

**C. García Montero<sup>1</sup>; S. Geijo Uribe<sup>2</sup>; B. Mongil López<sup>2</sup>; M. Vaquero Casado<sup>2</sup>; F. De la Torre Brasas<sup>1</sup> y A. Duque Domínguez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Psiquiatría del Hospital Provincial de Ávila. Calle Jesús del Gran Poder, 42. 05003 Ávila

<sup>2</sup>Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Avda. Ramón y Cajal 3. 47003 Valladolid

**Correspondencia:**

Cristina García Montero.

Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Provincial de Ávila.

Calle Jesús del Gran Poder, 42. 05003 Ávila.

crisgarciamontero@gmail.com

*El trastorno de conducta alimentaria como fachada del síndrome de alienación parental*

*Eating disorders as a façade of parental alienation syndrome*

**RESUMEN**

Se presenta el caso de una niña de 11 años que ingresa, en dos ocasiones, en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil por restricción completa de la ingesta alimentaria. Se realiza una revisión de las características del síndrome de alienación parental. En este síndrome, un progenitor transforma la conciencia de sus hijos mediante distintas estrategias, con objeto de destruir los vínculos de éstos con su pareja, hasta hacer que la odien y la rechacen.

**Palabras clave:** Trastorno de conducta alimentaria, Síndrome de Alienación Parental, Maltrato infantil, Padres divorciados.

**ABSTRACT**

The following is a presentation of a case about an 11-years-old girl who has been an inpatient on two occasions in the Children's Psychiatric Ward for a complete stoppage of the consumption of alimentary products. A review along the lines of a syndrome involving parental alienation is carried out. In this syndrome, a parent may transform/modify the conscious of their child through various strategies, with the objective of destroying the ties that the child may have with their partner, up to hating and rejecting them.

**Keywords:** Eating disorders, Parental Alienation Syndrome, Child abuse, Divorced parents.

**INTRODUCCIÓN**

El síndrome de alienación parental (SAP) es el proceso en el cual un niño, cuyos padres estén separados o en proceso de divorcio, es alienado por uno de sus progenitores para conseguir que rechace al otro (1). Es decir, un progenitor manipula a sus hijos con la intención de predisponerlos contra el otro. Este fenómeno es cada vez más frecuente en las rupturas matrimoniales (2).

Se caracteriza por la presencia de una campaña de denigración hacia un progenitor previamente querido por el niño. En esta campaña habitualmente participa un progenitor que promueve el resentimiento y el odio y culmina cuando el niño rechaza abiertamente al progenitor acusado, siempre en ausencia de maltrato físico o abuso. El síndrome de alienación parental es una forma grave de maltrato psicológico y requiere una intervención multidisciplinaria para detenerlo (3).

La alienación parenteral no es un síndrome médico (4). No ha sido reconocido en el DSM 5. Si bien, las interferencias que se dan en estos casos de divorcio, en los que el objetivo de uno de los progenitores es el

rechazo por parte del menor al otro progenitor, pueden causar consecuencias a corto plazo (5) como angustia, inseguridad, baja autoestima, bajo rendimiento escolar, aislamiento, dificultades en las relaciones sociales, alteraciones del comportamiento, sentimientos de culpabilidad e incluso trastornos de identidad y de imagen.

#### **A.- Descripción del caso clínico**

Se trata de una niña de 11 años, hija única, que reside a días alternos (custodia compartida) con su madre y su padre, divorciados desde que la paciente tiene 15 meses. Es trasladada para ingreso a nuestra unidad por negativa a la ingesta con pérdida de peso y dolor abdominal.

#### **B.- Antecedentes personales**

Embarazo deseado. Su madre prefería que fuese una niña. Durante el mismo, se produjo una amenaza de aborto considerándose un embarazo de alto riesgo, motivo por el que la madre precisó reposo absoluto la mayor parte de la gestación. Parto eutócico, natural, en el medio hospitalario a la semana 41. Lactancia natural durante los primeros cuatro meses.

