

GRUPO DE PERINATALIDAD Temas a debate

LA ALIMENTACIÓN COMO EXPERIENCIA DE RELACIÓN



2

Grupo de perinatalidad Temas a debate N.º 2

La alimentación como experiencia de relación



Colección: Grupo de perinatalidad: Temas a debate

Número 1: La función paterna

Número 2: La alimentación como experiencia de relación

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYPNA)



Edita: Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYPNA). C/Paseo de la Castellana 114 114, 4º Pta. 3 - Madrid 28046 Tel. 91 319 24 61.

www.sepypna.com

ISBN: 978-84-120719-1-7

Disponible a la venta en: www.sepypna.com

Madrid 2009

Grupo de perinatalidad: Temas a debate:

Número 2: La alimentación como experiencia de relación

En este número han colaborado:

Coordinadora:

Marta Báez

Componentes del equipo:

Mónica Avellón

Marta Baéz

Berta Requejo

Beatriz Sanz

Participantes del debate:

Mónica Avellón

Marta Báez

Estíbaliz Basabe

Yolanda Carballeira

Sabina Del Río

Pilar Fuertes

Carmen Gutiérrez

Gabriela Kleps

Luis León

Mª Ángeles Martínez

Encarnación Mollejo

Margarita Mulet

Ma Rosario Palomo

Maite Piñieiro

Roque Prego

Berta Requejo

Beatriz Saenz

Natalia Valverde

ÍNDICE

LA ALIMENTACION COMO EXPERIENCIA DE RELACION:
BASES DE SU ORGANIZACIÓN Y PROBLEMAS DE
ALIMENTACIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA
Introducción
La alimentación como experiencia de relación
Alimentación y relación
Alimentarse es algo más que ser alimentado: funciones de la
alimentación13
El significado del alimento y de la alimentación: dar, recibir,
ingerir, retener, rechazar, descubrir,
Pecho bueno, pecho malo
Cuando el bebé va creciendo
La danza de la alimentación: pasos y coreografías
¿Comer es un placer?: la sensorialidad en torno a la experiencia
de alimentación
Dificultades en torno a la alimentación
DEBATE ENCUENTRO MADRID38
Qué lugar ocupa la alimentación en la construcción de la relación
entre el bebé y la madre
Dificultades de alimentación y sueño como indicadores de
dificultades en la diada madre-bebé. Cómo se establece el
proceso desde la regulación externa hasta la autorregulación 45
Qué líneas de intervención elegirías para afrontar las dificultades
de alimentación en la Primera Infancia. Orientaciones básicas
para pediatras, enfermeras y educadores
BIBLIOGRAFÍA52

LA ALIMENTACIÓN COMO EXPERIENCIA DE RELACIÓN: BASES DE SU ORGANIZACIÓN Y PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA.

En este escrito vamos a hablar sobre todo de los comienzos de la alimentación, por lo que nombramos con mayor prioridad y protagonismo a la mujer-madre en el encuentro con su hija/o. En general, la lactancia y la alimentación en este período es un movimiento repetido en las tomas, días, semanas y meses que realiza de forma más frecuente la mujer en los primeros meses de la vida. Sin embargo, esto no deja excluido en absoluto al hombrepadre.

En la redacción del texto, pretendemos hacer un uso no sexista del lenguaje. No obstante, conscientes de que las normas a utilizar pueden obstaculizar la comprensión de su lectura, siempre que sea pertinente, se empleará el masculino genérico como representación del conjunto de mujeres y hombres, niñas y niños en igual medida.

Introducción

La idea principal que mueve a la elaboración de este documento es poder ahondar en los mecanismos que se ponen en juego cuando hablamos de la alimentación en el bebé y el niño en la primera infancia de 0 a 3 años. Queremos fijar la atención, movernos despacio por la experiencia cotidiana y frecuente del contacto en las relaciones familiares, al inicio, sobre todo, la diada madre-bebé, durante la comida. De esta forma, conoceremos un poco mejor lo que sucede alrededor de alguien que da de comer y de un bebé que come, por tanto, del hecho de alimentar y de ser alimentado.

Vamos a tratar de ampliar el foco de atención sobre el significado de lo que es la alimentación y lo que ésta representa. Pararnos a pensar qué es lo que hay dentro del acto de comer, aquello que se ve y aquello que no se ve, pero que no por ello es menos importante ni se encuentra menos presente. Pensar sobre qué pasa cuando una madre o un padre dan de comer a su hijo, sobre el que recibe la comida en el caso del bebé y de la incidencia que tiene en ambos esta actividad tan básica y cotidiana que se pone en marcha de forma repetida desde el comienzo de la vida. En este sentido, nos detendremos

también sobre aspectos internos y fantasmáticos que podemos valorar en el bebé y en la madre, los dos miembros de la diada.

En diversas interpretaciones sobre los factores críticos de la evolución del sapiens como especie inteligente y social, se pone el acento en la comida. Marvin Harris defiende en su libro "Bueno para comer" que los tabúes y las preferencias alimentarias están justificadas por la necesidad de adaptación al medio. Para esta línea de interpretaciones antropológicas, la alimentación es expresión de una relación social y debe ser comprendida en su complejidad, dado que como expresión sociocultural atraviesa a la totalidad de la actividad humana en contextos biológicos, sociales y culturales en el transcurso de su historia.

La sociedad interviene de forma muy especial en el intercambio alimentario madre-hijo, estableciendo un simbolismo cultural y una serie de formas y modas que marcan pautas y conductas ligadas a la alimentación. Los estilos de vida son formas pautadas de investir de valor social y simbólico a ciertos aspectos de la vida diaria que se reflejan en prácticas, valores, hábitos, actitudes, tendencias... y la comida es uno de ellos.

En casi todos los países, los factores sociales y culturales tienen una intensa influencia sobre lo que se come y cómo se come. Muta la familia y también, mutan los factores sociales de cambio que intervienen en la alimentación y la cultura actúa estableciendo regularidad y especificidad en función de patrones culturales, recursos tecnológicos, organización social, actividades, horarios, profesiones, responsabilidades, relaciones familiares... La comida es una parte importante del estilo de vida e influye de manera directa en la forma de comer, en lo que se come y en el significado que tiene la comida. Recordamos a la familia italiana en su dicho "parla como mangi" (habla como comes) como el relato familiar en la mesa, donde viene implícito la comunicación a través de la comida. En la familia judía y en algunas celebraciones, por ejemplo, se pone un plato y una silla para representar a los que no están. La importancia de la escena familiar en la mesa es fundamental para el que viene, el que está, el que vendrá y el que no está, es decir, tiene pasado presente y futuro.

La alimentación es un proceso biológico complejo que se encuentra regulado por un gran número de mecanismos y sistemas de todo el organismo como el cerebro, el aparato digestivo y excretor. El cerebro va regulando la ingesta de la alimentación. Sin embargo, esta regulación no siempre es consciente porque intervienen multitud de variables que tienen que ver con la supervivencia, que en el ser humano está indisolublemente ligada a la relación social, a la relación con el otro y ello incluye el mundo de los afectos. Por lo que, además de la necesidad fisiológica de alimentarse y la búsqueda de placer, en los mecanismos que regulan las sensaciones de hambre y de saciedad, quedarían incluidas la necesidad de contacto social y afectiva. Es más, a partir de la actividad de comer, se van organizando otros aspectos fisiológicos, sensoriales y neuropsicológicos de importancia, como la regulación de la temperatura, la organización progresiva del esquema corporal, y la integración sensorial... Hablaríamos por tanto de factores socioculturales amplios, de factores relacionales, y de factores individuales. En todos ellos, podría englobarse tanto la dimensión fisiológica como la psicológica.

Comer es uno de los actos más importante de la vida del lactante, no solo por lo que supone para la supervivencia inmediata, ni porque le ocupa la mayor parte del tiempo sino, sobre todo, porque el acto de la comida constituye uno de los vehículos fundamentales a través del cual el niño experimenta la relación con la madre/padre, aprende de ellos y se nutre a todos los niveles del desarrollo. Los padres median su regulación, forman parte de ella, de forma muy estrecha en los inicios, para que más tarde el niño pueda ir regulándose de manera más autónoma y abrirse a otros aspectos del mundo. Es su primera experiencia de relación y donde también tiene la oportunidad de tener una experiencia de continuidad con la vida intrauterina.

La vida instintiva del bebé tiene que ver con la alimentación, donde se ponen en juego funciones vinculadas con la boca, las manos, la mirada, la respiración, la temperatura, y las funciones digestivas y excretoras. Al comienzo de la vida, el niño se va relacionando con las personas y los objetos que le rodean, y la alimentación supone una actividad de especial relevancia para estos encuentros. Al nacer, el niño se enfrenta al primer objeto, el aire y las manos del que lo sostiene, respirando en el camino hacia las manos de la madre o del que sostiene, el bebé ya incorpora un mundo, lo traga y lo digiere a pesar de las manos y a pesar de la leche tibia. Con la mirada va conociendo el contorno de la cara de sus padres, el pecho, la boca, un ojo, un trozo de la cara y lo hace de forma parcial hasta que poco a poco va integrando todas estas partes en un todo completo, la cara entera y después progresivamente lo que existe alrededor.

De igual manera, esto ocurre en relación a las vivencias de placer-displacer o bienestar-malestar, en la relación afectiva, de forma, que inicialmente el bebé vive de manera parcial y absoluta las experiencias buenas y malas, pero progresivamente va integrando esta parcialidad en una experiencia de relación más sólida y completa ("mamá, o papá es tanto este o esta que me da lo que necesito ahora, o que me frustra, como esta o este que me atiende y me mima").

Comiendo el niño/a accede a su madre o su padre, mira, siente, se nutre, conoce, se vincula, y vive una experiencia de relación que como veremos, puede ser predominantemente positiva o negativa y/o ambas a la vez en función de momentos y circunstancias. Al mismo tiempo y mientras come, el bebé tiene sensaciones que le permiten percibir su cuerpo interno por lo que va sintiendo a través de la comida y también a través del cuerpo de la otra persona. La succión es una actividad vital para la criatura ligada, por un lado, a la supervivencia, ya que si no come se muere y por otro lado también, unida a la sensación de placer que supone recibir la leche cálida y sentir la satisfacción y el bienestar que le produce. Con esto el niño inicia un recorrido que va, desde la regulación externa de lo que le llega a través del alimento, a la regulación interna, participando del desarrollo de una estructura del yo corporal y de su identidad.

Además de ir reconociendo lo que orbita a su alrededor, el bebé también satisface una necesidad y se ilusiona con la satisfacción de un deseo, sintiendo que la comida aparece como algo que está ahí para él, dispuesto, casi mágico, como algo que le llega porque alguien se ocupa de él, porque él es importante, alguien le quiere y le cuida, alguien presto y dispuesto a "darle lo que necesita cuando lo necesita". "La intuición de la madre le capacita para realizar a veces una adaptación casi exacta a las necesidades de su niño. La madre no crea las necesidades del niño, sino que satisface dichas necesidades en el momento oportuno. Todo esto facilita las tendencias integradoras del bebé, así como el comienzo de la estructuración de su ego convirtiendo el débil ego en un ego fuerte por el hecho de estar ahí. Hace que el niño se estructure". (Winnicott 1958).

En términos neuropsicológicos, habría todo un período sensible, un período ventana, para la organización básica de funciones neuropsicológicas, en las que el bebé tiene toda una serie de competencias y de deseos instintivos que le hacen estar especialmente receptivo y buscar la relación íntima con el otro,

la madre. Pero requiere de ella, de sus funciones afectivas, para que estas protocapacidades y para que la potencialidad que hay en él, puedan efectivamente, desarrollarse y consolidarse.

En esta estructuración la madre/padre ofrece alimento y al mismo tiempo ofrece también, una forma de relacionarse con su hijo/a, de sentirle, quererle, interesarse, mirarle... a través de una postura, un sostén, una sincronía, regularidad y repetición, tono..., representado a través del alimento otras sensaciones emocionales y sentimientos de los progenitores con respecto a su bebé. A partir de ahí y de cómo se produce esa experiencia alimenticia, el niño aprenderá una forma de relacionarse con lo diferente y lo nuevo que no es la madre. Alimentación y emociones recorren juntos el mismo camino en un lenguaje continuo y seguido.

