareas automáticamente, sin ser consciente de lo que estoy haciendo	1	2	3	4	5	6
11.	Me encuentro escuchando a alguien a medias y haciendo otra cosa al mismo tiempo	1	2	3	4	5	6
12.	Conduzco hacia lugares en “piloto automático” y luego me pregunto cómo llegué hasta allí	1	2	3	4	5	6
13.	Me encuentro preocupado(a) por el futuro o el pasado	1	2	3	4	5	6
14.	Me encuentro a mi mismo(a) haciendo cosas sin poner atención	1	2	3	4	5	6
15.	Tomo un aperitivo (o picoteo) sin ser consciente de que estoy comiendo	1	2	3	4	5	6

## ANEXO 2

Descripción de los ítems y escalas de la versión española validada del EQ y su correspondencia con los ítems de la versión original.

Nº ítem versión validada	Ítem y escalas	Número ítem versión original
<b>Empatía Cognitiva EQ-EC</b>		
1	Me puedo dar cuenta fácilmente si alguien quiere entrar en una conversación.	1
2	Capto rápidamente cuando alguien dice algo pero quiere decir otra cosa.	19
3	Soy bueno/a prediciendo cómo se sentirá alguien.	25
4	Puedo reconocer enseguida cuándo, en un grupo de gente, alguien se siente raro/a o incómodo/a.	26
5	La gente me dice que soy bueno/a comprendiendo cómo se sienten y qué están pensando.	36
6	Puedo decir fácilmente si alguien está interesado/a o aburrido/a con lo que estoy diciendo.	41
7	Puedo sentir cuándo estoy siendo poco discreto/a sin necesidad de que me lo digan.	44
8	Sintonizo rápida e intuitivamente con cómo se siente otra persona.	52
9	Enseguida me doy cuenta de qué quiere hablar la otra persona.	54
10	Puedo darme cuenta si alguien enmascara sus verdaderos sentimientos.	55
11	Soy bueno/a prediciendo qué hará la gente.	58
<b>Reactividad Emocional EQ-RE</b>		
12	Realmente me agrada cuidar de otras personas.	6
13	Me cuesta entender por qué algunas cosas enfadan tanto a las personas.	21
14	Me resulta fácil ponerme en el lugar de otra persona.	22
15	Si digo algo y alguien se siente ofendido/a pienso que es su problema y no el mío.	27
16	No siempre puedo entender por qué alguien se puede sentir ofendido/a por un comentario.	29
17	Ver a la gente llorar no me pone triste.	32
18	Me pongo triste si veo en las noticias gente sufriendo.	42
19	Mis amigos/as suelen contarme sus problemas porque dicen que soy muy comprensivo/a.	43
20	La gente me dice a menudo que soy insensible, aunque no entiendo siempre por qué.	48
21	Normalmente no me mantengo emocionalmente estable cuando veo una película.	50
22	Tiendo a involucrarme emocionalmente en los problemas de mis amigos/as.	59

---

Habilidades Sociales EQ-HS

---

23	Cuando otros no me entienden a la primera me cuesta explicarles las cosas que para mí son fáciles de entender.	4
24	Me resulta difícil saber qué debo hacer en situaciones sociales.	8
25	La amistad y las relaciones sociales son tan difíciles para mí que tiendo a no darles importancia.	12
26	A menudo me resulta difícil juzgar si alguien es maleducado o educado.	14
27	No suelo encontrar las situaciones sociales confusas.	35
28	No necesito pensar conscientemente las normas sociales de cada situación.	57


---

ANEXO 3

Ejemplos de ítems de la versión informatizada del Reading the Mind in the Eyes Test (RMET; Baron-Cohen et al., 2001)

**2**

ATERRADO COMPUNGIDO



ARROGANTE ENOJADO

**ATERRADO**  
Alarmado, temeroso

**COMPUNGIDO**  
Triste, apenado, dolorido

**ARROGANTE**  
Engreído, presumido, quien tiene una gran opinión de sí mismo

**ENOJADO**  
Irritado, molesto

**15**

PENSATIVA AGITADA



ILUSIONADA ENTRETENIDA

**PENSATIVA**  
Reflexiva, rumiativa

**AGITADA**  
Inquieta, nerviosa y turbada

**ILUSIONADA**  
Animada, optimista, esperanzada

**ENTRETENIDA**  
Que se divierte con algo, que se distrae con algo

## ANEXO 4. Documento de aprobación ética del proyecto



### RESEARCH ETHICS BOARD OF THE UNIVERSITY OF DEUSTO

Ref: ETK-8/13-14

After having evaluated the project "Attachment and mentalization in eating disorders" presented by Ana Estévez Gutierrez, the Research Ethics Board of the University of Deusto offers the following observations:

The aim of this study is to determine the possible relationship between attachment patterns, mentalizing performance and eating disorder symptoms in a non-clinical sample composed of university students and, also, in a sample of patients with eating disorders. Moreover, it intends to establish differences and similarities in this relationship by comparing both samples.

