



XXII Documento: Sociedad Española de Fisioterapia en Pediatría. SEFIP

La alimentación como elemento de vinculación y diferenciación entre la madre y el hijo. Abordaje terapéutico desde el CDIAP

Ascensión Martín Diez, *Fisioterapeuta-Psicomotricista. CDIAP Mollet del Vallès.*
Miquel Gómez Marcillas, *Psicólogo. CDIAP Mollet del Vallès.*

RESUMEN

Con el presente trabajo pretendemos hacer una reflexión acerca de algunos problemas en la alimentación que tienen su origen en un conflicto relacional (en este trabajo no abordaremos los problemas de tipo orgánico) y que aparecen en las primeras edades, así como mostrar el modelo de intervención terapéutica concreto que planteamos desde nuestro equipo para abordar dichos problemas.

El punto de partida de esta reflexión, fue la constatación cada vez más frecuente en los niños atendidos en el CDIAP, de la existencia de dificultades en la adquisición de hábitos para comer y aunque eran fuente de un gran malestar en la familia, no constituían uno de los motivos iniciales de la demanda de los padres, sino que quedaban enmascarados por otros relacionados con dificultades en el movimiento, la autonomía, la comunicación, la relación con el entorno, retrasos en la adquisición del lenguaje, dificultades en la adaptación escolar, el aprendizaje, la agresividad, la encopresis, enuresis, la oposición al adulto, etc.

Plantemos la intervención profesional desde el CDIAP siguiendo un abordaje interdisciplinario en el que se tienen en cuenta no sólo las demandas puntuales que hacen las familias, sino también los síntomas que presenta el niño y el significado que éstos síntomas puedan tener para todas las personas implicadas en esa interacción. El objetivo de nuestra intervención será implicar a los padres de manera que puedan modificar las actitudes y dificultades en la relación con su hijo.

Entendemos que la alimentación supone uno de los primeros contactos entre la madre y el bebé y según como se instaure quedarán determinadas, en gran medida, el tipo de interacciones futuras entre los dos que estarán condicionadas por las vivencias subjetivas y experiencias propias de cada uno de ellos (Stern, D. 1983). Intentaremos analizar también desde nuestro marco teórico como se gestan y presentan estos problemas en la alimentación y desvelar el significado que tiene para cada uno de los implicados

Abordamos también aquellos aspectos prácticos y funcionales relacionados con el comportamiento, los hábitos alimenticios y las dificultades de los padres para poner límites y educar dichos hábitos.

PALABRAS CLAVE

Alimentación, interacción, diferenciación, necesidad, demanda, deseo, límites, hábitos, autonomía.

INTRODUCCIÓN

Por alimentación debemos entender no sólo la nutrición, es decir aquello relacionado con los alimentos que se ingieren o el modo en que éstos se preparan y administran, sino también los intercambios tónicos, sensoriales, afectivos y emocionales que ocurren durante el proceso y que derivan, entre otros factores, del deseo afectivo de los cuidadores hacia el niño y la dependencia de este hacia ellos, asegurando su supervivencia.

Nos interesamos, por lo tanto, por cualquier aspecto relacionado con esta función y especialmente, por aquellos intuitivamente menos evidentes y llamativos, entre los que podíamos destacar:

- La interacción y comunicación que se establece entre la persona que proporciona el alimento y aquella que lo recibe.
- Las vivencias actuales de la persona que alimenta, suscitadas por sus experiencias previas con la comida y la alimentación.
- Los modelos culturales de cada familia: hábitos, rutinas alimenticias, capacidad para poner límites.
- Las competencias del desarrollo psicomotor del niño que se ponen en juego durante la actividad alimentaria: sedestación, equilibrio, manipulación, tipo de desplazamiento, marcha autónoma.
- Las características funcionales y morfológicas propias del niño: deglución, nivel de sensibilidad y motricidad orofacial, dentición y masticación, movilidad lingual, velo del paladar.
- El nivel de desarrollo emocional del niño: grado de diferenciación de la figura del cuidador, capacidad para hacer demandas, nivel de tolerancia a la frustración, grado de aceptación de las normas y los límites.
- El nivel de desarrollo del lenguaje: vocabulario adquirido y utilizado, estrategias más frecuentes para comunicarse y hacerse entender...

Consideramos entonces que cuando los niños presentan síntomas relacionados con la comida o con la situación de la alimentación, el abordaje terapéutico ha de ir encaminado a la búsqueda de las posibles causas que han acabado provocando esas dificultades o malestar y no tanto a la intervención directa sobre el síntoma, dicho de otra manera, trataremos de averiguar el "por qué" e incidir en él y no orientaremos nuestra tarea hacia el objetivo de "hacer algo" de manera inmediata, como dar pautas a la familia para que el niño coma, o si el niño vomita, instruir a la familia en alguna pauta para que deje de vomitar.

Entendemos que muchos de los síntomas que presentan los niños (rebeldía, oposición, problemas de comportamiento, agresividad, dificultades para tolerar la frustración, inmadurez, dificultades en el proceso de separación y diferenciación "falsa autonomía", dificultades en la comunicación y en el lenguaje, retrasos psicomotores, trastornos del sueño, alimentación, etc.) están directa o indirectamente relacionados (como causa o efecto) con problemas en la interacción.

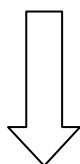
LA GESTACIÓN DE ALGUNOS SÍNTOMAS "DE TIPO EMOCIONAL" RELACIONADOS CON LA ALIMENTACIÓN

En la infancia encontramos problemas "menores" que diferenciaremos de la bulimia, la anorexia y la obesidad. En este trabajo nos centraremos en los problemas mas frecuentes que aparecen en un momento u otro de la etapa infantil y que en ocasiones convierten el momento de la comida en un autentico problema relacional y/o de conducta. Estos problemas suelen ser entre otros: comer solo una determinada clase de alimentos, no parar quieto mientras come, comer solamente en determinadas condiciones (en biberón, viendo la TV, jugando), hacer bolas con el alimento y no tragarlo, tardar excesivamente en comer, negarse a comer y/o vomitar.

