



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**Enfoques maternos para la alimentación de niños de 6
a 23 meses de edad residentes de zonas peri-urbanas
del distrito de Huánuco**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Doctor en Ciencias de la Salud

AUTOR

Sissy Liliana ESPINOZA BERNARDO

ASESOR

Dra. Doris Hilda DELGADO PÉREZ

Lima, Perú

2023



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Espinoza S. Enfoques maternos para la alimentación de niños de 6 a 23 meses de edad residentes de zonas peri-urbanas del distrito de Huánuco [Tesis de doctorado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2023.

Hoja de Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Sissy Liliana Espinoza Bernardo
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	09995953
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-9413-7320
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Doris Hilda Delgado Pérez
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	06158953
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-5949-754X
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Alicia Jesús Fernández Giusti
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	09137019
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Luisa Hortensia Rivas Díaz
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06629916
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Pedro Jesús Mendoza Arana
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08284946
Datos de investigación	
Línea de investigación	B.1.5.1. Nutrición y Desarrollo Humano Alimentación, nutrición y obesidad - NUTOBES
Grupo de investigación	<u>Actualmente me encuentro en:</u> Núcleo de investigación en alimentación y nutrición pública - NIANP

<p>Agencia de financiamiento</p>	<p>Proyecto FEX 2019 - RR-04985 y UK-Peru Newton Fund with the UK Medical Research Council (MR/S024921/1) and CONCYTEC/FONDECYT Perú (032-2019)</p>
<p>Ubicación geográfica de la investigación</p>	<p>País: Perú Departamento: Huánuco Provincia: Huánuco Distrito: Huánuco Zonas periurbanas: Las Lomas, Vista Alegre, Loma Blanca y Cruz Verde. Latitud: -9.932836 Longitud: -76.249644</p>
<p>Año o rango de años en que se realizó la investigación</p>	<p>Enero – marzo 2020</p>
<p>URL de disciplinas OCDE</p>	<p>Nutrición, Dietética http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.04</p> <p>Salud pública http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05</p>



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR

En la ciudad de Lima, a los veintiún días del mes de marzo del año dos mil veintitrés, siendo las 11:00 am, ante el Jurado de sustentación, bajo la Presidencia de la **DRA. ALICIA JESÚS FERNÁNDEZ GIUSTI**, y los Miembros del mismo:

❖ DRA. ALICIA JESÚS FERNÁNDEZ GIUSTI	PRESIDENTE
❖ DRA. LUISA HORTENSIA RIVAS DÍAZ	MIEMBRO
❖ DR. PEDRO JESÚS MENDOZA ARANA	MIEMBRO
❖ DRA. DORIS HILDA DELGADO PÉREZ	ASESORA

La postulante al grado de Doctora es **MAGÍSTER EN CIENCIAS DE LOS ALIMENTOS**, doña: **SISSY LILIANA ESPINOZA BERNARDO**, procedió a la exposición y defensa pública de su tesis titulada: **“ENFOQUES MATERNOS PARA LA ALIMENTACIÓN DE NIÑOS DE 6 A 23 MESES DE EDAD RESIDENTES DE ZONAS PERI-URBANAS DEL DISTRITO DE HUÁNUCO”** para optar el Grado Académico de Doctora en Ciencias de la Salud.

Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, la cual obtuvo la siguiente calificación: **“B” MUY BUENO 18 (DIECIOCHO)** a continuación la Presidente del Jurado recomienda que la Facultad de Medicina, proponga que se le otorgue a la Magister: **SISSY LILIANA ESPINOZA BERNARDO**, el Grado Académico de **DOCTORA EN CIENCIAS DE LA SALUD**.

Se expide la presente acta y siendo la 12:14 pm. se da por concluido el acto académico de sustentación presencial.

DRA. ALICIA JESÚS FERNÁNDEZ GIUSTI
PRESIDENTE DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

DRA. LUISA HORTENSIA RIVAS DÍAZ
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN



DR. PEDRO JESÚS MENDOZA ARANA
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACION

DRA. DORIS HILDA DELGADO PÉREZ
ASESORA DE LA TESIS

INFORME DE EVALUACIÓN DE ORIGINALIDAD N°

El Vicedecano de Investigación y Posgrado y Director de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, deja constancia que:

La tesis (X) Proyecto de investigación () o trabajo de investigación ()

Titulada: “ **ENFOQUES MATERNOS PARA LA ALIMENTACIÓN DE NIÑOS DE 6 A 23 MESES DE EDAD RESIDENTES DE ZONAS PERI-URBANAS DEL DISTRITO DE HUÁNUCO**”

Presentada/o por El/La Mg: **SISSY LILIANA ESPINOZA BERNARDO**

Para optar el Grado de Doctor (X)

Grado de Magister ()

Título de Segunda Especialidad ()

Diplomado ()

Ha sido sometida/o a evaluación de originalidad, con el programa informático de similitudes Software TURNITIN con Identificador de la entrega **N° 2000542267**

En la configuración del detector se excluyeron:

- Textos entrecomillados
- Bibliografía
- Cadenas menores de 40 palabras
- Anexos

El resultado final de similitudes fue del 6%

Por lo tanto, el documento arriba señalado cumple con los criterios de originalidad requeridos.

Operador del software: **Dra. Alicia Jesús Fernández Giusti** (TURNITIN)



Lima, 27 de enero de 2023.

Firmado digitalmente por
IZAGUIRRE SOTOMAYOR Manuel
Hernan FAU 20148092282 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.02.2023 11:24:05 -05:00

DR. MANUEL IZAGUIRRE SOTOMAYOR

Vicedecano

Vicedecanato Académico de Investigación y Posgrado
Facultad de Medicina

DEDICATORIA

A mi padre, Antonio por ser mi ángel y guía, ejemplo de perseverancia, entrega y responsabilidad.

A mi madre, Nova por su calidez, apoyo y palabras de aliento para cumplir este sueño.

A mi esposo, Jorge, por ser mi soporte, por su apoyo incondicional y comprensión por el tiempo demandante.

A mis hijos Jorge y Diego por sus palabras de ánimo, comprensión y ser mis motivos para alcanzar mis metas.

A mi hija, Valentina por ser mi motor, motivo y fuerza para no rendirme.

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis representa un poco más de tres años de aprendizaje, experiencias, y emociones compartidas con mis compañeros y docentes del Doctorado en Ciencias de la Salud, y de vivencias con investigadores y la población de estudio.

Es por esta razón, que agradezco a todas las personas que durante este tiempo han sido mi guía, soporte, apoyo y ánimo para seguir adelante; transformando mi carga emocional, académica y laboral en el impulso que necesitaba para alcanzar una de mis metas más preciadas y de mayor satisfacción por todo lo que significa.

A mi asesora, Dra. Doris Hilda Delgado Pérez, por sus aportes y oportuna conducción en la asesoría de la presente tesis.

Al jurado revisor de la presente tesis: Dra. Alicia Fernández Giusti, Dra. Luisa Rivas Díaz y Dr. Pedro Mendoza Arana, por sus valiosos aportes y sugerencias que enriquecieron la misma.

A mis compañeros y amigos de la promoción 2019 del Doctorado en Ciencias de la Salud, por su entusiasmo, intercambio de experiencias y aprendizaje, y por todos los momentos vividos.

A las madres y familiares de los niños de 06 a 23 meses por su tiempo, apoyo y colaboración en la recolección de información.

Al proyecto PERU-SANO integrado por UK-Peru Newton Fund with the UK Medical Research Council (MR/S024921/1), CONCYTEC/FONDECYT Perú (032-2019) y UNMSM, por el financiamiento de la presente tesis y las orientaciones de sus representantes.

A las investigadoras del Instituto de Investigación Nutricional (IIN) la antropóloga Rosario Bartolini y Dra. Hilary Creed, a quienes agradezco por su apoyo y orientación en el diseño de los instrumentos de campo, recolección de datos y valiosos aportes en la revisión de la data analizada. A la Mg. Rosina Pareja y la antropóloga Cecilia Goya, por compartir sus experiencias en el trabajo de campo. A los investigadores de la UK Medical Research Council, por sus aportes, respaldo y aliento para seguir adelante, y por la calidad humana de cada uno de sus miembros, en especial de Emma Haycraft quién siempre estuvo para mí en la elaboración del artículo.

Mi agradecimiento especial al equipo directivo del proyecto PERU-SANO por su respaldo y apoyo en la publicación de una parte de los resultados para mi artículo y presentación oral del póster en el Congreso internacional de Japón 2022, la cual fue una experiencia única y enriquecedora.

INDICE GENERAL

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Situación problemática	1
1.2. Formulación del problema	6
1.3. Justificación Teórica	7
1.4. Justificación Práctica	8
1.5. Objetivo general.....	9
1.6. Objetivos específicos	9
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	10
2.1. Fundamentación filosófica, sociológica y epistemológica	10
2.2. Antecedentes de investigación	13
2.3. Bases Teóricas	21
CAPITULO III. METODOLOGÍA	36
3.1. Enfoque y tipo de estudio	36
3.2. Escenarios del estudio	37
3.3. Sujetos del estudio	38
3.4. Recolección de datos	38
3.5. Análisis e interpretación de la información.....	41
3.6. Aspectos éticos	46
CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	47
4.1. Resultados	47
4.1.1 Características generales de la población	47
4.1.2. Descripción de la redacción de los resultados	48
4.1.3. Jerarquía de temas y categorías del enfoque materno	49
4.1.4 Mapeo analítico de los temas, categorías y elementos influyentes	110
4.2 Discusión	112
CONCLUSIONES	139
RECOMENDACIONES	140
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	142
ANEXOS	159

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Sistema de categorías por temas para la alimentación de niños de 06 a 23 meses de edad desde los enfoques maternos	50
Tabla 2. Subcategorías y citas textuales de la categoría 1.1 Percepción de la cantidad, frecuencia y consistencia de las comidas	57
Tabla 3. Subcategorías, elementos y citas textuales de la categoría 1.2. Percepción y satisfacción de la imagen corporal de los niños	61
Tabla 4. Subcategorías, elementos y citas textuales de la categoría 2.1 percepción sobre alimentos saludables y no saludables	67
Tabla 5. Subcategorías, elementos y citas textuales de la categoría 2.2 Valoración de los alimentos	72
Tabla 6. Identificación de señales de hambre y saciedad en los niños de 06 a 23 meses	83

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Análisis temático de la investigación adaptado de Braun (2006)	45
Figura 2. Percepción de las madres respecto a la cantidad, frecuencia y consistencia de las comidas de niños de 06 a 23 meses	56
Figura 3. Percepción de las madres sobre la imagen corporal de los niños	59
Figura 4. Perspectiva de las madres en la elección de los alimentos para sus hijos	62
Figura 5. Atributos de los alimentos desde la perspectiva de las madres	70
Figura 6: Distribución por grupos de alimentos que ofrecen las madres a los niños en su alimentación	75
Figura 7. Percepción de las madres respecto al apetito de sus hijos	82
Figura 8. Proceso de la autoalimentación de los niños y momentos de participación de las madres	92
Figura 9. Formas de participación de las madres en la autoalimentación de sus hijos	95
Figura 10. Presencia de comportamientos de alimentación activa y continúa en madres de niños de 06 a 23 meses	97
Figura 11. Estrategias de alimentación que emplean las madres de los niños de 06 a 23 meses en el momento de las comidas	101
Figura 12. Sentimientos de las madres que afrontan durante el momento de la alimentación de sus hijos.	103
Figura13. Actitudes de la madre durante el momento de alimentar a sus hijos	104
Figura 14. Mapeo analítico de temas, categorías y elementos influyentes según enfoque de las madres	111

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La madre cumple un rol protagónico y decisivo en la alimentación del niño pequeño. La interacción que tengan en el momento de dar de comer es trascendental para promover prácticas alimentarias saludables. **OBJETIVOS:** Comprender los enfoques maternos para la alimentación de niños de 6 a 23 meses de edad residentes de zonas periurbanas del distrito de Huánuco. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio cualitativo, fenomenológico. Participaron 17 madres con un hijo de 06 a 23 meses de edad. Con observaciones y entrevistas a profundidad, se aplicó el análisis temático de Braun. La información fue procesada en el software NVIVO 12, para la identificación de códigos y categorías, y el programa Excel para la organización de temas en matrices. **RESULTADOS:** Madres con edad promedio de 31 años. Se construyeron 6 temas relacionados con la problemática de la alimentación de los niños. Los enfoques maternos fueron abordados desde las prácticas y sensibilidad del cuidado, para el primero, se encontraron vinculaciones con las percepciones respecto a la cantidad y calidad de los alimentos, así como con interpretaciones del significado y valoración de los alimentos. Para el segundo, se afectaron con la capacidad de respuesta, las interacciones en el momento de comer y con la dinámica estructural de la alimentación. **CONCLUSIONES:** La alimentación de los niños desde los enfoques maternos fueron comprendidos desde la perspectiva de sus prácticas alimentarias y de la sensibilidad materna, influenciadas por criterios personales y familiares.

PALABRAS CLAVE: Comportamiento materno, alimentación complementaria, interacción madre e hijo; tiempo de comida.