De esta manera, tendrán mucha importancia los aspectos corporales y las sensaciones físicas del bebé y la madre en esta experiencia interactiva de sensaciones y respuestas emocionales con la alimentación, así como también la representación del alimento en la relación. Entonces nos fijaremos en la regulación de la comida, el ritmo, la secuencia, la presencia y ausencia del alimento/la madre, ansiedades, esperas, la permanencia entre necesidad y satisfacción, las sensaciones de hambre y vacío o saciedad... siendo todos estos aspectos centrales para la organización corporo-mental o psicosomática básica sobre la que después se construirá la simbolización. El cuerpo en relación y, muy especialmente en relación a través de la alimentación, constituye los cimientos de la mente simbólica.

Decimos que la comida favorece el vínculo entre la madre/padre e hijo/a. Vínculo significa unión o atadura entre dos personas o cosas desde una relación bidireccional. También, sujeción, lazo, ligamen, enlace, conexión, nexo, trabazón, relación... y todo ello asociado con los afectos. Siempre llega el que sostiene y el encuentro entre ambos, el que sostiene y el que es sostenido, es básico, vital. De ahí la intensa angustia que se produce cuando no se da esa confluencia necesaria. La madre que no puede dar en ese encuentro "se muere" y el bebé también.

El niño llega muy poco preparado para la supervivencia y por tanto con una fuerte tendencia relacional a través de los afectos, ya que como decimos, necesita básicamente sentirse sostenido y atendido de forma estable, previsible y también sentirse regulado en un estado de sintonía con el adulto a través del contacto físico y emocional.

En este sentido, la familia es lugar de experiencias de relación y desarrollo para el niño/a, así como la alimentación juega un papel crucial en el desarrollo del vínculo dentro de este contexto donde se van adquiriendo unos hábitos que empiezan a formarse desde el nacimiento. Como sabemos, la vida es compleja y junto con las emociones más intensas de amor y deseo, también aparecen el miedo y la hostilidad. Comer y dar de comer en momentos puede resultar una experiencia gratificadora y satisfactoria y en otros momentos puede resultar ser una experiencia cargada de malestar, temor, tensión, desconfianza, peligro... o también una mezcla de ambas donde lo satisfactorio y lo molesto están integrados como aspectos que interactúan en una misma experiencia de relación. En cualquier caso, las dificultades en la alimentación, hay que contemplarlos como un trastorno relacional dentro del sistema de relaciones recíprocas entre madre/padre e hijo, en el que lo inconsciente juega un papel esencial, ya que hablamos de formas de relación donde predominan los códigos primitivos.

En general, una adecuada y saludable alimentación contribuye a que un niño pueda ser más alegre o feliz, estar más seguro, cómodo, estable, confiado, sereno, lleno y satisfecho, pudiendo crearse una base segura que también le permita tolerar la frustración parcial de sus necesidades y deseos. En este sentido, la alimentación es síntoma de aspectos cruciales de la realidad relacional e interna del bebé o del niño en desarrollo.

La alimentación como experiencia de relación.

Alimentación y relación

Como hemos apuntado ya, se podría considerar la alimentación como la primera experiencia de relación que "se sitúa en un lugar de intercambio privilegiado entre el niño y su entorno. "Encuentro repetido y espacio de intercambio de miradas, caricias y palabras". (Sanz, B. 2010)

Winnicott habla en un buen número de sus obras de este "tipo de relación humana" que "tiene sus raíces en los primeros días de vida, cuando uno de los principales contactos con otro ser humano tiene lugar en el momento de alimentarse". En su trabajo La lactancia natural como forma de comunicación dice: "Gran parte de la vida de vigilia en un comienzo tiene que ver con la alimentación. En cierto modo, el bebé está acumulando

material para sus sueños. Junto con la alimentación fisiológica común, - añade-hay un ingerir, digerir, retener y rechazar relativo a cosas, personas y hechos". "Aunque el niño crece y se torna capaz de desarrollar otros tipos de relación, esa relación temprana persiste durante toda la vida en mayor o menor grado"-concluye. (Winnicott, D. W., 1941).

La experiencia de la alimentación se puede considerar, por tanto, parte central del ambiente facilitador, proporcionado por la madre, o figura materna, que servirá como una buena base, a partir de la cual "el individuo será capaz de relacionarse creativamente con el mundo". Esta experiencia de alimentación, es fundamental que vaya más allá de lo meramente físico y también que contenga algo más que lo pulsional, que haya una riqueza en ella, que sea una "experiencia total que incluya una rica relación con el pecho materno o con la madre tal como gradualmente la va percibiendo el niño" y que en la experiencia alimentaria de un bebé esté "comprometida toda su personalidad, siendo la experiencia imaginativa de la lactancia mucho más amplia que la experiencia física pura" ya que "el niño incorpora no sólo con la boca sino con las manos y con la piel sensible del rostro". (Winnicott, D.W., 1956).

"Y lo que éste hace con las manos y los ojos" -continúa Winnicott- "amplía los alcances del acto de alimentación. Esto, que es normal, se vuelve más notorio cuando vemos alimentar a un bebé en forma mecánica. Lejos de constituir una experiencia enriquecedora para él, interrumpe su sentido de continuar siendo. Todas estas cosas que un bebé hace mientras mama, que no contribuyen a que gane peso son las que en realidad nos aseguran que se está alimentando y no es meramente alimentado". (Winnicott, D. W., 1956).

Alimentarse es algo más que ser alimentado: funciones de la alimentación

Ya desde Freud sabemos que más allá de la necesidad alimenticia en sí, se da, o se debería dar, una prima de placer en torno a la pulsionalidad oral y sus zonas erógenas. Hay por tanto un aspecto pulsional, de placer en el hecho alimenticio y hay también una experiencia de relación en la que es fundamental no sólo el hacer sin, sobre todo, el ser. "Es posible inducir a un bebé a la alimentación y al funcionamiento de todos los procesos vitales, pero el bebé no siente estas cosas como experiencias a menos que esté basado en un quantum de ser suficiente como para establecer el sí-mismo" (Winnicott, D. W., 1966).

A través de la alimentación, se da la individuación del sujeto humano en desarrollo y el surgimiento del sujeto emergente y la incorporación de la propia imagen en el espejo ambiental-materno (Hoffmann, J.M.) o la emergencia del lactante como ser humano social (Stern, 1998).

El bebé tiene, desde el principio, un papel activo en la experiencia de la lactancia: cuando tiene sensación de hambre, cuando llora porque necesita comer y así lo pide, cuando se llena y gira la cabeza como gesto de rechazo, cuando se toma sus descansos en la succión... Todas las acciones que realiza el bebé mientras se alimenta le ayudan a tener este sentimiento de ser, y a percibirse como real.

Dice Winnicott (Winnicott, D. W., 1966), "más importante que el comer es el no comer". Se trata de actos de tipo transicional que existen en un mundo intermedio entre el bebé y el mundo externo, estimulados por la experiencia excitatoria de la lactancia y que le ayudan a ir distinguiendo lo que es "parte de él" y lo "que es distinto de él", constituyendo la línea divisoria entre alimentarse y ser alimentado. A través de la experiencia de alimentación, poco a poco la mirada de la madre y sus palabras van a ir construyendo una imagen completa del bebé (Sanz, 2010).

Es un encuentro en el que una madre alimenta a un bebé que la mira, favorecer la interacción cara a cara y la posición del regazo, como elementos que facilitan ese encuentro. Poco a poco la mirada de la madre y sus palabras van a ir construyendo una imagen completa del bebé. La madre, o figura materna, tiene una función fundamental de mediador en el establecimiento de los primeros ritmos internos del bebé. Le ayuda así, a través de los mecanismos de contención y su rol de para-excitación, a asimilar toda una serie de poderosas experiencias físicas en torno a la experiencia de la alimentación. Todo ello tendrá un efecto importante primero en la regulación de los estados internos y después en la posterior capacidad de autorregulación del bebé. Para ello, la madre se adapta en los inicios a las necesidades y ritmos personales de su bebé, para permitir desde el respeto, que el niño pueda construir su propia manera de alimentarse.

Una adecuada experiencia de alimentación posibilita asimismo la integración del yo y la "obtención de un psiquesoma armonioso, vinculándose la persona del bebé a su cuerpo y a sus funciones corporales e iniciándose la "personalización" (Winnicott, 1947 y 1962). A partir de las repetidas experiencias de alimentación, el bebé puede "construir las

referencias corporales, las sensaciones, las primeras diferenciaciones exterior- interior del cuerpo, etc. [...] Se posibilita el descubrimiento del cuerpo y la investidura libidinal de la zona oral y la madre acompaña al bebé en el reconocimiento de sus sensaciones" (Sanz y otros, 2011).

Por otra parte, a partir de la experiencia de alimentación "el yo inicia las relaciones objetales". A través de las experiencias de gratificación y frustración oral, el seno, primer objeto parcial, empieza a ser percibido. Este ritmo de presencia-ausencia del objeto y de satisfacción-frustración va a hacer posible la aparición del símbolo, siendo la simbolización la base del pensamiento. Se busca lo perdido, lo necesario pero ausente (el alimento-la madre) a través del recuerdo de las imágenes mnémicas asociadas a la vivencia de satisfacción primera.

Para Winnicott, en un primer momento, no hay necesidad de símbolos ya que la madre funciona como un entorno sustentador satisfaciendo las necesidades del bebé de tal forma que éste, no las vive como propias. "Los símbolos aparecen con la ausencia, con la falta, con el deseo creado por la necesidad no satisfecha: una insatisfacción, una frustración bien dosificada que permita ir tomando poco a poco conciencia de la separación del objeto materno" (Puertas, P., 1998).

A través de la pulsionalidad oral, se hará frente a la pérdida del objeto pasando desde el querer tener al objeto (devorarlo, engullirlo) adoptando entonces una posición activa; a identificarse con él (ser el objeto) como una forma de no perderlo. Freud lo explica así en Introducción del narcisismo: "Ser el objeto, la identificación, es una defensa frente a la pérdida del objeto".

Una adecuada dosificación de gratificación y frustración permitirá al bebé "encontrar al objeto" de forma que se de lo que explica Winnicott en su trabajo "Nuevas reflexiones sobre los bebés como personas" (1947): "Imaginen a un bebé que nunca ha sido alimentado. Aparece el hambre, y el bebé está listo para crear una fuente de satisfacción (...) Si en ese momento la madre coloca el pecho allí donde el bebé está listo para esperar algo, y si se le da tiempo al bebé para que se familiarice con la situación, usando la boca y las manos, y quizás también el sentido del olfato, el bebé "crea" precisamente lo que se puede encontrar allí. Puede entonces darse "el sentimiento de que lo deseado fue creado" desarrollándose "la creencia de que el mundo puede contener lo que uno desea y necesita".

Por otra parte, es importante la forma en la que el bebé va pudiendo integrar la experiencia de alimentación como parte de su autocuidado y cómo esta experiencia participará del propio estilo de acercamiento al mundo (Sanz y otros 2011).

Winnicott en su artículo: La formación en psiquiatría infantil, habla de cómo el pediatra, puede trabajar con la madre "en la muy delicada tarea de presentarle el mundo al bebé" y dentro de esta tarea fundamental de la presentación de objetos, estaría la presentación del alimento. El ritmo, la forma y el contenido de esta presentación va a influir en gran manera en la forma de relacionarse el bebé y después el niño con el alimento y por extensión, con el resto de las cosas del mundo.

Concluimos este apartado resumiendo algunas de las funciones que se cumplen a través de la experiencia de alimentación:

- El inicio de las relaciones de objeto, la creación del objeto y la aparición de la primera experiencia relacional-primera forma de vinculación
- Interviene en el proceso de construcción del sentimiento del ser y la individuación del niño.
- El establecimiento de una determinada imagen de sí mismo a partir de las experiencias de alimentación.
- El descubrimiento del cuerpo, la investidura de la zona oral y el reconocimiento de las sensaciones corporales: hambre/saciedad; lleno/vacío, etc.
- El placer pulsional asociado a la zona oral.
- La integración del yo y la obtención de un psiquesoma armonioso. La regulación de los estados internos y de los ritmos del bebé, a través de la función mediadora materna (requisito imprescindible para la posterior autorregulación).
- La presentación del alimento en la forma de presentación de objeto con la consiguiente influencia en la forma de relacionarse con el mundo.
- El inicio y formación de la simbolización y con ello del pensamiento.
- La identificación con el objeto.

El significado del alimento y de la alimentación: dar, recibir, ingerir, retener, rechazar, descubrir, ...

Alimentar y alimentarse tienen que ver con la vida y con suministrar lo necesario para ella, con ayudar a crecer, con nutrir. En sentido figurado, alimentar es mantener un deseo, sostener o fomentar.

