



**Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología
Cátedra de Psicología Clínica Dinámica**

**Fantasías Preconceptivas y Deseo Materno en madres de niños con Diagnóstico de
Obesidad**

(Trabajo especial de grado presentado ante la escuela de Psicología, como requisito
parcial para optar al título de Licenciada(o) en Psicología)

Tutora:
Giovanna Pavan

Autora:
Katherine Olivieri¹

Octubre, 2014

Agradecimientos

A Dios principalmente por estar en todo momento conmigo, brindarme paz y ayudarme a alcanzar mis sueños.

A las madres que compartieron sus experiencias de vida y las de sus hijos permitiéndome obtener el material para este trabajo.

A mis padres por acompañarme a lo largo de esta carrera, asesorarme y explicarme cuando lo necesitaba.

A mi hermana Emily y a mis amigos Ale, Mafe, Katerin, Caro, Tuto y Carlitos quienes me brindaron apoyo, me acompañaron y llevaron de paseo cuando necesitaba despejar mi mente.

Al Dr. Pedro Velasco y a mi tutora Giovanna Pavan por ser apoyo guía y ayuda durante todo el proceso de la tesis.

A mis profesores y amigos de psicología por ayudarme a crecer personal y profesionalmente. En especial a Carolina Mora y Adriana Paz Castillo porque más que profesoras se convirtieron en grandes amigas.

Al profe Ramón Ochoa y a la profe Lucy Trias por aceptar terminar este camino conmigo. Les estoy profundamente agradecida.

A mi profesora Analí Alcántara por ser paciente y tolerante todas las veces que no pude asistir a las clases de flamenco.

A toda mi familia por estar siempre atenta y regalarme muchas risas.

Dedicatoria

Este trabajo de grado está dedicado a Dios quien siempre me da motivos para seguir adelante, ayudándome a crecer y mejorar cada vez más.

Y al baile, que ha sido el arte a través del cual he desarrollado una buena relación con mi cuerpo y el espacio que me ha permitido trabajar diversidad de emociones y situaciones.

Fantasías Preconceptivas y Deseo Materno en madres de niños con Diagnóstico de Obesidad

Katherine Olivieri

kathe_olivieri@yahoo.es

Tutora: Giovanna Pavan

Giova201016@hotmail.com

Universidad Central de Venezuela

Escuela de Psicología

Resumen

El desarrollo físico y psíquico de un niño es un proceso complejo que depende de la interacción de factores tales como los patrones de crianza, la personalidad, la sociedad, la genética y según algunos autores, las experiencias intrauterinas del bebé. Actualmente se conoce que los estados anímicos de la madre y otras experiencias emocionales como deseos, verbalizaciones, fantasías y traumas dejan grabada una huella mnémica en el bebé que influirá a futuro en su comportamiento, la construcción de su imagen corporal, entre otros. Es por ello que el objetivo de este trabajo es indagar el Deseo Materno y las fantasías preconceptivas de madres de niños con obesidad. Para ello, se estableció una investigación cualitativa de tipo fenomenológico y se empleó la entrevista a profundidad. Las participantes fueron madres de niños entre 3 meses y 11 años de edad que presentan un diagnóstico de obesidad. En la investigación se encontró que tanto el Deseo Materno como las fantasías preconceptivas parecieran no estar influyendo en el desarrollo de la obesidad de estos niños, a diferencia de los estilos de crianza, el rol del padre y los eventos traumáticos que han experimentado durante su infancia.

Descriptor: Fantasías Preconceptivas, Deseo Materno, Imagen Corporal, Obesidad Infantil, Vida Intrauterina.

**Pre-birth fantasies and Maternal Desire on mothers whose children present a Diagnostic of
Obesity**

Katherine Olivieri

Kathe_olivieri@yahoo.es

Tutora: Giovanna Pavan

Giova201016@hotmail.com

Universidad Central de Venezuela

Escuela de Psicología

Abstract

The physical and psychic development of a child is a complex process that depends on the interaction of multiple factors such as parenting patterns, personality, society, genetic and according to several authors, baby's intrauterine life experiences. Nowadays it is well known that the mothers' mood and other emotional experiences such as desires, verbalizations, fantasies and traumas leave a memory trace on the baby. These are some of the factors which will influence his/her behavior and the construction of his/her body image, just to mention a few areas. Based on this the main goal of this thesis is to investigate the possible relation between childhood obesity and Maternal Desire and pre-birth fantasies of the mother. This investigation is based on a qualitative phenomenological research and the instrument used to gather information is an in-depth interview. The participants of this investigation are mothers whose children between 3 months and 11 years old and have a diagnostic of obesity. As a result, it was found that apparently Maternal Desire and pre-birth fantasies are not influencing the development of the obesity in these children, a part from parenting patterns, the father's roll and traumatic events they have experiencing during their childhood.

Key words: Pre-birth fantasies, Maternal desire, Body Image, Childhood Obesity, Intrauterine Life.

ÍNDICE

Agradecimientos.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Resumen.....	vi
1. Introducción.....	1
2. Marco Referencial.....	3
2.1. Vida Prenatal.....	3
2.2. Deseo, Fantasías y Embarazo.....	6
2.2.1. El proceso del embarazo. Aspectos relevantes.....	8
2.3. Imagen Corporal y Obesidad.....	10
2.3.1. Obesidad Infantil.....	13
2.3.2. Etiología de la Obesidad.....	14
2.3.2.1. Factores psicológicos.....	14
2.3.2.2. Factores ambientales.....	15
2.3.2.3. Factores biológicos.....	17
2.3.3. Consecuencias de la Obesidad.....	19
2.3.3.1. Físicas y metabólicas.....	19
2.3.3.2. Psicológicas, conductuales y sociales.....	19
2.4. Función Materna y Función Paterna.....	20
2.5. Deseo de Maternidad y Deseo de Hijo en Venezuela.....	24
3. Planteamiento del Problema.....	26
4. Justificación del Problema.....	28
5. Objetivos.....	30
5.1. Objetivo General.....	30
5.2. Objetivos Específicos.....	30
6. Marco Metodológico.....	31
6.1. Tipo de Investigación.....	31
6.2. Método: Fenomenológico.....	32
6.3. Dimensiones.....	33
6.4. Participantes.....	34

6.5. Procedimiento.....	35
6.5.1. Fase de abordaje. Informantes claves y participantes.....	35
6.5.2.- Fase de recolección de datos.....	36
6.5.3.- Análisis de las Entrevistas en Profundidad.....	38
7. Análisis de Resultados.....	40
a. Deseo y Fantasías.....	40
a.1. Deseo de hijo.....	40
a.2. Fantasías preconceptivas.....	41
b. Pensamientos y Afectos durante el embarazo y el alumbramiento.....	43
b.1. Pensamientos.....	43
b.2. Afectos.....	43
c. Eventos relevantes del período de embarazo y el alumbramiento.....	45
d. Estilo de crianza y establecimiento de límites.....	46
e. Eventos de la infancia del niño.....	47
f. Lugar que la madre otorga al padre en la crianza.....	48
g. Significado del hijo.....	50
h. Realidad psíquica de la madre.....	51
h.1. Atribución de la sensación de hambre a conductas del hijo.....	51
h.2. Percepción de la alimentación del niño.....	51
h.3. Percepción del vínculo madre-hijo.....	52
j.- Obesidad en el niño.....	53
8. Análisis Global.....	55
9. Conclusiones.....	60
10. Limitaciones y Recomendaciones.....	62
11. Referencias.....	64
12. Anexos.....	69
Anexo 1: Guía de entrevista.....	69
Anexo 2: Consentimiento Informado.....	71
Anexo 3: Categorías y Subcategorías Iniciales.....	72

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Lista de participantes.....	35
--------------------------------------	----

INTRODUCCIÓN

En el inconsciente no hay concepto de verdadero o falso, hay verdad inconsciente, hay lo que está inscrito.

Ana Teresa Torres

En las culturas latinoamericanas los niños suelen ser altamente valorados en el núcleo familiar, especialmente por parte de sus madres quienes les dedican gran cantidad de tiempo y esfuerzo con el objeto de proporcionarles la mejor calidad de vida posible, esperando que crezcan sanamente y aprendan a desenvolverse a su alrededor. Sin embargo, son pocos los padres los que conocen la importancia del período del embarazo en el desarrollo futuro del niño; en esta etapa el bebé en formación percibe sonidos, movimientos, estados anímicos de la madre y otros elementos que van quedando registrados en forma de huellas mnémicas. Entre estos elementos, destacan el deseo materno y las fantasías preconceptivas de la madre, es decir, si hay o no deseo de hijo, para qué se desea el hijo, cómo se lo imaginaba ella.

Investigaciones en esta área (Feinholz y Ávila, 1996; Vives, 1996; David, 2007; Manzo, Torres y Guzmán, 2011) conocida también como vida intrauterina, han permitido que diversos autores vinculen las fantasías y el deseo materno, con el desarrollo de la obesidad en niños, pues a pesar de que este trastorno es multicausal, es importante destacar la relevancia del componente psicológico en el desarrollo de la obesidad. Por otra parte, cabe señalar que la obesidad infantil se ha visto incrementada en Venezuela durante los últimos años (Laurentin, Schnell, Tovar, Domínguez, Pérez y López, 2007) lo que amerita perspectivas innovadoras para la búsqueda de nuevas soluciones.

El interés de esta investigación se centra por ende, en las vivencias de las madres participantes durante su período de embarazado y los primeros años de la vida de su hijo, haciendo énfasis en las fantasías preconceptivas y el deseo materno. Se eligió un abordaje de tipo cualitativo y la entrevista en profundidad como herramienta de recolección de

datos, efectuándose posteriormente un análisis de categorías y subcategorías para la descripción y comprensión de los contenidos compartidos por cada una de las entrevistadas. Aunado a esto, se trabajarán otros tópicos como el rol del padre y los estilos de crianza, tópicos que surgieron al momento de realizar el análisis. Esta investigación está constituida por los siguientes capítulos:

- Marco Referencial: Se exponen los conceptos de deseo, embarazo deseado y no deseado, fantasías preconceptivas, causas y consecuencias de la obesidad infantil, la imagen corporal, la función de la madre y el padre durante la crianza y el deseo de hijo en Venezuela, entre otros tópicos relacionados.

- Objetivos: Corresponden el enfoque general del presente trabajo y enfoque más específicos.

- Marco metodológico: Este apartado incluye una mirada al tipo y método de investigación en los que se basa esta investigación, así como una breve descripción de las dimensiones, los participantes y el procedimiento llevado a cabo para recolectar y analizar la información obtenida.

- Análisis de Resultados: Se describen y analizan brevemente las categorías y subcategorías tomando en cuenta la teoría y el verbatim de las participantes.

- Análisis Global: Se amplía la comprensión del capítulo anterior a través de la comparación y contrastación de los datos obtenidos tomando en cuenta la perspectiva psicoanalítica, se exponen además, hallazgos que no habían sido contemplados en la teoría.

- Conclusiones: Se resaltan los puntos principales que surgieron en ambos análisis.

- Limitaciones y recomendaciones: Este capítulo engloba aquellos aspectos a mejorar para investigaciones sucesivas, posibles dificultades y sugerencias.

2.- Marco Referencial

2.1.- Vida Prenatal

Recientes investigaciones conducidas por Rojas (2005), Vizcaíno (2006) y Vizcaíno (2009) han encontrado que al hablar de vida intrauterina se hace referencia a un ser sensible y comunicativo, que aunque se encuentra en formación, es capaz de recibir a través de sus sentidos información proveniente de los movimientos de la madre, sus latidos cardíacos y sus vivencias emocionales; y de reaccionar ante ello. Los estados anímicos de la madre tales como la satisfacción, plenitud, serenidad, etc., se transmiten al feto mediante las hormonas endorfina y oxitocina; y los estados anímicos como la depresión, angustia y estrés, mediante las hormonas adrenalina y catecolaminas. Dichas hormonas crean en el bebé estados fisiológicos iguales a los de la madre (aunque en el caso del neonato se prolongan por más tiempo) de hecho se ha descubierto que el patrón cerebral del neonato es una imitación del de la madre, mostrando actividad en el área frontal derecha cuando se trata de emociones displacenteras. Estos autores plantean que si estos estados son reiterativos pueden llegar a influir en el carácter del futuro bebé, por ejemplo el estrés que persiste durante el embarazo puede ocasionar a futuro patrones de sueño y alimentación irregular, hiperactividad e irritabilidad.

Piontelli (1992) refiere que se ha comprobado que durante una parte del segundo trimestre del embarazo, los cinco sentidos se encuentran funcionando en el feto por lo que éste puede responder a estímulos táctiles, quinesésicos, térmicos, gustativos, vestibulares y responder también a la presión y el dolor. La estimulación sónica la percibe del ambiente y del cuerpo de la madre cuando ella come, bebe y respira, además de los sonidos de los latidos de su corazón y movimientos gástricos; sin embargo, el sonido más frecuente que capta el bebé es el de los latidos de la arteria principal del útero y el segundo más frecuente, es la voz de la madre. Otro de los factores que influye considerablemente sobre el feto es la vibración, pues ésta puede provocar cambios tanto en su movilidad como en su ritmo cardíaco.

La dieta de la madre es otro elemento que juega un papel importante, no solo en su salud sino también en el control y desarrollo normal del comportamiento fetal, ya que los estímulos quimiosensoriales derivados de los alimentos que consume la madre y que se transportan al feto por medio de la placenta, pueden influir en ello. Además, en la doceava semana de gestación, las papilas gustativas ya se han desarrollado por lo que el feto puede percibir algunos cambios que se producen en el ambiente a través de las “claves químicas” (Piontelli, 1992, p.36) presentes en el líquido amniótico que ingiere cada día. Este líquido además de servir como filtro entre la dieta materna y los componentes que llegan al feto, transmite a éste el estado hormonal de la madre y sirve como estimulador quimiosensorial, pues el líquido amniótico se mantiene en constante modificación debido a los cambios psicológicos de la madre y debido a la ingesta y excreción del mismo por parte del bebé. La autora además ha encontrado que el comportamiento del bebé también es espontáneo y no se limita únicamente a la estimulación que recibe (Piontelli, 1992).

Del mismo modo, quedan grabadas en el bebé las huellas mnémicas de las experiencias traumáticas de la madre y de las demás vivencias emocionales tales como verbalizaciones, deseos y pensamientos tanto placenteros como displacenteros (amor, indiferencia, rechazo) Lipton (2001) presenta además los siguientes hallazgos:

La activación de los programas de los genes está controlada por el medio ambiente, más exactamente por la percepción que el organismo tiene de ese ambiente (...) Las emociones maternas como el miedo, la cólera o, por el contrario, el amor o la esperanza influyen bioquímicamente en la selección y en la reescritura del código genético del niño *in útero*, con consecuencias evolutivas muy profundas en las generaciones futuras.

Igualmente las investigaciones de Bertín (2012) arrojaron que hay relación entre las perturbaciones emocionales de la madre y los problemas de salud física y emocional del niño; por su parte Marie-Claire Busnel (s.f, c.p Vizcaíno, 2006, pág. 681) encontró que “el feto reacciona tanto al pensamiento como a la palabra de su madre”. Es por ello

que los primeros cuidados de la madre deben ser “suficientemente buenos” en los términos empleados por Winnicott y comenzar incluso antes del embarazo, por medio de la planificación, el evaluar si se desea o no un hijo, qué ideas se tienen acerca de la maternidad, qué miedos existen, entre otros factores para poder trabajarlos. Todo ello tiene repercusiones en la formación de la psique del futuro bebé y la perturbación de este desarrollo puede provocar alteraciones en el carácter y en el comportamiento del niño como se mencionó anteriormente. Aunado a esto, mucho antes de que las madres puedan percibir los movimientos del feto, éste ya puede bostezar, succionar, rascarse y tomar sus manos y pies; lo que proporciona una idea de cuán temprano inicia su actividad (Piontelli, 1992, Pía, Farkas y Paz, 2006; Betancourt, Rodríguez y Gempeler, 2007).

Piontelli (1992, p. 1) refiere:

Traducción al (español): Mis descubrimientos sugieren una continuidad remarcable en aspectos de la vida prenatal y postnatal. Cada feto tenía formas características de comportamiento que fueron extendidas y de una u otra manera continuaron en la vida postnatal (...) El interjuego entre la “genética” y la “crianza” comienza mucho antes de lo que usualmente se piensa, y ciertas experiencias prenatales tienen un profundo efecto emocional sobre el niño, especialmente si estos eventos prenatales son reforzados por experiencias postnatales.

A pesar de todos estos hallazgos Piontelli (1992) refiere que todavía existen disparidades respecto a las investigaciones de perspectiva psicoanalítica, pues la autora expone que algunas de éstas consideran que el bebé no nace psicológicamente sino hasta los primeros meses después del nacimiento, incluso sostiene que existe poca literatura sobre el funcionamiento mental y del yo del bebé en útero y su influencia en el desarrollo postnatal futuro. Agrega también que otras posturas, consideran que la vida mental del bebé comienza desde el momento del nacimiento. Por último, están aquellas que postulan que las emociones y fantasías maternas impactan en el feto y en el futuro desarrollo de su personalidad, así como también en su salud o patología aunque siguen viendo al feto

como una tabula rasa donde la madre deja sus huellas (estas investigaciones se enfocan principalmente en el estado emocional predominante de la madre). En lo que a esta investigación concierne, se considerará como punto de partida el deseo y fantasías preconceptivas de la madre respecto a su hijo y el desarrollo posterior del niño.

2.2.- Deseo, fantasías y embarazo

El deseo hace referencia a una falta o carencia y a algo particular que se espera tener para conseguir gratificación, “el deseo implica (...) la ausencia de lo anhelado” (Vives, 1996, p. 99). Según el creador del Psicoanálisis, Sigmund Freud (1900), el deseo es producto de experiencias infantiles que generaron satisfacción en un momento determinado, en la que la huella mnémica de dichas experiencias ha sido investida por la pulsión, por ende la búsqueda de objetos en la realidad viene determinada por el deseo originado en la infancia:

Solo puede sobrevenir un cambio cuando, por algún camino (en el caso del niño, por el cuidado ajeno) se hace la experiencia de satisfacción que cancela el estímulo interno. Un componente esencial de esta vivencia es la aparición de una cierta percepción (la nutrición, en nuestro ejemplo) cuya imagen mnémica queda, de ahí en adelante, asociada a la huella que dejó en la memoria la excitación producida por la necesidad. La próxima vez que esta última sobrevenga, merced al enlace así establecido se suscitará una noción psíquica que querrá investir de nuevo la imagen mnémica de aquella percepción y producir otra vez la percepción misma, vale decir, en verdad, reestablecer la satisfacción primera. Una moción de esa índole es la que llamamos deseo (Vives, 1996, p. 557).

En el caso del deseo de un hijo, Freud (1915) lo adjudicó en parte a las heridas narcisistas de la humanidad: la enfermedad, la vejez y la muerte; pues el hijo viene a ser la continuación de la descendencia y la continuación de la persona misma. Posteriormente, Freud (1923) postuló que el deseo de hijo se construye en la niña en la fase fálica de su desarrollo psicosexual, en la cual ella percibe su diferencia genital y se

da cuenta que ella no posee pene, por lo que ella entra al Edipo como castrada y con envidia al mismo. Es en este momento cuando ella cambia de objeto de amor de la madre al padre y aparece el deseo de tener un pene, el cual se sustituye posteriormente por el deseo de hijo, ya que en su psique se establece la ecuación simbólica pene=hijo a partir de la cual cree que teniendo un hijo del padre alcanzará su completud y tendrá eso de lo que carece. Cuando esto se ve frustrado por la instauración de la prohibición del incesto, la niña esperará tener ese hijo de otra figura masculina que sustituirá al padre. Robles (2012) plantea que:

Lo interesante de estos argumentos es que la maternidad en la mujer no solo se basaría en tener a un hijo realmente, sino en el deseo de hijo así como desea un pene. Esto quiere decir que la maternidad podría resultar un lugar donde la mujer debe posicionarse simbólicamente más que realmente. El resultado de esto, es no solo ser la madre de su hijo real sino también ser la madre de su pareja - heterosexual-, ya que ocupando esta posición podría conquistar al varón (p. 129).

Este autor plantea que el deseo de hijo es en ocasiones construido culturalmente y no se corresponde con los deseos reales de la madre, pues es muchas sociedades se asocia la maternidad con la feminidad y se percibe la primera como una función implícita a la mujer, desapareciendo ella tras ese deber social y moral que la cultura le naturaliza. El mensaje ulterior que se le transmite es que “a partir del deseo por el hijo la mujer puede ser valorada culturalmente” (p. 123). Claro está, que también hay aquellas mujeres para quienes la maternidad es la meta y el significado de su vida; por lo que se vuelve importante diferenciar si la maternidad en el inconsciente femenino, se constituye como deseo o como deber. Ahora bien, sea que la mujer desee verdaderamente ser madre o no, la teorías psicológicas generalmente le atañen toda la responsabilidad del desarrollo del niño, naturalizándose de esta forma la relación madre-hijo, mas no así la relación padre-hijo, quedando esta última como una “condición social” que por ende, no se construye como natural para el padre (la función paterna se tratará más adelante).

En lo concerniente a las fantasías, estas se encuentran en estrecha relación con el deseo, definiéndose éstas como las representaciones ilusorias a través de las cuales la persona realiza un deseo o un deseo inconsciente. Las fantasías se encuentran disfrazadas por los mecanismos de defensa, lo que quiere decir que la realización del deseo pulsional es meramente imaginaria y se produce a través de escenas ficticias donde el sujeto está presente y le es posible efectuar cambios de roles y atribuciones que generalmente no corresponden a la realidad exterior del mismo. Por ello Laplanche y Pontalis (1993, p. 139) refieren que el término fantasía comprende una “oposición entre imaginación y realidad (percepción)” y se entrelaza con el deseo, debido a que éste “tiene su origen en la experiencia de gratificación” (p. 142) como se mencionó al principio de este apartado. Por lo tanto, cuando el deseo se liga con la fantasía, ésta activa mecanismos de defensa como la negación, la proyección, entre otros; mecanismos de defensa que conjuntamente “están ligadas a la función primaria de la fantasía (la escenificación del deseo) escenificación en la que lo prohibido se encuentra siempre presente en la posición misma del deseo” (p. 142).