SUMMARY

INTRODUCTION: The mother plays a leading and decisive role in feeding the young child. The interaction that they will have at the time of feeding is transcendental to promote healthy eating practices. **OBJECTIVES:** Understand maternal approaches to feeding children from 6 to 23 months of age living in peri-urban areas of the Huánuco district. **MATERIALS AND METHODS:** Qualitative, phenomenological study. 17 mothers with a child from 06 to 23 months of age participated. With in-depth observations and interviews, Braun's thematic analysis was applied. The information was processed in the NVIVO 12 software, for the identification of codes and categories, and the Excel program for the organization of topics in matrices. **RESULTS:** Mothers with an average age of 31 years. 6 themes related to the problem of children's nutrition were built. Maternal approaches were approached from care practices and sensitivity, for the first, links were found with perceptions regarding the quantity and quality of food, as well as with interpretations of the meaning and value of food. For the second, the response capacity, the interactions at the moment of eating and the structural dynamics of feeding were affected. **CONCLUSIONS:** The feeding of children from maternal approaches were understood from the perspective of their eating practices and maternal sensitivity, influenced by personal and family value judgments.

KEY WORDS: Maternal behavior, complementary feeding, mother-infant interaction; feeding time.

PRESENTACIÓN

La alimentación del niño menor de dos años es fundamental para mejorar la supervivencia infantil y fomentar el crecimiento y desarrollo saludables. Es durante la etapa entre 06 a 23 meses de edad donde se presenta una mayor vulnerabilidad a su estado nutricional debido a sus demandas nutricionales y a los cambios en su alimentación. Es por ello, que la participación de la madre en todo este proceso es sumamente valiosa por los cambios y dificultades que se presentan, y por el rol que cumplen en el cuidado, conducción de preferencias y hábitos alimentarios.

La presente investigación, aborda el problema de la alimentación desde la perspectiva de las madres para conocer, analizar y comprender qué influye en ellas para tomar las acciones respecto a la alimentación de sus hijos y cómo se puede contribuir a mejorarlas. De este modo, el tema de la presente tesis se denomina “enfoques maternos para la alimentación de niños de 6 a 23 meses de edad residentes de zonas periurbanas del distrito de Huánuco”, el cual constituye el criterio de las madres sobre la alimentación y la forma de abordarlo, entendido como un tipo de acercamiento estratégico al problema, para comprenderlo con la intencionalidad de intervenir.

El objetivo de la presente tesis fue comprender los enfoques maternos para la alimentación de niños de 6 a 23 meses de edad desde sus prácticas y sensibilidad materna. El desarrollo de la tesis comprende varios capítulos.,

En el primer capítulo, se aborda los problemas nutricionales y alimentarios que se presentan en esta etapa, los factores relacionados, la formulación del problema y la justificación teórica y práctica.

En el segundo capítulo, se describe el marco teórico que comprende la fundamentación filosófica, sociológica y epistemológica. Así mismo, los

antecedentes y las bases teóricas donde se sustenta las teorías que respaldan los enfoques maternos, y el sustento teórico de las prácticas alimentarias y sensibilidad materna. En el tercer capítulo se describe la metodología empleada donde se detalla el tipo de estudio, los escenarios, los participantes, y el procedimiento de la recolección de datos. Así también se describe los instrumentos empleados, el análisis e interpretación de los datos y los aspectos éticos de la investigación.

En el cuarto capítulo se presenta los resultados y discusión, primero se describen los resultados debidamente detallados con tablas y figuras por cada tema abordado. Posteriormente, se presenta la discusión, en donde se interpretan los resultados contrastando con la literatura revisada y actual. Finalmente se presenta las conclusiones y recomendaciones. Seguidamente, se culmina con las referencias bibliográficas utilizadas y anexos.

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

1.1. Situación problemática

En los primeros dos años de vida, los niños adoptan prácticas alimentarias que han sido incorporadas y promovidas por sus madres o cuidadores e influenciadas por su entorno familiar, que representan diferentes modelos a seguir, donde sus acciones, lenguaje y actitud son decisivos en el desarrollo del infante (Escobar G et al., 2018).

La alimentación de los niños pequeños entre los 06 a 23 meses de edad, llamada alimentación complementaria, es la etapa crítica de mayor vulnerabilidad a su estado nutricional, debido a que está marcado por altos requerimientos nutricionales. Es en este período donde existe un rápido desarrollo físico, social y emocional e incluye cambios importantes en los niños, con una mayor relación bidireccional madre-hijo donde identifican, entienden y dan respuesta a “las señales de comunicación verbal y no verbal” (Birch & Doub, 2014). A su vez, es la etapa de pleno aprendizaje basado en la comprensión y aprehensión de las experiencias vividas de su entorno familiar e interacción física con el cuidador (Escobar G et al., 2018).

Las madres son las responsables de conducir las preferencias alimentarias y hábitos alimentarios de sus hijos para mantenerlos en un peso saludable a lo largo de su vida (UNICEF, 2021). Una decisión errónea en las prácticas alimentarias de los niños pequeños, como cantidades insuficientes o excesivas e inadecuada calidad de los alimentos complementarios repercutirá en su estado nutricional de forma inapropiada. Así, les conducirá a riesgo de contraer enfermedades infecciosas o crónicas que afectará negativamente la salud y el crecimiento de los niños.

Las inadecuadas prácticas de alimentación en los niños cuando se mantienen en el tiempo pueden afectar su estado nutricional y conducirles a la doble

carga de malnutrición. Malnutrición por déficit, retardo de crecimiento y anemia por deficiencia de hierro, ambos problemas de salud pública que afectan el desarrollo infantil temprano y generan consecuencias adversas en el desarrollo cognitivo, principalmente en los niños menores de dos años donde se alcanza el pico máximo de crecimiento y diferenciación cerebral (Grantham-McGregor et al., 2007, como se citó en Andrew et al., 2018).

Malnutrición por exceso, obesidad a temprana edad con posibles consecuencias en el peso en la adolescencia y el riesgo de comorbilidades en el futuro (M. M. Black & Creed-Kanashiro, 2012). La malnutrición por exceso se debe a la poca accesibilidad de los alimentos nutritivos y frescos, los cuales tienden, a menudo, a ser más costosos. Así como a la alta disponibilidad de alimentos no saludables que son más económicos, hipercalóricos y bajos en nutrientes, esto principalmente en entornos urbanos.

A nivel mundial los niños menores de 5 años presentan problemas de malnutrición por déficit 22% (149 millones) con retraso del crecimiento y 6,7% (45 millones) con emaciación o bajo peso para la talla; y por exceso 5,7% (39 millones) con sobrepeso (FAO et al., 2022).

A nivel nacional los problemas nutricionales más prevalentes son la desnutrición crónica y la anemia. La primera con un 11,5% en niños menores de cinco años, afectando principalmente a los menores de 24 meses de edad (18.5%). La segunda representa un 38,8% en niños de 6 a 35 meses de edad, un poco menos de la mitad de éstos proceden de zonas rurales (48,7%) y de zonas urbanas (35,3%). Así mismo, se registra un mayor porcentaje en aquellos ubicados en la región Sierra (49,8%) y en cuyas madres se sitúan en el quintil inferior (50,2%) (INEI, 2022). Por otro lado, el sobrepeso y la obesidad afecta al 8,6% de niños menores de 5 años, siendo la mayor incidencia en aquellos que se encuentran en el quintil superior (15,0%) cuyas madres pertenecen al nivel educativo superior (11,3%) (INEI, 2019).

El departamento de Huánuco reporta cifras que nos indican un problema de doble carga de malnutrición en edades tempranas, un 40,3% de anemia en niños de 6 de 35 meses de edad y 17,8% de desnutrición crónica en niños menores de 05 años, (INEI, 2022). Por ello ha sido necesario comprender el

problema de la alimentación de los niños desde el enfoque de las madres, al cumplir un rol protagónico en este proceso.

Los alimentos complementarios frecuentemente son introducidos muy tempranamente o demasiado tarde y son, en general, nutricionalmente deficientes e inseguros. En muchos países a nivel mundial, menos del 25% de los niños de 6 a 23 meses cumplen los criterios de diversidad de la dieta y frecuencia de las comidas apropiados para su edad (OMS, 2021).

En el Perú se siguen manteniendo inapropiadas prácticas alimentarias a temprana edad, como el recibir en los tres primeros días de nacido otro alimento diferente a la leche materna (45%) con una mayor representación del área urbana (50,6%) que de la rural (27,0%). De igual modo, se produjo un aumento en la ingesta de alimentos líquidos en la etapa complementaria en las madres que amamantan: el 58,3% recibió otros líquidos, de los cuales una tercera parte recibió otro tipo de leche, sea fresca o en polvo, de vaca u otro animal, y el 14,3% fórmula infantil; además se reportó un bajo consumo de suplementos de hierro (INEI, 2022).

Es por ello, que este período de la alimentación es crítico y la participación de la madre es muy importante en todo el proceso por los cambios y dificultades que se presentan. La introducción de nuevos alimentos diferentes a la leche materna se da alrededor de los seis meses de edad cuando las habilidades de comunicación oral, motrices y de digestión de los niños han madurado y los requerimientos de nutrientes y de energía son difíciles de cubrir. De igual modo, el comportamiento alimentario del niño experimenta grandes cambios , “pasando de una dieta a base de leche materna o de leche artificial a los alimentos complementarios, y finalmente, a la dieta familiar” (M. Black & Aboud, 2011). Posteriormente, la crisis de la introducción de nuevos alimentos comienza a manifestarse después del primer año, cuando la neofobia e irritabilidad tiende a aumentar (Nicklaus, 2017).

Otro problema que surge en esta etapa es la dependencia de ser alimentado y la limitada capacidad de autoalimentarse por sí mismo, muchas veces por cómo percibe la madre a su hijo, el poco tiempo que le brindan para que coma,

y el temor a que se enferme. En consecuencia, debe darse una progresión en la alimentación del niño, desde una postura semirreclinada a una posición sentada que le logra alrededor de los 12 meses sin apoyo. Posteriormente, al alcanzar su independencia de alimentarse por sí mismo al masticar y aceptar una variedad de texturas, así como de coger con los dedos, y llevarse los alimentos a la boca. Los problemas de alimentación que se presenten pueden persistir hasta los 24 meses de edad, en el logro de su autonomía e independencia (M. Black & Aboud, 2011).

Por otro lado, el hambre y la saciedad de los niños dependen de los procesos internos de regulación y son dirigidas por las madres en el ámbito de la alimentación. El cómo comen los niños, es influenciado por el entorno de la familia desde las creencias, costumbres y valores culturales sobre la comida; de los alimentos disponibles y accesibles del hogar; del tiempo de preparación y servido de la comida; de las preferencias y hábitos de los cuidadores y, por último, depende de las percepciones y previsiones de la madre o cuidador con respecto al tamaño de los niños, su salud, preferencias, y destrezas de alimentación (M. Black & Aboud, 2011).

Para Gálvez Espinoza et al., (2017), el entorno familiar “constituye el principal espacio de socialización primaria donde se definen, simbolizan, transmiten y reproducen gran parte de las preferencias y tradiciones alimentarias”. Es por ello que se considera a la familia como influyente en las prácticas alimentarias de los infantes, llegando a condicionar sus preferencias futuras por determinados alimentos (Escobar G et al., 2018).

A su vez, la adecuación de la alimentación en los niños pequeños, depende básicamente de la decisión de la madre o cuidador, en el que se ven involucrados los estilos de dar de comer influenciado por su modo de crianza; la estructura familiar; el estrés y los horarios; los hábitos alimenticios y la dieta; el conocimiento nutricional, y las habilidades para preparar los alimentos (Anater et al., 2018).

Las evidencias indican que las prácticas alimentarias de las madres también se ven influenciadas por su entorno social, se siguen manteniendo ideas

erróneas sobre el efecto de ciertos alimentos en la salud de los niños debido a las creencias alimentarias y conocimientos deficientes (Egyir et al., 2016). A su vez, hay en el entorno de los padres estereotipos de género e imagen corporal de los niños que podrían estar afectando la alimentación de estos (Salci & Paxton, 2015).

En Perú, existen pocos estudios cualitativos referidos a la alimentación complementaria, incluso ninguno que haya explorado sobre esta problemática desde la perspectiva de sus madres. Por ello y por lo descrito anteriormente, se hace necesario abordar el problema de la alimentación de niños entre 6 a 23 meses de edad que residen en zonas peri-urbanas desde un enfoque cualitativo. Con la finalidad, de comprender desde la perspectiva materna esta etapa crítica y plantear intervenciones con un mejor abordaje para el logro eficaz de sus acciones. Además de comprender el problema desde el enfoque de las prácticas alimentarias y de la sensibilidad materna, el cual ayudará a identificar los elementos decisores que intervienen en este proceso.

El enfoque cualitativo se caracteriza por explorar, analizar y comprender el problema desde el punto de vista de quienes están involucrados, cuando hay necesidad de profundizar una situación poco conocida o en caso de un proceso complejo que se requiere plantear nuevas estrategias. Desde la fenomenología lo que se busca es describir y comprender el proceso de la alimentación desde el punto de vista de cada madre, de su experiencia vivida y de su perspectiva construida colectivamente (Fuster, 2019).

Mi experiencia profesional en la línea de la investigación se inicia hace veinticinco años al participar en proyectos promovidos por organismos no gubernamentales, como investigadora de campo, monitora, crítica codificadora y participar en el análisis de diferentes proyectos en alimentación y nutrición infantil, lo que me ha permitido conocer diferentes contextos y realidades. Como docente investigadora, desde hace veintitrés años en la UNMSM, he podido consolidar saberes, reafirmar metodologías y compartir experiencias in situ.

Desde hace diez años, me estoy formando en la investigación cualitativa para asesorar tesis y desarrollar algunos trabajos de investigación, los cuales me han favorecido en conocer mucho más sobre este enfoque de investigación que me apasiona y me motiva a un aprendizaje continuo. Así mismo, es la primera infancia, la etapa de alimentación complementaria que me interesa y en la cual he tenido mayores productos de investigación con mis estudiantes de pre y posgrado.