Tras el nacimiento, una de las principales tareas de la madre, o figura materna, va a ser alimentar a su hijo y su mayor preocupación girará en torno a ser capaz o no de hacerlo, de poder o no mantener y sostener la vida "que ha creado". En los primeros momentos, tendrán un papel fundamental los temores paternos y maternos, más o menos intensos, temores que, lógicamente, serán más intensos en aquellas situaciones en las que haya un importante riesgo vital.

"Los primeros tiempos del desarrollo del niño confirmarán (o no lo harán, podemos añadir) a la madre en su capacidad de nutrirlo, de cuidar de él, de hacerlo crecer y aumentarán su confianza en ella misma". (P. Palau S. La psicosomática del bebé).

Las representaciones maternas de sí misma como madre y de su hijo influirán, en gran manera, en que la madre pueda verse o no capaz de nutrir, de cuidar, de alimentar y de dar cosas buenas, así como de tolerar las limitaciones, las cosas no tan buenas inevitables. En este sentido, las representaciones maternas afectarán a la forma en la que atiende al bebé, el ritmo, la dosis, el nivel de ansiedad o de relajación, la prensión de los brazos y, en definitiva, a la forma de dar y no dar al bebé el alimento. A su vez, la conducta del bebé, su manera de responder y de pedir, de estar y ser, irá entrando en relación con las fantasías maternas y paternas, tomado lo materno como representante del adulto con el que se vincula el bebé y que, en este caso, alimenta.

Pecho bueno, pecho malo...

Hemos ido hablando de cómo, al inicio de la vida, el bebé vive las experiencias de forma parcial y absoluta, creando progresivamente, y en el mejor de los casos, capacidades de integración y de representación mental que van dando continuidad y ligazón a sus experiencias. De esta forma, al inicio siente placer o displacer, de manera más o menos dicotómica, y poco diferenciada en cuanto a si la experiencia viene de dentro o de fuera. En este

sentido, Melanie Klein, toma como metáfora el pecho, para referirse a esas primeras experiencias de relación con un "objeto" parcial. Es decir, es a través de la interacción en la alimentación, a través del pecho, que el bebé va conociendo a la madre, pero inicialmente la relación es con la parcialidad del pecho.

Klein habla de la ansiedad persecutoria que se despierta con el nacimiento, relacionada con la idealización del estado prenatal de unidad y seguridad. Esta ansiedad, dice, posiblemente se agrega a las experiencias desagradables del feto que, junto con el sentimiento de seguridad en el útero, ellas anuncian la doble relación con la madre: el pecho bueno y el malo. Es decir, desde el principio de la vida, y aunque todavía no se identifiquen de forma distinguida, hay experiencias buenas de placer, y malas de displacer, dolor, o malestar.

Este contraste de experiencias, se experimentan en el contexto de la relación de objeto, que va configurándose en la medida de ellas, de sus dosis, de su intensidad, y de su alternancia. Y va conformando una particular y subjetiva manera de vivirlas y tolerarlas. En el desarrollo normal, el primero de los pasos es poder distinguirlos, de forma que Klein habla de una necesaria disociación primaria, donde puedan quedar separados el objeto bueno, y malo, para poder identificarlos como tales. Esto, en la medida en la que hay una tendencia innata a ubicar dichas experiencias en la relación con el objeto, genera intensas ansiedades y toda una dinámica compleja de movimientos en torno a ellas. Este inicio, precoz, supone una forma de organización psíquica que denomina posición esquizoparanoide.

En la medida en la que el desarrollo continúa, en el mejor de los casos, y no sin sufrimiento, las experiencias buenas van configurando una vivencia del objeto bueno suficiente, que permite contener al malo. Ello va facilitando un proceso arduo de integración que, si bien nunca acaba y nunca es permanente (concepción dinámica de la oscilación entre posiciones), en el desarrollo sano se produce un avance hacia la posición depresiva, en la que pueden integrarse los aspectos buenos y los malos en un mismo objeto de relación. Así, en la medida en la que no es tan necesario hacer uso de las proyecciones masivas y las consecuentes ansiedades que ello genera, el yo se va fortaleciendo y la persona va ganando una sensación de capacidad de amar y de reparar, de contener lo dañino, la carencia, y la necesidad. Ello redunda en la facultad creativa de la persona y en la consolidación de sus relaciones,

ya que el mundo interno se siente vivo y poblado, y a las personas con las que se relaciona, capaces de lo mismo. Pero este es un proceso muy costoso, que requiere de fortaleza del yo, desde el inicio más primitivo, y de buenas experiencias de relación que lo vayan facilitando.

Dentro de este difícil y complejo proceso, Klein describe la importancia que juega la envida en la relación con el objeto. Afirma que "la envidia contribuye a las dificultades del bebé en la estructuración de un objeto bueno, porque él siente que la gratificación de la que fue privado ha quedado retenida en el pecho que lo frustró [...] La envidia es el sentimiento enojoso contra otra persona que posee o goza de algo deseable, siendo el impulso envidioso el de quitárselo o dañarlo". En el inicio de Envidia y Gratitud, Klein sostiene que la envidia es uno de los factores más poderosos de socavamiento, desde su raíz, de los sentimientos de amor y gratitud (1957).

La envidia, como experiencia mental transitoria, es universal, y forma parte del proceso de desarrollo, y de las oscilaciones ente posiciones, estando especialmente viva en el funcionamiento esquizoparanoide. Tiene que ver con la experiencia de algo muy bueno de fuera que se desea y no se tiene, vivido como un agravio, o como una "agresión", y que se quiere dañar o arrebatar. Pero cuando la envidia, en lugar de ser transitoria, queda instalada, y es muy poderosa, cabe pensar que la disociación primaria entre bueno y malo se ha visto muy obstaculizada.

Klein explica su hipótesis según la cual la capacidad para amar da ímpetu tanto a las tendencias de integración como a la exitosa disociación primaria entre el objeto amado y el odiado. Aunque sea paradójico, lo fundamenta en cómo la integración está basada en un objeto bueno fuertemente arraigado que forma el núcleo del yo, y para que dicha integración se produzca, es esencial una cierta capacidad de disociación, ya que ello preserva al objeto bueno, y más tarde capacita al yo para sintetizar los dos aspectos. La envidia excesiva, expresión de los impulsos destructivos, interfiere en la disociación primaria entre el pecho bueno y el pecho malo (pág. 197, Klein, M. 1957). "El niño que debido a la fuerza de los mecanismos paranoides y esquizoides y al ímpetu de la envidia no puede dividir y mantener separados amor y odio, y por lo tanto al objeto bueno y malo, está expuesto a sentirse confundido con respecto a lo que es bueno y malo en otras situaciones". (Pág. 190, Klein, M., 1957).

En relación a lo anterior, se podría pensar que, cuando ante la gran vulnerabilidad que constituye al bebé, se producen circunstancias de especial dificultad (socio)-psico-biológicas, esta relación primitiva se ve menoscabada, de manera que el bebé tiene menos acceso a experimentar gratificación suficiente y frustración en dosis tolerables, y ello dificulta una internalización suficiente del objeto primario realmente bueno. En este sentido, y dada la importancia que tiene la alimentación como escenario en el que se juegan estas formas primitivas de relación, merece la pena detenerse en la comprensión de estos conceptos para esclarecer qué es lo que puede subyacer a algunas dificultades de alimentación que encontramos en los bebés, o en los niños durante la primera infancia.

Para profundizar en la comprensión de lo que puede surgir en este "dar y recibir", son sugerentes las ideas de Spillius (1993) que, hablando sobre la experiencia envidiosa y los sentimientos hostiles hacia el "dador", hace una descripción detallada de los posibles procesos mentales subyacentes al intercambio entre "dador" y "receptor" en la relación. En este caso que nos ocupa, estaríamos hablando del pecho nutricio, o la figura materna como "dador", y el bebé como receptor. El concepto de "envidia" kleiniano tiene relevancia ya que, asociada a la posición esquizoparanoide, supone una dificultad de establecer una buena disociación primaria entre el objeto bueno y el malo, quedando confundidos y dificultando una estructuración sólida del objeto bueno (es decir, que dificulta el proceso de identificar el objeto bueno, y de introyectarlo, y esto afecta al intercambio que supone la alimentación).

Siguiendo a Spillius (1993), el factor crucial en la emergencia de la envidia viene determinado por los sentimientos tanto conscientes como inconscientes del que da sobre el dar/sobre lo que da, y la manera en que estos sentimientos son percibidos o malinterpretados (consciente e inconscientemente) por el receptor. Ella dice: "Supongamos que el que da siente placer dando y que, además, no da para conseguir superioridad sobre el receptor. Supongamos también que el receptor es capaz de percibir correctamente y que se da cuenta de que el que da sabe que él, el receptor, notará que le han dado. En esta situación es fácil que el receptor sienta envidia y también sienta cosas positivas. En particular, se sentirá capaz de dar algo bueno de retorno al dador, podrá sentir gratitud: círculo en el que ambas partes se dan algo de valor mutuamente. El receptor introyecta y se identifica con un objeto que disfruta dando y recibiendo y una base interna

para la admiración se puede desarrollar y, por lo tanto, una emulación del dador generoso se hace posible."

Y continúa: "Pero supongamos que el dador siente tan poco placer dando, que está poco interesado en el receptor, o que está abierta o inconscientemente hostil con el receptor, o que siente (consciente o inconscientemente) que el receptor está haciendo demandas no razonables o quitándole sus recursos injustamente. O supongamos que da de mala gana, a regañadientes porque quiere encubrir el hecho de que lo que da es malo. Aún más, supongamos que la carencia de placer y generosidad en el dar del dador es justamente captada por el receptor. En cualquiera de estos casos, es fácil que el receptor sienta envidia de manera resentida y no sienta deseo de devolver en gratitud. El dador original, privado de gratitud, da menos, o más agresivamente. Y el círculo de privación/envidia se mantiene. Así que, paradójicamente, la envidia es más probable que se agrande cuando el objeto que se da es sentido como poco o malo." (traducción nuestra).

Por tanto, no hablamos solo de si se ha recibido o no, de lo concreto que se recibe, o de la cantidad, o de la frecuencia, o no sólo. Es decir, si pensamos en el bebé, no se trataría sólo de si la mamá acude y amamanta al bebé cuando éste llora porque tiene hambre, sino también y muy fundamentalmente, de si la mamá al dar su pecho "bueno", siente placer dándolo, transmite disfrute cuando el bebé está pudiendo llenarse, el bebé lo percibe, y puede darse una base interna de disfrute en el dar y recibir, y una confianza que va haciendo sólido el objeto interno bueno. Incluso si se ha de interrumpir la mamada por algo urgente, también si la mamá no omnipotente tiene poca leche en ese momento, o ha tenido que hacerle esperar. Es más, podríamos pensar que justamente esta combinación de frustración y cuidado, reparación o gratificación de forma cíclica, es lo que va fortaleciendo el yo del bebé en desarrollo.

Si la mamá puede tolerar la desesperación del bebé, sentirse capaz de repararlo, de calmarle, y por tanto tomarlo en brazos con calidez. O si, por el contrario, siente que el bebé la culpa, que intenta hacerle daño quejándose, o que pide de manera desmesurada, que le priva de sus recursos; o bien que es poco agradecido, que no se sacia, y le hace sentir poco capaz de darle nutrición y amor. Precisamente por ello, podría ser que la mamá diera continuamente de mamar, para contrarrestar este malestar, para expiar su culpa, pero de forma ansiosa e insuficiente, de manera que el bebé podría ir

configurando esta forma de relación en la que lo aparentemente bueno, es malo y se confunden. Todo lo anterior, como ya se ha dicho, estaría muy condicionado por los conflictos de parentalidad y las representaciones mentales maternas asociadas (Palacio, Manzano y Nancer).

En esta línea, bien podríamos encontrar en el origen de la relación envidiosa con el pecho, tanto experiencias de mucha carencia, como experiencias de mucha gratificación, en las que no ha habido una suficiente diferenciación primaria, en las que no se ha vivido suficientemente experiencias de carencia y de frustración, por lo que se mantiene una omnipotencia, en la que se expresa una necesidad de gratificación que es continuamente insaciable. A su vez, la omnipotencia mantiene sentimientos envidiosos, ya que lleva a considerar que si el otro (en este caso, la mamá o el cuidador que le da el alimento) no satisface los deseos o necesidades del bebé, es porque no quiere, no porque no sea oportuno o bueno para el bebé (límite protector), o porque no pueda (sus limitaciones inevitables reales). En este sentido, cabe destacar que Spillius (1993) matiza el concepto de envidia apuntando a una variedad de formas en las que puede manifestarse, y de distintos niveles de gravedad.

