



## **Procesos de mentalización en los cuidadores y su relación con la obesidad infantil**

Jackeline Palacio Montoya

Corporación Universitaria Minuto De Dios

Rectoría

Sede Antioquía-Choco

Psicología

2020, noviembre

**Procesos de mentalización en los cuidadores y su relación con la obesidad infantil**

Jackeline Palacio Montoya

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de  
Psicóloga

Asesor:  
Cruz Elena Gómez Giraldo

Psicóloga, Magister en Investigación Psicoanalítica

Corporación Universitaria Minuto De Dios

Rectoría

Sede Antioquia- Choco

Psicología

2021, abril

## Contenido

<i>Lista de anexos</i> .....	5
<i>Resumen</i> .....	6
<i>Abstrac</i> .....	7
<i>Introducción</i> .....	8
<i>Planteamiento del problema</i> .....	11
<i>Justificación</i> .....	16
<i>Antecedentes</i> .....	18
<i>Marco Teórico</i> .....	25
Mentalización .....	25
Definición. ....	25
Origen. ....	28
Desarrollo. ....	35
Conceptos para la constitución y despliegue de la mentalización. ....	36
Obesidad Infantil .....	38
Definición y características. ....	38
<i>Objetivos</i> .....	43
Objetivo General .....	43
Objetivos Específicos.....	43
<i>Metodología De La Investigación</i> .....	44
Paradigma.....	44
Enfoque .....	45
Modalidad.....	46
Entrevista. ....	47
Entrevista Semiestructurada.....	47
Población y muestra .....	48
Población. ....	48
Muestra. ....	48
<i>Criterios de inclusión.</i> ....	49
<i>Criterios de exclusión</i> .....	49
<i>Plan de análisis de la información</i> .....	50
<i>Consideraciones éticas</i> .....	52
<i>Resultados y Análisis de la investigación</i> .....	53
Procesos de Mentalización y la función parental-maternal.....	54
Procesos de mentalización y respuestas de cuidado.....	61

<i>Alimentación</i> .....	64
<i>Juego</i> .....	65
Procesos de mentalización y el ejercicio de la Autoridad.....	70
Procesos de mentalización y Establecimiento del Vinculo.....	75
Procesos de mentalización y desarrollo de la obesidad infantil.....	80
<i>Conclusiones</i> .....	84
<i>Referencias</i> .....	87
<i>Anexos</i> .....	97

**Lista de anexos**

Anexo A. Consentimiento informado _____	79
Anexo B. Cuestionario sobre respuestas de cuidado _____	82

## **Resumen**

Diversos estudios psicológicos nos aclaran la influencia que tiene la función materna, la calidad del apego y los procesos de mentalización al momento del infante estructurarse psíquicamente, y cómo estos procesos dan cuenta del comportamiento, las emociones y la autorregulación en los mismos, de allí se ha planteado la presente investigación que intenta relacionar los procesos de mentalización de una cuidadora y su influencia en el desarrollo de la obesidad infantil en un menor de 2 años. Esta investigación es un proceso que ha implicado la identificación, descripción y análisis del discurso, reconociendo las experiencias, prácticas y creencias que manifiesta esta cuidadora al momento de interpretar las necesidades del niño, siendo la alimentación y el juego elementos fundamentales al momento de determinar el estado nutricional y el desarrollo de la obesidad en el mismo.

Para tal fin, se emplea la modalidad de estudio de caso bajo una metodología cualitativa con enfoque hermenéutico, integrando a través de ellas las experiencias y reflexiones de esta cuidadora al análisis teórico. Los resultados de esta investigación evidenciaron estados de mentalización en la cuidadora reflejados en un apego inseguro, una función materna culposa y malos hábitos de vida saludables centrados en la alimentación y sedentarismo.

### **Palabras Claves**

Mentalización, Obesidad infantil, Apego, función materna-paterna, cuidadores

### **Abstract**

Various psychological investigations have clarified the influence that has the maternal function, the quality of attachment and the mental preparation process at the time for the infant to become himself psychically structured, and how this process realize the behavior, the emotions and self- regulation in them, from there, it has been raised the present investigation that it attempts to relate the mentalization process of a caregiver and the influence in the development of child obesity in a child under 2 years old. This investigation is a process that has involved the identification, prescription, and discourse analysis, recognizing the experiences, practices, and beliefs that the caregiver at the moment of interpret the child necessities, being the alimentation and play primary elements to determine the nutritional status and development of obesity in themselves.

For this purpose, it is employed the modality of study of a low qualitative methodology with a hermeneutic analysis, integrating through them the experiences and reflections of this caregiver to the theoretical analysis. The results of this investigation, prove the states of mental preparation in the caregiver reflected in an insecure attachment, a guilty maternal function and bad habits of a healthy life focused on alimentation and sedentary.

### **Keywords**

Mentalization, Childhood Obesity, Attachment, Maternal-Paternal Function, Caregiver

## Introducción

El presente trabajo de grado comprende los cuestionamientos, indagaciones y análisis sobre los procesos de mentalización de una cuidadora y la influencia de estos en el desarrollo de la obesidad infantil en un niño de 2 años ya diagnosticado. Este interés investigativo se fundamenta en las consideraciones teóricas del campo de la psicología dinámica que han aportado un análisis sobre la relación existente entre el apego y la sensibilidad materna en el contexto familiar, logrando por medio de las teorías entender los procesos mentales de los cuidadores al momento de interpretar y responder a las necesidades de los menores, esto de acuerdo a las experiencias tempranas de su vida.

La obesidad infantil es una situación problemática en la actualidad, a lo largo de los años ha presentado aumentos alarmantes alrededor del mundo, con una cifra actual de 41 millones de niños que padecen de esta enfermedad (OMS, 2016). Además, resulta inquietante el panorama de las futuras generaciones que padecerán otras enfermedades como consecuencia de la obesidad en edades tempranas, entre estas se encuentra: diabetes, hipertensión arterial, enfermedad coronaria, enfermedad vascular cerebral y dislipidemia (Muñoz y Arango, 2017). Sumado a esto, se consideran también afectaciones psicológicas como la ansiedad, depresión y trastornos alimenticios, que desencadenan irregularidades en el estado mental y físico de las personas que padecen tal enfermedad,

La investigación sobre el tema de la obesidad infantil implicó una indagación por el entorno familiar de los niños, en especial, los procesos vinculares con sus figuras representativas, puesto que es allí donde se elaboran los primeros sistemas de cuidado y de relacionamiento entre madre e hijo, entendiéndose por medio de este diada las diversas maneras que tiene el cuidador al momento de ejercer su función materna, las cuales pueden estar orientadas por distintos procesos de mentalización inconscientes.

Por otra parte, se hace importante resaltar a la familia como un pilar fundamental en los procesos afectivos durante los primeros años de vida. Por tal razón, este trabajo identifica y describe las relaciones en los procesos de mentalización de una cuidadora en el surgimiento de la obesidad infantil de su nieto, reconociendo en este proceso la importancia de la función materna y la calidad del apego al momento del infante estructurar su psiquismo, por esto, mentalización, apego, función materna y obesidad, son, entonces, los ejes temáticos que orientan la investigación.

Esta investigación reconoce los discursos y las expresiones de esta cuidadora como principales informantes de los procesos de mentalización que ocurren en la experiencia y en las prácticas reales. De este modo, se hizo necesaria una metodología de investigación cualitativa con enfoque hermenéutico, que usó la entrevista como técnica de conversación. De esta manera se obtuvo un estudio holístico de la mentalización en esta persona teniendo en cuenta sus reflexiones, sus experiencias, sus deseos como madre, y el contexto familiar o cultural en el que han venido configurando su rol.

En este sentido, el lector encontrará una serie de apartados que determinan las categorías de análisis de la investigación, siendo los procesos parentales, las respuestas de cuidado (función materna), los procesos vinculares y el ejercicio de la autoridad los resultados más importantes en el estudio de caso al momento de determinar la influencia de la mentalización en el cuidador y el desarrollo de la obesidad infantil. De acuerdo con lo anterior, se concluye que la mentalización tiene sus bases en el apego y los estilos relacionales, siendo estos dos elementos propios de la cultura, la personalidad y los estilos de crianza, por esto, los estilos parentales y una buena función materna-paterna impactan de manera positiva o negativa al momento del infante estructurar su yo.

Se espera que esta investigación aporte en la construcción de una perspectiva diferente a la problemática de la obesidad infantil, donde se considere los procesos de mentalización en

adultos un factor clave al momento de entender las necesidades físicas y emocionales en los niños y así mismo prevenir la enfermedad. Por otra parte, esta investigación servirá al campo de la psicología como referencia, para comprender en futuras investigaciones los procesos de mentalización en cuidadores y el surgimiento de enfermedades psíquicas, donde se puedan elaborar planes de intervención efectivos que impacten la salud mental y física de los cuidadores como la de los niños con diagnóstico de obesidad.

### **Planteamiento del problema**

La obesidad infantil se ha considerado en la actualidad como una de las enfermedades con mayor importancia debido a su constante crecimiento e impacto a nivel mundial, convirtiéndose por tanto en un tema crítico de investigación para la salud pública. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) la obesidad infantil es vista como una enfermedad crónica, considerada desde 1998 como una epidemia y uno de los principales problemas actuales para todos los países y regiones.

En el informe de la comisión para erradicar la obesidad infantil presentado por la OMS (2016) se puede observar cómo esta enfermedad se está propagando de manera alarmante en distintos países, dando cuenta esto de un problema grave que debe ser tratado con total urgencia, puesto que, el número de niños y adolescentes con edades entre los 5 y los 19 años que presentan obesidad, se ha multiplicado 10 veces en todo el mundo en las últimas cuatro décadas. Con las cifras reveladas en este estudio, se demostró que para el año 2014, 41 millones de niños menores de 5 años ya presentaban sobrepeso y obesidad, siendo Asia y África los continentes con mayor población afectada “hay más niños con sobrepeso y obesidad en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos” (p.6), lo que puede conllevar a sufrir posibles repercusiones físicas y psicológicas en la infancia, la adolescencia y en la edad adulta.

De acuerdo con lo último, Muñoz y Arango (2017) plantean que cuando el niño es obeso, se presentan en él diversas enfermedades, tales como: diabetes, hipertensión arterial, enfermedad coronaria, enfermedad vascular cerebral y dislipidemia, además, de una anomalía en todo lo que compete a su sistema metabólico y psicológico, provocando este último, síntomas de ansiedad, estrés, apnea del sueño y en la mayoría de los casos depresión.

Es de tener presente que, durante las dos últimas décadas, se ha logrado evidenciar cómo las familias, la sociedad y el entorno cultural, se han convertido en los tres pilares

fundamentales para el desarrollo de la obesidad; en las familias el consumo de alimentos altos en calorías aumenta, en cambio, la actividad física se reduce tanto en niños como en adolescentes, lo que conlleva a que se la obesidad infantil siga expendiéndose de manera preocupante a falta de buenos hábitos de vida saludables (Gonzalo, 2014).

Teniendo en cuenta la magnitud en la que está progresando la obesidad infantil, diversos estudios se han propuesto mostrar por medio de cifras tal problemática. Cardaci (2013) en su estudio “Obesidad infantil en América Latina: un desafío para la promoción de la salud”, muestra como en 2011 cuatro millones de niños Latinoamericanos padecían sobrepeso u obesidad, esto debido los pocos ingresos económicos y al bajo consumos de nutrientes esenciales dentro de las familias. En otra instancia, un informe realizado por la International Obesity Task Force (2010) revela cómo la obesidad infanto-juvenil se ha logrado expandir por todo el mundo: América latina con una tasa del 30% entre niños y adolescentes y Europa con un 20% presentando en los dos continentes altos niveles de sobrepeso y obesidad, siendo España, el país con la tasa de obesidad infantil más alta de todo el mundo.

Con respecto a las cifras presentadas, se llega a la conclusión de que los mayores casos de obesidad están presentes en la población infanto juvenil; esto debido, en primera instancia, a la adquisición de malos hábitos alimenticios y en segunda, por un estilo de vida sedentario, trayendo estos dos factores como consecuencia una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad. Tanto el sobrepeso como la obesidad son identificados por la acumulación anormal y excesiva de grasa corporal (OMS, s.f).

Con lo descrito antes, se logra tener comprensión de como la obesidad infantil no es solo una enfermedad exclusiva para los países en vía de desarrollo, sino que su prevalencia se ha aumentado de gran manera en los países desarrollados, esto independiente de la raza, sexo y estrato socioeconómico al cual pertenezcan las personas. La obesidad se ha convertido en la

enfermedad crónica no transmisible más prevalente en el mundo (Bermejo, Orozco, Ordoñez y Parga, 2016).

En lo que compete a Colombia, la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN, 2015) muestra la prevalencia de obesidad en los niños y niñas de 5 a 17 años. En el estudio se evidencia como la obesidad infantil aumentó un 25,9% entre 2005 y 2010, estimando de esta manera que uno de cada seis niños y adolescentes del país presenta sobrepeso. Así mismo, Moreno (2018) en el coloquio titulado “Números alarmantes de obesidad en Colombia”, presenta la situación de sobrepeso que había para el año 2018, con la investigación realizada, se puso de manifiesto cómo el sobrepeso y la obesidad en la población juvenil llega a ocupar un 37,7%, siendo las mujeres la población más afectada con un 22,4%.

De otra manera, el Atlas de la Obesidad Infantil, publicado por la OMS (2018), expone cómo este problema de salud aumenta cada día más. Para el año de 2019, se registraron un total de 158 millones de casos de niños diagnosticados con obesidad en Colombia. El informe de acuerdo a las cifras obtenidas, expone que para el año 2030, la obesidad infantil en Colombia se evidenciará en más de 1,5 millones de niños y adolescentes lo que equivale a 250 millones de niños y jóvenes afectados por tal enfermedad.

Estudios realizados a nivel nacional, evidencian cómo los niños están inmersos en un sistema social y ambiental específicos, donde los factores individuales y contextuales, cumplen un papel importante al momento de comprender las relaciones dinámicas entre los mecanismos que dan lugar a la aparición de estados nutricionales incorrectos y la obesidad infantil como consecuencia de ello (Cattaneo et al, 2010).

Con respecto al departamento de Antioquia, se observa que las cifras no son muy diferentes. Un estudio llevado a cabo por la Gobernación y la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia (2015) entre los años de 2014 y 2015, determinó que

el 22,9 % de niños y adolescentes tienen sobrepeso y el 6,7% obesidad. En los niños de 0 a 5 años, el sobrepeso corresponde al 11,5 % y la obesidad, al 7,1 %.

En la ciudad de Medellín, la revista de la Facultad Nacional de Salud Pública (2015), realizó un estudio en donde muestran como el 60% de la población infantil se encuentra afectada por la obesidad, debido a la inseguridad alimentaria presente en los hogares de la ciudad, donde niños, niñas y adolescentes son los más vulnerables a contraer enfermedades por malnutrición.

Con todas las cifras obtenidas, se logra ver como la obesidad infantil es y sigue siendo una enfermedad que en la actualidad afecta a millones de niños y adolescentes, comprometiendo de esta manera la integridad y la calidad de vida de cada una de estas personas, en todo lo que concierne a su salud física y mental.

En otra instancia, en lo referente a estudios de campo realizados sobre obesidad infantil, se logra ver como esta problemática es abordada en diversas perspectivas, en donde se incluye a los infantes y las relaciones que estos van instaurando desde sus primeros años de vida con sus figuras más representativas. En estos estudios se percibe en primera instancia la importancia de la lactancia materna como un medio de prevención contra la obesidad infantil (Abadía-Espés, 2017) y como un factor protector para las enfermedades más prevalentes en niños (Jarpa, Cerda, Terrazas y Cano, 2014). En segundo lugar, se logra ver los factores del vínculo temprano madre-hijo asociados a la obesidad infantil (Vargas, Cruzat, Díaz, Moore y Ulloa, 2015) y las representaciones de apego de niños y niñas con obesidad a la respuesta sensible de sus madres (Ripoll-Núñez y Martínez, 2012). Por último, estos estudios logran dar cuenta de la influencia familiar sobre la conducta alimentaria y la relación que esto presenta con la obesidad infantil (Domínguez, Olivares y Santos, 2008).

Por todo lo anterior, esta investigación tiene como finalidad abordar el concepto de mentalización en los cuidadores y la relación que esto tiene con la obesidad infantil,

conociendo de esta manera como los cuidadores primarios hacen lectura de las diferentes necesidades que presentan los niños y cómo estos responden ante tales situaciones dependiendo del contexto en el que se encuentren. Por tal motivo surge la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la relación que se presenta entre los procesos de mentalización de una cuidadora y el desarrollo de obesidad infantil en un niño de dos años de edad perteneciente a la ciudad de Medellín?

## **Justificación**

La obesidad infantil a lo largo de los años se ha considerado como una de las enfermedades con mayor importancia en el área de las ciencias de la salud dado su crecimiento e impacto a nivel mundial, esto último, debido a que su continuo avance afecta de manera negativa el proceso de desarrollo; físico y psicológico de los infantes, al sufrir sobrepeso u obesidad.

Con base a lo expuesto y a la problemática presentada, este ejercicio investigativo, tiene como finalidad abordar la obesidad infantil desde una postura psicológica, estudiando por medio de esta ciencia como las relaciones parentales que se construyen entre el infante con su cuidador permiten la creación de procesos de mentalización en los últimos, y cómo estas figuras representativas a medida que van construyendo tales procesos, configuran estados mentales (deseos, intenciones, creencias, necesidades, sentimientos) que pueden interpretarse a través del niño(a).

De acuerdo a lo mencionado, la investigación se enfoca en realizar un trabajo de campo con cuidadores, padres de familia o figuras representativas para los niños, en donde se detecte por medio de diversos encuentros los niveles de mentalización que tienen los cuidadores al mantener un vínculo con el infante, y así mismo, ver como estos estados mentales de acuerdo al nivel en que se encuentren puedan o no influir en el desarrollo de la obesidad infantil. Ahora bien, con los resultados obtenidos y una base teórica que los soporte, la investigación presenta información importante que beneficia a todas aquellas personas que hacen parte de la rama de la salud (médicos, enfermeras, psicólogos, psiquiatras), a los cuidadores (padres de familia o personas responsables) y en especial a los niños; personas más afectadas con la enfermedad.

En la actualidad, es muy común ver como el área de la salud trabaja la obesidad infantil basándose en un mismo método, donde tratamientos básicos como un buen plan de

nutrición que incluyen dietas y una baja ingesta de calorías acompañadas del ejercicio, son los elementos principales a tener en cuenta al momento de empezar a contrarrestar el sobrepeso en los niños. Sin embargo, al analizar la problemática y ver las cantidades de cifras que aún se encuentran con respecto a esta enfermedad, se entiende que no hay una efectividad en estos métodos a la hora de enfrentar este fenómeno.

Es de plasmar que el origen de la obesidad infantil puede verse influenciado por diversos factores biopsicosociales que son abarcados en diferentes campos, entre estos: la genética, la cultura, los procesos sociales y psicológicos, por tanto, impactar e intervenir la enfermedad desde una sola perspectiva no será efectivo. Por ello, con esta investigación se pretende que desde el área de la salud se de paso a un tratamiento integral; físico-psicológico, que ayude a prevenir y disminuir la obesidad infantil, donde los cuidadores puedan ser concientizados de tal enfermedad y esto se vea reflejado en el infante.

Para finalizar, se hace importante plasmar que esta investigación permite reconocer la importancia que tienen las emociones en las figuras representativas para cada niño, puesto que los estudios antes realizados se enfocan especialmente en abordar la obesidad infantil en lo que concierne a el vínculo materno, la leche materna, las alteraciones psicológicas, los procesos de malnutrición y los factores psicosociales en los que se encuentra el infante. En segunda instancia, se pretende que, este trabajo, sirva como referencia para comprender en futuras investigaciones los procesos de mentalización en cuidadores y de acuerdo a esto, poder elaborar planes de intervención efectivos para los cuidadores y los niños.

### **Antecedentes**

Es de resaltar que la mentalización en la actualidad, es uno de los temas con más interés en el campo investigativo, por ello, en la revisión se decide incluir investigaciones que aborden elementos como: sensibilidad, nutrición, infancia, y vínculo, los cuales permiten tener un acercamiento en la relación materna-infantil. Las bases de datos utilizadas para la búsqueda fueron: Scielo, Dialnet, Redalyc, EBSCO; igualmente se utilizó herramientas académicas como Research Gate.

A continuación, se hará una breve descripción del material encontrado y del aporte que estas investigaciones hacen a la presente investigación.