Al evaluar un niño es necesario aclarar: en primer lugar si el niño no come las cantidades adecuadas en relación a las recomendadas por edad, sexo y actividad física; en segundo lugar, si no come "todo lo que la madre o persona al cuidado del niño quiere que coma" en tercer lugar, si se trata de un rechazo selectivo; y por último pero más importante, si todo lo anterior está o no asociado a un retraso en el crecimiento o a signos de desnutrición.

Para algunas madres, la mayor responsabilidad a la que se enfrenta a la hora de criar a sus hijos, es que éste coma "**todo lo que ella espera**", ya que sólo de esta manera se tranquiliza al creer que cumple el papel de "buena madre". Para su satisfacción como madre el niño ha de responder a esas expectativas y si no es así, el momento de la alimentación puede llegar a convertirse en un acto cargado de sentimientos y afectos hostiles, derivados de lo que ella considera que es un acto de rebeldía y de rechazo por parte de su hijo puesto que ese rechazo es interpretado como un acto de ingratitud hacia ella, como si ese hijo no reconociera todo lo que ella hace por él.

El proceso fisiológico normal de la regulación de la ingesta se ajusta a la siguiente secuencia:



- 1º- sensación de hambre, necesidad y/o deseo de comer por parte del niño.
- 2º- demanda por parte del niño de alimento
- 3º- respuesta e interpretación de la madre orientada a la satisfacción de la demanda.
- 4º- saciedad ligada a satisfacción-placer
- 5º- detención de la ingesta.

Esta secuencia se rompe cuando el niño no experimenta la sensación de hambre; si la saciedad es permanente, no surge una nueva demanda de ingesta ni tampoco permite identificar y reconocer la emergencia que provoca el hambre.

Desde el nacimiento, el niño tiene capacidad para retirar la boca de la fuente de alimentación cuando no tiene necesidad. Cuando una madre/padre interpretan únicamente las señales de malestar del bebé desde el **registro de la necesidad** alimentaria y obligan de forma sistemática a comer a su hijo para que se calme, están inconscientemente propiciando su rechazo hacia la comida, lo que sin duda tendrá consecuencias sobre la apetencia del niño hacia ésta, impidiendo además, que el niño pueda reconocer sus auténticas necesidades y alcance **a desear** la satisfacción de las mismas y lo que todavía es más importante, diferenciar sus propias necesidades y deseos de los de su cuidador cuando le da de comer.

Si el bebé expresa malestar mediante el llanto y la madre le ofrece una respuesta que no sólo pasa por satisfacer una necesidad biológica (dar de comer), sino que además, va cargada de afecto, lenguaje, le coge, le calma con su presencia, etc., entonces el niño, reconocerá en esa respuesta de la madre su primera experiencia de satisfacción y ella se sentirá, a su vez, reconocida en su función de madre, quedando reforzada para continuar con esta relación.

La repetición de estas experiencias y su satisfacción, hará que cada vez que el niño tenga necesidad y/o sensaciones de malestar reclame, y que el llanto a partir de esa primera experiencia adquiera un valor de "**demanda**", de "**pedir**" (Lacan J. 1994). El querer volver a sentir esa experiencia de satisfacción que obtuvo la primera vez, es lo que despertará **su interés y deseo**, primero por la madre y por lo que ésta le ofrece y después por todo aquello que le rodea: comunicarse, pedir, alcanzar objetos, descubrir su cuerpo, moverlo y dominarlo.

Otro aspecto importante y determinante en estos primeros encuentros de gran unión entre los dos, es "**la interpretación de la madre**": al estar atenta e interpretar lo que le pasa a su hijo, proyecta de manera inconsciente todos sus temores: inseguridad, ambivalencia, angustia, deseo, etc. Así, una madre deprimida o nerviosa hará una interpretación en función de su estado de ánimo, en función de cómo vive ella determinadas situaciones.

Algunas madres que atendemos aseguran que sus hijos no piden nunca de comer, de manera que si no fuera porque ellas les obligan a comer, sus hijos enfermarían y se morirían. Más adelante analizaremos el significado de dichas palabras y lo que supone esta convicción tanto para el niño como para la madre.

En ocasiones podemos constatar que cuando un niño en edad de aprender a comer se ensucia, juega con la comida, come menor cantidad, etc. y la madre lo interpreta como que no está preparado encargándose ella de alimentarle, entonces el niño creerá que el esfuerzo por aprender no es necesario y perderá el interés por adquirir dicha autonomía; la madre inconscientemente le transmitirá un sentimiento de impotencia haciéndole creer al dárselo, que él no puede comer solo, generándose una gran dependencia/ambivalencia entre los dos.

Si este hecho es frecuente en las primeras etapas puede producirse un "aplastamiento" del deseo del niño: éste no descubre ni reconoce sensaciones de satisfacción, perdiendo la motivación y el interés por el entorno que le rodea. La madre de forma consciente desea la autonomía de su hijo, pero por alguna razón y de modo inconsciente propicia el efecto contrario, la dependencia. Uno de los síntomas que observamos con mayor frecuencia en los niños que atendemos suele ser la dificultad para diferenciarse o separarse de la madre, ésta suele estar **omnipresente**, solucionándole todos los conflictos, pensando, haciendo, respondiendo y hablando por ellos, moviéndose por ellos, etc. Su deseo queda de nuevo aplastado bien por exceso de presencia o por dificultades de ajuste en la relación. La pérdida de esta fusión madre-hijo, viene determinada

también por la presencia de “un tercero” o “función paterna”, que hace de mediador y separador de los dos; muchos de los conflictos que surgen en relación con la comida tienen que ver con esta relación de sobreprotección, de exceso de control y “enganche” entre la madre y su hijo que, en muchas ocasiones, se resuelven cuando ésta consulta a un profesional o **cuando el padre interviene** o hace su función, (como profesionales deberíamos reclamar más la presencia de los padres en el proceso terapéutico no solo física sino también simbólicamente).

Algunas madres **interpretan** inconscientemente las señales del bebé en función de sus propias necesidades, su propia experiencia y sus propias ideas sobre la alimentación; esto les dificulta ver las necesidades reales de sus hijos. Si esta situación se mantiene en el tiempo puede llegar a causar problemas en el futuro, pero en la mayoría de las familias solamente es un momento transitorio que se supera fácilmente.

