

ANOREXIA INFANTIL Y APEGO: UN CASO CLÍNICO

CHILDHOOD ANOREXIA NERVOSA AND ATTACHMENT: A CLINICAL CASE

Raquel Seijas Gómez¹

María Carrera Ferrer²

¹Psicóloga Clínica

**²Psicóloga Clínica. Coordinadora UTCA-Hospital Universitario Son
Espases (Palma de Mallorca)**

Correspondencia: Raquel Seijas Gómez, raquelseijasgomez@gmail.com

Hospital Universitari Son Espases.

Carretera de Valldemossa, 79. CP 07120, Palma de Mallorca (Illes Balears).

RESUMEN

La prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en la infancia se ha incrementado de forma considerable en los últimos años. De entre las muchas variables implicadas en la etiología y mantenimiento multifactorial, cada vez se da mayor importancia a los patrones de apego disfuncional. Se realizó una búsqueda bibliográfica no sistemática en bases de datos y plataformas (Medline, PsycInfo).

Los objetivos de este trabajo fueron: a) revisar los estudios publicados sobre trastornos de la conducta alimentaria en la infancia y teoría del apego y b) describir un caso clínico de anorexia infantil y su abordaje terapéutico.

Palabras clave: anorexia nerviosa, apego a objetos, psicología infantil.

ABSTRACT

The prevalence of eating disorders in childhood has notably increased in the last years. As well as some variables are considered to be essential in the etiology and maintenance of these disorders, nowadays, disfunctional attachment patterns are an important aspect to consider. A non systematic literature research in databases and platforms (Medline, PsycInfo) has been done.

The aims of this work were: a) to review the literature about eating disorders in childhood and attachment theory, b) to describe a clinical case and the psychological treatment.

Key words: anorexia nervosa, attachment, childhood psychology.

INTRODUCCIÓN

La importancia del apego en el adecuado desarrollo psicológico ha sido defendida por autores clásicos como Bowlby, Ainsworth, y más recientemente por Crittenden y Liotti y Guidano. Bowlby lo definió como una conducta innata y con finalidad propia más allá de la satisfacción de necesidades básicas como alimento, de forma que la pérdida de dicho vínculo podía ser un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología, principalmente de depresiones y psicopatías (1). Ainsworth defiende que la correcta interpretación y respuesta de la madre a las señales del bebé en los momentos de alimentación favorece el desarrollo de un apego seguro (2), idea que posteriormente aplicará de forma más extensa a los trastornos de la conducta alimentaria (a partir de ahora, TCA) Hilde Bruch. Esta autora, a la que podemos considerar como la pionera en el estudio del apego en los TCA y concretamente en el estudio de la anorexia infantil, resta importancia al desarrollo psicosexual y las fantasías de “impregnación oral” que defendían los psicoanalistas tradicionales, para centrarse en las respuestas maternas de alimentación del bebé; describiendo cómo éstas respuestas, si son adecuadas (y no se produce ni sobrealimentación y tampoco infralimentación), promueven una conducta de apego seguro en el niño; y un apego inseguro y modelado de interpretación de señales somáticas inadecuadas en el caso contrario. Esto, añadido a una baja autoestima y un desarrollo moral limitado, predispondrá a que en la adolescencia se manifieste la que definió como tríada sintomática característica de la Anorexia Nerviosa (3, 4).

Hemos encontrado varios estudios recientes que respaldan esta idea y reflejan la relación entre alteraciones de la conducta alimentaria en los primeros meses y/o años de vida y un patrón alimentario inadecuado mantenido en la primera infancia, así como un mayor riesgo de desarrollo de un TCA en años posteriores (5,6).