En los últimos cinco años he participado como asesora en el diseño e implementación de estrategias en programas de alimentación y nutrición en este grupo poblacional en diferentes redes de salud promovidos por estudiantes de la segunda especialidad en nutrición pública, en los cuales se han empleado diferentes técnicas cualitativas para el diagnóstico y evaluación de la intervención.

Las vivencias que he experimentado hace tres años en el proyecto PERU-SANO con investigadores del Instituto de Investigación Nutricional me ha permitido afianzar el diseño y validación de los instrumentos cualitativos, comprender in situ el abordaje del enfoque cualitativo y el proceso del análisis. La exploración en el campo, durante el recojo de datos, contribuyó en conocer la realidad y el entorno de cada hogar de las madres, lo que permitió comprender mejor la situación problema, identificar los focos de interés para abordar y realizar propuestas de mejora basándose en la riqueza de información encontrada.

1.2. Formulación del problema

¿Cómo son los enfoques maternos para la alimentación de niños de 6 a 23 meses de edad residentes de zonas peri-urbanas del distrito de Huánuco?

1.3. Justificación Teórica

La alimentación de los niños entre 6 a 23 meses de edad resulta ser un tema de la problemática actual y una de las prioridades de la política pública del país, debido a que constituye un período crítico y clave para la salud infantil. Al presente, todavía existen vacíos y desafíos conceptuales y metodológicos de este período que requieren ser explorados y comprendidos.

La alimentación es una tarea primaria de crianza durante los dos primeros años de vida. Como tal, proporciona un contexto fundamental en el que observar la relación cuidador-infante es estratégico. Además, la madre cumple un rol protagónico en las prácticas de alimentación de los niños porque interviene en la disponibilidad, accesibilidad de alimentos y conducción de las preferencias, así como en los hábitos alimentarios.

Uno de los factores que influyen en la decisión de la madre en la alimentación de los niños es su entorno familiar, que no solo participa en la elección y forma de preparar los alimentos, sino también en la regulación de comportamientos alimenticios y el peso corporal del niño. Sin embargo, con la adopción de patrones alimentarios modernos se está produciendo pérdida de tradiciones culinarias y la valoración de algunos alimentos naturales, pudiendo afectar el estado nutricional de los niños; por ello, se requiere conocer y comprender la situación actual. A su vez, se sabe relativamente poco sobre los elementos propios de la madre o cuidadora que apoya u obstaculiza la capacidad para crear entornos alimentarios saludables (Bauer et al., 2019).

Si bien los organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud han proporcionado directivas sobre alimentación responsable (OMS, 2010). Existen pocas evidencias que sustentan los comportamientos de las madres en el momento de dar de comer a sus hijos y cómo estos condicionan el comportamiento dietético de los niños, más aún falta investigar sobre los elementos que influyen en las decisiones y acciones de las madres respecto a la alimentación de niños de 06 a 23 meses.

1.4. Justificación Práctica

La investigación pretende aportar con este vacío de información e iniciar con el abordaje del problema desde una exploración cualitativa para comprender el enfoque de las madres e indagar sobre los elementos decisivos a nivel personal y de su entorno familiar que las conducen a realizar determinadas prácticas de alimentación y afectan la sensibilidad materna.

A partir del entendimiento de estos elementos, se trabajará en ellos y se propondrá nuevas estrategias para mejorar las prácticas de alimentación en los niños de 06 a 23 meses. Así también replantear acciones considerando los temas críticos y el interés de los involucrados para que las intervenciones sean mejor direccionadas.

A su vez, los hallazgos servirán para brindar argumentos en la formulación de políticas públicas, mejoras en los programas de salud de la madre y el niño, y para capacitar al personal salud en servicio.

Este trabajo fue viable por el interés del investigador en esta temática, además como estudiante de doctorado me permitió formar parte del proyecto externo PERÚ-SANO “New strategies to reduce anaemia and risk of overweight and obesity through complementary feeding of infants and young children in Peru”.

Respecto a las zonas de estudio, se decidió trabajar en familias peri-urbanas de Huánuco por ser zonas de trabajo del mencionado proyecto, población vulnerable del estado nutricional y en situación de pobreza.

1.5. Objetivo general

Comprender los enfoques maternos para la alimentación de niños de 6 a 23 meses de edad residentes de zonas peri-urbanas del distrito de Huánuco.

1.6 Objetivos específicos

- Analizar el enfoque de las prácticas maternas para la alimentación de los niños de 06 a 23 meses.
- Analizar el enfoque de la sensibilidad materna para la alimentación de niños 06 a 23 meses.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Fundamentación filosófica, sociológica y epistemológica

El conocimiento científico y la realidad social no son estáticos, sino que ha ido evolucionando a través de los tiempos. Conforme ha evolucionado, el hombre también ha variado la dinámica de la alimentación, cambio en los sistemas y patrones alimentarios. Esto ha generado nuevos comportamientos alimentarios que unido a diversos factores del entorno social y ambiental está contribuyendo a diversas enfermedades. La alimentación por ser un hecho social tiene que ser analizada desde la perspectiva de los involucrados y de la interpretación de estos en su contexto. Para el caso de la alimentación de los niños de 06 a 23 meses de edad, este depende de la madre o cuidador y debe ser abordado desde su enfoque.

Así mismo, la gestión del conocimiento en salud requiere ser explorada, que la información sea confiable y acorde a la situación real; de igual manera, entender los mecanismos y razones en torno a los cuidados y a los procesos de salud-enfermedad. Por ello, es fundamental en el proceso de la alimentación de niños pequeños, identificar qué elementos pueden ser considerados generales (compartidos por todas las culturas) y cuáles (mediados por valores, creencias, reglas o expectativas) específicos de una determinada cultura que determinan sus comportamientos (Gálvez, 2015)

Según Cadavid & Giraldo (2017), “la nutrición humana es una disciplina que se fundamenta en las ciencias naturales y biológicas, se integra a componentes sociales, políticos, históricos, ambientales, económicos y culturales que llegan a ser determinantes de la alimentación”. Desde la perspectiva ecológica, el ámbito de la salud y la nutrición pública se

encuentran muy vinculadas con el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud y la nutrición. Por lo que la comprensión de lo que sucede en la vida cotidiana de las personas en los diferentes entornos relacionados con la salud y la enfermedad son necesarios (Cadavid & Giraldo, 2017)

Estudiar la alimentación infantil como práctica social, implica ofrecer argumentos para la formulación de políticas públicas, la ejecución de programas de salud dirigida a la madre y al niño, así como brindar capacitación al personal institucional en servicio. Por su parte, Contreras & Gracia, (2005) sugieren describir el acto alimentario como base para intervenir en los comportamientos relacionados con el comer, fundamentado en cuatro elementos: el consumo, que responde a las preguntas qué y cuánto se come; la comensalía: quién y con quién se come; los esquemas alimentarios responden a las preguntas cómo, dónde y cuándo come un niño; y la utilidad: por qué y para qué.

La alimentación complementaria resulta ser una “ventana de tiempo crítica”, desafiante por ser un tema complejo de actual preocupación y que todavía hay vacíos que requieren ser explorados y comprendidos. Los niños en esta etapa adoptan prácticas establecidas de la madre o cuidador y de su entorno, los cuales constituirán sus hábitos alimentarios que persistirán con el paso del tiempo. Además, al ser un proceso recíproco y de una vinculación emocional constante, amerita una adecuada comunicación y relación social saludable.

El estudio se enmarcó en la investigación cualitativa, cuyo propósito fue explorar y comprender las acciones y significados que las madres asignan a sus experiencias durante el momento de alimentar a su hijo, así como comprender sus perspectivas. Este tipo de investigación resulta de gran valor cuando hay necesidad de un análisis detallado en profundidad de una situación o para explorar y comprender un proceso complejo (Tuffour, 2017).

Este enfoque de investigación se basa en los principios epistemológicos de la fenomenología y la hermenéutica, ambos del paradigma interpretativo, cuya realidad es construida a partir de la interacción constante con su entorno,

creando sus propios significados, con sentido, dependiendo de las circunstancias y experiencias previas y de la situación o contexto en que se desarrolle. Estos principios aplican diversos métodos y técnicas de investigación que permiten registrar “los sentimientos”, “las emociones”, “las percepciones”, “la significación de las acciones”, etc. (Barrera et al., 2012).

La fenomenología, por su parte, busca describir y entender el proceso desde el punto de vista de cada participante, para el caso de la madre, a partir de la experiencia vivida y perspectiva construida colectivamente. Se basa en el análisis de discursos y temas, así como en la búsqueda de sus posibles significados. Este enfoque proporciona una descripción rica y completa del individuo, sus experiencias y significados. Los hallazgos pueden surgir, en lugar de ser impuestos por un investigador cuya trascendencia no se reduce al solo hecho de conocer los relatos físicos; sino, por el contrario, intenta comprender estos relatos desde la perspectiva valorativa, normativa y práctica en general, enfocada en sus vivencias y lo cotidiano (Fuster, 2019).

Mientras que la hermenéutica intenta “comprender al otro, no solo a través de la conversación, sino en lo que encuentra detrás de lo no dicho” (Aguilar, 2004, citado en Fuster, 2019).

Es el proceso que permite revelar los significados de las cosas que se encuentran en la conciencia de la persona e interpretarlas por medio de la palabra, y que las actitudes, acciones y todo tipo de expresión del hombre nos llevan a descubrir los significados. (Dilthey, citado en Fuster, 2019, p. 205).

De ello se desprende el análisis fenomenológico interpretativo (AFI), tiene sus orígenes teóricos en la fenomenología y la hermenéutica, de enfoque idiográfico, es decir, ofrece una visión de cómo una persona, en un contexto determinado, da sentido a un fenómeno determinado. Se preocupa por tratar de comprender la experiencia vivida y por cómo los propios participantes le dan sentido a sus experiencias, teniendo como objetivo el capturar y explorar los significados que los participantes asignan a sus experiencias. Actualmente, el AFI se ha convertido en una metodología predominante en la investigación cualitativa de muchas disciplinas académicas (Tuffour, 2017)

El AFI a partir de las experiencias particulares tal cual como son vividas y entendidas por una persona, estudia un acontecimiento desde la perspectiva de quien lo vive, si bien se preocupa por las vivencias y los significados atribuidos a esta, no puede acceder a estos significados de forma directa, se requiere de un esfuerzo y compromiso hacia la interpretación por parte del investigador. Por ello, el API, se apoya en la hermenéutica, entendida como la teoría de la interpretación. Este enfoque tiene un énfasis más interpretativo que fenomenológico (Fuster, 2019).

La comprensión de lo que le conlleva a la acción a una persona, requiere de un mayor abordaje de esta; de sus razones, comportamientos y del significado que podría darle a su acción, cuya observación dé lugar a una interpretación que atribuya motivos a la acción.

La fenomenología social de Schütz es una teoría comprensiva e interpretativa de la acción social que explora la experiencia subjetiva en el mundo de la vida cotidiana de las personas en el que prima el “sentido común”. Desde este planteamiento, se considera que las personas que viven en el mundo de la vida cotidiana son capaces de atribuir significado a una situación; por tanto, es el significado subjetivo de la experiencia lo que constituye el tema de estudio, de ahí deriva el marco epistemológico-metodológico para el análisis temático. (Barrera et al., 2012)

2.2. Antecedentes de investigación

A nivel internacional

Dusingizimana et al. (2021), exploraron las prácticas de alimentación de los cuidadores de niños de 6 a 23 meses de edad en zonas rurales de Ruanda, con entrevistas semiestructuradas a profundidad y muestreo intencional a 32 participantes de 32 años en promedio. Se realizó el análisis temático según Braun, identificándose cinco temas, de estas, tres estaban relacionados con la madre y su entorno familiar, clasificación de alimentos y su influencia en las decisiones de la alimentación infantil e influencia de la pobreza en las

prácticas de alimentación. Los resultados muestran que las decisiones de las madres sobre que dar de alimentar a sus hijos se basaron en información tanto de los trabajadores de la salud como del conocimiento tradicional o propio.

Así mismo, Mc Farren et al. (2020), realizaron un estudio cualitativo en Texas sobre prácticas de alimentación de madres latinas de niños pequeños de 6 a 18 meses. A 14 participantes de 30 años en promedio, se les realizaron entrevistas semiestructuradas, y se usó el programa NVivo 12, para su análisis. Se identificaron tres temas principales: alimentación, elección de alimentos y alimentos con peso. Las madres registraron estilos de alimentación permisivos, sobrealimentación excesiva y alimentación nocturna frecuente. Además, expresaron cierta dificultad con la transición a alimentos sólidos. Si bien, la mayoría de las madres relaciono el peso de su hijo con la alimentación, muchas carecían de la perspectiva para cambiar sus prácticas actuales.

Por otro lado, Kamble et al. (2020), evaluaron prácticas de alimentación de lactantes y niños pequeños en madres de niños de 06 a 23 meses en un área rural de Haryana, India. Se utilizaron métodos de grupo de discusión focalizado (FGD) y entrevistas en profundidad. La edad promedio de las madres fue 25. Se aplicó un análisis temático. Los hallazgos evidenciaron presencia de creencias erróneas, alta presencia de alimentación con biberón por su facilidad de uso, principalmente en madres trabajadoras. Brecha de conocimiento sobre el inicio de los alimentos complementarios, frecuencia de consumo y diversidad de alimentos, y bajo cumplimiento de las recomendaciones, principalmente en madres analfabetas.