Cuando la madre “responde” a las quejas del bebé, lo que esta haciendo es ayudarlo a superar un mal momento pero también le está ofreciendo un modelo para saber hacer frente a las dificultades, a las frustraciones. Cuando es capaz de tolerar el enfado o la queja, le está transmitiendo que su malestar es un sentimiento aceptable y soportable, que estar enfadado no es “el fin del mundo”, sino que es un sentimiento muy normal y que se puede superar; esta actitud ayuda al bebé a construir una imagen más segura de sí mismo y del mundo que le rodea. Aprender a superar los problemas aumenta la confianza en uno mismo y favorece adquirir confianza en los demás.

¿POR QUÉ ALGUNOS NIÑOS EXPRESAN SU OPOSICIÓN EN EL MOMENTO DE COMER?

Un niño sano come, duerme y juega bien, pero en cualquier momento y por diversas circunstancias pueden aparecer algunas inflexiones en estas rutinas, por ejemplo:

- Una enfermedad, cansancio o sueño excesivos, un estado de sobreexcitación, el nacimiento de un hermano, el inicio de su escolarización, son circunstancias que pueden incidir en las rutinas diarias. A consecuencia de ello, algunos niños pueden presentar variaciones en el apetito.
- A lo largo del crecimiento las variables biológicas, como el tamaño corporal y por tanto el apetito, siguen un ritmo irregular. Lo normal es que el niño crezca a una velocidad desigual y, por consiguiente tenga que ajustar sus tasas de ingesta a lo largo de su desarrollo (González, C. 2002). Ante dichas variaciones algunos padres se “confunden” porque pueden no reconocer y/o aceptar la capacidad para poder “decidir” y “expresar” ajustadamente sus deseos y necesidades cambiantes. En aquellos casos en los cuales a los padres les cuesta entender o no pueden respetar estas fluctuaciones fisiológicas, ajustándose a ellas, pueden terminar obligando a comer la cantidad que a ellos les tranquiliza y así comenzar a gestarse, por este mecanismo, un conflicto en la relación con el hijo, focalizado al inicio en la oferta y en la ingesta de alimento y posteriormente, si no se pone remedio, invadiendo y corrompiendo otras dimensiones de la interacción entre ambos que se habían establecido de forma satisfactoria anteriormente.

Aunque los problemas alimentarios pueden instaurarse en el mismo momento de alimentar al recién nacido (inexperiencia, presiones familiares, laborales, expectativas y/o deseos de la madre en relación al tipo de lactancia, experiencias con otros hijos, etc.) surgen con más frecuencia en las etapas en las que se inicia el **proceso de separación o diferenciación** que abarca, aproximadamente, desde los 12 meses a los 2 años de edad. En esta etapa el niño debe ir adquiriendo una progresiva independencia en su alimentación y suele comenzar a manifestar con mayor decisión y rotundidad cuales son sus gustos y preferencias por unos alimentos u otros. A veces la *madre no está dispuesta a aceptar* este acusado protagonismo del niño para afirmarse en su ansiada diferenciación, generando tensiones en los momentos destinados a cumplir con las rutinas de la alimentación y con ello, quizás ocasionando el posterior rechazo alimentario. Las rabietas y los desafíos no son sino la expresión de los momentos en los que el niño pone a prueba la capacidad de ajuste de sus padres.

El niño que quiere diferenciarse y muestra sus deseos confrontándolos a los de su madre, utiliza el vómito, la negación a comer, la enuresis o la encopresis ya que “siente” o intuye que quizás con esta forma de proceder, doblará más fácilmente la voluntad demandante e impositora de los cuidadores hacia él. En estas etapas precoces, el niño tiene una capacidad muy desarrollada para captar las emociones y los sentimientos de sus cuidadores e intuye con precisión como

conseguir la satisfacción de sus deseos. Si un niño utiliza exageradamente esta posición de control y dominio en la relación con sus cuidadores, y estos, acaban aceptando sus exigencias abrumadoras deberemos intentar saber algo más de los "beneficios inconscientes" que persiguen ambas partes con esta conducta.

Otro elemento de conflicto puede ser la propuesta o la manera de imponer, por parte de los cuidadores, nuevas experiencias relacionadas con el tipo de alimento, con su sabor, textura, presentación, olor o manera de ingerirlo. Este hecho permitirá a algunos niños mostrar una cierta curiosidad ante lo novedoso lo que les conducirá a acabar aceptando esta novedad; otros niños, por el contrario, mostrarán un rechazo radical ante la nueva propuesta porque, quizás, no pueden afrontar con tranquilidad la pérdida de lo "reconocido" como bueno y satisfactorio. Para la resolución airosa de este conflicto es imprescindible que los padres desarrollen su capacidad empática respecto a su hijo y así alcancen a entender lo que les está manifestando con dicha conducta, si es o no razonable su oposición a probar las novedades propuestas, si requiere de una respuesta firme o mas bien de una respuesta negociada, etc.

LA IMPORTANCIA DE LOS LÍMITES PARA LA INSTAURACIÓN, O NO, DE UN PROBLEMA DE CONDUCTA

Como ya se ha dicho, algunos niños utilizan la hora de la comida para expresar sus conflictos emocionales y muchas madres se preocupan en exceso porque interpretan dichas reacciones como un rechazo hacia ellas; la hora de la comida puede convertirse entonces en una lucha de poder entre los dos. Un niño que se niegue a comer un plato nuevo o que reaccione como si la comida fuera mala, necesita que su madre interprete este rechazo como lo que es, una dificultad para adaptarse a los cambios, a lo nuevo, incluso puede llegar a entender que no sea de su agrado, pero ha de enseñarle a través de su actitud que si lo intenta, quizás podrá acabar tolerándolo y finalmente aceptándolo.

Una madre que es incapaz de decir "no" a las exigencias de su hijo que quiere comer siempre lo mismo o que acaba consintiendo que rechace la mayoría de alimentos, puede terminar sometida a la tiranía de su hijo y además sentirse muy culpable por ello. Según Winnicott (1982) la capacidad para decir "no" ha de ir acompañada de una sensibilidad hacia las necesidades del bebé, y también, saber el momento idóneo en que se ha de comenzar a decir que "no". Una madre atenta a las necesidades del niño y que cuando todavía es un bebé, le evita encontrarse con dificultades, actúa correctamente, pero no ha de ser así cuando el niño es más mayor. La madre ha de facilitarle el camino hacia la independencia y eso conlleva guiarlo, dejarle que aprenda a equivocarse, ayudarlo a soportar que no todo lo "puede". Será un camino doloroso para ambos.

