



Vol. 16 No. 4

Diciembre de 2013

VÍNCULO ENTRE LA MADRE Y EL NIÑO OBESO

Beatriz Gómez Castillo¹, Manuel Gutiérrez Romero², Verónica Morales Flores³
Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Ciencias de la Conducta
Toluca, Estado de México.

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo identificar los vínculos maternos que propician la obesidad en los hijos. El vínculo que se establezca entre la madre y el hijo, va a permitir de manera favorable una relación diádica y a la posible comunicación entre ellos y cómo influye en su alimentación. Se entrevista a dos mujeres casadas, de 41 y 35 años de edad, que trabajan, y residen en zona urbana, madres de al menos un hijo con sobrepeso. Posteriormente se aplican las láminas de la serie A y la lámina blanca del Test de Relaciones Objetales, con la finalidad de profundizar en la investigación. De acuerdo con las características de la investigación el método clínico fue el procedimiento adecuado para sustentar este estudio, el cual se caracteriza por el estudio de caso. Se llega a la conclusión que la obesidad de los niños es una de las consecuencias de su relación con la figura materna, quien contribuye a que el niño no logre discriminar entre la sensación de hambre de otras sensaciones o emociones. Esta es la base, en el origen de la obesidad, el niño repite ese comportamiento, el resto de su vida.

¹ Doctora en Investigación Psicoanalítica. Profesora de tiempo completo de la Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMéx. Correo electrónico: btychik65@hotmail.com

² Doctor en Investigación Psicoanalítica y Profesor de tiempo completo de la Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMéx. Correo electrónico: manolete_romero@hotmail.com

³ Licenciada en Psicología por la Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEMéx. Correo electrónico: llaveritomoraflor@hotmail.com

Palabras clave: vínculo materno, obesidad, alimentación, emociones.

BOND BETWEEN OBESE MOTHER AND CHILD

ABSTRACT

This research aims to identify the links that lead maternal obesity in children. The link is established between mother and son, will favorably allow dyadic relationship and the possible communication between them and how it influences their food. He interviews two married women, aged 35 and 41 years old, working, and living in urban areas, mothers of at least one overweight child. Then apply the A-Series blades and white sheet Object Relations Test, in order to further research. According to research the characteristics of the clinical method was the proper procedure to support this study, which is characterized by the case study. It concludes that obesity in children is one of the consequences of his relationship with the mother figure who helps the child fails to discriminate between hunger of other feelings or emotions. This is the basis, in the origin of obesity, the child repeats the behavior, the rest of his life.

Key words: maternal bond, obesity, nutrition, emotions.

La obesidad en México se ha transformado en los últimos años en un problema de salud pública, que afecta no sólo a la población adulta sino también a los niños pequeños y a los adolescentes. Esta condición patológica se encuentra asociada a una serie de factores, destacándose aquellos socioculturales como son los hábitos alimenticios, la vida sedentaria y la falta de espacio físico para actividades recreativas.

Estudios demuestran que la mayor parte de los niños obesos se convierten en adultos obesos y más de la tercera parte de las obesidades observadas en la edad adulta existían ya en la infancia. Siendo la obesidad el resultado de una oralidad intensa, como si eso explicara que determinados sujetos llegaran a ser obesos por un aumento cuantitativo de la pulsión oral (Lebovici, 1988).

La presencia de obesidad en la niñez puede ser considerada como la expresión de dificultades de autorregulación de estados afectivos inconscientes y

preconscientes, frente a los cuales la alimentación surgiría como una forma de lograr un estado interno de equilibrio emocional.

MacDougall (1991, citado por Aquila, 2009), destaca que las interacciones entre la madre y el lactante es de gran importancia a esta relación diádica y a la posible comunicación entre ellos. De este modo, si hay deficiencias en la comunicación entre el bebé y su madre, éstas se manifestarán, a menudo y desde los primeros meses, de un modo psicosomático, siendo ésta la vía de expresión de los conflictos psíquicos. Las primeras funciones fisiológicas afectadas serían: la respiración, la digestión, la evacuación y el sueño.

La madre impone su propia representación de los deseos del niño. Desde el principio, la madre es quien se ocupa de su hijo y se deja dominar por concepciones que racionaliza, pero que son irracionales, acerca de un niño perfecto y una educación perfecta, en detrimento de una atención dirigida al niño tal y como es. No está segura de sí misma y combate su angustia y su culpabilidad mediante la protección excesiva. Siendo la sobrealimentación el resultado de esto, donde a la comida se le otorga un valor de afecto y dedicación (Bruch, 1975 citado por Lebovici, 1988)

MARCO TEÓRICO

La obesidad es una de las enfermedades más prevalentes, pero gran parte de su importancia reside en su actuación como factor de riesgo para otros muchos trastornos. Además ocupa uno de los primeros puestos en la morbilidad infantil (Chinchilla, 2003).

El término obesidad proviene del latín “obesus”, que significa persona que posee exceso de gordura. En una definición más precisa, se denomina obesidad a una enfermedad caracterizada por el aumento de grasa corporal, generalmente acompañada por un aumento de peso (Danielle, 2006).

Se habla de obesidad en niños al exceso de peso causado por el incremento del tejido adiposo y el cual excede un 20% para el peso ideal ajustado para la talla.

La obesidad está relacionada con factores socioculturales. En países occidentales es mucho más frecuente en las clases sociales más desfavorecidas, aunque también puede ser la propia obesidad la que hace perder puestos en la escala social, por la discriminación que sufre el obeso en la cultura occidental actual (Mustajoki, 1987, citado por Chinchilla, 2003).

La alimentación es uno de los ejes centrales de la vida social, debido a que en gran medida, el placer estriba en comer en compañía de otras personas, en el afecto que se encuentra implícito al realizar esta actividad. A la vez, se educa con los alimentos, se transmiten valores sociales, culturales y religiosos.

De acuerdo con la NHANES, aplicada en México en 2006, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños casi se duplicó en los últimos seis años y trajo consigo enfermedades que antes se veían únicamente en la población adulta, como la hipertensión y diabetes (Mejía, 2006, citado en Torres, 2008).

México es un país con un grave problema de obesidad, detrás de este fenómeno se encuentran varios responsables como una estructura familiar cada vez más endeble y disfuncional, falta de educación nutricional en la población y sobre-exposición a productos y publicidad de comida chatarra.

Hilde Bruch menciona que de producirse una exclusión de las necesidades corporales del niño en la relación precoz madre-hijo prevaleciendo arbitrariamente las emociones corporales de la madre sobre las del niño o al no haber una madre “suficientemente buena” (Winnicott, 1960) capaz de cualificar adecuadamente las necesidades del bebé (le da de comer según sus propios deseos y no espera los signos de inquietud del bebé), esto podría derivar en un desconocimiento de los límites del Yo, de la imagen del propio cuerpo y del sentido de identidad (Silvestri y Stavile, 2005).

Tanto Bruch (1975) como todos los autores contemporáneos señalan la trascendencia que tiene la respuesta materna adecuada ante la demanda del niño durante las primeras etapas del desarrollo, en las cuales la madre debe ser capaz de decodificar el lenguaje sin palabras del bebé. Si esta respuesta no es adecuada, se pueden generar trastornos –potencialmente patógenos- en el desarrollo armónico de la personalidad, los que se mostrarán en la adolescencia

cuando aparezca una marcada dificultad en la identificación de las propias sensaciones y la persona busque calmar cualquier reclamo interior con una ingesta.

Esta búsqueda lleva al aumento de peso, el que no será revertido en la medida en que el comer sea utilizado para regular los sentimientos y tensiones que no hallan una mejor expresión. Si bien la combinación de ciertas características psicológicas pueden encontrarse en la génesis de la obesidad, no se presentan como únicos factores sino interactuando con otros ampliamente reconocidos (herencia genética, sedentarismo, etcétera) (Silvestri y Stavile, 2005).

MacDougall (1991, citado por Aquila, 2009), destaca que las interacciones entre la madre y el lactante es de gran importancia a esta relación diádica y a la posible comunicación entre ellos. De este modo, si hay deficiencias en la comunicación entre el bebé y su madre, éstas se manifestarán, a menudo y desde los primeros meses, de un modo psicosomático, siendo ésta la vía de expresión de los conflictos psíquicos. Las primeras funciones fisiológicas afectadas serían: la respiración, la digestión, la evacuación y el sueño.