En el caso de Heller et al. (2019), en Estados Unidos, uno de sus objetivos de su investigación fue identificar las actuales prácticas de alimentación en niños menores de 24 meses, para ello se realizaron entrevistas individuales a 66 padres con una media de edad de 31 años, que en su mayoría eran madres. Los datos se analizaron con NVivo 11, y se identificaron cinco temas: preparaciones de comidas infantiles, ingesta dietética, alimentos saludables y accesibles, promoción de la autoalimentación infantil y conocimientos sobre

alimentación y nutrición. Los resultados mostraron que los padres de bajos ingresos solicitaron con mayor frecuencia, orientación sobre opciones de preparaciones a base de carnes y verduras accesibles, estrategias de dar de comer, mientras que los padres de mayores ingresos pidieron información sobre las alergias alimentarias, introducción de alimentos sólidos saludables y la planificación de horarios de las comidas.

Así mismo, Kenyangi et al., (2019), en su estudio realizado en Londres, cuyo objetivo fue explorar las prácticas de alimentación de lactantes y niños pequeños, se aplicaron debates de grupos focales, entrevistas semiestructuradas y entrevistas con informantes clave y, se analizaron los datos utilizando un enfoque temático en un grupo de 35 madres de niños menores de 24 meses. Las madres y los padres reconocieron la importancia de las prácticas de alimentación del niño, se identificaron barreras importantes en la lactancia materna exclusiva como la incorporación temprana de otros alimentos, principalmente por la presión familiar y de su entorno; A esto se suma los problemas de los mensajes confusos que brinda el personal de la salud.

Sharma et al., (2019), realizaron un estudio de enfoque mixto en Nepal respecto a las percepciones de los cuidadores de niños de 12 a 23 meses sobre el consumo de bocadillos y bebidas comerciales y los factores que influyen en su alimentación. Se aplicaron siete grupos focales a 32 cuidadores en la fase cualitativa. Se utilizó NVivo 11 para el análisis cualitativo, y se siguió el método temático inductivo descrito por Braun (2006), se logró identificar 3 ejes temáticos. Los cuidadores reportaron que frecuentemente ofrecían productos procesados de alimentos y bebidas, a sus hijos como parte de las entrecomidas, sin embargo, muchos de ellos no confiaban en los bocadillos y los consideraban no saludables para sus hijos. Sin embargo, resultaron ser una alternativa frecuente por su conveniencia.

Según Begley et al., (2019), en su estudio cualitativo en 42 madres de niños de 4 a 18 meses en áreas pobres de Australia, cuyo objetivo era explorar sus experiencias con la introducción de alimentos sólidos en la alimentación de sus hijos a través de grupos focales, se halló que las madres a pesar de que

conocen de las pautas de la alimentación del niño, no lo ponen en práctica y muchas de ellas no lo piensan hacer. Solo la mitad de las madres identificaron correctamente la edad recomendada para introducir alimentos sólidos y muchas de ellas no se encontraban motivadas de cumplir con las pautas recomendadas. Se identificó una gran influencia del entorno familiar, en especial de las abuelas maternas, en la decisión de introducir alimentos sólidos tempranamente. El análisis temático utilizado fue de un enfoque social constructivista para desarrollar temas a partir de patrones y conexiones entre códigos. Se confirmó los resultados con el análisis de un segundo autor.

Por su parte, Forero T. et al., (2018), en Bogotá, realizaron un estudio cualitativo fenomenológico, en una muestra intencionada de 43 madres (desde su tercer trimestre de gestación hasta que sus hijos cumplieron 24 meses de edad), beneficiarias de un programa de atención integral a la primera infancia, se hicieron entrevistas a profundidad y 11 grupos focales. Se identificaron categorías predefinidas: significados y experiencias en lactancia materna (LM) y alimentación complementaria (AC). El análisis comprendió las relaciones entre las unidades de significado y categorías predefinidas y emergentes. Se concluye que la experiencia de la AC está fuertemente influenciada por el entorno cercano de la madre, principalmente familiar; el conocimiento impreciso sobre “lactancia materna exclusiva” y “alimentación complementaria” a nivel conceptual y práctico puede conllevar a prácticas inadecuadas.

Así mismo, Mekonnen et al. (2018), en su estudio exploratorio realizado en el noroeste de Etiopía sobre prácticas de la alimentación infantil, realizaron 4 grupos focales y 12 entrevistas a profundidad, con muestreo intencional a 32 participantes, con aplicación del software Atlas ti-7. Los resultados registran que el inicio temprano de alimentación complementaria, descarte de calostros, la alimentación pre láctea como la mantequilla y la alimentación con biberón fueron las prácticas comúnmente inadecuadas. Se identificaron barreras para la madre vinculadas a las influencias socioculturales, las prácticas comunitarias tradicionales, la carga de trabajo y la pobreza. La diversidad alimentaria infantil y la preparación de alimentos complementarios fueron los principales problemas identificados.

Por su parte, Berhane et al. (2018), para comprender qué influye en la adquisición de alimentos de las madres urbanas y las motivaciones que tienen para seleccionar alimentos para sus hijos, realizaron 36 entrevistas en profundidad a madres con hijos menores de cinco años en Etiopía. Se aplicó el análisis temático según Braun, que condujo a la identificación de cuatro temas principales. Los hallazgos reflejan que las prácticas de alimentación de los niños están influenciadas por una variedad de factores relacionados con la preferencia de los niños, su capacidad para planificar los alimentos, la información que tienen sobre nutrición, dieta y seguridad alimentaria y las preocupaciones culturales - religiosas, así como el cambio de los valores sociales y familiares. Se identificó que entre las motivaciones en la elección de los alimentos fueron por un lado, las preocupaciones por la seguridad alimentaria de los alimentos y por el otro por las tradiciones religiosas y tabúes culturales.

Otro estudio en la India por Geethalakshmi et al.(2017), en madres de niños menores de 24 meses y proveedores de salud, se llevó a cabo para indagar la situación de las prácticas de alimentación y el efecto percibido en el estado nutricional del niño, en 6 grupos focales. Los resultados muestran que los participantes tenían una opinión positiva respecto al inicio temprano de los alimentos complementarios, se encontraron creencias fuertes sobre el calostro, conocimientos insuficientes sobre cuándo y qué alimentos complementarios se deben brindar al niño según su edad y también sobre la importancia de amamantar hasta los 2 años. Había poco conocimiento sobre la importancia de agregar alimentos protectores como vegetales y frutas a la alimentación del niño.

Por su parte, Jacquier et al., (2017), en Suiza, realizaron un estudio cualitativo para indagar las actitudes y percepciones hacia los bocadillos como parte de la alimentación del niño pequeño en sus cuidadores, para ello, se aplicaron entrevistas a profundidad en el hogar a 17 de estos. El "Modelo de proceso de elección de alimentos" se utilizó como marco teórico, se aplicó un análisis temático y se identificaron temas claves para su exploración. Se concluyó, que los cuidadores pueden percibir que comer entre comidas y meriendas, son conceptos diferentes y varían según la cultura, los contextos, la hora del día,

el tipo de alimento y la ubicación. Se evidenció oportunidades para definir mejor la conceptualización de "refrigerios".

En el caso, Egyir et al. (2016), en su estudio de enfoque cualitativo, realizado en Ghana, en madres de niños de 4 a 24 meses de edad (n=99), para comprender las prácticas de alimentación complementaria, su percepción e impactos observados de la alimentación en sus hijos. Encontró de la información de once grupos focales, que estas tuvieron poco conocimiento sobre los efectos de una adecuada alimentación complementaria en sus hijos y se evidenció prácticas alimentarias inadecuadas. Así mismo, algunas de ellas mantenían ideas falsas sobre el efecto de los alimentos en la salud de los niños. El estudio identificó barreras financieras, paternas e infantiles que afectaron dichas prácticas, también se vieron afectadas por sus percepciones y bajo conocimiento sobre los alimentos.

A su vez, Russell et al., (2016), en otro estudio cualitativo en Australia, sobre percepciones y comportamientos de las madres sobre la alimentación infantil, realizaron entrevistas telefónicas individuales con una guía de entrevista semiestructurada, con el objetivo de indagar en las madres de bajo nivel educativo la adopción de prácticas de alimentación asociadas con un aumento de peso excesivo en los infantes, esto se dio en 29 madres de infantes de 2 a 11 meses. Los hallazgos respecto a la edad de introducción de sólidos, demostró que, si bien la madre tenía los conocimientos o habilidades necesarias para realizar el comportamiento, su motivación reflexiva basada en las creencias sobre los efectos que podría ocasionar en el infante fue el factor que primó sobre su decisión de introducir sólidos más tempranamente que tarde.

En el estudio de Boak et al. (2016), se reportaron las experiencias de las madres en la elección de alimentos para sus hijos pequeños de 4 a 15 meses de edad, a partir de 32 entrevistas a madres australianas de diferentes niveles socioeconómicos. En un análisis temático inductivo a través de un proceso de comparación constante sobre las entrevistas transcritas se identificaron diversas razones para sus elecciones, entre las de mayor influencia fueron:

las creencias, los valores, las normas y el conocimiento. Así mismo, el costo, la calidad y la disponibilidad de varios alimentos también fueron claves, y aquellos relacionados con la perecebilidad y la aceptabilidad de los niños. No menos importante, también se consideraron a las influencias del tiempo, las capacidades de los padres, las conexiones sociales y las diferentes fuentes de información. Finalmente, las preferencias de los niños y la participación de los padres en el aprendizaje de lo que puedan comer.

Así también, Walsh et al. (2015), en Australia, llevaron a cabo un estudio cualitativo exploratorio sobre los factores que influyen en la introducción de alimentos complementarios por parte de las madres en una muestra de 21 madres primerizas con niños de 6 a 12 meses, donde aplicaron entrevistas y grupos focales. Los datos fueron analizados temáticamente. De los resultados, sobresale que las madres no esperaron hasta los seis meses para la introducción de alimentos sólidos a pesar del conocimiento de las recomendaciones de la OMS y su deseo por cumplirlas. Se identificaron creencias de que los alimentos complementarios ayudaban al aumento de peso y al disfrute de los infantes en las comidas. El estudio concluye, que las madres no entendieron la lógica de las recomendaciones de la OMS para iniciar con alimentos sólidos ni las señales de disposición de los lactantes para comenzar con los alimentos sólidos.

Para Vargas et al., (2015), en un estudio cualitativo con diseño de teoría fundamentada de carácter inductivo realizado en Chile, se aplicó una guía de preguntas para la exploración de la información y a partir de esta se construyó lo que los participantes veían como su realidad. Se tenía como objetivo dar a conocer las vivencias de un grupo de madres de niños obesos, respecto a cómo el vínculo temprano madre-hijo afecta a la relación que ambos tienen con la alimentación y cómo esto, a su vez, incide en la obesidad del niño. Los resultados evidencian relaciones de apego inseguro, dificultades para establecer contacto, menor expresividad, y predominio de un estilo de crianza permisivo en relación con la comida. Se aplicaron estrategias más de control y presión para lograr que el niño cumpla lo indicado; ante la resolución de

conflictos las madres se muestran indiferentes, no regulan las emociones de sus hijos.

Salarkia et al., (2014), en su estudio cualitativo realizado en las zonas urbanas de Irán, con la finalidad de recoger opiniones de las madres sobre las prácticas de alimentación complementaria. Se encontró, a partir de 10 discusiones de grupos focales con madres de niños menores de 24 meses, que estas conocían los beneficios de una alimentación óptima, la de edad apropiada para introducir alimentos complementarios y su calidad y cantidad. Sin embargo, no lo practicaban correctamente debido a las situaciones difíciles que enfrentaban, estas afectaron en la elección de alimentos, preferencias y prácticas para proporcionar un alimento complementario adecuado y saludable para sus infantes.

Por su parte, Morawska et al., (2014), en Australia en un estudio con 20 madres primerizas y sus respectivos hijos, fueron grabados por video durante una interacción de alimentación para describir las estrategias de crianza utilizadas por las madres en la etapa de la alimentación complementaria. Se encontró que las estrategias positivas de alimentación estaban relacionadas con niveles más bajos de rechazo de alimentos infantiles, ello se debió a una mayor sensibilidad materna y a mejores puntajes generales de crianza. Por otro lado, el contacto aversivo y el uso de una estrategia negativa se correlacionaban significativamente con el rechazo de alimentos en el infante. Así mismo, a medida que avanzaba el proceso de la alimentación del infante, este grupo de madres se impacientaban más y se angustiaban a tal punto que sus estrategias de alimentación eran más fuertes.

A nivel nacional

En el Perú se han publicado pocas investigaciones cuantitativas relacionadas a la alimentación complementaria y existen escasas investigaciones cualitativas relacionadas al tema.

Dolores-Maldonado et al. (2015), en Oyón, zona rural de Lima, realizaron un estudio cualitativo de diseño narrativo, para conocer las estrategias que utilizan las madres durante la alimentación complementaria. A partir de la

observación y entrevistas se logró tener información de sus experiencias y de su entorno. Se aplicó el método inductivo, las categorías se agruparon por temas y por técnica. Se obtuvieron 03 grandes temas: “comunicación verbal madre-hijo, involucramiento y estrategias para dar de comer, y contexto durante la comida”. Las estrategias fueron diversas y estuvieron diferenciadas; las madres multíparas, reaccionaron de una forma más activa y responsiva, mientras que, las madres primíparas llegaron a comportarse de una forma autoritaria al ensuciarse, jugar y/o rechazar los alimentos el niño.