Junto a Bruch, otra autora que concede gran importancia al apego en los TCA es Irene Chatoor. Chatoor propone, junto a la Academia Americana de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, una clasificación de los trastornos de alimentación en la infancia con el objetivo de cubrir el vacío de los sistemas de clasificación diagnóstica psiquiátrica vigentes en ese momento (DSM-IV y CIE-10) a la hora de diagnosticar adecuadamente trastornos de alimentación en la infancia. Resalta también alteraciones en la reciprocidad entre madre e hijo, antecedentes de apego inseguro en las madres de hijos con problemas de alimentación y una percepción más negativa de éstos, a los que categorizaban de “temperamento difícil” (7,8). Consideramos que en el desarrollo de los patrones vinculares durante el primer año, además de tener en cuenta las respuestas maternas de alimentación, hay que considerar también el temperamento del bebé y su papel modulador de las respuestas maternas (hablamos por tanto, de una influencia recíproca).

A pesar de la sólida base teórica establecida sobre apego y TCA, los trabajos de revisión que abordan específicamente este tema son escasos. Tanto O’Kearney (9), como, más recientemente, Zachrisson y Skarderud (10) revisan los trabajos publicados hasta el momento y concluyen que, aunque la prevalencia de los trastornos del apego en pacientes diagnosticadas de TCA es

notoria, no es posible describir la relación exacta entre ambos trastornos. Todos los trabajos consultados defienden, tal y como se considera en la actualidad, una etiología y mantenimiento multifactorial, en la que de forma destacable pero no exclusiva, el estilo de apego (y de forma concreta, el apego inseguro) juega tiene un papel importante en el desarrollo de un TCA en la adolescencia o principio de la edad adulta (11-16). Algunos autores encuentran que tanto los pacientes como sus madres calificaban como factor de mejoría en la relación materno-filial el haberse detectado e iniciado tratamiento para el TCA, lo que desde nuestro punto de vista, y en relación con las observaciones de los trabajos anteriores, podría indicar dificultades en el vínculo previas al tratamiento (13, 15).

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Motivo de consulta: M. es una paciente de 10 años derivada desde Pediatría a la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria en septiembre de 2012, tras presentar una bajada de peso significativa desde el mes de marzo de ese mismo año, alcanzando un peso de 27.3 kg (el mínimo hasta ese momento), equivalente a un percentil inferior a 3, y con una talla de 141 cm (equivalente a un percentil 7).

Datos sociodemográficos: M. es la mayor de dos hermanas. Tiene una hermana pequeña de 9 años, con la que, según afirma su madre, no tiene una buena relación.

Antecedentes personales y familiares: no se refieren.

Historia del desarrollo: La madre niega dificultades durante el embarazo así como tampoco durante el parto, que fue a término y el peso y talla de bebé estaban dentro del rango de normalidad. El desarrollo psicomotor transcurrió sin incidencias. De acuerdo a los datos recogidos en su cartilla de salud, la menor se mantuvo en un percentil 3-10 de talla desde hace unos dos años, y se observaba una bajada brusca en el percentil de peso, pasando de un percentil 25-50 al percentil 10 y, en los últimos dos años, al percentil inferior a 3.

Acudió a la guardería desde los 12 meses, con buena adaptación. En el momento de la consulta, la menor está escolarizada en un centro al que acude ya desde los tres años. En el momento de inicio de la escolarización, la madre describe dificultades y rechazo a acudir, por “celos hacia su hermana pequeña”, de la misma forma que durante la etapa primaria demandaba frecuentemente ayuda de ambos padres a la hora de realizar los deberes.

Historia vincular familiar: Por la información que aporta la madre, no es posible confirmar la existencia de un episodio depresivo mayor postparto, sin embargo informa de malestar emocional y desapego hacia la menor, que le llevó a delegar el cuidado de la menor en ambas abuelas. En las entrevistas sucesivas, y explorando los propios patrones vinculares de la madre, se obtienen datos de dificultades la relación entre ella y su madre en su infancia. La madre percibía un trato diferente entre hermanas y calificaba a su abuela materna como la cuidadora principal. En la actualidad persistía una relación ambivalente hacia su madre. Por otra parte, se mostraba molesta con la implicación de la suegra en el cuidado de las menores (que describía como “excesiva”). La madre de la paciente reconocía también que, frecuentemente, no

respondía a las manifestaciones afectivas de la menor, sin llegar a concretar el motivo.