Desarrollo psicomotor, del lenguaje y control de esfínteres sin alteraciones. Inicia la guardería a los 21 meses y la escolarización a los 3 años con buena adaptación. Actualmente cursa 5º de Primaria con buen rendimiento académico. Como actividades extraescolares realiza atletismo, inglés y acude al conservatorio.

#### **C.- Antecedentes familiares**

Madre de 45 años, divorciada. Tiene estudios universitarios y trabaja como profesora de Educación Secundaria. Presenta sobrepeso.

Padre de 50 años, divorciado, vive con su actual pareja (nutricionista). Tiene estudios universitarios y trabaja como profesor universitario. Tras el divorcio inició tratamiento psicológico que abandonó tras la segunda sesión.

#### **D.- Enfermedad actual**

Según el padre, tras una sobreingesta en una cena, la paciente aqueja abdominalgia y pasa dos días sin comer. Poco a poco comienza a comer pequeñas cantidades de comida que le producen dolor abdominal. Le diagnosticaron *Helicobacter Pylori* que trataron con éxito. Pese a ello persisten la gastralgia y la pérdida de

peso (unos 5 kilogramos). Se le hace un estudio completo (analítica sanguínea, bioquímica, inmonoglobulinas, IgE específica a leche de vaca, huevo, gluten, pescado y anisakis, autoinmunidad, hormonas tiroideas, coprocultivos, ecografía abdominal y una endoscopia digestiva alta) sin hallazgos significativos. Como la paciente continúa perdiendo peso se procede a su ingreso.

Al principio del ingreso presenta una actitud negativista, con gran ansiedad frente a las comidas, además de manifestar dolor abdominal de forma persistente. Continúa perdiendo peso y no come ningún alimento sólido por lo que se precisa poner una sonda nasogástrica. Progresivamente va recuperando peso, comiendo todo el contenido de una dieta libre normal. El dolor abdominal va disminuyendo y no le impide comer.

Durante este primer ingreso se evidencia la mala relación entre los padres. Durante las entrevistas con ambos, se observa hostilidad. El padre piensa que el problema de su hija debe de tener una causa orgánica, a pesar de que todas las pruebas realizadas resulten sin alteraciones, y considera que no se le está tratando de forma adecuada, opinión que no es compartida por la madre. Ésta indica que la paciente realiza comentarios sobre el físico de las amigas y el suyo desde hace un par de años y que tiende a sobrevalorar la delgadez. Explica también que la pareja del padre es nutricionista y la niña quiere ser como ella, por lo que comienza a preparar comidas y se interesa mucho por la alimentación, aunque luego se niegue a la ingesta.

Dada la mejoría clínica se decide dar de alta a la paciente y continuar su seguimiento en Hospital de Día.

Aproximadamente al mes de ser dada de alta, comenzó de nuevo a restringir la ingesta alimentaria y rechazar cada vez más alimentos hasta el punto de indicarle que tenía que volver a comer a Hospital de Día a diario. Allí se observa cómo come toda la dieta de manera adecuada, mientras que en casa, tanto de su madre como de su padre, prácticamente solo come una pieza de fruta al día, de manera que cada fin de semana (momento que no acude al Hospital de Día), tiene una pérdida ponderal de más de 1 kilogramo.

En el periodo estival que pasó con la madre dijo querer volver con el padre, llegando a asomarse a la ventana de manera llamativa e incluso intentando tirarse de su coche cuando la llevaba desde la casa del padre. Ya entonces, se sugiere la pertinencia de un nuevo ingreso, pero dado que el padre se niega, vuelve de nuevo al domicilio de

la madre. Cuando agota su periodo de estancia con ella acude a la casa del padre y apenas come, lo que según el padre, colma su paciencia llegando a insultarla a voces. En ese momento, se le vuelve a sugerir el ingreso y finalmente, aunque con reticencia por parte del padre, lo aceptan.

La madre refiere que en todo el verano no ha hecho ningún tipo de actividad, impedida por su asistencia al Hospital de Día. También que se ha ido distanciando de sus primos carnales maternos, con quienes mantenía una relación casi fraternal, y de sus amigas. La paciente lo atribuye a que ve muy felices al resto de niños, mientras ella está triste. En el momento de la primera entrevista enfatiza que no quiere estar en la casa de ninguno de sus dos progenitores, por lo que prefiere estar ingresada.