Segal (1995) refiere que para Klein, las fantasías (además de su función de realización de deseos) tienen a su vez una labor defensiva, ya que pueden proteger tanto de diversas realidades como de otras fantasías; a su vez, Klein no las relaciona con mecanismos de defensa y no las describe como una formación de compromiso como lo plantean Laplanche y Pontalis (1993) sino por el contrario, como una manifestación de pulsiones y defensas.

2.2.1.- El proceso del embarazo. Aspectos relevantes

Ahora bien, partiendo de los conceptos expuestos se incorpora el embarazo, conocido como el período en el cual se gesta una nueva vida dentro del vientre materno, biológicamente se inicia con la unión del óvulo y el espermatozoide y finaliza con el alumbramiento, lo que dura aproximadamente nueve meses. Durante este tiempo se generan cambios a nivel físico, emocional y social en la mujer: náusea, vómitos, aumento de peso, fatiga, cambios de humor, ambivalencia, asunción del rol materno, modificación

de la rutina, cambios en la relación con la pareja y la familia, entre otros. Cuando éste acontecimiento es producto de la voluntad, de la decisión consiente de los padres y se acompaña del deseo de criar al futuro bebé, se habla de embarazo deseado; si por el contrario, se produce sin el deseo de los progenitores, ocasionando el rechazo y/o la negación del neonato, se está ante un embarazo no deseado (Feinholz y Ávila, 1996; Vives, 1996; Pía y cols., 2006).

Cuando la segunda situación ocurre, las madres tienden a magnificar los cambios normales que se producen durante la gestación y a percibirlos con mayor negatividad, además se encuentran más volubles ante las situaciones de su vida diaria (Rojas, 2005). Por otra parte, el hecho de que el bebé no sea deseado por su madre conlleva repercusiones psicológicas futuras en éste y en la formación de la díada madre-hijo, ya que, “el deseo y las características del mismo, en relación a figuras significativas del mundo interno de la futura madre (...) es uno de los precursores que posibilitará la emergencia del posterior vínculo con el bebé” (Feinholz y Ávila, 1996, p. 113).

De la misma forma, que la madre desee o no tener un hijo se enlazará al tipo de fantasías preconceptivas que ella desarrolle acerca del infante y de la maternidad. Dichas fantasías se definen como el conjunto de representaciones mentales que la madre se forma durante el embarazo (o incluso en la infancia o en adolescencia) acerca del infante que está en proceso de desarrollo; incluyen imágenes, ideas, creencias o recuerdos e influyen en la conformación psíquica y física del neonato (percepción de la imagen corporal, vínculo materno, entre otros) (Latirgue y Vives, 1994, c.p Feinholz y Ávila, 1996).

Si en un embarazo ha existido el deseo y la planificación previa a la concepción, es posible que las fantasías se inclinen hacia la aceptación, la motivación, entre otros; aun cuando en todo período de gestación exista cierto grado de ambivalencia. Si por el contrario, el embarazo es no deseado las fantasías preconceptivas posiblemente se inclinen hacia ideas acerca de la interrupción del embarazo, dar el hijo en adopción, el abandono, entre otros, provocando sentimientos de culpa en la madre que pueden

manifestarse a través de daños a su cuerpo y al feto. Sin embargo, dichas fantasías pueden modificarse si la madre acepta posteriormente su embarazo (Manzo, Torres y Guzmán, 2011).

En cuanto a la imagen corporal y al ámbito alimentario, investigaciones como las de David (2007) y Manzo, Torres y Guzmán (2011) han encontrado que los niños producto de un embarazo no deseado son proclives a desarrollar sobrepeso de forma ligera pero sostenida; de la misma forma, las fantasías acerca de tener un bebé y el desearlo o no podría influir en un amplio número de factores como la construcción de la imagen corporal y el desarrollo posterior de la obesidad, aspecto que se profundizará a continuación.

2.3.- Imagen Corporal y Obesidad

Actualmente la obesidad es considerada en el DSM-IV-TR y en el CIE-10 como una enfermedad médica y no como un trastorno de la alimentación, ya que hasta los momentos, no se la ha asociado con solidez a síndromes psicológicos o conductuales. Cuando la obesidad presenta una etiología más psicológica se la clasifica en el rango de «*factores psicológicos que afectan el estado físico*» (García, 2007). Daza (2002) por el contrario, la define como un trastorno metabólico y nutricional multicausal al igual que Manzo y cols. (2011). Para estos autores, la obesidad es un trastorno que consiste en la ingesta de gran cantidad de alimentos que trae como consecuencia un aumento de grasa, peso y distorsión del cuerpo.

Muchas veces el sobrepeso se acompaña de alteraciones en la imagen corporal (IC) definida como la representación mental que cada persona construye sobre su propio cuerpo y sus partes, es decir, a la imagen que tiene de sí mismo. Incluye la manera en que la persona ve su cuerpo, todo lo que piensa acerca de su cuerpo, todo lo que siente y vive con relación a su cuerpo y como consecuencia todas aquellas conductas que realiza y que tienen que ver con su imagen corporal (Castrejon, Bautista y Cervantes, 2010).

Al ser una representación subjetiva que se tiene del propio cuerpo, Vives (1996) señala que la imagen corporal se construye principalmente a partir de la mirada del Otro de acuerdo con los planteamientos lacanianos, es decir, el niño es capaz de identificarse y de reconocer su cuerpo porque la madre, o quien ejerza su función, le reconoce, le mira, tiene contacto con él y forma un vínculo; es decir, existe a partir del otro. Esto le permite ir estructurando la imagen de sí mismo junto con otros factores de índole personal, cultural e histórica. Leclaire (1970) añade que las diversas zonas erógenas que se activan a lo largo del desarrollo psicosexual del niño, son vivenciadas como zonas de placer en tanto hay un Otro que las signifique como tales por medio del lenguaje; ese placer se graba en el cuerpo del niño porque ese Otro lo valoriza, permitiéndole que perciba su cuerpo como propio y completo.

Con esto puede decirse que el cuerpo, desde la perspectiva lacaniana, se construye a partir de la palabra ya que en un comienzo el niño experimenta su cuerpo como desorganizado y no tiene control de sus límites y funciones, pero una vez que se introduce la palabra de la madre, él pasa a diferenciar las partes de su cuerpo y posteriormente a integrarlas a partir de la fase del espejo. Si este proceso falla o se altera por alguna razón, se verá afectada la construcción de la imagen corporal (Torres, 1992; Vives, 1996).

A este respecto Chandler (2007) concluye que el bebé que introyecta o en otras palabras, que incorpora en su psiquismo la vivencia de ser deseado reflejada en la mirada amorosa de la madre, es capaz de aceptar y bloquear la parte negativa del deseo ambivalente de ella y estructurar así, un psiquismo más sano que el de un niño cuya madre no refleja amor en su mirada y de cual recibe rechazo, ya sea directo o enmascarado (conducta sobreprotectora) siendo imposible que neutralice la parte negativa de su ambivalencia.

De acuerdo con Winnicott (1991) hay incluso bebés que no reciben nada a cambio cuando miran el rostro de la madre, ya sea porque ella refleja su propio estado de ánimo o sus mecanismos de defensa. Cuando esto ocurre el bebé no se ve reflejado en ella y

merma su capacidad para crear; algunos bebés tratan incluso de modificar su comportamiento y su carácter para recibir algo de la madre:

Obliga al bebé a esforzarse hasta el límite de su capacidad de previsión de acontecimientos (...) El que es así tratado crecerá con desconcierto en lo que respecta a los espejos y a lo que estos pueden ofrecer. Si el rostro de la madre no responde, un espejo será entonces algo que se mira, no algo dentro del o cual se mira (p. 149).

Por otra parte, la conciencia corporal del bebé depende también de las fantasías preconceptivas que la madre tiene acerca de las características físicas del niño, fantasías que quedarán grabadas en la psique del neonato como se mencionó anteriormente. Tanto Chandler (2007) como Manzo y cols. (2011) plantearon que en la mayoría de los casos que ellos estudiaron, el niño con sobrepeso se compara con los compañeros que tienen peso normal, pues a nivel inconsciente está registrado el deseo de la madre de que su hijo tenga la imagen que ella tenía predeterminada antes de su nacimiento, es decir, un niño delgado.

En última instancia, el deseo y la decisión parental de enriquecer la pareja con un hijo serán los factores con los que un bebé irá estructurándose como sujeto; la modalidad predominantemente aceptante o rechazante con la que los padres asuman la gestación será la que determine la forma en que, en el futuro, ese hijo(a) integrará una visión positiva o negativa tanto de sí mismo como del mundo circundante (Vives, 1996, p. 111).

De igual manera, el que el niño aprenda a encontrar placer en la satisfacción de sus necesidades dependerá en gran parte de la madre y la relación que ella establece con él durante la lactancia. La madre le transmite al bebé a través de la leche materna el amor, el rechazo, la angustia o el miedo que siente al momento de alimentarlo (Menéndez, 2006) si su actitud no es empática puede llegar a afectarse el condicionamiento innato de la función alimentaria del bebé; o si la madre no reconoce adecuadamente las demandas

del niño, éste no podrá aprender a diferenciar las sensaciones de saciedad de otras sensaciones, dando pie para el comienzo de los trastornos alimentarios (Chandler, 2007).

2.3.1.- Obesidad Infantil

La definición de la obesidad en niños no siempre es precisa porque se presentan discordancias con respecto a la clasificación, la orientación terapéutica y las características de esta condición, puesto que en niños a veces ocurre un aumento de la masa libre de grasa a diferencia del adulto y la definición global de obesidad, incluye la acumulación de grasa corporal (Azcona, Romero, Bastero, Santamaría, 2005).

De acuerdo con el National Center for Health Statistics (NCHS) se considera que un lactante o niño menor de 6 años presenta obesidad cuando el peso correspondiente a la estatura y al sexo, se encuentra sobre 2 s en los gráficos de referencia que dicho centro maneja y se encontrará en riesgo o con sobrepeso cuando el indicador esté entre 1 y 2 s. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (s.f.) recomienda que para niños mayores a los 10 años se calcule el Índice de Masa Corporal (IMC) para determinar si presentan o no obesidad, para ello se divide el peso actual por la talla al cuadrado. Si el IMC es mayor al percentil 85 en referencia a las tablas del NCHS, se considera que el niño presenta obesidad. Sin embargo, existe en la actualidad discusiones sobre estos criterios, pues se ha encontrado que favorecen el subdiagnóstico (Hodgson, 2003).

Si la obesidad infantil continúa en la adultez puede acompañarse de “hipercolesterolemia y resistencia insulínica que determinan a futuro un mayor riesgo de diabetes tipo 2, de hipertensión arterial, de arteriosclerosis y de muerte prematura por enfermedades cardiovasculares isquémicas” (Burrows, Gattas, Leiva, Barrera, Burgueño, 2001, p. 1). La prevención y tratamiento de esta condición se dificulta por la multiplicidad de factores asociados a su etiología y la presencia de los trastornos metabólicos mencionados.

Con respecto al inicio de esta enfermedad médica, los autores no han logrado definir un momento específico, por lo que existen tres comienzos: a los primeros meses de la vida (comienza en los primeros meses de vida de acuerdo con la alimentación que recibe el bebé) a inicio de la deambulaci3n (a partir del primer a1o de vida coincidiendo con el caminar y el movimiento en general) o a los tres a1os de edad (porque el sobrepeso que un ni1o pueda presentar previamente no se considera factor de riesgo) (Danielle, 2006).

2.3.2.- Etiolog1a de la Obesidad

2.3.2.1.- Factores psicol3gicos.

En el 1mbito psicol3gico, uno de los factores que se corresponde con la obesidad hace referencia a fallas a nivel del Yo y contempla varias causas. Entre ellas se ha encontrado que para algunas mujeres el ser obesas representa un refugio ante los impulsos sexuales, pues sienten que al mostrar sus figuras femeninas no tendr1an control de s1 mismas en dicha 1rea, siendo la comida una zona de mayor seguridad para ellas. Por otro lado, hay personas que por miedo a separarse del objeto de deseo, eligen como tal a la comida que no los abandona, sin embargo, esto los hace entrar en un c1rculo vicioso donde al ser rechazados socialmente a causa de la obesidad, buscan la comida para calmarse (Chandler, 2007).

Otra de las causas se remite a la etapa oral del desarrollo psicosexual, donde las necesidades afectivas y atencionales del beb3 no fueron satisfechas adecuadamente al tratarse de una madre poco emp1tica y con poca capacidad de interpretar las se1ales de su hijo, por lo que ante cualquier llanto o queja, ella respond1a siempre con comida (es por ello que a algunas personas con obesidad les es dif1cil distinguir entre hambre y saciedad y otras se1ales internas). As1 mismo, se ha encontrado que un n1mero significativo de ni1os, producto de embarazos no deseados, ingieren grandes cantidades de comida como una forma de obtener la contenci3n emocional que sus padres no han sabido proporcionarles, sinti3ndose as1 m1s protegidos. Adem1s, el comer en exceso disminuye

en algunos casos la ansiedad que los padres les provocan (en especial la madre) cuando éstos actúan de forma sobreprotectora, a consecuencia de la culpa que sienten por no haber deseado el embarazo; siendo esta actitud una de las formas en que los padres reparan la herida narcisista que se causaron (Chandler, 2007).

Leisse y Torres (1995) plantean que la ausencia de la figura paterna tiene también una repercusión importante, pues en los casos de obesidad infantil la madre tiene un papel protagónico en la crianza del niño mientras que la función del padre queda supeditada a ella (entendiéndose ausencia como la inexistencia real del padre o la falta de su ejercicio aun estando presente) Esta madre emplea la comida como medio para expresar su afecto y minimizar su culpabilidad y ansiedad; mientras que para el niño viene a representar un “sustituto para satisfacer necesidades reprimidas” (p. 46) y un canal para ocultar diversas problemáticas. Otro aspecto que han observado las autoras es la presencia de un trastorno en el esquema corporal de estos niños y un descontrol de sus emociones.

Wiscks-Nelson e Israel (1998) exponen como otras de las causas de la obesidad el manejo que algunos niños le dan a través de la comida, a estados displacenteros como la ansiedad o el estar aburridos. Después de la ingesta de alimentos estos niños obtienen una sensación de calma y bienestar, por lo que seguirán recurriendo al mismo patrón de enfrentamiento hasta que logren lidiar de una manera más sana con estos estados de ánimo.

Por otra parte, existen enfoques adicionales a los planteados previamente dada la complejidad y multicausalidad de un tema como la obesidad, sin embargo, no se trabajarán en la investigación presente.

2.3.2.2.- Factores ambientales.

A nivel cultural es importante resaltar la perspectiva que las distintas sociedades han construido acerca de la obesidad, pues su valoración o rechazo tendrán un impacto considerable en su población. Por ejemplo, hay culturas en las que tener un cuerpo

delgado es altamente valorado, siendo los medios de comunicación el canal más frecuente para transmitir los ideales de belleza. Dichos estándares, provocan generalmente una preocupación mayor por el peso del cuerpo y la imagen corporal en las personas (Wiscks-Nelson e Israel, 1998).

Existen por otro lado, sociedades donde tener un aumento leve de peso se relaciona con buena salud y resistencia a las infecciones, por lo que se sobrealimenta a los niños y adolescentes a un punto tal, que desarrollan obesidad. A su vez, hay familias que utilizan la comida como premio y castigo para disciplinar a los hijos, es decir, les dan chucherías cada vez que se portan bien y los obligan a ingerir vegetales cuando desobedecen, generando con ello un rechazo a los alimentos nutritivos e incentivando el consumo de alimentos chatarra y de alto contenido calórico (Vera, Bastías, Cabrera y Guzmán, 2001).

Por otra parte, el aumento del sedentarismo y del uso de videojuegos favorece el aumento de peso a lo largo del tiempo; son menos los niños que practican deportes o que salen a jugar ya sea por la inseguridad existente en Venezuela (Cedeño, 2012) porque los padres trabajan todo el día y la televisión actúa como niñera o porque no se les incentiva. Así mismo, las costumbres alimentarias que existen en el hogar influyen también en la salud de los niños (tipo de comida, cantidad, horarios, etc.) ya que ellos imitan las conductas que muestran sus padres al comer y si son reforzados por ello, se constituirán en comportamientos aprendidos y por tanto, se mantendrán en el tiempo (Wiscks-Nelson e Israel, 1998; Vera y cols., 2001).

Finalmente, hay estudios que han hallado que las personas de estatus socio-económicos bajos tienden a presentar obesidad debido a que los alimentos más económicos son los menos nutritivos y los de mayor contenido energético (arroz, pasta, pan, azúcares, entre otros). De hecho, muchas de estas personas presentan malnutrición aun cuando no lo aparentan, ya que una gran reserva de energía no implica una alimentación adecuada, además, hay “nutrientes” que resultan insuficientes para el organismo (Gabín, 2010).

2.3.2.3.- Factores biológicos.

Entre las causas biológicas de la obesidad, una de las hipótesis que se discuten hace referencia a las alteraciones de genes que controlan el apetito, más específicamente, la producción de leptina que es la sustancia que da la señal de saciedad al hipotálamo haciendo que se pierda el apetito y estimulando al organismo a quemar energías. Cuando esta sustancia no actúa adecuadamente, las personas sienten más hambre y queman aproximadamente 30% menos de calorías (Bersh, 2006).

Aunado a esto, se ha encontrado que la predisposición a la adiposidad y a la distribución de la grasa corporal es heredada, sin embargo, depende de la acción de los factores ambientales si esta predisposición se manifiesta o no y en qué proporción. En estudios con gemelos univitelinos que han sido separados al nacer, se ha observado que el hijo que permanece con los padres obesos desarrolla mayor obesidad que el hijo que vive con padres delgados, lo que se explica en parte por las costumbres alimentarias de cada familia. Bersh (2006) añade que investigaciones:

De genética de la conducta indican que factores conductuales tales como la preferencia por las grasas, la elección del intervalo de comidas, el grado de compensación calórica en respuesta a la restricción de alimentos y aun la inclinación por la actividad física tienen componentes genéticos (p. 538).

Wiscks-Nelson e Israel (1998) engloban por su parte, factores genéticos y metabólicos en la “teoría del valor de referencia” (p. 338) la cual establece que todas las personas tienen un peso corporal “ideal” que el cuerpo busca mantener, por ende, si existen cambios que provoquen el distanciamiento de este valor, el cuerpo mismo generará cambios a nivel psicológico y metabólico que le permitan alcanzarlo nuevamente. De acuerdo con esta teoría, las personas obesas tendrían este índice de referencia elevado.

Otra de las teorías que explica la obesidad desde la perspectiva biológica es aquella referente al sistema de recompensas propuesta por Kessler (2009) Dicho sistema está alojado en el cerebro y se encarga de guiar al organismo en la búsqueda de la satisfacción de necesidades básicas como comida y sexo. Una vez que dichas necesidades son saciadas se genera una sensación de bienestar momentánea creándose, a su vez, un condicionamiento entre lo obtenido y la sensación de placer. Esta dinámica se relaciona con la sobrealimentación en que una vez que la persona ha ingerido ciertos alimentos que están asociados con la sensación de placer o la disminución de la ansiedad o el estrés, tenderá a ingerirlos más a menudo buscando conseguir la misma respuesta. Desafortunadamente, los alimentos que generan estas respuestas gratificantes con mayor intensidad (actuando como reforzadores de la ingesta) son aquellos con alto contenido de azúcar, grasa y sal; lo que implica un consumo de alimentos de gran contenido calórico y por ende un aumento del peso corporal.

Este comportamiento de sobrealimentación queda condicionado en aquellas personas propensas a ser vulnerables y a dejarse dominar más fácilmente por la anticipación de lo que van a obtener a través de la comida. Además, existen otros factores que potencian el poder reforzador de los alimentos como su sabor, su olor, textura, su saliencia y las emociones asociadas a los mismos; por lo que se puede decir, que más que el hambre como tal es la anticipación de la estimulación que se recibirá, la que conduce esta conducta de ingesta excesiva. Aunado a esto, esta estimulación produce en el cerebro la segregación de dopamina, neurotransmisor que entre otras funciones, potencia la búsqueda de alimentos; por lo que la persona queda atrapada en un círculo vicioso anticipación-conducta-placer-refuerzo (Kessler, 2009).

Por otra parte, el autor recalca que esta sobrealimentación condicionada se está evidenciando con mayor frecuencia en niños más pequeños, existiendo también, más probabilidades de que estos niños obesos se conviertan en adultos obesos si no se hace una reconfiguración de las asociaciones y condicionamientos que se han ido grabando en su cerebro y por ende, en su comportamiento.

2.3.3.- Consecuencias de la Obesidad

2.3.3.1.- Físicas y metabólicas:

De acuerdo con Daza (2002) la obesidad puede favorecer la aparición de:

- Diabetes tipo 2 (no insulino dependiente) ya que al acumularse la grasa en la región abdominal, se liberan mayor cantidad de ácidos grasos ocasionando un aumento de la síntesis hepática de triglicéridos, resistencia a la insulina e hiperinsulinemia.
- Cáncer prostático, de colon y recto en los hombres y cáncer de mama, ovarios y útero en las mujeres.
- Alteraciones en el ciclo menstrual y dificultades durante el embarazo (toxemia e hipertensión).
- Trastornos de la función respiratoria (Síndrome de Pickwick en el que hay somnolencia e hipoventilación a causa de la obesidad) y cardíaca.
- Y artritis, porque al aumentar el peso corporal aumenta también la producción de ácido úrico y dicho peso genera traumatismo en las articulaciones que soportan el cuerpo.

2.3.3.2.- Psicológicas, conductuales y sociales:

Según Vera y cols. (2001) y Daza (2002) la obesidad puede generar:

- Baja autoestima, sentimientos de inferioridad e inseguridad.
- Irritabilidad.

