

Manejo psicológico del niño obeso

Emelin Mujalli de Sivira

INTRODUCCION

Los niños obesos que llegan a nuestra consulta, generalmente no lo hacen espontáneamente, el motivo está en relación a trastornos psicoafectivos o cognitivos y secundariamente observamos que son obesos, a menos, que hayan sido referidos por el pediatra o nutrólogo clínico, en estos casos hay una especie de interrogante o expectativa de parte del niño, como por ejemplo: ¿Por qué será que estoy aquí?, o de la madre, como: él está en control para bajar de peso, no sé porque venimos, yo a él lo veo bien, etc.

Tradicionalmente, la obesidad ha sido modelo de salud, belleza y fortaleza. Enorgullece el tener un niño «gordo», surgen elogios como: «Que hermoso», «Que saludable se ve», etc.

Si bien se ha demostrado que la obesidad del adulto no guarda relación con la de la infancia (1), sí la tiene, con las conductas alimentarias aprendidas en esa etapa (2-4). Cuando se lacta al pecho, la succión tiene un patrón bifásico, es lenta, requiere mayor trabajo y la cantidad de leche es menor, con la lactancia artificial, la succión tiene un patrón curvo, es rápida y se obtiene más leche (4).

La ingesta de alimentos está determinada por la ansiedad de supervivencia que condiciona el apetito y la «voracidad», gracias a ello nuestra existencia no se ha extinguido a través del tiempo (5).

Para hablar del manejo terapéutico del niño obeso, hay que analizar antes los factores determinantes de las conductas alimentarias, por lo que esta exposición se esquematizará así:

1. Ingesta de alimentos y conductas alimentarias
 - 1a. Ingesta como manifestación de la función oral asociada a Ansiedad - Apetito - Voracidad.
 - 1b. Líneas de Desarrollo de las Conductas Alimentarias.
 - 1c. Relación Padres/Hijo.
 - 1d. Factores Médico Sociales y Culturales .
2. Aspectos preventivos , (antes del tercer año de vida).
3. Manejo Psicoterapéutico en sí .

En relación al punto 1a: La ingesta como manifestación de la función oral, asociada a ansiedad, variaciones del apetito y voracidad, observamos lo siguiente: dentro de nuestro desarrollo, la función oral es la primera que se establece, a través de ella, el niño «prueba» lo que le rodea, incorpora lo placentero, necesario o deseado y rechaza lo desagradable, dañino o innecesario. En un principio la alimentación es un **proceso instintivo** relacionado a satisfacción de necesidades, se come para sobrevivir, si el niño es muy pequeño el alimento está en estrecha relación con la madre. Posteriormente se establece la **fantasía oral** en la que hay una representación mental de las imágenes

asociadas a la alimentación: «Cuando tengo hambre, pienso en comida, cuando estoy comiendo, pienso en lo que estoy ingiriendo, pienso en lo que quiero retener y lo que quiero expulsar». Por último hay una **interrelación entre la fantasía oral y el mundo interno**: «Cuando tengo mucha hambre, pienso en robar e incluso, destruir la fuente del alimento y me siento mal al respecto» (5).

En relación al punto 1b: Líneas de Desarrollo de las Conductas Alimentarias, el niño pasa por un largo proceso de aprendizaje, iniciando con un sólo alimento que le provee la madre (la leche), sin el cual moriría, hasta lograr la independencia y variedad de que disponemos todos los seres humanos dentro de nuestras culturas y tradiciones alimentarias (3).

Estas etapas son las siguientes:

1. Niño lactado a pecho o tetero, en horarios rígidos o a demanda, con las dificultades comunes causadas en parte por la fluctuación del apetito, cólicos, y en parte por las actitudes y ansiedades de la madre en relación a la alimentación y satisfacción de necesidades producidas por los períodos de hambre, espera por los alimentos, racionamiento o la obligación a comer. Aparece la succión placentera como un escape, sustituto o interferencia con la alimentación.
2. Destete o ablactación del pecho o tetero, iniciado por la madre o por el niño, si se hace abruptamente genera la protesta del niño contra la deprivación oral con los resultados adversos del placer normal de la comida. Las dificultades están en la introducción de sólidos, nuevos sabores y consistencias, siendo éstas aceptadas o rechazadas.
3. La transición de la alimentación pasiva a activa, con o sin implementos. «Comida y madre» continúan siendo identificados uno con el otro.
4. Alimentación activa con implementos, los desacuerdos con la madre en relación a la cantidad de ingesta, modales, etc. da lugar a una batalla en la que las dificultades de la relación madre/hijo pueden sortearse con dulces o chucherías como sustitutos de la succión placentera, hay chantaje.
5. Preferencias graduales de la ecuación Alimento - Madre en el período Edípico, hay actitudes irracionales en relación a la comida determinadas por las teorías infantiles sexuales, fantasías de envenenamiento, embarazo, etc.
6. Preferencias graduales en el período de Latencia (Escolar), con placer en el retener la comida, aún mayor. Hay actitudes más racionales hacia los alimentos y autodeterminación. Se establecen los hábitos alimentarios de la vida adulta, así como adición o rechazo en relación a comidas y bebidas.

La ecuación Alimento - Madre que persiste en las primeras cuatro fases, provee el antecedente racional para la convicción

subjetiva de la madre de que el rechazo del alimento se dirige a ella. Muchas veces las separaciones van seguidas por períodos de voracidad y sobrealimentación o por el contrario, rechazo a los alimentos. En la fase 5, es causado principalmente por conflictos internos. Después de la fase 6, alcanza la madurez y puede haber desacuerdos entre impulsos inconscientes para tolerar ciertos alimentos, preferencias y molestias funcionales.

Punto 1c: Relación Padres/hijo: al hablar de relación madre/hijo, nos referimos a «Cuidado Materno y Función Materna», que es igual a la devoción que siente la madre por el hijo, sin embargo dependiendo de las situaciones particulares, esta función tan exclusiva puede ser realizada por sustitutos (el padre, abuelos, otros cuidadores).

Durante el embarazo, principalmente al final surge esta devoción, por la cual para la madre no hay nada más importante que su bebé, por ésta razón todos los eventos ajenos al embarazo pasan a un segundo plano, esto puede tardar hasta que el niño cumpla más o menos cuatro a cinco meses, es decir, hasta el comienzo del proceso de Separación/Individuación (5-6), cuando por alguna razón no se produce, el niño queda desatendido, sus ansiedades no son contenidas adecuadamente y se trastorna la relación afectiva que se traduce entre otros en problemas del sueño, cólicos, conductas alimentarias inadecuadas, ya sea por rechazo a los alimentos o sobrealimentación ya que toda señal o llanto del niño se entiende como hambre y necesidad del pecho o alimento. En una relación normal debe haber empatía, control, eficiencia y consistencia.

Las conductas alimentarias se instalan en la primera infancia, si bien la obesidad del adulto no guarda estrecha relación con la de los primeros años, sí está en relación directa a las conductas alimentarias perturbadas y sobrealimentación, y ésta última a un aumento de la ansiedad y la voracidad. Expresiones como: «Qué niño más hermoso, come de todo», «Te felicito no has dejado nada en el plato», «Come como un toro», «Si comes todo, te doy un chocolate», etc., son muy frecuentes y perturbadoras de las buenas conductas alimentarias (1,5,7).

Los factores que afectan la buena relación madre/hijo se pueden resumir así:

- 1.- Vivencia de la madre
 - Niñez y relación con su propia madre.
 - Dificultades en la relación familiar y de pareja.
 - Condición de mujer valorada ypreciada.
 - Duelos.
 - Dificultades socioeconómicas.
- 2.- Embarazo, trabajo de parto y parto
 - «Principal preocupación de la madre».
 - Duelos, mortinatos.
 - Alto riesgo, prematurez, malformaciones, retenes, aislamiento.
 - Cesáreas, partos distócicos e instrumentales.
- 3.- Después del nacimiento
 - Patologías en el niño de difícil manejo que producen angustia y sensación de incompetencia, llevando a rechazo o sobreprotección
 - En los mayores de cinco a seis meses, problemas más complejos, batalla entre dos personas, hay retos, angustia, falta de entendimiento y chantaje.