Cada vez que los padres dan a su hijo lo que quiere y/o pide, están reafirmando la idea de la **omnipotencia**: pensará que él es quien decide, quien toma las decisiones; si los padres no están convencidos de que lo que le piden u ofrecen a su hijo es lo correcto, la manera inconsciente de presentarlo ya será un fracaso, su ambivalencia impedirá que su hijo pruebe y acabe aceptando aquellos alimentos que no son de su agrado.

Para muchos padres el hecho de **saber decir "no" y poner límites** (Asha Phillips. 2001) les supone una cierta dificultad ya que implica separarse, diferenciarse de sus hijos, aceptar que pueden tener sus propias ideas y maneras de hacer y además, les confronta con su propia capacidad a la hora de pensar como educarlos. Ser consecuentes y coherentes con las consignas que se da a los niños es fundamental para que estos se hagan un idea clara de lo que pueden y no pueden hacer. El hecho de que las personas que rodean al niño se pongan o no de acuerdo en la manera en como se llevan a cabo dichas consignas puede servir para afirmar o por el contrario para desorientar al niño en su comportamiento.

También hay momentos en los que los padres entran en conflicto a la hora de saber que es "**lo adecuado**"; pues lo que en un determinado momento puede ser adecuado en otro se ha de prohibir. Lo que si sabemos es que los niños se sienten mejor y más seguros cuando pueden predecir las respuestas del adulto, incluso cuando éstas no sean de su agrado, ya que a nadie le gusta aceptar "no poder hacer lo que uno quiere"(Doltó, F. 1998).

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LAS TENDENCIAS EDUCATIVAS ACTUALES

Los conceptos e ideologías teóricas sobre La Educación han ido cambiando a lo largo de la historia y varían en función de la cultura; hay teorías que han proclamado una educación rígida e inflexible, donde se creía que los padres tenían que reglamentar el comportamiento alimenticio del niño (sólo cada 4 horas, ni antes ni después), otras en cambio más liberales han promulgado el protagonismo del niño y defienden que sean alimentados cuando ellos lo pidan (teoría sobre la lactancia a demanda).

Según Bueb, B. (2008) tanto padres, educadores como los modelos de enseñanza quedan atrapados en estas corrientes socio-educativo-culturales. Hay autores que afirman que en la actualidad no estamos dominados por ninguna tendencia; esto permite que haya un espacio mas libre para la creatividad individual pero al mismo tiempo este espacio también se llena de mayor confusión ya que implica una mayor madurez y capacidad de reflexión, tan ausentes en esta sociedad actual, donde lo que domina son la prisas, el actuar y donde no hay demasiado tiempo para **reflexionar**.

Si analizamos los comentarios y consignas que aportan algunos libros muy populares entre las familias (González, C. 2002), sobre la alimentación infantil, podremos encontrar algunos aspectos educacionales interesantes como "*no se ha de forzar al niño a comer*", "se le ha de respetar y tener en cuenta sus dificultades para adaptarse a los nuevos alimentos, a los cambios de texturas, a la autonomía en la alimentación"; también señalan que los niños son muy sabios y "*saben lo que han de comer y cuánto*"; también resaltan en gran medida lo importantes que son las madres para la alimentación de sus hijos, la importancia de la lactancia materna no sólo como alimento sino como el establecimiento de una relación próxima y placentera que les ayudará a entenderse y relacionarse; pero por otro lado también explican y dan importancia a otros aspectos como por ejemplo, que los bebés desde un principio tienen capacidad para regularse por sí mismos y que por este motivo se les ha de dar de comer o ofrecerles el pecho cada vez que lloren (como si siempre que lloraran estuvieran pidiendo satisfacer solamente algo de la necesidad), siendo ellos concededores de la cantidad de ingesta que necesitan; que los niños que no comen verdura a una determinada edad no ha de suponer un "trauma" ni para la madre ni para el niño, lo importante es no forzarle, dejar que escoja los alimentos que más le gusten y el momento que él considere idóneo.

El inconveniente de los métodos y las consignas que ofrecen es que no tienen en cuenta como estos mensajes son **interpretados** por las madres que los leen. Tanto si les sirven para aprender formas de proceder como para ayudarles a resolver una situación concreta, lo cierto es que a todas les afectará de una manera particular y única, ya que **la interpretación** de lo que lean, vean u oigan también va a tener que ver en como ellas lo entiendan y lo puedan llevar a cabo, es decir, ha de pasar por "su propia manera de hacer y de entender" y por eso no a todas les resultarán eficaces.

Lo que estos métodos no explican es lo que supone para un niño sentir que manda y toma decisiones que por la edad no le corresponden (decidir que ha de comer, cuando y dónde). Tampoco dan solución a los conflictos con los que los padres se encuentran, como pueden ser el sentimiento de impotencia al que antes nos hemos referido.

Habrán padres a los que "un método" que les diga lo que tienen que hacer, les será útil porque les falta establecer unas normas bien claras y coherentes para que su hijo aprenda una determinada conducta; pero si el problema es de tipo relacional y se ha instaurado en las primeras interacciones por una serie de desencuentros y malos entendidos entre la madre y el niño y la comida ha servido de arma arrojadiza entre los dos, el "método" que habla de actuar y no tanto de pensar, no hará mas que agravar la situación.

LA PREVENCIÓN DE LA INSTAURACIÓN DE UN TRASTORNO MAYOR

Ante la presencia de dificultades en la crianza, muchos padres pueden presentarse ante los pediatras como "derrotados" en su función parental, desorientados, manifestando sentimientos de culpa, no entendiendo el comportamiento de sus hijos, deprimidos o impotentes. En ocasiones los padres hacen intervenir al pediatra como un tercer mediador de las dificultades que tienen; en otras, le obligan a ser cómplices de actuaciones innecesarias para el niño, que puede acabar

sometido a inyecciones o tratamientos para aumentar la ingesta, engordar, ser ingresado o administrándole medicamentos para adelgazar, para que no se mueva tanto o para que se mueva más.