- Conductas ansiosas, dependientes y depresivas.
- Distorsión de la imagen corporal.
- Aislamiento y rechazo social debido a la disminución de la agilidad del niño y de su nivel de actividad.
- Discriminación y estigmatización social.
- Discusiones con la familia y el grupo de pares al colocar al miembro obeso como foco del problema (paciente identificado) ya que las personas que le rodean lo estigmatizan y no toman en consideración la dinámica familiar o social total para comprenderla conducta sintomática de esta persona. De acuerdo con el enfoque familiar sistémico, el paciente por sí solo no es suficiente para dar respuesta a la problemática planteada, sino que debe tomarse en cuenta la patología o comportamiento disruptivo en relación con su medio familiar y social.
- Dificultades para establecer relaciones de pareja.

2.4.- Función Materna y Función Paterna

Como se ha podido observar, el deseo es un constructo que se articula de forma compleja en los seres humanos y en él intervienen significativamente aquellos que ocupan la posición de madre y padre. Ya se han expuesto algunos planteamientos de Freud y Lacan concernientes a este apartado, por lo que ahora se expondrán los enfoques de autores como Klein (c.p Segal, 2005) y Winnicott (1991) con respecto a la construcción del psiquismo infantil y las funciones de los padres.

Klein (c.p Segal, 2005) plantea que el bebé tiene un conocimiento instintivo acerca de la existencia de un objeto (madre) del cual necesita, por lo que evoca hacia éste

toda su energía. Esta conexión es de origen intrauterina y se ve reforzada porque el hijo y su madre tienen una “unicidad inconsciente” (Torres, 1992, p. 104) es decir, el inconsciente de la madre influye sobre el inconsciente del hijo desde que éste comienza a formarse. En este bebé “hay suficiente yo al nacer como para sentir ansiedad, utilizar mecanismos de defensa y establecer primitivas relaciones objetales en la fantasía y en la realidad” (Segal, 2005, p. 29) por lo que Klein (c.p Segal, 2005) explica en su teoría la conformación del Yo basándose en dos posiciones la esquizo-paranoide y la depresiva.

En la primera, el yo está desorganizado y aun es inmaduro, el bebé establece una relación parcial con el objeto ya que percibe a la madre como separada en un objeto bueno y uno malo, a los cuales les atribuye respectivamente las vivencias placenteras o displacenteras que experimente. En esta etapa el instinto de muerte (considerado por Klein como agresión y autodestrucción) causa tal grado de ansiedad al Yo que lo obliga a escindirse y a proyectar una parte de dicho instinto en el objeto externo, de esta forma el Yo siente que puede “controlarlo”. Además, el Yo también proyecta una parte de su libido para tener un objeto ideal que le permita conservar el instinto de vida. Sin embargo, el objeto en el que se depositó el instinto de muerte se vuelve persecutorio siendo la ansiedad de esta etapa de tipo paranoide, pues el Yo teme que el objeto malo lo destruya junto con su objeto ideal (Segal, 2005).

En esta posición el bebé busca identificarse con el objeto ideal e incorporarlo dentro sí, el cual le proporciona protección mientras intenta mantener alejado al objeto malo. Para ello, el Yo se vale de mecanismos de defensa como la escisión, la negación, la identificación proyectiva e introyectiva y la desintegración; ésta última se emplea sólo en aquellos casos en que los otros mecanismo resultan ineficaces y la ansiedad desborda al Yo. Sin embargo, “es necesario cierto grado de ansiedad persecutoria para poder reconocer, evaluar y reaccionar ante circunstancias externas realmente peligrosas” (Segal, 2005, p. 40). De igual manera, el mecanismo de escisión aunque primitivo es igualmente necesario durante esta posición, ya que le permitirá al bebé organizar sus percepciones sensoriales y emocionales, dándole herramientas que posteriormente le ayudarán a

distinguir entre lo bueno y lo malo. A su vez, será la base para lo que en la siguiente posición será el mecanismo de la represión.

Una vez que el Yo comienza a madurar e integrarse, entra en la posición depresiva, la cual se logrará si las experiencias buenas de la posición anterior superaron a las malas. Aquí el bebé percibe a la madre como un objeto total al que puede amar y odiar al mismo tiempo; los mecanismos de defensa también maduran, comienza a haber menos proyección y escisión y más introyección del objeto madre y aparecen las defensas maníacas y obsesivas. La ansiedad que experimenta el niño pasa de ser persecutoria a ser depresiva, ya no le teme al objeto sino que teme por él, pues el bebé cree que puede haber destruido al objeto en la posición anterior con su agresividad, esto lo hace sentir culpable y busca por lo tanto, reparar, proteger e identificarse aún más con el objeto total. A su vez, el bebé empieza a diferenciar la realidad externa de la fantasía y a usar la formación de símbolos; el objeto ideal de la posición anterior pasa a convertirse en el ideal del yo y la introyección de los objetos buenos y los malos pasan a formar las bases del superyó (Segal, 2005).

Por su parte, Winnicott (1991) destaca que desde que el bebé nace, éste se percibe como uno con la madre, es decir, se experimenta a sí mismo y a la madre como un único objeto ya que todavía no se ha efectuado la separación del yo y el no-yo. Para que esta separación logre efectuarse debe haber en principio una disposición por parte de la madre a dejar que el bebé se independice, aunque esto sea percibido por el infante como una amenaza de separación; pues de acuerdo con el autor será solo eso, una amenaza, ya que no hay en sí una separación real entre la madre y el bebé, pues ambos seguirán conectados por el “espacio potencial” (p. 143) que se crea entre ellos cuando el bebé comienza a diferenciarse de ella.

La base fundamental de este espacio potencial es la confianza que el bebé deposita en la madre, la cual se desarrolla adecuadamente al ella transmitirle al niño seguridad, confianza en sí misma y en las otras personas y objetos que rodean la vida del infante y por último, amor, entendiéndolo no solo como el hecho de satisfacer las necesidades del

bebé que no puede llenar aun por sí mismo, sino también como canal para que él alcance autonomía. Si por el contrario, la madre es distante y no demuestra amor hacia el hijo ella no será confiable y él no podrá independizarse porque habrá un fracaso de la confianza hacia ella. Esto tendrá como consecuencia una limitación del espacio potencial y por ende una limitación del procesamiento de las experiencias por parte del niño (Winnicott, 1991).

De igual manera, es importante destacar el rol que ejerce la figura masculina en el desarrollo psíquico del niño pues no es sólo la madre la que participa en él. Si bien es cierto que con frecuencia el padre piensa que es poco necesario o que no sabe cómo ejercer su función, es la entrada de él a la relación madre-hijo lo que permitirá la ruptura de la célula narcisista que se ha creado entre ellos dos y la que dará paso a la instauración del complejo de Edipo, que conlleva a su vez el establecimiento de la prohibición del parricidio, la prohibición del incesto y diferenciación de los sexos como se plantea en la obra de Freud. Esta separación va a promover además, que el niño(a) comience a construir su espacio psíquico interno, ya que se diferencia de la madre y se percibe como un ser separado de ella (García, 2004).

Ahora bien, la madre debe permitir que la figura masculina se incorpore a la vida del niño, ya que la función paterna se establece como tal cuando ella reconoce a su pareja como contribuyente de la formación del hijo; afianzándose a demás, cuando el padre mismo corrobora su función a través del lenguaje. Además, el establecimiento de la metáfora paterna permite que el niño surja como sujeto, ya que antes de la entrada del padre no es considerado como tal. Una vez que el padre se hace presente, el niño percibe que deja de ser el falo de la madre, ya no es él quien la completa, ya no es ella la ley sino que ella se somete a la ley del padre y la acepta. La exclusión del padre, por el contrario, hace que el deseo de la madre se exprese según el “sin límite” ya que no se establece un corte en cuanto a la demandas de objeto, demandas orales, satisfacciones y compensaciones; lo que significa que la madre complace en exceso al hijo (García, 2004; Pavan, 2002).

Aunado a esto, Bleichmar (1976), Dolto (1979), Leclaire (1970) y Pavan (2002) plantean que el niño debería pasar por una castración simbólica y una renuncia a la madre a fin de continuar sanamente con su desarrollo psicosexual. Sin embargo, en aquellos casos en los que se generan conflictos en el núcleo familiar y no se habla al respecto, debido a toda la dinámica inconsciente que se pone en juego entre los padres y el hijo (pues recordemos que los padres también se encuentran re-editando su Edipo) el niño empezará a desarrollar síntomas que serán la expresión de aquello que se oculta. El síntoma vendrá a ser por ende, la forma en el que el niño trata de adaptarse y de enfrentar los nuevos cambios que se están produciendo en su psique, ya que si esta situación no se pasa por la palabra el niño no podrá significarlo, quedando el síntoma como la única vía para manejarlo.

2.5.- Deseo de maternidad y Deseo de hijo en Venezuela

De acuerdo con Tubert (1991), la maternidad no va ligada directamente al aspecto reproductivo de la mujer, sino que se constituye a través del discurso social predominante de cada contexto y cultura, asociándose así gran variedad de significados al hecho de ser madre. En este apartado se expondrán los hallazgos de la investigación de Pavan (2001) realizada con quince adolescentes entre 15 y 19 años de los estratos socioeconómicos D y E de la consulta de ginecología y obstetricia y pediatría del Hospital Dr. Domingo Luciani.

En primer lugar Pavan (2001) encontró que estas madres deseaban un hijo para que fuese su compañía a lo largo de la vida, ya que éste viene a llenar carencias emocionales tanto en ellas como en el padre y a otorgarles un sentido de realización personal y una identidad como mujer; pues como también lo expone Robles (2012, p. 123) “a partir del deseo por el hijo la mujer puede ser valorada culturalmente”. Además, este hijo les proporciona a las madres participantes alguien a quien pueden transmitirle sus conocimientos y con quien disfrutar momentos alegres como el juego, el avance del niño a medida que crece, los cambios que va experimentando, entre otros; lo cual las complace en gran medida porque esos son los frutos de su trabajo diario como madres.

En segundo lugar, estas entrevistadas asumieron responsablemente su rol de madres a pesar que en un principio experimentaron temor y preocupación al momento de saber que estaban embarazadas. Para ellas constituyó un evento de gran felicidad que se percibe además, como parte del destino de toda mujer encontrando en el hijo una motivación para crecer, madurar y darle las mejores condiciones posibles (Pavan, 2001).

A raíz de estos hallazgos podemos observar que el deseo de hijo está muy arraigado en la cultura venezolana, pues sean favorables o no las circunstancias de la madre, el hijo viene a completarla y a proporcionarle mayor significado a su vida. Sin embargo, esto puede convertirse en una trampa narcisista, pues como expone Meler (2000):

La maternidad como actividad exclusiva y privilegiada, promueve que el lugar psíquico de ese hijo tenga una dimensión narcisista. Para las mujeres para quienes la maternidad ha sido la mayor o única fuente de gratificación narcisista, los hijos son representados como productos propios, retoños de su propio deseo, hijos paterno-genéticos. El papel del hombre en la gestación, admitido racionalmente, queda luego desvirtuado a través de las producciones inconscientes que develan fantasías de autogestación. “Este va a ir a donde yo vaya, porque es mío”, decía una paciente mientras se tocaba el vientre, aludiendo a un lazo sustentado en biología, pero que trasciende la misma. La madre como única fuente de cuidados y sustento, ha promovido la creencia de que el hijo es de su propiedad. Sólo ella sabe mejor y más que nadie, sobre los requerimientos y necesidades de su cría, porque la naturaleza así lo ha dispuesto (p. 122).

3.- Planteamiento del Problema

El embarazo no es un tema que deba tomarse a la ligera ya que involucra, no solo la vida de los padres, sino también la de un nuevo ser humano que estará desarrollándose en el vientre materno durante un lapso aproximado de 9 meses. Aun cuando no haya nacido, el neonato ya es capaz de percibir por medio de sus sentidos en formación, la estimulación que le proporciona la madre a través de su voz, su estado de ánimo, sus fantasías, sus movimientos, entre otros; lo cual tendrá repercusión en el desarrollo del carácter del bebé, la estructuración de su imagen corporal y el establecimiento del vínculo materno, por nombrar algunas áreas. Es por ello, que el hecho de desear o no un bebé, la razón por la cual se quiere o se rechaza y las fantasías preconceptivas son consideradas por los autores reseñados tan importantes en la constitución del feto incluso antes de que éste se conciba, pues todas estas experiencias que vivencia la madre quedarán grabadas en los registros mnémicos del niño, apareciendo más tarde en su desarrollo (Rojas, 2005; Vizcaíno, 2006; Vizcaíno, 2009; Manzo, Torres y Guzmán, 2011).

Según Vives (1996) y Chandler (2007), el que un bebé sea no deseado puede traer repercusiones psicológicas, pues las fantasías preconceptivas de la madre se orientarán con frecuencia a pensar en el aborto, el abandono, la adopción, etc., transmitiéndole al bebé, la ansiedad, el rechazo, la culpa y el miedo que esta situación le genera a ella. De igual forma, es posible que interfiera con la construcción de la imagen corporal del niño, pues a través de la mirada de la madre es que dicha imagen se va formando en los primeros años; pero si no hay reconocimiento, amor y aceptación el bebé introyectaría solo la parte negativa de la ambivalencia que siente la madre y probablemente, no logrará estructurar una imagen adecuada de sí y establecer un psiquismo sano. Esta distorsión de su cuerpo y el vacío que le produce la necesidad de afecto y amor, puede llegar a generar en la niñez, obesidad.

Si bien se conoce que la obesidad es un trastorno metabólico y nutricional multicausal, no por ello hay que restar importancia a la exploración de la ideación materna antes y durante el período del embarazo y en etapas posteriores al nacimiento del

hijo. Dicha multicasualidad hace que deban ser incluidos los planteamientos acerca del deseo materno y las fantasías alrededor del niño, como factores a ser explorados. Es por ello que el presente trabajo se propone conocer y explorar las características del deseo de hijo y las fantasías preconceptivas de madres de niños con obesidad.

4.- Justificación

Generalmente, cuando un bebé se encuentra en camino los padres comienzan a encargarse de escoger el nombre, la ropa, el cuarto, la cuna y los juguetes por mencionar algunos tópicos, pero desconocen que ese bebé ya viene influenciado por ellos desde antes del nacimiento debido a que ya han pensado acerca de él, han experimentado diversas sensaciones, han deseado o no su llegada, han planificado qué hacer ante este evento, etc., por lo que el niño ya ha grabado en su inconsciente ciertas huellas mnémicas que lo definirán en el futuro.

Es por ello que esta investigación es de utilidad para padres, psicólogos y médicos relacionados con el área, ya que el abordaje de una problemática de salud pública como la obesidad y el embarazo no deseado debe ser interdisciplinario para lograr una mejoría significativa en la salud física y psíquica de la persona. De igual manera, es importante la labor de concientización, prevención y educación que los médicos y psicólogos pueden brindar a los padres y futuros padres acerca de la maternidad, la imagen corporal del niño, el deseo, las fantasías de un hijo, entre otros; para lograr así, individuos más sanos, una mejor planificación familiar y evitar o corregir los posibles efectos negativos que puedan afectar o que estén afectando la salud integral del niño.

No basta con decir “deseo o no deseo ser madre” pues detrás de cada decisión que se toma hay toda una conformación inconsciente que en este caso afectará la estructura psíquica del hijo que viene en camino. De ahí la relevancia que tiene el conocer a mayor profundidad la relación que puedan tener estas variables. Lo que la madre piensa y siente respecto al bebé, las expectativas que tiene, la forma cómo se lo imagina.

Por último, es importante que las personas asuman la responsabilidad que conlleva un embarazo independientemente de si el bebé está siendo esperado o no, si se planea darlo en adopción, entre otros; pues una nueva vida viene en camino y dependerá

principalmente de los padres para crecer y desarrollarse sanamente en sus primeros años de vida, pero sobre todo en el período de gestación.

Los autores reseñados involucran enfáticamente la influencia de la presencia o ausencia del deseo de la madre dirigido hacia el niño y sus fantasías preconceptivas en la salud de su hijo: explorar estos factores como parte de la multicausalidad que determina su peso, parte relevante de dicha salud, motiva y justifica la presente investigación.

5.- Objetivos

5.1.- Objetivo General

- Explorar los contenidos emergentes acerca del deseo de hijo y las fantasías preconceptivas del discurso de madres de niños con diagnóstico clínico de obesidad antes y durante el período del embarazo, así como también en etapas tempranas del crecimiento de sus hijos.

5.2.- Objetivos Específicos

- Describir las fantasías preconceptivas de un grupo de madres de niños con obesidad.

- Explorar el deseo de maternidad de un grupo de madres de niños con obesidad.

6.- Marco Metodológico

6.1.- Tipo de Investigación

La presente investigación fue abordada desde el enfoque cualitativo debido a la necesidad de obtener una mejor comprensión de los temas planteados por medio de la vivencia y subjetividad de las participantes involucradas. Dicho enfoque, permite un acercamiento más personal al objeto de estudio, así como la puesta en práctica de herramientas que se han desarrollado a lo largo de la carrera, tales como la empatía, la escucha, las técnicas de entrevista, entre otros. Además, el proceso de recolección de datos a través de la entrevista en profundidad, se asemeja al ejercicio diario del psicólogo clínico durante la consulta, lo que permite una mayor soltura al momento de realizar las entrevistas.

Martínez (2006, p. 128) define el enfoque cualitativo como el “estudio de un todo integrado que forma o constituye una unidad de análisis (...): Una persona, una entidad étnica, empresarial, etc. (...) La investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica” por ello, para dar cuenta de la misma es necesario indagar sobre los “conceptos, percepciones, imágenes mentales, creencias, emociones (...) pensamientos, experiencias y vivencias” (Hernández, Fernández y Baptista, 2006, p. 409) de las madres protagonistas que pueden manifestarse por medio del lenguaje; permitiendo la exploración de la ideación materna antes y durante el período del embarazo y en etapas posteriores al nacimiento del hijo.

De esta forma, el conocimiento obtenido en esta investigación deviene como producto de una construcción dialéctica, pues incluye tanto la subjetividad del individuo como la participación de la investigadora, quien es responsable de generar un marco de confianza y brindar las herramientas necesarias para que las participantes puedan desenvolverse cómodamente. Por otra parte, el enfoque cualitativo presenta ventajas tales como la flexibilidad en el abordaje de la información, ya que el investigador permite “que la realidad hable por sí misma” (Martínez, 2000, p. 757) y no la tergiversa con prejuicios,

hipótesis, ideas, teorías, entre otros; hay una relación más natural y equitativa entre el investigador y el participante; existe apertura para el descubrimiento de nuevas variables y permite la obtención de datos profundos.

En el marco de esta investigación, todos los puntos de vista son considerados importantes aun cuando no se hayan planteado previamente en el marco de referencia, pues se trata de comprender a las personas en su contexto y no de buscar “la verdad” (p. 3) lo que favorece el desarrollo de la empatía, permitiendo así experimentar la cotidianidad de los participantes o cómo vivieron e imaginaron determinada situación en el caso del tema presente. La validez de este tipo de investigación se asienta en el empleo de un procedimiento riguroso que permite la obtención de datos empíricos que dan cuenta de una realidad social (Taylor y Bogdan, 1987).

Tanto la investigación cualitativa como la cuantitativa son necesarias para el abordaje integral de cualquier tópico, sin embargo, la importancia de la primera recae principalmente en posibilidad de conocer y valorar en profundidad a las personas con las cuales se construye la práctica profesional; además, permite trabajar sobre los estereotipos y prejuicios que pueda presentar el investigador al enfrentarlo con la escucha al otro (Parra, 1998).

6.2.- Método: Fenomenológico

La fenomenología se centra en el estudio de la subjetividad, es decir, en los elementos que subyacen a las experiencias y vivencias de las personas; importa el fenómeno en sí mismo, todo aquello que revela la conciencia, la forma en que lo hace y cómo lo significa el individuo. Dentro de esta metodología, se entiende la realidad como aquella perspectiva que las personas tienen acerca del mundo y el significado que le atribuyen al mismo, ya que el conocimiento no está dado completamente sino que se construye y se modifica constantemente por los individuos que viven dicha realidad. De la misma forma con el método fenomenológico, no se esperan encontrar explicaciones causales, ya que precisamente los componentes de la realidad se relacionan en una

dinámica compleja, es decir, los elementos que un día interactúan pueden no hacerlo en otro momento ya que éstas relaciones pueden tomar muchas direcciones diferentes (Bonilla, 2008).

Otra de las consideraciones que se toman en cuenta dentro de este marco, es el hecho de que se reconoce el papel activo del investigador durante el proceso pues es éste quien elige el tema, los datos y resultados que le son de interés; siendo a fin de cuentas el encargado de interpretar esa realidad que se le manifiesta y de la cual es también partícipe. Por ello, es importante el mantenimiento de una actitud abierta durante todo el proceso de investigación y análisis, evitando así que los propios prejuicios o ideas distorsionen los resultados encontrados. Por otro lado, pueden surgir datos que no estaban considerados en la teoría y que explican de otra forma el fenómeno estudiado (Martínez, 2006).

En esta investigación se espera conocer la experiencia subjetiva de las madres durante el período del embarazo, las fantasías, el deseo... y para ello, se requiere que ellas narren y describan su situación; pues la teoría no ha encontrado resultados concluyentes respecto a este asunto y ¿quién mejor para dar cuenta de esta realidad por la que se transita que ellas mismas? Por esto se escogió el método fenomenológico, el cual ofrece técnicas amplias y sensibles para captar este tipo de datos. “Por ello, se dice que el método fenomenológico no parte de una teoría fundada, sino de la observación y descripción del mundo empírico” (Rizo, 2009).

6.3.- Dimensiones

Para la realización de este trabajo se tomó como punto de partida la exploración de dos dimensiones principales:

1.- Deseo Materno: Constituye el anhelo de un hijo que de acuerdo con Freud (1915, 1923) viene a brindar a la mujer un sentido de completud a nivel simbólico, ya que representa el falo del que carece ella; respondiendo a demás, a las heridas narcisistas de

todo ser humano: la enfermedad, la vejez y la muerte; pues el hijo viene a ser la continuación de la descendencia y la continuación de la persona misma.

2.- Fantasías preconceptivas: Son el conjunto de representaciones mentales que la madre se forma antes y durante el embarazo acerca del hijo que esperar concebir o que está en formación; incluyen imágenes, ideas, creencias o recuerdos e influyen en la conformación psíquica y física del neonato como por ejemplo, en percepción de la imagen corporal, el vínculo materno, entre otros (Latirgue y Vives, 1994, c.p Feinholz y Ávila, 1996).