2.3. Bases Teóricas

Modelos teóricos que respaldan los enfoques maternos

Las madres son los responsables de proveer los cuidados y el ambiente adecuado para una óptima alimentación en los niños pequeños. Es a través de estas que sus hijos adquieren las herramientas necesarias para convertirse en seres autónomos, independientes y saludables. Existen diferentes modelos que respaldan la relación del cuidado entre la madre, el niño y su entorno, como es el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner, que hace referencia a tres ambientes: “microsistema”, “mesosistema” y “macrosistema” que influyen directamente en su cambio y en su desarrollo (Salinas-Quiroz et al., 2015)

El modelo de rol materno en la alimentación del lactante, explica “cómo las características maternas (personales, cognitivas y estado de salud), las prácticas maternas de alimentación y las características del lactante se relacionan e influyen en el estado nutricional del lactante” (Ortiz-Félix et al., 2016). Este modelo se sustenta en la Teoría de Adopción del Rol Materno de Ramona Mercer, que se sustenta en los tres sistemas de Bronfenbrenner que se interrelacionan entre sí, y en la presencia de una serie de elementos en su microsistema que involucra las características de las madres (identificación de las señales, actitudes respecto a la crianza y estado de salud), características del hijo (temperamento y salud), el rol materno y el efecto en el niño respecto a su salud. (Ortiz-Félix et al., 2016).

Por su parte, el modelo dinámico de alimentación de Ellyn Satter, se basa en la relación de una alimentación adecuada compartida, en el que la madre o cuidador apoya las tareas de desarrollo de los niños en cada edad y les permite que coman la cantidad correcta de los alimentos para alcanzar su óptimo crecimiento; y, los niños deben alcanzar las tareas de desarrollo. Se plantea una división de responsabilidades en la alimentación, Los padres proveen la estructura, el apoyo, y las oportunidades, expresados en cómo, cuándo, dónde y qué alimentan a sus hijos; y los niños deciden cuanto y cuando van a comer de lo que los padres ofrecen. Desde esta perspectiva, los cuidadores son los responsables de brindar alimentos nutritivos y exponer a los niños a nuevos alimentos, proporcionar alimentos y horarios estructurados, identificar un área designada para comer o beber dentro del hogar, sentarse y comer con los niños, manteniendo un ambiente agradable para comer. (Lohse & Mitchell, 2021).

Por otro lado, el modelo de la alimentación responsiva integrada en la crianza receptiva de Black M (2011), sobre el cual, los cuidadores ejercen una fuerte influencia en la interacción con el niño en el momento de dar de comer, según esta, se debe promover la atención y el interés de los niños en la alimentación, es decir garantizar un ambiente libre de distracciones, que estos estén sentados cómodamente, idealmente de cara a los demás; que puedan comunicarse; y que la comida sea saludable, apropiadas para su edad y se ofrezca en un horario adecuado. También brindar atención oportuna a las manifestaciones de hambre y saciedad, en forma rápida, con apoyo emocional, y en forma apropiada. Así como estimular y promover hacia una alimentación independiente.

Por último, el modelo de Ainsworth basado en la teoría del Apego, hace referencia a la calidad del cuidado, con base en la concepción del cuidado temprano, para ello toma de referencia cuatro características del comportamiento materno, descrito desde lo más positivo hasta lo más negativo:

- (i) “aceptación-rechazo”, hace referencia que para toda madre o cuidador principal existen sentimientos positivos y negativos frente al

cuidado, la cuestión está en qué medida estos son capaces de equilibrarlos e integrarlos.

- (ii) “cooperación-interferencia”, se rescata la sincronización afectiva y autonomía del niño en el extremo positivo y en el extremo negativo las dificultades del cuidador en las iniciativas y autonomía del niño.
- (iii) “accesibilidad-ignorar”, referido por un lado a la disposición física y emocional del cuidador respecto a las necesidades del menor, y por el otro, al ignorar las necesidades y comunicaciones de éste, por estar centrado en sus propios intereses, y no disponible emocionalmente para el niño, y
- (iv) “sensibilidad-insensibilidad”, referida a la capacidad de respuesta, a las señales de comunicación del niño, por un lado, interpretadas correctamente y en forma oportuna, y por el otro lado, al ignorar las comunicaciones del niño y con interpretaciones incorrectas, suponiendo intencionalidades negativas por parte niño (Ainsworth,1978, como se citó en Carbonell, 2013).

Alimentación y prácticas recomendadas para niños de 06 a 23 meses

Esta etapa es conocida como alimentación complementaria, proceso que inicia cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante, por lo que se requiere de otros alimentos y líquidos, además de la leche materna, (OMS, 2023).

La alimentación complementaria debe ser “oportuna”, es decir, iniciarse y brindarse en el momento correcto; “suficiente”, con consistencia, diversidad de alimentos y administrada en cantidades y frecuencia adecuada a su edad, de tal manera que cubra las necesidades nutricionales del niño para su crecimiento, sin dejar la lactancia materna. A su vez, la alimentación debe brindarse en condición “segura”, con un mínimo de presencia de microorganismos patógenos. Por otro lado, debe administrarse de forma “apropiada”, con una textura que se adecua a la edad del niño.

La adecuación de la alimentación complementaria (en términos de tiempo, suficiencia, seguridad y adaptación) depende no solo de la

disponibilidad de alimentos variados en el hogar, sino también de las prácticas de alimentación de los cuidadores. La alimentación del niño pequeño requiere cuidados y estimulación activa, que su cuidador responda a los signos de hambre que manifieste el niño y que lo estimule para que coma (OMS, 2023).

Una alimentación para niños pequeños comprende con qué se alimenta, del cómo, cuándo, dónde y quién lo alimenta (MINSA, 2020). En los Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado de la OPS publicado en el año 2003, se sienta las bases para los comportamientos deseables de la madre o cuidador en la alimentación del niño, como recomendaciones sobre la cantidad, consistencia, frecuencia, densidad energética y contenido de nutrientes de los alimentos.

Asu vez, siendo las madres o cuidadores las responsables de la alimentación del niño pequeño, los diferentes organismos internacionales sostienen y han incorporado un nuevo principio recomendado para la alimentación del niño pequeño, “la alimentación responsiva”. Esta proporciona la estructura (elección de alimentos) para un crecimiento adecuado, la sensibilidad (capacidad de respuesta a las señales de hambre y saciedad) para promover la autorregulación y, la responsabilidad de los niños para una alimentación saludable (M. M. Black & Creed-Kanashiro, 2012).

La alimentación responsiva se la define como un comportamiento sensible a las señales y habilidades psicomotoras del niño a la hora de comer, en un ambiente estimulante, supervisado y sin distracciones durante las comidas. Mientras que una alimentación activa se concibe como un comportamiento que alienta al niño a alimentarse (M. Black & Aboud, 2011). Es así como Pérez-Escamilla et al. (2019) engloba ambos términos y la define como "prácticas de alimentación que alientan al niño a comer de forma autónoma y, en respuesta a necesidades fisiológicas, que pueden fomentar la autorregulación en la alimentación y apoyar el desarrollo cognitivo, emocional y social".

Por otro lado, Black et al. (2022) incorporan el término de alimentación complementaria responsiva y la definen como aquella alimentación mediante

la cual la madre alimenta a su hijo en respuesta a las señales del niño sobre el estado de hambre y las habilidades psicomotoras.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), especifica cinco puntos claves a considerar para una alimentación responsiva efectiva (Jarama Redshaw et al., 2019):

(i) alimentar a los lactantes directamente y asistir a los niños mayores cuando comen por sí solos, respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción; (ii) alimentar despacio y pacientemente y animar a los niños a comer sin forzarlos; (iii) si los niños rechazan varios alimentos, experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para animarlos a comer; (iv) reducir en lo mínimo las distracciones durante las horas de comida si el niño pierde interés rápidamente; y (v) utilizar los momentos de comer como eventos de aprendizaje y amor para hablar con los niños y mantener el contacto visual.

OPS y OMS en 2013, presentaron una herramienta para desarrollar, implementar y evaluar intervenciones y programas para mejorar la dieta y la alimentación del lactante y del niño pequeño, denominado ProPAN, proceso para la promoción de la alimentación del niño, en el cual se plantea cuatro dimensiones para evaluar la alimentación responsiva: “(i) animar adecuadamente al niño que no ha comido lo suficiente; (ii) hablar con el niño (sin ordenarle ni amenazarle) durante las comidas; (iii) darle oportunidades al niño para que coma por sí mismo aunque sea un poco, y (iv) ausencia de respuestas inapropiadas a un niño (por lo general relacionadas con la negativa a comer, aunque no siempre)” (OPS & UNICEF, 2013, p. 62-63).

Según el modelo de UNICE, se evidencia la importancia de las prácticas de cuidado infantil para el estado nutricional del niño. Resaltando que los comportamientos y estilos de alimentación pueden influir en la aceptación de los alimentos y en la ingesta dietética de los niños y, por ende, en su crecimiento y desarrollo. Son claves el cómo, por qué, cuándo y con qué se alimentan (Bentley et al., 2011).

Situación de la alimentación complementaria y malnutrición

La alimentación complementaria es la etapa crítica de mayor vulnerabilidad para la situación nutricional de los niños de 06 a 23 meses de edad. Por ello, la relevancia en la selección y adquisición de los alimentos, la consistencia y el proceso de inicio con alimentos sólidos, son sumamente importantes para definir su estado nutricional (INEI, 2022, p. 220).

A partir de los 6 meses de edad las necesidades de energía y nutrientes del lactante se incrementan, por lo que la leche materna no es suficiente para cubrirla. Si no se introducen alimentos complementarios a esta edad o se incorporan de manera incorrecta, el crecimiento del lactante se ve afectado, iniciándose picos de incidencia de casos de malnutrición (Abeshu et al., 2016).

Es sabido que una inadecuada nutrición durante los primeros años del ciclo de vida repercute en el crecimiento físico y el desarrollo del cerebro posiblemente con daños significativos e irreversibles. Según Schwarzenberg (2018), los dos primeros años de vida son cruciales para el desarrollo físico e intelectual del niño y es la etapa de mayor vulnerabilidad y riesgo de daños irreversibles derivados de un deficiente estado nutricional, razón por la cual se debe trabajar con énfasis en esos primeros años para lograr un efecto positivo, en los dos pilares: lactancia materna y alimentación complementaria.

Según las cifras estadísticas de la OMS (2023), “en la Región de las Américas, alrededor del 50% de los bebés son amamantados dentro de la primera hora después de nacer y sólo el 32% de los niños menores de 6 meses son amamantados exclusivamente”. En el Perú, el 49,2% de niños empezó a lactar dentro de la primera hora de nacimiento y el 45,0% recibió alimentos antes de empezar a lactar. Con relación al área de residencia, los infantes que ingirieron alimentos antes de empezar a lactar procedían en mayor porcentaje del área urbana (50,6%) que del área rural (27,0%) (INEI, 2022, p. 218).

En los últimos diez años, el estado nutricional de la población infantil muestra una tendencia epidemiológica de mejora con la reducción de la prevalencia del retraso del crecimiento en los menores de cinco años por sus condiciones socioeconómicas, sin embargo, la anemia infantil se mantiene y se ha incrementado el sobrepeso y la obesidad (INEI, 2022, p.243).

La malnutrición según la OMS (2023), “se conceptualiza como las carencias, los excesos o los desequilibrios de la ingesta de energía y/o nutrientes de una persona”. Este comprende tres grandes grupos: primero “la desnutrición” que considera al retraso del crecimiento, la emaciación y la insuficiencia ponderal. El segundo grupo la “malnutrición relacionada a los micronutrientes” que comprende a las carencias o insuficiencias de micronutrientes (deficiencia de vitaminas y minerales importantes) o el exceso de micronutrientes. El tercer grupo corresponde al “sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación” (cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, diabetes y cánceres) (OMS, 2023).

Actualmente, lo que prevalece es una doble carga, malnutrición por déficit con anemia y malnutrición por exceso con sobrepeso u obesidad, ambos coexisten en el Perú. Los factores causales más importantes resaltan los cambios en la dieta y estilos de vida ocasionados por la urbanización y el desarrollo económico (Pradeilles et al., 2022).

El exceso de peso, expresado en sobrepeso u obesidad a temprana edad, tiene la tendencia a seguir con la obesidad en la edad adulta, más aún su relevancia trasciende por el aumento de las morbilidades asociadas como diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias e hipertensión arterial que afectan la salud a temprana edad. (Caro-Bustos et al., 2021)

En el último reporte del Programa Mundial de Alimentos (PMA) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) se registra el costo futuro total de la doble carga de la malnutrición, expresado en términos anuales, la cual se encuentra “por encima de los 5 000 millones de dólares para los próximos 64 años, equivalente a 2,2% - 2,3% del PIB de 2019, de este costo total, cerca del 80% corresponde a costos en salud debido a la carga de diabetes, hipertensión y otras enfermedades crónicas asociada a las prevalencias actuales de sobrepeso y obesidad” (WFP et al., 2022). Dada la magnitud de la doble carga de la malnutrición en la economía del país se promueve y se refuerza en las intervenciones en los primeros años de vida como prevención con un abordaje de doble propósito.

Prácticas y elementos propios del cuidador en la alimentación del niño de 6 a 23 meses

Las prácticas de la madre o cuidador respecto al proceso de alimentación para el niño involucran aspectos de selección, compra, preparación, tamaño de porciones servidas, así como aquellas acciones en el momento de alimentar al niño. Cuando una o más de estas prácticas son inadecuadas, el aporte de nutrimentos disminuye en cantidad y/o calidad, afecta el estado nutricional del niño y puede conllevar a una malnutrición (Haines, 2019).