La función del pediatra ante la consulta de los padres, debería ser la de hacer un **filtro interpretativo** entre lo que los padres manifiestan y lo que él valora que le pasa al niño. **El trastorno de la conducta alimentaria es un motivo de consulta médica frecuente, que si no se acompaña de signos clínicos que evidencien una enfermedad, tiene su causa en dificultades en la relación madre-hijo.** Ofrecer pautas de manejo individualizadas que permitan reeducar tanto a la familia como al niño, es una de las primeras medidas a efectuar por el pediatra o la enfermera. Si estas medidas no dan resultados positivos, se debería pedir la intervención de un especialista.

LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA DESDE EL CDIAP MOLLET

Cuando los padres acuden a nuestro Servicio buscando una solución a su problema es porque no entienden y están preocupados por el comportamiento de su hijo. En la mayoría de los casos el problema lo sitúan en él (no habla, no duerme, no entiende, no se mueve, no come...) y lo que les angustia enormemente es no saber qué hacer, ya que lo han intentado todo para intentar resolver la situación. En la mayoría de las ocasiones los padres acuden a nosotros esperando una solución a su conflicto, "presuponen" que sabemos lo que les pasa y les daremos las pautas que les servirán para resolver el problema. Ante esta demanda el profesional podrá situarse de muchas maneras, tantas como concepciones teóricas se tengan. Desde nuestro enfoque consideramos que la intervención no ha de pasar por dar respuestas a las demandas que se nos hacen (en algunos casos muy difícil de llevar a cabo), sino la de ayudarles a entender dónde está el conflicto.

Como dijimos en un principio nos sorprende el porcentaje tan bajo de demandas o consultas cuyo motivo de preocupación inicial sea la alimentación, este síntoma suele presentarse enmascarado detrás de otros más evidentes como pueden ser el retraso o dificultades en el área psicomotriz, de comunicación y lenguaje, de relación, etc.

En las primeras entrevistas tratamos de recoger la información necesaria que nos permita entender de la manera más amplia y objetiva posible lo que está pasando. Escuchamos los motivos de su preocupación y por medio de preguntas lo más directas y abiertas posibles, les pedimos que nos describan diferentes situaciones relacionadas tanto con ellos como con su hijo en la vida diaria. Tratamos de saber lo que realmente les preocupa para hacernos una idea de lo que puede estar pasando y también lo que esperan de nosotros. El objetivo de la entrevista es hacerles **pensar**, a partir de nuestras preguntas, en aspectos relacionados con ellos y sus hijos, en las diferentes situaciones que nos plantean y las diferentes variables que afectan tanto al comportamiento del niño como al tipo de respuesta que ellos dan ante éste. Otro de los objetivos es que los padres sean conscientes de los aspectos emocionales relacionados con la naturaleza y la magnitud del problema por el cual consultan, con el fin de que puedan sentirse implicados, junto con nosotros, en la búsqueda de posibles soluciones.

En la fase de observación se pretende observar y evaluar el comportamiento del niño, la relación que establece con sus padres, con el espacio y los objetos, el tipo de contacto y relación con el terapeuta, el nivel de desarrollo evolutivo, el grado de autonomía funcional, la capacidad de comprensión y resolución de conflictos, etc.

La entrevista de devolución permite proponer una intervención pactada con la familia una vez confirmados y observados los problemas por los cuales consultan y establecida una hipótesis de los posibles conflictos que han ido apareciendo.

EL INICIO DE LA INTERVENCIÓN DEL FISIOTERAPEUTA

En las primeras sesiones, cuando la familia expone los problemas que les afectan en relación al niño, conviene preguntar ampliamente por los "síntomas que presentan": su origen, trayectoria, grado de afectación en la vida familiar, "**explicaciones particulares**" que hacen de las causas, con especial atención a contradicciones, equivocaciones y olvidos que nos pueden orientar en

relación a la “auténtica verdad” de lo que puede estar sucediendo. Es posible que al preguntar, surjan aspectos que pueden sorprender a los padres e incluso desencadenar resistencias y oposición a la intervención terapéutica. Conviene detectar estos aspectos para que puedan ser tratados sin generar rivalidad, ni imponiendo puntos de vista.

Cuando en estas primeras sesiones aparezcan dificultades en la alimentación pero no sean percibidas por la familia como un problema sino como un mal hábito o una característica particular de su hijo, deberemos ser prudentes, porque si intuyen que se les cuestiona o si simplemente, incidimos sobre un problema que para ellos aún no lo es, puede producirse, en algunos casos, además de resistencias (conscientes o inconscientes), el abandono del tratamiento. Se requiere paciencia y estrategias de intervención que aborden las diferentes dificultades que presenta el niño en otras áreas por las que consultaron y a partir de aquí, tratar la problemática de fondo.

En aquellas circunstancias en las que los padres no permiten un trabajo mas subjetivo porque consideran que el problema está en su hijo y no en ellos y lo que pretenden es que les demos pautas para acabar con el problema, la estrategia que utilizamos para no “rivalizar” con ellos es centrarnos en los aspectos conductuales, haciéndoles pensar en el momento de la comida; les pedimos que registren, durante una semana, algunos de los siguientes parámetros con el fin de que quede constancia de ello y puedan darse cuenta de su implicación:

1. La cantidad objetiva que come, lo cual influirá directamente sobre la salud:
 - La cantidad de alimentos que toma, si son suficientes y adecuados a la edad.
 - Número de veces que come al día, si el intervalo entre toma y toma es el adecuado, comidas adicionales, alimentos entre comidas.
 - Si la variación es la adecuada para la edad: lácteos, verduras, frutas...
 - Características de los alimentos, forma en la que son presentados, con el fin de conocer las preferencias del niño y si éstas pueden suponer un problema de salud o de conducta.
2. Tiempo que invierte el niño en comer, al ser éste una variable que afecta especialmente a la relación entre los miembros de la familia.
3. Registro y evaluación de la cantidad subjetiva de alimento que ingiere el niño. Daremos mucha importancia a la actitud y capacidad de la madre para poder interpretar y escuchar las señales de su hijo y poder respetarlas
4. Registro y evaluación del comportamiento del niño mientras come: si hace ruidos con la boca, juega con la comida, no se la lleva a la boca, la tira al suelo, escupe, cierra la boca, amenaza con vomitar, come andando por la casa; todos ellos son comportamientos que acaban desesperando al adulto que da de comer. Si a un bebe de 12 meses se le sigue alimentando con biberón, en brazos y sosteniéndole el biberón, que a un niño de 2 años se le siga alimentando con alimentos triturados como cuando tenia 6 meses, o que a un niño de 4 años se le siga dando la comida a la boca.
5. Cuando el niño es pequeño, estas conductas pueden aparecer, pero también se han de ir corrigiendo por parte de los padres con mucha paciencia y constancia.
6. Evaluación del ambiente que rodea a la comida: el comportamiento de las personas que dan de comer o los estímulos que están presentes en el momento de comer:
 - TV, juguetes, presencia de personas.
 - comportamiento de quien da de comer (hacer varias cosas a la vez), presencia de otros alimentos a la vista del niño que le gustan mas;
 - La presencia de estímulos o verbalizaciones que anticipan el momento de comer.
 - La atención del adulto y los estímulos de alabanza que se dan al niño cuando hace las cosas bien y que se producen de manera inmediata a la acción adecuada del niño.
 - los comentarios despectivos, las regañinas y enfados de la madre
 - las acciones del adulto frente a la conducta del niño: retirarle el plato si no come, engañarle y distraerle, darle de comer si el no lo hace, no dejarle que se ensucie, si comparten varios el mismo plato para ir mas rápido (gemelos y trillizos), el modelo utilizado para enseñarle la autonomía, que le den de comer sin tenerlo en cuenta, utilizar chantajes, que la madre se

desaparezca mientras da de comer o esta enseñando a comer, si no come cambiarle el tipo de alimento o la presentación, etc.

- las acciones del niño como respuesta a ese ambiente del que forma parte; si se niega a comer, se sale con la suya a pesar de las advertencias del adulto, se niega a comer solo y finalmente le dan de comer, si prefiere jugar y acaba haciéndolo mientras le dan de comer, comer con la TV, sólo con la madre u otra persona, etc.

Como **conclusión** podemos decir que para resolver un problema de conducta es necesario conocer el "problema real a tratar"; en numerosas ocasiones el abordaje terapéutico se ha de comenzar por el problema de conducta que "preocupa" para después ir abordando la posición de los padres frente a dicho problema, si ellos nos lo permiten. Con el registro anterior, buscamos que los padres lleguen a **tomar conciencia del problema y se sientan implicados en su resolución**; hay situaciones en las cuales percibimos grandes resistencias a poder entender, elaborar y/o modificar posiciones subjetivas frente al problema, y es a partir de este momento cuando les planteamos la posibilidad de que puedan ir a hablar de estas dificultades al psicólogo, que les ayudara a pensar y a entender el origen del problema.

CASO CLÍNICO

Con el siguiente CASO pretendemos ilustrar parte de nuestra intervención. Referiremos el caso de un niño prematuro (28 semanas) que venía a seguimiento con la fisioterapeuta del CDIAP desde los 3 meses y cuya evolución era muy satisfactoria; no presentaba dificultades madurativas importantes, únicamente un leve retraso psicomotor que no impedía los cambios posturales correspondientes a su edad; comía y dormía bien; los padres mostraban en general una conducta ajustada y siempre referían una gran satisfacción por su evolución haciendo continuas referencias a los malos momentos vividos en el hospital y al miedo que pasaron por las complicaciones que hubo. Cuando cumplió los 11 meses había adquirido la autonomía en el suelo y comenzaba a ponerse de pie, pero se desplazaba gateando, le gustaba recorrer y explorar la sala, se entretenía jugando, comenzaba a señalar lo que quería, repetía alguna palabra, aunque no decía mamá o papá.

En una de las revisiones cuando ya tenía 13 meses, podía observarse como el niño se desplazaba caminando siempre agarrado a la madre, ésta le llevaba y traía allá donde el niño quería ir, se adaptaba completamente a sus movimientos, le acompañaba a subir la escalera según sus exigencias. En el seguimiento de los 14 meses, se evidenció con más claridad, el comportamiento de la madre y del niño en relación a su autonomía; el niño parecía no "querer conseguir" soltarse, caminar solo, prefería ir acompañado por su madre e incluso llegaba a ponerse en situaciones de riesgo sin asumir el peligro que suponía subirse a ciertas alturas. No temía caer, porque tenía a su madre dispuesta a sujetarle. El niño se dirigía a ella con gesto de exigencia y la madre lo justificaba diciendo que era muy prudente y tenía inseguridad a la hora de soltarse.

En las sesiones de seguimiento comenzamos a observar las dificultades del niño para tolerar cualquier contratiempo, no aceptaba ningún tipo de límite; se ponía a llorar de forma incontrolada cuando quería algo y no se le daba, cuando era la hora de salir, etc. La madre, sin embargo parecía verlo todo normal, continuaba viniendo porque en el seguimiento del hospital le habían dicho que tenía un retraso psicomotor, pero ella lo justificaba diciendo que cada niño tiene su tiempo para hacer las cosas y que parecían haberse olvidado de que era prematuro.

Comenzamos a preguntar sobre la autonomía y los hábitos para dormir y comer; la madre explicó que "todo muy bien": por las mañanas se despertaba a las once porque se acostaba cuando "ya no podía más"; a veces ellos (los padres) estaban agotados y tenían que "hacer guardia" uno de los dos. Comentaban que nunca había llorado para irse a dormir, pero que desde hacía unas semanas no quería ir a la cama; la madre creía que era por miedo; había leído que no es bueno pasar por esta experiencia y por eso "aguantaban" hasta que se dormía en el salón, llevándole después a la habitación. Desde hacía algunas noches se despertaba llorando y acababa durmiendo en la cama de ellos; la madre cree que no es bueno acostumbrarle a dormir con ellos, pero no quiere que el niño pase miedo, ya que ella cuando era pequeña e incluso ahora no puede dormir sola; cuando su marido no está, tiene que dejar encendida la televisión.