Los niños con obesidad poseen una pobre imagen de sí mismos y expresan sensaciones de inferioridad y rechazo. Por lo tanto, suelen presentar dificultades para hacer amigos. La discriminación por parte de los adultos o de los compañeros desencadena en ellos actitudes antisociales, que les conducen al aislamiento, depresión e inactividad, y frecuentemente producen aumento en la ingestión de alimentos, lo que a su vez agrava o al menos perpetua la enfermedad (Torres, 2008).

Lo obesos viven sentimientos de desvalorización cotidianos, todos se enfrentan a la misma presión social, lo que no quiere decir que todos la elaboren de la misma manera. Así, de acuerdo a su historia personal y en combinación con los conflictos generados por un medio social hostil, la persona obesa puede o no desarrollar una psicopatía y en algunos casos trastornos alimentarios (Silvestri y Stavile, 2005).

Para algunas personas, la comida es una vía de escape para no pensar en los problemas que tienen. La utilizan como una estrategia de evasión, dejando los

problemas “en espera” en lugar de enfrentarse a ellos y resolverlos. De esta manera no experimentan la incomodidad o perturbación que produce afrontar la situación.

Algunos comen para escapar de las grandes decisiones que hay que tomar en la vida, como las que se relacionan con la profesión o con el matrimonio, otros lo hacen para no tener que afrontar (y potencialmente rectificar) las malas elecciones que ya han hecho (un matrimonio que ha fracasado, un trabajo sin futuro). Y, en algunas ocasiones, el problema lo constituye una vieja herida o un trauma al que no pueden hacer frente (Silvestri y Stavile, 2005).

De modo que “comer” para estas personas, les quita de en medio una situación incómoda y permite que se sientan temporalmente mejor. Lo malo de esta “temporalidad”, es que no resuelve ni hace desaparecer el problema, y seguirán comiendo para evitarlos (Silvestri y Stavile, 2005).

Utilizar la comida como una estrategia de evasión es una conducta aprendida:

Por influencia de los padres:

1) Consolar con comida a sus hijos cuando están disgustados, cuando se enfrentan a contratiempos o problemas... al ser repetitiva esta manera de actuar, se aprende al hábito de dirigirse a la comida cada vez que uno se ve ante un problema o a sentimientos que le trastornen (Silvestri y Stavile, 2005).

2) A través de sus propias conductas: cuando son los padres quienes evitan los conflictos comiendo. Además de la influencia que tiene el entorno familiar, también la educación y los medios de comunicación (cine, televisión, publicidades) pueden influir transmitiendo este mensaje (Silvestri y Stavile, 2005). Estas personas tienen dificultades para identificar sus sentimientos, para autoafirmarse, para anteponer las necesidades de los demás a las propias, ignoran los problemas con la esperanza de que desaparezcan. La mayoría son mujeres.

En lo que se refiere a la teoría del vínculo materno, es primordial hablar de la llegada de un bebé en una relación de pareja, o en la vida de una mujer. Para todos los que se convierten en padres, no sólo es la llegada de un bebé, sino la llegada de tres bebés. Es decir, el hijo imaginario de sus sueños y fantasías y el

feto invisible pero real, cuyos ritmos y personalidad particulares se han estado volviendo evidentes durante su gestación, los cuales se fusionan con el recién nacido real que ahora pueden ver, oír y, finalmente, tomar en sus brazos. El vínculo con el recién nacido se construye sobre relaciones previas con un hijo imaginario y con el feto en desarrollo que ha formado parte del mundo de los padres durante nueve meses.

Vínculo, del latín *vinculum* (atadura), significa una ligadura estrecha, pero no forzada (Oberman, 1998, citado en Mariel, 2006). Comienza a establecerse muchas veces a partir de la gestación o a partir de la percepción de los movimientos fetales y se formaliza en el momento del nacimiento atravesando todo tipo de vicisitudes (Vives, 1991, citado en Mariel, 2006).

Puede ser definido como un lazo afectivo que una persona o animal forma entre sí mismo y otro, lazo que los junta en el espacio y que perdura en el tiempo (Bowlby, 1988, citado en Repetur y Quezada, 2005).

En el transcurso de la primera infancia y de la infancia, los vínculos se hacen con los padres (o los sustitutos parentales), quienes son buscados con el afán de encontrar protección, consuelo y sostén (Lebovici y Weil-halpen, 2006).

Klaus y Kennel (1976, citado en Lebovici y Weil-halpen, 2006) mencionan que existe en la madre, inmediatamente después del parto, un estado psicoafectivo particular en forma de un “período sensible” durante el cual la constitución del vínculo madre–recién nacido se establece de forma óptima.

También Winnicott (1960), propone que durante los últimos meses de embarazo y las primeras semanas posteriores al parto se produce en la madre un estado psicológico especial, al que llamó “preocupación maternal primaria”. La madre adquiere, gracias a esta sensibilización, una particular capacidad para identificarse con las necesidades del bebé. El sostenimiento realizado por la madre es el factor que decide el paso del estado de no integración, que caracteriza al recién nacido, al de posterior integración. Este vínculo físico y emocional entre la madre y el bebé sentará las bases para el desarrollo saludable de las capacidades innatas del individuo (Bleichmar, 1997).

El autor remonta que el vínculo que el niño establece con el mundo externo, es en relación con el pecho materno, es decir, “la madre coloca el pecho real justo allí donde el pequeño se halla dispuesto a crear, y lo hace en el momento apropiado” (Bleichmar, 1997).

La leche materna no influye como una excreción, es una respuesta a un estímulo, y los estímulos son la vista, el olor, el contacto y el llanto del bebé que indica necesidad. El cuidado del bebé por parte de la madre y la alimentación periódica que se desarrolla como si fuese un medio de comunicación entre ambos (Winnicott, 1987).

Como menciona Winnicott (1987, citado en Mariel, 2006): “...la adaptación a las necesidades de un bebé sólo puede lograrla, en forma correcta o suficientemente correcta, una madre que se entrega temporariamente a su cuidado.”

En muchas ocasiones, durante los dos primeros años el niño rechaza los cuidados de los demás, incluidos los del padre, demostrando una marcada preferencia por la figura materna (Ciocchini, 2000, citado en Mariel, 2006).

Por lo tanto, como Ciocchini (2000, citado en Mariel, 2006) afirma, se puede decir que, es importante la cantidad de tiempo que la diada esté junta pero es más importante la calidad del mismo.

FUNCIÓN DE LA MADRE

En nuestra sociedad las madres generalmente son las cuidadoras principales, lo que importa es la calidad del apoyo y la ayuda que reciban, compartiendo responsabilidades a la hora de cuidar a sus niños (Marrone, 2001).

En la mayor parte del primer año de vida del niño está dedicado a esforzarse por sobrevivir, una y otra vez nos recuerda Freud que el lactante durante este período de su vida, esta desamparado, siendo incapaz de conservarse vivo por sus propios medios. Todo aquello de que carece el infante, lo compensa y proporciona la madre (Spitz, 1969).

Por lo que, durante las primeras semanas de vida, el bebé depende, sin duda, de los cuidados de la madre. Por lo tanto la dependencia es absoluta en el

momento del nacimiento y disminuye más o menos gradualmente hasta la madurez (Bowlby, 1998).

El bebé comienza a sentirse participe de una díada, también omnipotente, pero cuyos integrantes son él y su madre. Entre el primero y los cuatro meses el bebé vive una fusión ilusoria con la madre. Los estímulos al ser percibidos, comienzan a ser clasificados en placenteros y displacenteros. Estos últimos, con el objeto de mantener intacta la díada simbiótica, proyectados afuera de la unidad madre-hijo (Bleichmar, 1997).

En esta díada los cuidados maternos que la madre le proporciona al bebé son de suma importancia, Bowlby (1998), hace énfasis que todos los mamíferos incluido el hombre hacen diferentes tipos de conducta materna. En algunas especies, resulta práctico distinguir desde un principio las pautas de amamantamiento, construcción del nido y recuperación de la prole.

La “conducta de recuperación”, la cual puede definirse como toda conducta de uno de los progenitores cuyo resultado previsible sea traer a la prole al nido, acercarla a la madre, o ambas cosas a la vez. Sin embargo, entre los seres humanos, este tipo de conducta de recuperación de la prole recibe distintos nombres: “maternaje”, “cuidados maternos”, “crianza”, etcétera (Bowlby, 1998).