Lanza (2011) en su trabajo “*Mentalización: aspectos teóricos y clínicos*”; presentado en el congreso de Interpsiquis, habla sobre la mentalización y todos los componentes básicos que este constructo tiene dentro de sí, muestra los procesos que se dan en relación con la mentalización y cómo esta teoría puede ser aplicada en la psicoterapia. La investigación aporta al presente estudio mostrando por medio de un marco de referencia la base teórica que soporta la mentalización, reconociendo a través de ello la importancia que tiene la teoría del apego en el surgimiento de estos procesos. Las principales conclusiones de este trabajo se enfocan en mostrar, primeramente, cómo el desarrollo de la mentalización depende de factores genéticos y de un contexto de apego seguro, siendo este último el factor principal que ayuda a regular la experiencia emocional. En segunda instancia, expone cómo la madre utiliza los estados mentales al momento de estimular la atención propia y la de su hijo; ayudándolo a tomar conciencia de su propia existencia y de sus estados y procesos mentales. En este sentido existe una actitud interpretativa de la madre hacia los estados del infante que influye en la comprensión que el niño empieza a elaborar de sí mismo.

Para abordar más este aspecto es pertinente hacer referencia al estudio que realizaron Epstein, Pesce, Errázuriz, Gómez-Barris, Izquierdo, Farkas (2018), en el que analizan la

Relación de la autorregulación infantil con la sensibilidad materna y el contexto familiar a los 12 y 30 meses de edad. Es un estudio que aporta herramientas para entender la manera en que opera la sensibilidad de la madre y cómo esta se hace efectiva en la medida en que la madre empieza a tener conciencia de las señales del infante, interpretando y respondiendo de manera inmediata a lo que este necesita. El artículo es importante para el desarrollo de la investigación, porque permite reconocer cómo el contacto constante de la madre con el infante, el tiempo que pasa con su hijo, el tipo de control y respuestas que manifiestan, en especial, ante situaciones de estrés, influyen sin duda el comportamiento del niño. El estudio utilizó una metodología cuantitativa, con un diseño descriptivo, longitudinal, correlacional y comparativo. La muestra estuvo compuesta de 72 niños que asistían a salas cuna públicas y privadas, en la ciudad de Santiago. Se aplicó la Escala de Sensibilidad del Adulto (E.S.A.), un cuestionario sociodemográfico y los cuestionarios de temperamento IBQ-R-VSF y ECBQ-VSF. La investigación permite ver cómo los infantes de 12 meses se encuentran mayormente en interacción con su madre, por lo que requieren en mayor medida de su sensibilidad y cuidado permanente para regular tanto sus emociones como otros ámbitos de su vida.

Después de mencionar el rol interpretativo de la madre frente a las señales del niño, se puede hacer referencia a la relación que existe entre los estilos de apego y la obesidad infantil. Al respecto en México, Alba, Flores y Cárdenas (2014) realizaron un estudio donde mostraron *los estilos de apego entre padres-hijo y su influencia en la obesidad infantil*. En los resultados se halló que un estilo de apego seguro favorece la salud y, en cambio, el estilo de apego inseguro se relaciona con ansiedad y estrés, entre otras repercusiones negativas para el infante. Este artículo le permite a esta investigación entender cómo los tipos de apego inseguro y evitativo, son dos variables fundamentales al momento de entender la obesidad infantil, pues son los que desatan las afectaciones en los estados nutricionales, frente a esto

resulta de gran valor la investigación de Cofré, Moreno, Salgado, Castillo y Riquelme (2017) quienes evalúan por medio de instrumentos como el cuestionario de alimentación de 3 factores, la conducta alimentaria del niño en relación con: ‘‘restricción cognitiva’’, ‘‘alimentación sin control’’ y ‘‘alimentación emocional’’ Las principales conclusiones de la investigación permiten ver que existe una relación significativa entre el estilo vincular y los estados nutricionales, también se evidencia cómo los sujetos con sobrepeso, obesidad y desnutrición presentan un estilo de apego evitativo. La muestra fue constituida por 100 niños entre los 5 y 9 años quienes cursaban entre primer y tercer año de primaria en un establecimiento educacional de la ciudad de Temuco (Chile). La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, descriptivo-comparativo.

Es claro, entonces, que el apego, en especial el de tipo evitativo, como una consecuencia negativa en el niño, puede generar diversas patologías, entre estas las alimentarias. Existe una reacción defensiva del niño frente al apego evitativo, que es abordada por Montero (2016) en su investigación *‘‘Trauma de apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria’’*, llevada a cabo en España. En este estudio el autor da a conocer cómo los trastornos de la conducta alimentaria se construyen por medio de mecanismos defensivos de tipo evitativo o ambivalente. En el estudio, se concluye que el apego posee una estrecha relación con los trastornos de la conducta alimentaria puesto que este juega un importante papel en la capacidad de regulación emocional. Por otra parte, los estilos de apego en los infantes van a depender en gran medida de la capacidad de mentalización que tiene los padres y de la capacidad de regulación emocional y vínculo de éstos para con sus hijos.

En otra instancia, las investigaciones previas permiten conocer el surgimiento de nuevos conceptos como en este caso el de sensibilidad materna. Galvéz y Farkas (2017), por medio de la siguiente investigación *‘‘Relación Entre Mentalización y Sensibilidad de Madres de Infantes de Un Año de Edad y su Efecto en su Desarrollo Socioemocional’’*, se encargan

de mostrar la relación entre la mentalización y sensibilidad materna en la interacción de madres de la Región Metropolitana de Chile con sus hijos de un año de edad y su implicancia en el desarrollo socioemocional. Se utiliza una metodología cuantitativa, con un diseño de tipo transversal, descriptivo y correlacional, donde participaron 105 madres en interacción con sus hijos de ambos sexos, a quienes se les aplicó instrumentos como el Cuestionario Sociodemográfico, la Escala de Sensibilidad del Adulto E.S.A, la Evaluación de la mentalización del adulto significativo, la Escala de desarrollo socioemocional y la Escala de Desarrollo Infantil de Bayley-III (BSID-III). En el estudio se pudo evidenciar que la sensibilidad expresada en la interacción con el niño es la que más se relaciona con un mayor grado de mentalización. Este estudio aporta a la investigación mostrando cómo las interacciones que se crean entre madre-hijo conllevan al desarrollo de los estados mentales o mentalización, mecanismos importantes que permiten la interpretación de los propios comportamientos.

Otra perspectiva fundamental acerca de la relación entre el cuidado materno (sensibilidad) y la seguridad del apego del niño (conducta de base segura), hace referencia a las experiencias de separación entre el niño y su madre, sobre esto Nóbrega, Barrig, Conde, Núñez, Carbonell (2015) realizaron la investigación: "*Cuidado materno y seguridad del apego antes del primer año de vida*". El desarrollo de la propuesta se llevó a cabo en Perú, donde participaron 32 madres de 19 a 44 años de nivel socioeconómico bajo y sus hijos de 8 a 10 meses; con respecto a los niños participantes, diez tuvieron un periodo de separación de sus madres por lo menos mayor a un día; siete de ellos se separaron entre un día y una semana, uno de ellos entre una y cuatro semanas y uno más de dos meses. Los instrumentos aplicados fueron: Escala de sensibilidad materna y la conducta de base segura. Los resultados muestran que existe una relación directa y significativa en las variables (cuidado-apego), por tanto, separaciones físicas entre ambas juegan un rol importante en lo que compete a la

calidad del cuidado y la seguridad. Esta investigación es pertinente porque permite reconocer la importancia de las conductas y cuidados maternos para favorecer en el niño un tipo de apego sano, y como consecuencia, un buen proceso de desarrollo físico y cognitivo.

Las investigaciones mencionadas han dejado ver la relación entre el tipo de apego y la obesidad infantil, ahora es importante hacer énfasis en el concepto de mentalización que ha acompañado esta investigación, partiendo de que la mentalización como interpretación y representación mental e intuitiva que hace la madre del comportamiento propio y del niño, influye en las acciones y emociones de este. Si un adulto posee una buena capacidad mentalizadora, podrá favorecer en el niño comportamientos, sentimientos e intenciones positivas. En segundo lugar, la relevancia de la mentalización radica en el hecho de que un desarrollo adecuado de esta habilidad permite mantener relaciones interpersonales sanas, dando paso a un desarrollo social y emocional satisfactorio y positivo.

De este modo la mentalización, ya sea adecuada o inadecuada, influye en la creación del tipo de apego que va a desarrollar el niño, así lo deja ver Santos De León (2016) en la presentación de su trabajo final "*Estudio de la correlación entre el apego y la mentalización*", en la que da a conocer el vínculo existente entre el apego y la mentalización en madres e hijos/as, determinando de esta manera la eventual correlación entre el tipo de apego y la capacidad de mentalización en una muestra local con niños/as escolarizados, de la ciudad de Montevideo, Uruguay, entre seis y siete años de edad. La investigación se llevó bajo un enfoque cuantitativo relacional, utilizando instrumentos como el Cuestionario socio demográfico, el Test CaMir, el Cuestionario CBCL: Child behavior checklist, la Prueba Sally & Anne y la Prueba FIRE. El estudio es importante porque muestra cómo la obesidad infantil puede surgir de acuerdo con la intensidad que exista en la diada madre-hijo.

Para ampliar esa relación mentalización-apego, Santelices, Zapata, Fischersworing, Pérez, Mata, Barco, Olhaberry y Farkas (2016) en su investigación cualitativa descriptiva

“Intervenciones basadas en la mentalización para padres y educadores: una revisión sistemática”, acuden a un elemento fundamental que es la reflexión que los mismos padres deben hacer sobre su propio proceso de mentalización, se trata de una consciencia en la que comprenden su función como cuidadores y reflexionan sobre sus propias prácticas. El autor analizó 17 estudios para explicar la importancia de la mentalización y/o función reflexiva de los cuidadores como una de las variables que predice el desarrollo de esta habilidad y el apego seguro en el niño/a. De acuerdo con el análisis y la información recolectada, se logró evidenciar que, en primer lugar, el rol de los adultos significativos es central para el desarrollo del apego y de la teoría de la mente en los infantes; El artículo aporta a esta investigación mostrando cómo desde la perspectiva del apego, el infante puede tener un desarrollo integral, reconociendo aquí la importancia de los padres al momento de mentalizar sus comportamientos y el de sus hijos.

La mentalización tiene que ver también con el despliegue de gestos y acciones de los padres para vincularse con el niño, se trata de los mensajes y sentidos que los padres emiten y que los niños perciben, Muñoz y Farkas (2018) dan cuenta de la relación entre atención compartida madre-hijo, sensibilidad materna y expresión emocional gestual infantil, para lograrlo. En su estudio se describe la atención compartida del niño, considerando las dimensiones: nivel de compromiso y tono emocional, posteriormente, analizaron su relación con la sensibilidad materna y la intensidad de la expresión emocional gestual de niños de un año de edad. La investigación se basó en un enfoque exploratorio, transversal, compuesta por 12 díadas madre-hijo seleccionadas a través de un muestreo no probabilístico intencional de un estudio longitudinal mayor, se utilizó el cuestionario de Evaluación de la atención compartida, la Escala de sensibilidad del adulto y el cuestionario de Evaluación de la expresión emocional gestual del niño. El principal resultado de la investigación permite ver

cómo los niños se dedicaban en su cotidianidad a crear relaciones con los objetos, más que con sus madres, por lo que se presentaba un sistema diádico.

Los trabajos investigativos aquí expuestos han contribuido a reafirmar la importancia de realizar esta investigación, que permite estudiar la obesidad infantil desde una causal poco explorada como es la mentalización. Se ha encontrado en estos antecedentes que existe interés en explorar las condiciones físicas y mentales de los niños, que dejan ver el estado de mentalización de sus padres, y en particular la presente investigación aborda la obesidad como una de esas manifestaciones.

## Marco Teórico

### **Mentalización**

La mentalización ha sido un término que a través de los años ha tomado fuerza en la forma en como es investigado y aplicado. Primero fue introducido en la literatura psicoanalítica, luego en el contexto de estudios sobre el desarrollo mental infantil, por último, en el ámbito de la psicoterapia (Martínez, 2014). Sin embargo, la teoría y su constante estudio ha permitido ampliar el campo de investigación y aplicación para la mentalización. Dentro de los autores más representativos y que más se han enfocado en desarrollar el concepto de mentalización se encuentran Peter Fonagy, Mary Target y Anthony Bateman, los cuales abordan este concepto en diversas áreas, abarcando aquí la psicología cognitiva, la teoría del apego y la teoría de las relaciones objétales.

### **Definición.**

La mentalización se define como una actividad mental, intuitiva y emocional que permite por medio de estados y procesos mentales la comprensión del comportamiento propio y ajeno. Bateman y Fonagy (2012) definen la mentalización como una cognición social, donde, las personas por medio de su imaginación, tienen la capacidad de interpretar estados mentales como: deseos, fantasías, necesidades, sentimientos, creencias y costumbres, con el fin de dar sentido a cada uno de estos elementos y anticiparse a sus hechos. Con relación a esto, Slade (2005) plantea como la mentalización se basa en una serie de procesos cognitivos, metacognitivos y afectivos, que permiten contener, regular, experimentar y dar sentido a las emociones y a los sentimientos. La mentalización es una capacidad que posee el individuo para navegar con éxito en el mundo social, una deficiencia en este aspecto implica una variedad de trastornos y problemas de conducta que pueden surgir desde la psicosis, hasta los trastornos de la personalidad, del estado de ánimo y la ansiedad, incluyendo también los

relacionados con la alimentación y la conducta (Allen y Bateman, citado en Luyten, Mayes, Nijssens y Fonagy, 2017).

En otra instancia, Lanza (2011) define la mentalización como la capacidad que tiene el ser humano para la regular sus emociones y establecer relaciones personales satisfactorias, donde le da sentido a cada experiencia propia y a las demás. En este sentido, la mentalización puede considerarse como una capacidad que le permite al individuo tener una representación propia mediante su self y así mismo, una regulación de sus estados emocionales (Bateman y Fonagy, 2010). Con relación a esto, se entiende la mentalización como una función reflexiva que permite el conocimiento propio y el interpersonal.

La capacidad de interpretar a los otros en términos psicológicos, llamada por estos autores «función interpersonal interpretativa» requiere de una robusta actividad mentalizadora y es un proceso eminentemente social, que precisa, para su desarrollo, de la proximidad de una figura de apego durante los primeros años de vida. Asimismo, una adecuada capacidad para mentalizar es fundamental para la regulación de nuestras emociones (Bateman y Fonagy, como se citó en Sánchez y De la Vega, 2013, p.22).

De acuerdo a lo anterior, la capacidad de mentalización se adquiere mediante el desarrollo psicológico y cognitivo y está influenciada principalmente por: *grupo de habilidades cognitivas específicas*; es decir, la comprensión intuitiva, la capacidad de representar los estados mentales del otro (creencias) y la habilidad para representar estados mentales con contenido ficcional (imaginación, fantasía). *Determinados conocimientos*; pueden ser de tipo generales e idiosincrásicos. Los primeros hacen referencia a todo tipo de conocimiento adquirido por la experiencia; dan paso al origen de las creencias principalmente por medio de las relaciones transaccionales. Los segundos dan cuenta del conocimiento por medio de los estados mentales habituales; se refieren al funcionamiento mental de la persona

al reaccionar ante diversas situaciones interpersonales. *Sistema representacional específico*; es un sistema representacional simbólico que permite pensar el mundo mediante los objetos materiales. Los símbolos comienzan por la construcción de representaciones secundarias con el objetivo de significar los afectos (Lanza, 2011).

La mentalización es un concepto multidimensional fundamentado en cuatro polaridades: mentalización automática o controlada; los procesos cognitivos y afectivos; procesos basados en lo externo e interno y los procesos focalizados en el self, focalizados en el otro. Estas dimensiones o polaridades permiten darle una explicación funcional a la mentalización, reconociendo a través de cada una de ellas, los aspectos que componen la mentalización.

La primera polaridad, se refiere a los procesos controlados y automáticos, es decir, a la mentalización explícita o implícita. Los procesos controlados son conscientes, reflexivos, verbales y deliberado; su tiempo de procesamiento es lento. Por el contrario, los procesos automáticos o implícitos no son conscientes ni reflexivos; tienen un tiempo de procesamiento rápido y procesa estímulos en paralelo, requiriendo poco esfuerzo, consciencia y atención (Bateman y Fonagy, como se citó en Golanó, 2015).

La segunda polaridad explica los procesos cognitivos y afectivos. La mentalización consiste en una reacción emocional rápida e intuitiva donde cada uno de estos procesos trabajan conjuntamente para la comprensión social habitual (Lanza, 2011). Aquí se hace fundamental conocer hasta qué punto lo cognitivo y afectivo se integra de buena manera para dar paso a los procesos de metalización, esto debido a que la diferencia de equilibrios entre ambos estados, puede conllevar a que en individuos se presente tendencias narcisistas y apego de tipo evitativo; reflejando además una escasa sintonía emocional. En otra instancia, las personas que desarrollen un apego preocupado o ambivalente; falla en los procesos de

mentalización automática, tendrán una escasa capacidad para integrar lo cognitivo, y reconocer el "contagio emocional" (Bateman y Fonagy, como se citó en Golano, 2015).

La tercera polaridad muestra los procesos basados en lo interno y externo; se refiere al objeto de mentalización: uno mismo o el otro. En esta parte se tiene en cuenta los sistemas neuronales, puesto que estas zonas se activan de forma aleatoria con cada tipo de mentalización. En cuanto a sus bases neurológicas, las proposiciones cognitivas están posiblemente basadas en diversas áreas de la corteza prefrontal, mientras que los aspectos afectivos del mentalizar son procesados en la corteza ventro medial prefrontal (Fonagy y Luyten, como se citó en Lanza, 2011).

Para finalizar, la cuarta polaridad se refiere a los procesos basados en el self o en el otro; focalización de los rasgos internos o externos. Lanza (2011) explica lo anterior de la siguiente manera: Los procesos externos se refieren a todas aquellas características físicas que le permiten al sujeto reconocer los rasgos externos de la conducta del otro, y así, poder atribuirles un significado, si no hay presencia de rasgos externos, es probable que al sujeto se le presente dificultades al momento de realizar una actividad de mentalización adecuada, dando paso esto a los desajustes relacionales. Por otra parte, los procesos internos, se basan en centrar la atención en las características experienciales de la persona; estados mentales emocionales (empatía, autorreflexión, relaciones personales, etc.,) de uno mismo y del otro.

### **Origen.**

El concepto de mentalización fue introducido en primera instancia por Fonagy para definir la capacidad que tienen las personas de entender el comportamiento propio y de los otros en términos de estados mentales, donde se incluye una serie de procesos simbolizantes, transformadores, cognitivos, atencionales y reguladores (Fonagy, Steele, Steele, Higgitt y Moran, como se citó en Escobar, Santelices y Peláez, 2013).

El constructo mentalización, se encuentra altamente influenciado por la teoría de las relaciones objétales, teoría del apego y la teoría cognitiva (Holmes, como se citó en Svigilsky, 2015). En cuanto a lo cognitivo, se destaca la teoría de la mente reconociendo esta como una capacidad que se desarrolla durante la infancia permitiendo al infante interactuar con el mundo social “El concepto de ‘teoría de la mente’ (ToM) se refiere a la habilidad para comprender y predecir la conducta de otras personas, sus conocimientos, sus intenciones y sus creencias” (Tirapu-Ustárrroz, Pérez-Sayes, Erekatxo-Bilbao y Pelegrín-Valero, 2007, p. 479). Según esto, la ToM, permite entender la conducta de los demás y así mismo poder coordinarla con la propia.

La ToM va surgiendo en el infante a partir de los doce meses de edad, en este proceso evolutivo, el niño empieza a tener la capacidad de crear e identificar las respuestas emocionales “A esta edad, los niños han adquirido una comprensión de la mente muy cercana a la que poseen los adultos. No obstante, tal comprensión sigue desarrollándose durante los años escolares, cuando se adquieren conceptos mentales tales como el compromiso o la responsabilidad, lo que se demuestra utilizando expresiones lingüísticas como la ironía o la mentira” (Rebazo y Moreno, 2007, p. 181). De esta manera, se puede concluir que los niños de acuerdo a su desarrollo cognitivo, captan e interpretan las emociones de las personas adultas como un resultado de la elaboración de sus estados mentales internos, logrando así, dar un significado a tales reacciones, ya sea por medio del lenguaje o las acciones.

Por otra parte, la teoría de las relaciones objétales desarrollada por Klein representa el estudio psicoanalítico de la naturaleza y la creación de las relaciones interpersonales y de las estructuras intrapsíquicas del ser humano, esto surgido de la relación que en primera instancia hace el infante con su objeto humano. Para Klein (como se citó en Ramírez, 2010), las relaciones objetales guarda su mayor relación con la pulsión y la experiencia en el mundo interno del bebé, que consta de objetos parciales; algunos de los cuales son gratificantes,

otros frustrantes, algunos acogedores y otros hostiles, algunos en el interior y otros en el exterior. De acuerdo a lo anterior, puede entenderse las relaciones objétales como el inicio de las interacciones que empieza a construir el sujeto con su mundo externo e interno, creando por tanto relaciones de afecto que son determinantes para la organización de la personalidad.