6.4.- Participantes

El grupo de mujeres que participó en esta investigación está conformado por 5 madres de niños con diagnóstico de obesidad, las cuales fueron escogidas a través de informantes claves. Éstos se definen como aquellas personas que poseen conocimiento y experiencia sobre el tema de estudio, funcionando como un nexo entre el investigador y los participantes; además, ayudan a que el investigador comprenda el contexto y la realidad de las personas que se pretende estudiar (Monistrol, 2007; Robledo, 2009).

Una de los informantes claves seleccionada para este trabajo es Licenciada en Psicología, del equipo de evaluación de cirugía bariátrica, Unidad de Psiquiatría de Enlace, Hospital Dr. Domingo Luciani; el otro informante se desempeña como Médico Cirujano especialista en Otorrinolaringología quien ha tenido una amplia trayectoria en el tratamiento de niños.

La información de las entrevistadas y sus hijos se muestra a continuación:

Tabla 1

Lista de participantes

Madres	Edad	Ocupación	N° de hijos	N° de abortos	Nivel socio-económico	Edad del hijo con OB*	Peso del hijo con OB* (kg)	Estatura del hijo con OB* (m)	Género del hijo con OB*	Lugar de nacimiento del hijo con OB*
D	28	Ama de casa	1	0	Medio	4	26	1.08	M	1°
C	45	Ama de casa	2	1	Alto	11	56	1.55	M	2°
A	39	Asistente adtvo	3	0	Medio-bajo	5	30.2	1.24	M	2°
E	46	Abogado	2	0	Medio	10	50	1.45	M	1°
S	38	Ama de casa	1	4	Medio	9	48	1.54	F	1°

*OB= obesidad

6.5.- Procedimiento

6.5.1.- Fase de abordaje. Informantes claves y participantes

Tratándose de una investigación de enfoque cualitativo se comenzó por delimitar un área problema y recopilar información sobre la misma; una vez que este material fue depurado se empleó como base para la elaboración de una guía de entrevista (Anexo 1) con preguntas abiertas. El objetivo de la misma, fue explorar las dimensiones fantasías preconceptivas y deseo materno principalmente, así como también la vivencia de cada participante; dicha guía fue revisada y corregida previamente por la tutora para su empleo. Posteriormente, se presentó formalmente el anteproyecto a los informantes claves para solicitar su colaboración al momento de contactar a las posibles participantes.

Ambos se mostraron de acuerdo y suministraron los números de teléfonos de las madres candidatas.

Se procedió a llamar a cada una de las madres sugeridas por los informantes para conocer su interés en participar en el presente trabajo; se les explicó que se les realizaría una entrevista en profundidad, la cual sería grabada, acerca de su período de embarazado, la crianza del hijo con diagnóstico de obesidad, experiencias y significados; empleando la información proporcionada únicamente para propósitos académicos y resguardando su privacidad.

Una vez que las participantes accedieron se pautó en cada oportunidad, un encuentro para realizar la entrevista en un sitio escogido por ellas a fin de que sintieran lo más cómodas y confiadas posibles. Antes de iniciar cada entrevista se le suministró a las participantes un consentimiento informado (Anexo 2) en el que aceptaban participar en la esta investigación, exponiéndose a demás, la confidencialidad de la información. Se les explicó nuevamente en qué consistía el proyecto de tesis y se les recalcó que su participación era voluntaria, por lo que podían detener la entrevista si en algún momento se sentían incómodas. Por último, se abrió un espacio para aclarar sus preguntas y se brindó respuesta a cada una de ellas.

6.5.2.- Fase de recolección de datos

La recolección de información fue realizada a través de la entrevista en profundidad:

Kvale (1996) señala que el propósito de la entrevista de investigación cualitativa es obtener descripciones del mundo vivido por las personas entrevistadas, con el fin de lograr interpretaciones fidedignas del significado que tienen los fenómenos descritos (...) Esta etapa de la investigación cualitativa finalizará cuando se haya recogido y descrito un buen conjunto de material protocolar (primario), en entrevistas, observaciones, grabaciones y anotaciones, que se considere suficiente

para emprender una sólida categorización o clasificación que, a su vez, pueda nutrir un buen análisis, interpretación y teorización y conducir a resultados valiosos (c.p. Martínez, 2006).

Hernández, Fernández y Baptista (2006) proponen tres formatos de entrevista: la estructurada que es aquella donde el investigador se circunscribe a una serie de preguntas previamente establecidas; la semi-estructurada en la cual se ha elaborado una lista de preguntas pero el entrevistador cuenta con la flexibilidad para efectuarlas o no o para añadir nuevas preguntas que sirvan para esclarecer la información suministrada. Por último, está la entrevista abierta que consiste en una guía general del tema a tratar y que se emplea para canalizar el diálogo, ésta modalidad le otorga al participante mayor disponibilidad para expresarse.

Para la construcción del guión de entrevista se tomaron en cuenta los siguientes tópicos, los cuales se basaron en la información recolectada para la elaboración del marco referencial siguiendo los objetivos de la investigación. Sin embargo, hubo flexibilidad para incorporar contenidos que fueron surgiendo en las entrevistas:

- Vivencias del embarazo y la maternidad: Este apartado engloba el significado de convertirse en madre, qué experimentó la entrevistada al recibir la noticia del embarazo, si realizó algún cambio en su rutina, qué pensamiento y sentimientos recuerda haber tenido, entre otros.

- Fantasías acerca del hijo: Se abordaron las fantasías que la madre tuvo acerca de su bebé antes y durante el embarazo, cómo se imaginaba a su hijo a nivel físico y comportamental. En caso de que la madre no hubiera fantaseado sobre su hijo, se indagaría acerca de las temáticas en las que sí pensaba e imaginaba.

- Relación madre e hijo en el proceso de alimentación: Se indaga principalmente sobre la alimentación que ha tenido el niño en su infancia, cómo fue el momento del amamantamiento, emociones asociadas a la comida y dinámica de la alimentación.

En cada sesión, una vez que las participantes firmaran el consentimiento informado, se comenzaba la entrevista con preguntas abiertas o preguntas rompehielo, empleando la consigna “háblame de tu historia: a qué te dedicas, qué edad tienes, cómo eres tú” con el objeto de establecer rapport y disminuir la ansiedad de la participante; guiando progresivamente la entrevista a tópicos más delicados como lo son el embarazo, las fantasías, la salud del hijo, entre otros. En aquellos momentos en los que las participantes se sintieron abrumadas por su relato, se brindó contención buscando tranquilizarlas y reafirmarlas; una vez que decidieron continuar se retomó la entrevista con áreas menos susceptibles sin perder el hilo de la misma.

Se llevaron a cabo 5 entrevistas en total con una duración de 45 minutos a 1 hora y 30 minutos; al concluir la grabación de las mismas se procedió a transcribir su contenido, ya que al contar con el material por escrito se facilitó su análisis. Cabe destacar que luego de concluida cada transcripción se identificaban los elementos nuevos que emergían en el discurso de las madres para poder agregarlos en las entrevistas siguientes, además se fue anotando las semejanzas y diferencias que iban presentando entre ellas. Luego de finalizar las 5 transcripciones se realizaron varias lecturas detalladas de cada una de las entrevistas con el objeto de familiarizarse con toda la información suministrada.

6.5.3.- Análisis de las Entrevistas en Profundidad

Para realizar el análisis de las entrevistas obtenidas se tomó en cuenta el contenido manifiesto que cada una de las participantes expuso, con esto se esperaba indagar sobre los tópicos correspondientes (deseo materno y fantasías preconceptivas) sin pretender establecer causalidades ni corroborar resultados previamente constituidos. Dichos contenidos se fueron agruparon de acuerdo a los tópicos principales al momento de transcribir las entrevistas, como por ejemplo: pensamientos durante el embarazo, eventos, fantasías, condiciones de salud, entre otras; para tener una mejor comprensión y organización del material. Durante las transcripciones se prestó atención a los silencios,

pausas, sonidos, risas, entonaciones y palabras, separando cada intervención de acuerdo con el inicio y fin de cada pregunta y respuesta.

Se continuó con el empleo de la codificación abierta del contenido de las entrevistas, es decir, se segmentó el material transcrito para establecer las respectivas categorías y subcategorías de análisis en base a comparaciones y contrastes de los discursos de las entrevistadas. Dichas categorías son unidades de información que permiten organizar los datos para comprender con mayor facilidad el proceso estudiado; por su parte, las subcategorías son unidades de información más pequeñas que enriquecen las categorías (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Posteriormente se prosiguió con la codificación axial, la cual se define como aquella codificación en la que el investigador selecciona una o unas categorías principales a partir de las cuales se relacionan las demás categorías, esto permite observar las diversas aristas del tema trabajado (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). En total se obtuvieron 15 categorías de análisis y 52 subcategorías (Anexo 3).

Este proceso de categorización y subcategorización se realizó en conjunto con la tutora de la investigación a fin de lograr una perspectiva adicional y brindar mayor validez a la investigación. Una vez obtenida la lista de categorías y subcategorías se realizó una segunda revisión con la tutora, para depurar aquellas que no se correspondían directamente con la investigación, quedando finalmente nueve categorías de análisis, las cuales se definieron y sustentaron con los verbatim de las participantes.

Por último, el análisis de las entrevistas se elaboró a través de la contrastación con la teoría, en la que se hallaron tanto similitudes como diferencias en cuanto a lo planteado por los autores; las observaciones personales de la investigadora, las cuales arrojaron unidades de análisis que no se encontraban contempladas en el marco teórico y finalmente; un análisis profundo de lo expuesto por cada una de las entrevistadas.

7.- Análisis de Resultados

En este apartado se desarrollarán los temas encontrados en las entrevistas a profundidad realizadas a un grupo de madres de niños con diagnóstico de obesidad. El objetivo es describir sus fantasías preconceptivas y explorar su deseo de maternidad, así como también integrar nuevos contenidos que surgieron durante la investigación y que de igual forma enriquecen el análisis. Las categorías se presentan a continuación:

a.- Deseo y Fantasías

a.1.- Deseo de hijo

En esta categoría se engloban los distintos trasfondos del deseo de hijo planteados por Robles (2012) encontrándose primero la llegada del bebé como un evento anhelado por las madres, percibido como una meta de vida y de satisfacción personal, constituyéndose en este caso, la maternidad como deseo en el inconsciente femenino. Segundo, el hijo como un evento social, es decir, el convertirse en madre es lo esperado para toda mujer a nivel cultural y le confiere mayor estatus social, caso en el que la maternidad se configura como deber. Y finalmente, si la mujer no deseaba realmente un hijo en su vida.

En las entrevistas se encontró que 4 de las madres tenían incluido en su plan de vida el convertirse en madres desde su niñez. Sólo una de ellas refirió nunca haber considerado el hecho de ser madre y establecer un hogar, pues se encontraba enfocada en otras actividades.

“Lo ansiaba (risa) yo estaba ansiosa (...) me costó bastante quedar embarazada, tuvimos casi los 3 años buscando de quedar embarazada” (D)

“No lograba quedar embarazada (...) Después de ese aborto a mí me costó muchísimo quedar embarazada, muchísimo, muchísimo” (C)

“Siempre ella [la prima] y yo jugábamos, me acuerdo, con los bebés que íbamos a tener que yo iba a ser madrina de los hijos de ella, que ella iba a ser madrina de mis hijos” (S)

“Nunca pensé que fuera a tener un hogar (...) Lo mío era jugar pelota porque yo era más machorra (...) Yo no pensé nunca en tener hijos ni nada, nunca mami” (A)

Sin embargo, sólo 2 de la madres que manifestaron el deseo de tener hijos, tuvieron un embarazo planificado, es decir, para el momento en que quedaron embarazadas se encontraban buscando un bebé desde hacía algún tiempo, por lo que ambas recibieron la noticia con alegría y aceptación.

“Feliz, feliz jajajaja la risa no se me quitaba de la cara (...) fue de verdad una emoción, sí, estaba muy contenta” (D)

“Nosotros lo aceptamos con mucha alegría desde un principio” (C)

En el caso de S, su bebé llegó en un momento inesperado por lo que le generó sorpresa debido a que para ese momento de su vida tenía otras prioridades, sin embargo, reajustó sus proyectos y aceptó su embarazo.

“No, queríamos casarnos, buscar donde vivir porque no queríamos vivir en casa de él ni en casa mía pero ya que se dio la niña bueno (...) Para adelante pues como quien dice, seguimos con nuestros planes así sea que se nos adelantaron” (S)

Por su parte, la otra entrevistada recibió la noticia de que se encontraba embarazada con mucho miedo y asombro, ya que además de que no la estaba esperando revivió las emociones de su primer embarazo que al igual que éste, tampoco era esperado.

“¡No joda! Cuando quedé embarazada eso fue así como que me cayó el mundo otra vez (...) cuando quedé embarazada fue así como que ¡coño! (...) cuando yo lo abro [el examen de embarazo] ¡no joda! Tragué grueso Katherine y yo Dios mío ¿qué es esto?” (A)

a.2.- Fantasías preconceptivas

El deseo de tener un bebé influenciará en gran medida el tipo de fantasías que las madres se crean antes y durante el embarazo, incluso el no esperarlo podría ligarse a la ausencia de las mismas. Como se observará en el caso de A, las fantasías preconceptivas aparecen durante el embarazo una vez que ella acepta al bebé, mas no hay referencias de representaciones previas al embarazo como en el caso de algunas de las otras madres.

“Siempre me han gustado mucho los niños y así pues, entonces yo nada más de pensar tenerlo chiquitico y eso me emocionaba mucho la idea pues” (D)

“Yo coye se va a parecer como a mí, tiene la cara redondita (...) va a ser precioso, hermoso, morenito” (D)

“Bueno yo me lo imagino blanco, con los ojos claritos (...) con el pelo amarillito, con su cara redondita, va a ser fuerte, enérgico, va a ser un niño muy grande muy inteligente, todo eso yo me lo imaginaba (...) Siempre me lo imaginé con un carácter fuerte” (C)

“Yo no pensé nunca en tener hijos ni nada, nunca mami (...) mi infancia fue jugar, estudiar” (A)

“Yo siempre discutí con N. que los niños tenían que parecer a mí” (A)

“Ella [la prima] y yo jugábamos, me acuerdo, con los bebés que íbamos a tener” (S)

“Que saliera blanquita como mi papá y de ojos marrones (...) yo quería que me saliera con los cabellos churcos como los de mi papá (...) quería que ella fuera tranquila, dócil” (S)

A partir de lo encontrado en estas categorías se presenta una diferencia importante con respecto a la teoría, pues si bien hay investigaciones que han encontrado que los niños producto de un embarazo no deseado son proclives a desarrollar sobrepeso según David, (2007) y Manzo, Torres y Guzmán (2011) pareciera que esto no ocurre en el reporte de estas madres. Se observa que sólo una de las entrevistadas no consideraba a los hijos dentro de su plan de vida, a diferencia de las otras 4 que sí deseaban tener un hijo y a pesar de ello, los 5 niños presentan obesidad, lo que podría indicar que otros factores pueden estar incidiendo en este fenómeno, resaltando así la complejidad del mismo.

De igual forma ocurre con las fantasías preconceptivas, ya que todas las madres imaginaron a sus bebés antes o durante el embarazo a nivel físico y emocional y fantasearon incluso con su rol de madre; ninguna consideró ideas de aborto, el rechazo o la adopción aun cuando algunos de los embarazos fueron inesperados. Por ende, las huellas mnémicas que pudieron haberse grabado en el neonato van dirigidas a la aceptación, la alegría del hijo y la emoción de la espera de acuerdo con Chandler (2007) y Manzo y cols. (2011). Sólo 2 de ellas imaginaron a sus hijos con características que podrían atribuirse a un niño con sobrepeso “cara redondita” y “va ser fuerte”, por lo que las fantasías acerca del físico del niño parecen no apuntar directamente (al menos en los casos explorados) con el desarrollo futuro de la obesidad. Sin embargo, los autores

mencionados refieren que a nivel inconsciente está registrado el deseo de la madre de que su hijo tenga la imagen que ella tenía predeterminada antes de su nacimiento.

b.- Pensamientos y Afectos durante el embarazo y el alumbramiento

Los sentimientos, emociones y pensamientos que las madres refirieron durante el período de gestación y el momento del parto, hacen referencia no solo al bebé y el embarazo en sí, sino también a las circunstancias que las rodearon durante esos 9 meses.

b.1.- Pensamientos

Los pensamientos que las entrevistadas reportaron durante su embarazo y el momento de parto fueron acerca de la muerte del bebé, la separación de la pareja y la crianza del hijo. Si bien dos de ellas atravesaron un embarazo de alto riesgo, solo A refirió haber tenido ideas de muerte tanto de ella como del bebé.

“Quiero darle la mejor enseñanza... quiero que todo esté bien con él, eso sí lo pensaba” (D)

“Siempre he pensado (...) que mis hijos siempre se mueren... en el embarazo o naciendo (...) como que quiero lo malo (...) Dígame tú para entrar al quirófano, yo lloré y todo no joda le dije a N (...) ¡no joda por tu culpa, si me muero en quirófano! Yo también estaba que si me iba a morir.” (A)

“Pensaba ya en separarme, en el sufrimiento de él [su esposo] en cómo iba a hacer con dos hijos, si conseguiría trabajo de nuevo” (E)

“Cambiaba si a veces cuando peleaba con mi esposo por necesidades, como cuando dices ¡no, lo voy a dejar! (...) hay veces que yo decía ay que fastidio tenerlo al lado, me hice otra responsabilidad más, me hubiera quedado sola, después que no” (S).

b.2.- Afectos

La mayoría de las participantes identificaron diversas emociones experimentadas a lo largo del embarazo y durante el momento en que dieron a luz (plenitud, tristeza, rabia, miedo) por diversas circunstancias que refirieron haber vivenciado. Solo una de ellas refiere haberse sentido completamente feliz.

“La ansiedad de estar encerrada, o sea estar puro ahí en la casa” (D)
*“Cuando lo sacaron lloré como una niña chiquita cuando lo vi es demasiado hermoso jajajaa
bellísimo lo recuerdo exactamente como si hubiera nacido hoy” (D)*

*“F. no, todo [el embarazo] fue demasiado tranquilo, demasiado armonioso, demasiado rosa,
todo fue muy rosa” (C)*

[En el parto] “Asustada, asustada esa no es una experiencia de ¡Oh! Uno se asusta mucho” (A)
*“Cuando nació M, chévere la felicidad del mundo y pa lante, eso como que nos consolidó y
comernos el mundo” (A)*

*“Bueno durante el embarazo a mí me gustó (...) porque tu sientes como va cambiando tu cuerpo,
sabes que tienes una vida adentro (...) me gustaba agarrar el estetoscopio para escucharle el
corazón, sentirla” (S)*

*“Miedo... de que me saliera enferma, con algo, miedo de que después de que naciera me
dijera que tenía una enfermedad” (S)*

“Dolida por mi familia, todavía sólo me hablan lo necesario” (E)

“Con el embarazo del gordo, angustia y rabia hacia mi ex” (E)

Como refieren Rojas (2005) y Vizcaíno (2009) ya sea que las ideas y afectos vivenciados por las madres tuvieran relación directa o no con el bebé en formación, igualmente le fueron transmitidos a éste a través de la voz de la madre, las hormonas segregadas de acuerdo su estado anímico, los cambios en líquido amniótico, la vibración que producían los latidos de su corazón, entre otros. Todos estos canales le comunicaban al bebé el estado en que se encontraba la madre, permitiéndole grabar las huellas mnémicas de las sensaciones y pensamientos que ella experimentó. El estrés que persiste durante el embarazo ocasiona que los niños sean hiperactivos, irritables y con patrones de sueño y alimentación irregular, habiendo por ende relación entre las perturbaciones emocionales de la madre y los problemas de salud física y emocional del niño.

Aquí se encuentra un punto en concordancia con la teoría expuesta por ambos autores, pues como se observará más adelante todas las madres entrevistadas refieren que los niños tienen hábitos de alimentación alterados; fenómeno que coexiste con la narración de cuatro de las madres sobre situaciones en las que estuvieron presentes estrés, rabia, tristeza y miedo durante el embarazo; exceptuando de este grupo a la madre C quien como se mencionó previamente, describe su embarazo como todo “rosa”.

c.- Eventos relevantes del período de embarazo y el alumbramiento

Esta categoría engloba todas aquellas circunstancias que las madres refieren haber vivido a nivel familiar, laboral, académico, entre otros, bien sea generadas por el embarazo o presentes a lo largo del mismo y en el momento de dar a luz. Los contenidos aquí tratados van de la mano con la categoría anterior, pues muchos de estas circunstancias produjeron en ellas cambios emocionales significativos.

“Sustos y rabietas tuve por el rechazo de su papá, de su mamá, a mi esposo lo botaron de la casa y él viviendo por ahí, hasta que vino conmigo aquí arriba y sí, tuvimos muchos encontronazos con mi mamá, se opuso” (A)

“El niño estuvo a punto de que se me saliera” (A)

“La rabia de él, estaba furioso porque según yo estaba faltando al trato que habíamos hecho, que yo me encargaría de los niños en la casa y él de mantenernos, que yo lo había traicionado. Hasta mi familia se puso en mi contra” (E)

“Comencé a sangrar y esas cosas, entonces me dejaron en reposo, tenía reposo absoluto ya de ahí en adelante no pude hacer más nada, puro en la casa” (D)

“Me tuvieron que hacer una cesárea porque al bebé le estaban bajando los latidos del corazón” (D)

“Yo con ese embarazo hice de todo (...) me fui a los Médanos de Coro en el primer trimestre, fui a Playa Paraíso (...) durante todo el embarazo hicimos los mismo no nos cohibimos (...) yo salía, yo rumbeaba, llegaba a veces a las 6 am con mi esposo” (S)

“Eso era horrible (...) la doctora me dice 'él está en una posición en la que no va a poder salir normal, hay que hacerte una cesárea de emergencia'” (C)

Como puede apreciarse 3 de las participantes tuvieron situaciones difíciles durante su embarazo como conflictos con la familia, embarazos de alto riesgo y discusiones con la pareja; lo que derivó en alteraciones tanto de su estado de ánimo como en el del bebé ya que de acuerdo a lo referido por Vizcaíno (2006) éste reproduce los estados fisiológicos de la madre debido a las hormonas que ella produce; recordemos que la endorfina y la oxitocina se segregan ante situaciones que producen alegría y plenitud y la adrenalina y catecolaminas se segregan ante depresión, angustia y estrés. Esto significa que los hijos de estas madres vivieron con ellas todas estas situaciones, pudiendo haber influido en el carácter y la conducta futura del niño, ya que como refieren Pía, Farkas y Paz (2006) y Betancourt, Rodríguez y Gempeler (2007) la perturbación del desarrollo

psíquico del neonato puede provocar alteraciones en el carácter y en el comportamiento del niño.

d.- Estilo de crianza y establecimiento de límites

Las categorías identificadas comprenden las reacciones y patrones de crianza que la madre exhibe ante diversas situaciones del desarrollo de su hijo y las herramientas que utiliza la madre para educar al hijo, bien sea para reforzar o disminuir una conducta.