En relación al punto 1d: Factores Medicosociales y Culturales: Desde tiempos inmemoriales hay un patrón cultural de salud, fortaleza y belleza asociado a obesidad como lo revelan diversas obras de los grandes maestros del arte, por otra parte el comer ha estado restringido por razones de diversa índole, como son: guerras, invasiones, migraciones, pobreza, falta de recursos y cultivos, etc., por ello, la sobrealimentación se convirtió en una medida de supervivencia y una especie de protección contra las ansiedades desatadas por el miedo a no conseguir alimento y el futuro incierto de la vida.

En nuestro medio, el trabajo de ambos padres y la inseguridad personal que sufrimos, sobre todo los habitantes del área metropolitana, nos obliga a resguardar nuestros hijos en el hogar, obligándolos a la vida sedentaria, a la distracción y cuidado de una madre sustituta que muchas veces es la televisión, aumentando el consumo de carbohidratos y grasas de las golosinas y chucherfías.

Desde el punto de vista médico, nosotros estimulamos la práctica de sobrealimentación desde la más temprana infancia. El dejar el niño en retén para «observar» y ofrecer soluciones, previos al contacto con la madre, actúa negativamente sobre la lactancia materna e interfiere las conductas alimentarias adecuadas. El niño comienza su vida con una lactancia materna complementaria que facilita el destete precoz y el uso de leches artificiales en tetero con un patrón de succión más rápido (4).

Los Factores Médicosociales y Culturales se pueden resumir así:

- Patrón cultural de salud asociado a obesidad, buen apetito y voracidad.
- Práctica de ofrecer soluciones y otras leches antes de la lactancia materna.
- Lactancia artificial como tal.
- Trabajo materno, otros cuidadores y televisión.
- Dulces y chucherfías como recompensas.
- Desconocimiento de los aspectos nutricionales del niño.
- Falta de contacto temprano al nacer.
- Aspectos culturales y tradicionales de la alimentación.

En el manejo terapéutico hay dos aspectos a diferenciar: La prevención y el Manejo Terapéutico como tal.

Aspectos preventivos

La prevención constituye nuestro objetivo primario. La obesidad se previene en los tres primeros años, y esto está en relación directa con el manejo adecuado de las conductas alimentarias respetando las líneas de desarrollo y los aspectos de la relación madre/hijo interferidos que impiden a la madre ejercer sus funciones adecuadamente para contener las ansiedades de su hijo.

Podemos resumir el manejo preventivo así:

- Es importante en los menores de tres años.
- Control adecuado del embarazo prestando atención a las situaciones psicoafectivas.
- Siempre y cuando las condiciones del niño y la madre lo permitan, deben estar juntos desde el momento del nacimiento.
- Instalación temprana de la lactancia materna (primera hora).
- Lactancia materna exclusiva por lo menos los primeros cuatro a cinco meses de vida.
- Introducción adecuada de semisólidos y sólidos respetando las líneas de desarrollo mencionadas.

- Manejo educativo o psicoterapéutico de la madre en sus dificultades para atender adecuadamente las necesidades de su hijo. No toda ansiedad o llanto significa hambre.

Manejo terapéutico

Depende de varios factores que pudiéramos enumerar así:

- Etapa de desarrollo en general y en relación a las conductas alimentarias.
- Dinámica familiar.
- Valores socioculturales.
- Sintomatología asociada, si es síntoma principal o secundario asociado a otros problemas.
- Nivel intelectual y disposición para la terapia.
- Si es o no el motivo de la consulta.

La elección del tipo de terapia dependerá, además de los factores arriba mencionados en relación al niño y su familia, de las tendencias psicológicas, habilidades y grado de empatía del terapeuta. No se puede hablar de un abordaje ideal determinado, ya que los resultados demuestran que es un problema difícil, hay un alto índice de deserción, la obesidad no se siente como problema en sí y muchas veces el niño baja de peso mientras dura el régimen y luego aumenta rápidamente. Es importante el manejo de los síntomas asociados o coexistentes ansiógenos porque inciden directamente en la voracidad y por lo tanto en la sobrealimentación.