Autores como Jean y Florence Bégoin (cit. En Coderch, 1995) hablan de que la envidia puede derivar del desengaño producido por la inasequibilidad del interior del objeto que debería funcionar como contenedor, el cual es percibido tan lleno de sí mismo que no existe espacio disponible para las proyecciones del niño. Melanie Klein, justamente menciona lo siguiente: "un bebé que puede haber recibido muy poca leche, [...] o no haberla obtenido de manera correcta [...]. El modo en el que fue sostenido en brazos, la actitud de la madre hacia la alimentación, su placer o su angustia por ella, la diese con el pecho o con biberón, todos esos factores son de gran importancia." (Pág. 190, Klein, 1957).

Cuando el bebé va creciendo...

Para seguir hablando del significado del alimento y de la experiencia de alimentación, es fundamental reflexionar acerca de pulsionalidad oral. Abraham establece una diferencia entre la fase oral pasiva, ligada al acto de succionar, de engullir al objeto, de incorporarlo y mantenerlo en nuestro interior y la fase oral activa, dominada por impulsos canibalísticos y en la que lo principal es la aparición de los dientes y la actividad de succión es sustituida (en gran parte) por la de morder.

Como en la etapa oral, el alimento es igual a la madre, las vicisitudes en torno a uno o a otra afectarán de forma simultánea a la relación del bebé tanto con lo ingerido como con el objeto materno. Al convertirse la madre en un objeto total y aparecer la ambivalencia y la agresión, será fundamental la "supervivencia del objeto" para la evolución tanto de la relación madre-bebé y el acceso a la posición depresiva, como para la experiencia de alimentación misma.

Por tanto, otro de los significados primordiales del alimento tiene que ver con que éste representa primero al objeto y después, al resto del mundo, representando de alguna forma el alimento a un tercero en la diada madrebebé. "La actitud frente al mundo exterior va a conformarse a partir de este modelo de relación amorosa. Desde el momento en que una cosa interese a un niño, se la llevará a la boca". (Doltó, 1971).

La danza de la alimentación: pasos y coreografías

La alimentación es una experiencia de "al menos dos" en la que va a ser fundamental no sólo la interacción "real" sino también y de forma primordial la "interacción fantasmática", al estar determinados los fenómenos observables por los mecanismos psíquicos internos. (P. Palau S.: La psicosomática del bebé).

Se dan aquí dos clases distintas de identificación: la de la madre con su hijo y el estado de identificación de éste con la madre (Winnicott, 1956). "Lo principal que una madre hace con su bebé no lo hace a través de las palabras" (Winnicott, 1967). Lo que sienten y hacen las madres y padres con sus bebés, lo transmiten más allá de las palabras y también en el caso de la alimentación, lo corporal y lo no verbal van a ser aspectos centrales en lo que, siguiendo a Stern, podríamos nombrar como cada una de las coreografías en las que cada diada madre- bebé se encuentran inmersos.

Y en este baile, que como en todos los bailes va a ser fundamental seguir el ritmo, habrá diferentes habilidades que van a contribuir o no a no perder el paso. Y será lo que hacen la madre y el bebé con la cara, con la voz, con los ojos, con el cuerpo, con las manos, la postura corporal de la madre respecto al lactante, etc. lo que favorecerá o no la coordinación afectiva necesaria para compartir los mutuos estados emocionales y que pueda "continuar el baile".

Estaremos atentos a la sincronía como ajustamiento de los modos de comunicación entre los participantes de la interacción; la sensibilidad a las señales del bebé; la reciprocidad en cuanto a poder responder a las iniciativas del otro y a que se puedan intercambiar los roles en cuanto a iniciar, responder y mantener la interacción; la contingencia que tiene que ver con la adecuación de la respuesta, tanto en cuanto a su naturaleza, como al tiempo de respuesta y la predictibilidad de las respuestas en las que estén integrados los aspectos verbales y no verbales y el establecimiento de ritmos regulares.

Será importante el establecimiento de una pauta de turnos alternos de comunicación, con episodios de participación mutua con subsiguientes periodos de pausas que funcionarán como unidades de reajuste en la regulación de la interacción.

Durante cada episodio de participación mutua, tanto la madre como el hijo intentan mantenerse dentro de los límites de los márgenes óptimos de excitación y emoción. Los episodios de participación mutua llegan al final, cuando se ha sobrepasado un límite superior o inferior, o cuando amenaza ser excedido. Se trata de un trabajo interno de la danza interactiva, con una especie de programa conjunto compartido en el que es importante que ambos miembros de la pareja conozcan los pasos y la música y puedan bailar juntos. Y en este baile, la madre tendrá que poder renunciar a ser omnipotente o no necesitar serlo, para poder hacer una buena dosificación de "frustración y cuidado, reparación o gratificación, de forma cíclica". Porque van a ser importantes los encuentros, pero también los "desencuentros" y el cómo llegar desde estos desencuentros a un nuevo encuentro: que "la mamá pueda tolerar la desesperación del bebé, y "sentirse capaz de repararlo, de calmarle" (Winnicott 1967), poder perder el paso y volver a encontrarlo.

Añade Pascual Palau S. en la obra ya citada anteriormente, que: "las cualidades para una homeostasis psicosomática de buena calidad son: la plenitud como riqueza en la interacción imaginaria; la flexibilidad o permeabilidad de la adaptación mutua expresada en los movimientos temporales y espaciales y la armonía rítmica y la estabilidad en relación a la permanencia del objeto.

Ainsworth habla de la sensibilidad materna que comportaría cuatro aspectos:

• La consciencia de las señales: ser accesible a las señales del niño y percibir señales sutiles, de poca intensidad.

- La interpretación adecuada de las señales: ausencia de distorsión debido a proyecciones, denegación, etc.
- La respuesta apropiada.
- La respuesta rápida (que permita al bebé hacer un vínculo entre su demanda y la repuesta, cosa que no es posible si esta última es demasiado diferida).

La sensibilidad tendrá que ver no sólo con la intensidad de las señales, sino también con el contenido de las mismas, de forma que se podría tener una sensibilidad diferente para las distintas experiencias del bebé: alimentación, sueño, juego, etc.

Podríamos reflexionar acerca de qué señales sería importante percibir en relación al hambre y a la saciedad y cómo el que alimenta puede interpretar las señales del bebé para iniciar la alimentación o para interrumpirla y hacer una pausa o permitir que el bebé la haga o para introducir o permitir momentos de juego, de exploración, etc. Es fundamental también que el adulto pueda detectar las señales de rechazo al alimento, y todavía más importante, qué interpretación se da a este rechazo. Si se pueden percibir estas señales e interpretarlas de forma correcta, entonces la respuesta va a ser apropiada.

De la misma manera y un poco más tarde, se hace necesario ir introduciendo también otros aspectos de la relación que facilitan el crecimiento y que tienen que ver con la separación: espaciar tomas, introducir otro alimento, tolerar la frustración, etc. Es decir, ir combinando gratificación y frustración en dosis tolerables y de manera ajustada a la realidad del niño, a lo que él está viviendo y expresando en cada momento vinculado a la par con la realidad de la madre y sus vivencias.

Sobre la rapidez de la respuesta, parafraseando a Winnicott, tendría que "ser suficientemente rápida", adaptándose a las necesidades del bebe (más inmediata en los primeros meses y menos después, cuando la capacidad de espera es mayor). Y como el baile es cosa de dos, la forma de bailar de cada uno de los miembros de la pareja, van a influir en el transcurso del mismo. Podemos valorar las características maternas teniendo en cuenta las expresiones faciales, las expresiones vocales, la posición y el contacto corporal, la expresión de afecto, el ritmo de las tomas de roles y el control y la elección de la actividad.

Respecto al ritmo de la toma de roles como aspecto fundamental en las interacciones, incluida la de la experiencia de alimentación, se podría valorar hasta qué punto el ritmo se organiza sobre la base de las señales del bebé, dándole la posibilidad de participar (madre sensitiva) o el intercambio de roles, obedece a los deseos del adulto y no a las señales bebé, dejando poco espacio para que éste participe (madre controladora). También podríamos encontrar a un adulto que ejerce la función materna de manera fusional, sobreidentificándose con él, de manera que se dificultaría la progresiva diferenciación y, por tanto, el crecimiento o maduración del bebé.

Juan Miguel Hoffmann en su trabajo "¿De quién es la cuchara? La relación de alimentación padres-bebé", nos habla de una amplia gama de comportamientos de diversos tipos: exploraciones, interacciones, complejas experimentaciones y juegos que los bebés a partir de los cinco meses, llevan a cabo mientras están siendo alimentados. Va a ser fundamental la reacción del entorno a este tipo de actividades, ya que constituyen un ejercicio de autoafirmación del bebé, que va a ser tolerada en mayor o menor grado por el entorno.

Estas acciones llevan a la construcción del espacio físico y psíquico "cedido, conquistado y negociado del nuevo ser emergente, espacio que va a permitir en mayor o menor grado la exploración del entorno en relación a los impulsos epistemológicos y también del alimento: viscosidades, consistencias, texturas, temperaturas..." (J. M. Hoffmann). El baile de la alimentación irá cambiando y se irá enriqueciendo, teniendo en cuenta las necesidades del bebé y también del adulto.

Las diferentes coreografías se irán superponiendo: primero, la relacionada con la lactancia en la que una "madre alimenta a un bebé que la mira, siendo fundamental favorecer la interacción cara a cara y la posición del regazo, como elementos que facilitan el encuentro" (Sanz, 2011). Los cuerpos están más cercanos, más unidos, el bebé se sitúa en el regazo de la madre.

Después, habrá que aprender un baile diferente: aparece la cuchara, "la madre se coloca sentada frente al niño y el alimento se sitúa entre ambos" (Sanz 2011) y el papel del bebé es más activo. La "cuchara "va a constituir un punto de inflexión tanto por el contenido como por la forma del baile, ya que marca el inicio del poder "bailar" primero acompañado por la madre y después, "definitivamente" solo. La comida sólida, añadirá como hemos dicho, un aspecto esencial que es el uso de los dientes y la masticación.

¿Comer es un placer?: la sensorialidad en torno a la experiencia de alimentación

Continuando con la comparación entre la experiencia de alimentación y el baile, en la alimentación, igual que en la danza, va a ser fundamental el placer y las sensaciones corporales asociadas a esta experiencia. Podríamos hablar de un gran número de intensas sensaciones en el bebé en torno a la lactancia, sensaciones táctiles vividas en torno a la zona oral: cavidad bucal, labios, lengua, dientes al introducir en la boca el alimento; aquellas en relación a la deglución, al descender lo ingerido a través del tubo digestivo y en torno a la excreción. Y también las sensaciones postprandiales tras la ingestión del alimento...

No debemos olvidar las sensaciones en el resto del cuerpo: el contacto piel con piel con la madre, la vivencia de ser contenido en el regazo materno, las sensaciones propioceptivas internas y del propio movimiento, etc. ... Todas estas sensaciones, son muy intensas, placenteras y a la vez displacenteras. En un primer momento pueden ser sentidas como amenazantes, en términos de Bion, elementos beta que deben, a través de las palabras y el trabajo de rêverie de la madre convertirse en elementos alfa, digeribles e integrables. El bebé recibe un cúmulo de sensaciones que, al principio, no "sabe" si proceden del exterior o del interior, de una parte de su cuerpo, o de otra, de sí mismo o de la madre...

El resto de los sentidos no permanecen, ni mucho menos, inactivos: la percepción de los olores asociados a la leche materna, a la madre, a su propio cuerpo; los sonidos que preceden al momento de la alimentación y aquellos que acompañan a la lactancia: los relacionados con la succión, las palabras de la madre, los sonidos emitidos por el bebé, los ruidos del entorno, el latido del corazón de la madre, ...

Todos estos estímulos y las sensaciones asociadas a ellos, se irán integrando poco a poco, con mayor o menor éxito, en una experiencia global, que tendrá un menor o mayor quantum de emociones positivas o negativas, de placer y de displacer. Las sensaciones asociadas a los diferentes actos de la experiencia alimentaria van a tener un significado en relación al objeto y su presencia o ausencia. Aquellas relacionadas con el hambre, la saciedad anticipatoria, la plenitud, pueden ser vividas en algunos casos de forma muy amenazante al asociarse con la pérdida o ausencia del objeto o con un importante malestar físico cuando hay problemas orgánicos en el neonato.