Respecto a los estilos de crianza Chandler (2007) indica que la forma en que los padres compensan el hecho de no haber deseado a su hijo, es decir, la culpa que sienten, la reparan con un cuidado excesivo del niño y una de las formas que encuentra él para disminuir la ansiedad que le genera este comportamiento, puede ser la ingesta excesiva de comida.

“M. duerme en el cuarto con nosotros en la cama individual (...) Dice que en el cuarto no le gusta dormir solo y tampoco lo he intentado despegar, entonces bueno a veces mi esposo no está mi esposo se va de viaje y para yo quedarme con él” (A)

“Yo también creo que tengo parte de culpa, porque tampoco me enfoqué en darle de comer como hacía mi cuñada, mi cuñada si obligaba a los niños a comer. Yo ay si no quiere no importa, pobrecita, en esa parte creo que fallé yo” (S)

“Siempre estoy limpiando (...) porque me da miedo que todo le... todo como que le afecta (...) de 5:30pm en adelante ya yo su suetercito y pa dentro” (D)
[Cuando se caía aprendiendo a caminar] *“Salíamos corriendo a agarrarlo” (D)*

“Del gordito me encargo yo, lo visto, le doy el desayuno y lo llevo al colegio” (E)

[Refiriéndose al control de esfínteres] *“Siempre desde los 6, 7 meses ya cuando él empezó a gatear yo empecé ya a motivarlo, entonces el agarraba la poceta y la utilizaba como cuestión de juego y como la poceta le hablaba él pensaba que la poceta era un juego más, para que él se relacionara con la poceta para que él tuviera como un enlace” (C)*

De acuerdo a lo referido por las entrevistadas puede observarse un predominio de estilos de crianza permisivo y sobreprotector; dichos estilos se aprecian en madres que se han descrito como deseantes de manera que en estos casos, el deseo y la sobreprotección no coinciden con los propuestos previamente por Chandler (2007) Se aprecian también en

los discursos estilos como el protector y el exigente y métodos de castigo como el físico, el verbal o el diálogo.

Por otro lado, llama la atención en los casos entrevistados el no establecer suficientes límites a los hijos y el permitirle conductas que no son propias de su etapa del desarrollo como por ejemplo el colecho con los padres y el vestirlo y bañarlo aun cuando el niño puede hacerlo por sí mismo; observándose así la ausencia de una figura de autoridad que establezca dichos límites. Desde el psicoanálisis se plantea la necesidad de un tercero que instaure un corte entre el hijo y la madre (García, 2004) lo cual parece no estar sucediendo en los casos trabajados; esto conduce a pensar que no solo el deseo está en juego sino también la presencia activa de un sujeto que funcione como padre.

e.- Eventos de la infancia del niño

Cada uno de los hijos de las entrevistadas ha atravesado circunstancias relevantes a lo largo de su infancia, entre ellas se encuentran: mudanzas, cambios de colegio, enfermedades, accidentes y amenazas a su núcleo familiar. Además, esta categoría incluye las reacciones de los niños ante dichos eventos que da cuenta de su adaptación socio-emocional.

“A los 5 meses (...) le dio una bronquiolitis y hubo que tenerlo hospitalizadito (...) Lo operaron a los 3 años (...) horrible yo lloraba con él, el lloraba y yo llorando fue feo pues” (D)

“Cuando él empieza el colegio había un niño que tenía mononucleosis y le pega la mononucleosis a él (...) cuando él se curó lo operamos de las adenoides” (C)

“Yo tuve un accidente hace 4 meses que mantuvo 4 días en terapia intensiva (...) él llegaba y me decía que volviera a él, que no lo dejara solo, que no me muriera” (C)

“El desprendimiento de él fue muy grande, él agarró su bolso (...) su cuaderno, sus crayones de cera y me dijo 'chao mami' y yo me quedé con el corazón roto jajaja” (C)

“Cuando empezó a caminar tuvo una fractura del pie tuvo yeso y todo; primero tuvo un esguince (...) duró 4 meses con yeso” (A)

“Cuando empezó preescolar sí, él se adaptó muy bien, le gustó. A mí fue la que me pegó, yo ay mi bebé 'váyase, váyase mami” (A)

“Si la he tenido hospitalizada, a los 11 meses con una bacteria que tuvo (...) hubo una infección muy fuerte” (S)

“Las épocas de (...) las vacaciones largas, cuando entraba de nuevo al colegio le pegaba bastante” (S)

[El ex esposo] *“Me los quería quitar [a los hijos] de la rabia porque lo había dejado” (E)*

Si bien varios de los niños de las entrevistadas muestran una buena capacidad de adaptación ante situaciones nuevas, como lo es el inicio del colegio por ejemplo, se aprecia que todos han tenido situaciones difíciles durante sus primeros años de vida, en las que se ha visto amenazada su seguridad o la de sus padres. Dichas circunstancias pueden haber generado en el infante un monto de ansiedad mayor a la que es capaz de manejar si los padres no supieron proporcionarle contención adecuadamente. Ante estos eventos, algunas de las madres les explicaron previamente a sus hijos los cambios que iban a suceder en su rutina como por ejemplo el inicio del colegio en el caso de A y C o la mudanza en el caso de D, favoreciendo quizá una mejor respuesta del niño ante dichos cambios.

Por otro lado, puede observarse que tanto la hija de S como el hijo de E presentan mayor apego hacia sus madres, por ende, ante la amenaza de separación que pueden haber experimentado ambos niños, a raíz del inicio de clase y embarazo de la madre en el primer caso y divorcio de los padres y conflictos por su custodia en el segundo; una de las formas de controlar dichas situaciones podría haber sido el refugio en la comida, ya que como lo plantea Chandler (2007) hay personas que por miedo a separarse del objeto de deseo, eligen como tal a la comida que no los abandona. Desafortunadamente, esta “solución” los hace entrar en un círculo vicioso donde al ser rechazados socialmente a causa de la obesidad, buscan la comida para calmarse.

f.- Lugar que la madre otorga al padre en la crianza

En esta categoría se plantea el papel que ocupa el hombre en la crianza de los hijos desde el punto de vista de la madre, así como también, si ella le permite participar en la misma.

De acuerdo con García (2004) es necesaria la entrada del padre a la relación madre-hijo con el objeto de romper la díada, permitiendo así que se establezca el complejo de Edipo y favoreciendo la maduración del niño, pues éste comienza a independizarse de la madre reconociendo que él es un ser diferente a ella. En el caso del varón, éste reconoce que el padre es el objeto de deseo de la madre y él no puede obtenerla, de lo contrario está presente la amenaza de castración si intenta desafiar al padre. En el caso de la niña, ésta reconoce que está castrada y que el padre posee el falo que ella desea, sin embargo, debe esperar a obtenerlo de otro hombre en el futuro, ya que, el objeto de deseo de éste es la madre.

Si hay conflictos durante este pasaje del Edipo y no se trabajan en el núcleo familiar, bien sea porque se tratan de camuflar o ignorar; el niño empezará a desarrollar un síntoma como forma de expresión ante dicha problemática, ya que lo que no se concientiza y no se pasa por la palabra, queda almacenado como contenido inconsciente y debe buscar su manifestación por otra vía (Dolto, 1979).

“Con mi esposo 100% mi esposo, mi amigo, compañero, todo... todo es él” (D)

*“Me siento afortunada (...) porque hoy día son pocas las parejas que están así que se ayudan mutuamente que se ponen de acuerdo en todo, yo me siento bien, siento que él me apoya pues”
(D)*

“Nosotras las mujeres tenemos que re-educar a los hombres, tú te casas con un hombre y tú a ese hombre tiene que enseñarle muchas cosas (...) Este hombre es un animalito de costumbre, este hombre hay que educarlo pero de una” (C)

“Es culpa de la mamá porque es la mamá la que educa al niño, uno es la que da las herramientas porque él es un ser nuevo, él no tiene la experiencia no tiene el conocimiento y eso se lo da es uno” (C)

“Ese chamo tiene un apoyo conmigo, me apoya en todo” (A)

“Ya tenemos varios fines de semana que no lo vemos (...) como es el hombre es el que va a buscar los reales (...) pero ya casi no está con los niños” (A)

*“Cuando él la regaña por algo yo no me meto igual para no quitarnos ningún tipo de autoridad”
(S)*

“Ahora los visita, los saca a pasear” (E)

A partir del discurso de las participantes, puede observarse que el caso de C es el más resaltante en cuanto a la exclusión del padre, ya que para ella la mujer es quien lleva la responsabilidad de la crianza de los hijos en vista de que el hombre no tiene el conocimiento para hacerlo por sí mismo; la Sra. D al contrario, es quien pareciera incorporar más al esposo en la dinámica familiar, pues lo describe como aquella persona en la que se apoya y con la que cuenta en todo momento. E por su parte, mantiene una relación hermética importante con su hijo, la cual puede evidenciarse a lo largo de su entrevista yendo desde la ausencia de límites al vestirlo y bañarlo, hasta la forma en que se refiere a él como “el gordito” y nunca por su nombre hasta que la entrevistadora le pregunta, lo que denota una falta de separación entre ambos. Las otras dos madres, si bien están casadas, son las que pasan más tiempo con los hijos y quienes se encargan principalmente de la educación y disciplina de los mismos, aparentemente esperan y permiten que el padre también participe en la dinámica.

g.- Significado del hijo

Esta categoría comprende el lugar que ocupa el hijo en el psiquismo de la madre, es decir, lo que ese bebé representa en su vida consciente o inconscientemente. Los significados que ella le atribuya a su hijo pueden llegar a influenciar en su desarrollo emocional, ya que junto con el significado viene ligado una expectativa que se espera que sea cumplida por este hijo.

“Él es mi espacio total o sea yo me dedico a él de lleno todo el día” (D)

“Él es la luz del hogar, es la luz de la casa (...) él es el centro de todo, él es la alegría de la casa” (D)

“Un hijo te da fuerza, para enfrentar lo más difícil” (E)

“Mi prioridad es ella” (S)

“Yo me siento muy importante cuando mis hijos necesitan de mí porque ellos dependen de mí y que yo pueda encauzarlos, llevarlos hacia allá, eso es muy bonito que soy tan útil para ellos” (A)

“M. fue como esa parte ‘ya mamá mi papá y tu son una pareja y ya, a luchar ustedes por nosotros” (A)

Los contenidos reportados por las madres entrevistadas coinciden en gran parte con los hallazgos de Pavan (2001) pues como puede observarse el hijo constituye en cada caso, la razón principal que las motiva a afrontar las dificultades presentes; una fuente de alegría o un sentido de realce de la valoración personal. Sólo una de las madres refiere que su hijo venía a reforzar la relación entre ella y su pareja.

h.- Realidad psíquica de la madre

En esta categoría incluye los significados que las madres han adjudicado a las conductas de sus hijos y cómo los perciben en sus diversos ámbitos de desarrollo (carácter, gustos, intelecto, capacidad física...) por lo que resulta bastante amplia. Sin embargo, para esta parte del análisis se tomaron en cuenta los verbatim que hacían referencia a la:

h.1.- Atribución de la sensación de hambre a conductas del hijo

“Cuando lloraba [lo alimentaba] porque se la pasaba era durmiendo” (D)

“Tomaba bastante, a veces tomaba demás (...) Yo veía que o sea he visto a otros niños que ¡vercia poquitico! y yo veía que él se lo tomaba todo entonces yo bueno tiene hambre” [y ella le daba más alimento] (D)

“Porque lo notaba inquieto, se chupaba las manos, todo el tiempo, andaba como hambreado pues (...) fue lambuceo desde pequeño entonces empecé a darle su fórmula con fruta [después de amamantarlo] y empecé a ver que no estaba tan desesperado que ya no se metía tanto las manos a la boca” (C)

“Cuando alguien lo cargaba él trataba de pegársele a la gente al cuello porque él tenía como hambre” (C)

h.2.- Percepción de la alimentación del niño

“Es ansioso o sea me refiero yo en la casa siempre tengo que tener una jarra con agua, una jarra con jugo, una gelatina algo tengo que tenerle porque ese niño abre la nevera cada 10 min estando en la casa y no, y come y come y come (...) ay ya no hallo cómo controlarle el hambre al niño, porque es horrible” (D)

“Él come rápido y todo lo que como se los disfruta, todo, todo... come bastante rápido, come muy rápido” (C)

“Ese tanquecito no se llenaba con nada” (A)

“Ahora hay que pararlo (...) Si lo dejo solo en casa con la niña arrasa con lo que hay en los gabinetes” (E)

“Le gusta comer rápido (...) cuando va alguien a la casa y ella está ahí, como es persona nueva ella te come lento y te usa los cubiertos, pero cuando no hay nadie usa los cubiertos, usa las manos” (S)

h.3.- Percepción del vínculo madre-hijo

“Eso va dentro de la madre, eso uno lo siente (...) a penas tu quedas embarazada ya tu sientes la conexión entre madre e hijo, eso es un vínculo que no lo rompe nadie” (C)

“Uno sueña a sus hijos porque tú los sientes dentro de ti (...) durante esos 9 meses tú estás conectado a otro ser y ese ser te transmite sus sentimientos, todo lo que él siente, lo que tú piensas, todo es una sola comunicación (...) Eres tú-bebé- bebé-tú, es una conexión que se rompe, esa conexión se rompe con nacimiento pero no se acaba” (C)

“Eso de amamantar a los bebés eso es lo más rico que hay, eso crea una conexión” (A)

En esta categoría es importante destacar que 2 de las madres interpretaban varias conductas del bebé como sinónimo de que éste sentía hambre o que no había quedado satisfecho con el alimento que ya le habían proporcionado, por lo que respondían a su comportamiento con comida o más comida respectivamente. Esta dinámica le comunica al bebé que todas las sensaciones que experimentan son iguales a sentir hambre, debido a que es lo que le enseña la madre al atender sus diversas demandas con la misma solución: la comida. Chandler (2007) refiere que una de las causas psicológicas de la obesidad se remonta a la etapa oral del desarrollo psicosexual, en la cual las necesidades afectivas y atencionales del bebé no fueron satisfechas adecuadamente debido a que la capacidad empática de la madre fue limitada, por lo que al no interpretar las señales de su hijo acertadamente y responder siempre con comida le dificulta a él la capacidad de distinguir entre hambre y saciedad y otras señales internas.

Como segundo aspecto significativo, se encuentra el hecho de las 5 madres reportan que sus hijos consumen grandes cantidades de alimento, de forma rápida y sin límites; lo que les produce una sensación de impotencia al no sentirse capaces de

controlar la voracidad que manifiestan los niños. Estas conductas pueden estar enmascarando ansiedad, demandas de atención u otros conflictos que exceden las herramientas que han desarrollado los niños al momento actual para hacerles frente sanamente.

Con respecto a la tercera sub-categoría, solo 2 de las madres mencionan directamente el tener una conexión o vínculo con los hijos; siendo en el caso de C un tema que reitera con mucho énfasis en la entrevista. Este apego que ella siente hacia su hijo podría ser otra fuente de ansiedad para el niño, quien posiblemente no sabe manejar todo el afecto y atención que le proporciona la madre, pues si bien ella refiere en otro momento de la entrevista que trata de “respetarle el espacio a cada uno de ellos” la intensidad con la que ella experimenta su vínculo con los hijos, puede llevarla a querer estar presente en todas las áreas de la vida del niño, de hecho ella misma comenta que “él es mi espacio total (...) me dedico a él de lleno todo el día” refiriéndose al hijo, por lo que éste cuando se le presenta la oportunidad de separarse de la madre responde cómodamente con un “chao mami”.

j.- Obesidad en el niño

Esta última categoría hace referencia a la concientización de la obesidad del niño por parte de su madre, cabe destacar que solo 2 de ellas mencionan esta condición en la entrevista y solo una lo expresa directamente a pesar de la presencia de indicadores que podrían sugerirles a las otras mamás que su hijo tiene este trastorno de la alimentación. Ejemplo de estos indicadores serían que los compañeros de clase molesten al niño por su peso, que el niño se agote rápidamente al jugar con sus amigos y deba sentarse a descansar y que ellas mismas reporten no saber qué hacer para controlar la ingesta de comida del hijo.

“Él siempre ha sido rellequito pero ahorita está mucho más pues” (D)

“La niña en lo que cabe está obesa” (S)

El hecho de que estas madres no reconozcan que sus hijos están presentando una alteración de sus patrones de alimentación, podría llegar a generar repercusiones futuras en la salud física y psicológica del niño, no solo por las enfermedades que puedan desarrollarse debido a la ingesta descontrolada de alimentos sino también por los conflictos que su sobrepeso les pueda ocasionar en la aceptación de su condición y en el trato que recibirán por parte de la sociedad. Si estos niños no logran reconocer a futuro que presentan un aumento de peso significativo tendrán quizá mayores dificultades para tomar medidas al respecto.

Por otra parte, tomando en cuenta que la construcción de la imagen corporal depende en gran parte de la mirada y el reconocimiento del Otro de acuerdo a los planteamiento de Lacan (c.p Vives, 1996) es posible que estos niños no logren reconocer en un principio que presentan una alteración respecto al peso; pues así como el bebé percibe el rechazo o la falta de amor de una madre que no lo desea, estos niños perciben en la mirada de sus madres el amor y la aceptación que ellas reportan haberles proporcionado desde que nacieron, significándoles que ellos son aprobados tal cual son. Quizá la disyuntiva se haga presente ante la mirada de los otros (compañeros de clase para estos casos) quienes si les reprenden por el hecho de tener un peso mayor, como es el caso de hijo de E y la hija de S; en el caso del hijo de D, si bien sus compañeros no lo importunan por su peso, su madre percibe que se siente triste al ver que no tiene la misma resistencia física que sus amigos y debe detenerse a descansar mientras sus amigos continúan jugando.

8.- Análisis Global

Uno de los primeros hallazgos que se observaron en esta investigación corresponde a la problemática del hijo no deseado, la cual, de acuerdo con lo planteado en la teoría (David, 2007 y Manzo, Torres y Guzmán, 2011) podría relacionarse con el desarrollo de la obesidad en aquellos niños cuya madre no deseó concebir. Sin embargo, cuatro de las madres participantes refirieron haber deseado a su hijo desde temprana edad y a pesar de que la quinta entrevistada no lo había incluido en su plan de vida, aceptó igualmente a su bebé cuando recibió la noticia su embarazo. En los casos explorados, el no deseo pareciera no haber sido determinante en la aparición de la obesidad de los hijos de las entrevistadas; por ende, esto implicaría en los casos estudiados, la existencia de otros factores que estarían influyendo en la obesidad de estos niños.

Con respecto a las fantasías preconceptivas, se encontró que éstas estuvieron orientadas hacia la aceptación del hijo, la alegría de convertirse en madre, entre otras; pues al tratarse de madres deseantes, sus fantasías se basaron en situaciones, afectos y expectativas relativas a su deseo original, es decir, el tener un hijo y convertirse en mamás. Por otra parte, se observó que las participantes fantasearon más con el carácter que ellas imaginaron que iba a manifestar su futuro bebé, que con sus características físicas y sólo dos de ellas, reportaron haber imaginado a sus hijos con rasgos físicos de un niño con sobrepeso. En estos casos, pareciera que estas fantasías sobre las características físicas del niño no constituyeron factores suficientes a la hora de influenciar el desarrollo de su obesidad a diferencia de lo planteado por Latirgue y Vives (1994, c.p Feinholz y Ávila, 1996).

Resultó llamativo además, el hecho de que cuatro de estas madres vivenciaron (de acuerdo con sus reportes) situaciones conflictivas a los largo de su período de embarazo, las cuales les produjeron miedo, rabia, estrés y ansiedad. Estas emociones al estar presentes por períodos prolongados y ser transmitidas al feto a través de diversos canales como la voz de la madre, los latidos del corazón, hormonas, entre otros (Piontelli, 1992) pudieron haber influido en el comportamiento futuro de estos niños y en la formación de

su carácter a nivel por ejemplo, de los patrones irregulares de alimentación o lo “fuerte” de sus rasgos emocionales emergentes. Sabiendo que tanto la conducta alimentaria como el carácter no dependen únicamente de un factor, los afectos experimentados por las participantes podrían ser uno de ellos como lo plantean Lipton (2001) y Bertín (2012). En el caso de la madre C, para quien su embarazo fue pleno, estarían en juego otros elementos como propiciadores de la obesidad de su hijo.

Continuando con lo reportado por las entrevistadas, se encontró que los cinco niños han experimentado eventos traumáticos o desagradables en diversos momentos de su infancia (intervenciones quirúrgicas, accidentes, amenaza de pérdida de alguno de los progenitores, entre otros) los cuales les ocasionaron montos importantes de miedo, ansiedad y tristeza. Como consecuencia, es posible que para contrarrestar estos estados displacenteros, los niños hayan encontrado en la ingesta de alimentos la forma de obtener una sensación de bienestar, produciéndose un círculo vicioso, ya que una vez que este resultado se consigue, los niños pueden continuar recurriendo a la comida para calmarse cada vez que se les presente una situación que escape de su control como lo exponen Wiscks-Nelson e Israel (1998). Sin embargo, solo la señora D reportó que su hijo había empezado a comer más luego de la operación que tuvo a los 3 años. Estos hallazgos podrían apuntar hacia una causalidad traumática a estudiar, pues podrían estar dando cuenta de una contención inadecuada por parte de los padres y una fijación en etapas orales del desarrollo y debilidad de los mecanismos yoicos por parte del niño.