Una de las características de los objetos parciales es precisamente que no existe la integración de un otro significativo, sino tan solo percepciones de gratificación e insatisfacción asociadas a la presencia o ausencia de tales objetos, que justamente se caracterizan por su indiscriminación, al no ser factible asociarlos y asimilarlos a una persona en particular en este momento vital (Martínez, 2014, p. 150)

Klein, postulaba el inicio de las relaciones objétales con la madre o principal cuidador, reconociendo a este como objeto parcial y fragmentado en función de las vivencias infantiles, las cuales eran generadas desde el interior del individuo (Golano, 2015). Con todo lo anterior, cabe destacar que la teoría de las relaciones objétales, se encamina en abrir paso a una nueva perspectiva de la mente, es decir, aquí se prioriza en los vínculos afectivos creados en la infancia siendo estos las fuerzas biológicas que dan paso al desarrollo mental “Los objetos internos son representaciones de personajes que adquirimos por introyección e identificación, establecen entre ellos una dramática cuyo libreto son las fantasías inconscientes. Las emociones humanas no serían solo fuerzas instintivas puras sino resultado de las fantasías inconscientes” (Ramírez, 2010, p. 225).

De otra manera, en esta misma línea psicoanalítica se encuentra Winnicott (2017) y el desarrollo de su teoría sobre “la madre suficientemente buena”. El autor, expone por medio de la teoría la importancia del vínculo existente entre madre e hijo, mostrando así mismo, como los mimos, el cuidado materno, la alimentación y la cercanía que toda madre debe tener con sus hijos son la base fundamental para un buen desarrollo emocional. De acuerdo a lo

mencionado, Winnicot (2017), elabora una serie de conceptos que se hacen importantes para entender las funciones maternas y los vínculos generados en la diada madre-hijo, entre estas funciones maternas se encuentran: Holding, Handling y la presentación objetal, elementos que permiten entender la identificación que va logrando la madre con él bebe.

El primer término “Holding”, hace referencia al sostenimiento y cuidado que la madre tiene con su hijo; en este sentido, el sostenimiento es un factor básico dentro del cuidado maternal; puesto que influye en la parte emocional del infante. El Holding permite que la madre valla adquiriendo la capacidad de identificarse con el bebé y este último pueda tener un desarrollo adecuado de manera psíquica y física, “el sostenimiento facilita la integración psíquica del infante” (Becerra, Morales y Muñoz, 2020).

El segundo término “Handling” o manipulación, da cuenta de la manera en que el niño empieza a interactuar con su mundo, adquiriendo a través de la madre las herramientas necesarias para que pueda percibir lo que es “real” de lo “irreal”, y también pueda ir logrando una identificación del sí mismo y del otro. García (2010) hace referencia al Handling así: “La manipulación facilita la coordinación, la experiencia del funcionamiento corporal y la experiencia del Self. La manipulación favorece la personalización del bebé” (p.4).

Por último, la presentación objetal se refiere a la manera en cómo los niños van desarrollando las capacidades para relacionarse con los objetos de la realidad. La madre es quien le facilita al infante las capacidades para que estos puedan relacionarse con los objetos, y, por tanto, sean capaz de habitar el mundo (García, 2010).

Es importante resaltar que lo anteriores procesos surgen con la finalidad de que él bebe, a medida que vaya creciendo y desarrollándose emocionalmente pueda ir formando un proceso de madurez que le permita estar dentro de un entorno facilitador y regulador.

El infante, por sus propios medios, es incapaz de iniciar la maduración del yo, su integración y el inicio de un desarrollo emocional cuando no hay un

quehacer materno suficientemente bueno. El infante en esta etapa temprana, depende de su relación con la madre dejando en evidencia la prevalencia de factores externos en la estructuración del psiquismo (Becerra, Morales y Muñoz, 2020, p. 28).

Winnicott (2017) plantea 3 etapas fundamentales que intervienen en la formación del yo del bebe: Etapa de la dependencia absoluta (0-6 meses), etapa de la dependencia relativa (6 meses hasta los 2 años) y hacia la independencia (hasta la adolescencia), resaltando en cada uno de estos procesos la preocupación materna primaria, estado que surge durante y después del embarazo “El estado de identificación de la madre con el niño, y la capacidad de empatizar completamente con sus necesidades, se atenúa con el paso del tiempo y tiene que acabar cuando el pequeño es capaz de reconocer sus propias necesidades” (Winnicott, 2017, p. 61).

De acuerdo a lo anterior, se evidencia como el autor relaciona la preocupación materna primaria con la madre suficientemente buena, entendida esta como la capacidad que tiene esta de satisfacer las necesidades del infante, logrando con ello que el niño tenga una experiencia de omnipotencia. Para lograr este estado, el bebé con ayuda de su madre debe de pasar por una serie de procesos que permiten en el infante la integración, la personificación y la realización, elementos bases que sirven para el establecimiento de relaciones interpersonales, es decir, en estos estados, la madre es quien ayuda y acompaña al niño a integrar y reconocer los estímulos internos y externos, esto con el fin de que él pueda constituir paulatinamente la representación de sí mismo y de los demás.

Como se ha venido hablando, la mentalización es aquel proceso en el que se elabora la comprensión de las emociones propias y las de los otros, en este caso particularmente, la interpretación de los estados del infante conlleva a mirar la teoría del apego, puesto que es

preciso que exista un vínculo entre cuidadores e infantes para que emerja la mentalización. En esta sección se abordará en última instancia la teoría del apego como una raíz de la mentalización, exponiendo el vínculo como el elemento principal que provee seguridad al infante, se puedan reconocer las influencias de los estilos de apego en el desarrollo de condiciones físicas como la obesidad infantil.

Para profundizar en ella, se hace necesario exponer la teoría de John Bowlby (1969-1982) donde explica que el apego consiste en mantener al niño unido a su madre para hacerse a la protección que este requiere, de esta manera, los cuidadores van desarrollando respuestas ante las manifestaciones de los niños y así estos identifican que existe un cuidador atento a sus emociones, y que estas tienen un propósito; dar señales de sus necesidades. Por otra parte, Sroufe, Szteren y Causadias (2014) señalan: “Bowlby consideró que tanto los trastornos y las dificultades en el desarrollo saludable, tienen su origen en las experiencias reales con las figuras de apego” (p.29). Esta perspectiva deja ver como la obesidad infantil tiene alguna correspondencia con los estilos de apego, esto debido a que el apego no deviene solo de los requerimientos fisiológicos relacionados con la alimentación o la supervivencia del niño, sino que también encierra un vínculo emocional porque el niño desea estar cercano a sus cuidadores, y se hace una idea de la correspondencia del afecto en esa proximidad.

Desde la teoría de Bowlby, el apego no se analiza por su intensidad sino por su calidad, desde esta reflexión se definen diversos estilos de apego, explicados por Sroufe (2014) así:

- *El apego seguro:* Él bebe está seguro de que recibirá atención y cuidados para explorar libremente, luego de los periodos de separación busca la proximidad, y en momentos de estrés prefiere el contacto con su cuidador porque está seguro de que recibirá consuelo. Se genera confianza en las relaciones

posteriores con los demás porque tienen la expectativa de que serán satisfactorias.

- *El apego resistente:* Se desarrolla cuando la respuesta del cuidador es inconsistente, la exploración se vuelve limitada porque el niño no tiene la certeza de ser protegido, prefiere no separarse de su cuidador, y sienten ansiedad ante situaciones desconocidas. Expresan emociones de manera más intensa, como el llanto y la ira, porque sienten que así podrán ser atendidos, o porque no consiguen el consuelo que los satisfaga. Su actitud es siempre vigilante ante el cuidador y ante el entorno para descubrir a tiempo cualquier amenaza.
- *Apego evitativo:* Se manifiesta en una actitud en la que los niños evitan mostrar sus sentimientos a los cuidadores, desean sostener el contacto con estos, pero evitan muestras de ello. Por ejemplo, cuando la madre regresa, luego de un momento de separación, permiten ser tomados en brazos, pero rehúyen la mirada, también en tanto más se estresan más evitan el contacto con su cuidador, esto sucede porque en experiencias anteriores se han sentido rechazados y no quieren repetir ese sentimiento.
- *Apego desorganizado:* se considera al cuidador como una fuente de amenaza, lo que genera miedo y huida del menor, y posterior confusión y desorden en sus emociones.

La definición de los anteriores estilos de apego deja ver el rol fundamental y determinante de los cuidadores, si hay respuestas de apego seguro el niño autorregula sus emociones, está confiado en su bienestar y no se presenta la ansiedad, que son escenarios que propician estados como la malnutrición que origina la obesidad.

### **Desarrollo.**

La mentalización sucede dentro de un proceso que requiere unas disposiciones de maduración cerebral y de experiencia con el entorno y con los otros. Es un proceso de varios pasos que requiere de un apego seguro que garantice que se consolide de manera adecuada; en este sentido, el tipo de apego va tomando partido en la elaboración de las conductas del sujeto, y el *self*, se va determinado de acuerdo con la mentalización. Se puede decir entonces que en el desarrollo de la mentalización se presenta a través de los sentimientos o percepciones que elabora el niño sobre sí mismo, Castelli (2011) a partir de su interpretación de las teorías de Fonagy, expone, como el desarrollo de la mentalización incluye factores en relación a:

- *Agente físico:* En los primeros años, el infante se percibe a sí mismo como una fuente de acción y de interacción con los objetos de su entorno.
- *Agente social:* El niño reconoce que sus comportamientos tienen un efecto en sus cuidadores.
- *Agente teleológico:* Después de la mitad del primer año de vida, el infante comprende que él y los otros realizan acciones para conseguir un objetivo, y puede además diferenciar la eficacia de una u otra acción. En este sentido el niño solo reconoce los resultados físicos de las acciones, mas no los relaciona con procesos mentales. A partir de los dos años comprende que esas acciones parten de unas intenciones, es decir que se da una elaboración mental, que además empieza a incluir el reconocimiento de los deseos del otro, hasta se pueden presentar los juegos imaginarios. Ya a los tres y cuatro años el niño diferencia los procesos mentales de los meramente físicos o efectivos. (Wimmer y Perner, 1983, citado en Castelli, 2011). En este punto el sujeto puede ir más allá de lo que solamente percibe.

Castelli (2011) señala que el pleno desarrollo mental adviene con la capacidad para producir meta-representaciones, con lo que la mente deviene consciente de sí misma y capaz de autorregulación. Estas adquisiciones van madurando y perduran en la adultez, con otras manifestaciones.

### ***Conceptos para la constitución y despliegue de la mentalización.***

En este apartado se explican cuatro procesos que tienen lugar en esas transformaciones de la percepción de sí y de los otros, y en la constitución del self, explicados por Castelli (2011):

- *La constitución de representaciones para regular la emoción:* En este paso el niño relaciona los afectos con una manifestación fisiológica. En los primeros años los gestos de empatía exagerados por la madre, le generan al niño la representación de que estos son imitaciones de sus propios estados, es decir que reconoce una marca simbólica. Cuando el niño reconoce ese reflejo facial empieza a regular sus emociones porque sabe que estas generan una intervención de la madre. (Watson, citado por Castelli, 2011).
- *Atención conjunta:* se define como “prestar atención a los estados mentales en uno mismo y en los demás” (Allen, citado por Castelli, 2011). El infante busca atraer la atención de su cuidador no solo hacia sí mismo, sino también hacia situaciones y objetos del entorno, como señalando algo, mostrando su barriga, por ejemplo. Esto ocurre entre los 7 y 14 meses, como ya hay un reconocimiento de las intenciones del otro, y como sabe que la atención del otro se fija en él, comienza a vigilar las actitudes de su cuidador y se instauran los sentimientos de vergüenza, autoconciencia y autoestima, y se va creando un autoconcepto. (Castelli, 2011).
- *El lenguaje:* Castelli (2011) explica que “el refinamiento de las capacidades lingüísticas se torna necesario para el desarrollo pleno de una teoría

representacional de la mente”. El lenguaje permite elaborar significados mentales de la realidad, o fabricar ideas que no siempre coinciden con la realidad, desde el lenguaje se puede imaginar lo que otros piensan o sienten al crear en la mente escenarios posibles. En todo caso esa diferenciación entre lo real y lo que el lenguaje elabora también se va instaurando en el proceso de mentalización.

- *Las interacciones pedagógicas:* se refiere a que las actitudes de reflejo de los cuidadores también cumplen la función de enseñarle al niño sobre sus propios estados mentales. El apego seguro hace posible que el niño confíe en la información que emiten sus cuidadores sobre él.

Estos cuatro procesos muestran que la mentalización es un proceso que se elabora con la participación de un cuidador, que también elaboró su propio proceso, es decir que, se llega a la adultez con aquellas bases adquiridas en las primeras interacciones que tienen lugar al lado de los cuidadores, de allí que en la presente investigación también se pretende considerar la mentalización del cuidador.

Resulta pertinente mencionar el punto de vista de Fonagy y Bateman (citados por Golanó, 2015) sobre la evolución de la mentalización a lo largo de los años:

La capacidad de mentalización no es una adquisición evolutiva que pueda considerarse totalmente completada a una edad determinada, sino que es una capacidad que puede considerarse que nunca está totalmente completada y que, además, es una capacidad que puede fluctuar en diferentes contextos interactivos y bajo determinadas condiciones de ansiedad. (p.66).

Esta perspectiva permite dirigirnos ahora a la mentalización de los cuidadores como un proceso que puede tener transformaciones, es decir, que las prácticas de los cuidadores pueden mejorarse, al igual que es posible que en ellos se fundamente una conciencia acerca

del rol de su propia mentalización y como a través de estos interpretan las emociones, sensaciones y necesidades de los niños.

### **Obesidad Infantil**

En este apartado se desarrollará el concepto de la obesidad infantil como segunda variable dentro de esta investigación. Se intentará dar cuenta de las diferentes concepciones que abordan el problema y las características principales de la enfermedad extrayendo la información de diversos organismos y autores, realizando a través de ellos un análisis más profundo sobre el tema.

#### **Definición y características.**

La obesidad se considera como una acumulación excesiva de grasa corporal y tejido adiposo en el organismo, debido al consumo excesivo de alimentos que poseen grandes cantidades de calorías siendo perjudiciales para la salud. (Organización mundial de la Salud OMS, 2016). En la actualidad, la obesidad se considera como una de las enfermedades que constituye un problema de salud pública, logrando convertirse en una epidemia que afecta en gran medida a la población adulta y la infanto-juvenil en diversas regiones y países del mundo (Organización Panamericana de la Salud OPS, s.f).

La obesidad, se reconoce de acuerdo al calculo que se hace por medio del índice de masa corporal (IMC), indicador importante al momento de analizar la relación existente entre el peso y la talla. El IMC, se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Sin embargo, el peso relativo, los índices estatura-peso, los perímetros corporales y el grosor del pliegue cutáneo permiten diferenciar la obesidad del sobrepeso. En este caso, un niño puede considerarse con obesidad infantil cuando su IMC sobrepasa dos o más desviaciones estándar (DE) (Güemes y Muñoz, 2015). Se considera entonces que el niño es obeso cuando, del 10 al

50% de su peso es tejido magro (OPS, s.f). De acuerdo con lo último, se hace importante conocer la relación lineal que hay entre peso/talla por medio de la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{PESO REAL}}{\text{PESO IDEAL PARA LA TALLA}} \times 100$$

El IMC va cambiando con el paso de los años, por ello se hace necesario que en niños y niñas se utilicen valores de acuerdo a el sexo y la edad para que el diagnóstico de obesidad y sobrepeso no se altere, esto sin dejar de lado las distintas etapas de crecimiento por las que cada infante debe de pasar en su sano desarrollo “El índice de masa corporal (IMC) en los niños, varía con la edad. Aumenta en el primer año, pero luego, disminuye y vuelve a aumentar a partir de los 6 años de edad” (OPS, s.f, p. 9).

En relación con lo mencionado, el IM para la OMS (2016), se toma en cuenta de la siguiente manera: si es igual o superior al 25%, determina el grado de sobrepeso, pero si es superior o igual al 30% determina la obesidad. Aragonés, Blasco y Cabrinety (s.f) amplían esta clasificación de las siguientes formas: Cuantitativa, topográfica y clínica.

En relación a la primera clasificación, la obesidad se reconoce así:

- Sobrepeso: El IMC está entre 25 y 28 kg/m<sup>2</sup>
- Obesidad Leve: El IMC está entre 28 y 30 kg/m<sup>2</sup>
- Obesidad Moderada: El IMC está entre 30 y 35kg/m<sup>2</sup>.

La clasificación topográfica permite ver los 3 fenotipos de la obesidad de la siguiente manera: *obesidad generalizada*; la grasa se ubica en un solo lugar. *Obesidad androide*; la grasa se localiza en la mitad del tronco, es decir, en la cintura. Este tipo de obesidad “es la que más se relaciona con mayor frecuencia en las complicaciones cardiovasculares y metabólicas” (p.6) y, por último, la *obesidad ginoide o periférica*, la

grasa se encuentra localizada de la cintura hacia abajo y su desarrollo da paso a patologías vasculares.

Para finalizar la clasificación nos encontramos con el punto de vista clínico. Aquí se relacionan dos tipos de obesidad: la obesidad endógena, intrínseca o secundaria y la obesidad exógena o simple. La primera tiene un origen orgánico y surge principalmente en la infancia, el desarrollo se debe a “enfermedades endocrinológicas, neurológicas, síndromes genéticos y la ingesta crónica de fármacos” (p.6). La obesidad secundaria, se da de acuerdo al consumo de ingestas y el gasto calórico en relación con ellas.

Todo lo anterior, permite tener un conocimiento de la manera como la obesidad se encuentra clasificada independientemente de la edad en que el individuo se encuentre. Por otra parte, se hace necesario abordar un poco en desarrollo. Es de tener presente que la obesidad es un desorden nutricional, en donde participan una serie de factores biológicos, conductuales y ambientales que son determinantes para dar inicio a la misma, los cuales pueden estar presentes de una generación otra.

La OB es el trastorno nutricional más frecuente en la población infantojuvenil y tiene su origen en una interacción genética y ambiental-conductual, siendo esta última la más importante, ya que establece un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético (Güemes y Muñoz, 2015, p. 413).

Con respecto a los factores ambientales Aragonés, Blasco y Cabrinety (s.f), mencionan cómo los malos hábitos alimenticios y el estilo de vida sedentario son los elementos principales que contribuyen al desarrollo de la misma. Además de estos factores, relacionan la inestabilidad emocional como otro factor, relacionando este concepto como la falta de autoestima y por ende la poca interacción con las personas,

haciendo que surja en el individuo comportamientos de aislamiento, sedentarismo e ingesta de calorías.

Siguiendo esta línea, la OMS (2016), plantea de acuerdo al factor biológico, dos perspectivas que inciden en el desarrollo de la obesidad infantil, estas son: La vía de la discordancia y la vía del desarrollo. La primera expone como la obesidad surge debido a un estado de malnutrición por parte de la madre durante el embarazo; esta situación hace que el infante al nacer se encuentre en un estado de bajo peso y pueda correr el riesgo de sufrir retraso en su crecimiento, así mismo, estas personas corren riesgos al sufrir sobrepeso y obesidad si en etapas de vida posteriores siguen dietas con alto contenido calórico y un tipo de vida sedentaria. Por otra parte, la segunda vía se caracteriza por que la madre al iniciar su embarazo, ya contaba con un diagnóstico de obesidad o diabetes, de esta manera, el niño desde el embarazo, se encuentra predispuesto a acumular en su cuerpo depósitos de grasa “Una alimentación inadecuada del lactante en sus primeros meses también afecta a la biología del desarrollo del niño” (p. 6).

Se hace pertinente, además, exponer las afectaciones a la salud física y psíquica que trae la obesidad, independientemente si es en la infancia, adolescencia o adultez. Dentro de estas enfermedades con mayor prevalencia se resaltan las enfermedades del corazón (dislipidemia, hipertensión, hipertrofia, cuagulopatía, inflamaciones crónicas, varices), endocrinas (diabetes, pubertad precoz, hipogonadismo, síndrome de ovario), gastrointestinales (paniculitis, cálculos biliares, fibrosis hepática, riesgos de cirrosis), osteomusculares (Fracturas de huesos, pie plano, hernia de disco, inestabilidad de rodillas-discos, enfermedad de Blound), pulmonares (asma, apnea del sueño, intolerancia al ejercicio) y las psicosociales (baja estima, depresión, desórdenes alimenticios) (Miguel y Niño, 2009).