#### **E.- Exploración psicopatológica**

Paciente de biotipo leptosómico (IMC=13,8). Consciente, orientada, abordable y colaboradora. Ánimo bajo con disminución de la capacidad hedónica. Ansiedad grave frente a la comida. Niega distorsión de la imagen corporal. Aqueja dolor abdominal postprandial. No alteraciones en la esfera psicótica ni en la sensopercepción. No ideas de muerte ni autolíticas. Mantiene planes de futuro, al menos en lo referente a sus estudios. Sueño conservado.

#### **F.- Pruebas complementarias**

Electrocardiograma: Ritmo sinusal, sin alteraciones de la repolarización.

Analítica hemática: sistemático de sangre y bioquímica hemática normal salvo urea 63 mg/dl (10-50 mg/dl); colesterol total 234 mg/dl (105-218 mg/dl); colesterol HDL 109 mg/dl (40-65 mg/dl); ferritina 167,9 ng/ml (7-84 ng/ml). Determinación de hormonas tiroideas normales y determinación de vitaminas A, D, E, K, B1, B6 y B2 dentro de la normalidad.

#### **G.- Evolución**

Se inicia la realimentación según las pautas indicadas por el experto en nutrición. Llama la atención cómo desde el primer momento la paciente es capaz de comerse todo lo que se le sirve en la Unidad de forma adecuada. Únicamente a la hora de comer el pan mantiene algunos rituales poco adecuados: separa la miga de la corteza, lo va rompiendo en trocitos pequeños, lo desmiga y lo deja para el final de la comida, pero esto lo va modificando

según se le indica. Así, en vista de su buena colaboración, que se traduce en una recuperación ponderal adecuada, se le propone hacer una salida corta en el primer fin de semana de ingreso. La paciente dice no sentirse preparada para hacerlo y pide permanecer en la Unidad. Mantiene esta misma actitud en el siguiente fin de semana, de manera que no es hasta el tercer fin de semana cuando acepta salir solo dos horas con cada uno de sus padres y sin realizar ninguna comida con ellos. Regresa contenta, dice haber estado a gusto con ambos, incluso indica que le parece una cantidad suficiente de tiempo con ellos y no parece dispuesta a modificarlo. De hecho, se muestra muy reticente, ansiosa y enfadada cuando se le pide que vaya más tiempo con ellos y que haga alguna comida en su presencia.

Se han tenido entrevistas periódicas con ambos padres, cuyas diferencias de criterios son evidentes: el padre insiste en que come bien en su presencia (pese a la importante pérdida de peso que ha experimentado en los fines de semana que ha pasado con él). Se muestra en contra del ingreso ya que cree que se le debería de haber dado una oportunidad más a su hija, justifica sus gritos e insultos el día previo al ingreso como lo último que pudo hacer para intentar hacerle reaccionar y no acepta ni las sugerencias ni las explicaciones sobre el posible origen de la psicopatología de su hija, aunque tampoco es capaz de dar una explicación plausible sobre ella. Por otra parte, la madre expresa su preocupación por la presión a la que está sometida la paciente: vive a días alternos con cada uno de ellos, en casas en las que no hay unanimidad de criterios y con unas normas de funcionamiento que no son compartidas.

En este contexto, se le sugiere la conveniencia de iniciar un Plan de Intervención Familiar (PIF), lo que es bien aceptado por la madre pero rechazado por el padre, quien insiste en que la paciente ya se ha acostumbrado a esta situación y no cree que eso suponga ningún problema para ella. De hecho, cuando acuden los técnicos de los Servicios Sociales a entrevistarse con la paciente y él se entera, muestra su oposición frente a este hecho, que considera ilegal ya que él no ha dado su consentimiento expreso para tal entrevista, aún a pesar de conocer la actitud favorable de la madre.