El hecho de que los niños presenten este mal manejo de la ingesta de alimentos puede relacionarse, además de los factores expuestos a lo largo del análisis y específicamente en los casos de las madres C y D, con la forma en que ellas respondían ante las conductas de sus hijos cuando éstos eran unos bebés. Varios comportamientos del niño eran interpretados por ellas como hambre o insatisfacción, ante lo cual procedían a alimentarlos o a darles más comida si ya habían terminado con lo que ellas les habían dado.

En cuanto a la dinámica familiar, otro de los aspectos que resalta en los casos explorados es la función que ejerce el padre en la crianza del hijo. Como se expuso en la teoría, la entrada de la figura masculina y su presencia en la relación madre-hijo es necesaria para que tanto el niño como la niña puedan continuar su desarrollo psicosexual sano. En estas entrevistas, destaca la exclusión del esposo de C pues ella es quien pareciera llevar el control no solo de la relación sino también de la crianza del hijo, minimizando el rol paterno a “un animalito de monte” que para ella necesita ser educado. En el caso de E no hay una persona que ejerza el rol de padre, de hecho, se percibe una indiferenciación entre la madre y el hijo por el tipo de relación que expresa la madre. Solo la participante D, refiere incluir a su esposo completamente en la crianza del niño y las otras dos madres, si bien son las que pasan más tiempo con los hijos, se muestran dispuestas a que su esposo participe por igual. En base a estas observaciones, puede pensarse que el exceso de ingesta se relaciona en estos casos, con una situación de ausencia total o parcial de la figura masculina, ya sea el padre biológico o quien ocupe su lugar, que establezca la separación necesaria entre la madre y su hijo, concordando con lo expuesto por Leisse y Torres (1995) desde la perspectiva psicoanalítica.

Ahora bien, esta ausencia del padre lleva implícito que el niño es sólo de la madre y para la madre, lo que podría ligarse con los estilos de crianza predominantes que se encontraron en los reportes. Todas las madres mostraron ser permisivas y sobreprotectoras, ya que no les establecen límites a los hijos con la ingesta excesiva de comida, los ayudan en actividades de su aseo personal que ya están capacitados para hacer por sí mismos, les permiten conductas de etapas previas de su desarrollo, les permiten dormir en el mismo cuarto de los padres, entre otros. A su vez, llama la atención el hecho de que estas madres reportan no saber cómo controlar la ingesta descontrolada de alimentos que manifiestan sus hijos.

Con estas características podría decirse, que ambos estilos de crianza corresponden a unas madres que inconscientemente quieren que su hijo permanezca siendo su bebé y no crezca y se independice; posiblemente piensen que complaciendo todas las demandas del niño serán siempre amadas y el hijo no tendrá razón para dejarlas,

pues ellas les proveen todo. Esto podría estar ocultando un miedo a quedarse solas o a perder ese objeto “hijo” que sienten que les pertenece, como en el caso de la entrevista C que reitera varias veces que el hijo es “mío”.

Esto a su vez hace reflexionar sobre el significado que cada uno de estos niños ocupa en la psique de su madre ¿para qué se deseaban estos hijos? En las entrevistas realizadas las participantes reportan que el hijo vino a ser una fuente de relance personal, de motivación y plenitud o de unión de la pareja; no obstante, pareciera que hay un deseo que ninguna de ellas menciona y es el hijo como compañero de vida, ya que la crianza que ellas le brindan a sus hijos, es decir, el vestirlos y bañarlos, aunque ellos están en capacidad de hacerlo solos, permitirles dormir en la misma cama que los padres, no colocar un límite en la ingesta de comida, entre otros; lleva implícito el deseo de que estos niños sean siempre dependientes de ellas, ya que son comportamientos de etapas previas de su desarrollo que al permitirlos, coartan la capacidad del niño para independizarse y madurar; a pesar que las madres expresan sus expectativas acerca de que los hijos se independicen.

Por otra parte, las participantes podrían ver a sus hijos, en la mayoría de los casos, como ese compañero o compañera que está siempre presente en contraste con sus esposos, pues estos trabajan y se encuentran fuera de casa la mayoría del tiempo. El significado del hijo como compañero lleva además un trasfondo sociocultural, ya que gran parte de las mujeres venezolanas esperan que el hijo permanezca siempre con ellas y si es posible, que establezca su propia familia en la misma casa, de esa forma la madre no tendrá que perderlo o separarse de él, como se encontró en la investigación de Pavan (2001).

Estos hallazgos dan cuenta de lo complejo y multifactorial que es la aparición y el mantenimiento de la obesidad, tal como lo mencionan Daza (2002) y Manzo y cols. (2007) pues en el caso de los niños implicados en el presente trabajo se evidenciaron factores de diversa índole: biológicos; distintos componentes culturales y psicológicos ligados a los estilos de crianza; ausencia del padre en la dinámica familiar ligado a

conflictos edípicos que no han sido trabajados adecuadamente; condicionamientos que se han establecido alrededor de la comida, entre otros. Es posible que la obesidad de los hijos de las participantes esté relacionada con la combinación de todos estos factores, sin mencionar elementos a evaluar en un futuro. Si bien no puede afirmarse que tal o cual causa es la principal en el desarrollo de la obesidad, es evidente que los factores psicológicos presentan una implicación importante en la misma.

9.- Conclusiones

A raíz de lo encontrado en la investigación, se puede observar que hay un contraste entre la teoría y lo obtenido en las entrevistas con respecto al no deseo de hijo como una de los posibles elementos que pudiese estar influyendo en obesidad de los hijos de las entrevistadas, pues las participantes manifestaron ser madres deseantes. Por otro lado, el deseo está ligado al tipo de fantasías preconceptivas que tiene la madre; sin embargo, el imaginar las características físicas del niño en cuanto a su peso y contextura, no mostró relación con el desarrollo de la obesidad en los hijos de las participantes.

Dos de los hallazgos que llamaron poderosamente la atención por no ser objeto principal en la teoría, fueron los estilos de crianza y el rol del padre en la dinámica familiar. Con respecto al primero se encontró que todas las madres entrevistadas presentaban dos estilos predominantes en el proceso de crianza de sus hijos: sobreprotección y la permisividad. El primer estilo estuvo reflejado en cuidados excesivos como el bañar y vestir a los niños cuando éstos se encuentran en edad y capacidad de hacerlo por sí mismos; y el segundo, en la falta de establecimiento de límites claros al momento de comer, de permitir el colecho con los padres, entre otros.

La segunda observación, referente al rol de padre, arrojó que en la mayoría de las familias participantes, la madre reporta un ausencia total o parcial de la figura masculina en relación a su intervención en la crianza del niño, ya sea porque ella no se lo permite o porque el esposo no busca estar presente. Por ende, dicha ausencia pudiese estar ligada a la ingesta de alimento excesiva por parte de los niños, debido a falta de la inclusión de la ley del padre y la separación de la relación madre-hijo.

Otro elemento relevante fue la presencia de eventos traumáticos en la vida de los niños de estas madres entrevistadas, pues todos ellos atravesaron situaciones tales como accidentes, operaciones, separación de sus padres, entre otros; siendo posible que ante los montos de ansiedad, miedo y tristeza experimentados, los niños hayan recurrido a la comida como fuente principal de calma y bienestar.

Por último, se encontró que hay una influencia sociocultural importante en la construcción del deseo de hijo de las madres entrevistadas, ya que ellas esperaban que ese hijo viniese a ser una fuente de relance personal, de motivación, de plenitud y de unión de la pareja respectivamente; lo que concuerda con los hallazgos de un estudio de maternidad realizado en Venezuela por Pavan (2001).

Todos estos hallazgos conducen a rectificar lo amplio y complejo que es el tema de la obesidad, pues si bien, los factores psicológicos y culturales tienen una participación significativa en su desarrollo y mantenimiento; la obesidad es un trastorno multicausal por lo que requiere un estudio y tratamiento interdisciplinario, es decir, en el que intervengan médicos, nutricionistas, entrenadores y psicólogos; a fin de obtener una mejoría en la calidad de vida del paciente afectado.

10.- Limitaciones y Recomendaciones

Una de las limitaciones de esta investigación hace referencia a la susceptibilidad del tema, ya que no todas las madres están dispuestas a compartir aspectos relativos a su experiencia personal, su dinámica familiar, la vida de sus hijos y condiciones de salud de éstos. Sin embargo, con las herramientas adecuadas a nivel de rapport, empatía, técnicas de entrevista, escucha, comprensión y contención se facilita el ambiente de trabajo y los resultados del mismo.

En lo concerniente al tipo de muestra, se dificulta el encontrar las participantes requeridas, si no se cuenta con el apoyo de una institución que maneje cotidianamente este tipo de personas y que permita trabajar con ellas, por tratarse de características muy específicas (madres de niños con obesidad).

Otra de las limitaciones corresponde a la bibliografía relativa al tema, ya que al tratarse de elementos muy amplios y complejos como lo son las fantasías preconceptivas, el deseo materno, y la obesidad infantil; existen pocas investigaciones que conecten todos estos elementos.

Con respecto al instrumento de recolección de datos, se empleó la entrevista en profundidad, por lo que los datos obtenidos fueron contrastados sólo con la teoría. Sería recomendable, apoyarse además en entrevistas realizadas a profesionales del área que enriquezcan la investigación con otras perspectivas.

Los diversos aspectos abordados en esta investigación no agotan así el tema la obesidad y sus posibles factores, por lo que es necesario continuar con nuevas vertientes de estudio, agregando por ejemplo la percepción del niño sobre su propio cuerpo, el trato de sus padres y su dinámica familiar; at través de juegos y test acordes a su desarrollo evolutivo, lo que enriquecería un tema tan complejo y multifactorial como éste.

De igual forma, es recomendable incluir el punto de vista del padre en los casos que sea posible e indagar sobre su rol en el hogar, el deseo de hijo, la percepción de su niño, entre otros aspectos; para obtener así, un panorama más amplio sobre la psique del niño y la dinámica familiar en general.

Con respecto a los elementos abordados sería relevante además, indagar con mayor profundidad acerca del deseo de hijo por parte de la madre, no desde el punto de vista de si se desea o no, sino desde el para qué se desea ese hijo; ya que este aspecto tiene una trascendencia significativa en el desarrollo del mismo.

11.- Referencias

- Azcona, C., Romero, A., Bastero, P. y Santamaría, E. (2005). Obesidad Infantil [Versión electrónica], *Revista Obesidad*, 3(1), 26-39. Recuperado de [http://www.seedo.es/portals/seedo/RevistaObesidad/2005-n1-Revision Obesidad-infantil.pdf](http://www.seedo.es/portals/seedo/RevistaObesidad/2005-n1-Revision%20Obesidad-infantil.pdf).
- Bersh, S. (2006). La obesidad: Aspectos psicológicos y conductuales [Versión electrónica], *Revista colombiana de Psiquiatría*, 25(4), 537-546. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/806/80635407.pdf>.
- Betancourt, L., Rodríguez, M. y Gempeler, J. (2007). Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario [Versión electrónica], *Redalyc*, 48(3), 261-276. Recuperado de <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=231018668007>.
- Bertín, M. (2012) ¿Influye el período prenatal en nuestra vida? Ponencia. Disponible en archivo PDF: http://anep.pangea.org/ficheros/conf_influye.pdf.
- Bleichmar, H. (1976). *Introducción al estudio de las perversiones*. Buenos Aires: Edit. Melguero Editores.
- Bonilla, S. (2008). La participación local: Espacio de formación humana y desarrollo local. Tesis de Maestría. Universidad de las Américas. Recuperado de: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/mce/bonilla_h_s/capitulo_7.html.
- Burrows, R., Gattas, V., Leiva, L., Barrera, G. y Burgueño, M. (2001). Características biológicas, familiares y metabólicas de la obesidad infantil y juvenil [Versión electrónica], *Revista Médica de Chile*, 129(10). Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001001000007.
- Castrejon, J., Bautista, R. y Cervantes, B. (2010). Imagen corporal y su relación con los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres. Congreso de la Universidad Autónoma del Estado de México. Recuperado de: www.uaeh.edu.mx/campus/icsa/aap/congresos/segundo.../18.doc.
- Cedeño, L. (2012). Los factores de riesgo que promueven los altos índices de criminalidad en la ciudad de Caracas: Breve diagnóstico y líneas de acción. Recuperado de: <http://www.ildis.org.ve/website/administrador/uploads/DocCriminalidadCaracasLuisCedeno.pdf>.

- Chandler, E. (2007). Aspectos psicológicos de la conducta alimentaria normal y patológica (3ª ed). En J. Braguinsky (Comp). *Obesidad, saberes y conflictos. Un tratado de obesidad* (1-19). Buenos Aires: Edit. ACINDES.
- David, H. (2007). Nacidos no deseados, 35 años después: El estudio de Praga [Versión electrónica], *Recursos Humanos para la atención en salud sexual y reproductiva*, (4), 123-133. Recuperado de <http://www.diassere.org.pe/RHM4.pdf#page=123>.
- Daza, C. (2002). La obesidad: un desorden metabólico de alto riesgo para la salud [Versión electrónica], *Colombia Médica*, 33(2), 72-80. Recuperado de <http://www.sicht.ucv.ve:8080/sicht/index.jsp>.
- Danielle, E. (2006). Obesidad Infantil. Todo lo que necesitas saber. Recuperado de http://books.google.co.ve/books?id=E_nFfU4jntkC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false.
- Dolto, F. (1979). *La primera entrevista con el psicoanalista*. En Mannoni Maud. Barcelona, España: Edit. Gedisa.
- Feinholz, D. y Ávila, H. (1996). Embarazo no deseado: El problema de la temporalidad. En P. Latirgue y H. Ávila (Comps). *Sexualidad y reproducción humana en México* (113-142). Mexico: Edit. Plaza y Valdes Editores.
- Freud, S. (1900). La Interpretación de los Sueños. En Obras Completas de Sigmund Freud. Versión Castellana.
- Freud, S. (1915). De guerra y de muerte. Temas de actualidad. En Obras Completas de Sigmund Freud. Versión Castellana.
- Freud, S. (1923) “Tres ensayos de Teoría Sexual”. En Obras Completas de Sigmund Freud. Versión Castellana.
- Gabín, M. (2010). La obesidad en los diferentes niveles socioeconómicos [Versión electrónica], *Revista electrónica de Portales Médicos*, 13(1), 1-5. Recuperado de <http://www.nutrisalud.com.ar/articulos/La%20obesidad%20en%20los%20diferentes%20niveles%20socio-economicos%20-%20portalesmedicos.pdf>.
- García, A. (2004). *De Edipo a Narciso. Femenidad y Moral en psicoanálisis*. Madrid: Edit. Biblioteca Nueva.
- García, E. (2007). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Barcelona, España: Edit. Elsevier Masson.

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Edit. McGraw-Hill.
- Hodgson, M. (2003). Obesidad infantil. Recuperado de <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/obesidad.html>.
- Kessler, D. (2009). *The end of overeating: Taking Control of the Insatiable American Appetite*. Estados Unidos: Edit. Rodale.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (1993). Diccionario de psicoanálisis. Barcelona, España: Edit. Labor, S.A.
- Laurentin, A., Schnell, M., Tovar, J., Domínguez, Z., Pérez, B. y López, M. (2007). Transición alimentaria y nutricional. Entre la desnutrición y la obesidad. Recuperado de: <http://anales.fundacionbengoia.org/ediciones/2007/1/art7.pdf>.
- Leclaire, S. (1970). *Psicoanalizar: un ensayo sobre el inconsciente y la práctica de la letra*. México: Edit. Siglo XXI.
- Leisse, A. y Torres, A. (1995). Los conflictos infantiles a la luz del desarrollo evolutivo. En A. Torres (Comp). *La infancia del psicoanalista*. Caracas: Edit. Psicoanalítica.
- Lipton, B. (2001). Las creencias modelan tu vida. Entrevista disponible en: <http://www.tudoulaonline.com/bruce-lipton/>.
- Manzo, M., Torres, A. y Guzmán, N. (2011). El impacto de las fantasías preconceptivas y el vínculo en la formación de la imagen corporal infantil en niños obesos: un estudio comparativo. Recuperado de http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/posteres_iv_congreso/po16-maria-del-carmen-manzo-chavez-annelisse-torres-fernandeze-nancy-dennis-guzman-torres.pdf.
- Martínez, M. (2000). *La investigación cualitativa etnográfica en educación* (3ª Ed). D.F., México: Edit. Trillas.
- Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa (síntesis conceptual) [Versión electrónica], *Revista IIPSI*, 1(9), p. 123-146. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2238247>.
- Meler, I. (2000). *Los padres en varones. Subjetividad y género*. Buenos Aires: Edit. Paidós.
- Menéndez, I. (2006). *Psicología de la Alimentación*. Barcelona, España: Edit. Grijalbo.

- Monistrol, O. (2007). El trabajo de campo en investigación cualitativa [Versión electrónica], *Revista Nure Investigación*, 29, p. 1-4. Recuperado de: http://www.nureinvestigacion.es/ficheros_administrador/f_metodologica/pdf_fmnetod28.pdf.
- OMS. (s.f). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Recuperado de: http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/es/.
- Parra, G. (1998). En el camino de la investigación cualitativa: Reflexiones sobre reconstrucción histórica, historia oral y trabajo social. Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-016-068.pdf>
- Pavan, G. (2002). *Relación entre Complejo de Edipo y surgimiento del Sujeto*. No publicado. Mimeografiado.
- Pavan, G. (2001). *La maternidad adolescente desde la perspectiva de sus protagonistas. Estudio exploratorio*. Caracas: Comisión de Estudios de Postgrado.
- Pía, M., Farkas, C. y Paz, M. (2006). Actitudes negativas hacia el embarazo y sus consecuencias. Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado de <http://www.slideshare.net/yamilez/actitudes-negativas-del-embarazo-y-sus-consecuencias>.
- Piontelli, A. (1992). *From Fetus to Child. An Observational and Psychoanalytic Study*. New Fetter Lane, London. Edit: Tavistock/Routledge London and New York.
- Rizo, M. (2009). Intersubjetividad y comunicación intercultural reflexiones desde la sociología fenomenológica como fuente científica histórica de la comunicología [Versión electrónica], *Perspectivas de la comunicación*, 2(2), p. 45-53. Recuperado de http://www.perspectivasdelacomunicacion.cl/revista_2_2009/04texto.pdf.
- Robles, R. (2012). Maternidad: ¿Un deseo femenino en la teoría freudiana? [Versión electrónica], *Revista Nomadías*, 16, 119-135. Recuperado de <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/NO/article/viewFile/24966/26317>.
- Robledo, J (2009). Observación Participante: informantes claves y rol del investigador. [Versión electrónica], *Revista Nure Investigación*, 42, p. 1-4. Recuperado de: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/obspar_format42.pdf.
- Rojas, J. (2005). Características Psicosociales y de Salud de Gestantes que desean o no su Embarazo. Fundacredesa [Versión electrónica], *Revista Comportamiento*, 7(2), 35-44. Recuperado de http://www.comportamiento.dsm.usb.ve/revista/vol_7_2/rojas2005.pdf.

- Segal, H. (1995). *Sueño, Fantasma y Arte*. Buenos Aires: Edit. Nueva Visión Argentina.
- Segal, H. (2005). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires: Edit. Paidós.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Recuperado de: <http://201.147.150.252:8080/xmlui/handle/123456789/1216>.
- Torres, A. (1992). *Elegir la neurosis*. Caracas: Edit. Editorial Psicoanálítica y Vadell Hermanos Editores.
- Tubert, S. (1991). *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*. Madrid: Edit. Siglo XXI
- Vera, P., Bastías, A., Cabrera, P. y Guzmán, A. (2001). Contextualización biopsicosocial de la obesidad infantil en Chile: un campo emergente de la investigación para la psicología. Proyecto de Investigación. Universidad de Santiago de Chile.
- Vives, J. (1996). El deseo de tener un hijo. En P. Latirgue y H. Ávila (Comps). *Sexualidad y reproducción humana en México* (99-112). Mexico: Edit. Plaza y Valdes Editores.
- Vizcaíno, P. (2006). Importancia de la vida prenatal para la salud física y psíquica. Hacia una nueva maternidad/paternidad [Versión electrónica], *Medicina Naturista*, (10), 680-682. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1986373>.
- Vizcaíno, P. (2009). La estimulación intrauterina. Ponencia. Disponible en archivo PDF <http://www.waece.org/biblioteca/pdfs/d007.pdf>.
- Wicks-Nelson, R. e Israel, A. (1998). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Buenos Aires: Edit. Prentice Hall.
- Winnicott, D. (1991). *Realidad y juego*. Barcelona, España. Edit: Gedisa, S.A.

12.- Anexos

Anexo 1: Guía de entrevista

1.- Características de las participantes

-Háblame de tu historia:

- A qué te dedicas, qué edad tienes
- Relación familia, esposo, amigos / Condiciones de salud en la familia
- A qué edad quedaste embarazada de
- ¿Te acuerdas de cómo eran tus hábitos de alimentación antes de quedar embarazada? Alimentos, nº de comidas, qué sentías al comer ¿Y después?

2.- Vivencias del embarazo y la maternidad

- ¿Qué pensabas sobre la maternidad antes de que quedaras embarazada?
- ¿Alguna vez pensaste en convertirte en mamá?
- ¿Cómo te sentiste al saber que estabas embarazada?
- ¿Cómo se sintió su esposo?
- ¿Tuviste que hacer algún cambio luego de saber que estabas embarazada?
¿Cuál y cómo te sentiste con eso?
- ¿Cómo te sentiste durante el embarazo a nivel físico y emocional?
- ¿Recuerdas algunos pensamientos y sentimientos que hayas tenido acerca de tu embarazo?