Este apartado sobre la obesidad ha generado ideas acerca de la interpretación que hacen los cuidadores de las necesidades y emociones que manifiestan los niños, y de la asociación que hacen de estas con la ingesta de alimentos. Así es como emociones como el llanto o estados como una contextura delgada, por ejemplo, podrían interpretarse como demandas de alimentos, lo que provoca una regulación inadecuada de estos, y afecta posteriormente la regulación y comprensión que hacen los niños de sus propias necesidades.

Esta exposición de teorías ha generado, para la presente investigación, una perspectiva más clara para comprender la relación entre la obesidad infantil y los procesos de mentalización de los cuidadores. La obesidad infantil, entonces, es un resultado multifactorial (genética, emociones y hábitos de nutrición,) que afecta el desarrollo físico y psíquico de los niños, y que deja ver, también, la calidad de la mentalización de los cuidadores.

## Objetivos

### Objetivo General

Analizar cuál es la relación que se presenta entre los procesos de mentalización y la obesidad infantil en un estudio de caso de un cuidador de un niño de dos años.

### Objetivos Específicos

- Identificar los procesos de mentalización del cuidador respecto a su función parental.
- Describir cómo los procesos de mentalización referentes a la alimentación, sueño y juego influyen en las respuestas de cuidado.
- Examinar el proceso de mentalización del cuidador con relación al ejercicio de la autoridad
- Comprender el establecimiento del vínculo en los procesos de mentalización en el cuidador

## Metodología De La Investigación

### Paradigma

La opción metodológica de este ejercicio investigativo se ubica dentro del campo de la Investigación Cualitativa, por su afinidad con las ciencias humanas y sociales. Ortiz (2013) lo define así:

El paradigma cualitativo no pretende presentar verdades absolutas, ni leyes de aplicación general, ya que reconoce la diversidad y pluralidad de escenarios, condiciones y situaciones que se presentan en la realidad, que por lo tanto son únicas e irrepetibles, así las observaciones y resultados de sus investigaciones sólo son válidas para el caso particular que se estudia (p. 9).

De acuerdo con lo anterior, el enfoque cualitativo busca explicar el origen de determinados fenómenos sociales; se enfoca en reconocer las experiencias, el conocimiento y la visión que tienen las personas sobre el mundo, más que la acumulación de datos, es decir, busca comprender y dar respuesta a cada fenómeno dentro de su ambiente usual, para esto, tiene como base las descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y conductas observadas, logrando así tener un proceso de exploración y descripción (Cuenya y Ruetti, 2010).

En este sentido, este trabajo se enmarca desde esta perspectiva porque comprende la mentalización como un proceso que es particular en cada sujeto, y que, como se explicó en las teorías anteriores, es también un proceso flexible, que evoluciona desde la niñez y sus manifestaciones en la adultez no son definitivas. Se evidencia que es posible que los cuidadores tomen conciencia de sus prácticas de mentalización y las transformen, es decir, que las manifestaciones de la mentalización ocurran siempre en el presente de cada

circunstancia; a la investigación cualitativa, precisamente, le interesan los fenómenos que acontecen en el contexto actual que se indaga.

Por otro lado, es un paradigma que no parte de juicios o análisis predefinidos, sino que tiene en cuenta los sucesos particulares que van emergiendo naturalmente, de este modo permite indagar no sólo por los resultados que tiene la mentalización de los cuidadores en el aspecto físico de los niños con obesidad, sino que permite indagar también por los pensamientos, emociones, o perspectivas de los cuidadores frente a sus propias prácticas. Además, bajo esta modalidad, también se puede profundizar en la memoria subjetiva de los cuidadores, quienes recibieron en la niñez respuestas de mentalización de sus propios cuidadores. La investigación cualitativa propicia un estudio singular de la mentalización de los cuidadores, en el que se tienen en cuenta sus reflexiones y el contexto familiar o cultural en el que han venido configurando su rol.

### **Enfoque**

El enfoque de esta investigación es de tipo *Hermenéutico*. La hermenéutica se considera como el arte de interpretar diversos fenómenos, dándole a estos un significado de acuerdo con la observación y datos recolectados por parte del investigador. El enfoque hermenéutico permite la comprensión, indagación y explicación de las estructuras o sistemas dinámicos que pueden estar presentes en los seres humanos, esto basado en un análisis del contexto y de las relaciones que tiene cada individuo con el mismo en sus múltiples manifestaciones (Vélez y Galeano, 2002). En este sentido, se puede decir que el paradigma cualitativo y el enfoque hermenéutico son pertinentes en esta investigación porque permiten conocer y profundizar las percepciones (emociones y sensaciones) que tienen los cuidadores primarios al momento de interpretar las necesidades de cada infante. Es un enfoque que, aplicado a los intereses de esta investigación, deja lugar al análisis desde el punto de vista de los cuidadores, es decir, genera la posibilidad de analizar los

discursos, opiniones, palabras, significados y gestos que los cuidadores manifiestan sobre su propia mentalización, y, sobre los estados del niño.

En otra perspectiva, desde este enfoque, la presente investigación también considera la explicación de los discursos subjetivos de los cuidadores a la luz de las teorías y criterios conceptuales que se han abordado, y también, dirige la atención hacia un aspecto fundamental de la calidad de la mentalización: las percepciones y la interpretación que los sujetos hacen de sí mismos.

### **Modalidad**

La investigación, se realiza por medio del Estudio de Caso (EC). Con respecto este, Guerrero, Cortez y Charchi (2017) refieren que es un proceso investigativo que examina en detalle un sistema definido (caso particular) a lo largo del tiempo, para comprender en profundidad una realidad específica de la sociedad. Con lo planteado, se entiende el EC como la comprensión a profundidad de un solo fenómeno social dentro del contexto de la vida real, considerando por medio de ello dos aspectos importantes a la hora de entender la problemática: el contexto y la agrupación de los diferentes elementos que podrían presentarse en un caso particular, siendo estos elementos-objetos un individuo, una institución o un grupo de casos (Urta, Núñez. Retamal y Jure, 2014). Según lo expuesto, se hace pertinente mencionar que, en un estudio de caso, el investigador es quien conoce la realidad del caso, acercándose a ella según sea su conveniencia, ya sea de manera independiente, positiva o interpretativa, sin dejar de lado las diversas variaciones que puede presentar el mismo.

Con base a lo anterior, se resalta que el EC es una técnica de investigación centrada en la particularización y no en la generalización del objeto, es decir, esta herramienta permite abordar un caso específico, en donde el investigador se preocupa por conocerlo bien, sabiendo qué es y ver que puede hacer.

Para esta investigación, se hace necesario implementar dentro del EC la modalidad del *Estudio de Caso descriptivo*, puesto que permite identificar, describir y analizar por medio del abordaje del fenómeno un caso particular, como se presenta en esta investigación. Además, con esta modalidad se puede acceder a las diversas variables que emergen en la relación mentalización-obesidad, asimismo, profundizar en las bases teóricas antes planteadas.

### **Recolección de la información**

Se hace oportuno mencionar que durante el desarrollo de este estudio de caso se realizan diversos encuentros tipo entrevista semiestructurada que permiten el diálogo, siendo la conversación una de las mejores fuentes al momento de recoger información amplia y detallada sobre aspectos de mayor interés, los cuales permiten identificar con mayor profundidad las variables a extraer durante el análisis:

- Primer encuentro: Estructura familiar del cuidador
- Segundo encuentro: Alimentación, sueño y juego
- Tercer encuentro: Relación a la norma y autoridad
- Cuarto encuentro: Afectividad

### **Entrevista.**

La entrevista es una técnica de recolección de información. Adopta la forma de un diálogo coloquial donde la comunicación interpersonal lograda se da entre el investigador y el (los) sujeto (s) de estudio, con el objetivo de tener respuestas verbales a diferentes interrogantes planteados acerca del fenómeno (Díaz, far, Martínez y Varela, 2013).

### ***Entrevista Semiestructurada.***

Borell (1989) la define como una secuencia de intervenciones verbales y no verbales, las cuales siguen un proceso lógico. La entrevista se crea a través de un esquema de

preguntas abiertas que permiten la interacción entre el investigador y el entrevistado, en este sentido posee un mayor grado de flexibilidad, puesto que parte de las preguntas planeadas se ajustan y adaptan para que el interlocutor pueda sentirse motivado y el entrevistador aclarare los términos, identifique ambigüedades y reduzca formalismos (Díaz, et al., 2013). El investigador mantiene un alto grado de atención en las respuestas para interrelacionar los temas y establecer las conexiones apropiadas para ir construyendo un conocimiento general y comprensivo de la realidad del entrevistado. De esta manera, se decide elegir la entrevista semiestructurada como una técnica en este trabajo de investigación, porque, por medio de ella, se pretende establecer un diálogo con el cuidador, logrando así conocer a profundidad las percepciones y conocimientos que este tiene sobre los procesos de mentalización y la forma en cómo actúan y abordan la obesidad infantil de acuerdo al nivel en que se encuentre este proceso

## **Población y muestra**

### **Población.**

La población seleccionada para participar en este proyecto de investigación son los cuidadores de un niño de 2 años de edad que presenta obesidad infantil y que vivan en la ciudad de Medellín.

### **Muestra.**

Para este trabajo de investigación, se cuenta con una muestra no probabilística por conveniencia. Para Sampieri (2014) el muestreo no probabilístico se refiere a la “población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las características de la investigación o los propósitos del investigador” (p.176), es decir, el muestreo probabilístico va a depender esencialmente de las características específicas

que componen la investigación y que es de suma importancia al momento en que el investigador empiece el proceso de recolección y análisis de la información.

En lo que corresponde a la conveniencia, se elige esta modalidad, porque le permite al investigador seleccionar aquellos casos accesibles y que acepten ser incluidos, teniendo en cuenta en cada uno de ellos las características o criterios principales de la investigación. Es por lo anterior, que esta investigación, ha establecido una serie de criterios pertinentes al momento de elegir la muestra, estos son:

***Criterios de inclusión.***

Para el estudio de caso, se seleccionan cuidadores que cumplen con los siguientes requisitos:

- Vivir en la ciudad de Medellín
- Tener hijos entre los 2 y 10 años de edad
- Los niños deberán tener un diagnóstico previo en donde se evidencie la patología de la obesidad
- Los niños pueden ser de género femenino o masculino
- Los cuidadores deberán ser mayores de edad

***Criterios de exclusión***

- Cuidadores que no vivan en Medellín
- Cuidadores menores de edad
- Cuidadores con hijos mayores de 10 años

### **Plan de análisis de la información**

El plan de análisis de la información para la presente investigación se desarrolla en tres fases: Transcribir y codificar los encuentros con el cuidador por medio del análisis del discurso, correlacionar los datos obtenidos e identificar las categorías de análisis, por último, llegar a la interpretación.

**Fase 1: Transcribir y codificar la entrevista:** Se realizan encuentros con el cuidador mediante entrevistas semiestructuradas las cuales son grabadas para posteriormente realizar el análisis del discurso del cuidador, herramienta que permite extraer las categorías emergentes para el análisis de la información. El análisis del discurso, según Gutiérrez (2009), hace referencia a una tarea analítica que rompe y descompone el texto, en este caso el discurso del entrevistado, para luego recomponerlo y agruparlo por medio de la interpretación. Aparte de esto, se reconoce el análisis del discurso como una técnica que conlleva a una serie de principios y teorías en los que se integran diversos puntos de vista para la exploración e interpretación de un problema social, cultural o político, relevante para la comunidad en la cual se produce, distribuye y comprende el discurso (Pardo, 2013).

Se resalta entonces el análisis del discurso como parte importante de esta investigación, puesto que, a través de esta técnica se logra estudiar a profundidad cada contacto con el cuidador, analizando en su discurso qué es lo que expresa y cómo lo expresa, y así mismo, comprender las sensaciones, percepciones, sentimientos y pensamientos de acuerdo a las prácticas y el contexto social en el que se desarrolla cada interacción.

**Fase 2: Correlacionar los datos obtenidos e identificación de categorías de análisis:** Esta segunda fase permite identificar categorías de análisis las cuales se pueden relacionar entre sí (Correlación de la información), lo que permite una mayor exploración e

interpretación de los procesos de mentalización respecto a la obesidad infantil en este estudio de caso.

**Fase 3: Interpretación de resultados:** Esta última permite analizar y reconocer la información de acuerdo a las categorías extraídas con base a los encuentros –entrevistas- obtenidos con el cuidador. El análisis de estos datos, además, conlleva a que se responda la pregunta inicial de esta investigación ¿Cuál es la relación entre los procesos de mentalización de los cuidadores y el desarrollo de la obesidad infantil?, logrando por medio de esto tener explicación a esta problemática de acuerdo a las teorías planteadas por cada autor y las experiencias recolectadas a través del estudio de caso, así mismo exponer algunos hallazgos y conclusiones adquiridos en todo este proceso investigativo.

### **Consideraciones éticas**

La presente investigación considera la disposición de confidencialidad de la Ley 1090 de 2006, para mantener en reserva toda información privada emitida por los participantes, que rada en los resultados, emerja de la conversación con el investigador. De la misma ley se reconoce la disposición de Evaluación Técnica para dar a conocer a los participantes los resultados de la prueba psicométrica, y la disposición de Investigación con Participantes Humanos, por la que se respeta la dignidad y el bienestar de los entrevistados, a través de una conducta profesional adecuada en el ejercicio de la investigación. En este sentido, se deja claro que, durante el proceso, los participantes podrán conocer las diferentes etapas que considere pertinentes y que den cuenta de los propósitos, procedimientos, instrumentos de recopilación de datos y cualquier otra información sobre la investigación, siempre y cuando lo crean necesario.

En uso del Código Deontológico y Bioético para el ejercicio de la profesión de Psicología se acata, además, el Artículo 29 del capítulo I para determinar que los datos de identidad y la información otorgada por los participantes de las entrevistas tiene respaldo en el consentimiento informado, y se indica que los resultados tienen fines meramente académicos. En suma, a ello, se observa también el Artículo 16 para apelar a una conducta cauta y prudente en el uso de nociones que generen discriminación o desvaloración hacia categorías relacionadas con el estado físico de los niños y las respuestas de mentalización de sus madres.

Así mismo, se plantea que la actividad investigativa se lleva a cabo con solo fines académicos y profesionales y no tienen ninguna pretensión económica. Por tal motivo, la colaboración de los participantes es totalmente voluntaria y no tiene ningún tipo de contraprestación económica ni de otra índole.

## Resultados y Análisis de la investigación

Este apartado tiene como finalidad dar respuesta a los objetivos específicos planteados en esta investigación, y así mismo, abordar la pregunta guía de este trabajo ¿Cuál es la relación entre los procesos de mentalización de una cuidadora y el desarrollo de la obesidad infantil en un menor de dos años de edad?.

Para lograr lo anterior, se realizó un proceso de análisis del discurso a las entrevistas grabadas durante los encuentros, información que, al ser codificada e integrada, reveló las diferentes categorías de análisis que se presentan en estos resultados. Sin embargo, se hace necesario plasmar que el concepto central de los resultados es la mentalización, teniendo en cuenta aspectos como la teoría de las relaciones objétales y la teoría del apego, los cuales le dan consistencia al concepto de mentalización.

Se describe a continuación los encuentros logrados con la cuidadora:

1. El primer encuentro permitió conocer la estructura familiar del niño, es decir, reconocer el ambiente, el contexto, la cultura y el proceso de interacción que cada una de los integrantes tenía con el niño. De otra manera, esta primera visita permitió conocer detalles de la vida del infante en lo que respecta al proceso de gestación y nacimiento; información de gran importancia al momento de analizar todas aquellas creencias y pensamientos que tenía la figura representativa con el niño.

2. En el segundo encuentro se conversó diversos temas con relación a las **Respuestas de Cuidado** que esta persona ejercía desde su rol materno, abordando por medio de una entrevista semiestructurada aspectos como alimentación y juego. De este encuentro, se pudo extraer información acerca de los hábitos alimenticios que hay dentro del grupo familiar y cómo estos afectan de manera negativa el desarrollo físico del infante. Aparte de esto, con el dialogo entablado, la cuidadora

da a conocer algunos de sus procesos mentales basados en la experiencia personal y el cuidado que ha ejercido con sus hijos y su nieto.

3. El tercer encuentro se dio de manera espontánea. Al iniciar la conversación preguntando sobre las dudas o inquietudes surgidas de las conversaciones anteriores, la cuidadora trae a colación la importancia de la norma y autoridad que debe de ejercer en su grupo familiar especialmente con el niño. Luego de finalizar la conversación, se empieza un proceso de observación y análisis del comportamiento y conducta del niño con relación a la autoridad y a su proceso de alimentación.

4. Finalmente, con la cuidadora se aborda mediante una entrevista semiestructurada temas de afecto-apego entre ella y el niño. Reconociendo por medio del discurso como ha sido el vínculo que se ha desarrollado entre cuidador-infante.

Con base a los encuentros y lo abordado en cada uno, se decide desarrollar en estos resultados 4 capítulos: El primero se enfocará en mostrar los procesos de mentalización del cuidador respecto a su función parental, el segundo profundiza en los procesos de mentalización referentes las respuestas de cuidado (alimentación y juego), el tercer capítulo habla sobre los ejercicios de autoridad y por último se desarrolla el establecimiento del vínculo en los procesos de mentalización en el cuidador.

### **Procesos de Mentalización y la función parental-maternal**

Este capítulo articula lo evidenciado en el estudio de caso con diversos teóricos del enfoque dinámico que dan cuenta especialmente de las funciones parentales-maternales y los posibles estilos de crianza que surgen en los cuidadores de acuerdo a los procesos mentales que estos han tenido desde sus experiencias.

Como se ha mencionado en apartados anteriores, la mentalización o proceso de mentalizar consiste en una actividad mental intuitiva o emocional en donde el individuo puede percibir e interpretar el conocimiento propio como el ajeno, es decir, la mentalización es la capacidad que le permite al individuo entenderse y entender los demás, logrando con esto tener un buen control emocional y por ende capacidad para entablar buenas relaciones interpersonales (Lanza, 2011).

En este análisis se aborda, desde el discurso de la cuidadora, la manera cómo vivencia y comprende el mundo vincular con su nieto y los efectos de su función maternal en este proceso de mentalización: *“yo vivo la vida de mi nieto, lo mismo que he hecho con mis hijos lo hago con mi nieto, pero lo hago por miedo, me da miedo que se lastimen o les pase lo mismo que a mí cuando pequeña, no sé, yo vivo en un mundo de miedos, quizá por eso no dejo que ellos solitos exploren sus propias cosas y por eso mis hijos no me quieran y hagan todo lo que ha pasado [...]”*. Al parecer, la cuidadora ejerce su función maternal mentalizada en el miedo, lo que no permite que sus hijos y su nieto, objetos de cuidado, no potencien adecuadamente sus propios recursos psíquicos, es decir, no posibilita una sana separación de la figura materna, generando con esto consecuencias en la estructuración psíquica de los hijos y en particular de su nieto, del que se ocupa en este momento.

Cuando se habla de procesos parentales, hacemos referencia al proceso básico que incluye la función materna y paterna (Rotenberg, 2014), los cuales cumplen una función mediadora en las relaciones humanas, construyéndose debido a las experiencias surgidas y a los propios modelos parentales, donde estos pueden ser alternados, compartidos o fijos llegando a presentar repercusiones de acuerdo a las pautas y estilo de crianza en las familias (Arvelo, 2003).

Por otra parte, estos procesos parentales van forjándose de acuerdo a las bases estructurales familiares, incluyendo aspectos biológicos, intrapsíquicos, socioculturales y

epocales (Raznoszczyk, 2018), los cuales no dependen exclusivamente de la estructura o composición familiar, puesto que aquí se abarca también las actitudes y la forma de interaccionar en las relaciones paterno/materno-filiales (Salles y Ger, 2011), siendo estos dos componentes moldeados por el entorno social y las experiencias que dan cuenta del tipo de vivencias tempranas del ser humano.

Para ejemplificar lo anterior, la cuidadora aduce a sus vivencias tempranas que tuvo en su infancia como experiencia de la parentalidad transmitida por sus padres *“[...] desde mi infancia me ha tocado una vida muy dura, yo nunca tuve a mis padres, nunca sentí el amor de ellos”*. Seguidamente dice: *“A mí me soltaron desde muy pequeña como se dice al ruego, a mí no me crio mi mamá, a nosotras nos criaron muchas personas, y no aprendíamos nada, solamente aprendíamos que cuando nos cuidaban, mi mamá no estaba, entraban hombres a la casa, nosotras vivíamos escondidas, nos ponían a que nosotras mismas nos bañáramos, nos vistiéramos y cuando hacíamos las cosas mal, nos pegaban, entonces quizá por eso es que yo soy así”*.