Desde las primeras visitas, que los padres se reparten a una hora al día para cada uno de ellos, se hace evidente la diferencia de trato que dispensa la niña a cada uno de ellos. Con la madre se muestra distante y procura utilizar

ese tiempo para jugar a juegos de mesa, reduciendo así el tiempo de conversación entre ellas. Sin embargo, con el padre se muestra más cariñosa y comunicativa, incluso llama la atención cómo algún día han buscado el ángulo muerto de las cámaras de la unidad. No obstante, se muestra muy hermética cuando se le pregunta por esta conducta e insiste que nada le afecta y que está igual con ambos.

En la primera salida que hace con la madre durante toda la tarde se niega a merendar, apenas le dirige la palabra y se niega a ver a sus primos, que se acercan a visitarle a su casa. Al día siguiente sale con el padre y merienda un kiwi con un yogur y patina durante una hora.

La adaptación de la paciente a la Unidad ha sido muy buena desde el primer momento: acata normas, participa activamente en los talleres de este dispositivo y mantiene buena relación con las compañeras y con todo el personal de la unidad. De hecho, insiste en que no quiere volver a casa de ninguno de sus progenitores e incluso sugiere que estaría bien en un internado, idea que el padre rechaza y que la paciente también acaba por desechar. Ante la falta de alternativas de futuro, se acaba comunicando el caso a Fiscalía de Menores.

## DISCUSIÓN

Según la descripción original de Gardner (6), el SAP se manifiesta por la existencia de una campaña de denigración y rechazo de un padre previamente querido por el niño. Esta campaña es iniciada por el otro progenitor y secundada por el menor. El niño manifiesta un rechazo completo hacia el padre alienado adoptando como propias las descalificaciones hacia el mismo y apoyando incondicionalmente al padre alienante. El menor manifiesta ausencia de culpa, y la animosidad hacia el padre alienado se extiende hacia amigos o parientes de la familia (7).

## CONCLUSIONES

El modelo tradicional de familia ha cambiado en los últimos años, incrementándose el número de divorcios y separaciones (8).

Sea cual fuere, madre o padre, con quien conviva el

menor, se ha de garantizar la relación con ambos tras la separación (9).

El régimen de visitas tiene una importancia capital sobre el desarrollo psicológico del menor (10).

La custodia compartida no está recomendada en casos de grave conflictiva entre los padres, pues requiere de gran cooperación entre ellos.

En los casos más graves, la solución es la reversión de la custodia, aunque en un primer momento, esto puede agravar el cuadro fóbico del niño.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Maida S, Herskovic M et al. Síndrome de Alienación Parental. *Rev chil pediatr* 2011; 82 (6).
2. Aguilar JM. Síndrome de Alienación Parental: Hijos manipulados por un cónyuge para odiar al otro. (3ª ed). Editorial Almuzara; 2006.
3. Aguilar JM. El síndrome de Alienación Parental y las Nuevas Formas de Violencia Contra la Infancia. *Psicología Educativa* 2007; 13: 101-116.
4. Gardner R. Does DSM V have equivalents for the parental alienation syndrome (PAS) diagnosis?. *Am J Fam Ther* 2003; 31: 1-21.
5. Tejedor Huerta A, Molina Bartumeus A, Vázquez Orellana N. Programa de intervención para víctimas de interferencias parentales. Colección *Psicología Jurídica*. Editorial EOS; 2013.
6. Gardner RA. Recent trends in divorce and custody litigation. *Academy Forum* 1985; 29: 3-7.
7. Kaslow F. Familias que han experimentado un divorcio. *Terapia familiar y de pareja*. Editorial Mediterráneo. Chile; 2006.
8. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de nulidades, separaciones y divorcios (2015) ([www.ine.es/prensa/np800.pdf](http://www.ine.es/prensa/np800.pdf))
9. Mabres Boix M. El divorcio de los padres y su repercusión en los Hijos. *Parents Divorce and its impact on children*. Cuaderno de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente 2014; 57: 23-33.
10. Hodges W. *Interventions for children of divorce*. 2ª ed. Editorial Boudier; 1991.