En particular, “recuperación” pone el acento en el hecho de que la mayor parte de la conducta materna tiene que ver con reducir la distancia entre el bebé y la madre y mantener a éste en estrecho contacto físico con la madre; la conducta de recuperación está dirigida hacia su hijo, la cual contribuye a una función protectora.

Existen diversas teorías, las cuales enfatizan la importancia que tiene la relación entre la madre y su hijo, determinando gran parte de la vida mental del niño debido al vínculo emocional que se establezca entre ambos, a continuación se describen tres teorías de autores como Klein, Mahler y Winnicott.

TEORÍA DE KLEIN

Melanie Klein acentúa permanentemente al aspecto congénito, interno, del vínculo madre-bebé (Bleichmar, 1989).

Cuando Klein habla de los “objetos internos” son la expresión psíquica de los impulsos instintivos (o pulsiones) y, al igual que éstos, existen desde el comienzo de la vida humana (Portuondo, 1985).

Las fantasías inconscientes son una función del Yo primitivo, lo cual implica que desde el nacimiento el Yo es capaz de establecer relaciones objétales primitivas en la fantasía y en la realidad (Portuondo, 1985).

Aunque las fantasías inconscientes influyen y modifican continuamente la percepción e interpretación de la realidad, lo opuesto también es cierto, o sea que la realidad impacta y altera las fantasías inconscientes. Por ejemplo: cuando el bebé siente hambre alucina omnipotentemente la posesión de un pecho bueno que lo alimenta; ahora bien, si se le da de mamar rápidamente y afectuosamente el bebé siente que el pecho real que le da la madre se integra o funde con el pecho por él fantaseado, y así la bondad del objeto y la suya propia las sentirá seguras y duraderas; pero si ocurre lo contrario y se queda mucho tiempo hambriento sentirá entonces hambre y rabia, en su fantasía crecerá la vivencia de un objeto malo y persecutorio (Portuondo, 1985).

De la obra de Klein se desprende la importancia que tienen los factores innatos en todo el desarrollo psíquico. Ella piensa que existen desde el comienzo de la vida, como factores internos, sentimientos agresivos y amorosos, sustentados en las pulsiones de vida y muerte (Bleichmar, 1989).

Esta autora acentúa la importancia del papel de la madre ubicándola, en un vínculo constitutivo para el desarrollo emocional del bebé. En su teoría la función materna permite reforzar el circuito de los objetos buenos y también amortiguar las ansiedades persecutorias provocadas por los objetos malos (Bleichmar, 1989).

Para Klein es importante tener una buena madre externa porque inevitablemente tenemos ya una mala madre interna, producto de nuestras pulsiones agresivas, los celos y la envidia (Bleichmar, 1989).

Melanie Klein considera a la envidia temprana como uno de los elementos básicos que operan internamente y desde el nacimiento, afectando profundamente las primeras experiencias vivenciales del bebé (Portuondo, 1985):

a) La envidia es la que aparece más tempranamente, siendo una relación de dos partes, en la que el sujeto envidia al objeto por poseer éste alguna cualidad importante, no siendo necesario que ningún otro objeto viviente intervenga en esta situación. A su vez la envidia se vivencia en función de objetos parciales, aunque además perdure en las relaciones con el objeto total. El propósito es ser uno mismo tan bueno y valioso como el objeto envidiado, pero cuando esto resulta imposible entonces el propósito consiste en destruir lo bueno que posee el objeto para eliminar así la fuente de la envidia (Portuondo, 1985).

La envidia usa con suma frecuencia la proyección, cuando el bebé se siente lleno de ansiedad y de maldad, y siente que el pecho es la fuente de todo lo bueno, quiere entonces, por envidia, estropearlo y dañarlo, proyectándole sus propias partes malas y dañinas. Cuando la envidia es muy intensa se llega a la desesperación, ya que al no poderse conservar un objeto ideal no queda ninguna esperanza de recibir amor. Frente a una envidia muy intensa surgirán defensas tales como (Portuondo, 1985):

- Arruinar al objeto para que no provoque más envidia
- Desvalorizar al objeto, sin tener que arruinarlo, pero quitándole su valor
- Una idealización rígida del objeto para preservarlo de la destrucción; esta idealización rígida es muy precaria, ya que cuanto más se idealiza un objeto más intensa se vuelve la envidia.

Todas estas defensas son patológicas y dañan al Yo.

b) Klein menciona que los celos se basan en el amor y su objetivo básico es poseer al objeto amado y excluir al rival (Portuondo, 1985).

c) La voracidad tiene por objetivo poseer todo lo bueno que pueda extraerse del objeto, sin tomar en cuenta las consecuencias que pueden ocurrir; una consecuencia puede ser la destrucción del objeto, estropeándose así lo que tenía bueno, pero esta destrucción y el estropeo de lo bueno es sólo una consecuencia y no el fin que se busca (Portuondo, 1985).

El conflicto mental en Klein se define por una lucha pulsional entre sentimientos de amor y odio hacia el objeto (Bleichmar, 1989).

TEORIA DE MAHLER

Margaret Mahler reconoció la existencia del autismo infantil temprano, sin embargo, éste no era el único estado psicótico en la infancia. Desde el punto de vista dinámico y genético, por lo menos otro cuadro que también podía ser clasificado junto con el autismo al que denominó psicosis simbiótica (Bleichmar, 1997).

Mientras que los niños autistas nunca habían mostrado capacidad para establecer relaciones significativas, los niños con psicosis simbiótica habían “enfermado” repentinamente en el curso del crecimiento. El momento de irrupción de la psicosis estaba ubicado entre el año y los tres años de edad (Bleichmar, 1997).

Mahler toma como base la idea de un programa etológico aplicable al ser humano. El programa genético de la maduración recorre el camino de la fusión a la separación y autonomía. La madre da los elementos fundamentales para que el proceso culmine felizmente (Bleichmar, 1989).

La capacidad de la madre de responder a las necesidades simbióticas del bebé y luego de tolerar y favorecer el proceso de separación-individuación en el momento adecuado (Bleichmar, 1989).

Para Mahler, la enfermedad mental está provocada fundamentalmente por defectos en la relación madre-hijo debidos a la psicopatología materna o por la ausencia real de la pareja simbiótica (Bleichmar, 1989).

El síndrome de psicosis simbiótica, Mahler considera que todo individuo pasa a lo largo de su desarrollo psicológico por una fase de simbiosis con la madre (Bleichmar, 1997).

En esta fase de simbiosis normal el niño percibe a su madre como formando parte de una unidad con él. Ambos constituyen un sistema omnipotente en el cual la indiferenciación entre madre y niño es total. Mahler menciona que “el rasgo esencial de la simbiosis es una fusión alucinatoria o ilusoria, somatopsíquica, omnipotente, con la representación de la madre y, en particular, la ilusión de un límite común de los dos, los cuales en realidad y físicamente son dos individuos

separados”. Todos los estímulos desagradables son proyectados fuera de la unidad simbiótica. La energía libidinal esta catectizando aquí la unidad dual madre-hijo y son los límites comunes los que están cargados de dicha energía libidinal (Bleichmar, 1997).

Por lo tanto, Mahler cree que la psicosis simbiótica es una fijación o una regresión a la etapa de simbiosis normal. Pues en el momento en que deben de separarse de su madre por efecto de lo que Mahler designa “presión maduracional”, irrumpe bruscamente en los niños aquejados de psicosis simbiótica un cuadro de intensa angustia que pone en evidencia una “vulnerabilidad sorprendente del Yo ante cualquier frustración menor” (Bleichmar, 1997). Estas criaturas son a menudo intolerantes ante pequeños fracasos: una caída al inicio del aprendizaje de la marcha puede ocasionar que ya no vuelva a caminar, un golpe al tomar un objeto puede producir inhibición extrema en la prensión, etcétera (Bleichmar, 1997).

Estas severas reacciones de pánico son seguidas por producciones restitutivas que sirven para mantener o restaurar la función narcisista, la ilusión de la unidad con la madre o el padre. El niño tiene la ilusión de fundirse con su madre, a diferencia del autista que se comporta como si él y quienes le rodean fueran objetos inanimados (Bleichmar, 1997).

TEORIA DE WINNICOTT

Winnicott (1958, 1965, citado en Bleichmar, 1989), concibe el desarrollo emocional del niño incluido dentro de una unidad, la relación madre-bebé. El ambiente es el factor preponderante en la estructuración psíquica del niño y también define la etiología de la enfermedad y la naturaleza del conflicto. El peso de la función materna es tan intenso en Winnicott, que de la magnitud de su perturbación dependerán los distintos grados de patología resultante.