Retomando la línea teórica, Klein (citado en Arvelo, 2003) expone como la función del padre tiene un papel determinante en el desarrollo psíquico del infante, siempre y cuando, la presencia de este padre sea de manera real, física, cálida y frecuente. Para este caso, podemos decir que la función paterna está por fuera de la dinámica familiar, en tanto es la abuela como cuidadora quien ejerce funciones parentales y no tramita el ejercicio de la función paterna, teniendo en cuenta además que en este grupo familiar no aparece la figura del padre ni como rol ni como función, solo es nombrada cuando dice: *“Yo a los 8 años ya sabía hacer un sancocho, ya sabía cocinar, entonces no sé si por el refo que recibimos de pequeñas que yo decidí nunca trabajar sino estar al cuidado de mis hijos, haciéndoles todo para que ellos no se criaran con resentimiento, con rabia, como yo que aprendí, pero por todo el maltrato que me dieron”*.

En el anterior discurso se ve únicamente el papel que tiene esta cuidadora en su familia, sin embargo, al referirse a su esposo lo hace de la siguiente manera: *“Mi esposo es un esposo y padre ausente, solo se encarga de proveernos, pero nunca está presente para cuando lo necesitamos, yo soy sola con todo”*. Es notable ver como en esta familia se repiten las mismas vivencias en relación a los cuidados que deben de proporcionar las figuras representativas; la cuidadora en su infancia no tuvo a sus padres, y hoy en día, sus hijos no cuentan con ese acompañamiento paternal.

Por otra parte, podemos decir que a esta cuidadora tanto como a la madre biológica del niño, les ha quedado difícil tramitar una función más reguladora. La función paterna puede considerarse como un estado simbólico donde el rol no sólo es ejercido por el padre, sino también por la madre o aquellas personas que hagan de figuras significativas y/o representativas para el niño. Es la madre quien puede posibilitar el acceso a la función paterna, así lo plantea Silvia Tomas (2011), en su libro *La función materna*, donde define este proceso maternal como el encargado de dar paso a la función del padre, puesto que éste no puede inscribirse y por tanto necesita ser transmitida a partir del deseo de la madre que es quien la efectiviza.

Como se pudo observar en párrafos anteriores, constructos extraídos del discurso reflejan aspectos en relación a la función parental-maternal en el desarrollo psíquico de la cuidadora en su infancia. Si bien es cierto, la cuidadora al exponer sus vivencias demuestra como en sus primeras etapas de vida no tuvo el acompañamiento de esa figura representativa que le proporcionara a ella todos los cuidados necesarios sean estos internos o externos, provocando consecuencias en su desarrollo emocional y psíquico, y en su adultez, la estructuración de procesos mentales negativos evidenciados en la función maternal con sus hijos y nieto, expresados así: *“Cuando mi hija me cuenta sobre su embarazo, yo me sentí*

*frustrada, con dolor y rabia al pensar en que me había equivocado como madre, como lo hizo mi mamá”*,

Se resalta, además, como la cuidadora se cuestiona su rol materno: *“me pregunto entonces ¿cómo deber ser una mamá?, porque pienso entonces que yo nunca aprendí hacer mamá, nunca fui capaz de ser mamá”*. Donald Winnicott (1945) en su estudio con relación a la función materna, demuestra como este proceso de la madre cobra suma importancia al momento de proveerle al niño todos los elementos necesarios para que este pueda tener conocimiento de la realidad con la que interactúa, y así mismo, pueda ir construyendo una imagen psíquica del mundo externo en el que se encuentra.

Si el infante no tiene un buen acompañamiento ni un ambiente sano para su formación, puede llegar a presentar consecuencias en su desarrollo psíquico. Mahler (1992), soporta la idea anterior cuando plantea que la infancia del bebé está marcada por una dependencia absoluta en relación a su madre, es decir, el bebé necesita de toda la protección materna para poder sobrevivir física y emocionalmente, logrando así una diferenciación del otro y por ende la formación del ser individual. El niño al nacer no cuenta con la capacidad suficiente de valerse por sí mismo, es la madre suficientemente buena la encargada de que su proceso vital sea satisfactorio puesto que cada acción que la madre realice puede presentar consecuencias positivas o negativas en éste, donde favorezca o perjudique su desarrollo psíquico-mental (Winnicott, 1991).

De acuerdo con lo anterior, puede percibirse que, en esta cuidadora, su función materna se encuentra dada por una mentalización negativa: ella no se considera una madre “buena”, en tanto la percepción que tiene de su labor es de ejercer un rol debilitado, y, aunque trate de hacerlo desde las mejores intenciones, ella sabe que no es suficiente, logrando con esto causarles a sus hijos afectaciones mentales (evidenciadas en el discurso).

En relación a los procesos psíquicos, estos van forjándose de acuerdo a las bases emocionales y las experiencias surgidas a partir de los procesos pulsionales del infante inmersos con la realidad psíquica de los padres. La realidad psíquica de un niño pequeño es la realidad psíquica de aquellos investidos libidinalmente, de los que lo alimentan, cuidan y erotizan. Todo bebé detecta los estados anímicos de su madre, y suele suponerse causa de esos estados. Por eso, alegrías y dolores derivados de situaciones sociales pueden ser vividos como habiendo sido generados por él. (Janin, 2012, p. 60).

Lo anterior, permite comprender esta construcción de realidad psíquica en el caso de la siguiente manera: *“Yo me crie pensando que yo tengo que darles a mis hijos lo que no me dieron a mí, y yo sé que eso está mal hecho, pero ya no sé qué hacer, yo con mis hijos ya que puedo solucionar, ya los dañe, inconscientemente los dañé, cuando uno ya se tira los hijos”*.

*“Desde pequeña me volví depresiva al no tener a mi mamá y yo les pasé la depresión a ellos, sin pensar con mis pataletas, entonces ellos ya se volvieron depresivos, sino miré a mi hijo mayor y menor con problemas mentales, eso es tirarme en mis hijos nunca pensé en los problemas que iba a causarles y causarme”*.

Esta cuidadora de manera consciente expone cómo su función materna no va por un buen camino, cada cosa que ha hecho con sus hijos ha sido movilizada por la culpa y siente que ante estas situaciones ya no tiene remedio, evidenciando en ella la angustia y la ansiedad que le genera el llevar a cabo ciertas acciones y conductas con sus hijos por el hecho de no querer repetir sus experiencias tempranas de vida.

Por otra parte, puede leerse en ella una posición de culpabilización hacia sus padres por los descuidos y represiones que experimentó en su infancia, lo que trae como consecuencia creación de estados mentales al no ser amada por ellos ni por sus hijos, de allí mismo, su conducta afanosa y obsesiva por protegerlos y evitarles sufrimientos.

Para finalizar, es importante plasmar que la función parental maternal influye en el reconocimiento que hacen los niños de sus padres o cuidadores como sujetos que le otorgan un modelo de conducta, y como referentes de lo que es un actuar “bien” o “mal”, pues son estos los que deben llevar a que el menor sienta en primera instancia deseo de conocer el mundo, y a través de este suplicar cada necesidad, en la medida en que el infante los identifique en su integridad total

## Procesos de mentalización y respuestas de cuidado

La fundamentación teórica que se presenta en este apartado muestra la perspectiva de Donald Winnicott, reconociendo en sus estudios la importancia que tiene el cuidado materno en el desarrollo físico y mental de los niños y, como estas respuestas de cuidado ante estos factores, fueron evidenciadas en el estudio de caso.

Desde la perspectiva de Winnicott (1945) el desarrollo del infante puede considerarse sano e integral cuando se cumple con ciertas características innatas denominadas potencial heredado<sup>1</sup>, aparte de un ambiente facilitador y una madre suficientemente buena, donde, estos factores en conjunto, permitirán al infante el reconocimiento de un mundo externo como el reconocimiento de su mundo interno, es decir, del sí mismo como persona que habita un cuerpo.

Si bien es cierto, la infancia es el período más importante en la vida de las personas, pues es aquí donde el Yo empieza a configurarse con la ayuda de todo el cuidado materno que en primera instancia la madre, cuidador o figura representativa le brinda al niño. Esto se logró evidenciar en el estudio de caso de la siguiente manera: *“Mi hija nunca quiso el bebé en su embarazo, por ser tan joven no se dio a la idea de que iba hacer mamá, por eso quería abortar, pero yo no la deje, yo no quería que mi nieto muriera y fue por eso que empecé a cuidar a mi hija para que su embarazo fuera sano y el bebé naciera bien”*. Se puede notar como la abuela desde un comienzo decidió tomar ese rol de cuidadora para su nieto, aportándole al infante, a través de su hija (madre del niño), el cuidado necesario para que crezca y se desarrolle en una base segura (ambiente facilitador), que solo la madre suficientemente buena puede ofrecer.

Se hace necesario resaltar que el ambiente facilitador es el encargado de proporcionar todas las herramientas necesarias para que el niño pueda lograr una integración,

---

<sup>1</sup> Se reconoce como potencial heredado a todos aquellos cuidados maternos que el niño desde un comienzo recibe por medio de su madre

personalización y realización, procesos que van ligados a lo que Winnicott (2017) define como holding, handling y presentación del objeto. Cuando el infante nace no tiene un conocimiento del mundo en el que se encuentra y tampoco tiene la capacidad de poder enfrentarse solo a este; no satisface sus propias necesidades, puesto que no cuenta con una consciencia desarrollada como persona y es aquí donde la madre o el cuidador cumplen un papel importante para que el niño pueda lograr un proceso de maduración psíquico sano

En el caso, se evidencia así: *“Cuando el niño nació yo dormía al lado de él en la orilla, y la mamá al rincón, cuando él bebe se despertaba yo lo único que hacía era despertar a mi hija para que lo alimentara y ya yo le sacaba los gases, lo bañaba, lo vestía, yo era la que estaba pendiente todo el tiempo de él”*. En un comienzo, la madre o figura representativa es quién hace el papel de ambiente facilitador, posee todos los mecanismos, experiencias y herramientas para responder a los cuidados y necesidades básicas transmitiendo al infante “seguridad”, funciones que fueron y son ejercidas por la abuela

Continúa diciendo: *“Yo siempre he sido la que he estado pendiente de mi nieto. Desde que nació el niño está en manos mías porque yo veía como la mamá no lo quería. Yo soy prácticamente la mamá de mi nieto”* Resulta curioso ver como en el niño se repite la misma experiencia de vida de su abuela. El niño no cuenta con el cuidado ni amor de sus padres, por ello, su abuela se identifica con él, y en medio de su necesidad afectiva le proporciona todos los cuidados necesarios que ella en el fondo desea haber tenido.

Cuando el infante nace no tiene un conocimiento de su mundo y no tiene la capacidad de enfrentarse solo a este y no podrá satisfacer sus propias necesidades, no tiene una consciencia desarrollada como persona. Por esto, se hace indispensable el acompañamiento de esa figura representativa en el bebé, ya que es ella la que cumplen un papel importante para que el niño pueda lograr un proceso de maduración psíquico sano. Basándonos en esto, la cuidadora dice: *“Mi hija estaba muy niña para ser mamá, y ella sabía que tener un hijo no*

*es fácil. Primero hay que crecer y ella no creció, ella se quedó como la niña de la casa, entonces por eso nunca supo qué era criar a mi nieto, era una niña criando a otro niño”*

Es de notar como esta abuela en su deseo de ser una buena madre no le permitió a su hija asumir el rol que debía de tener, para ella, su hija aún seguía siendo una niña, lo que trajo como consecuencia un desligamiento de parte de esta menor hacía su hijo. Desde el embarazo, la madre biológica de E nunca sintió la necesidad de asumir esa posición maternal, la cuidadora siempre estuvo protegiéndola y asumiendo ella esa función, repitiendo a través de su hija la misma experiencia de vida: *“Ella era mi hija, él mi nieto, y yo siempre decía que muy rico que mis hijas pudieran criar a sus hijos cuando estuvieran maduras y me tocó a mí. Yo le doy todos los cuidados al bebe, él ya tiene 2 años y 4 meses y su mamá no vive con él; el bebé es mío. Soy yo la que he trasnochado, le he dado la alimentación, lo saco yo soy la de todo con él”*. La posición de esta cuidadora de ser una madre TODA, implica consecuencias insanas en la estructuración psíquica del niño.

Está cuidadora, a pesar de no ser la madre biológica del bebé, se ha encargado de transmitirle todos los cuidados necesarios para que su nieto adquiriera conocimiento y experiencias internas como externas, y así mismo, pueda irse desarrollando una integración del Yo, esto siempre y cuando, el acompañamiento se de en un ambiente sano y favorable. Es de tener en cuenta que una mala experiencia en los procesos de holding y handling puede provocar fallas psíquicas, y esto conllevar a que en el niño genere dentro de sí angustias, ansiedad e incluso problemas que afecten su integridad, como lo es la alimentación.

De acuerdo a todo el discurso en relación a los cuidados proporcionados por esta abuela, se evidencia el surgimiento de dos subcategorías más, estas son: Alimentación y juego, componentes que influyen en la obesidad de E

### ***Alimentación***

La alimentación es uno de los procesos de mayor importancia en la infancia, incide en gran manera en el desarrollo de cada infante; una alimentación regulada y equilibrada es la base para la prevención de múltiples enfermedades. La UNICEF (2019), en el informe desarrollado: niños, nutrición y malnutrición, demuestra como a nivel mundial uno de cada tres niños menores de cinco años no crecen, ni potencia sus habilidades, lo que demuestra un estado de malnutrición provocando en ello retraso en el crecimiento, emaciación y sobrepeso.

Cabe destacar que un elemento importante a relacionar en estos procesos de alimentación es la función nutricia de la madre, puesto que este contacto que se genera a través de la lactancia permite el fortalecimiento del vínculo madre-hijo y un buen desarrollo en el recién nacido. La lactancia natural es el mejor mecanismo por el cual se le puede proporcionar al recién nacido todos los nutrientes requeridos por éste, siendo la leche materna un alimento que debe suministrarse como mínimo, hasta los dos años de edad (OMS, 2017).

Al abordar el tema de la lactancia en E, su cuidadora nos cuenta: *“La mamá del bebé nunca se preocupó por él, ni siquiera por su alimento, con decirle que yo la obligaba a que lo alimentara. Ella no le daba seno, ella decía que le dolía. Por eso yo empecé a darle alimento con leche de tarro a los 3 meses, el bebé fue muy poco lo que se alimentó con la leche materna”*. De esta manera se puede intuir que el vínculo entre el niño y su madre quedo deshecho; por el contrario, se empezó a establecer una manera de vínculo entre este niño con su abuela. También, se puede resaltar la falta de nutrientes necesarios en el crecimiento de E; no recibió de su madre la cantidad adecuada de leche materna lo que puede provocarle falencias físicas, psíquicas e incluso sociales.

La lactancia es un proceso que permitirá al bebé no solo un buen desarrollo fisiológico sino también una buena regulación en su parte emocional. En los primeros meses de vida, el bebé va adquiriendo formas de comunicación con su cuidador por medio del tacto y la

mirada, logrando con esto que él bebé en primer lugar, reconozca las emociones en el otro y en segundo, adquiera capacidad para la empatía (UNICEF, 2012).

De acuerdo con lo anterior y en lo que compete a nuestro caso, se puede decir que E no desarrolló ese vínculo afectivo y reconocimiento hacía su madre, lo que genero por parte de su abuela una manera desregulada en los procesos de alimentación, aportando estos dos factores al sostenimiento de la obesidad infantil observada desde su nacimiento: *“Desde que nació el bebé tiene obesidad. La mamá no se cuidaba en la alimentación, ella solo lloraba y comía de todo, y el bebé se alimentaba de todo eso”*. Es de anotar, según comentarios de la cuidadora, que la madre del niño durante su embarazo tuvo episodios de mucha depresión y ansiedad, episodios que trató de taponar con comida poco saludable para ella y él bebé y que en la actualidad se ven reflejados en E.

Se debe reconocer que la función materna es uno de los elementos más importantes en el desarrollo emocional del bebé, por medio de la lactancia la madre comprenderá las necesidades de su bebé y poderlas satisfacer, así mismo, el infante se sentirá protegido por ese otro, logrando con ello formación de vínculos positivos en sus demás etapas de vida (Ospina, Jiménez, y Villamarín, 2015)

### ***Juego***

El juego infantil se considera como una actividad placentera, libre y espontánea de mucha utilidad para el desarrollo motriz en cada infante, permite la adquisición de conocimientos y competencias esenciales para un desarrollo integral (Gómez, s.f). El juego es uno de los mecanismos más importantes a implementar en la infancia; el niño a través de este desarrolla capacidades en relación a su imaginación y exploración y socialización. Sin embargo, puede evidenciarse casos en donde el juego no se promueve ni estimula, así lo deja ver la cuidadora: *“E no tiene amiguitos, si yo no saco al bebe a jugar los demás no lo hacen.*

*Me da rabia porque es un niño y quiere jugar, y al verlo como esta, me pongo más triste, pero ya él va entendiendo y como no sale a jugar se mantiene viendo conmigo televisión”.*

En este discurso se puede ver la poca consciencia que tiene la cuidadora en relación al juego, relacionado este último como un espacio de crianza y de formación que implica la atención plena del cuidador y de las condiciones necesarias para que ese juego provea aprendizajes en el niño. De este modo, la cuidadora de E, ha orientado sus cuidados hacia proveer la alimentación en su nieto, en vez de las actividades lúdicas, desatendiendo aspectos que influyen en la salud física y mental del niño.

Siguiendo nuestro marco de referencia, Winnicott (1971) demuestra como el juego generado entre madre-infante permite una evolución; el niño empieza a trascender los sentimientos de ilusión, omnipotencia y control a los sentimientos de realidad, el juego contribuye a la creación de representaciones del sí mismo y del otro, además, permite que el niño explore el mundo que lo rodea. Por otra parte, Klein (1955) introduce la importancia del juego simbólico como un elemento de expresión en el niño. El infante por medio del juego podrá revelar de manera inconsciente sus fantasías, deseos, ansiedades, miedos e incluso experiencias

Cuando se le indaga a esta cuidadora por sus consideraciones sobre la importancia del juego para el niño y cómo esto es vivenciado, menciona: *“Yo pienso que el juego si es importante, porque mientras E esté jugando y haciendo otras cosas su mente está más disipada y se aburre menos. También pienso que si el tuviera esos momentos de juego haría ejercicio y puede empezar a rebajar”.* La cuidadora reconoce los beneficios del juego, pero es posible entender que su falta de responsabilidad consigo misma (al manifestar que ella no hace ejercicio y tiene malos hábitos) la limita para transferirle al niño unos hábitos saludables, continúa diciendo: *“Es que yo no hice tanto ejercicio y ahora que lo quiero hacer no puedo por la*

*enfermedad, mi artritis no me deja hacer actividad física, yo como le voy a enseñar a mi niño a gatear si yo nunca gatee, yo trato de hacer lo que pueda, pero hasta ahí”.*

Su ausencia de responsabilidad y su incapacidad de hacerse cargo de sí misma, de su propia salud, la llevan a justificar sus evasiones del juego y de cuidado propio en sus enfermedades. Se puede decir que esta forma de pensar en ella limita la búsqueda de recursos y espacios para que su nieto juegue, sin embargo, en su discurso se manifiesta el temor que siente al dejar a E jugar:

*“Yo no dejo que E explore porque me da miedo que salga corriendo o que le pase algo, y todo, porque yo he sido muy miedosa. Me da miedo que él quiera aprender muchas cosas, que se lastime, que se caiga, yo me sentiría como la peor abuela”.* Se analiza entonces que el miedo y sobreprotección de esta cuidadora está paralizándolo y obstaculizando el desarrollo de las habilidades sociales del niño, provocando esto un temor al mundo externo. Su sobreprotección no permite que E socialice y tenga amistades, así mismo, no permitirá una seguridad ni la importancia del otro, al respecto, Meneses (2001) dice:

El niño juega porque la actividad lúdica le permite ir estructurando y evolucionando en su personalidad. El carácter competitivo, participativo, comunicativo va adaptándose a los rasgos que rigen esta personalidad. El niño siente el deseo de ejercer un control y dominio total sobre los demás, de establecer una comunicación y relación con los que lo rodean por medio de su propio cuerpo y de crear una fantasía liberadora; y encuentra la posibilidad de realizar estos deseos en la actividad lúdica, lo que la define como auténtica expresión del mundo del niño. (p.21).

En este sentido, la cuidadora no hace una autogestión de sus emociones con conciencia de la independencia de su nieto como sujeto y de ella como su cuidadora, la cual está en la función de brindar bienestar y protección de una manera objetiva, en la que su experiencia

personal y sus emociones no se vinculen. De acuerdo con esto, autores como Slade y Fonagy (citados en Duhalde, Tkach, Esteve y Huerín, 2011) resaltan la actitud mentalizadora parental; el niño empieza a generar representaciones mentales de acuerdo a las experiencias de vida surgidas entre él y su cuidador, y el juego es uno de los elementos principales al momento del infante adquirir experiencias entre el mundo real y el imaginario.