En cuanto a la alimentación explica que come muy bien y de todo. Cuando se le pide que explique como lo hace, refiere que a los 8 meses le introdujo la fruta, se lo toma todo en

biberón, no acepta la cuchara, se lo da ella en brazos. El niño no coge el biberón y sólo bebe agua en vaso. Al interesarnos por este aspecto, le llaman la atención las preguntas planteadas y muestra cierta sorpresa, preguntando si “tenía que comer de otra manera”. Se le señala si ha pensado en algún momento ofrecerle la comida con cuchara y/o a trozos (no triturada), comenta que no, porque el pediatra le ha dicho que lo importante es que coma la cantidad que esta estipulada, que no se preocupe y que ya cambiará y comerá correctamente mas adelante. Indica que ha leído el libro de “mi niño no me come” y está de acuerdo en no forzar, ni obligar al niño a aceptar lo que no le gusta, prefiere que siga comiendo de la misma manera porque así se asegura de que no perderá peso; insiste en que come bien y no se ha planteado cambiar.

Podemos observar como la escasa autonomía en lo motriz conlleva otros síntomas relacionados con la manera en como es tratado el niño. Lo que en un primer momento parecía adecuado en la relación entre padres e hijo, no lo es cuando estos padres tienen que enseñar a su hijo a enfrentar los cambios, a aceptar las dificultades y encontrarse con la frustración que supone asumir ciertos riesgos por sí mismo; no hacen el papel de guías, no dejan que su hijo se encuentre con dificultades y busque recursos para superarlas, le dejan tomar decisiones que no le son propias y por eso manifiesta dificultades para separarse y enfrentarse a los cambios y los aprendizajes.

La intervención con esta madre consintió en que se diera cuenta de las dificultades que presentaba su hijo para independizarse y hacerse autónomo, no sólo en lo motriz, sino también en otros aspectos del desarrollo. Parecía como si en el momento en el que el niño manifestaba dificultades de separación, ellos no pudieran sostenerle y ayudarle a crecer. Por un lado no le pedían que se esforzara, y por otro no ponían límites para no tener que enfrentarse así a sus llantos. Se habló de lo que este llanto suponía para ellos, reconocieron, especialmente la madre, que este llanto les recordaba la situación de fragilidad del momento de nacer, situación que habían estado intentando negar y olvidar.

En este caso ayudó el poder hablar de ello y relacionar los diferentes síntomas que presentaba el niño y su comportamiento de exigencia hacia la madre; el hecho de que no la llamara mamá, que no respondiera u obedeciera cuando le llamaba, la capacidad para asumir un cierto riesgo y conseguir el desplazamiento sin ayuda, poder dormir solo y que no le pasara como a ella, que aceptara comer como un niño de su edad y se fuera acostumbrando a los cambios, tenía que ver con ellos y con su papel responsable de hacer de padres y fue lo que les permitió empezar a asumir una postura diferente ante su hijo. Poder decir que no al niño en sus exigencias, pedirle una cierta renuncia a sus comodidades, presentarle las cosas de manera que las pudiera tolerar, fue permitiendo también la resolución de determinados conflictos: la autonomía a la hora de dormir, comer como ellos, comenzar a andar y la aparición de las primeras palabras.

La situación fue cambiando y la madre, al cabo de los meses, hizo una demanda a un psicólogo externo al CDIAP para hablar de los miedos que le provocaban una gran parálisis en otras muchas situaciones de la vida diaria.

Decir “no” implica una renuncia por parte del niño a una aparente seguridad, pero aceptar esta renuncia le permite pensar, rectificar y aprender. El hecho de que los niños puedan mostrar un cierto desagrado ante los límites que le son impuestos y no aceptan, les va a ayudar a poderse sentir escuchados, comprendidos y por lo tanto, más seguros.

Muchos padres con la intención de ser padres modélicos, con unos hijos libres de frustraciones, lo que hacen, a veces, es interpretar precipitadamente los gestos del niño, incluso mucho antes de que el niño haya tenido suficiente tiempo para experimentar su propia necesidad. La dificultad para soportar la espera les impide ver con claridad lo que el niño necesita: si no podemos esperar, seremos incapaces de decir que no, tanto a la demanda del niño como a la interpretación que hagamos de esta demanda. Esta “espera” también se puede aplicar a la relación terapéutica, ya que interpretar o responder a sus demandas antes de que éstas estén formuladas o mostrar lo que no es adecuado en el otro antes de que éste lo vea, lo diga o lo muestre, impide que los padres hagan un trabajo de reflexión de los conflictos que tienen.

En estas situaciones es importante averiguar qué sentimientos se despiertan en los padres a la hora enfrentarse a esta frustración en sus hijos. Una vez puedan reconocer sus propias

dificultades, podrán buscar y encontrar otras maneras de actuar consistentes ante las demandas de su hijo. La manera en como las madres reaccionan y responden a esas demandas esta relacionada o tiene mucho que ver con su propia historia, la relación de pareja y la función del padre, las proyecciones que hacen sobre sus hijos y su manera de ser.

LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL CDIAP MOLLET.

Cuando los padres son derivados al psicólogo y presentan a su hijo que no come, come poco o come mal, algunas de las preguntas que deberíamos plantearnos antes de intervenir serian: "¿qué nos están pidiendo en realidad? ¿qué esperan de nuestra intervención?. En ocasiones, han sido los pediatras u otros profesionales los que han indicado a los padres que hagan la consulta, otras veces, son ellos mismos quienes formulan la demanda, que posiblemente ya la han orientado otros profesionales.

De entrada, son ellos los que, de una manera u otra, presentan una demanda de atención por el problema que acostumbran a situar en su hijo. Le presentan como alguien que rechaza la comida total o parcialmente, o que solamente quiere comer biberones, o comer todo triturado, como si fuera un problema en exclusiva, de su hijo, o bien, dan por hecho que el problema es así y que no saben qué más hacer. Llegan a una situación que les resulta bastante angustiante, al constatar que el hijo va perdiendo peso y que se puede poner en peligro su vida. Creen que la vida de su hijo depende de su intervención ("si no fuera por nuestra insistencia, no comería"). Los problemas que sitúan en su hijo, los consideran como un fracaso en su papel de padres y, en función de cómo lo puedan asumir, puede ser motivo de discusión o una brecha en la relación entre ellos.