Se ha demostrado que algunos comportamientos de los cuidadores se vinculan con la baja ingesta del niño, y esto probablemente debido a sus prácticas de crianza que en lugar de apoyar lo limita y lo restringe, por ejemplo cuando se le da comer en la boca al niño y no le permita que coja los alimentos, cuando distrae al niño con diversos elementos con la intención de introducir la cuchara o el hecho de presionarle con expresiones verbales para que coma, cuando este ya está lleno (Viana et al., 2019).

Estas aseveraciones confirman la definición de las prácticas de alimentación como la manera en la cual las madres y/o cuidadores interactúan con los niños en términos de actitudes y comportamientos, en los ámbitos de alimentación y el control de estas. Así mismo, la influencia de las prácticas parenterales sobre los comportamientos alimentarios de los niños depende de los estilos de crianza (Ventura & Birch, 2008, como se citó en Castrillón, 2014).

El mismo autor describe tres elementos importantes respecto a la crianza de los hijos y el control alimentario. El primero, “la respuesta parental”, referida a la individualidad, al considerar las necesidades del niño y sus demandas, se promueve la autorregulación, la autoafirmación y el apoyo en la crianza. El segundo, “la exigencia parental” que involucra la intervención de los padres como control al supervisar y confrontar al niño que desobedece. Y el tercero, “el control psicológico y emocional” correspondiente al control del comportamiento por el sentido de culpa, manipulación del afecto o intimidación al niño por una inadecuada acción. Estos elementos podrían tener un efecto en las conductas alimentarias de los niños (Ventura & Birch, 2008, como se citó en Castrillón, 2014).

En las prácticas del cuidado infantil relacionadas con la alimentación, también se destacan otros elementos involucrados como la falta de comunicación verbal y no verbal relacionados con un bajo nivel educativo de los cuidadores, un entorno familiar desorganizado con desajustes afectivos y el estrés parenteral de crianza (Black et al., 2022).

Por otro lado, las prácticas de crianza son definidas como “acciones de cuidado, atención, educación y socialización que hacen las madres de manera cotidiana con los niños, y que influyen significativamente en sus vidas” (CONAFE, 2019). La alimentación durante los dos primeros años de vida constituye una tarea de crianza temprana. La crianza temprana es crítica para el apego efectivo y da resultados positivos en el desarrollo de los niños en la parte socioemocional, cognitiva, neurobiológica y de salud (Frosch et al., 2021).

Asu vez, las prácticas de crianza representan un indicador regulatorio de la salud de niño; la cantidad y calidad de interacciones madre-hijo definen su desempeño en su ambiente físico y social, y son determinantes sobre los factores de riesgo que protegen la salud o la deterioran. Las madres son responsables de estructurar el entorno alimentario de sus hijos, el "cuándo", "qué" y "cómo" (Cortés Moreno & Méndez Lozano, 2012).

Así mismo, existe un fuerte vínculo entre la comunicación verbal y las prácticas de alimentación, es decir, con la provisión de un mayor número de indicaciones o señales de las madres o padres para que coma su hijo. La presión para comer puede variar de un fuerte control verbal, como proporcionar órdenes o correcciones a un niño, a un gentil control verbal como sugerencias o indicaciones para comer (Bova & Arcidiacono, 2013).

Hay evidencia que algunas de las estrategias que los padres adoptan para influir en la preferencia y el consumo de alimentos en sus hijos pueden tener un efecto contrario. Tal es el caso de “presión para comer”, referido a los intentos de hacer prevalecer su autoridad o dominio para que el niño coma alimentos saludables (Rodríguez Arauz & Ramírez Esparza, 2017), similar vinculación se encontró de este comportamiento con un menor consumo de

alimentos saludables lo que conllevó a una mayor ingesta de alimentos poco saludables (Larsen et al., 2015).

Este comportamiento, al parecer contradictorio, se debe a que el niño al recibir presión para comer asocia el alimento saludable con estímulos negativos, mientras asocia el alimento no saludable como premio. Por ello, esta estrategia resulta ser ineficaz para promover la ingesta de alimentos, mientras que las prácticas de alimentación responsiva se asocian con menos problemas alimentarios y más disfrute de la comida en los niños (Finnane et al., 2017).

Algunas investigaciones refieren que los padres pueden comportarse de una manera diferente en la alimentación con sus hijas e hijos. Este trato diferencial puede estar relacionado con el género basado en el sexo infantil y los estereotipos sobre el óptimo tamaño corporal de los niños frente a las niñas. Un estudio encontró que ambos las madres y los padres de los niños pequeños tenían más probabilidades de ver a sus hijos como bajo peso, pero no sus hijas (Holm-Denoma et al., 2005). Otro estudio encontró que los padres usaban tácticas de presión con sus hijos cuatro veces más frecuente que con sus hijas (Orrell-Valente et al., 2007). De ello, se concluye que es posible que los padres puedan emplear diferentes prácticas de alimentación con hijos e hijas.

Se ha reportado que los efectos parentales más perjudiciales son aquellos que estimulan a un consumo de alimentos de alta densidad energética, grandes porciones y variedad de alimentos ricos en energía, promoviendo el desarrollo de obesidad desde muy temprana edad (Johnson & Wardle, 2014).

Hay evidencias que las madres con una función ejecutiva más baja (FE) tienen una ingesta dietética de baja calidad y tienen más probabilidades de experimentar un comportamiento obesogénico, esto debido a su poca capacidad para resistir a los impulsos e implementar rutinas que promueven una alimentación saludable. Un estudio en Estados Unidos reportó que una función ejecutiva más baja entre las madres puede interferir con su capacidad

de implementar prácticas recomendadas para padres que apoyen la alimentación saludable y el peso de los niños (Bauer et al. 2019).

Según Nicklaus et al., (2017), los padres ponen en práctica una serie de conductas que tienen como fin mantener, modificar o controlar las conductas alimentarias de sus hijos. A estas se les llama “estilos parentales de alimentación”, y pueden ser: permisivos, autoritarios y autoritativos o democráticos. El permisivo deja que el niño coma sin restricción, lo que se le apetece; el autoritario ejerce coerción y control sobre la elección de los alimentos y su ingesta; y el autoritativo o democrático predominan acciones de consenso por medio de negociaciones y razonamientos. Los estilos que predominan son: presión para comer y restricción de alimentos, del estilo autoritario; modelado, uso de elogios y razonamientos, del estilo autoritativo; y acceso ilimitado a los alimentos, como parte de un estilo permisivo.

Algunas investigaciones sobre prácticas de crianza de los alimentos en las que estos se utilizan como recompensa para controlar el comportamiento de los niños (alimentación instrumental) o las emociones (alimentación emocional), al parecer no resultan ser eficaces para estimular la ingesta de niños sanos (Stone et al., 2022), sin embargo, se ha demostrado que la relación entre las emociones y la conducta alimentaria es bidireccional y dependiente del contexto, de la variabilidad de la emoción en cuanto a sus momentos e intensidad (Palomino-Pérez, 2020).

Así mismo, los alimentos y las emociones se asocian con incrementos en los comportamientos alimentarios obesogénicos infantiles (Rodenburg et al., 2014). A su vez, mayores niveles de alimentación emocional han sido reportados por madres con educación inferior, lo que sugiere que la alimentación emocional puede asociarse a un estado socioeconómico más bajo y a la obesidad (Ayine et al., 2020). Así también, cuando los padres usan la comida como recompensa por los comportamientos deseados, los niños muestran aumentos en su refrigerio de alimentos con alta densidad energética (McLaren, 2012).

Interacción madre-niño y la sensibilidad materna durante la alimentación

Las interacciones madre-niño durante la alimentación son experiencias fundamentales en el desarrollo de las habilidades sociales tempranas de los infantes, constituyen un proceso bidireccional de aprendizaje mutuo (Cortés Moreno & Méndez Lozano, 2012). Es durante las interacciones repetidas que los cuidadores aprenden a interpretar las comunicaciones de los niños sobre sus necesidades y emociones, a su vez los niños confían en el grado en que su cuidador estará disponible y responderá (Reisz et al., 2019).

Es en el momento de dar de comer donde la sensibilidad parental juega un papel muy importante, definida como la capacidad o habilidad de los padres para reconocer y responder las necesidades, señales y comunicaciones propias del niño en forma oportuna y adecuada (Van Schalkwyk et al., 2020). Esta es considerada, una característica medible y clave de la calidad en la interacción madre-hijo, lo cual tiene un efecto trascendental en la estabilidad emocional del niño y en el progreso del vínculo afectivo. Por su importancia a edades tempranas, es considerada un elemento útil en los programas de intervención y promoción para el desarrollo infantil (Perea Velasco et al., 2011).

La capacidad de los cuidadores para sintonizarse con los estados emocionales de los niños durante la alimentación es particularmente importante porque los niños pueden comenzar a comer en un estado de angustia debido al hambre; la tarea del cuidador es modular la ansiedad infantil y alimentarlos saludablemente. Por ello, es importante que el cuidador debe estar en sintonía con las señales emocionales del niño. Esta acción se convierte en una estrategia centrada en el lactante que apoya la capacidad de desarrollo de los niños para identificar su hambre y señales de saciedad, desarrollando la autonomía de alimentación y para aprender hábitos alimenticios, saludables y autorregulados para combatir el sobrepeso y la obesidad (M. Black & Aboud, 2011).

El apego seguro en el contexto de la alimentación, evidencia que los padres muestran una mayor sensibilidad hacia las señales de alimentación, hambre y saciedad de sus hijos. También se relaciona con una mayor sintonía emocional general, lo que lleva a una alimentación más positiva y agradable.

Un apego negativo del infante que incluye angustia o irritación derivadas por hambre puede afectar la precisión de la madre para percibir las señales de sus hijos, así como su capacidad de responder con sensibilidad. Durante la alimentación, esto podría generar conflictos en la interacción al intentar la madre controlar el comportamiento infantil. Por lo que, las representaciones de apego materno inseguras o preocupadas, conlleva a mayores niveles de conflicto y control, y menores niveles de sintonización, durante la alimentación que aquellas que están seguras (Reisz et al., 2019).

Entorno familiar de la madre sobre la alimentación infantil

El entorno familiar, llamado también “ambiente alimentario doméstico” es entre los ambientes el más complejo, debido a la variedad de hogares y su variabilidad en la producción o transformación de los alimentos. Representa el primer y principal espacio de interacción social del niño, en el cual, “se definen, simbolizan, transmiten y reproducen gran parte de las preferencias y tradiciones alimentarias” (Gálvez Espinoza et al., 2017). Es así, que los métodos utilizados en las preparaciones de los alimentos condicionan también la calidad de la alimentación. Con el transcurrir de los años se ha producido pérdida de costumbres y tradiciones culinarias y se ha adoptado patrones alimentarios modernos que afectan el estado nutricional actual de los niños. Debido a un consumo fuera del hogar cada vez mayor por diversas razones se está perdiendo los momentos familiares cotidianos en el consumo de los alimentos (Gálvez Espinoza et al., 2017).

Actualmente, el entorno alimentario contribuye a la obesidad en los niños, por ello las influencias microambientales, en el hogar son considerados claves en los niños. Se reconoce que las comidas familiares son un componente esencial de la promoción de la salud de los niños, favoreciendo el aprendizaje de hábitos alimentarios y conductas relacionadas con la comida (Birch & Doub, 2014).

Para, Bauer et al., (2019). El entorno alimentario familiar cumple un rol importante en la calidad de la dieta infantil, en la regulación de los comportamientos alimenticios y en el mantenimiento de un peso saludable. A

pesar de ello, se sabe poco sobre los elementos que apoyan u obstaculizan para crear entornos alimentarios familiares que promuevan la salud.

Así también, el entorno familiar cumple un rol social e importante en las prácticas de crianza, haciendo que estas pueden ser beneficiosas o perjudiciales. El estrés de la madre puede verse afectado por su entorno familiar y social, el nivel de estrés que desarrolle afectara la calidad y sensibilidad de sus prácticas. Se ha identificado que niveles de estrés en los extremos pueden conducir a prácticas inefectivas, mientras que niveles moderados facilitan las prácticas siendo sensibles y responsivas. (Amici et al., 2022).

No obstante, el entorno familiar representa la fuente primordial de experiencias para un niño por su conexión con el ambiente integral. Los niños pequeños necesitan desenvolverse en entornos cálidos y receptivos que los protejan de la desaprobación y el castigo inadecuados; precisan oportunidades para explorar su mundo, jugar y aprender a hablar y escuchar a los demás. Es así como las familias aportan buena parte de los estímulos ambientales para los niños y controlan, en gran medida, su contacto con el medio ambiente (Amici et al., 2022).

Por otro lado, comer en familia desde el punto de vista del estilo de vida, ayuda a entender determinados comportamientos que se dan en su vida cotidiana. Este acto se ve afectado estructuralmente por los medios de comunicación, el entorno publicitario y la situación económica, así también por las decisiones individuales como el gusto y el conocimiento; ambos aspectos van a facilitar o limitar la práctica familiar (Riquelme & Giacoman, 2018).

Investigación de enfoque cualitativo

Las investigaciones de enfoque cualitativo comprenden una serie de procedimientos metodológicos que utilizan palabras, textos, discursos dibujos, gráficos e imágenes para comprender la vida social del sujeto a través de los significados desarrollados por éste, desde una perspectiva holística, pues se trata de entender el conjunto de cualidades interrelacionadas que caracterizan

a un determinado fenómeno. Se define por el uso de descripciones detalladas de hechos, citas directas del habla de las personas y extractos de pasajes de textos para construir un conocimiento de la realidad social (Mejía, 2014).