Se puede decir entonces que el desarrollo de una obesidad en este niño es consecuencia, de procesos mentalizadores negativos en la cuidadora, además, de un ejercicio físico limitado, que actúa sobre el cuerpo y también sobre los estados emocionales del niño, Krauss (citado en Menesses, 2001), nos dice:

Las emociones fuertes, como el miedo o la cólera, causan una serie de cambios internos en el organismo que lo exponen a respuestas agotadoras, las cuales conducen al individuo a situaciones amenazantes. Por lo tanto, el juego actuaría como un catalizador de esa energía y ayudaría al cuerpo a recuperar su estado de equilibrio (p.120).

El autor nos habla del agotamiento que provocan las emociones de enojo y tristeza, por ejemplo, se considera, entonces, que el cuerpo manifiesta el cansancio y el debilitamiento producido por las emociones, y los niños atraviesan por estas de manera más profunda, pues aún no han desarrollado una capacidad racional suficiente para autocontrolarse, de este modo el juego sirve a los niños para restaurar la armonía mental.

En el caso de E, a sus dos años, cuando el llanto y los llamados “berrinches” se intensifican como expresión de las emociones que el niño aún no puede dominar, la escases de juego para disipar y retomar el equilibrio, y sostener en la cotidianidad una actitud serena, ocasionan, según los autores, un agotamiento físico que provocaría deseos de comer, podríamos decir además que el deseo de comer, en especial *mecato* se debe a que este tipo de comida

puede resultar para él como un regalo, un elemento tranquilizador o en su defecto, un *mimo* por parte de su cuidadora.

## Procesos de mentalización y el ejercicio de la Autoridad

En el análisis del caso, se observó la necesidad de la cuidadora al referirse al ejercicio de la autoridad en su familia, puesto que, el estado físico del niño corresponde entre otras cosas, a las prácticas en la alimentación y el sueño sobre las que en su familia no hay control o límites: *“E solo tuvo regulación en su alimentación cuando estuvo con la nutricionista, pero al llegar la pandemia no se volvió al tratamiento. Mis hijos no me ayudan con él y yo no soy capaz de negarle la comida”*

Para empezar, se hace necesario entender que es la autoridad. Gallego (2012) citando a (Medina, Comellas, Chico y Otros; 1990, p.33) define el concepto así: “facultad que tiene una persona para orientar y determinar conducta de otros”. En esta dirección, la autoridad entonces implica la instauración de una jerarquía en la familia, en donde esté claro el rol de quien dirige y orienta a los menores, siendo generalmente los padres o cuidadores los encargados de llevar esta norma en el hogar. Sin embargo, este aspecto de la jerarquía en la familia de E no se evidencia: *“Yo no actuó como mamá, yo actuó como una hermana más para mis hijos. Siempre me pongo al mismo nivel que ellos”*.

Es de notar que, en la cuidadora y cabeza de hogar de este grupo familiar, se evidencia un estado consciente acerca de sus comportamientos en relación a sus hijos, reconociendo ante todo sus responsabilidades como madre y abuela, pero sin deseo y facultad para asumirlas: *“Yo sé que la manera de comportarme con mis hijos y el bebé está mal, yo sé lo que está pasando y lo que necesito hacer, pero no lo hago, no soy capaz, no sé por qué, pienso que es por no verlos llorar o por no verlos sufrir”*.

La ausencia de una figura de autoridad al no ser percibida y reconocida por los integrantes del hogar conlleva a que en la infancia los niños no encuentren un reflejo de autorregulación como en este caso es la alimentación. El niño al ver que su cuidadora no se siente empoderada para imponer normas en el hogar, identifica que puede consumir *mecatots*

en cualquier momento del día y no tendrá objeción de la misma, aparte de esto, podrá identificar también que puede dormirse a altas horas de la noche y tampoco tendrá un llamado de atención, es decir, E no cuenta con una regulación externa que le oriente sobre las acciones negativas que realiza para autorregularse.

Con relación a la autoridad en aspectos como el sueño y el descanso, la cuidadora manifiesta que su hijo mayor deja las luces prendidas hasta altas horas de la noche y ella no es capaz de decirle nada, lo que demuestra un desligamiento de su función materna al momento de imponer sus órdenes ante sus hijos, lo que pone en evidencia un ejercicio débil de su autoridad en el hogar. *“El bebé no me deja dormir, porque la habitación del tío queda al frente de la de nosotros y el foco lo deja prendido y toda la luz entra por la ventana, y él no se duerme hasta que el tío apague el foco. Lo único que yo le digo es J. apague el foco, pero no hace caso”*

Se percibe que en esta familia no hay ley; la autoridad se destituye de este lugar, y esto debido a que la madre no tiene la capacidad de liderar, ella misma no se autoriza poner límites, aspecto que fue perjudicial en el crecimiento y desarrollo de sus hijos y que E está introduciendo para sí. Gallego (2012) y su perspectiva sobre la autoridad, citando a Sennett, (1982), nos aporta un sentido más profundo de la misma en el hogar: “el cuidado de los otros es el don de la autoridad” (p.336).

La autoridad es una facultad que genera acciones de límites, control y regulación en las personas; especialmente en los menores, con la intención afectiva del cuidado y la protección, siempre y cuando se de en una medida sana, en la que no se caiga en la sobreprotección. Sin embargo, se puede evidenciar como estos vacíos de autoridad por parte de la cuidadora, manifiestan un descuido de la salud y, por tanto, del estado físico y mental del niño: *“E no hace caso, si yo estoy comiendo algo le tengo que dar o el me lo quita*

*jajajaja, él nunca queda lleno, yo simplemente dejo que coma. Si yo le dije que no, él solito se para a buscar en la nevera o los tíos le dan”*

En lo anterior se pone en evidencia la falta de procesos de autoridad sólidos en este hogar y la ausencia de actos coherentes por parte de la cuidadora que den ejemplo de bienestar al niño. Sobre esto Soberanes (2009) refiere que “Los padres de familia requieren educar a través de una pedagogía testimonial en la cual se practique el menor discurso posible y se enseñe con la propia actuación, la cual tiene un impacto mayor en los hijos (p.95).

La autora hace el llamado acerca de la importancia que tiene el ejemplo como una herramienta más efectiva que el discurso, pues el ejemplo, deja ver a los niños que las solicitudes de sus padres son posibles y adecuadas, y, que realmente, le van a proveer bienestar. En este aspecto los padres deben ser coherentes, y eso demanda de su parte una autoconsciencia, una autovigilancia y un esfuerzo por hacer en sí mismos aquello que le es pedido a los niños.

Otra manera de analizar el ejercicio de autoridad con la cuidadora, se da en relación a la sobreprotección, en su discurso, deja ver que tiene un estilo de autoridad hiperprotectora y lo representa mediante este proceso de mentalización: *“Yo he sido muy alcahuete con todos mis hijos, porque siempre viví la vida de ellos, entonces pienso que todo lo que les pasó fue culpa mía, si en mi casa me hicieran caso, si yo les hubiera enseñado más, si los hubiera soltado, quizá nada de esto hubiera pasado y todos estarían bien”*. Nuevamente se logra percibir en ella el estado de culpa al ejercer su función de madre, sin embargo, sus acciones realizadas no son lo suficiente para dejar pensamientos de sobreprotección, acciones que se ven reflejadas al momento de proveerle todos los cuidados a su nieto.

De acuerdo con la teoría que plantea Nardone, Giannotti y Rocchi (citados en Álvarez, 2010), uno de los modelos de autoridad parental es el hiperprotector, “en el que los adultos sustituyen continuamente a los niños, hacen su vida más fácil, intentan eliminar todas

las dificultades, hasta intervenir directamente haciendo las cosas en su lugar” (p.259). Se entiende entonces, que la autoridad que es ejercida por la cuidadora se orienta a lograr que su nieto reciba todas las atenciones que ella le provee, donde E sea obediente dejándose asistir en todo por su abuela, en cuidados que resultan reduccionistas para el empoderamiento y desarrollo de la autonomía del niño: *“Yo todo se lo hago a E, yo sé que él es capaz, pero a mí me gusta. Hasta mis hijos se enojan jajajajaj”*

A parte de lo descrito, el ejercicio de la autoridad en esta abuela resulta ambivalente manifestándose así: *“Yo una vez traté de tener normas e hice una cartelera grande donde a cada uno le ponía lo que tenían que hacer en el día, pensando así ejercer normas en la casa, y ellos me dañaron la cartulina, entonces yo ya desistí de las reglas, yo nunca les ayudé a nada de eso, las normas aquí no existen, aquí cada uno hace lo que le da la gana”*. La inconsistencia que se percibe en la autoridad de esta madre genera mayor distanciamiento de sus hijos en relación a la norma, de este modo, resulta más complejo para ella definir regulaciones alimentarias y de sueño en el bebé, y que éstas, sean fácilmente aceptadas por o él; no hay un modelo de autoridad que el niño pueda imitar.

De otra manera, esta falta de normas y autoridad se ven reflejado al momento en que el niño necesita reconocer el rol dentro de su familia, que en este caso sería su abuela, pero no es logrado: *“En mi casa no hay autoridad. Yo no tengo autoridad para corregir al bebe. Al niño hay que dejarlo hacer lo que él quiera, cuando no hay más gente yo lo corrijo, pero cuando están mis hijos o mi esposo me toca quedarme callada, porque todo el mundo opina y lo que yo pienso no vale la pena”*.

De este discurso puede entenderse que esta persona se reprime por el miedo a que sus hijos o esposo la juzguen, por esto, la autoridad en este infante se da con base a las circunstancias, resaltando como la cuidadora aún no se encuentra apropiada de su función, y

como consecuencia, limitaciones en sus acciones de control y orientación que puede ejercer sobre el niño, siendo la obesidad de su nieto un síntoma de esa falta de autoridad.

Las características de esa autoridad débil demostradas por la cuidadora: muchas veces ausente e inconvenientemente orientada, se ven reflejadas en que el niño accede a los alimentos cada vez que lo desea, en que no tiene hábitos de sueño estables, no encuentra ejemplo de autocuidado y de un verdadero bienestar en las acciones de su cuidadora, en que no hay una figura de autoridad permanente que asuma la vigilancia del bienestar del niño con compromiso, y en que no hay un modelo de autoridad adecuado.

Sin embargo, se logra ver como esta madre al momento de ejercer una autoridad lo hace, pero de manera sobreprotectora: *“Yo no consiento ver al bebé llorar y por eso accedo a todo lo que él quiere, jajajaj”*. Es curioso ver como el niño no tiene la representación del NO instaurada, su figura representativa accede a todo lo que él quiere como una manera de evitarle el sufrimiento y por ende el malestar al niño

Es notable ver que estos pensamientos conllevan a que en la cuidadora no pueda ser ejercido el proceso de autoridad en su familia, esto debido a sus experiencias de vida y la mentalidad respecto a la sobreprotección, tanto así que prefiere dejar que su nieto crezca formándose sin normas, que está hacer un cambio en su pensamiento y por ende en su conducta.

## Procesos de mentalización y Establecimiento del Vínculo

De acuerdo con el abordaje teórico de la presente investigación, la calidad del apego es entendida como una función que interviene en las estructuras emocionales de los niños y va surgiendo durante el desarrollo psicoevolutivo. Sin embargo, no puede hablarse de un apego sin relacionar los procesos vinculares. El vínculo se define como un lazo afectivo que emerge entre dos personas y genera un estado de confianza en el otro mediante un contexto de comunicación y desarrollo (Urizar, 2012).

Se reconoce entonces el apego como un vínculo fundamental e intrínseco entre los cuidadores y el menor, que asegura el cuidado, la protección y contribuye a la formación emocional de los niños. Para este caso, la obesidad de E llama la atención sobre la calidad del vínculo en las atenciones alimentarias y afectivas que recibe por parte de su cuidadora, así que este apartado se ocupa por saber la relación que establece esta abuela y que provoca una respuesta en E, que para el caso resulta desfavorable.

John Bowlby (1998) en su estudio sobre la teoría del apego expone a los cuidadores como las personas responsables de ir implementando y desarrollando respuestas de cuidado ante las manifestaciones de los niños, si estos identifican que existe un cuidador atento a sus emociones, y que estas tienen un propósito; darán señales de sus necesidades, lo que puede conllevar a la presencia de un estilo de apego resistente y así presentarse problemas en el desarrollo de la personalidad. Así mismo, Sroufe (2014), plantea que el apego puede surgir de manera resistente, y se desarrolla cuando la respuesta del cuidador es de forma inconsistente y la exploración en el niño se vuelve limitada; el infante no tiene la certeza de ser protegido, por ello, prefiere no separarse de su cuidador y no sentir angustia y ansiedad ante situaciones desconocidas.

Lo anterior fue evidenciado en la cuidadora así: *“Dentro de mi casa dejo que E explore, eso sí, yo me mantengo detrás de él porque de pronto se me aporrea. En la calle*

*cuando salimos es más difícil, yo no lo dejo explorar porque me da miedo que salga corriendo o que alguien le haga algo, todo, porque yo he sido muy miedosa, jajaja, vuelvo y le repito sobreprotección*". En este discurso se identifica una actitud de temor por parte de la cuidadora manifestada en impedimentos para la libre exploración del niño, logrando con esto una hipervigilancia y como resultado escasez de exploración convertida en un sedentarismo por parte del niño, y sumado a ello, una falta de diversidad de recursos de entretenimiento que se reducen únicamente al consumo de *mecato* en compañía de su cuidadora mientras ven la televisión.

Cómo se sabe, el apego es un estado que permite en la mayoría de los casos protección, seguridad y la formación de un buen proceso de regulación emocional, sin embargo, al no tener una buena regulación de estos procesos, se puede conllevar a que en la infancia se genere un vínculo negativo (desorganizado). En este caso, el niño se encuentra percibiendo una cuidadora atemorizada, entendiendo con sus acciones el miedo que esta persona tiene al cuidarlo y por ende no generar acciones de protección para él.

La transmisión de un carácter poco seguro para dar respuesta en caso de peligro genera en el niño una resistencia a socializar con otras personas, expresado así por su abuela: *"Al bebe le da miedo cuando viene gente, no se deja cargar, se va alejando, no permite que otra persona se le acerque o le haga las cosas, solo la tía o yo"*. Si el infante en sus primeros años de vida desarrolla experiencias no positivas con su cuidador, su sistema psíquico y conformación del Yo presentará fallas, y en la adultez, estas personas se verán incapacitadas para crear relaciones y vínculos afectivos (Garrido-Rojas, 2006).

Es importante que el niño en sus primeros años de vida pueda depender y construir vínculos sanos con sus figuras de apego y que éstas puedan proteger al niño cuando sea necesario. La seguridad y los procesos de afecto que transmiten los cuidadores al niño, conllevará a que en la adultez tenga un apego seguro, de no ser así, este tipo de afectos se

forjaron con temor a la exploración y la identificación por parte de un cuidador inseguro, provocando en la mayoría de los casos actitudes complacientes de los infantes con sus cuidadores, a quienes pueden percibir como personas indefensas y demandante de atención.

Para nuestro caso, ejemplificamos lo anterior en la siguiente mentalización:

*“Yo pienso que él bebe me demuestra afecto porque me abraza, me da picos, uno puede estar viendo televisión y él es todo el tiempo el bracito, a mí me parece maravilloso. Con decirle que él siempre está pendiente de mis cosas, cuando me levanto lo primero que él me entrega son mis gafas, él me ayuda, y me parece que es afecto porque demuestra interés, hace un año para acá viene haciendo lo mismo, se levanta y me presta todo esto que necesito, y me parece grandioso que lo haga sin que le diga, es una manera de demostrar su amor”.*

Como es sabido, los procesos vínculo- afectivos implica una interacción entre dos personas, a lo que nos compete, el niño manifiesta interés en su figura representativa dándole todos los elementos que para ella son importantes y encuentra en sus acciones una manera de vincularse con ella, lo que pudiera hacer a través del juego, pero no es posible por las creencias que esta persona tiene dentro de sí en relación a la sobreprotección. Sin embargo, en los procesos de mentalización de la cuidadora al abordar la afectividad de ella hacia el bebé expresa: *“Yo todo el día lo abrazo, me levanto, le hago el desayuno, lo baño, le hago todo. Él sabe que yo lo quiero”.*

Estas maneras de expresión del amor son las más evidentes en la relación familiar, por cuanto la cuidadora ha considerado que proteger y cuidar a sus hijos desde la asistencia es la manera que encontró para amarlos, para ejercer su rol afectivo de madre, de ahí que sus quejas están entorno a que sus hijos no aprendieron a realizar labores del hogar y su nieto va por el mismo camino; ella se enfocó en proveerles estas demandas como único soporte de su

amor y que en la actualidad hace con E: *“Yo no permito que él bebe haga nada: yo lo baño, le doy el desayuno, lo visto, en ocasiones él solito empieza a quitarse la ropita, y yo no lo dejo, él queriéndolo hacer y yo no se lo he permitido”*.

Es curioso ver como del mismo modo, el niño no permite que su abuela tome las gafas y demás elementos necesarios para levantarse, esto en un intento por corresponder a su amor de la manera como cree que ella lo valora, permitiendo así la presencia de una focalización de rasgos que Lanza (2011) define como un reconocimiento de los rasgos externos de la conducta del cuidador a los que se les atribuye un significado, sobre todo en el ámbito emocional, así que él bebe ha elaborado aquella particular forma de manifestar el amor hacia su cuidadora, en su necesidad de aproximarse y vincularse con ella.

Castelli (2011) luego de retomar las teorías de Fonagy, señala que a partir de los dos años, los niños reconocen que las acciones tienen una intención: interpretar los deseos del otro, así que las llamadas manifestaciones de amor por parte de la cuidadora, cuando el niño es servicial con ella, hacen parte de un proceso inconsciente, pues ella expresa que esta conducta es repetitiva, lo que indica que el niño ha interpretado valor en esa acción, y organiza su pensamiento entorno a la intención de agradarle a su abuela. En esta misma línea, Bowlby (citado en Garrido-Rojas, 2006) expone que las interacciones entre el cuidador y el infante darán cuenta de la calidad del apego, siendo esto conocido como modelos operantes internos; es decir, son las expectativas que posee el niño acerca de sí mismo y de los demás, permitiéndole interpretar y responder a las conductas de sus figuras de apego.

A partir de lo anterior, se hace importante mencionar la afectividad en relación específica con el estado de obesidad del niño; correspondencia que hace al afecto que recibe de su cuidadora, el cual también incluye la ingesta de alimentos que reconoce del agrado de ella, en los espacios de encuentro que tienen lugar alrededor de la televisión. A partir de estas conductas, se interpreta que el alimento hace parte de los momentos de relacionamiento con

su abuela, pero de manera desfavorable: el alimento que consumen no es saludable y no está regulado.

Con relación a lo último, la cuidadora lo expresa así: *“Los alimentos son siempre al lado del televisor, aquí todos comemos al pie del televisor y pues él tiene que comer con nosotros, ver televisión y masticar es muy bueno jajaja”*.

Lo anterior da a entender como en esta familia no hay una autorregulación de los tiempos de ocio ni de la alimentación, lo que sin duda es transferible al niño como conductas normalizadas en el hogar, la televisión se ha instaurado como tiempo del afecto, del intercambio y el compartir, ante esto, la cuidadora no tiene una posición consciente frente a las desventajas de esta práctica con relación a la calidad del apego. Por otro lado, puede observarse en estos comportamientos actitudes infantilizadas en la que ella no reconoce su figura pedagógica frente al niño, no es consciente de su función como figura de ejemplo, y no asume la autorregulación de sus propios hábitos de ocio y alimento.

Para concluir podemos decir que en este estudio de caso nos encontramos frente a un adulto que no se ha empoderado de las responsabilidades con su autocuidado, así mismo, no genera acciones de cuidado frente al niño, aspecto que permite identificar que el vínculo entre cuidador-infante no deja clara una relación jerárquica favorable, en la que el niño reciba protección de un adulto con convicción del bienestar adecuado.

### **Procesos de mentalización y desarrollo de la obesidad infantil**

Para el desarrollo de este capítulo, abordaremos los malos hábitos de vida saludable con relación a la alimentación y el sedentarismo, elemento que fue surgiendo en el discurso con la cuidadora y dando cuenta de la obesidad infantil en su nieto.

En apartados anteriores se expuso la importancia de la alimentación desde las primeras etapas de vida, siendo la leche materna el componente primordial que cada humano debe tener para un buen desarrollo físico y emocional. Con base a lo último, podemos decir que hablar de alimentación implica no solo un proceso nutricional; a partir de ella se abordan componentes psicológicos y socioculturales, los cuales influyen en el desarrollo de esos malos hábitos de vida con relación a los alimentos.

Durante el discurso, se notó cómo la familia de esta cuidadora no tiene unos buenos hábitos alimenticios, para ellos la comida y en especial el *mecato* o alimentos procesados como las hamburguesas o gaseosas ha sido parte de su rutina alimentaría, la cuidadora lo manifiesta así: *“Aquí en la casa todos somos adictos al mecato, jajajaj, nos encanta, la gaseosa es diario no nos puede faltar, siempre va haber un mecato, usted va y abre un chifonier y en el uno encuentra lenguas, en el otro chocolatinas, papitas, y así por el estilo”*.