Según nuestra concepción teórica los problemas con la comida pueden representar un serio problema por la sensación de control, dominio y el saber o conocimiento que tienen en relación a su hijo, y en definitiva, por la relación de goce (una relación que escapa a la regulación entre unos y otros y que sería como una satisfacción sin límite, que hace sufrir) con el hijo o el narcisismo (juego de identificaciones entre padres e hijos que son el resultado de ver en el hijo la imagen de los padres) que hay en juego. La situación de sufrimiento de los padres implica que alguna parcela de la satisfacción está afectada y que no se pueden sentir identificados con el comportamiento del hijo. Lo cual hará necesario la consulta a un especialista al que se le supondrá un saber, con tal de reparar el problema y poder restablecer la relación de satisfacción y las identificaciones que han quedado maltrechas.

El niño, con su comportamiento negativo hacia la comida, intenta hacerse un lugar respecto a los demás; es una manera de hacerse notar o ser el centro de atención como se dice coloquialmente

A partir del nacimiento el recién nacido, depende absolutamente del otro para satisfacer las necesidades vitales ya que por sí mismo no podría sobrevivir, esté en una relación total de dependencia del otro para mantenerse vivo. Para el niño, el que hace la función del otro materno lo es todo para él. Esta situación de total dependencia del otro, se corresponde con que el otro se pone en situación de ser el que puede satisfacer completamente al otro: toda la responsabilidad, control y sensación de omnipotencia o de complitud narcisista.

Con su comportamiento problemático, el niño hace tambalear el saber de los especialistas, pone en crisis el goce narcisista de los padres y abre un espacio en el que se puedan hacer alguna pregunta que apunte al deseo del otro o a la aparición de su subjetividad, como una manera de hacerse un lugar en el campo del otro: "Nosotros le damos de todo, ¿porqué no come?". Los padres quieren serlo todo para su hijo muchas veces antes de que pueda pedir o mostrar su falta, los padres ya le han querido satisfacer, de manera que no dan lugar a que el hijo pueda desear, encontrarse con su propio deseo y poderlo dirigir al otro para que lo pueda reconocer. Los padres, si se pueden desmarcar parcialmente de su narcisismo, pueden reconocer que no lo son todo, que tienen sus limitaciones, y estarán en condiciones más favorables para reconocer el deseo de su hijo, ya que es a partir de que los padres no lo son todo cuando él podrá llegar a ser alguna cosa.

Cuando los padres se comienzan a preocupar o se angustian es cuando alguna parcela de su goce, de sus identificaciones del yo, quedan afectadas, este es el momento indicado para

consultar con el especialista, a quien suponen un saber de lo que le puede pasar a su hijo, y que a ellos se les escapa, para restablecer la situación de dominio de los padres respecto al hijo.

El hecho de que el profesional tenga un saber sobre el hijo que los padres no tienen, implica cierta tensión agresiva o de rivalidad, como bien ha percibido la fisioterapeuta en sus intervenciones, que en ocasiones también se puede mostrar con una excesiva amabilidad o sumisión hacia el profesional. Es como si pensasen que el otro tiene eso que a ellos les falta, y es como si se les hubiera arrebatado y lo quisieran recuperar.

A la hora de pedir atención, los padres expresan su demanda en relación a los problemas que ven en su hijo, éste es traído por sus padres y no se sabe si tiene alguna demanda o está para poder ser formulada. El niño está situado como objeto de los padres, hasta que no presente una posición más activa y muestre su subjetividad.

LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA PSICOLÓGICA

De entrada, en el momento de atender a la familia será imprescindible dar pie a que expresen y expliquen los aspectos que les preocupan, cuales son sus quejas, su dolor o malestar, que explicación hacen de lo que les pasa y, de esta manera, se puede instalar la transferencia necesaria para que el psicólogo pueda intervenir. Éste habrá de maniobrar para no responder en el sentido de curar las heridas narcisistas y restablecer la situación de goce anterior a la presentación de los síntomas, sino para dar paso a lo que tiene que ver con el deseo del otro. Será necesario perder en el terreno del goce para ganar en el terreno del deseo: menos goce y más deseo, sería el punto de mira de las intervenciones del psicólogo.

Con el recurso de la pregunta dirigida a los padres o al niño en tratamiento se podrá incidir en el aferramiento a las identificaciones y hacer aparecer lo que es del orden del deseo, cosa que de por sí suscita angustia, ya que no nos movemos en el terreno de la igualdad sino en el de la diferencia. Esta manera de intervenir implica una cierta subversión del motivo explícito de la demanda inicial, ya que supone pasar de una demanda transitiva en relación a un objeto, a una demanda incondicional que es la demanda de amor: damos lo que quieras mientras seas tu quien me lo da.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo surgió de la invitación de los compañeros/as del CDIAP de Mataró a participar en su XV jornada "Atenció precoç: experiències, projectes, preguntes i mirades". Quisiera también agradecer a mis compañeros del CDIAP Mollet su ayuda en la revisión del mismo y especialmente a Miquel Gómez que aceptó colaborar conmigo y aportar una explicación teórica a algunos de los aspectos que se ponen en juego en la relación terapéutica, i que intento entender. También a Marta Ruiz (de la comisión de la revista), que me ha sostenido para que no me desanimara por el camino. Pero sin duda este artículo no estaría finalizado para su publicación si no hubiera sido por el apoyo físico y emocional de mi marido Carlos. Gracias a todos ellos.

BIBLIOGRAFÍA

- **Bueb Bernhard.** "Elogio de la disciplina. Un texto polémico. Ediciones CEAC (2007).
- **Doltó, F.** Como educar a nuestros hijos? Reflexiones sobre la comprensión y la comunicación entre padres e hijos. Guía para padres. Paidós.
- **Gonzalez, C.** "Mi niño no me come" Colección Educar hoy. 2002
- **Gonzalez, C** "Bésame mucho, como criar a tus hijos con amor".
- **Grimalt, A.** "Algunas ideas sobre desarrollo psicológico infantil en el pensamiento de BION.
- Revista Catalana de Psicoanálisis. Vol. VII. Nº 2, 1990 (pag 259-272).
- **Lacan, J.** Seminario IV. La relación de Objeto. Barcelona: Editorial Paidós, 1994
- **Phillips, A.** "Saber dir no" perque es important dir no als teus fills. Biblioteca Universal. Empuries. Edició 2001.
- **Stern, D.** La primera relación madre-hijo. Madrid. Morata. 1983
- **Winnicott, D:** Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Barcelona Paidós. 1982.