Entre las características más destacadas de este enfoque se puede mencionar que no hay realidad objetiva, ya que la misma se construye socialmente a partir de los actores o informantes claves, el conocimiento (episteme) emerge de las personas que participan activamente en la investigación, la tarea primordial del investigador es entender e interpretar el mundo de los participantes basándose en sus experiencias y vivencias de su entorno y es holística e integradora (Corona, 2018).

La finalidad de estos estudios es comprender el acto social, esto es la estructura de motivaciones que tienen los sujetos, la meta que persiguen, el propósito que orienta su conducta, los valores, sentimientos, creencias que lo dirigen hacia un fin determinado, a través de diferentes diseños como la etnografía, fenomenología, investigación-acción, historias de vida y teoría fundamentada (Mejía, 2014).

Uno de los diseños cualitativos, el fenomenológico busca comprender las perspectivas internas de los involucrados en sus propios entornos naturales utilizando la naturaleza interpretativa de este enfoque. Se caracteriza por abordar temas o fenómenos poco conocidos o procesos menos entendidos del entorno social. El propósito principal de este diseño es explorar y comprender los significados que las personas asignan a sus experiencias y descubrir los elementos en común de tales vivencias (Creswell, 2013) y (Hernández S. et al., 2014).

CAPITULO III. METODOLOGÍA

3.1 Enfoque y tipo de estudio

El enfoque fue cualitativo, cuyo propósito fue explorar, describir y comprender el proceso de la alimentación de los niños de 06 a 23 meses de edad, pero desde la perspectiva de quien se encarga de su cuidado, la madre. A su vez, se buscó descubrir los elementos que interfieren en este proceso, analizar las relaciones y darle significado.

Otro aspecto importante de utilizar este enfoque fue al ser la alimentación un acto social, la información se construye a partir de los actores involucrados y en su misma realidad, por ello fue necesario abordar la investigación utilizando métodos cualitativos como la observación participante y las entrevistas a profundidad para entender e interpretar el contexto donde se desarrolla la alimentación de los niños.

El tipo de estudio fue descriptivo, de diseño fenomenológico. Se enfocó en entender el problema de la alimentación de los niños pequeños desde el enfoque de sus madres a partir de la experiencia vivida y perspectiva construida colectivamente en sus propios entornos naturales. También, se buscó analizar las prácticas y la calidad del cuidado de las madres en torno a la alimentación de sus hijos, para descubrir los elementos que interfieren en tales vivencias en un contexto determinado y darles significado a sus acciones. Se basó en el análisis de temas y en la búsqueda de significados.

Además, este diseño se caracteriza por abordar temas relevantes o procesos menos entendidos del entorno social que requieren ser explorados y comprendidos para su intervención. La investigación se

sustenta en fundamentos estructurales de la fenomenología social y del análisis fenomenológico interpretativo (AFI).

3.2 Escenarios del estudio

El estudio se realizó en la ciudad de Huánuco, capital del departamento que lleva el mismo nombre, ubicado en el centro norte del país a los 1894 m.s.n.m, en el valle formado por el río Huallaga. Se encuentra en la vertiente oriental de los Andes centrales. Mantiene una temperatura promedio de 24 °C, conocido como "La ciudad del mejor clima del mundo".

Los lugares donde se recolectó la información fueron las zonas periurbanas de Cruz Verde, Vista Alegre, Loma Blanca, y Las Lomas, pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Aparicio Pomares, en la ciudad de Huánuco. De estas, la zona más cercana al mencionado centro de salud fue Cruz Verde, la cual se encontraba a unas 6 cuadras. Mientras, las zonas restantes se encontraban a 10, 15 y 20 minutos, respecto a los lugares referidos, y el acceso era a través de un medio de transporte público que, generalmente, era un auto colectivo.

Para el caso de la zona de Vista Alegre, si bien se encontraba relativamente cerca, solamente había transporte público hasta la vía principal, y para acceder a las viviendas que se encontraban en el centro y en lo alto del cerro se transportaban a pie o en mototaxi. Mientras que, el acceso a las viviendas de Loma Blanca y Las Lomas que se encontraban en las partes más altas no había inconvenientes porque el transporte público llegaba hasta las viviendas más altas.

Respecto a los servicios básicos de las viviendas, estas contaban con electricidad, agua potable y alcantarillado para la eliminación de excretas. En la mayoría de las calles y veredas donde se encontraban las viviendas faltaban asfaltar, estas eran de material noble, pero sin acabados, se encontraban sin tarrajear y pintadas parcialmente. En un grupo considerable de madres su ambiente era único con una sola

habitación donde tenían distribuido y separado con cortinas o recursos provisionales.

3.3 Sujetos del estudio

Madres con niños de 6 a 23 meses, encargadas de su alimentación, que residían en las zonas periurbanas de la jurisdicción del Centro de Salud Aparicio Pomares, ubicado en la ciudad de Huánuco.

Las participantes del estudio fueron 17 madres hispanohablantes con un hijo de 06 a 23 meses de las zonas de Loma Blanca, Vista Alegre, Cruz Verde y Las Lomas. El número se determinó por saturación teórica. Se logró realizar 08 observaciones y 17 entrevistas a profundidad en el hogar de la madre.

La selección fue por muestreo intencionado a partir del tamizaje de niños de 6 a 23 meses de edad. Los criterios de elegibilidad fueron: madres encargadas de la alimentación del niño en etapa de alimentación complementaria que tenían como residencia por lo menos un año en la zona de estudio, que pertenezcan al proyecto PERU-SANO y que dieron su consentimiento de participación para la aplicación de las técnicas cualitativas, lo cual se registró con la firma en la hoja de consentimiento informado de cada procedimiento (anexo 3 y 4).

3.4 Recolección de datos

Se realizaron coordinaciones con las autoridades locales de las zonas de estudio y con el director general del Centro de Salud “Aparicio Pomares”, para que faciliten los mapas de las zonas estudiadas, recibir apoyo de las promotoras de salud para el reconocimiento de las zonas y estén enterados de la investigación.

La información fue recogida durante los meses de febrero y marzo del 2020. Se aplicaron dos técnicas cualitativas, las entrevistas a

profundidad, para conocer las prácticas y los entornos en el que se brinda la alimentación de los niños de 06 a 23 meses de edad, así mismo la participación de la madre en el acto de comer, las percepciones que tienen sobre la imagen corporal de su niño, sobre los alimentos y el valor que les atribuyen a estos. Con la observación participante se pudo verificar la cantidad y calidad de las comidas ofrecidas, la selección y preparación de los alimentos, la capacidad de respuesta de la madre, la interacción madre hijo en el momento de la alimentación y la estructura del entorno donde se alimentan.

Con apoyo de la guía de entrevista se procedió a recolectar la información de las entrevistas a las madres de los niños, estas tuvieron una duración de 120 minutos en promedio. El horario de la entrevista fue de acuerdo con la disponibilidad de la madre y en el horario acordado previamente, estas fueron grabadas y se utilizó una grabadora de voz digital.

En el caso de las observaciones, estas se dieron en el medio natural en el hogar del niño, con una duración promedio de cinco horas que incluyeron por lo general un desayuno, media mañana y el almuerzo, comida principal. En la mayoría de los casos, el horario de observación fue por la mañana de 8:00 am a 1:30 pm. El día y la hora de la observación se acordó con la madre en una visita previa donde se le explicó el objetivo y el procedimiento a realizar. El día de la observación, la madre firmó el consentimiento para la observación y para la toma de fotografías para registrar los hechos ocurridos. La investigadora se ubicó en un lugar estratégico para observar y tomar notas de todas las situaciones involucrados en la alimentación del niño. Se utilizó una guía de observación para dirigir el foco de atención del investigador a los hechos relevantes y registrar qué, cómo, cuándo y quién participó en la alimentación del niño. Se registraron las características físicas del entorno, acciones y situaciones que ocurrieron al momento de alimentar al niño.

La información obtenida de la observación se complementó con fotografías de todo el proceso, tomadas por el investigador, lo que permitió evocar posteriormente recuerdos de la observación y captar momentos críticos del proceso. Los datos fueron recolectados por dos investigadores, un nutricionista y un antropólogo, quienes participaron en la creación de la guía de observación y desarrollaron el diseño del estudio. La guía de observación constaba de dos secciones; el primero de los cuales se utilizó para registrar observaciones del contexto, describiendo el ambiente del hogar y el ambiente para la alimentación del niño. El segundo se refería a las acciones que realizaba la madre para alimentar al niño y todas las acciones que realizaba el niño antes, durante y después de comer. Se siguió el mismo procedimiento de observación para cada familia. Cada observación se registró en la bitácora de campo y luego se transcribió en un procesador de textos. Cada archivo transcrito se cotejó junto con las fotos de cada madre e hijo observados y organizados en carpetas para su análisis. Al completar todas las observaciones, las transcripciones fueron analizadas por el investigador.

El diseño de los instrumentos se trabajó en conjunto con dos investigadoras del Instituto de investigación nutricional con amplia experiencia en el tema y en la metodología cualitativa. Siempre con la supervisión y asesoría de la nutricionista investigadora del Instituto, responsable del proyecto PERU-SANO. El tiempo de su construcción fue un proceso de varias fases y versiones que duró aproximadamente un mes y medio desde la construcción de las preguntas orientadoras por cada eje temático, selección y elaboración de las imágenes de los alimentos de la zona y de las imágenes del niño y la niña.

Para validar las guías tanto de entrevistas y observación de ambas técnicas, se sometió a un juicio de expertos con el equipo técnico del proyecto, de parte de Perú, una antropóloga y dos nutricionistas del Instituto y de UK por las responsables del proyecto, todas ellas investigadoras con reconocimiento internacional. Las guías que se utilizaron se muestran en los anexos 1 y 2.

Para completar la validación de los instrumentos, se realizó un piloto en una zona peri-urbana de Lima, con características similares del acceso y nivel de pobreza. Este se realizó en setiembre del 2019 en el asentamiento humano Huáscar II. Este procedimiento fue de muy útil, el mismo que sirvió para ajustar algunas preguntas y la manera de abordarlas. Medir el tiempo de duración de los instrumentos y adiestrarse en el procedimiento de las técnicas. Así mismo, sirvió para validar las imágenes de las siluetas del niño y la niña, y el reconocimiento de las imágenes de los alimentos. A fines de octubre del mismo año se viajó a la ciudad de Huánuco para realizar coordinaciones institucionales y se aprovechó para hacer el reconocimiento de los alimentos que se expenden y tienen disponibles en la zona de estudio, lo cual sirvió para validar las imágenes de los alimentos, al incorporar nuevos alimentos y reducir el número de las imágenes de los alimentos priorizando aquellos de mayor consumo.

3.5 Análisis e interpretación de la información

Esta sección empezó con la revisión de los instrumentos, la de grabación de audios y la lectura de la bitácora de campo. Una vez que se ordenaron y revisaron los instrumentos, se procedió ha de grabar y revisar cada audio dos veces y cuantas veces se requería para su comprensión. Cada entrevista u observación fue procesada en un formato de texto. En este proceso siempre se dio una lectura constante y se revisó los apuntes de la bitácora de campo.

El proceso del análisis se realizó en forma manual y en el software NVivo, en ambos casos se siguió el mismo procedimiento hasta la obtención de categorías, que se describe a continuación. Por cada área temática se exploró las unidades de análisis que eran los párrafos o fragmentos de texto; de cada pregunta o sección observada según sea el caso, se les asignó “etiquetas” que eran palabras que representaba

la idea, (procesamiento manual) y se llamaron “códigos” (procesamiento digital).

Luego que se realizó este procedimiento por cada entrevista y observación, con la finalidad de atribuirle significado a las unidades de análisis, se procedió a la identificación de categorías, esto se logró comparando las unidades de análisis, se buscó similitudes y diferencias.

Posteriormente, toda la información fue incorporada en hojas de Excel en matrices que eran cuadros de doble entrada que estaban debidamente organizadas sobre la base de las categorías iniciales.

En la primera hoja del archivo en Excel se registró la matriz base, que tenía toda la información; en una segunda hoja se organizaron en una matriz por temas y categorías principales relacionadas a las acciones y comportamientos de la madre durante el evento de alimentación del niño; y en una tercera hoja se realizó el mismo procedimiento, pero de las conductas alimentarias del niño. Cada matriz constaba de un tablero de doble entrada, donde se ingresaban las categorías en las filas y las conductas de la madre o el niño en las columnas. La información fue organizada y sistematizada de acuerdo con el análisis temático de (Braun & Clarke, 2006), que consistió en la codificación y desarrollo de temas.

Durante el análisis se fue agrupando categorías y creando vinculaciones, se procedió progresivamente al paso de la reducción de los datos a puntos esenciales. Las categorías nuevas que surgieron sirvieron para generar los temas que las agrupaba, fue importante la ubicación y la coherencia de las categorías con los temas

Por último, se hace una interpretación global de los resultados del estudio., relacionando entre sí los temas, las categorías y subcategorías identificadas para dar respuesta a las preguntas de investigación.

El análisis temático permitió identificar, organizar y analizar los temas a partir de la lectura y relectura cuidadosa de la información recolectada, así como obtener los resultados en esquemas luego de la comprensión e interpretación de la información y de explicar el fenómeno en estudio. Se desarrolló en las siguientes fases:

Fase 1. Familiarización con los datos: consistió en la transcripción, lectura y relectura de la información y anotaciones de las ideas generales, estructuras y significados de las conductas de las madres respecto a la alimentación del niño.