La madre debe funcionar como un “Yo auxiliar” del niño. Si el sostenimiento es exitoso, la criatura lo vive como una “continuidad existencial” mientras que si falla, el bebé tendrá una experiencia subjetiva de amenaza que obstaculiza el desarrollo normal (Bleichmar, 1989).

La falta de holding adecuado provoca una alteración en el desarrollo, se crea una “cáscara” a expensas de la cual crece el individuo mientras el “núcleo”, que es el verdadero self permanece oculto y sin poder desarrollarse (Bleichmar, 1989).

Para Winnicott el niño nace indefenso. Es un ser desintegrado, que percibe de manera desorganizada los distintos estímulos que provienen del exterior. La tarea de la madre es brindar un soporte adecuado para que las condiciones innatas logren un óptimo desarrollo (Bleichmar, 1997).

En el sostenimiento (holding) hay una función fisiológica e incluso física: “El sostenimiento protege contra la afrenta fisiológica; toma en cuenta la sensibilidad epidérmica de la criatura-tacto, temperatura, sensibilidad auditiva, sensibilidad visual, sensibilidad a las caídas, así como el hecho de que la criatura desconoce la existencia de todo lo que no sea ella misma; incluye toda la rutina de cuidados a lo largo del día y de la noche, que no es nunca la misma en dos criaturas distintas, ya que forma parte de ellas y no hay dos criaturas iguales; sigue los cambios casi imperceptibles que día a día van teniendo lugar en el crecimiento y desarrollo de la criatura, cambios tanto físicos como psicológicos...” “El sostenimiento comprende en especial el hecho físico de sostener la criatura en brazos y que constituye una forma de amar” (Bleichmar, 1997).

Winnicott (1960), indica que es necesario sentir amor, el niño logrará integrar tanto los estímulos como la representación de sí mismo y de los demás y adquirir un Yo sano. La madre funciona como un “Yo auxiliar” hasta tanto el bebé logre desarrollar sus capacidades innatas de síntesis, integración, etcétera. El niño vive el sostenimiento exitoso como una “continuidad existencial”. Sus fallas se traducen en una experiencia subjetiva de amenaza que obstaculiza el desarrollo normal (Bleichmar, 1997).

Cuando el “Yo auxiliar” provisto por la madre resulta insuficiente, el niño puede recurrir a la construcción de un “Yo auxiliar” falso, del que él mismo se hace cargo. Winnicott lo bautizo “falso self” (Bleichmar, 1997).

El ser humano nace como un conjunto desorganizado de impulsos, instintos, capacidades perceptuales y motrices que, conforme progresa el desarrollo, se van

integrando hasta lograr una imagen unificada de sí y del mundo externo (Bleichmar, 1997).

El papel de la madre es proveer al bebé de un Yo auxiliar que le permita integrar sus sensaciones corporales, los estímulos ambientales y sus nascentes capacidades motrices. La madre protege con su propio sostén el débil núcleo del self infantil (Bleichmar, 1997).

Winnicott (1960, citado en Bleichmar, 1997), llama “núcleo del ser verdadero” a lo que “...emana de la vida de que están dotados los tejidos del cuerpo y de la acción de las funciones corporales, incluyendo la del corazón y la respiración. Se halla estrechamente ligado a la idea de proceso primario y al principio, en esencia, no es reactivo a los estímulos externos...”

Cuando la madre no provee la protección necesaria al frágil yo del recién nacido, el niño percibirá esta falla ambiental como una amenaza a su continuidad existencial, la que a su vez provocará en la criatura la vivencia subjetiva de que todas sus percepciones y actividades motrices son sólo una respuesta ante el peligro al que se ve expuesto (Bleichmar, 1997).

Poco a poco el niño, recurre reemplazar la protección que le falta por una “fabricada” por él. Todo sucede como si se fuera rodeando de una cáscara a expensas de la cual crece y se desarrolla el self del sujeto. “Entonces el individuo se desarrolla a modo de extensión del medio atacante. Lo que queda del núcleo se oculta y es difícil de encontrar incluso en el más profundo de los análisis... El ser verdadero permanece escondido y lo que tenemos que afrontar clínicamente es el complejo ser falso cuya misión estriba en ocultar el ser verdadero” (Winnicott, 1960, citado en Bleichmar, 1997).

Por el contrario, cuando el medio ambiente brinda al pequeño la protección y sostén necesarios, la “cáscara” con que nace y que explica su narcisismo primario va, poco a poco, diluyéndose, permitiendo así una entrega a la experiencia de la vida interna y externa (Bleichmar, 1997).

Es por eso que “la madre buena es la que responde a la omnipotencia del pequeño y en cierto modo le da sentido. Esto le hace repetidamente. El ser verdadero empieza a cobrar vida a través de la fuerza que la madre, al cumplir las

expresiones de omnipotencia infantil, da al débil ego del niño” (Winnicott, 1969, citado en Bleichmar, 1997)

Y “la madre que no es buena es incapaz de cumplir la omnipotencia del pequeño, por lo que repetidamente deja de responder al gesto del mismo; en su lugar coloca su propio gesto, cuyo sentido depende de la sumisión o acatamiento del mismo por parte del niño. Esta sumisión constituye la primera fase del ser falso y es propia de la incapacidad materna para interpretar las necesidades del pequeño” (Bleichmar, 1997).

DIFICULTADES EN LA ALIMENTACIÓN

Es común que un bebé no pueda mamar, no a causa de alguna incapacidad inherente, que sin duda es muy rara, sino a causa de algo que interfiere la capacidad de la madre para adaptarse a las necesidades del bebé.

En relación a la insuficiencia de las relaciones madre-hijo, Spitz (1996) afirma que privar a los infantes, en el primer año de vida, de las relaciones de objeto es un factor dañino de importancia que lleva a grandes perturbaciones emocionales. Cuando privamos a los infantes de sus relaciones con las madres, sin ofrecerles un sustituto adecuado, que el niño pueda aceptar, les privamos de los suministros libidinales. En el caso de la privación parcial, obtienen ese suministro insuficientemente.

Al hacer referencia a una madre extremadamente solícita afirma que ésta puede llevar al niño mucho tiempo en brazos y jugar con él a todas horas y que manifiesta también una falta de consideración al horario regular de alimentación, esto es, que no es partidaria de alimentar al niño sistemáticamente, sino cuando el niño lo pide (Spitz, 1996).

La alimentación no puede contemplarse como una simple cuestión de prescripción dietética; representa un área de intercambios privilegiados en donde se enfrentan las necesidades individuales del lactante con su participación activa, muy precoz, y las respuestas proporcionadas por la madre en función de su percepción de las necesidades del niño, percepción modulada por una problemática inconsciente que actúa sin que ella lo sepa (Lebovici, 1988).

Spitz (1996), menciona que el proceso de alimentación a libre demanda del niño por una madre excesivamente ansiosa e incapaz de percibir o identificar otras necesidades del niño incluyendo las psicológicas, es fundamental para explicar la constitución o el establecimiento del alimento como una fuente de tranquilidad ante cualquier sensación de incomodidad que experimenta el niño en lo sucesivo, ya que la madre contribuye a que el niño no logre discriminar entre la sensación de hambre de otras sensaciones o emociones. Esta es la base, del origen de la obesidad, pues el niño repite ese comportamiento, el resto de su vida.

La frecuencia de las obesidades infantiles de aparición precoz que se instalan desde el principio o que suceden a una fase de anorexia del lactante, por una parte, y, por otra, el carácter particular de la relación madre-niño en numerosos obesos, que evoca modalidades perturbadas de la relación objetal primaria en la diada madre-lactante, inducen a considerar las experiencias alimenticias precoces (Lebovici, 1988).

La obesidad infantil es el resultado de una relación simbólica que el niño establece con la madre-alimento. En ésta, el cariño, protección han sido representados en el alimento, no en la madre. Esta relación tiene su origen en la temprana infancia, cuando la madre amamanta al niño no responde adecuadamente a sus mensajes, impone al niño lo que debe ser o sentir, sin una consideración real de sus necesidades e interpreta todo malestar como una necesidad de alimento (Torres, 2008).