After having examined the Technical Report of the project and the further ethical considerations derived from its implementation, the Research Ethics Board of the University of Deusto, as decided in the meeting held on the 16<sup>th</sup> of October 2013, considers that there is no objection to it and judges the project as APT. The project meets the required ethical criteria for the development of research, and as is proposed in the Technical Report of the project, it considers and meets the ongoing legislation and some other regulatory laws in terms of ethics.

The Research Ethics Board of the University of Deusto will ensure that both the process of research and the procedures required for its development would fit and develop according to the ethical considerations indicated in the project, guaranteeing the ethical suitability of the proposed methodology

In recognition whereof, I sign the present declaration,

*Cristina de la Cruz*



Cristina de la Cruz Ayuso  
Coordinator of the Research Ethics Board  
Deusto University

## ANEXO 5

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El objetivo de este estudio consiste en determinar cómo las personas que actualmente están en tratamiento por un trastorno de alimentación representan ideas, pensamientos, afectos y explorar de qué manera esto puede estar relacionado con algunos aspectos familiares e influir en la aparición de síntomas psicológicos. Todo ello tendrá lugar a través de la aplicación personalizada de unas pruebas en el propio centro de salud, y tendrá una duración aproximada de 1 hora.

Esta investigación se encuentra enmarcada dentro del Departamento de Personalidad, Tratamiento y Evaluación de la Universidad de Deusto (Bilbao) y financiada por el Departamento de Educación, Universidades e Investigación del Gobierno Vasco, e incluirá participantes de la Comunidad Autónoma Vasca y el resto de España.

Los datos personales obtenidos serán de carácter estrictamente confidencial, así como la totalidad del material escrito que se desprenda de las pruebas. Éstos, serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a la Ley de Protección Oficial de Datos.

Los datos, no serán empleados con ningún fin distinto al mencionado previamente, de manera que servirán exclusivamente para el desarrollo de la investigación psicológica en el ámbito de los Trastornos de la alimentación, y en última instancia, las conclusiones obtenidas a partir de ellos revertirán en la mejora de la comprensión e intervenciones psicológicas dirigidas a pacientes afectados de la misma.

Los participantes en el estudio podrán ser informados de los resultados y conclusiones generales obtenidas en él, y una vez transcurrido el tiempo estipulado para su análisis.

Así mismo, éstos tendrán la posibilidad de preguntar o aclarar cualquier duda o cuestión que pueda suscitarles su participación en el estudio, así como de abandonarlo en cualquier momento o no responder a alguna de las partes si así lo decidieran, y sin necesidad de justificar las razones que les han conducido a tomar dicha decisión.

-----  
D./Dña \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_  
tras haber sido informado/a ampliamente acerca de todas las cuestiones previamente expuestas, y expresando mi conformidad con ellas, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para que mi hija participe en esta investigación.

Bilbao, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013  
Fdo.

ANEXO 6. Relación de centros colaboradores con el estudio

<b>Nombre del Centro</b>	<b>Provincia</b>	<b>Tipo de colaboración</b>
Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil Uribe-Kosta (Osakidetza)	Bizkaia	Presencial
Centro de Salud Mental Ortuella (Osakidetza)	Bizkaia	Presencial
Asociación ACABEbi	Bizkaia	Presencial
Centro Tadi	Bizkaia	Online
Asociación ADANER	Madrid	Online
Asociación AVAP	Vigo	Online
Asociación ABAC	La Coruña	Online
Rayuela	Tenerife	Online
ITEM	Bilbao, Madrid	Online
Alberto Soler	Valencia	Online
Asociación Gull-Lasègue	Las Palmas de Gran Canaria	Online
Khepra	Barcelona	Online
Asociación AVALCAB	Valencia	Online
Asociación AFEBAC	Cuenca	Online
Asociación ADEFAB	Burgos	Online
Centro clínico PREVI	Valencia	Online
ONNA Psikologia eta Hezkuntza	Gipuzkoa	Online