Es de notar como en esta cuidadora la mala alimentación es un aspecto que se incluye en su familia como un hábito de vida, para ella, este tipo de comida le genera placer y en su deseo de satisfacerse y querer comer no logra ser consciente del daño que esto causa a su vida y en especial a la de su nieto: *“Yo soy muy adicta al mecato y a las gaseosas, y yo no puedo soltarlas, por eso E es así, nosotros le damos de todo el mecato que traemos y a él sí que le gusta, jajaja”*. De acuerdo con esto, se hace importante resaltar el papel que tiene la familia al momento de enseñar buenos hábitos alimentarios, si la familia no tiene una adecuada alimentación los niños lo notarán y lo harán, como en el caso de E, quien imita y sigue el ejemplo de su abuela y tíos al momento de consumir estos alimentos poco nutritivos: *“A mí*

*no me gusta cocinar, y mis hijos no saben hacer nada de comida porque yo les he hecho todo jajaja, por eso ellos mandan a comprar hamburguesas, salchipapas o pizza”.*

Los hábitos alimentarios a través de los años cambian y como resultado de estos la dinámica familiar. Hoy en día, en las familias por el ritmo de vida tan acelerada pueden presentar falta de tiempo y poca dedicación de los padres hacia sus hijos al momento de preparar los alimentos, provocando con esto adquisición de nuevas formas de cocina poco saludables y, permitiendo además que muchos niños presenten desórdenes alimenticios (Macías et al., 2012). En nuestro caso, lo expuesto por el autor puede ejemplificarse cuando la cuidadora manifiesta: *“El bebé siempre quiere comer, con decirle que él ya sabe dónde está la nevera, es más, él a veces ni dice que quiere, él va a la cocina, se sube en un banquito y empieza a sacar arroz y yo ya sé que quedó con hambre y le doy más”.*

Puede notarse como esta cuidadora no ejerce un papel educador con su nieto con relación a la comida, no pone límites en la alimentación de E, el comer para ella es un acto que puede darse en cualquier momento del día sin plena consciencia, tanto así que expresa el no saber si su nieto queda bien o mal alimentado después de proporcionarle las comidas: *“Siempre que le voy a dar la comida al bebé estamos viendo televisión, entonces no sé si el niño queda bien alimentado o mal alimentado.* La duda de la cuidadora acerca de la satisfacción del niño después de comer, devine también de su desconocimiento acerca de las porciones necesarias para el niño, y de un suministro regulado de alimentos que provea hábitos saludables en su nieto.

Una buena alimentación es la mejor herramienta para la prevención de enfermedades, y en este caso, los malos hábitos alimenticios en E conllevan al surgimiento de enfermedades tanto físicas como mentales. Su cuidadora se dedica solamente a saciarlo mediante la comida sin una consciencia plena de los efectos que esta mala alimentación está generando en su nieto: obesidad infantil: *“Yo no soy capaz de negarles a mis hijos la comida, si ellos quieren*

*comer yo les doy, muchas veces yo les sirvo algo y ellos quedan con hambre, sino mire al bebé, almuerza y al rato pide su galleta o más jugo*". Cada vez que esta cuidadora no asume acciones de control está provocando la existencia de hábitos desfavorables para el niño, relacionados principalmente con la alimentación.

Con base a lo descrito, se puede decir que la obesidad infantil de E, se relaciona de cierta manera por los malos hábitos alimenticios que hay dentro de su grupo familiar, en especial los de su cuidadora, y también por el sedentarismo y la poca actividad recreativa que el niño tiene, factores que contribuyen en gran medida en el incremento de su enfermedad.

En el caso que se ha estudiado, la cuidadora reconoce que ella misma no tiene hábitos de alimentación saludables y estos hábitos son reconocidos por el niño como normales, al ver que provienen de su cuidadora siente que le generan "bienestar", y considera que esto le hace bien; de este modo, un cambio de conducta en la cuidadora implementaría una regulación en su nieto.

Otro aspecto importante que influye en el desarrollo de la obesidad en E, es el sedentarismo y la poca actividad física que realiza. Según Lavielle (2013) "El sedentarismo se puede considerar como un gasto energético por debajo de lo requerido para considerarlo actividad física" (p.165). En el caso estudiado, como hemos visto en apartados anteriores se evidencia que E juega poco debido a las dificultades de salud de su abuela, sumado a ello, su actividad física se reduce debido a que su cuidadora tiene una metalización de miedo; ella teme que el niño explore porque supone que corre peligro y eso sería considerado para ella como un acto imperdonable. *"Si el bebé se aporrea que van a pensar de mí, ¿yo donde estaba para que eso no le pasará? [...], sería la peor mamá por no cuidarlo bien"*.

Lo anterior, nos permite evidenciar un proceso mental negativo en esta cuidadora, donde la inseguridad y el temor conllevan a que la sobreprotección sea parte de esa función materna que ella realiza. Su experiencia de vida la hace pensar que tanto a su nieto como a

sus hijos les podría pasar cosas malas si ella no está pendiente de sus vidas, lo que conllevó a que en sus hijos se presentarían consecuencias al momento de desarrollarse mentalmente y que posiblemente en su nieto también se van a notar.

Se puede decir entonces que aspectos como la poca actividad física y la ingesta de alimentos perjudiciales, desatan mayores trastornos de obesidad en el niño, como es el caso de E, en su familia el *mecato* y la comida *chatarra* son elementos indispensables al momento de comer. Cigarroa (2016), con relación a lo anterior dice:

Si al sedentarismo le agregamos, además, un alto consumo de alimentos de alta densidad energética y bajo valor nutricional y de bebidas con azúcar de alta palatabilidad que no producen saciedad en el niño, obtenemos como resultado un aumento explosivo de las tasas de obesidad infantil. (p.160).

En la edad en la que se encuentra E, la actividad física comienza a ser central y esencial para potencializar sus habilidades motrices, además, el divertimento con el cuerpo se constituye como uno de los principales focos de juego de los niños, aparte de ser un elemento esencial para el establecimiento de relaciones con los demás. De este modo es fundamental el acompañamiento de los cuidadores y su motivación al juego en estos primeros años, en los que los niños se interesan más por los juegos en solitario, y por la exploración de sus propias posibilidades físicas, aquí entonces, los niños requieren la orientación y atención de sus cuidadores para saber usar herramientas de juego, para validar que están siendo vigilados y protegidos, lo que facilita una creciente exploración. Los momentos de juego y actividad física en el caso que hemos estudiado se ven reducidos, y se encuentra que el niño consigue el acompañamiento de su cuidadora en actividades sedentarias como es la televisión.

## Conclusiones

El presente trabajo tuvo como objetivo analizar la relación que se da entre los procesos de mentalización en una cuidadora y la influencia de estos en el desarrollo de la obesidad infantil. Para su ejecución, se opta por la modalidad de estudio de caso, herramienta que permite analizar la relación existente entre un cuidador con su nieto, logrando extraer de esto, las posibles causas de obesidad infantil de este niño de dos años de edad con relación a los procesos de mentalización creados por su abuela.

Como todo proceso evolutivo, durante la infancia existen diversos factores que hacen que el ser humano se desarrolle plenamente con cada una de sus capacidades, siendo el acompañamiento materno el proceso fundamental para una buena salud mental. Por esto se puede decir que son las experiencias tempranas de vida, las que permiten al infante estructurar su psiquismo, descubriendo a través de un buen acompañamiento por parte de su cuidador quién es él, quién es el otro y así mismo poder satisfacer su principio de realidad.

En nuestro caso, se logró ver cómo la cuidadora principal del niño (abuela), durante su infancia no tuvo un acompañamiento por parte de sus padres, lo que hizo que dentro de su estructura psíquica fueran apareciendo una serie de creencias negativas que conllevaron en ella a la consecución de ciertos estados mentales, estados que son reflejados en la dificultad que esta persona tiene para regularse y estabilizar sus propias emociones. Lo anterior ha generado una serie de comportamientos no saludables en el vínculo con su nieto; estados mentales de sobreprotección al no ejercer una buena función materna, siendo lo último un factor repetitivo en su grupo familiar.

Es de saber que un buen proceso de mentalización permite una mejor adaptación del ser humano al momento de entablar relaciones personales, siendo el apego-vínculo uno de los factores más importante al momento de consolidar estados mentales sanos, los cuales se dan por un buen proceso de identificación en la infancia entre el bebe y su madre; como

resultado, emerge la aparición de un apego seguro que permita experiencias positivas en cuanto a las relaciones, lo que en este caso no es evidenciado ni en la cuidadora ni en su nieto. Bowlby sostiene que cuando un cuidador tiene capacidad de respuesta (es responsivo), el niño espera y cree que las personas le van a responder y tiene la expectativa de que las relaciones son valiosas y que se puede confiar en los demás.

Basándonos en lo último, podemos decir que la obesidad generada en este niño surge entonces como consecuencia de un estilo de apego resistente e inseguro a parte de una exploración limitada de su entorno, porque la imagen sobreprotectora de su abuela detona conductas de inseguridad y miedo teniendo en cuenta sus procesos mentales. Por esta razón, la diversidad de opciones de recreación se reduce a la televisión en la que el niño no genera actividad física, sumado a ello, esos momentos de “*diversión*” acompañados con *mecatons*, siendo también los malos hábitos alimenticios un elemento importante en el desarrollo de esta enfermedad.

Deviene, además, resaltar la creencia negativa de parte de esta cuidadora referente a la alimentación, para ella el amor se manifiesta solo dando alimento, creando un escenario de encuentro afectivo en torno a la televisión, donde se comparten alimentos poco nutritivos y que no son convenientes para la salud, transmitiendo a este niño, la idea de que la comida es propia en todos los espacios sin una regulación de la misma, como consecuencia, se establece en el niño la relación con el alimento de manera desordenada, y posible aparición de estados de mentalización que construye según las experiencias forjadas en el contexto relacional en el que se encuentra.

Como se ha mencionado, la mentalización se da de acuerdo a una serie de procesos que tienen una función especial: transformar diversos contenidos mentales, centrarse en la autorregulación, focalizar en distintos contenidos y funciones del propio self (Lanza, 2011). En este sentido, es importante plasmar como la dinámica de este grupo familiar, frente a los

estados mentales de la cuidadora, han provocado el surgimiento de enfermedades físicas y mentales en sus hijos y posiblemente en su nieto. La sobreprotección, la falta de autoridad y la debilidad en la función paterna han hecho que sus hijos no desarrollen los recursos psíquicos necesarios para el establecimiento del psiquismo con recursos suficientes para enfrentar los avatares de la vida; por tanto, se destaca en algunos miembros de esta familia episodios de ansiedad, depresión e incluso afectaciones en la estructura de su personalidad.

Es importante señalar que la función paterna es una transmisión de la función materna, esto es, la madre debe vehicular la introyección de la ley y la regulación en los límites. Si desde la función materna no se cumple esto, el niño no tendrá la capacidad para organizar su yo, tanto así, que su desarrollo psíquico puede presentar alteraciones en diversos aspectos de su vida (Winnicott, 1962).

Según lo anterior, se hace importante resaltar como ésta cuidadora ha desarrollado una función materna que hacen de ella ser una madre ansiosa, desregulada, y en palabras de Winnicott no se ubica como una *madre suficientemente buena*, por tanto, no responde de manera adecuada a las necesidades que su nieto tiene y las que sus hijos presentaban; para ella en su afán de ser una buena madre responde a tales necesidades de manera culposa, puesto que su mentalización se basa en no saber cómo ser una buena madre, compensando de manera errónea todo el acompañamiento dado a su nieto y como resultado de este mal acompañamiento aparición de enfermedades físicas como la obesidad infantil.

Después de haber indagado la relación entre una cuidadora con su nieto y ver las consecuencias que se presentan a causa de los procesos mentales evidenciados en los resultados, se hace importante en próximas investigaciones abrir preguntar en torno a la función mentalizadora de los cuidadores y su relación con las funciones de personalidad psíquica de quien las ejerce.

## Referencias

- Abadía-Espés, N. (2017). La lactancia materna como prevención de la obesidad infantil: revisión bibliográfica. *Medicina naturista*, 11(1), 47-54. Recuperado de:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5819465>.
- Alba, C., Flores, Y., y Cárdenas, V. (2014). Estilos de apego padres-hijo y obesidad infantil. *Revista Vectores de Investigación*. 8(8), 143-158. Recuperado de:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6670046>.
- Álvarez, M. (2010). Prácticas educativas parentales: autoridad familiar, incidencia en el comportamiento agresivo infantil. *Revista virtual Universidad Católica del Norte*. 31, 253-273. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1942/194214587011.pdf>
- Aragonés, A., Blasco, L., y Cabrinety N. (s.f). Obesidad. *Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica*. 6-21. Recuperado de:  
<https://www.seep.es/images/site/publicaciones/oficialesSEEP/consenso/cap07.pdf>.
- Arvelo, L. (2003). Función paterna, pautas de crianza y desarrollo psicológico en adolescentes: implicaciones psicoeducativas. *Acción Pedagógica*, 12 (1), 20-30. Recuperado de:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2972740>
- Bateman, A., y Fonagy P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*. 9(1), 11–15. Recuperado de:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2816926/>.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (Ed.). (2012). Handbook of mentalizing in mental health practice. London: American Psychiatric Publishing.
- Becerra, M. A., Morales, W., y Muñoz, V. A. (2020). *Estudio descriptivo de las dinámicas vinculares de cuidadoras y niños institucionalizados de 0-2 años*. (Tesis de pregrado). Universidad Gabriela Mistral, Santiago. Recuperado de:

<http://repositorio.ugm.cl/bitstream/handle/20.500.12743/1811/CD%20ME.PSI%20%281%29%202020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Bermejo, A., Orozco, F., Ordóñez Hernández, J., y Parga, C. (2016). Obesidad infantil, nuevo reto mundial de malnutrición en la actualidad. *Biociencias*, 11(2), 29-38. Recuperado de: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/biociencias/article/view/2539>

Bowlby, J. (1998). "El apego". Tomo 1 de la trilogía "El apego y la pérdida". Barcelona, Paidós.

Borrel, F. (1989). *Manual de entrevista clínica para atención primaria de Salud*. Barcelona: DOYMA.

Cardaci, D. (2013). Obesidad infantil en América Latina: un desafío para la promoción de la salud.

*Global health Promotion*, 20(3), 80-83. Recuperado en:

[https://www.researchgate.net/publication/256201794\\_Obesidad\\_infantil\\_en\\_America\\_Latina\\_un\\_desafio\\_para\\_la\\_promocion\\_de\\_la\\_salud](https://www.researchgate.net/publication/256201794_Obesidad_infantil_en_America_Latina_un_desafio_para_la_promocion_de_la_salud).

Castelli, G (febrero de 2011). Mentalización, aspectos teóricos y clínicos. (ponencia). Congreso de Interpsiquis. Recuperado de:

[https://www.researchgate.net/publication/216541366\\_Mentalizacion\\_aspectos\\_teoricos\\_y\\_clinicos](https://www.researchgate.net/publication/216541366_Mentalizacion_aspectos_teoricos_y_clinicos).

Cattaneo, A., Monasta, L., Stamatakis, E., Lioret, S., Castetbon, K., Frenjen, F., Brug, J. (2010).

Overweight and obesity in infants and pre- school children in the European Union: a review of existing data. *Obesity Review*, 11(5), 389-398. Recuperado de:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19619261/>

Cigarroa, I. (2016). Efectos del sedentarismo y obesidad en el desarrollo psicomotor en niños y

niñas: Una revisión de la actualidad latinoamericana. *Universidad y salud, sección de artículos de revisión de tema*. Recuperado de:

<https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/2733>

- Cuenya, L., Ruetti, E. (2010). Controversias epistemológicas y metodológicas entre el paradigma cualitativo y cuantitativo en psicología. *Revista Colombiana de Psicología*, 19(2), 271-277. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=804/80415435009>.
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., y Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Revista de investigación en educación médica*, 2(7), 162-167. Recuperado de: [http://riem.facmed.unammx/sites/all/archivos/V2Num03/09\\_MI\\_LA%20\\_ENTREVISTA](http://riem.facmed.unammx/sites/all/archivos/V2Num03/09_MI_LA%20_ENTREVISTA).
- Domínguez, P., Olivares, S., y Santos, J. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 58(3), 249-255. Recuperado de: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06222008000300006&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222008000300006&lng=es&tlng=es)
- Duhalde, C., Tkach, C., Esteve, M. Jimena., y Huerín, C. (2011). El jugar en la relación madre-hijo y los procesos de simbolización en la infancia. *Anuario de Investigaciones*, XVIII (), 239-246. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139947078>
- Encuesta Nacional de Situación Nutricional, E. N. (2015). Gobierno presenta Encuesta Nacional de Situación Nutricional de Colombia. Bogotá: (ENSIN). recuperado de: <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutricional>.
- Epstein, A., Pesce, C., Errázuriz, C., Gómez-Barris, I., Izquierdo, V., y Farkas, C. (2018). Relación de la autorregulación infantil con sensibilidad materna y contexto familiar a los 12 y 30 meses de edad. *Summa Psicológica UST*, 15(1), 25–34. Recuperado de: <https://doi-org.ezproxy.uniminuto.edu/10.18774/0719-448x.2018.15.360>.
- Escobar, M., Santelices, M., y Peláez G. (2013). Psicoterapia basada en la Mentalización como tratamiento para Trastornos de Personalidad Borderline: Revisión teórica de los postulados de Fonagy. *Summa Psicológica UST*, (10)1, 155-160. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0719-448x2013000100014&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-448x2013000100014&lng=pt&tlng=es).

- Gálvez, A. y Farkas, C. (2017). Relación Entre Mentalización y Sensibilidad de Madres de Infantes de Un Año de Edad y su Efecto en su Desarrollo Socioemocional. *Psykhé*, 26(1), 1- 14.  
Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/psykhe/v26n1/art05.pdf>
- Gallego, A. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista virtual Universidad Católica del Norte*. 35, 326-345. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194224362017>
- Garrido-Rojas, Lusmenia (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507. Recuperado de:  
en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80538304>
- Golanó, M. (2015). *La mentalización parental durante la primera infancia. Adaptación y validación de la Parent Development Interview (PDI)*. (Tesis doctoral, Psicología). Universitat Ramon Llull
- Gómez, J. F. (s.f). El juego infantil y su importancia en el desarrollo. *CCAP*, 10(4), 5-13.  
Recuperado de: <http://educacioninicial.mx/wp-content/uploads/2018/04/El-Juego-Infantil-y-su-Importancia-en-el-Desarrollo.pdf>
- Gonzalo, M. (2014). *Obesidad infantil: Un estudio de caso*. (Tesis de pregrado). Universidad Pontificia Comilla ICAI ICAE. Madrid, España, España.
- Güemes, M., y Muñoz, M. (2015). Obesidad en la infancia y adolescencia. *Revista de pediatría integral*, 19(6), 412-427. Recuperado de: [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix06/05/n6-412-427\\_Obesidad\\_Maria.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix06/05/n6-412-427_Obesidad_Maria.pdf).
- Guerrero, J., Cortez, L., y Charci, C. (2017). *Características comunes a las diversas modalidades de investigación de corte cualitativo y sus diferencias con las de tipo cuantitativo*. Ecuador: UTMACH.
- Gutiérrez, J. (2009). *Dinámica del Grupo de Discusión*. Madrid: CIS, Cuadernos metodológicos nº 41.

International Obesity Task Force, O. T. (2010). *Obesidad a nivel mundial*.

Janin, B. (2012) Los niños rebeldes y desafiantes de hoy. *Actualidad Psicológica*, 2(5), 1-32.

Recuperado de: [http://bibliotecas.ucasal.edu.ar/opac\\_css/doc\\_num.php?explnum\\_id=97](http://bibliotecas.ucasal.edu.ar/opac_css/doc_num.php?explnum_id=97)

Jarpa, C., Cerda, J., Terrazas, C., y Cano, C. (2015). Lactancia materna como factor protector de sobrepeso y obesidad en preescolares. *Revista chilena de pediatría*, 86(1), 32-37. Recuperado de: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062015000100006](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000100006)

Klein, M. (1955). La técnica psicoanalítica del juego: su historia y significado. *Psikolibro*, 1-19.

Recuperado de:

[http://www.colegiodepsicologoslima.org/colegio/recursos/La\\_tecnicapsicoanalitica\\_del%20juego.pdf](http://www.colegiodepsicologoslima.org/colegio/recursos/La_tecnicapsicoanalitica_del%20juego.pdf)

Lanza, G. (2011). Mentalización, aspectos teóricos y clínicos. *Interpsiquis*. Recuperado de:

[https://www.researchgate.net/publication/216541366\\_Mentalizacion\\_aspectos\\_teoricos\\_y\\_clinicos](https://www.researchgate.net/publication/216541366_Mentalizacion_aspectos_teoricos_y_clinicos).