El bebé se vuelve incapaz de discriminar entre hambre y saciedad, así el niño establece una relación simbiótica con el alimento, que en lugar de representar la satisfacción fisiológica, simboliza seguridad, amor y satisfacción del deseo. El separarse de la madre-alimento representa soledad, así que el alimento es el proveedor del afecto (González, 2003, citado en Torres, 2008).

La representación del vínculo madre-hijo se convierte en una parte muy importante de la personalidad. Sirve como una serie de expectativas sobre la disponibilidad de las figuras paternas, la probabilidad de que proporcionen apoyo en tiempo de estrés, y la interacción de uno mismo con esas figuras, esta imagen

se convierte en el modelo, o guía, de todas las relaciones cercanas futuras (Torres, 2008)

Según con Pérez (1992), la madre del niño con obesidad puede ser sobreprotectora (que por temor a la fragilidad del niño lo sobrealimenta), o rígida (que sigue estrictamente los horarios y la cantidad establecida para alimentarlo), imponiendo al niño de manera externa una satisfacción inadecuada de la intención fisiológica del apetito que lo llevará posteriormente a la no diferenciación entre hambre y saciedad. Posee una incapacidad de transmitir su afecto al niño, lo hace a través del alimento, que también usa como medio para evitar la separación de su hijo.

MÉTODO

La presente investigación se llevó a cabo a través de un enfoque cualitativo, realizando dos estudios de caso. El estudio de caso, se considera una aproximación dentro de la investigación de tipo cualitativa, que se utiliza para estudiar a profundidad a una persona o un conjunto de individuos. Este tipo de estudio consiste en integrar el conjunto de hechos que definen una situación social particular. Su finalidad es conocer ampliamente la experiencia de un sujeto de tal manera que se puede llegar a interpretar cada hecho a la luz de un todo, de un constructo dinámico que le da consistencia al análisis (Bonilla y García, 2002).

Se trabajó con dos madres, una de 35 años en relación al vínculo que estableció con su hijo de 8 años y otra mamá de 41 años con la misma finalidad con su hijo de 9 años de edad. Ambos niños presentan un índice de masa corporal por arriba del establecido para su talla y edad. Fueron invitadas a participar en dicha investigación, con el objetivo de conocer como es el vínculo que mantienen con sus hijos obesos.

Se obtuvo información de las participantes, por medio de entrevistas semi-estructuradas y del Test de Relaciones Objétales, siendo de manera cualitativa la obtención de la información dada por madres de niños obesos. Hernández, et., al. (2003), mencionan que lo que se busca es obtener información de sujetos,

comunidades, contextos, variables o situaciones en profundidad, en las propias “palabras”, “definiciones” o “términos” de los sujetos en su contexto.

El investigador cualitativo utiliza una postura reflexiva y trata, lo mejor posible, de minimizar sus creencias, fundamentos o experiencias de vida asociados con el tema de estudio (Grinnell, 1997, citado en Hernández, et., al., 2003).

La entrevista semi – estructurada consiste en una serie de preguntas que se le hacen al sujeto a través de un diálogo centrado en el tema, y que se relacionan con su historia vincular personal y lo que piensa sobre la misma (Marrone, 2001).

Test de Relaciones Objétales: Es una prueba proyectiva Creado por Herbert Phillipson, la cual cuenta con 13 láminas, incluida una blanca.

Se analiza el contenido humano, contenido de realidad, contexto real; el sistema tensional inconsciente dominante como son los deseos, miedos, defensas. Se basa en una larga historia del individuo por aprender a manejarse con sus objetos significativos más tempranos de los que depende para su satisfacción (necesidades biológicas y psíquicas más primarias y determinantes).

Para fines de la investigación realizada sólo se aplicaron cinco de las trece láminas, de las cuales fueron de la serie A y la lámina en Blanco. Con respecto a la serie A moviliza contenidos vinculados con las relaciones tempranas de dependencia y con las necesidades de afecto y seguridad.

ANÁLISIS DE CASO

Sujeto A.

Mujer de 41 años, se dedica al hogar y al comercio. Es madre de cuatro hijos varones, el mayor de ellos de 22 años de edad, el segundo hijo de 19 años el tercero de 18 años y E de 8 años estudiante de primaria, con quien se analizó el vínculo materno.

Lleva 22 años de casada, con un hombre que trabaja como policía de tránsito, menciona que decide casarse porque estaba enamorada, después se da cuenta que su esposo se casa con ella para evadir los problemas que tenía con sus papás. La relación que han mantenido desde su inicio ha estado llena de

problemas y ahora el esposo tiene otra mujer e hijos, por lo que hay días que no llega a dormir.

Al cuestionar a la madre sobre, lo que sucedió cuando se entera que está embarazada, ella comenta que su esposo y ella, tenían la esperanza de ser padres de una niña, sin embargo fue niño, y de todos modos lo iban a querer pues era su hijo, según menciona.

En el momento del nacimiento cuando la madre se entera que su hijo es un varón, ella piensa que probablemente su esposo lo iba a rechazar y ella tenía la obligación de protegerlo, aunque su padre no lo quisiera.

Cuando E nace, la madre lo percibe como un motivo para vivir y poder salir adelante, pues en ese momento ya tenía demasiados problemas con su esposo, y ella anhelaba poder encontrar un motivo que la hiciera seguir viviendo, y consideró que E, era ese motivo.

En las entrevistas la madre menciona que amamanto a E, durante nueve meses de edad. La mamá de E refiere que le daba de comer cada tres horas, como lo indicaba el médico sin embargo, si el niño lloraba, ella le daba de comer un poco para que se calmara. Cuando E tenía nueve meses de edad, cae con su andadera del segundo piso de su casa, al llevarlo al hospital los médicos no le dan esperanza de vida a su madre, el niño permanece en coma, estuvo sedado con medicamentos durante doce días, una doctora le informa a la madre que el niño no tendrá un desarrollo normal, pues no podrá moverse igual que los otros niños. A partir de esto la madre percibe a E, como indefenso y al que va a tener que ayudar toda su vida, hasta el momento ella es quien lo lleva a rehabilitaciones, estudios y consultas médicas.

En cuanto al desarrollo de habilidades sociales la madre de E refiere, que se le dificulta convivir con otros niños, cuando ella está presente el niño prefiere estar con ella y si se encuentra ausente el niño permanece quieto sentado en un lugar, la madre considera que él la extraña y por eso no convive con los demás.

En cuanto a la relación con el padre, ella menciona que no es muy cercana pues han tenido muchos problemas como pareja, actualmente su esposo tiene a otra mujer con quien tiene otros hijos, la madre de E menciona que hay muchos

problemas con él, y por lo mismo la relación es distante con los hijos, pues cuando el padre de E llega a casa a dormir pocas veces accede a jugar con su hijo o a convivir con él, aunque en un principio E era el consentido de su padre.

Sujeto B.

Mujer de 35 años de edad, es ama de casa y suele ayudar a uno de sus tíos que trabaja en el reclusorio de Almoloya de Juárez, capturando información que le es proporcionada por él. Estudio la carrera de la Secretaria Ejecutiva Bilingüe. Además, menciona que tiene un don que fue heredado por su abuela materna, consiste en ver cosas que posiblemente pasaran en un futuro, lee cartas, lee la mano, por lo que ha ayudado a muchas personas que acuden a ella, siendo un modo de ingreso económico a su hogar.

Es madre de dos varones, el mayor de 17 años de edad y J el menor de 9 años con quien se analizó el vínculo materno.

A los 19 años decide casarse y a los 21 años fue mamá. Tiene 16 años de casada con el señor C.A. de 42 años de edad, el cual se dedica a la construcción.

Al cuestionarle a la madre sobre, lo que sucedió cuando se entera que está embarazada, menciona que en un principio no deseaba tener a su hijo, ella había pasado por una cirugía tres meses atrás y el doctor le indicó que no podía embarazar se en un año, en un principio estaba molesta con su esposo por haberla embarazado. Luego de los primeros 5 meses del embarazo ella comienza a sentirse mejor y empieza a aceptar a su hijo; la madre comenta que nunca quiso saber el sexo del bebé durante el embarazo, ella sólo imaginaba que su hijo sería un bebé gordito, de piel blanca con el cabello chino.

La madre de J, había esperado tener un niño, a diferencia del primer embarazo en este, la madre menciona que sufrió más en el parto, pues J nació muy grande, pesaba 5 200 Kg. y tuvieron que hacerle una cesárea. Su hijo padece de asma, el niño comenzó a presentar la sintomatología de la enfermedad a los dos años de edad.