Historia de alimentación: Se informa de lactancia materna durante los 4 primeros meses, pasando posteriormente a alimentación con biberón. M comenzó a tener dificultades en la alimentación a los tres años, momento en el que comienza, en palabras de la madre, “a volverse caprichosa con la comida” y que coincide también con el inicio de la escolarización. Hasta abril de 2012 (cuando la menor tiene 9 años), el peso y la alimentación de la menor nunca había supuesto un problema, pero en este momento empieza a disminuir las ingestas justificándolas por molestias estomacales, al mismo tiempo que incrementa su nivel de actividad. El plan de recuperación ponderal propuesto por su Pediatra (consistente en pautas dietéticas y control del gasto energético mediante la reducción de la actividad física) parece no ser efectivo, y la recuperación de peso es discreta, al incrementarse la práctica de ejercicio físico. Se deriva entonces el caso a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Tras detectarse pautas de alimentación disfuncional notorias en la primera entrevista, el caso llega a la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria. En entrevista, los padres informan de conductas disfuncionales relacionadas con la alimentación, el peso y la imagen corporal en los meses previos a la derivación: su patrón de alimentación era selectivo (tenía como alimentos prohibidos aquellos que consideraba hipercalóricos como dulces, golosinas, fritos, entre otros, y mostraba aversión por otros que no consideraba hipercalóricos, como las legumbres y el pescado). Realizaba de pie actividades como leer o estudiar, evitando el reposo y las actividades sedentarias. Por último, los padres informan de un importante factor que coincide temporalmente con el inicio de

las conductas restrictivas más acusadas, y que es el modelado social (influencia de una amiga) para bajar de peso. En las entrevistas clínicas desde Consultas Externas se observan también pautas parentales disfuncionales (permisividad en el padre frente a la exigencia en la madre), alta emoción expresada en los momentos de las comidas y limitación de los momentos compartidos a situaciones de alimentación. En cuanto a otros rasgos de la menor, los padres la describen como infantil, con baja tolerancia a la frustración, meticulosa en el orden, con alta motivación de poder, muy celosa de su hermana y demandante de la atención paterna. A pesar de su carácter alegre, en los últimos meses había aumentado la irritabilidad, labilidad emocional y ansiedad (que alteraba su patrón de sueño), además de mostrarse más reservada y recelosa. Estas características no justifican, más allá de la sintomatología alimentaria, la presencia de otro tipo de trastorno psiquiátrico.

Los padres informan también de los siguientes acontecimientos vitales estresantes acaecidos desde los primeros meses del año 2012: fallecimiento de la bisabuela materna (principal figura de apego de la madre), empeoramiento en la enfermedad médica del tío paterno, y dificultades en las relaciones entre iguales en la escuela.

Planteamiento del caso y Objetivos: Tras la elaboración de la anamnesis, se inicia seguimiento ambulatorio. Se establece un peso a alcanzar y algunos cambios en los hábitos alimentarios, que si no se cumplen a corto plazo, se retomarán desde la Unidad de Hospitalización. Después de 3 citas en Consultas Externas, se decide ingresar a la paciente en la Unidad de Hospitalización. Los

datos relativos a peso y estatura en ese momento eran los siguientes: Peso 26.5 (Pc 3), Talla 141 cm (Talla 141 cm Pc 7).

Los objetivos del ingreso eran, por tanto, 1) la recuperación ponderal y promoción del desarrollo puberal estancado hasta ese momento, 2) la recuperación funcional y estabilización anímica en la menor y 3) reducción de la sobrecarga familiar, modificando al mismo tiempo aspectos disfuncionales detectados en ámbito familiar. Todos ellos se operativizaron como se detalla a continuación:

1) se estableció una dieta (en colaboración con Endocrinología Pediátrica) y un programa de manejo de contingencias-refuerzo positivo- en función de las ingestas adecuadas, con monitorización frecuente del peso y talla.