Por su parte, la madre sentirá también un importante número de sensaciones y emociones, que estarán determinadas en gran parte por el significado construido a lo largo de su vida en relación a las sensaciones corporales y táctiles en torno a su pecho y/o todo su cuerpo; la representación psíquica de la pulsionalidad y el placer en torno a lo oral; las fantasías y temores acerca de la "necesaria" relación fusional inicial y aquellas en relación a ser engullida, devorada o "exprimida", las representaciones sobre el dar y el recibir...

La sensorialidad en torno a la lactancia servirá de base para las siguientes formas de alimentación: van a ser fundamentales las vivencias y sensaciones en respuesta a las nuevas texturas y consistencias, la deglución, la masticación y cómo esa sensorialidad va a poder ser o no integrada en la imagen de sí mismo o va a ser vivida de forma amenazante y, por tanto, rechazada.

En el paso a la alimentación con cuchara y con sólidos, serán sustanciales también las sensaciones propioceptivas en torno a una mayor independencia en los movimientos y a una mayor autonomía y capacidad de exploración independiente del medio, que debe poder ser tolerada tanto por los cuidadores como por el propio bebé (como ya hemos dicho).

También será trascendental el poder vivir como propias tanto aquellas sensaciones relacionadas con el hambre y la saciedad como aquellas que no tienen un valor nutritivo, pero acompañan necesariamente a la experiencia de alimentación. De esta forma se podrá constituir esa experiencia global en la que está involucrado todo el ser, de la que hablaba Winnicott y se conseguirá que comer sea fundamentalmente un placer.

Dificultades en torno a la alimentación.

La escuela de París ha planteado que en muchos pacientes psicosomáticos adultos hay una falla del aparato mental como elemento regulador de las situaciones de tensión y esto origina la somatización. El pensamiento operatorio tal y como ha sido descrito en los adultos, apenas se encuentra en los niños. Encontramos varias diferencias: cuenta con la función de protección del adulto, presenta vías de expresión directa (grito, descarga motora...) y tiene una mayor plasticidad somática.

Desde la teoría del Instituto Psicosomático de París y siguiendo a Kreisler, L. (1990), los factores ambientales patógenos para la aparición de trastornos somáticos precoces en el niño se clasifican en:

- Sobrecarga de Excitación: La excitación excesiva se descarga en el cuerpo. En el caso del bebé es la madre la que actúa protegiendo al niño de estímulos excesivos. El exceso de excitación puede suponer la desorganización.
- Carencia o Insuficiencia afectiva: Se ha considerado el factor patológico más severo. Se plantea que en el desarrollo del bebé no se reduce a mecanismos biofisiológicos, necesita de una carga afectiva que le ofrece el impulso para organizarse. A falta de un apuntalamiento afectivo, la función puede verse comprometida en un proceso repetitivo (como en el insomnio grave).

Dentro de este grupo de trastornos se han descrito patologías específicas según los momentos evolutivos (anorexia precoz, insomnio inicial) y algunos cuadros que se resuelven espontáneamente cuando el bebé cuenta con más recursos (ej: cólicos del tercer trimestre).

Kreisler, Fain y Soulé (1990) han descrito diferentes cuadros y evoluciones diferentes. Por un lado, la Anorexia Primaria, que supone una dificultad del bebé para alimentarse desde el momento del nacimiento. Destacan dos formas clínicas:

- Anorexia neonatal activa: Rechazo activo, respuesta violenta del bebé.
- Anorexia neonatal de inercia: Privado de la sensación de hambre, deja caer el alimento. Desinterés hacia las actividades autoeróticas orales. Instinto de conservación comprometido.

Por otro lado, estaría la Anorexia Secundaria: También llamada anorexia del destete o de oposición.

Fain (1990) señala que en la anorexia el alimento ocupa el lugar del rostro del extraño. Aparece relacionada con la pulsión del control y se establece al final del primer trimestre.

Describen otros cuadros severos:

• Forma fóbica de evolución aguda: A partir de los 6 meses y se mantiene durante los 2 primeros años, se puede unir a trastornos del sueño.

- Anorexia ligada a disarmonías evolutivas: Ausencia de actividad autoerótica oral, inadecuación de actividad motriz. Próxima a la psicosis.
- Forma depresiva de Anorexia mental precoz: No conducta de rechazo, alteración grave del apetito. Relacionada con una descompensación depresiva en la madre o una separación. Atonía similar a la depresión anaclítica de Spitz.

En la actualidad I Chatoor y colaboradores (2002) han planteado una clasificación que parte de una aproximación evolutiva:

- Alteración de la homeostasis o de la regulación de ciclos básicos (estado de conciencia, ritmo vigilia -sueño, alimentación, respuesta a estímulos internos y externos) de debut durante el periodo neonatal. En general en niños inmaduros, pueden tener patología neurológica u orgánica y con retraso psicomotor. Suelen cursar con desnutrición. Son niños muy dormidos, excitados, angustiados o agotados durante la toma. Es importante destacar que en este grupo el peso de la dificultad se centra en las características del lactante: inmadurez, excitabilidad... y necesita un entorno que sea capaz de entenderle y adaptarse a él.
- Alteración del vínculo madre-hijo que se desarrolla entre los 2 y 6 meses y se describió inicialmente como síndrome de privación materna en casos de madres con depresión, u otra psicopatología que lleva a indisponibilidad emocional de la madre, o negligencia, abandono o descuido. El niño presenta retraso en el desarrollo cognitivo y/o motor y desnutrición. Faltan los signos de contacto social durante la toma (contacto visual, sonrisa, balbuceo). En este grupo la dificultad se sitúa en la disponibilidad del adulto, en la dificultad de investir e ilusionarse con su cuidado.
- Anorexia infantil o rechazo del alimento del niño activo, de comienzo entre los 6 meses y 3 años, cuando el niño inicia la transición a cierta autonomía. Existe rechazo del alimento de al menos un mes, preocupación y gran ansiedad de los padres. Interacciones muy conflictivas, no indicadores de riesgo en otras áreas del desarrollo. En ocasiones riesgo de desnutrición aguda y/o crónica. El niño no tiene hambre ni interés por la comida, pero sí por la relación con sus cuidadores. El trastorno no está causado por una experiencia traumática ni por una enfermedad orgánica subyacente.

- Aversión alimentaria sensorial. Comienza entre los 6 meses y 3 años de edad, tras la introducción de un nuevo tipo de alimento y, en general, tienen dificultad para diversificar la alimentación. Existe preocupación variable de los padres y muestran un rechazo selectivo, comiendo bien sus alimentos favoritos. Pueden tener deficiencias nutricionales específicas (aunque no desnutrición aguda y/o crónica). Será necesario determinar si el rechazo por las características del alimento (sabor, color, textura) se acompaña de hipersensibilidad frente a otros estímulos sensoriales (luces, sonidos...) o de dificultades marcadas en la interacción y comunicación propia de los niños con riesgo TEA.
- Alteraciones asociadas con enfermedades médicas. Comienza a cualquier edad, en el curso de enfermedades que causan dolor o molestias con la alimentación (alergia, reflujo gastroesofágico, alteración respiratoria...) El tratamiento específico mejora, pero no controla totalmente los síntomas y el niño no gana peso o incluso lo pierde. Es característico que comience a comer bien, pero al poco rechace continuar.
- Alteración post-traumática, con rechazo de la alimentación secundario
 a una experiencia traumática orofaríngea o gastrointestinal que puede
 comenzar a cualquier edad y puede expresarse con distintos grados de
 gravedad y duración (rechazo completo de la alimentación, sólo de los
 líquidos o de los sólidos, de forma aguda o crónica)

Las cuatro primeras entidades se desarrollan cronológicamente durante las fases específicas del desarrollo del niño. Las dos últimas pueden presentarse a cualquier edad.

En las clasificaciones DSM, incluían el Mericismo y la Pica y planteaban siempre como condición que las dificultades no estuvieran asociadas a ninguna patología orgánica. En el DSM 5 desaparece la determinación de los trastornos de inicio en la infancia y en la adolescencia y estos trastornos se sitúan dentro de la Categoría de Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos. Añade un cuadro Trastorno por Evitación/Restricción de la Ingesta.

Este cuadro sustituye y amplía el diagnóstico de Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez del DSM-IV TR. Su característica principal es la evitación o restricción en la ingesta de alimentos, se hace referencia a las consecuencias para el sujeto: pérdida de peso, déficit

nutricional, interferencia en el funcionamiento psicosocial. Este diagnóstico se puede hacer en cualquier edad; no está presente el miedo a ganar peso ni la alteración en la percepción corporal.

Es importante tener en cuenta:

En Lactantes:

La regulación de los ritmos de tensión/relajación, de hambre/saciedad y el ritmo de sueño. Valorar la capacidad de ser calmado por el adulto y el encuentro emocional entre ambos. Valorar siempre como riesgo aquellas situaciones en las que el encuentro emocional no puede establecerse con normalidad (bebés prematuros, hospitalizaciones, situaciones de duelo...).

Nos encontramos en ocasiones con bebés que sólo comen dormidos, como si no pudieran sentir la comida como algo activo o que forma parte de ellos; o en los casos de madres que no pueden conectar con los aspectos vitales de su hijo. Les pueden cuidar y atender; pero les cuesta trabajo hablarles o conectar con su mirada y poder disfrutar de la relación o imaginar un futuro para ellos.

Es importante valorar cuándo las dificultades de alimentación poseen un alto valor comunicativo (con pequeños cambios en la interacción puede lograrse una buena evolución y detectar aquellos casos más graves en los que el síntoma se instala de forma repetitiva y puede poner en riesgo el desarrollo del bebé.

• En la Primera Infancia

Muchas veces nos encontramos situaciones en las que no se ha establecido una adecuada diferenciación y esta diferenciación se juega en el terreno de la comida (cerrar la boca como único modo de individuación). Encontramos desde casos leves en los que los adultos se someten a la tiranía del niño que decide quién y cómo le da de comer o situaciones de desnutrición grave.

Es necesario valorar la puesta en marcha de los recursos del niño. Su proceso de descubrimiento del mundo y el acercamiento al alimento. Su capacidad de jugar y cómo desarrolla el juego.

El encuentro con la comida se establece como una de las primeras formas de asimilación y apertura a las experiencias de fuera. Hay algunos casos en los que la alimentación se sitúa dentro de una ansiedad paranoide sobre la que se instalan defensas muy marcadas de tipo fóbico. Es importante valorar el

tipo de fantasías y el monto de agresión que el niño ejerce; tanto en el vínculo con sus padres como hacia sí mismo.

Es importante identificar la capacidad de regulación de la agresión y cómo se han producido los movimientos de confrontación y autonomía. Valorar la capacidad de mentalización y de expresión de los conflictos de forma directa.

Los problemas de alimentación, obedezcan o no a una disfunción orgánica, deben ser valorados de forma global y contemplar los aspectos relacionales dentro del sistema de interacciones madre-padre-hijo.

Es relevante para la madre o figura materna que pueda reconocer las sensaciones de hambre y de saciedad de su niño, donde ya se deja entrever el significado que para la madre tiene la consideración de lo que ofrece a su hijo, como algo bueno o malo y la confianza y el respeto o no de que su hijo tenga la capacidad inicial de poder decidir lo que es beneficioso o peligroso. La seguridad de la madre para ofrecer alimento, seguramente provenga de las experiencias primarias recibidas en la relación con su propia madre cuando ella era niña, donde pudo nutrirse de la suficiente capacidad de amar y de dar que ahora puede desplegar como madre hacia su bebé. Hay que tener en cuenta también al padre y el entorno más amplio, incluyendo a otros familiares cuando ejercen una intensa influencia y los profesionales que intervienen con sus mensajes, dado el momento de alta sensibilidad.

La aceptación o el rechazo del alimento se convierte en determinados momentos se puede convertir en el principal lenguaje entre el niño y su madre y, por tanto, será necesario averiguar y explorar todo lo relacionado en este contexto.

Los hábitos alimenticios y sus dificultades tienen que ver también con problemas de relación. Está demostrado que las pautas por sí solas no siempre funcionan, porque la comida es el vehículo de relación y por ello, se instauran en la personalidad del niño a largo plazo. No es una simple cuestión de hábito, sino que hay mucha carga emocional y de relación, cómo se produce el desarrollo psíquico y el simbolismo que tienen. No son, por tanto, suficientes las pautas dirigidas a madres/padres, enseñar hábitos, decirles cómo tienen que hacerlo sino, sobre todo, ayudarles a reflexionar sobre el alimento como forma de relación y su influencia en el desarrollo psíquico y la personalidad del niño.