J fue amamantado por su madre durante 6 meses, al respecto la madre menciona que en un principio resultó un poco doloroso amamantar a su hijo, pues

al hacerlo los pezones le sangraban y esto provocaba un ardor molesto para ella, pero luego de unos días las molestias disminuyeron. Además de esto la madre de J refiere que por momentos se le dificultaba alimentar a su hijo pues no sabía si lloraba porque tenía hambre, o sí era porque tenía frío o calor.

A causa de la condición de salud del niño la madre lo sobreprotege mucho para que no le pase nada malo, la madre de J lo ha llevado con diferentes nutriólogos para que el niño se regule en su peso, cuando los médicos le indican a la señora la dieta que debe llevar, ella considera que es muy estricta y no la llevan a cabo, la señora continua dándole los mismos alimentos al niño, ella menciona que su hijo ya es así, que Dios le mando un hijo grandísimo y que ella así lo quiere.

En cuanto a las habilidades sociales de J, la madre menciona que ha habido algunas ocasiones en las que el niño no quiere salir de su casa, pues los niños, lo señalan como “gordo”, sin embargo se muestra sociable en situaciones donde convive con otros niños, ya sean sus familiares o sus compañeros de escuela.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A continuación se presenta una descripción de los resultados encontrados en las entrevistas realizadas y la aplicación del Test de Relaciones Objétales.

Se encontró en ambas madres una incapacidad de transmitir su afecto y cariño al niño y lo hacen a través del alimento.

Para Marcelli y Ajuriaguerra (1966), describen en la constelación familiar del niño obeso, el comportamiento de algunas madres que responden a cualquier manifestación de su bebé mediante una aportación alimenticia. Evidentemente, esto perturba la sensación de hambre del niño y cualquier tensión posterior desembocará en la necesidad de absorber algo.

Por lo que la obesidad en la niñez puede ser considerada como la expresión de dificultades de autorregulación de estados afectivos inconscientes y preconscious, frente a los cuales la alimentación surgiría como una forma de lograr un estado interno de equilibrio emocional.

De la misma forma, se encontró que ambas madres no están seguras de sí mismas y combaten su angustia y su culpabilidad mediante la protección excesiva siendo la alimentación el resultado de esto.

Fedida (1988), menciona que la angustia es un estado desagradable vivido como sentimiento de inseguridad interior, sin representación clara de un peligro, que hace aparecer en el sujeto un deseo y una defensa. Asimismo, se vive como un temor indefinido, vago, impreciso, en donde existe una anticipación difusa de algo, cargado de temor que se aproxima. Siendo una anticipación temerosa llena de incertidumbre (Rojas, 1981), que en las madres lo compensan con sobrealimentar al hijo.

De igual forma, para Hall (1983), la angustia es una experiencia emocional penosa producida por excitaciones de los órganos internos del cuerpo. Estas excitaciones son provocadas por estímulos internos o externos y están gobernadas por el sistema nervioso autónomo. Asimismo, la angustia que no se experimenta no existe.

Angustia es sinónimo de miedo. Freud prefirió el término angustia al de miedo porque por lo general se piensa que el miedo se refiere a algo de mundo externo. Freud reconoció que cabe tener miedo a peligros tanto internos como externos (Hall, 1983).

La ausencia de la autoridad paterna, es un factor predominante en ambas madres siendo ellas las que dominan el núcleo familiar. Sibel, Quiles, Barris, Bassas y Tomás (2001), mencionan que en el clima y la comunicación familiar del niño obeso hay una posición periférica de la figura paterna; ausencia. Donde su papel paterno es el no convivir con su hijo, para el padre la educación- crianza es un problema doméstico que debe resolver la esposa.

Asimismo, Gutiérrez (2012), menciona que el padre en tanto sujeto castrador, puede no operar la castración por diferentes razones: una porque en sí mismo no tenga bien instaurados los emblemas fálicos y no pueda transmitirlos al hijo, otra porque la madre no le permita castrarla ni a ella ni al hijo, lo que conduce a que el hijo permanezca a su lado como un apéndice fálico, al que sobreprotege y cuida como una parte de ella misma. El hijo se torna excesivamente dependiente de ella

y posiblemente también puede estar sobrealimentado, provocando en el hijo un vínculo ambivalente/resistente.

En las entrevistas que se realizaron a las mamás se encontró que sus niños presentan algunas consecuencias psicológicas que les impiden desarrollarse de manera favorable en el ámbito emocional y social, entre ellas se encuentran la timidez, inseguridad, aislamiento, sentimientos de inferioridad, ansiedad, dificultad para expresar lo que sienten, e incluso podría decirse que presentan algunos rasgos de depresión. Según Torres (2008), los niños con obesidad poseen una pobre imagen de sí mismos y expresan sensaciones de inferioridad y rechazo. Por lo tanto, suelen presentar dificultades para hacer amigos. La discriminación por parte de los adultos o de los compañeros desencadena en ellos actitudes antisociales, que les conducen al aislamiento, depresión e inactividad, y frecuentemente producen aumento en la ingestión de alimentos, lo que a su vez agrava o al menos perpetua la enfermedad.

Para Marcelli (1986), los niños con obesidad son con frecuencia descritos como callados, apáticos, tímidos, aunque pueden tener reacciones de súbita cólera. Otros síntomas, testimonio de sufrimiento psicológico, van asociados frecuentemente con la obesidad, fracaso escolar y enuresis.

En ambas madres se encontró que sienten culpa por haber deseado inconscientemente la muerte de su hijo, y que de alguna forma se haya cumplido, pues para el sujeto A el accidente que tuvo su hijo y las pocas posibilidades que le daban los doctores de que viviera y para el sujeto B el rechazo de no querer tener a su hijo, surge en las madres una culpa que tratan de compensar con la sobrealimentación.

Curl (2009), menciona que la polifagia puede representar una dinámica familiar alterada, los padres tienden a sobrealimentar a sus hijos como una forma de dispersar sus culpas, como expresión de sus propias necesidades no satisfechas o como una manifestación deformada de cariño.

Es decir, que aquellos padres que están imposibilitados para comunicarse emocionalmente con sus hijos, que no son capaces de darles amor y comprensión, compensan esta carencia con comida, aliviando en parte sus culpas.

De igual forma se encontró que ambas madres manifiestan una agresión inconsciente o un deseo de destrucción a su hijo, por no haber cumplido con su ideal. El término agresión ha servido para designar dimensiones tan diversas como un constructo descriptivo (peleas); motivacional (consciente o inconsciente, con intención de lastimar o meramente como medio de alcanzar una meta); y teórico (el “impulso agresivo”). La conducta destructiva puede acompañarse o no, de sentimientos como ira o enojo. Y a su vez estos sentimientos ocasionan una conducta nociva como su finalidad primaria o con objeto de reducir la intensidad del afecto (Hartmann y col., 1949, citado en Lewis, 1986).

Así pues, la conducta agresiva normal se acompaña del impulso de lograr una meta, lo cual no es intrínsecamente de índole destructiva, o puede deberse a intenciones hostiles y destructivas (Sears y col., 1957, citado en Lewis, 1986). La agresión puede intensificarse si hay frustración (Dollard y otros, 1939, citado en Lewis, 1986).

Además se puede percibir que hay en ambas madres un deseo inconsciente de haber tenido una niña /engordar al niño para feminizarlo.

La aplicación de la entrevista permitió conocer que ambas madres manifiestan un deseo inconsciente de haber tenido una niña, tratando de engordar al hijo para feminizarlo y lograr con ello la niña anhelada, por lo que nos permite corroborar lo que Bruch (1975, citado en Lebovici, 1988) advierte que muchas madres de niños obesos expresan abiertamente el deseo de haber tenido una niña y algunas educan a su hijo como si fuera niña. Y como es el caso de ambas madres engordan al niño para feminizarlo y lograr con ello lo que se deseó.

La depresión y ansiedad que presentan ambas madres, permite conocer que les impide satisfacer adecuadamente un vínculo favorable con sus hijos, imposibilitándolas a desarrollar con él una relación satisfactoria, libre de los efectos nocivos de estos trastornos emocionales, que incluso pueden ser transmitidos al hijo como una forma de ser en el mundo (Gutiérrez, 2012).