3.- Fantasías acerca del hijo

- ¿Cómo imaginabas que sería tu bebé mientras estabas embarazada? Físico
- ¿Qué pensabas acerca de él?
- ¿Soñabas o te imaginabas alguna vez cómo iba a ser tu bebé como persona?
Conductual y emocional
- ¿Cómo y qué sentiste cuando nació el bebé?

4.- Relación madre-hijo en el proceso de alimentación

- Cuéntame cómo era el momento de la alimentación (Descripción, lo miraba)
- Cómo te sentías cuando lo alimentabas

-Libre demanda / Horario / Cuánto alimento

-Cómo fue la vivencia del cambio de líquido a sólido (Edad)

-¿Alguna vez tu bebé se ha enfermado o tenido algún accidente?
¿Cómo te sentiste en ese momento? ¿Cuál fue tu reacción?

Anexo 2: Consentimiento Informado

Caracas, 17 de enero de 2014

Consentimiento Informado

Yo _____ portadora de la CI _____ acepto participar en el trabajo de tesis de la Escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela conducidos por la estudiante Katherine Olivieri portadora de la CI 18.588.024. En éste se realizará una entrevista en profundidad cuyo contenido será empleado únicamente con fines académicos y respetando la confidencialidad de mí persona.

Firma

Anexo 3: Categorías y Subcategorías Iniciales

1.- Pensamientos presentes durante el embarazo: Comprende las producciones ideativas referidas por las madres acerca del período de gestación y de las distintas circunstancias que rodearon la misma.

Subcategorías

1.1.- Ideas de muerte

Indicadores

A: Siempre he pensado (...) que mis hijos siempre se mueren... en el embarazo o naciendo (...) siempre (...) como que quiero lo malo (...) La otra vez [se refiere a antes de que naciera M] me levanté llorando ¡ay mi hijo chocó, mi hijo se murió! En el sueño o yo lo terminé abortando cosas así, siempre es como ¡lo trágico!

A los 7 meses [de embarazo] empezaron otra vez antes de nacer y yo como que ay... contracciones, como si lo fuera a botar al chamo y a los 9 meses 'ay no el niño no va a nacer vivo' eso eran unas preocupaciones.

Es así como que no va a nacer o algo va a pasar.

1.2.- Ideas de separación

Indicadores

S: Cambiaba si a veces cuando peleaba con mi esposo por necesidades, como cuando dices ¡no, lo voy a dejar! Y después me ponía a llorar ¿qué voy a hacer yo con la niña? Que si tengo al papá al lado, que si no lo tengo (...) hay veces que yo decía ay que fastidio tenerlo al lado, me hice otra responsabilidad más, me hubiera quedado sola después que no.

E: pensaba ya en separarme, en el sufrimiento de él [su esposo] en cómo iba a hacer con dos hijos, si conseguiría trabajo de nuevo.

1.3.- Ideas sobre la crianza del hijo

Indicadores

D: Quiero darle la mejor enseñanza... quiero que todo esté bien con él, eso sí lo pensaba.

Bueno si aquí está ya hay que echarle pierna y más nada.

S: Que es una responsabilidad muy grande porque es una persona que es indefensa, que tienes que hacerle todo durante un proceso, un proceso de enseñanza que tú tienes que darles a ellos.

2.- Pensamientos presentes durante el parto: Comprende los contenidos ideativos referidos por las madres en relación a la seguridad del bebé y la propia, al momento de dar a luz.

Subcategorías

2.1.-Ideas de muerte

Indicadores

A: Dígame tu para entrar al quirófano, yo lloré y todo no joda le dije a N (...) ¡no joda por tu culpa, si me muero en quirófano! Yo también estaba que si me iba a morir.

3.- Afectos presentes durante el embarazo: Se refiere a aquellas emociones y sentimientos que las madres experimentaron sobre su proceso de gestación y sobre las circunstancias que las rodearon a lo largo de dicho período.

Subcategorías

1.1.- Plenitud

Indicadores

D: [Cuando recibió la noticia de que estaba embarazada] Feliz, feliz jajajaja la risa no se me quitaba de la cara, así como ando ahorita con éste que ando igualita jajajaja muy contenta (...) en las escaleras ahí quede sentada porque no hallaba ni que caminar o si me paraba o algo, no sabía ni que hacer jajaja fue de verdad una emoción, sí, estaba muy contenta.

C: Nosotros lo aceptamos con mucha alegría desde un principio, mi esposo, imagínate (...) me consentía todos los caprichos, o sea fue un embarazo muy muy feliz.

Con F. no, todo [el embarazo] fue demasiado tranquilo, demasiado armonioso, demasiado rosa, todo fue muy rosa.

Yo no tenía que estar pensando cómo voy a hacer para conseguir un coche, cómo voy a hacer para pagar la clínica, no, no yo no tenía nada que pensar en nada de eso sino en comprarle la ropa al bebé, diseñar el cuarto.

A mí una barriga no me detiene más bien me sentía acompañada porque lo tenía a él yo le hablaba mucho, le ponía música, le cantaba porque era mi compañerito (...) más disfruté el segundo embarazo, a F. porque ya yo tenía mis bases fomentadas.

S: Bueno durante el embarazo a mí me gustó (...) porque tu sientes como va cambiando tu cuerpo, sabes que tienes una vida adentro, que si no te cuidas bien... que si no te alimentas bien ella no está alimentándose; ya cuando estaba más grande sientes como se mueve dentro de ti, me gustaba agarrar el estetoscopio para escucharle el corazón, sentirla; en la noche cuando comía chocolate (...) eso era que se movía, se estimulaba bastante, se movía, cuando me daba hipo me saltaba me daba risa la cuestión.

1.2.- Incertidumbre y miedo

Indicadores

D: Tenía como un miedo pero mío (...) ¿cómo hago ahora? ¿Será que si lo voy a hacer bien? ¿Será que...? (...) como esas pequeñas dudas que se te crean en el momento pues como un sustico, como ¡ay mamá! ¿Cómo hago ahora, será que lo voy a criar bien?

Bajé con una amiga a hacerme el examen (...) fueron las 2 horas más largas de mi vida esperando el resultado [del test de embarazo]

S: [Cuando recibió la noticia de que estaba embarazada] Me dio fue miedo a la reacción de mi mamá, porque ella quería que nosotros nos mantuviéramos (...) ella todavía creía que yo era virgen (...) se sintió defraudada y era lo que no quería.

Miedo... de que me saliera enferma, con algo, miedo de que después de que naciera me dijera que tenía una enfermedad, eso era lo que me preocupaba, pero enfermedad en el sentido de que me dijeran que sufriera del corazón que no me iba a durar mucho tiempo.

Lo único que sí tenía miedo es que yo desde que me desarrollé sufría de la hemoglobina, a mí la hemoglobina se me baja a 7 (...) era lo que me tenía angustiaba.

1.3.- Tristeza

Indicadores

E: Dolida por mi familia, todavía sólo me hablan lo necesario.

Fue difícil, pero por lo que sentía, ya no estaba satisfecha [con su matrimonio]

S: Me ponía triste cuando me acordaba de mi papá.

Lo que hacía era pensar en mi papá porque mi papá siempre quiso un nieto y no lo pudo ver.

1.4.- Rabia

Indicadores

E: Con el embarazo del gordo, angustia y rabia hacia mi ex., mucha rabia y me sentía inútil, se me venía la casa encima. Estaba atrapada por ese trato, sola, sin apoyo de nadie, la loca pues.

1.5.- Ansiedad

Indicadores

D: La ansiedad de estar encerrada, o sea estar puro ahí en la casa y coye me daba ansiedad, pero trataba de comer gelatina, una frutica algo así [reposo]

Tuve como 3 sustos bien fuertes, problemas con mi papa que toma mucho alcohol y esas cosas (...) Me angustié demasiado, tanto que salí corriendo de una vez para casa de mi mamá [su padre apareció ebrio en casa de la su mamá] (...) Sentía que quería salir corriendo a ayudar pero no podía hacer nada [robo en casa de su cuñada]

4.- Afectos presentes durante el parto: Incluye aquellas emociones y sentimientos que las madres experimentaron en relación al bebé y a la seguridad propia, en el momento en que dieron a luz.

Subcategorías

4.1.- Plenitud

Indicadores

D: Cuando lo sacaron lloré como una niña chiquita cuando lo vi es demasiado hermoso jajajaa bellísimo lo recuerdo exactamente como si hubiera nacido hoy. Si bellísimo.

A: Cuando nació M, chévere la felicidad del mundo y pal ante, eso como que nos consolidó y comernos el mundo.

S: Bueno ya cuando la tienes en los brazos es una sensación de verdad bien bonita, que la ves al lado tuyo sanita, que esos cuidados que tuviste valieron la pena.

4.2.- Incertidumbre y miedo

Indicadores

A: [En el parto] Asustada, asustada esa no es una experiencia de ¡Oh! Uno se asusta mucho, me dio escalofríos, lloré le dije a N 'no joda si me muero, me muero por tu culpa' (...) En ese momento se sentía como coño me estás atacando.

Cuando nace M fue como que nos cagamos más (risa) (...) Con el chamo en el brazo, para nosotros fue una alegría del carajo pero por dentro 'aja ¿y ahora y ahora?'

5.- Eventos ocurridos durante el embarazo: Engloba todas aquellas circunstancias que las madres refieren haber vivido a nivel familiar, laboral, entre otros, bien sea generadas por el embarazo o presentes a lo largo del mismo.

Subcategorías

5.1.- Conflictos intrafamiliares

Indicadores

A: Sustos y rabietas tuve por el rechazo de su papá, de su mamá, a mi esposo lo botaron de la casa y él viviendo por ahí, hasta que vino conmigo aquí arriba y sí, tuvimos muchos encontronazos con mi mamá, se opuso mi mamá entonces ya no queríamos ni llegar, llegamos era a dormir (...) ¡ay no! es una certidumbre pues.

Nos costó mucho, nos costó mucho... vivíamos con mi mamá (...) Yo tuve el niño y todavía vivíamos con mi mamá, mi mamá nos echó una humillada, nos lo recordaba a cada rato.

E: La rabia de él, estaba furioso porque según yo estaba faltando al trato que habíamos hecho, que yo me encargaría de los niños en la casa y él de mantenernos, que yo lo había traicionado. Hasta mi familia se puso en mi contra

5.2.- Embarazo de alto riesgo

Indicadores

D: Comencé a sangrar y esas cosas, entonces me dejaron en reposo, tenía reposo absoluto ya de ahí en adelante no pude hacer más nada, puro en la casa (...) Aburrida, puro dormir y ver comiquita (risa) si súper aburrida.

A: El niño estuvo a punto de que se me saliera (...) el niño se crió en la parte baja igual como la niña, se criaron en la parte baja y cualquier cosita o algo se me podían salir, yo tuve conatos de aborto, descansaba me acostaba en el mismo local.

Yo tuve contracciones a los 7 meses bueno yo tuve contracciones con los conatos de aborto desde que lo engendré.

Lo mío fue el colesterol y la tensión, se me suben cuando estoy embarazada.

5.3.- Cambios a nivel laboral o académico

Indicadores

D: Yo estaba trabajando y pude trabajar solamente hasta los 4 meses de embarazo.

A: Yo me había retirado de la carrera y teníamos un localcito y sobrevivíamos ahí.

5.4.- Cambios en la alimentación

Indicadores

D: ahí tengo que tratar de coye... de eliminar un poco la grasa estaba comiendo mucha fritura antes (...) ya ahí no me servía aquellos cerros de pasta sino que me servía poco.

5.5.- Presencia de apoyo familiar

Indicadores

D: Siempre llegaba mi familia visitándome o la de mi esposo algo así y no me sentía tan sola pues.

S: Nos apoyó bastante, mi mamá dejó que nos quedáramos en su casa, no exigió que le pagáramos un arrendamiento.

5.6.- Hábitos de la madre durante el embarazo

Subcategorías

5.6.1.- Con ajustes

Indicadores

C: Practico voy a gimnasio hago spinning, hago TRX, hago insanity este... hago todo tipo de ejercicios y bueno con el embarazo lo único que hacía era que iba al gimnasio y caminata solamente no podía estar moneando porque tenía un embarazo.

5.6.2.- Sin ajustes

Indicadores

S: Yo con ese embarazo hice de todo (...) me fui a los Médanos de Coro en el primer trimestre, fui a Playa Paraíso (...) durante todo el embarazo hicimos los mismo no nos cohibimos.

Con mi barriga yo hice de todos, yo salía yo rumbeaba, llegaba a veces a las 6 am con mi esposo, de verdad eso no nos cohibió, de verdad en esos 9 meses de embarazo de verdad si vivimos nuestra rutina normal, como no fue un embarazo de alto riesgo (...) yo seguía con mi misma rutina.

6.- Eventos ocurridos durante el parto: Se refiere a las situaciones percibidas como amenazantes en el momento del alumbramiento.

Subcategorías

6.1.- Dificultades en el alumbramiento

Indicadores

D: Me tuvieron que hacer una cesárea porque al bebé le estaban bajando los latidos del corazón y tenía la mano en la cabeza (...) El doctor dice 'si lo saco así o le rompo el brazo o se aporrea el cuello o algo pasa pues'.

C: Bueno el parto de él fue un poco particular porque yo tenía era 8 meses de embarazo, empiezo yo desde el viernes a sentirme mal... me duelen las caderas tengo como ganas de pujar (...) él que se quería salir, eso era horrible (...) la doctora me dice 'él está en una posición en la que no va a poder salir normal, hay que hacerte una cesárea de emergencia'.

S: Yo tengo una operación de una apendicitis (...) me quedó una cicatriz muy fea del lado derecho y la placenta estaba encajada ahí y la niña no... ella nació fue por cesárea, a mí me tuvieron que abrir más del lado derecho, rasparme y con todo que era cesárea tuvieron que usar fórceps para sacármela.

7.- Fantasías preconceptivas: Comprenden el conjunto de representaciones mentales (imágenes, ideas, entre otros) que la madre se construye, antes y durante el embarazo, sobre el bebé que está en proceso de desarrollo.

Subcategorías

7.1.- Acerca del carácter y el aspecto físico del niño

Indicadores

D: Bonito, bonito siempre me han gustado mucho los niños y así pues, entonces yo nada más de pensar tenerlo chiquitico y eso me emocionaba mucho la idea pues.

Cuando lo comencé a sentir que se movía y las pataditas, y yo ay yo me tocaba esa barriga y ay como será tu carita (...) no dejaba de ver los ecos, cada vez que me hacía un eco llegaba a la casa y lo miraba, lo miraba y yo coye se va a parecer como a mí, tiene la cara redondita y tal y cosas así.

Yo decía va a ser precioso, hermoso, morenito.

C: Bueno yo me lo imagino blanco, con los ojos claritos porque mi esposo tiene los ojos azules, con el pelo amarillito, con su cara redondita, va a ser fuerte, enérgico, va a ser un niño muy grande muy inteligente, todo eso yo me lo imaginaba.

Siempre me lo imaginé con un carácter fuerte ¿Por qué? Porque el embarazo de él, él era un potro aquí adentro, él se movía, me daba patadas, se metía en un lado y en era en ese lado ahí hincado y me quitaba la respiración.

Entonces yo lo veía que era como ¡necio!

A: Nosotros siempre dijimos que N. iba a marcar la diferencia ahí 'no, ese se va a parecer a N'.

Yo siempre discutí con N. que los niños tenían que parecer a mí.

S: Bueno yo decía que quería que saliera blanquita como mi papá y de ojos marrones (...) yo quería que me saliera con los cabellos churcos como los de mi papá y me salió así pues.

Bueno yo quería que ella fuera tranquila, dócil.

Yo lo que decía era que yo no quería que fuera contestona como yo.

7.2.- Acerca de cómo ser madre

Indicadores

C: Yo veía los patrones que me dio mi mamá y yo decía 'bueno cuando yo sea madre yo no voy a hacer x cosa'

Cuando yo sea madre no voy a hacer esto (...) o sea imaginarme ser madre siempre desde pequeña me lo imaginé; de hecho cuando jugaba con mis muñecas el mantenerlas limpias, alimentadas todo eso pues, yo desde pequeña me imaginé ser buena madre y ese fue el sueño mío desde el principio ser madre.

7.3.- Sobre el género del niño

Indicadores

S: Y sí, yo siempre pensaba, decía que quería tener dos (...) siempre pensé nada más en dos, un niño y una niña.

7.4.- Sobre el estado de salud del niño

Indicadores

S: Yo decía que con tal que me viniera sanita no importaba, que viniera sanita, completo, si ninguna enfermedad.

8.- Deseo de hijo: Se refiere a la espera de un hijo por parte de la madre.

Subcategorías

8.1.- Embarazo planificado

Indicadores

D: Lo ansiaba (risa) yo estaba ansiosa (...) me costó bastante quedar embarazada, tuvimos casi los 3 años buscando de quedar embarazada y ya estábamos más bien asustados... pensábamos que había algún problema en alguno de los dos.

Solo esperaba ya que llegara (risa) no, todo fue... todo fue bonito.

C: No lograba quedar embarazada.

Después de ese aborto a mí me costó muchísimo quedar embarazada, muchísimo, muchísimo.

Recibí la grata noticia de que yo estaba embarazada.

Entonces para nosotros fue como un milagro, una bendición, porque ese niño llegó en medio de una tragedia muy grande que fue lo de las torres gemelas que fue horrible, yo lloraba por un lado de alegría pero por el otro de tristeza al ver que hay gente muy mala en el mundo que no le importa ocasionarle daño a los otros.

S: Siempre ella [la prima] y yo jugábamos, me acuerdo, con los bebés que íbamos a tener que yo iba a ser madrina de los hijos de ella, que ella iba a ser madrina de mis hijos.

8.2.- Embarazo no planificado

Indicadores

A: ¡No joda! Cuando quedé embarazada eso fue así como que me cayó el mundo otra vez también porque N. y yo no estábamos viviendo juntos (...) cuando quedé embarazada fue así como que ¡coño!

[La hija mayor] fue me buscó el examen y me lo entregó, cuando yo lo abro ¡no joda! Tragué grueso Katherine y yo Dios mío ¿qué es esto?

Con todo eso me asusté.

S: Sí pensábamos tenerlos en un futuro pero no tan rápido como llegaron, o sea nosotros estábamos hablando de casarnos y ella llegó primero.

No, queríamos casarnos, buscar donde vivir porque no queríamos vivir en casa de él ni en casa mía pero ya que se dio la niña bueno.

Para adelante pues como quien dice, seguimos con nuestros planes así sea que se nos adelantaron [cuando supo que estaba embarazada]

9.- El hijo como no incluido en el plan de vida

Subcategoría

9.1.- Ausencia de expectativa de embarazo

Indicadores

A: Nunca pensé que fuera a tener un hogar.

Lo mío era jugar pelota porque yo era más machorra, lo mío era jugar pelota y perinola. Yo no pensé nunca en tener hijos ni nada, nunca mami; la infancia uno... mi infancia fue jugar, estudiar.

10.- Estilo de crianza: Comprende las reacciones y patrones de crianza que la madre exhibe ante diversas situaciones del desarrollo de su hijo.

Subcategoría

10.1.- Estilo permisivo

Indicadores

D: no le pego, está consentido demasiado sí (...) le hago mucho cariño, lo mimo, todo eso.

Provoca darle un coquito pero no se lo doy, en realidad no se lo doy, le ofrezco y no le llego (risa) entonces yo creo que ese es un error que estoy cometiendo (...) porque así menos me respeta.

Él [el esposo] deja que J. haga lo que él quiera con él entonces no, si yo no le hablo entonces quien le va a hablar.

C: Trato en lo posible de respetarle el espacio a cada uno de ellos.

Cuando no me gusta por ejemplo algo que ellos piensan o que ellos quieren hacer sencillamente les digo 'Bueno a mi parece que esto es así, te respeto tu decisión pero no la comparto'.

Siempre termina comiéndose lo de él y lo mío [se refiere al dinero cuando se van de viaje]

A: Sí, 4 años y pico, yo sí, los amamanto hasta que ellos dejen la teta.

Cuando está en la casa se me quiere como desviar como tiene el televisor, el DS, la computadora entonces se me quiere ir para el cuarto porque en realidad nosotros en la casa tenemos una mala costumbre, comemos en el cuarto.

M. duerme en el cuarto con nosotros en la cama individual (...) Dice que en el cuarto no le gusta dormir solo y tampoco lo he intentado despegar, entonces bueno a veces mi esposo no está mi esposo se va de viaje y para yo quedarme con él.

S: La dejaba para que no le agarrara miedo [cuando se caía aprendiendo a caminar]

Yo también creo que tengo parte de culpa, porque tampoco me enfoqué en darle de comer como hacía mi cuñada, mi cuñada si obligaba a los niños a comer. Yo ay si no quiere no importa, pobrecita, en esa parte creo que fallé yo.

10.2.- Estilo sobreprotector

Indicadores

D: Siempre estoy limpiando (...) porque me da miedo que todo le... todo como que le afecta (...) de 5:30pm en adelante ya yo su suetercito y pa dentro, ya a esa hora no puede estar por fuera porque empieza con la tos la tos.

Lo cuidamos de todo; yo sé que sí es alérgico (...) desde los 5 meses si hemos tenido que cuidarlo demasiado.

[Cuando lloraba] Corría (risa) corría a agarrarlo o al menos no lo agarraba de una pero lo calmaba un poquito pa no acostumbrarlo a brazos.

[Cuando se caía aprendiendo a caminar] Salíamos corriendo a agarrarlo

E: De el gordito me encargo yo, lo visto, le doy el desayuno y lo llevo al colegio.

Yo lo lavo y lo visto.

Se queda acostado para que le suba el pantalón.

Más que todo los lleva a comer [el padre] a comprar en los centros comerciales lo que quieran, lo más caro, no les dice nada.

S: Todavía la ayudo a bañarse porque le cuesta.

10.3.- Exigencias adelantadas a su desarrollo

Indicadores

C: Siempre desde los 6, 7 meses ya cuando él empezó a gatear yo empecé ya a motivarlo, entonces el agarraba la poceta y la utilizaba como cuestión de juego y como la poceta le hablaba él pensaba que la poceta era un juego más, para que él se relacionara con la poceta para que él tuviera como un enlace.