Cuando existen dificultades en la relación, a veces la alimentación no puede ser llevada a cabo de forma conveniente y eso puede suceder por múltiples factores:

- La falta de información.
- Dificultad materna/paterna para poder hacerse cargo de las señales que emite el niño.
- Dificultad para entender lo que ocurre con la succión, la avidez del niño, los tiempos...
- La emisión de respuestas arbitrarias y confusas con su hijo.
- La existencia de bloqueos emocionales en la madre.
- Dificultad en la madre o el bebé para adaptarse a situaciones nuevas o desconocidas.
- Por exceso de responsabilidad y la existencia de una carga de ansiedad excesiva que no le permite tener calma para valorar y probar.
- Por tomar medidas coercitivas en función de temores maternos...
- Dificultades de acoplamiento en la pareja que afectan a la alimentación y relación primaria madre-bebé.

Qué tener en cuenta: Valoración en consulta

- Cómo es la madre, cómo vive el dar de comer y por tanto qué puede estar proyectando cuándo da de comer a su hijo
- Cómo es la pareja, cómo contempla la relación de su mujer con su bebé y cómo él mismo vive la relación con su hijo.
- Cómo es la relación entre los padres y qué tensiones son las que están en juego
- Cuáles son sus valores y criterios educativos, a qué le dan importancia, cómo se relacionan con el niño, en qué ocupan sus tiempos...
- Cómo fueron ellos de pequeños y lo que recuerdan de la relación con sus padres
- Cómo es el bebé, cómo se expresa y cómo responde
- Cómo se sienten como padres, qué sensaciones les causa su hijo, qué les produce mayor preocupación o malestar

Tratar de entender lo que ocurre en cada caso: diagnóstico de la situación.

- Valorar las actitudes de la madre/el padre: sus preocupaciones, temores y ansiedades, las reacciones frente a las primeras dificultades, la manera de concebir y cuidar a su hijo...
- Observar la actitud y el estar del bebé en relación a su madre y la alimentación.
- Valorar el entorno referente a la alimentación: los cambios, las horas de comida, su duración...
- Ayudar a la madre a que entienda lo que le pasa a ella, que conozca lo que sucede cuando su bebé come o no come y el significado de la alimentación en la relación madre-hijo.
- Aportar orientaciones y clarificar dudas que sirvan para una alimentación más serena y placentera.

Orientaciones para profesionales de Atención Primaria

En los primeros meses los padres y el bebé se están conociendo, los padres necesitan ajustar las imágenes que han ido creando en su cabeza con la presencia de su hijo con necesidades y ritmos propios. En este proceso de ajuste mutuo la alimentación como hemos visto, juega un papel importante y los profesionales tienen un papel facilitador.

- Inicialmente es prioritario escuchar a los padres y especialmente a la madre y facilitar un espacio donde pueda hablar de sus miedos (que el niño no coma lo suficiente, que sea muy frágil o esté enfermo, que se atragante, no tener suficiente leche, no ser capaz de hacerlo bien, perder su autonomía o sentirse demasiado sometida a las exigencias del bebé...) y de sus propias necesidades.
- Desde las consultas es fundamental no culpabilizar y evitar una discusión entre lo orgánico o lo psicológico: será siempre necesario descartar la patología en el niño y atender a los aspectos emocionales que se ponen en juego.
- Se aconseja inicialmente una alimentación a demanda. En los primeros meses es importante adaptarse a los ritmos del lactante y la presencia de una persona disponible para atender y calmar al bebé.
- Poner más el acento en el momento de la toma como una situación de encuentro en la que el bebé va incorporando cuidados y una imagen de sí mismo y no tanto en la modalidad (pecho o biberón).

- Facilitar poco a poco una regulación de horarios (a partir de los 3 ó 4 meses) en el momento en el que el niño puede tolerar un tiempo de espera. Importancia de la frustración necesaria y la necesidad de permitir el desarrollo del Deseo en el niño.
- Valorar siempre en los lactantes altos niveles de irritación y dificultades de sueño o en el otro extremo bebés excesivamente pasivos y poco demandantes.
- Valorar la interacción fuera de las tomas: capacidad de disfrutar, juego, atención conjunta....
- Identificar como situación de riesgo las familias en las que las madres se empiezan a retirar: prefieren que otros le den de comer.... no disfrutan fuera de las tomas, le dan la toma en silencio... no les hablan o no les miran. Posibilitar la presencia de profesionales de Salud Mental en estos primeros momentos que puedan identificar el riesgo de depresiones larvadas en la madre: agotada o descuidada, sin ganas de salir a la calle o que se retira de la interacción.
- Valorar identificaciones y proyecciones familiares en el discurso o el relato de los padres, la atribución de características propias al bebé (es tranquilo como su padre, no le gusta la fruta como a la abuela...) y la presencia de imágenes de futuro
- Iniciar los cambios en la alimentación y en las texturas y realizar los cambios que favorezcan la autonomía y crecimiento del bebé de forma progresiva y no retirar los nuevos alimentos o texturas (p. ej: sólidos) si el niño lo rechaza dando un tiempo de adaptación. No retrasar los cambios ni mantener rutinas excesivamente infantiles.
- Facilitar que durante las tomas y acompañando los momentos de la alimentación el niño se acerque al alimento como una experiencia global, integrando varios canales sensoriales: tocar, oler, aplastar... mancharse. Que explore y juegue para hacerlos suyos.
- Identificar los casos en los que las dificultades de adaptación a los cambios de alimentación van acompañadas de dificultades en la interacción y comunicación (riesgo TEA).
- Entender el proceso de alimentación como un logro que el niño hace acompañado por un adulto que le guía, la necesidad de una presencia activa, dedicar tiempo y no insistir en exceso en la autonomía del niño de forma precoz.

Este documento ha sido elaborado por:
Mónica Avellón
Marta Báez.
Berta Requejo

Beatriz Sanz

DEBATE ENCUENTRO MADRID

El documento inicial sirve para reflexionar entre todos los asistentes a la reunión del grupo de perinatalidad, celebrada en noviembre del 2018 en Madrid. Tras una discusión sobre el texto, se respondieran las siguientes preguntas

Qué lugar ocupa la alimentación en la construcción de la relación entre el bebé y la madre

Ahondamos en la idea de que la alimentación, primordialmente en el primer tiempo de la vida, es:

- Un momento de conocimiento y encuentro/desencuentro entre dos seres separados, el niño y su madre/padre.
- Una opción de reconocimiento, donde todos los elementos de la tríada se descubren a sí mismos, a través de la mirada, los afectos, los ritmos, unos tiempos, sensorialidades, regulaciones...
- Un tiempo donde se plasman de manera especial las fantasías y conflictos de la parentalidad.
- Supone la presentación del mundo para el bebé y de cómo éste va a descubrir toda la sensualidad relacionada con la comida.
- La comida es el sustrato material y corporal donde cristaliza un mundo de relaciones e intercambios y donde, tanto el dar como el recibir, se tocan de lleno.

El lugar de la alimentación tiene que ver con dos aspectos importantes a tener en cuenta:

- El lugar de la madre/padre, cómo se ofrece al niño de distintas formas repetidamente a través de la comida a lo largo de los días, y también y al mismo tiempo,
- El lugar del bebé, cómo recibe el niño lo que le ofrecen y cómo lo
 integra en el conjunto de experiencias que le llegan, teniendo en cuenta
 que lo más importante no es la comida como objeto en sí mismo, sino
 todo lo que sucede alrededor.

En este acercamiento madre-padre-hijo/a que se produce con la comida, se ponen en marcha todas las proyecciones maternas/paternas que vienen sucediéndose desde el embarazo y se plasman progresivamente en la relación con su hijo/a. Es en este tiempo de pensamientos iniciales antes del nacimiento y durante la gestación, donde se reactivan conexiones de la madre como hija de su propia madre, se producen ideas sobre el bebé, cómo se le imagina, qué expectativas sobre lo que será, los deseos... Posteriormente aparece el bebé real ya nacido y es donde encontramos si estas ideas iniciales de la madre o el padre se consolidan, satisfacen, se readaptan o, por el contrario, suponen un desajuste excesivo en los padres sin poder adaptarse a la realidad de lo que tienen. Es una primera entrada de valores familiares, sobre lo que se espera y no se espera y donde podemos encontrarnos con diversas problemáticas de parentalidad.

Tenemos en cuenta que el embarazo y el parto son un duelo para la mujer y el hombre que pasan a ser madre y padre en la aproximación hacia su bebé. Por tanto, en los sucesivos contactos, se ponen en juego los temores de la madre a la hora de acercarse y coger a su bebé, el sentirse más o menos capaz, las inseguridades del reciente progenitor dando de comer, si estará acertada/o, si le dará suficiente comida y le satisface, si lo sabrá hacer bien para su crecimiento, si se adaptan ambos a los cambios que se producen... Todo un compendio de movimientos cotidianos condicionados por madre, padre y bebé y entorno familiar más cercano, que producen tensiones y regulaciones y donde intervienen las competencias del bebé y las de sus padres.

De esta manera, se va produciendo una reconstrucción progresiva en la confluencia con el otro en la nueva situación que se genera y que va a ir condicionado a todos los participantes. El bebé se va desarrollando a través de su madre y de su padre y al mismo tiempo con sus actuaciones y respuestas, contribuye a la construcción de cada uno de sus padres reactivando y condicionando a ambos en un encuentro bidireccional. Por tanto, la madre y el padre hacen al bebé-hijo, y el bebé les hace a ellos madre y padre, participando todos ellos de una construcción y reconstrucción identitaria. Momento de reestructuración de cada madre y padre y también de sus narcisismos.

Por todo esto, la alimentación nos ayuda a explorar el vínculo en relación a la integridad de lo que supone el alimento en cuanto al intercambio de niveles de tensiones de la regulación del bebé para que pueda reconocer su propio ritmo, señales que se producen, sentido del respeto, tiempos, reconocimiento de necesidades... Es decir, la alimentación ocupa un lugar fundamental en la regulación del bebé: en el reconocimiento de su propio ritmo y sus necesidades, en las señales que emite, en los tiempos y esto favorece un vínculo más o menos saludable o distorsionado, donde influye cómo es el bebé, la historia de la madre/padre y la intervención de los factores sociales que según y cómo, a veces suponen imposiciones desde fuera, pudiendo dificultar el desarrollo de una relación más natural y espontánea.

El tiempo de la alimentación ocupa un lugar central y es esencial en el desarrollo psíquico, porque partiendo de una vida instintiva refleja en la vida fetal, el niño se va entrenando y preparando, consiguiendo el establecimiento de una relación imprescindible, para que las figuras maternas/paternas cubran necesidades de supervivencia partiendo de toda la vida sensorial. El bebé, a través de la alimentación y el vínculo que establece, va teniendo conciencia de sí mismo y experiencias de separación e individuación fundamentales para su estructuración interna y desarrollo de su personalidad. Al mismo tiempo, la alimentación adquiere una posición central por cuanto que nos puede indicar disfunciones presentes en la madre o el niño y que son una alarma de alteración en la interrelación de ambos. Es a la vez un lugar privilegiado donde vemos las angustias y los miedos de los padres que además se encuentran en ocasiones condicionados por lo que hacen y cómo se supone que tienen que hacerlo.

Nos planteamos cuál es el lugar del padre en los comienzos con respecto a la alimentación y las diferencias entre el hombre y la mujer y cómo van a intervenir otras cuestiones como las necesidades del trabajo de los padres y madres, las presiones, la obligación o deseo de dar el pecho, hasta cuándo la lactancia y la necesidad de prolongarla, así como la influencia de los factores socioculturales en cada tiempo evolutivo del niño/a.

Vemos que comer es una función importante como elemento de encuentro o desencuentro, de transformaciones y reestructuraciones en un momento evolutivo de identidades para la madre/padre y bebé. Este hecho trascendental, genera frecuentemente confusiones muy primarias lo que obliga a veces a que se vuelva todo muy concreto y mecánico. Las pautas que se ofrecen con frecuencia se toman como ley por parte de los padres/madres y también de profesionales, posiblemente ante la necesidad

de buscar respuestas y soluciones a las dudas, confusiones o dificultades iniciales que son generadoras de malestar e inseguridad.