Los niños obesos se describen generalmente como callados, apáticos, tímidos, aunque en ocasiones tienen reacciones de cólera. Muchas veces manifiestan sufrimiento psicológico expresado en bajo rendimiento escolar, aislamiento, enuresis, aburrimiento. Las conductas alimentarias están perturbadas, hay pica e hiperfagia. Puede estar asociada a Retardo Mental, ya que el cuidado materno está dirigido a la alimentación y en menor grado a los procesos afectivos, educativos y recreativos.

La imagen corporal está relacionada a la afectividad, protección y modelos que toma el niño y adolescente, de ahí la comparación y el gusto o disgusto que su imagen refleja.

El cuerpo es garantía de integridad y defensa. Bajo la apariencia de fuerza y salud, a menudo se esconde cierto sentimiento depresivo más o menos importante. Hay sensación de vacío, carencia y ausencia que se reparan en cierto modo con el aumento del apetito para aliviar las ansiedades.

En relación al desarrollo psicosexual, para la niña es un medio de afirmación viril de su cuerpo, negando la castración. En el varón obeso, el esconder el sexo entre la grasa prepubiana, es una especie de protección pasiva contra la angustia de castración, enmascarando a su vez la existencia misma del sexo.

Muchas veces, el adelgazamiento vulnera la psiquis del paciente, y puede haber un desequilibrio que se manifiesta como Depresión, Somatizaciones, Estados de Ansiedad, Reacciones Psicóticas, Problemas de Conducta o Dificultades de Aprendizaje.

En conclusión podemos resumir lo siguiente:

- 1) La obesidad está en estrecha relación a conductas alimentarias establecidas en la etapa oral del desarrollo, aunque la obesidad de la primera infancia no está relacionada a la del adulto.
- 2) Es imprescindible el manejo preventivo de las conductas alimentarias en relación a las líneas de desarrollo y de la interacción madre/hijo.
- 3) El manejo terapéutico es difícil, no se puede hablar de un abordaje único para todos los casos. La elección depende de una serie de factores en relación al paciente, a su familia y a las habilidades y tendencias del terapeuta.
- 4) Es más importante el manejo de la sintomatología asociada que el de la obesidad en sí. El adelgazamiento, en ocasiones desencadena desequilibrio psicológico.

REFERENCIAS

1. Kien CL. Current Controversies in Nutrition. Curr. Probl. Pediatr, 1990.
2. Di Nicola V. y col. Eating and Mood Disorders in Young Children. Psych Clinic of N.A. Vol 12:1989.
3. Freud A. From Suckling to Rational Eating, Normality and Pathology in Childhood. The Hogarth Press 1980.
4. Hammer L. The Development of Eating Behavior in Childhood. Ped Clin of N.A. 39:1992.
5. Winnicott D W. Appetite and Emotional Disorders (1936). Through Pediatrics to Psychoanalysis. The Hogarth Press, 1982.
6. Mahler M. Nacimiento Psicológico del Infante Humano. Marimar, 1978.
7. Birch L. Children's Ingestive Behavior: A Developmental Perspective. Guías para la alimentación infantil en L.A.
8. Ajuriaguerra J, D Marcelli, Manual de Psicopatología del Niño. Masson SA, 1987.
9. Bengoa JM. Nutrición en el Siglo XX, Diez Temas de Reflexión. An Venez Nutr. 3:75-83; 1990.
10. Bengoa JM. Evolución de las Políticas y Programas de Nutrición en L.A. An Venez Nutr. 1: 194-201; 1988.
11. Lovera JR. La Cocina Venezolana, Origen y Destino. An Ven Nutr. 1, 1988.
12. Marcelli D. Manual de Psicopatología del Adolescente. Masson, 1986.
13. Story M y col. Weight Perceptions and Weight Control Practices in American Indian and Alaska Native Adolescents, A National Survey. Arch Pediatr Adolesc Med. 148, 1994.
14. Torres de C. M y col. Impacto de la Estimulación a Madres Embarazadas en los Patrones de Alimentación de sus Hijos. An Ven Nutr. 1, 1988.