Lanza, G. (2011). Las polaridades de la Mentalización en la práctica clínica. *Clínica e Investigación Relacional*, 5 (2): 295-315. [ISSN 1988-2939]. Recuperado de:

[https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V5N2\\_2011/4\\_G-](https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V5N2_2011/4_G-)

[Lanza\\_Polaridades-Mentalizacion\\_CeIR\\_V5N2.pdf?ver=2011-06-21-133045-113](https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V5N2_2011/4_G-Lanza_Polaridades-Mentalizacion_CeIR_V5N2.pdf?ver=2011-06-21-133045-113).

Lavielle, P. (2013). Actividad física y sedentarismo: Determinantes sociodemográficos, familiares y su impacto en la salud. *Revista salud pública*. 16 (2). 161-172. Recuperado de

<https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2014.v16n2/161-172/es>

Macias, A. I., Gordillo, L. G., & Camacho, E. J. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista chilena de nutrición*, 39(3), 40-43.

Mahler, M. (1992). *Simbiosis humana: Las vicisitudes de la individuación* (1968). Ed. Joaquín Moritz. México D.F.,

- Martínez, C. (2011). Mentalización en Psicoterapia: Discusión Sobre lo Explícito e Implícito de la Relación Terapéutica. *Terapia psicológica*, 29(1), 97-105. Recuperado de:  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082011000100010](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100010)
- Martínez, M. (2014). Psicopatología y teoría de las relaciones objétales. *Revista de ciencias sociales*, 147-158. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/153/15333872009.pdf>
- Meneses, M. (2001). El juego en los niños: enfoque teórico. *Revista Educación* 25(2): 113-124.
- Miguel, P., Niño, A. (2009). Consecuencias de la obesidad. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud (ACIMED)*, 20(4), 84-92. Recuperado de:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3168597>.
- Montero, E. (2016). Trauma de apego y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 6(2), 35-53. Recuperado en:  
[https://www.psicociencias.org/pdf\\_noticias/Trauma\\_de\\_apego\\_y\\_TCA.pdf](https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Trauma_de_apego_y_TCA.pdf).
- Moreno, A. (2018). Números alarmantes sobre la obesidad en Colombia. *NovaEtVetera*. Recuperado de <https://www.urosario.edu.co/Periodico-NovaEtVetera/Salud/Numeros-alarmanentes-sobre-la-obesidad-en-Colombia/>.
- Muñoz, E., y Farkas, C. (2018). Relación entre atención compartida madre-hijo, sensibilidad materna y expresión emocional gestual infantil. *Acta Colombiana de Psicología*, 21(2), 131-143.  
<https://doi-org.ezproxy.uniminuto.edu/10.14718/acp.2018.21.2.7>.
- Muñoz, F. y Arango, C. (2017). Obesidad infantil: un nuevo enfoque para su estudio. *Salud Uninorte*, 33 (3), 492-503. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-903671>.
- Nóblega, M., Barrig, P., Conde, G., Núñez del Prado, J., Carbonell, O., y Altmann, M. (2016). Cuidado materno y seguridad del apego antes del primer año de vida. *Universitas Psychologica*. 15(1), 245-260. Recuperado de:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v15n1/v15n1a19.pdf>

Organización Mundial de la Salud ENCU. (2010). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. OMS. Recuperado de:

[http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood\\_what\\_can\\_be\\_done/es/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what_can_be_done/es/)

Organización Mundial de la Salud OMS. (2016). Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil. OMS. Recuperado de:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206450/9789243510064\\_spa.pdf;jsessionid=CACB9B9427AC1D81A8C2492CBD8EB74F?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206450/9789243510064_spa.pdf;jsessionid=CACB9B9427AC1D81A8C2492CBD8EB74F?sequence=1)

Organización Mundial de la Salud OMS. (2017). Semana mundial de la lactancia materna. OMS.

Recuperado de: <https://www.who.int/mediacentre/events/2017/world-breastfeeding-week/es/>

Organización Mundial de la Salud OMS. (2018). *Atlas sobre salud infantil y medio ambiente*. OMS.

Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1098513/retrieve>

Organización Panamericana de la Salud. (s.f). Modulo obesidad infantil. Recuperado de:

<https://www.aepap.org/sites/default/files/aiepi-obesidad.pdf>.

Ortiz, E. (2013). Epistemología de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa: Paradigmas y

Objetivos. *Revista de Claseshistorias*. 1-23. Recuperado en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5174556>.

Ospina, J., Jiménez, M., y Villamarín, E. (2015). La importancia de la lactancia en el desarrollo

físico, psíquico y relacional del niño. *Revista do Nesme*. 12(1): 7- 18. Recuperado de:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1806-](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1806-)

[24902015000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1806-24902015000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=es)

Pardo Abril, N. (2013). Análisis crítico del discurso: conceptualización y desarrollo. *Cuadernos*

*De Lingüística Hispánica*, (19), 41-62. Recuperado de:

[https://revistas.uptc.edu.co/index.php/linguistica\\_hispanica/article/view/447](https://revistas.uptc.edu.co/index.php/linguistica_hispanica/article/view/447)

- Ramírez, N. (2010). Las relaciones objétales y el desarrollo del psiquismo: una concepción psicoanalítica. *Revista IIPSI*, (13)2, 221-230. Recuperado de:  
<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3729>
- Raznoszczyk de Schejtman, C. (2018). Dimensiones de la parentalidad. Reflexiones e investigaciones actuales. *Revista Anuario de Investigaciones*, XXV (), 381-389. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369162253045>
- Rebazo, M., Moreno, J. (2007). Teoría de la mente: La construcción de la mente mediante los cuentos de hadas. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 12(1), 179-201. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=292/29212112>.
- Ripoll-Núñez, K., y Martínez, K. (2012). Representaciones de apego de niños y niñas con obesidad y la respuesta sensible de sus madres. *Summa psicológica UST*, 9(2), 57-67. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0719-448x2012000200005&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-448x2012000200005&lng=pt&tlng=es).
- Rotenberg, E. (2014). La “función parental verdadero self”, base de la integración del Yo. En Rotenberg, E. (comp.). *Parentalidades: interdependencias transformadoras entre padres e hijos*. 1ª edición. (pp. 37 – 70) Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Lugar Editorial
- Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Selección de la muestra. En Metodología de la Investigación* (6ª ed., pp. 170-191). México: McGraw-Hill.
- Sánchez, S., y Vega, I. (2013). Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1), 21-32. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1578-908X2013000100003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2013000100003).
- Santelices, M., Zapata, J., Fischersworing, M., Pérez, F., Mata, C., Barco, B., Olhaberry, M., y Farkas, C. (2016). Intervenciones basadas en la mentalización para padres y educadores: una revisión sistemática. *Terapia psicológica*. 34(1). 71-80. Recuperado de: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082016000100008](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082016000100008)

- Santos de León, C. (2016). *Estudio de la correlación entre el apego y la mentalización*. (tesis de pregrado). Universidad de la República Facultad de Psicología, Uruguay. Recuperado de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/10086>.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment and Human Development*, 7(3), 269-281. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14616730500245906>.
- Soberanes, M. (2009). El ejercicio de la autoridad en la familia. *Revista panamericana de pedagogía*, 14, 91-100 Recuperado de <https://revistas.up.edu.mx/RPP/article/view/1789/1526>
- Sroufe, A. Szteren, L. Causadias, J. (2014). El apego como un sistema dinámico: fundamentos de la teoría del apego. En B. Torres, J. Causadias, G. Posada (comps.). *La teoría del apego: investigación y aplicaciones clínicas*. (pp. 27-40). Psimática Editorial.
- Svigilsky, C. (2015). El Mentalizar Desde La Perspectiva Psicoanalítica: ¿Qué Es Lo Novedoso? *Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 4, 1-3. Recuperado de: <https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/abril2015/holmes.pdf>
- Tirapu-Ustárrroz, J., Pérez-Sayes, G., Erekatxo-Bilbao, M., & Pelegrín-Valero, C. (2007). Qué es la teoría de la mente. *Revista De Neurología*, 44(08), 479-489. Recuperado de: [https://pdfs.semanticscholar.org/80ff/dacf44858d9493da3f42c60dd1ad118df75e.pdf?\\_ga=2.23376825.201882223.1604869973-205457016.1600401713](https://pdfs.semanticscholar.org/80ff/dacf44858d9493da3f42c60dd1ad118df75e.pdf?_ga=2.23376825.201882223.1604869973-205457016.1600401713).
- Tomás, S. (2011). *La función materna. El Otro como maître en las encrucijadas de la subjetividad*. Buenos Aires. Letra Viva.
- UNICEF (2012). Desarrollo emocional, clave para la primera infancia 2012. ¿qué es lo que se espera en el desarrollo emocional de un niño? UNICEF, Nueva York
- UNICEF (2019). Estado Mundial de la Infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición: crecer bien en un mundo en transformación. UNICEF, Nueva York
- Universidad de Antioquia. (2015). El informe de Gestión y Resultados Sociales. Medellín.

- Urra, E., Núñez., Retamal, C., y Jure, L. (2014). Enfoques de estudio de casos en la investigación de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 20(1), 131-142. Recuperado de:  
[https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v20n1/art\\_12.pdf](https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v20n1/art_12.pdf)
- Urizar, M. (2012). Vínculo afectivo y sus trastornos.
- Vargas, G., Cruzat, C., Díaz, F., Moore, C., y Ulloa, V. (2015). Factores del vínculo temprano madre-hijo asociados a la obesidad infantil. *Nutrición Hospitalaria*, 32(5), 1994-1999.  
Recuperado de: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112015001100014](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015001100014)
- Vélez, O. L., y Galeno, M. E. (2002). *Investigación Cualitativa Estado del Arte*, Medellín: Universidad de Antioquia.
- Winnicott, D. W. (1945). *Desarrollo emocional primitivo. En Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Laia.
- Winnicott, D. W. (1971). *Realidad y Juego*. Buenos Aires: Gedisa
- Winnicott, D. W. (1991). *La madre de devoción corriente. En Los bebés y sus madres*. Buenos Aires: Paidós
- Winnicott, D. W (2017). *La psicología de las relaciones objétales*. Barcelona: Salvat.

## Anexos

### Anexo a. Consentimiento Informado

Fecha \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

#### Datos del participante:

Nombre:

Edad:

Documento de Identidad:

### 1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

**¿Cuál es la relación que se presenta en los procesos de mentalización de los cuidadores y su influencia en niños y niñas diagnosticados con obesidad infantil?**

El presente proyecto de investigación se realiza en el marco de la Malla académica del Pregrado Profesional en Psicología de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Corporación Universitaria Minuto de Dios “UNIMINUTO” Sede Bello, ubicada en la dirección Cl. 25, Bello, Antioquia, correo electrónico wilson.mazo@uniminuto.edu.co, teléfono 4669200; y será ejecutado por el profesional en formación Jackeline Palacio Montoya (Estudiante de psicología de Corporación Universitaria Minuto de Dios “UNIMINUTO” Sede Bello) con la asesoría de Cruz Elena Gómez Giraldo Psicóloga y Magister en Investigación Psicoanalítica (Docente de la Corporación Universitaria Minuto de Dios “UNIMINUTO” Sede Bello)

### 2. EXPLICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

#### a. Justificación y objetivos:

La obesidad infantil a lo largo de los años se ha considerado como una de las enfermedades con mayor importancia en el área de las ciencias de la salud dado su crecimiento e impacto a nivel mundial, esto último, debido a que su continuo avance afecta de manera negativa el proceso de desarrollo; físico y psicológico de los infantes, al sufrir sobrepeso u obesidad.

Con base a lo expuesto y a la problemática presentada, este proyecto de investigación, tiene como finalidad abordar la obesidad infantil desde una postura psicológica, estudiando por medio de esta ciencia como las relaciones parentales que se construyen entre el niño con su cuidador, permiten la aparición de procesos de mentalización, entendiéndose la mentalización como una actividad mental, intuitiva y emocional que permite por medio de estados y procesos mentales la comprensión del comportamiento propio y ajeno.

De esta manera, la presente investigación tiene como objetivo principal analizar la relación que se presenta entre los procesos de mentalización de los cuidadores y el desarrollo de la obesidad infantil en niños y niñas de 3 a 5 años en la ciudad de Medellín perteneciente al programa de Buen Comienzo

**b. Procedimientos:**

El estudio de caso será llevado a cabo por medio de una entrevista semiestructurada y un test psicométrico, los cuales proporcionaran una mayor información de la experiencia que tienen los cuidadores hacia los niños. En primera instancia la entrevista, va a permitir una mejor interacción de dialogo con cada participante (cuidador) y la comprensión que se tiene con respecto a aquellas preguntas que apuntan a evaluar la mentalización, a través de la interpretación del investigador. En segunda instancia, la prueba permitirá contrastar la información recolectada en la entrevista analizando y correlacionando el grado de mentalización que poseen los cuidadores al interactuar y relacionarse con los niños, determinando así mismo, sus estados mentales internos y por tanto su influencia en relación a la obesidad infantil.

**c. Instrumentos**

Los instrumentos que se emplearan para la realización para la recolección de la información son: En primera instancia se encuentra el cuestionario de función reflexivo parental, el cual evalúa la función reflexiva en el contexto específico de las relaciones existentes entre los padres y sus hijos. En segunda instancia, se elabora un cuestionario guía de entrevista, el cual incluirá diversas preguntas en relación con las respuestas de cuidado que tienen los cuidadores al momento de interactuar con el niño; estas preguntas contarán con un sistema de grabación en audio, facilitando de esta manera la transcripción de la misma.

**d. Confidencialidad de la información**

De acuerdo con lo señalado en el artículo 2º, numeral 5º de la Ley 1090 de 2006, los psicólogos que ejerzan su profesión en Colombia se regirán por algunos principios universales como: “Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona o a otros. Los psicólogos informarán a sus usuarios de las limitaciones legales de la confidencialidad”.

**e. Riesgos e incomodidades:**

La participación en las actividades programadas no representa ningún tipo de riesgo para los participantes, si llegara a presentarse algún malestar o incomodidad durante las actividades; las investigadoras estarán atentas para brindar la atención que requiera.

**f. Beneficios:**

En cuanto a la relevancia social con la investigación se beneficiarán principalmente los jóvenes y las familias del municipio de Copacabana, posibilitando que las familias logren tener conocimiento de las situaciones conflictivas que se dan a su interior debido a la presencia de un miembro drogodependiente, con el fin de que puedan construir estrategias que permitan prevenir y disminuir los problemas que se presentan.

**g. Uso de datos:**

Los responsables de la investigación se comprometen a no revelar ninguno de los nombres de los participantes ni otra información personal que permita su identificación. Las grabaciones y fotografías solo se utilizarán para fines del estudio. Toda la información se manejará de manera anónima y sólo se utilizará un código para la identificación de los participantes.

**h. Anonimato:**

La investigación garantiza el anonimato de los participantes debido a la importancia y respeto a la dignidad y valor del individuo. Además, el respeto por el derecho a la privacidad. El investigador se compromete a no informar en sus publicaciones, ninguno de los nombres de los participantes, ni otra información que permitiera su identificación.

**i. Participación voluntaria:**

La participación suya en este estudio es completamente voluntaria. Usted tiene plena libertad para abstenerse de responder total o parcialmente las preguntas que le sean formuladas y a terminar su colaboración cuando a bien lo considere.

**j. Remuneración:**

Los fines de la presente investigación son eminentemente académicos y profesionales y no tienen ninguna pretensión económica. Por tal motivo, la colaboración de los participantes es totalmente voluntaria y no tiene ningún tipo de contraprestación económica ni de otra índole.

**k. Divulgación de resultados:**

Autorizo utilizar los datos recolectados para el posterior análisis de la información y divulgación de los resultados por los medios que el investigador o la universidad establezcan, respetando la confidencialidad de los datos personales y la finalidad académica del presente proyecto de investigación.

**l. Garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación**

Usted podrá solicitar la información que considere necesaria con relación a los propósitos, procedimientos, instrumentos de recopilación de datos y cualquier otra información sobre la investigación, cuando lo estime conveniente.

Los investigadores se comprometen a clarificar oportunamente cualquier duda que usted tenga sobre la investigación. Para esto podrá comunicarse con: Jackeline Palacio Montoya en el teléfono: 3126261809 o a través de los correos electrónicos [jpalaciomonuniminuto.edu.co](mailto:jpalaciomonuniminuto.edu.co)

**m. Observaciones adicionales:**

Declaro que he leído o me fue leído este documento en su totalidad y que entendí su contenido, e igualmente que pude formular las preguntas que consideré necesaria y que estas me fueron respondidas satisfactoriamente. Por lo tanto, decido participar *DE MANERA LIBRE Y VOLUNTARIA* en esta investigación. Por lo anterior, autorizo a Jackeline Palacio Montoya (estudiantes de PSICOLOGÍA de la CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS) para realizar los anteriores procedimientos.

---

FIRMA PARTICIPANTE  
CC

---

FIRMA INVESTIGADOR  
CC:

## Anexo B. Cuestionario Sobre Respuestas de Cuidado

### Datos participantes

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

### ALIMENTACIÓN

1. ¿Cuáles son las manifestaciones, expresiones o síntomas de su hijo que le indican que debe darle alimentos por fuera de las comidas reglamentarias del día?

R//

2. ¿Por qué cree que esas manifestaciones que presenta su hijo significan necesidad de alimentos?

R//

3. ¿De qué manera adquirió esa idea? ¿Se informó, ha sido una creencia de su familia?

R//

4. ¿Quién vigila las comidas de su hijo?

R//

5. ¿Está atento a las veces que su hijo toma algo para comer?

SI\_\_\_ NO\_\_\_ ¿Qué haces en estas situaciones?

R//

6. Cuando su hijo toma voluntariamente algo para comer ¿usted le pregunta por qué lo hace?

SI\_\_\_ NO\_\_\_ ¿Por qué?

R//

7. ¿Antes de darle alimentos a su hijo, le pregunta si desea comer?

SI\_\_\_ NO\_\_\_ ¿Por qué?

R//

8. Cuándo su hijo le pide alimentos ¿por qué razón considera que lo hace?

R//

---

## SUEÑO Y DESCANSO

1. ¿Cuáles considera que son los síntomas o manifestaciones de sueño o de cansancio en su hijo?

R//

2. ¿En qué circunstancias le indica a su hijo que debe dormir o a descansar por fuera de los horarios habituales?

R//

3. ¿En qué circunstancias le prohíbe a su hijo dormir o descansar por fuera de los horarios habituales?

R//

4. ¿Cuáles considera que son las causas por las que su hijo en ocasiones manifiesta cansancio o sueño durante el día?

R//

5. ¿Cuáles cree que son las causas de las alteraciones del sueño habitual en su hijo? Cuando por ejemplo tiene insomnio o cuando tiene un sueño inquieto

R//

6. ¿Cómo describiría su actitud frente a las manifestaciones de sueño y cansancio de su hijo?, ¿qué emociones siente y qué pensamientos tiene sobre esa situación en el momento en que se presentan?

R//

7. ¿Cómo resuelve las alteraciones de sueño de su hijo?

R//

8. ¿Encuentra alguna relación entre la calidad del sueño y el estado físico de su hijo?, ¿cuál?

R//

---

**JUEGO E INTERACCIÓN**

1. ¿Con cuáles expresiones de su hijo cree usted que indica que desea jugar?  
R//
2. ¿En cuáles circunstancias considera que su hijo necesita jugar?  
R//
3. ¿Tienes una agenda, unos horarios definidos para el juego de tu hijo? SI\_NO\_\_\_¿Cómo son estos horarios?  
R//
4. ¿Cómo controla o maneja los tiempos de juego de su hijo?  
R//
5. ¿Consideras que el juego es importante para el buen desarrollo físico y mental de tu hijo? SI\_NO\_\_\_¿Por qué?  
R//
6. ¿Motivas a tu hijo para que juegue?  
R//
7. ¿Dedicas tiempo suficiente y de calidad para jugar con tu hijo?  
SI\_\_\_NO\_\_\_\_\_¿Qué es para ti juego de calidad con tu hijo?  
R//
8. ¿Conversa con su hijo sobre su experiencia con el juego? Le preguntas ¿qué le gustó?, ¿cómo se sintió?, ¿qué aprendió?, si el juego le generó alguna emoción?  
R//
9. ¿Qué relación crees que tiene el juego con el estado físico de tu hijo?  
R//
10. ¿Posibilitas la interacción de tu hijo con otros niños de su edad?  
R//
11. ¿Te sientes cómodo (a) cuando tu hijo se distancia de ti para jugar?  
R//
12. Cada vez que tu hijo quiere explorar o jugar ¿permities que lo haga con tranquilidad?  
R//