A veces lo metía en preescolar y él veía como era el ambiente, o sea yo fui como capacitando, capacitándolo para lo que le venía entonces.

Él ve inglés los lunes, matemática pura los miércoles.

Yo pasé por todos esos fútbol, básquet, tenis, de todo, de todo. Hasta hace poco también practicó tenis que yo se lo metí (...) lo metí en fútbol no le gustó, lo metí en natación.

10.4.- Estilo protector

Indicadores

No, cuando él por ejemplo caminaba y se caía lo animaba (...) con el segundo fue como ya tengo las herramientas para no asustarme.

S: Yo no quería meter a la niña hasta que no me hablara [en la guardería] hasta que no supiera 'mira mamá me hicieron esto, esto y esto' tantas cosas que una ya ha visto que me daba miedo.

11.- Establecimiento de límites: Hace referencia a las herramientas que utiliza la madre para educar al hijo, bien sea para reforzar o disminuir una conducta.

Subcategoría

11.1.- Castigo físico

Indicadores

D: Le habré pegado una nalgada así fuerte como 2, 3 veces nada más pero de resto nada y eso me duele a mí que bueno pues.

A: Hace 2 meses si tuve que agarrar una correa y darle un correazo, estaba muy malcriado y hasta una grosería lanzó y yo no y ¡ta!

S: A veces si le doy su nalgada, cuando se pone grosera o contestona con uno porque ella tiene que aprender (...) Tratamos de no pegarle para no curtirla sino castigarla con lo que a ella le gusta.

11.2.- Castigo verbal

Indicadores

A: Yo lo regañé y le dije que se quedara ahí y él se quedó ahí y después nos pidió disculpa por lo que había hecho.

Tengo que hablarle duro porque es el hombrecito de la casa, no es que es el hombrecito de la casa, por eso es que uno los crea machistas, (...) yo le pongo carácter porque está en la etapa de la malcriadez.

11.3.- Retirar lo que le agrada al niño

Indicadores

D: Le apago el televisor y cuestiones así es lo que le hago pero de resto no.

Ya hasta salíamos y yo no lo quería ni sacar, quería algo y era y era y era y lloraba por aquello (...) entonces esas cosas sí me molestan, entonces cuando llego a la casa le digo 'te vas a sentar ahí un rato' porque allá hiciste esto, hiciste esto e hiciste aquello.

C: Bueno normalmente yo a mis hijos nunca les pego, nunca les he pegado. Cuando hacían algo malo yo lo sentaba en una silla y le quitaba el televisor, lo que más le gustara, su pasatiempo favorito yo se lo eliminaba.

Así es que yo los eduqué a los dos o te sientas ahí o te vas para tu cuarto, me apagas el televisor y piensas lo que hiciste, cuando tú reacciones y te des cuenta que hiciste mal entonces vienes a pedir disculpa porque las cosas no son como tú dices ni como yo quiero, las cosas son como tienen que ser.

S: La mando para el cuarto y le prohíbo que prenda la televisión o que juegue con algo.

Le quito lo que ella quiere, si ella quiere ir para algún lado sabe que no lo tiene, di quiere ir a comprar algo sabe que no se lo voy a comprar o le quito el juego que tiene (...) no la dejo salir a jugar con los amiguitos.

11.4.- Uso del diálogo

Indicadores

C: Entonces yo me he encargo que desde un principio ellos respeten a su padre, respeten la relación, si no me gusta algo que tú hiciste te lo hago entender 'oye mira eh a mí no me gustó que hicieras esto'

Le teníamos un espacio en el cuarto y ya yo después empecé a decirle a mi esposo que él ya tenía que tener su espacio porque él estaba dentro del espacio de nosotros.

Eso siempre se los he enseñado así, te sirves en el plato lo que te vayas a comer, si quieres más te lo sirves después pero no abarrotar el plato de comida y que te comas solo la mitad no, la gula, la gula no ¿tú me entiendes? Es lo que tú te vas a comer.

A: Lo dejas 6 minutos sentadito ahí 'te sientas y no haces nada' nos bajamos a su nivel, nos agachamos, igualito como hace ahí y nos ha funcionado.

12.- Lugar que la madre otorga a la pareja en la crianza: Incluye el rol que la madre considera que ocupa el padre en el proceso de crianza del hijo.

Subcategorías

12.1.- Participativo

Indicadores

D: Con mi esposo 100% mi esposo, mi amigo, compañero, todo... todo es él.

Me siento afortunada (...) porque hoy día son pocas las parejas que están así que se ayudan mutuamente que se ponen de acuerdo en todo, yo me siento bien, siento que él me apoya pues.

Él es el que lo busca, lo lleva y eso y siempre está preguntándole a la maestra siempre está pendiente de él, llega y juega con él, se acuestan juntos un rato a ver televisión, ellos comparten.

A: Ese chamo tiene un apoyo conmigo, me apoya en todo

Porque siempre somos él y yo no soy yo sola.

Siempre lo llevaba mi esposo [al colegio] pero entonces lo lleva, lo deja y se va.

E: Ahora los visita, los saca a pasear.

S: nos busca mi esposo en la academia

Cuando él la regaña por algo yo no me meto igual para no quitarnos ningún tipo de autoridad, por es feo que yo la regañe y él la regañe y entonces se meta defenderla porque le está dando la razón y me está quitando la autoridad delante de ella y viceversa, entonces no nos metemos, cuando él la regaña yo no me meto, cuando yo la regañó no.

12.2.- Excluyente

Indicadores

C: es que es la madre la que da esa base (...) Es la que enseña a que los hijos tienen que respetar al padre, que el padre tiene que respetar a los hijos.

Mi esposo es un hijo más. O sea yo pienso que la estructura, la base fundamental de una familia es la madre, no es que el padre no tenga su importancia, sí la tiene pero yo pienso que es la madre (...) es la que fomenta.

Nosotras las mujeres tenemos que re-educar a los hombres, tú te casas con un hombre y tú a ese hombre tiene que enseñarle muchas cosas (...) Este hombre es un animalito de costumbre, este hombre hay que educarlo pero de una.

Porque es que tú le das el ser, tú le das todo.

'La crianza la tuvo su esposa [refiriéndose a la esposa del pediatra] y usted no le va a enseñar a su esposa a ser mamá, usted no me va a enseñar a mí a ser mamá porque yo ya soy mamá'.

Es culpa de la mamá porque es la mamá la que educa al niño, uno es la que da las herramientas porque él es un ser nuevo, él no tiene la experiencia no tiene el conocimiento y eso se lo da es uno.

Los dos han sido muy independiente pero te repito, esa base se la da es la madre porque ellos nacen sin ningún conocimiento y es depende de la crianza que tú les des a ellos.

Es que ese es un animalito de monte.

No mi esposo no, él es demasiado sinvergüenza jajaja si es por él olvídatelo esos dos estuvieran descarrilados, ahí la del carácter y la disciplina soy yo de hecho a él también tengo que ponerle disciplina porque si es por él... o sea discúlpame ahí no se hace nada... (...) '¡no!' las cosas son como tienen que ser y punto

Son conductas aprendidas eso se lo enseñan las madres a los hijos, cuando la mamá son quisquillosas con la comida los carajitos te nacen quisquillosos eso es así (...) yo siempre fui cómaselo, y lo que como él me lo comía yo, yo como vegetales usted come vegetales (...) ellos nacen 0, 0 km y tú eres la que le va metiendo el kilometraje al chamo.

A: Ya tenemos varios fines de semana que no lo vemos (...) como es el hombre es el que va a buscar los reales (...) pero ya casi no está con los niños.

13.- Significado del hijo: Comprende el lugar que el hijo viene a ocupar en la vida de la madre desde la subjetividad de ésta.

Subcategoría

13.1.- El hijo como fuente de plenitud y motivación

Indicadores

C: Él es mi espacio total o sea yo me dedico a él de lleno todo el día.

Él es la luz del hogar, es la luz de la casa (...) él es el centro de todo, él es la alegría de la casa.

E: Un hijo te da fuerza, para enfrentar lo más difícil.

S: Mi prioridad es ella.

13.2.- El hijo como realce de la madre

Indicadores

A: Yo me siento muy importante cuando mis hijos necesitan de mí porque ellos dependen de mí y que yo pueda encauzarlos, llevarlos hacia allá, eso es muy bonito que soy tan útil para ellos.

13.3.- El hijo como unión de la pareja

Indicadores

A: M. fue como esa parte 'ya mamá mi papá y tu son una pareja y ya, a luchar ustedes por nosotros'.

14.- Eventos en la infancia del niño: Engloba aquellas situaciones significativas que experimentó el niño a lo largo de su crecimiento.

Subcategorías

14.1.- Cambio de vivienda y/o colegio

Indicadores

D: Vivíamos primero aparte alquilados (...) Estamos casi que recién mudados (...) él estaba contento, él decía 'ay pa mi casita e bloque'.

A: Cuando regresaron en marzo me llega en la noche y que 'Patria querida' toda la canción y me dice 'mami yo soy madurista ¿sabes? No chama la semana lo estaba retirando, lo retiraré del colegio. Le conseguí cupo en la JMV.

S: Nos mudamos hace 4 años solos, primero vivimos con mi mamá.

Ella me tocó dejarla de mandar a Caracas para el colegio.

14.2.- Condiciones de salud o accidentes

Indicadores

D: A los 5 meses (...) le dio una bronquiolitis y hubo que tenerlo hospitalizado (...) Lo operaron a los 3 años (...) pero no le operaron las adenoides y ahorita eso está bueno... completamente obstruido (...) horrible yo lloraba con él, el lloraba y yo llorando fue feo pues.

C: Cuando él empieza el colegio había un niño que tenía mononucleosis y le pega la mononucleosis a él (...) cuando él se curó lo operamos de las adenoides.

A: Cuando empezó a caminar tuvo una fractura del pie tuvo yeso y todo; primero tuvo un esguince (...) lo mantuve en reposo pero como ese reposo no era quieto siempre, entonces él caminaba, yo le quité (...) la... férula (...) tuvo una fractura (...) duró 4 meses con yeso.

Él lloraba para que le quitaran eso porque es que lo inmovilizaron completo porque si no, no se quedaba quieto, no podía caminar ni nada, inmovilizado, eso fue trágico para él.

Conseguí un trabajo como cajera y lo dejé unos meses con una señora, eso fue traumante fue la peor experiencia (...) de broma no se muere chama, la mujer le daba chinchoncho (...) empezó a hacer pupú en el pañal pero cagado.

Le da miedo 'ay mami no quiero' [operación]

S: Fue alérgica a la lactosa.

Si la he tenido hospitalizada, a los 11 meses con una bacteria que tuvo se le hicieron los exámenes y en ningún lado se le alojó, fue en el torrente sanguíneo y a los 3 meses se le alojó en la orina, hubo una infección muy fuerte.

La última vez que la tuve hospitalizada fue el año pasado en octubre que llegó a la casa con un dolor (...) era una hernia, no era muy grande pero la hernia tenía raíz.

14.3.- Situaciones amenazantes en el núcleo familiar

Indicadores

C: Yo tuve un accidente hace 4 meses que mantuvo 4 días en terapia intensiva (...) él llegaba y me decía que volviera a él, que no lo dejara solo, que no muriera 'mamá no te me mueras, no me hagas eso, vuelve a mí, yo te necesito, no me dejes solo, vuelve a mí' y lloraba.

E: Me divorcié.... hace seis años.

[El ex esposo] Me los quería quitar [a los hijos] de la rabia porque lo había dejado.

14.4.- Adaptación socio-emocional

Indicadores

C: El desprendimiento de él fue muy grande, él agarró su bolso (...) su cuaderno, sus crayones de cera y me dijo 'chao mami' y yo me quedé con el corazón roto jajaja y él súper instalado con su lonchera, con su merienda, con sus amigos.

Los dos han sido muy independientes.

A: Ahorita sí, cuando empezó preescolar sí, él se adaptó muy bien, le gustó. A mí fue la que me pegó, yo ay mi bebé 'váyase, váyase mami' y yo ¡ay!

E: Ha habido algunos problemas con los sobrenombres, una vez me contó que lo llaman Majin Bu.

S: Me dio cosita porque lloró, no me quería ir de la puerta, me quedé un rato ahí y después me fui porque tenía examen en la universidad [primer día de clase] A las semanas, 15 días ya ella estaba tranquila.

Las épocas de (...) las vacaciones largas, cuando entraba de nuevo al colegio le pegaba bastante.

15.- Realidad psíquica de la madre: Comprende los significados que la madre adjudica a las conductas del hijo y cómo lo percibe en sus diversos ámbitos de desarrollo.

Subcategorías

15.1.- Atribución de la sensación de hambre a conductas del hijo

16.1.1.- Llorar

Indicadores

D: Cuando lloraba [lo alimentaba] porque se la pasaba era durmiendo.

Porque él lloraba y se angustiaba pues porque coye él quería [amamantarse] pero no le salía pues... y si me sentía mal por eso porque yo quería dar leche, eso sí me hizo sentir mal.

15.1.2.- Comer todo lo servido

Indicadores

D: Tomaba bastante, a veces tomaba demás (...) Yo veía que o sea he visto a otros niños que ¡vercia poquitico! y yo veía que él se lo tomaba todo entonces yo bueno tiene hambre [y ella le daba más alimento].

15.1.3.- Llevarse objetos a la boca

Indicadores

C: Porque lo notaba inquieto, se chupaba las manos, todo el tiempo, andaba como hambreado pues. Le daba mucha agua y cuando yo lo notaba que quedaba así como vaciito en principio le daba mucha agua pero entonces veía que no lo ayudaba entonces se metía las manos en la boca, así se desesperaba mucho, fue lambuceo desde pequeño entonces empecé a darle su fórmula con fruta y empecé a ver que no estaba tan desesperado que ya no se metía tanto las manos a la boca.

Cuando alguien lo cargaba él trataba de pegársele a la gente al cuello porque él tenía como hambre.

15.2.- Percepción del carácter del hijo

Indicadores

D: Tiene el carácter fuerte (risa) si es un niño de carácter muy fuerte.

No es fácil, nada fácil porque como él es así, él tiene un carácter muy fuerte él uy grita y se pone así intenso

Él es un niño que es lo que él dice, lo que él dice, lo que él dice y lo que él dice, entonces en parte me imagino no sé, será por ese consentimiento que ha tenido siempre con ellas que ellas 'quiere eso' y eso se lo dan 'quiero aquello' y aquello se lo buscan de donde no hay.

C: Él es muy cariñoso, muy meloso.

Apegado a mí, de vez en cuando travieso, él es muy tranquilo.

Él siempre ha tenido una conducta... tipo Robin Hood, él defiende a todo el mundo, él era muy protector con las niñas, (...) él defendía a esas niñas de los otros niños que las atacaban (...) siempre ha tenido muy buena relación con las maestras porque (...) es muy cariñoso y aparte de cariñoso es un niño muy educado, muy ejemplar, muy estudioso, él es todo un caballero, todo un caballero y las maestras lo adoran es por eso porque aparte que él es caballero y tiene una actitud muy armoniosa (...)

muy educado, él es una persona muy medido (...) es buen estudiante, porque es educado, porque es todo un caballero, porque (...) es obediente entonces ese es el niño soñado por toda maestra (...) es buena conducta, es buen estudiante, es cariñoso, es educado, es tranquilo, es Robin Hood.

A: Él es un poquito como impositivo.

Siempre fue un osito cariñosito.

Siempre le gustó ser como independiente chama, desde carajito.

Ay fuerte [carácter del hijo]

E: A él lo quieren mucho, es colaborador, dulce, las maestras lo quieren muchísimo.

S: Ella es muy volátil.

Es demasiado inquieta.

Ella se frustra entonces cuando sale y explota se pone grosera con uno.

Tiene un carácter muy fuerte.

Ella empezó a ponerse demasiado inquieta [alrededor de los 3 años]

Le gusta inventar mucho.

Ella es muy preguntona, a ella le gusta saber muchas cosas (...) ella es muy pila. Cuesta decirle las cosas porque ella es muy directa, pregunta las cosas... como todo niño pues, ella todavía no ha tenido la vergüenza de preguntar.

Bueno ella choca mucho con las niñas, ella choca mucho por su carácter, se lleva mejor con los varones que con las hembras, ahorita anda que por lo gordita se están metiendo con ella y le está pegando, se pone a llorar a veces no les hace caso, otro días sí, ahí lo va llevando.

Muy espontánea, si eso, muy abierta (...) cambia varía, ella es muy variante en ese sentido todavía, hoy te dice una cosa mañana te dice que no.

Salió contestona como yo.

15.3.- Percepción de los gustos del hijo

Indicadores

D: tiene un monopatín que cuando llega de la escuela eso es lo primero que saca (...) Pura pelota (risa) (...) pidió al niño Jesús una pelota de fútbol.

C: A él lo que le encanta es la comida, él dice que lo más rico de este mundo es comer, debe ser porque desde pequeño comenzó a comer y galleta y compota, mucha fruta y agua.

Es muy comprador compulsivo le encanta un centro comercial, le fascina ir de compras pero es que le fascina (...) lo lleva en la sangre y 'vámonos mamá para Miami a comprar zapatos, ropa' le fascina estar montado en un avión, le fascina ir de viaje para todo lados o sea si es por él, él viviría montado en un avión, le fascina, le fascina ir para todo lados.

Lo de él son los números, conocimiento (...) tú lo ves leyendo como un viejo pero lo de él es libro, computadora nada de deporte, absolutamente nada de deporte, no le gustan los deportes.

A: Él le gustan son los deportes extremos

A él le encanta desde pequeño... su papá se echa perfume y él 'papi yo también porque soy el otro macho de la casa.

M. quiere ser como su papá.

S: Por el momento dice que contadora, maestra, quiere ser presidenta.

Dice que ella... se va a casar con un hombre que él sea el amo de casa y ella la que trabaje porque a ella no le gusta hacer nada en la casa.

15.4.- Percepción de la alimentación del hijo

Indicadores

D: Se fajaba a comer (risa) se faja todavía (risa) si comía bien, comía todo, todo lo que yo le diera comía.

Si lo que es, es ansioso o sea me refiero yo en la casa siempre tengo que tener una jarra con agua, una jarra con jugo, una gelatina algo tengo que tenerle porque ese niño abre la nevera cada 10 min estando en la casa y no, y come y come y come (...) ay ya no hallo cómo controlarle el hambre al niño, porque es horrible.

C: Él come rápido y todo lo que como se los disfruta, todo, todo... come bastante rápido, come muy rápido, a veces también come lento dependiendo de lo que coma y cuando come algo que le gusta capaz lo repite porque es muy comelón pero no comelón de chuchería es de comida, comida lo de él es comida, comida.

Los dos siempre desde pequeños han tenido buen apetito.

Le tengo que decir por favor trata de no comer tanto porque comen completo y comen bien.

A: Ese tanquecito no se llenaba con nada.

No él es medio lambucini, es que todos somos así.

E: Él comía lo que le daba. Todavía...ahora hay que pararlo (...) Si lo dejo solo en casa con la niña arrasa con lo que hay en los gabinetes.

S: Después que creció no come me cuesta

Me cuesta pelear con ella por la comida, la chuchería si le encanta.

Le gusta comer rápido, hay veces que si te come lento, eso depende del ánimo del momento (...) cuando va alguien a la casa y ella está ahí, como es persona nueva ella te come lento y te usa los cubiertos, pero cuando no hay nadie usa los cubiertos, usa las manos.

15.5.- Percepción de la capacidad física e intelectual del niño

Indicadores

D: No está en ningún deporte por la cuestión del problema que tiene porque se ahoga demasiado.

Me da cosita con él porque pienso que como que no tiene una niñez normal como los demás, porque medio corre y ya está ahogado (...) Se cansa y entonces tú lo ves a él sentadito y los otros jugando y entonces esas cositas no se ve como que y ya él mismo ya él se está dando cuenta pues como que 'ay ya no puedo más' y se sienta, entonces ay eso si me da cosita.

C: Él es una persona muy inteligente,

A: Flojo para caminar también, hasta el año y medio que empezó a caminar firme.

E: Es muy lento para las tareas.

Él es muy lento para pararse y vestirse

15.6.- Percepción del vínculo madre-hijo

Indicadores

D: No me tenía 100% todo el tiempo que él me quería tener ya yo le habla si él hacía algo malito pues y yo le hablaba y él como que ¿quién

eres tú? algo así pues. Ahora no, ahora él me respeta, él sabe que yo soy la mamá, que estoy con él, que si necesita ayuda yo lo ayudo, que si tiene hambre yo soy la que le va a dar la comida.

C: Yo siento el sexo del niño (...) cuando quedo embarazada de F. inmediatamente digo es varón.

Eso va dentro de la madre, eso uno lo siente (...) a penas tu quedas embarazada ya tu sientes la conexión entre madre e hijo, eso es un vínculo que no lo rompe nadie por eso los hijos tienden más hacia la madre porque es que es una conexión (...) yo siempre me siento muy conectada a mis hijos

Uno sueña a sus hijos porque tú los sientes dentro de ti, es una conexión que se rompe solamente como cuando él nace (...) pero durante esos 9 meses tú estás conectado a otro ser y ese ser te transmite sus sentimientos, todo lo que él siente, lo que tú piensas, todo es una sola comunicación (...) Eres tú-bebé- bebé-tú, es una conexión que se rompe, esa conexión se rompe con nacimiento pero no se acaba.

Yo pienso que como estábamos tan conectado yo le transmití a él ese repudio al pescado y cuando se lo pongo me lo come muy poco.

[En el embarazo] Es tener una boca más dentro y es saciar esa hambre de él y la mía (...) porque la que se alimenta eres tú no él.

A: Eso de amamantar a los bebés eso es lo más rico que hay, eso crea una conexión.

M. me tocaba mi tética y los dos nos acariciábamos y dormíamos abrazaditos, es más tengo un detalle todavía con ellos, esos chamos duermen todavía conmigo.

16.- Obesidad en el niño: Se refiere al reconocimiento de la obesidad del niño como un problema de salud por parte de la madre.

Subcategorías

16.1.- Concientización de la obesidad

Indicadores

D: Él siempre ha sido rellenito pero ahorita está mucho más pues.

S: La niña en lo que cabe está obesa.