Sin embargo, la alimentación, no es un tema mecánico y es importante por todo lo que subyace y pone en juego como medio de vehiculización desde lo mejor planteado y regulado, a lo más patológico. Lo mecánico impide precisamente, poder entrar en el debate y disquisición sobre lo que supone la construcción de la madre, el padre y el bebé en sí mismo en esas experiencias alimenticias. No se contempla que la alimentación es un interjuego delicado y complejo, donde tiene que darse un equilibrio sensible y muy fino de dinámicas en la relación, en el que la propia evolución de la alimentación en el tiempo, sea considerada como una oportunidad para el bebé, los padres y los profesionales que puedan intervenir cuando haya dificultades.

En la alimentación es necesario distinguir los diferentes momentos evolutivos donde el significado de la comida va cambiando progresivamente en función de las condiciones del desarrollo del niño y de sus necesidades emocionales, relacionales y psicológicas. El primer momento vine marcado por el hecho de dar de comer a un bebé totalmente dependiente que solo toma leche a través del pecho de su madre o de un biberón con leche maternizada. En cualquiera de los dos casos, la alimentación pone en juego el narcisismo materno/paterno preocupado porque todo salga bien y porque haya un buen acoplamiento de tomas, ritmos, cantidades, peso, satisfacción, tiempos...

Somos conscientes de que, en este terreno, la lactancia materna, siendo una cuestión de decisión de la pareja, es uno de los temas que más repetidamente ha sido comentado, se ha debatido hacia un lado y hacia otro, siendo sometido también a la intervención de factores culturales, sociales, modas, con influencia de la presión mediática. Dar o no el pecho, se ha convertido en un cuestionamiento e incluso enjuiciamiento moralista desde fuera, como un deber social que hubiera que justificar si no se cumple. A la inversa, en otro tiempo predominaban los beneficios de la nutrición artificial y era considerado un signo de conducta avanzada frente a la lactancia natural.

Hay mujeres que, porque no pueden o no tienen de forma fluida su propia leche, o simplemente no quieren dar de mamar a sus hijos, o deciden ofrecerlo hasta un determinado momento con las corrientes dominantes actuales, entran en conflicto con ser buenas o malas madres y se quedan fijadas en el acto concreto de ofrecer o no el pecho. Consideramos que la

lactancia es una conducta que no tiene en sí misma el valor de cuidar bien o mal.

En la decisión de pecho o no pecho y hasta cuándo, tiene que participar el núcleo familiar y estar en función de las necesidades de todos. No hay una respuesta única ya que cada diada y triada es diferente. Hay que tener en cuenta el lugar que ocupa el niño, considerar a éste como sujeto con necesidades propias en un reconocimiento del otro, no interpretar el llanto del bebé, siempre o demasiado frecuentemente, como una demanda de comida y rebajar las ansiedades que impiden que la madre se encuentre en las mejores condiciones de seguridad y disfrute para dar de comer a su criatura con la que ha estado conectada en su seno de forma privilegiada. En este sentido, se deberá primar y potenciar todos los aspectos de actitud, forma de coger al bebé, mirar, hablar, cantar... en todos los casos que la madre pueda o no pueda dar el pecho haciendo de filtro para evitar las menores tensiones posibles en beneficio de un vínculo favorecido.

El bebé inicialmente no dispone de apenas mecanismos de autorregulación propios y tiene que desarrollarlos poco a poco a través de la madre, de la presencia y ausencia de ésta y de ir compensando el miedo al vacío cuando la madre desaparece. A medida que va creciendo, el niño/a necesita tener un nivel de autonomía para acceder a la separación necesaria de su madre, tolerar el malestar que dicha separación le genera. Ambos, madre e hijo, tendrán que defenderse y afrontar los mecanismos que se ponen en marcha durante los momentos de separaciones de ambos, proceso complejo y sensible.

Por otra parte, a partir de que el bebé se alimenta de otros nutrientes necesarios, la lactancia ya no tiene un significado de alimentación imprescindible y pasa a cubrir otras funciones representando cuidados que tienen que ver más con la identidad de madre-padre- bebé. Frente a corrientes que promueven solo las bondades de la lactancia de forma prolongada en cuanto a razones fisiológicas y de carácter inmunológico, consideramos que es importante un estudio profundo y detenido sobre las repercusiones que tiene la lactancia prolongada en la primera infancia, en la evolución del niño en general y en cada caso particular. Se hace necesario, por tanto, una reflexión más global del desarrollo que incluya aspectos emocionales y relacionales

La necesidad de contención en el bebé en el primer año de vida tiene bases más sensoriales y corporales, pero a medida que va creciendo y creando nuevos recursos a nivel neuropsicológico, es necesario que los padres se vayan adaptando a estos cambios y vayan comunicándose con su hijo a un nivel más simbólico y menos primario. Si pensamos en un niño de uno o dos años que se encuentra disfrutando a solas con su madre y viene otra persona que copa la atención de la madre y el niño siente incomodidad o se inquieta, es posible que se dé la situación de pedir el pecho para buscar la seguridad y el confort de la cercanía de la madre.

En este caso concreto, es importante que la madre comprenda, según la edad y necesidades de su hijo, lo que le pasa al niño y pueda entender el motivo de la demanda y si es pertinente o no ofrecer el pecho como medida de consuelo. Quizá también en este momento, ya puede plantearse ayudarle a que se calme de otra manera, e incluso que esto sirva para que el niño pueda desarrollar recursos propios. Explicarle la presencia de la otra persona, incluir al niño en la escena, ayudarle a que se entretenga con algo que le guste, hacerle partícipe... De esta manera, interviene con su actitud y respuesta a que hay otras maneras de resolver la situación utilizando recursos propios disponibles que tienen más que ver con el momento evolutivo.

En este caso, el pecho a demanda adquiere otros significados que no se justifican con lo que pueden ser traducidos de otra manera. Vemos que el bebé y el niño se va rigiendo por los criterios que promueven las madres y padres, que tiene que haber un tiempo para todo y unos límites. El niño no siempre puede, no siempre sabe y, por supuesto, no es el encargado de organizar dichos límites. Serán pues los padres los responsables de ir marcando los tiempos y respuestas adaptadas a necesidades, según criterios evolutivos.

Por último, señalar que también hay que tener en cuenta que pueden producirse situaciones traumáticas y necesidades diferentes desde las competencias de la madre o del bebé que hacen las condiciones y circunstancias difíciles, como vinculaciones que se rompen o interrumpen transitoriamente y donde la alimentación y los cuidados quedan comprometidos.

Pensamos en distintas situaciones como:

- Casos de fallecimiento de uno de los bebés mellizos o gemelos prematuros en los que la madre continúa alimentando al otro y donde se superponen las imágenes bebé vivo, que te pide comida... y bebé muerto al que no se pudo alimentar o cuidar, "evitar" el desenlace.
- Niños prematuros y grandes prematuros en unidades de neonatos o con daños corporales que han estado intubados, donde vemos que con frecuencia se produce un rechazo del alimento.
- Dificultades importantes de alimentar al bebé en casos de madre/padre en duelo y muy concretamente en la lactancia natural donde es importante a nivel preventivo atender y explicar la importancia para los niños menores de 2 años de cuidar las rutinas de alimentación en lo posible...
- Considerar en casos de reproducción asistida y atención a los bebés a
 partir de la semana 24, la valoración de la capacidad de lactar de las
 madres a sus bebés cuando existe donación de óvulo en los embarazos
 por FIV.
- En las hospitalizaciones donde es muy frecuente que se altere el proceso de la alimentación y es importante reconducirlo progresivamente a la vuelta a casa, sobre todo en aquellos casos de enfermedad grave o accidente importante...
- En los casos de duelo perinatal, cómo se cuida en la mujer la retirada de la leche

Teniendo en cuenta unos criterios generales sobre el desarrollo del bebé y la relación a través del alimento, como venimos planteando, los profesionales debemos mirar y escuchar las palabras de los padres en este sentido, no cosificar y ser capaces de dar respuestas amplias en base a unos parámetros generales, mirar la realidad de cada caso particular y en general, ofrecer un significado de comprensión psicodinámico de las dificultades cuando se produzcan.

Dificultades de alimentación y sueño como indicadores de dificultades en la diada madre-bebé. Cómo se establece el proceso desde la regulación externa hasta la autorregulación.

El sueño y la alimentación se consideran indicadores tanto de normalidad como de dificultades o de patología, teniendo en cuenta que necesariamente tiene que darse un período de adaptación previo hasta que madres, padres e hijos se vayan regulando y autorregulando progresivamente. Es un período inicial donde tiene que darse flexibilidad por parte de todos en acoplarse y tolerar la frustración suficiente para una espera estabilizadora y reguladora. Damos importancia a los aspectos constitucionales del bebé como elemento diferente en cada uno, fijándonos en cómo van a variar en función del desarrollo. Los padres, por tanto, tienen que ir intuitivamente acomodándose a las necesidades cambiantes del niño en función de su desarrollo hasta la progresiva adquisición de la autonomía.

Como expusimos en otro momento del documento, los bebés tienen que aprender a regularse internamente y, para ello, necesitan de una regulación externa, a través de sus padres. Podríamos decir que la regulación inicialmente pasa por una fase previa necesaria de "desregulación o desajuste inevitable" para alcanzar la auténtica regulación de la madre y el padre como paso preparatorio, de éstos para el bebé y posteriormente del bebé como aprendizaje y ejercicio propio. Es decir, la madre y el padre tienen que ir aprendiendo sobre ellos y sobre su bebé interviniendo diariamente, haciéndose a la nueva situación y a través de su observación, conocimiento e intervención sobre la criatura, ayudan a su regulación para que posteriormente el bebé consiga regularse progresivamente de forma autónoma.

Para que esta regulación se produzca, es necesaria una combinación de dosis de contención y frustración. Las madres/padres deberán apoyar la regulación desde la responsabilidad, sabiendo que esto forma parte de sus funciones básicas y no desde la culpa de pensar que la frustración es algo negativo. Al contrario, sabemos que los estados de no satisfacción inmediata o total, así como los estados de insatisfacción parcial, llevan a encontrar en el niño los mecanismos de autorregulación. En este sentido, es importante valorar cómo se colocan los padres y cómo responden ante los indicios de autonomía de su bebé como por ejemplo en momentos de duelo, tristeza, alegría... Encontramos que en las cuestiones relacionadas con la alimentación y el

sueño es donde parece que los padres tienen más dificultades para poner los límites a sus criaturas.

En el desarrollo del bebé vamos a ir teniendo indicios de cuando el niño está preparado para tolerar las ausencias de las madres/padres, cuándo destetarle, cuándo ir introduciendo otros alimentos, cuándo puede empezar a dormir solo, comer solo... Las madres y padres atentos, podrán ir flexibilizando conductas, introduciendo cambios y valorando los momentos de iniciar la frustración para que se permitan los procesos de ausencia y presencia y de esta manera, favorecer y potenciar el desarrollo del psiquismo.

Sabemos de la existencia del principio del placer y del de realidad en el que se mueven los padres como un juego de alternancias delicado que requiere tiempo, calma, atención, cuidado. Existen padres que a lo mejor no se encuentran suficientemente preparados para realizar esta alternancia y a veces sus actuaciones tienen que ver con la satisfacción de los deseos inmediatos, haciendo más hincapié en el principio de placer. Estas posiciones no favorecen una regulación conveniente para el bebé ya que la evitación de la frustración necesaria para el ajuste a la realidad, impide que el niño pueda ir encontrando la regulación propia para el desarrollo de sus recursos internos. Existe una tendencia que se ha desarrollado más en los últimos tiempos relacionada con la satisfacción de los padres en ofrecer mayor bienestar a sus hijos alargando en ocasiones la edad de maduración de los bebés, el duelo por la pérdida y la renuncia al placer.

En este sentido, la sensorialidad integrada regulada de forma progresiva va a dar entrada a una favorable alimentación y conciliación del sueño. Lo sensorial deberá estar arbitrado y ligado a lo emocional y, por tanto, en función del estado de la madre/padre y de sus aportes de calma y excitación pueden ayudar a conseguir que ese interjuego necesario de bienestar y espera, ayude a favorecer la posterior identidad de padres, madres y niños.

Para ello, nos sirve el ejemplo comentado en el debate de la pregunta anterior, en el que la oferta del pecho para calmar al hijo como respuesta a una angustia que no tiene que ver con la comida, en un momento evolutivo en el que el niño se encuentra ya preparado para poder regularse, es una manera de propiciar la oralidad innecesaria, como posteriormente más adelante puede ser la utilización de la Tablet como medida de consuelo y contención. El niño tendrá que empezar en su momento a aguantarse,

esperar, soporta, comprender e ir poniendo significado, como una manera de irse autorregulándose con la ayuda de sus padres.