Incluso las madres ansiosas, son capaces de interpretar los gritos del niño sólo dentro del marco de la autodemanda y alimentar una vez más al infante, por lo que una madre excesivamente preocupada es menos capaz de distinguir si el

niño tiene realmente hambre, o si grita por otras razones, que una madre con menos sentimientos de culpabilidad. En consecuencia, ella responde a los gritos del infante alimentándolo (Spitz, 1969), provocando él sobrepeso o la obesidad como es el caso de los hijos de las madres participantes.

La hostilidad inconsciente que presentan ambas madres hacia el niño produce en ellas sentimientos de culpabilidad que compensan con exceso (Spitz, 1969), siendo el alimento esta vía. Al no saber qué hacer con lo que sienten y aún no poder expresarlo abiertamente lo calman mediante la comida en exceso, pues es mejor visto que una madre alimente a su hijo y no que lo odie.

Esta hostilidad que experimentan los padres hacia el infante puede llevarlos a manifestar lo contrario en la conducta observable por un mecanismo de transformación que alivia la culpa y brinda aceptación social. En la medida en que el niño no recibe amor, intenta compensar, fallidamente, esta carencia con comida, única salida a su alcance, ya que este comportamiento se inicia en la etapa oral y se perpetua por el resto de la vida (Gutiérrez, 2012).

La madre establece con su hijo vínculo ambivalente/resistente.

Se encuentra una similitud en cuanto al vínculo que establecieron con su hijo el ambivalente/resistente, en donde el niño se observa activamente ansioso, pero también a menudo sorprendentemente pasivo. En condiciones no familiares, estresantes, aparece una preocupación exagerada hacia la madre y su paradero, con la exclusión del interés en el nuevo ambiente. Expresiones elevadas, confusas y prolongadas de ansiedad en los episodios de pre-separación (Ainsworth, 1979, citado en Repetur y Quezada, 2005), provocando en los niños una personalidad tímida, insegura.

Se encontró que ambos niños estuvieron hospitalizados, en el caso del sujeto A, tuvo un accidente a los nueve meses, estuvo doce días sedado con puro medicamento. Para el sujeto B, fue hospitalizado un mes y medio, cuando tenía 4 años. Provocando en la madre sentimientos de culpa por haber deseado inconscientemente la destrucción de su hijo. Sin embargo, esta privación es un factor dañino para los niños, Spitz (1969) menciona que privar a los niños, en el primer año de vida, de las relaciones de objeto es un factor dañino de importancia

que lleva a graves perturbaciones emocionales. Tales infantes presentan un cuadro clínico impresionante, dan la impresión de haber sido privados de cierto elemento vital para la supervivencia. Cuando privamos a los infantes de sus relaciones con las madres, sin ofrecerles un sustituto adecuado, que el niño pueda aceptar, les privamos de los suministros libidinales.

De la misma manera, Marrone (2001) hace hincapié que la privación puede ocurrir cuando por cualquier motivo el niño es apartado de su cuidador principal. Pero también puede ocurrir en su presencia, si la madre, el padre o el sustituto parental permanente es incapaz de darle al niño el grado necesario de respuesta amorosa, cuidado continuo y apoyo. Los niños que han experimentado diversas formas y grados de abandono, rechazo, abuso o cuidados inconsistentes son clasificados como teniendo un vínculo inseguro.

Las participantes manifestaron un rechazo inconsciente hacia sus hijos. En el sujeto A por haber deseado una niña y en el sujeto B el rechazo a la maternidad y al hijo.

La familia es de suma importancia y el ser sentida ésta como un lugar carente de satisfacción, los conflictos y desajustes del niño estarían marcados por las relaciones inadecuadas con los padres y hermanos...esta mala relación a cómo es que el menor está siendo tratado, el lenguaje y tipo de comunicación que predomina más (Castañeda, 2009).

Hay padres y madres que por razones enraizadas en su propia infancia o por dificultades en su matrimonio, sienten que el deseo de sus hijos de amor y cuidado es una carga para ellos (Bowlby, 1980, citado en Marrone, 2001). De manera que responden a sus hijos con irritación, los ignoran, les regañan con frecuencia, etcétera. Algunas familias de clase media rechazan emocionalmente a sus niños a la vez que los llenan de regalos y beneficios materiales (Marrone, 2001).

El modo más característico con el cual un padre puede rechazar a un niño es a través de actos repetidos de negación de peticiones de afecto, comprensión y apoyo (Marrone, 2001).

Para Gutiérrez (2012), tal vez el rechazo no sea privativo de los niños obesos, ya que también puede presentarse en otros niños. Sin embargo, existe la

posibilidad de que un niño, que no ha sido recibido con amor, ni se ha sabido dárselo, podría buscar como sustituto de éste, la comida, o bien ya siendo obeso, perpetuarse la satisfacción fallida de amor a través del alimento marcándose más el rechazo por la condición de la obesidad.

De la misma manera, ambas madres manifiestan una conducta sobreprotectora que se debe al temor de fondo a menudo inconsciente a que el bebé corra un peligro de muerte inminente. Muchos casos de sobrealimentación obedecen al temor de inanición (Brazelton y Cramer, 1993).

Además, la sobreprotección materna, no es sino una tentativa para enmascarar una hostilidad subyacente y compensar la carencia afectiva; esta ambivalencia materna es percibida por el niño, incrementando su necesidad de alimento. De allí el estado de tensión e inseguridad que caracteriza la dinámica familiar. Las madres de los niños obesos se toman sobre indulgentes prodigándoles a sus hijos gratificación excesiva sin control. Esto se debe a la percepción que tienen de sus hijos, encontrándolos lentos, torpes y poco queridos en sus relaciones con los demás (Castañeda, 2009). Esta preocupación exagerada es una compensación excesiva de la hostilidad inconsciente (Spitz, 1969).

De este modo esta protección excesiva puede ser traducida como una forma de agresión de la madre a su hijo, ya que el mensaje que da la mamá al hijo es que no lo considera capaz de hacer las cosas por sí solo (McNeils, Huster, Michel y cols., 2000; Pedersen, 1994).

Por lo tanto, los progenitores que son sobreprotectores, o que maltratan a sus hijos, o que sufren adicciones, depresiones u otras enfermedades psiquiátricas, tienden a desviar el desarrollo de sus hijos a un nivel sub-óptimo. Por el contrario si los progenitores cálidos, afectivos y que apoyan las iniciativas de sus hijos y sus necesidades de exploración, tienden a tener niños que crecen mentalmente sanos y psicológicamente maduros y creativos (Franz, 1994, citado en Marrone, 2001).

CONCLUSIONES

Una vez realizado el análisis de las entrevistas semi -estructuradas y el Test de Relaciones Objétales, se encuentra que efectivamente existen diferentes causas que pueden provocar en el niño el sobrepeso o la obesidad, entre ellas se encuentran el factor hereditario; el factor genético; el factor ambiental, pero sobre todo el más importante y el cual sustenta esta investigación es el factor psicológico, donde se involucra lo afectivo y lo emocional en la relación madre-hijo, pues es la madre quien en primer momento alimenta al hijo, involucrándose una infinidad de vicisitudes que permiten favorecer o entorpecen esta relación.

Es de gran importancia a esta relación diádica el estado psicoafectivo que la madre demuestra hacia su hijo y a la posible comunicación entre ellos. De este modo, si hay deficiencias en la comunicación entre el bebé y su madre, éstas se manifestarán, a menudo y desde los primeros meses, de un modo psicosomático, siendo ésta la vía de expresión de los conflictos psíquicos, como es la alimentación.

Por lo que el origen de algunas formas de obesidad infantil, se encontrarían relacionadas a una falta de aprendizaje de la sensación de hambre en la primera infancia, es decir, la respuesta estereotipada de la madre por medio de un suministro de alimento a cualquier manifestación emocional del niño no le permitiría distinguir el hambre de otras sensaciones internas y le llevaría más tarde a calmar cualquier sensación mediante la toma de alimento (Bruch, 1975, citado en Lebovici, 1988) provocando en el niño el sobrepeso o la obesidad.

La única forma de erotización que tienen acceso estos niños es a través de la boca, lo único que sintieron que el mundo externo era capaz de darles era alimento y tratan así de llenar todo el vacío emocional y afectivo que deja la carencia de los padres, comiendo (Gutiérrez, 2012).