2) se realizaron entrevistas individuales y de los padres con la menor, de cara informar a los padres de este tipo de psicopatología e incrementar las competencias parentales. La modificación de pautas parentales pretendió: eliminar pautas opuestas entre ambos progenitores, reducir la alta emoción expresada (especialmente en los momentos de las ingestas), reducir el nivel de exigencia de la madre hacia la menor en cuanto a orden, limpieza, y recuperación del TCA; y promover la interacción entre ambas, los aspectos lúdicos y las muestras afectivas, además de reducir el trato diferencial entre hermanas. Se pretendió también implicar al padre en la resolución de conflictos y establecimiento de límites consensuados, más allá del rol conciliador mantenido hasta ese momento y que había contribuido a crear en la menor la asociación “madre-castigos”. El objetivo final era la promoción de un clima

familiar óptimo en el que la menor cumpliera el plan de recuperación y mantenimiento ponderal establecido desde la UTCA.

3) la estabilización anímica y recuperación funcional fueron posibles tras la recuperación ponderal (con las mejorías que conlleva a este nivel), y tras lograr una mayor contención de la ansiedad en el ámbito familiar.

Durante el ingreso en la Unidad de Hospitalización llama la atención la “sobreadaptación” de la menor a este dispositivo, en forma de mejoría anímica relativamente rápida, la relación ejemplar con el personal de enfermería, y baja motivación por el regreso al hogar. Por el contrario, las salidas y permisos de fin de semana, parecían ser una fuente de estrés para la menor, al mismo tiempo que dificultaban la recuperación ponderal. Fue entonces, cuando se planteó que la historia vincular era un aspecto clave en la recuperación de la menor, y era necesario reforzar el patrón vincular entre madre e hija.

Historia vincular y TCA: En este caso clínico los factores vinculares incrementaron el riesgo de desarrollar sintomatología propia de un TCA de la siguiente forma: el cuidado y alimentación a cargo de los abuelos maternos durante el primer año de vida de la menor pudo haber dificultado la creación de vínculo entre madre e hija, o potenciar la incorrecta interpretación materna de las señales de la menor (especialmente de las señales fisiológicas de hambre o saciedad). Por otra parte, la percepción de la madre como “niña difícil” (basada en la negativa a comer de la menor, y tal y como se refleja en los trabajos de Chatoor), podría haber facilitado en la menor el aprendizaje asociativo entre “no comer” y “recibir atención materna”. Desde nuestro punto de vista, habría contribuido también a esta asociación la ausencia de respuesta materna a otras

demandas no relacionadas con la alimentación, y las reducidas muestras afectivas potenciadas por el proceso de duelo por la bisabuela materna.

Evolución del caso: Una vez que la menor alcanza el peso establecido por el Servicio de Endocrinología Pediátrica (peso 33.3, Pc 10), se ha descartado psicopatología activa, y se ha logrado una mayor estabilidad en el ámbito familiar, se inicia el seguimiento intensivo desde Consultas Externas. Se descartó en su momento la asistencia a Hospital de Día debido a los posibles perjuicios que podía tener para el tratamiento de la menor el estar con pacientes adolescentes. A partir de este momento, la evolución de la menor fue favorable hasta dos meses después del alta, aproximadamente, cuando aparecen de nuevo conductas patológicas (cogniciones y restricción alimentaria), con la consecuente pérdida ponderal e incremento del estrés familiar (alta emoción expresada y celos hacia su hermana menor); de forma que se intensificó el trabajo con la madre (pautas de igualdad entre hermanas, evitar críticas, ayudar a parar la hiperactividad). Unos tres meses después, y hasta la actualidad, la menor ha conseguido recuperar algo de peso, no mantiene restricción alimentaria, su estado anímico parece haberse estabilizado así como regulado los patrones de sueño además de haberse fomentado la búsqueda de relaciones sociales fuera del ámbito extraescolar. Los objetivos que se muestran más resistentes son: incremento de talla, aparición de la menarquia, y control de la hiperactividad. También parece persistir, aunque de forma mucho menos intensa que al principio, cierto desapego emocional hacia su madre, y que se traslada a otras relaciones (como a la relación terapéutica).