Pensamos que frecuentemente, los problemas de sueño y la alimentación hay que situarlos en relación con los problemas de funcionamiento de la pareja expuestas a múltiples necesidades, circunstancias y concepciones diversas sobre la manera de afrontar estas dos cuestiones de sus hijos. La aparición del sueño y la alimentación como síntomas pueden ser expresión de patología orgánica o no y, siendo así, lo importante y necesario sería valorar qué representa dicha disfunción en la relación entre los padres, los hijos y en el núcleo familiar en su conjunto. También se hace imprescindible poder afinar y diferenciar entre los trastornos psicosomáticos, de las reacciones propias de la evolución del bebé. Nos planteamos entonces cómo abordar estos problemas desde la disfunción y trabajar estas distorsiones para evitar la psicopatología.

Los profesionales a menudo sentimos inquietud cuando unos padres transmiten la idea de angustia porque su hijo no se alimenta bien y esto nos lleva al origen, donde la comida antes que el lenguaje es un medio de comunicación. Se come el alimento de otro y comer el alimento del otro es más fácil que saber la propia lengua porque ya es un lenguaje. Esto nos habla de incorporar y digerir algunas ideas y otras no y donde las palabras pueden ser gustosas o no. Por tanto, en la mesa es donde se juega esa incorporación, el gusto es un recuerdo y la mesa es recuerdo. Significa el pensar en el otro ya que siempre existe otro.

Quizá los profesionales debemos ejercer una función contenedora ayudando a tolerar las quejas y angustias de los padres, pensando en ellos y partiendo de la posición de querer saber, para luego orientar con mayor acierto. Desde una sensorialidad compartida, podemos imaginar qué mínimo tiene que haber en las relaciones del núcleo familiar para que las cosas vayan mejor. Al mismo tiempo, evitar ofrecer respuestas pragmáticas y valorar cómo influye a veces en nuestra escucha y reflexión y cómo frecuentemente recurrimos a la cuantificación para calmar la angustia en el cuánto come, cuánto duerme... Pensamos que a veces disminuir la culpa de los padres puede ayudar a que las cosas funcionen algo mejor y cómo pequeños cambios en las interacciones con pequeñas intervenciones, pueden dar buenos resultados.

Qué líneas de intervención elegirías para afrontar las dificultades de alimentación en la Primera Infancia. Orientaciones básicas para pediatras, enfermeras y educadores.

Hemos incidido repetidamente a lo largo de este documento en lo que representa la alimentación más allá de la comida misma y la nutrición necesaria que ésta aporta. Sin embargo, pensamos que esta idea no suele estar en la cabeza de los profesionales y familias que se fijan más en lo nutricional. Por ello, quizá nuestra función podría ser la de transmitir nuestra escucha psicodinámica sobre todo esto que hemos ido exponiendo, en torno a la alimentación. Algunas de las ideas que se nos ocurren como funciones a desarrollar pueden ser:

- Ayudar a concebir la comida como algo vinculado a la relación y trabajar dentro de ese enfoque. Tener en cuenta las representaciones de los padres y darles un lugar principal evitando culpabilizar. No hay que olvidar que los progenitores son los que más conocen al niño y se trata de saber acompañarles para conseguir la regulación.
- Intentar retransmitir cómo vemos nosotros el desarrollo evolutivo y
 estructuración del niño, desde la dependencia a la autonomía y trabajar
 esto con madres/padres y también con otros profesionales, como los
 pediatras.
- Función contenedora para que los padres puedan tranquilizarse, que ellos desarrollen sus capacidades y con esto permitan al bebé desarrollar las propias. Prestar una atención real a todas las cuestiones y poder escuchar a los padres en todo aquello que les es cotidiano.
- Prestar nuestra capacidad de pensamiento a los padres ligando la alimentación con los afectos, que no solo sea la comida lo que miramos y trabajar la relación. Olvidarse del alimento solo como objeto y tener en cuenta las necesidades de lo que nos plantean los padres.
- Hacer hincapié en la prevención en atención primaria y la intervención en salud mental. En atención primaria, no tanto como consejos a los profesionales, sino como grupos de trabajo para poder entender desde otra perspectiva lo que sucede y detectar situaciones de riesgo. Desde salud mental y en la medida en que se pueda en función de tiempos y demanda, debemos favorecer canales de comunicación e intercambio.

- Desculpabilizar y contener ansiedades iniciales respecto a la lactancia.
 No tender a infantilizar a las madres, tener en cuenta la sensibilidad del momento psíquico y respetar a la madre tratándola con cuidado.
- Respetar el criterio de las madres y padres aportando información, aclarando y en todo caso aconsejando, ofreciendo estrategias más que señalando los fallos.
- Poder hacer un protocolo para detectar dificultades en la alimentación relacionadas con lo afectivo, por ejemplo: "qué siente la madre cuando el niño no come...", antes de que se organice un cuadro psicopatológico.
- Orientaciones para pediatras y enfermería actuando a distintos niveles a través de las interconsultas que hacen los pediatras y a nivel general
- Transmitir la importancia sobre el significado que tiene la alimentación y/ el sueño de forma divulgativa que les pueda servir a la población de madres y padres. También qué riesgos tiene cuando se llevan al límite o al exceso el tema de la lactancia u otros (el caso de afectados del método Estivill). Posicionarnos en cuanto a los riesgos que tienen estos excesos.
- Incorporar al trabajo vídeos como instrumento para trabajar con madres, padres, pediatras, trabajar con microanálisis de las interacciones pudiendo observar y detectar las dificultades o alteraciones y poder trabajar con los padres sobre las representaciones y emociones que subyacen. Mostrar y explicar de forma adaptada para que se puedan introducir cambios, a través de un soporte visual donde podemos ver ritmos, detenimientos, desregulaciones...

La alimentación y sus dificultades es una de las preocupaciones más habituales en las madres y motivo de consulta más frecuentes en las consultas de pediatría en atención primaria. El encuentro entre profesionales y los padres y madres de niños que no se alimentan y donde se produce el temor a la pérdida, el rechazo, la inercia o apatía, es necesario para el apoyo y la ayuda estas familias que consultan. Teniendo en cuenta la función tranquilizadora que pueden ejercer los profesionales y para evitar una medicina defensiva, el pediatra necesita tiempo para escuchar, recoger dichas preocupaciones, poder situar el problema en el contexto que se produce y tomar las decisiones adecuadas en la intervención o en la derivación, teniendo en cuenta las realidades de los contextos sanitarios.

En este sentido se hace necesaria la posibilidad de tener una comunicación fluida y rápida con los pediatras y enfermeras/os con el fin de que no se les pasen por alto dificultades o cuestiones de importancia y gravedad. La idea de Winnicott es que el pediatra atiende a los niños y sus padres y que si éstos preguntan eso ya es motivo de consulta, aunque en el momento actual todavía no constituya un verdadero problema de salud en el niño. Consideramos la importancia de la detección de grupos de riesgo y plantear como riesgo perinatal la presencia de enfermedad en la madre en este período.

Sabemos que no existen fórmulas mágicas, la alimentación puede ser un síntoma, pero tenemos que ser muy cuidadosos con lo que se les dice a los padres. Existen también diferentes realidades de profesionales en cada zona sanitaria y debemos analizar las demandas que nos proponen en este sentido, teniendo en cuenta las realidades de los diferentes contextos sanitarios. Pensamos que lo que más demandan los profesionales son herramientas de cribaje, protocolos de derivación y herramientas para poder intervenir desde ellos.

Los grupos de padres de niños pequeños tienen mucho sentido y facilitan enormemente, porque a veces los contenidos se reciben mejor de otros padres, creándose un pensamiento grupal que puede aportar enriquecimiento. Consideramos la importancia y pertinencia de utilizar los recursos de la sanidad pública o privada e introducirnos en: el programa del niño sano, el intercambio con grupos de lactancia y lactantes, así como en la educación maternal. Desde nuestra visión podemos aportar visión y comprensión, así como asesoramiento cuando se requiera, a los padres, a los profesionales, intervenir cuando sea necesario y como idea nuclear, practicar la prevención.

Participan en este debate de forma presencial los siguientes profesionales: Beatriz Sanz, Natalia Valverde, Estíbaliz Basabe, Maite Piñeiro, Yolanda Carballeira, Margarita Mulet, Luis León, Carmen Gutiérrez, Mónica Avellón, Sabina del Río, Encarnación Mollejo, Pilar Fuertes Benéitez, Ma Ángeles Martínez, Roque Prego, Berta Requejo.

Participación de forma no presencial, pero con aportaciones al texto: Gabriela Kleps y M. Rosario Palomo.

Marta Báez coordinadora, moderadora y relatora del debate.

BIBLIOGRAFÍA

Coderch, J. (1995): "La interpretación en psicoanálisis. Fundamentos y teoría de la técnica". Ed Herder

Chattor I. (2002) Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 11(2):163-83

Doltó, F. (1971): "Pediatría y psicoanálisis" Ed. Siglo XXI.

Duhalde C. (2004): "De la dependencia a la independencia. Representaciones maternas. Acerca del vínculo con el bebé en el primer año de vida". Subjetividad y Procesos Cognitivos, p 17-40.

Guerra V. (2002): "Intervenciones terapéuticas en la triada, padre-madre-hijo". Rev Uruguaya de Psicoanálisis. 96:125-141.

Harris, M. (1989): "Bueno para comer: Enigmas de alimentación y cultura". Ed. Alianza

Klein, M. (1957): "Envidia y gratitud y otros trabajos". Edición 1994, Paidós

Kreisler, L. Fain, M. Fain y Soulé, M: (1990): "El niño y su cuerpo". Ed. Amorrortu.

Kreisler, L. (1990): "La expresión Somática". En Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente, Tomo IV. Madrid: Biblioteca Nueva; p.135-60.

Kreisler, L. "Notas sobre el aporte del bebé al conocimiento psicosomático o de lo que sacia un bebé y cómo se vacía".

Lartigue Becerra T, Maldonado-Durán M, Ávila Rosas H. (1998): La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo. México: Plaza y Valdés.

Marty, P.(1995): La psicosomática del adulto. Buenos Aires: Amorrortu.

Spillius, E.B. (1993): "Varities of envious experience". Int J. Psycho-Anal., 74:1199-1212.

Pedrón C, González F, Sanz B. (2014): Tratamiento interdisciplinario en los trastornos de la alimentación de la primera infancia. En: Morandé, Graell, Blanco, editores. Trastornos de la Conducta alimentaria y obesidad. Madrid: Médica Panamericana, p.171-7.

Sanz B, Pedrón C, González F. Dificultades de la alimentación en la primera infancia. La necesidad de poner palabras. Cuadernos Psiquiatría Psicoterapia Niño Adolescente 2011;51-52:157-66.

Stern, D. (1994): La constelación maternal. Barcelona: Paidós.

Stern, D. (1998) "La primera relación madre-hijo" Eds Morata. Serie Bruner.

Vazquez Arévalo R et al. (2015): "Eating disorders diagnostic: from DSM-IV to DSM-5". Rev Mexicana Trastornos Alimentarios. 6. 108-120.

Winnicott, D.W. (1941) "Sobre ejercer y sufrir las influencias"

Winnicott, D.W. (1956) "¿Qué sabemos de la costumbre que tienen los bebés de chupar la ropa o los objetos de tela?"

Winnicott, D. W. (1966) "La madre de devoción corriente"

Winnicott D. W. (1998) Los bebés y sus madres. Barcelona: Paidós.

Winnicott, D.W (1947) "Nuevas reflexiones sobre los bebés como personas"

Winnicott, D.W. "La lactancia natural como forma de comunicación" en "Los bebés y sus madres" Ed. Paidós 1998.

Winnicott, D.W. (1958) "Escritos de pediatría y psicoanálisis" Ed. Laia.

Winnicott, D.W. "Conozca a su niño". Ed. Paidos.

La idea principal que mueve a la elaboración de este documento es poder ahondar en los mecanismos que se ponen en juego cuando hablamos de la alimentación en el bebé y el niño en la primera infancia de 0 a 3 años. Queremos fijar la atención, movernos despacio por la experiencia cotidiana y frecuente del contacto en las relaciones familiares, al inicio, sobre todo, la diada madre-bebé, durante la comida. De esta forma, conoceremos un poco mejor lo que sucede alrededor de alguien que da de comer y de un bebé que come, por tanto, del hecho de alimentar y de ser alimentado.