Esta dificultad que pueden tener algunas madres para identificar lo que le pasa a su bebé quizá sea porque no están preparadas emocionalmente para el ejercicio de la maternidad, por lo que puede ser perturbador en el vínculo que se establece entre ella y su hijo, estas carencias maternas van imponiendo limitaciones en el desarrollo emocional en los hijos, así como la depresión y la

ansiedad, siendo un indicativo muy importante en las participantes imposibilitándolas a desarrollar una relación satisfactoria con su hijo, libre de los efectos nocivos de estos trastornos emocionales, que incluso pueden ser transmitidos al hijo como una forma de ser en el mundo (Gutiérrez, 2012).

En consecuencia, ellas responden a los gritos del infante alimentándolos (Spitz, 1969), provocando en ellos el sobrepeso u obesidad.

El desarrollo de la obesidad suele ocurrir en un marco familiar en el que los padres compensan las propias frustraciones y desengaños de su vida, a través de su devoción hacia el hijo. En la mayoría de los casos la madre es el miembro dominante de la familia, y trata al niño obeso con una sobreprotección angustiada, que incluye forzarlo a que coma (Kolb, 1951).

Se pudo constatar en ambas madres que el miembro dominante de la familia son ellas, por lo que hay una ausencia de la autoridad paterna. Sibel, et al, (2001) menciona que en el clima y la comunicación familiar del niño obeso hay una posición periférica de la figura paterna; ausencia. Tratando al niño con una protección excesiva enmascarando la hostilidad inconsciente y la culpabilidad mediante la sobrealimentación, encontrándose este dato en ambas madres.

O puede ser que el padre en tanto sujeto castrador, puede no operar la castración por diferentes razones una porque en sí mismo no tenga los emblemas fálicos y no pueda transmitirlos al hijo, otra porque la madre no le permita castrarla ni a ella ni al hijo, lo que conduce a que el hijo permanezca a su lado como un apéndice fálico, al que sobreprotege y cuida como una parte de ella misma. El hijo se torna excesivamente dependiente de ella y posiblemente también puede estar sobrealimentado, provocando con ello un vínculo ambivalente/resistente, donde aparece una preocupación exagerada por la madre, mostrando signos de ansiedad y malestar ante esta separación.

Asimismo, se encontró que las participantes experimentan un rechazo a la maternidad y al hijo, que puede generar culpa y ansiedad en ellas, y tratan de ocultarla transformándola en lo contrario y manifestando en su relación con sus hijos, una sobrecompensación, sobreprotección/sobreindulgencia y una exagerada solicitud, y el alimento en lugar de afecto que pueden ser consideradas

socialmente como manifestaciones amorosas, aunque en lo inconsciente sean representantes conductuales de la hostilidad hacia todo lo que represente la maternidad.

Este dato se encontró en las madres participantes, manifestando un rechazo al propio hijo y a la maternidad, tratando de enmascarar este desprecio con la sobreprotección y en el peor de los casos a través de la exagerada solicitud, la sobrecompensación, que quiere decir, calmar cualquier manifestación de desagrado de su hijo a través de la comida, impidiendo con ello identificar un tipo de necesidad y otra, dando alimento en lugar de cariño y afecto. Por lo que pueden ser manifestaciones contrarias de la hostilidad inconsciente de tal manera que la madre llega a considerar que su actitud obedece al gran amor que siente por su hijo; lo que los hace ganar peso con rapidez, al tiempo que se acostumbran a ingerir cualquier alimento ante cualquier situación que favorezca incomodidad ya sea física o emocional.

También, la sobreprotección materna, puede ser una manifestación a veces consciente, de hostilidad inconsciente, que puede llegar a ser muy intensa, quizá por el temor inconsciente de que su hijo muera. Por lo que ninguna se percibe como sobreprotectora, pero sí como consentidora y temerosa de que le pase algo a su hijo. Tratando de compensar esto con la comida, por el temor a la inanición.

Por todo lo expuesto, se puede observar que el contacto cuerpo a cuerpo en el momento del amamantamiento, es muy importante en el vínculo entre la mamá y su hijo, ya que permite que se establezca una comunicación satisfactoria que permitirá identificar las necesidades del hijo. Dentro de esta comunicación es importante llevar a cabo la comunicación verbal y la no verbal, ya que ambas son muy importantes en esta relación diádica. Pues, el platicar, acariciar y mirar con dulzura, será transmitido al bebé. Por otro lado si hay una madre que está físicamente presente pero ausente emocionalmente quizá por tristeza, preocupación, culpa o incluso hasta una depresión, impedirá involucrarse de manera favorable con su hijo y estos estados de ánimo serán transmitidos al bebé provocando sentimientos depresivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carrasco, D., Gómez, E. y Staforelli, A. (2009). Obesidad y Adolescencia: Exploración de Aspectos Relacionales y Emocionales. **Terapia Psicológica**, **27** (1), 143-149.
- Bleichmar, N. y Leiberman, C. (1989). **El psicoanálisis después de Freud**. Buenos Aires. Paidós.
- Bowlby, J. (1990). **El vínculo afectivo**. Buenos Aires: Paidós.
- Brazelton, T. y Cramer, B. (1993). **La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial**. Buenos Aires: Paidós
- Castañeda, A. (2009). **Relación entre las actitudes maternas y el proceso de adaptación personal del niño obeso pediátrico**.
- Chinchilla, A. (2003). **Trastornos de la conducta alimentaria**. Barcelona, España: Masson.
- Ciocchini, M.E. (2000). **Nacer y crecer**. Barcelona: Salvat.
- Fedida, P. (1988). **Diccionario de Psicoanálisis**. Madrid: Alianza
- Gutiérrez, (2012). Factores Psicodinámicos Maternos de Riesgo en el Desarrollo de Obesidad Infantil. Tesis. México.
- Hall, C. (1983). **Compendio de Psicología Freudiana**. Barcelona: Paidós
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1991). **Metodología de la investigación**. México: McGraw-Hill.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). **Metodología de la investigación**. (3ª edición). México: McGraw-Hill
- Kolb, L. (1951). **Psiquiatría Clínica Moderna**. México: La prensa Medica Mexicana
- Lebovici, S. (1988). **Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente**, Tomo IV. España: Biblioteca Nueva.
- Lebovici, S. y Weil-halpen, F. (2006). **Psicopatología del bebé**. España: siglo XXI
- Lewis, M. (1986). **Desarrollo Psicológico del Niño**: Interamericana
- Marcelli, D. y Ajuriaguerra, J. (1996). **Psicopatología del Niño**. México: Masson.

- Mariel, G. (2006). Tipo de Vínculo Madre/Hijo y desarrollo intelectual sensorio motriz en niños de 6 a 15 meses de edad. *Interdisciplinaria*, **23** (2), 175-201.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego: un enfoque actual*. España: Psimática.
- Phillipson, H. (1953). *Test de Relaciones Objétales*. Buenos Aires: Paidós
- Portuondo, J. (1985). *Psicopatología de la Psicología Clínica*. Madrid: Biblioteca Nueva
- Repetur, K. y Quezada, A. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: La importancia de las relaciones tempranas. *Revista Digital Universitaria*, **6** (11), 2-15.
- Rojas, E. (1981). *Psicopatología de la Depresión*. Barcelona: Salvat
- Secretaría de Salud, INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006. Proceso INSP.
- Sibel, A., Quiles, I., Barris, J., Bassas, N. y Tomás, J. (2001). *Perfil Psicopatológico y Relacional de las familias con Obesidad*. Familionova Schola Fundación Novasagata. Centro Londres. Psiquiatría-Paidopsiquiatría. Recuperado de:
http://www.centrelondres94.com/files/Perfil_psicopatologico_y_relacional_de_las_familias_con_obesidad.pdf
- Silvestri, E. y Stavile, A. (2005). *Aspectos Psicológicos de la Obesidad*. Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario. Córdoba Capital. Recuperado de:
<http://www.nutrinfo.com/biblioteca/monografias/ob05-02.pdf>
- Spitz, R. (1969). *El primer año de vida del niño*. México: Fondo De Cultura Económica.
- Torres, E. (2008). Psicodinamia de la Obesidad Infantil: Estudio de Caso. Tesis de Licenciatura. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, Michoacán.
- Winnicott, D. (1941). Sobre ejercer y sufrir las influencias. En: *El niño y el mundo externo*. (1993). Argentina: Hormé.
- Winnicott, D. (1954). La lactancia natural, En: *El niño y el mundo externo* (1993), Argentina, Hormé.
- Winnicott, D. (1987). *Los bebés y sus madres*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. (1993). ***Los procesos de maduración y el ambiente facilitador.***
Buenos Aires: Paidós.