DISCUSIÓN

En la actualidad no es infrecuente encontrar casos de conductas alimentarias inadecuadas en la infancia. Si bien el objetivo primordial es la realimentación y recuperación ponderal para paliar las importantes repercusiones que la desnutrición tiene en el desarrollo a estas edades, el tener en cuenta el patrón vincular y las posibles alteraciones que pueda haber en la relación entre los progenitores y el menor facilitará dicho objetivo y, en general, el éxito terapéutico. El caso clínico descrito, ejemplifica, desde nuestro punto de vista, la importancia del vínculo y el trabajo con éste en los trastornos de la conducta alimentaria en la infancia. Hasta el momento actual la relación entre estas dos variables ha sido estudiada, mayoritariamente en población adulta, por lo que son escasos los estudios que emplean muestras de población infantil y supone, desde nuestro punto de vista, un ámbito de investigación futura.

REFERENCIAS

1. Bolwby, J (1989). *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Madrid: Paidós.
2. Ainsworth M D. Infant—Mother Attachment. *AMERICAN PSYCHOLOGIST Association Journal*, 1979, 34 (10), 932-937.
3. Bruch H. Preconditions for the development of anorexia nervosa. *The American Journal of Psychoanalysis*, 1980, 40 (2) 169-172.
4. Bruch H. Psychotherapy in Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 1982, 1 (4): 3–14.

5. Steinhausen HC, Grigoriu-Serbanescu M, Boyadjieva S, Neumarker K-J, Winkler Metzke C. Course and Predictors of Rehospitalization in Adolescent Anorexia Nervosa in a Multisite Study. *Int J Eat Disord* 2008; 41:29–36.
6. Ashcroft J, Semmler C, Carnell S, Van Jaarsveld CHM, Wardle J. Continuity and stability of eating behaviour traits in Children. *European Journal of Clinical Nutrition* (2008) 62, 985–990.
7. Chatoor I, Ganiban J, Hirsch R, Borman-Spurrell E, Mrazek D. Maternal Characteristics and Toddler Temperament in Infantile Anorexia. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2000, 39(6):743-751.
8. Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 11 (2002) 163– 183.
9. O’Kearney R. Attachment Disruption in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A Review of Theory and Empirical Research. *International Journal of Eating Disorders*, 1996, 20 (2):115-117.
10. Zachrisson HD y Skarderud F. Feelings of Insecurity: Review of Attachment and Eating Disorders. *Eur. Eat. Disorders Review* (2010) 18, 97–106.
11. Chassler L. Understanding Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa from an Attachment Perspective. *Clinical Social Work Journal* 1997, 25, 4 , 407-423
12. Ward A, Ramsay R, Turnbull S, Benedettini M, Treasure J. Attachment Patterns in Eating Disorders: Past in the Present. *Int J Eat Disord*. 2000 Dec;28(4):370-6.

13. Halvorsen I, Rø O, Heyerdahl S. Nine-Year Follow-up of girls with Anorexia Nervosa and their Siblings: Retrospective Perceptions of Parental Bonding and the Influence of Illness on their Everyday Life. *European Eating Disorders Review*, 2013, 21 20-27.
14. Steinert H y Lock J. Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa in Children and Adolescents: A Review of the Past 10 Years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1998, 37(4): 352-359.
15. Orzolek-Kronner C. The Effect of Attachment Theory in the Development of Eating Disorders: Can Symptoms Be Proximity-Seeking? *Child and Adolescent Social Work Journal* 2002, 19, (6) , 421-435
16. Tasca G A, Ritchie K, Balfour L. Implications of Attachment Theory and Research for the Assessment and Treatment of Eating Disorders. *Psychotherapy* 2011, 48 (3), 249–259.