Fase 2. Generación de categorías o códigos iniciales: consistió en organizar la información en grupos de un mismo significado que fueron denominadas categorías iniciales. Las expresiones o ideas fueron codificados por colores según sean similares o diferentes.

Fase 3. Búsqueda de temas: se consideró como tema cuando “capturó” una información importante con relación a la pregunta de investigación y que estuvo representado por un grupo de categorías iniciales que dieron una respuesta estructurada.

Fase 4. Revisión de temas: en esta sección se realizó la recodificación, reducción o reubicación de categorías y el descubrimiento de nuevos temas. La información luego de ser reducida fue revisada para explicar las relaciones o vínculos entre las categorías.

Fase 5. Definición y reconocimiento de temas: en esta fase se establecieron los temas definitivos, aquellos que englobaban una serie de categorías y subcategorías. Esto se realizó en una segunda matriz con las categorías y las expresiones o citas más representativas.

Fase 6. Interpretación y redacción del informe: se elaboró la construcción de una narrativa a partir de la argumentación derivada de las categorías por cada tema. Esta información se consolidó e interpretó en un diagrama y/o figura para una mejor explicación de los hallazgos. También se construyeron tablas, en las que se colocaron las categorías con las citas más representativas. (Figura 1)

La investigación cumplió con el rigor metodológico a partir de los criterios de Credibilidad. Para la credibilidad se utilizó la triangulación por técnicas, “la entrevista a profundidad” y “la observación participante” con una duración prolongada de 5 horas promedio, ambas en el hogar de la madre. A su vez se utilizó la bitácora de campo dónde se registró la información al momento de la recolección de los datos, que luego sirvió para contrastar y determinar la congruencia entre los resultados. Por otro lado, el hacer ambas técnicas en las mismas madres en la mitad de las participantes, permitió comprender el problema, determinadas situaciones particulares y el contexto donde se desarrolla los eventos de alimentación a nivel del entorno familiar e incluso de la comunidad.

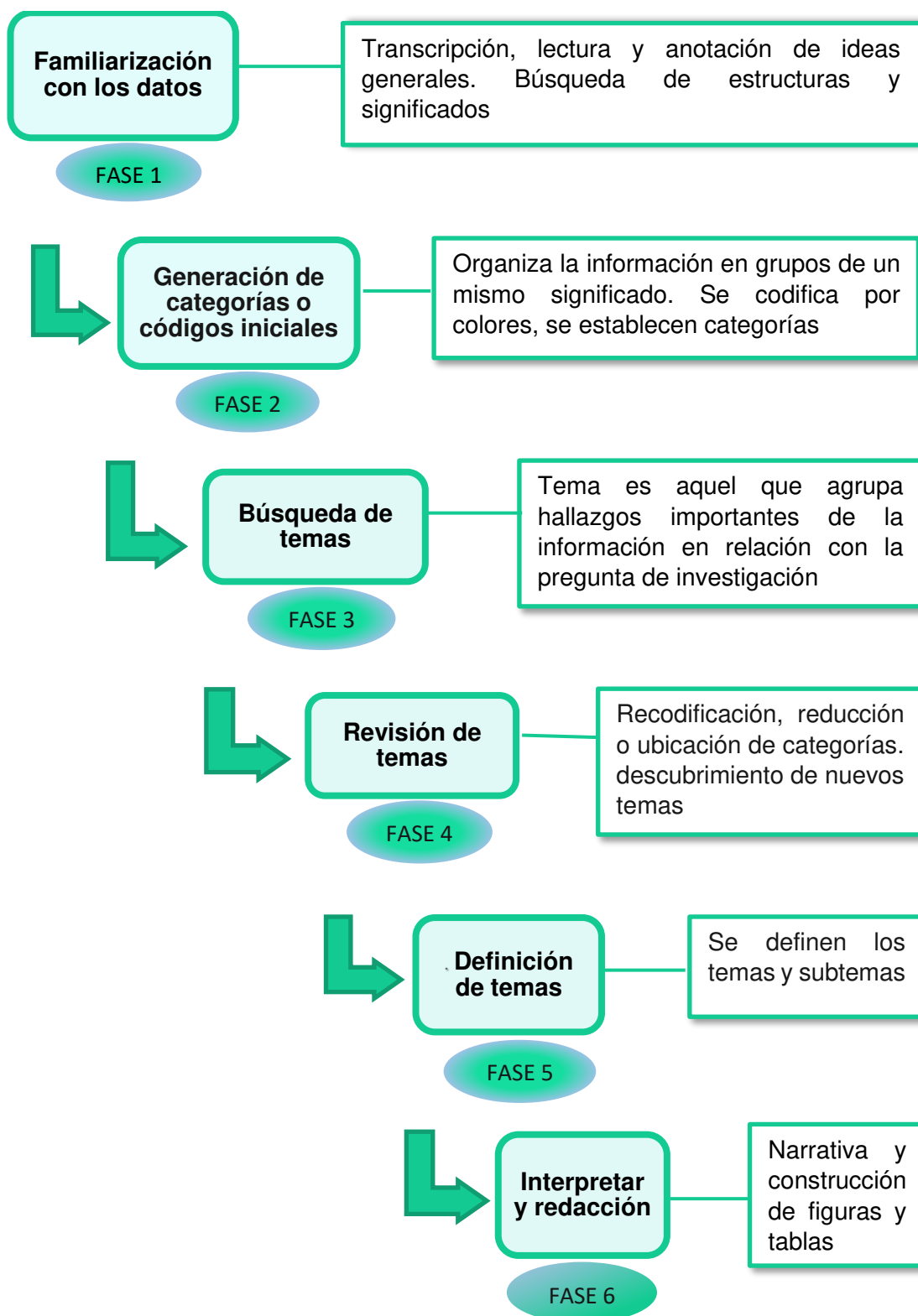


Figura 1. Análisis temático de la investigación adaptado de Braun (2006)

3.6 Aspectos éticos

La investigación ha considerado para el desarrollo de este los principios de Helsinki, considerando: proteger la vida, la salud, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de las personas que participan en el estudio. Así mismo se aplicó los principios de la bioética como: la autonomía, la beneficencia (debido a que la investigación tiene un valor social), y la no maleficencia.

El estudio fue aprobado por el CIEI (comité de ética en investigación) del Instituto de Investigación Nutricional, Perú, con el número: 388-2019/CIEI-IIN. Antes de aplicar los instrumentos y cualquier otro procedimiento se informó a todos los participantes y que toda la información proporcionada se mantendría en forma confidencial, así mismo se les dio a conocer de los beneficios y los riesgos que implicaba el estudio. Para confirmar su participación voluntaria, las madres firmaron el formulario del consentimiento informado tanto de la entrevista y de la observación según sea el caso (anexos 3 y 4).

CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

4.1.1 Características generales de la población

Las participantes del estudio estuvieron conformadas por 17 madres con un niño entre 06 a 23 meses de edad que residían en las zonas periurbanas de la ciudad de Huánuco: Loma Blanca, Vista Alegre, Cruz Verde y Las Lomas, pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Aparicio Pomares. El tiempo de residencia en la zona en la mayoría de las madres fue de 3 a más años (11 de 17) mientras que el resto de 1 a 2 años.

Las madres tenían una edad promedio de 31.17 ± 8.05 años, de las cuales ocho tenían un solo un hijo, seis de 2 a 3 hijos y cuatro más de tres hijos. La edad promedio de sus hijos fue de 14.18 ± 5.14 meses, de las cuales 07 eran mujeres y 10 eran varones.

Se contó con información del peso, talla y hemoglobina de las madres y de los niños, ello permitió tener una información actual de su situación nutricional. Las madres presentaron un nivel de hemoglobina de 12.06 ± 1.28 y los niños de 10.95 ± 1.06 , se identificó 09 niños con anemia y 08 sin anemia. Respecto al estado nutricional de las madres según IMC, este fue de 26.72 ± 3.72 , esto nos evidencia que gran parte de las participantes tenían incrementado su peso, se identificó once madres con exceso de peso, de las cuales tres tenían obesidad; y cuatro se encontraban con normalidad. Para el caso de los niños, respecto a los indicadores antropométricos P/E, T/E y P/T, cuatro presentaron sobrepeso y solamente uno baja talla, que fue una niña.

4.1.2. Descripción de la redacción de los resultados

Esta sección tiene como finalidad dar a conocer la estructura y organización de la presentación de los resultados, con la intención de favorecer la comprensión global de los mismos. Se ha ordenado la presentación de los resultados según temas o focos de investigación, problema para la alimentación de los niños de 06 a 23 meses desde la perspectiva de sus madres, considerando el enfoque de sus prácticas de alimentación y sensibilidad materna, con categorías definidas y dentro de estas, las subcategorías específicas y elementos vinculantes, que han sido identificados durante el proceso del análisis.

Cada tema consolida e integra la idea de los hallazgos, que ha sido el resultado de un análisis profundo sobre la base de las evidencias declaradas de las ideas, significados, experiencias, emociones y sentimientos de las madres respecto al problema, que han sido registradas de las entrevistas o acciones observadas durante el proceso de la recolección de información en el hogar de las participantes. La esencia de cada tema se evidencia en un mapa conceptual o figura que expresa los resultados y sus interrelaciones más importantes.

Las categorías, subcategorías y elementos vinculantes de cada tema, se encuentran debidamente sustentadas con citas textuales incorporadas en una tabla que respaldan los hallazgos más relevantes.

En la redacción del contenido de los párrafos, títulos y figuras se ha creído conveniente uniformizar el término “niños” en masculino para generalizar a ambos géneros y no haya confusión en la redacción.

Respecto a las citas textuales, estas fueron elegidas porque dieron mayor representatividad al contenido de las categorías, y en su redacción fue necesario omitir determinadas expresiones, palabras o comentarios que escapaba de la idea central o eran muy redundantes de la categoría. Cabe aclarar que si bien la mayoría fueron citas extraídas de las entrevistas de las madres, se complementaron con testimonios de algunas observaciones. Por otro lado, se retiraron los

nombres de las madres y de los niños para mantener la confidencialidad y se utilizaron códigos numéricos por su practicidad que a continuación se describe:

El primer dígito correspondió a la letra de la técnica cualitativa utilizada [E=entrevista, O=observación].

El segundo dígito, correspondió al número correlativo del orden de la madre.

El tercer dígito, correspondió al código que identifica al rango de edad de su hijo "0" = madre de niño menor de 12 meses y "1" = madre de niño igual o mayor a 12 meses.

El cuarto dígito, correspondió al género de los niños, "1" = masculino y "2" =femenino

Ejemplo: E812

Al término de la presentación de los temas, en la figura 14, se presenta un esquema que consolida e integra todos los temas con sus respectivas categorías, subcategorías y elementos vinculantes al contexto del problema central, y los modelos de las teorías que respaldan la investigación

4.1.3. Jerarquía de temas y categorías del enfoque materno

En la tabla 1, se presenta la estructura y sistematización de los temas con sus respectivas categorías y subcategorías que sustentan el problema de la alimentación de los niños de 06 a 23 meses desde la perspectiva de las madres. Esta sistematización ha sido útil para dar unidad a cada tema, a sus categorías y subcategorías y facilitar el trabajo de inducción y ordenamiento de estas.

Tabla 1. Sistema de categorías por temas para la alimentación de niños de 06 a 23 meses de edad desde los enfoques maternos

	TEMA	CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS
Enfoque de las prácticas maternas	1 Cantidad y consistencia de las comidas	1.1 Percepción de la cantidad, frecuencia y consistencia de las comidas ofrecidas	1.1.1 Valoración y significado
			1.1.2 Expectativas de que coma
			1.1.3 Experiencias durante las comidas
			1.1.4 Información del entorno social
		1.2 Percepción sobre imagen corporal de los niños que afecta el ofrecimiento de las comidas	1.2.1. Representación de una imagen corporal saludable
			1.2.2 Satisfacción del peso corporal de sus hijos
	2 Elección de los alimentos	2.1 Percepción sobre alimentos saludables y no saludables	2.1.1 Valor nutricional de alimentos y presencia de grupos específicos
			2.1.2 Características sensoriales y propiedades de los alimentos
			2.1.3 Disponibilidad y acceso de los alimentos, conveniencia y costumbres familiares
			2.2 Valoración de los alimentos
		2.2 Valoración de los alimentos	2.2.1 Prioridad para los niños
			2.2.2 Preferencias alimentarias de la familia
2.2.3 Atributos y discursos del contexto social sobre los alimentos			
2.2.4 Familiaridad con los <i>alimentos</i> para preparar la comida de los niños			
3. Diversidad de los alimentos	3.1 Disposición de grupos de alimentos en la dieta	3.1.1 Distribución por grupos de alimentos.	
		3.1.2 Presencia de alimentos ultra procesados	
	3.2 Alimentos y preparaciones que se ofrecen por tiempo de ingesta	3.2.1 Comidas principales: desayuno, almuerzo y cena	
		3.2.2 Entre comidas: media mañana, media tarde	
	3.3 Alimentos que comen más los niños	3.3.1 Alimentos y preparaciones que les gusta	
		3.3.2 Preparaciones habituales	

	TEMA	CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS
Enfoque de la sensibilidad materna	4.Capacidad de respuesta de las madres	4.1 Identificación de señales de hambre y saciedad en los niños	4.1.1 Reconocimiento de señales de hambre y saciedad en los niños
			4.1.2 Percepción de las madres respecto al apetito en los niños
			4.1.3 Percepciones de las madres sobre la baja ingesta
		4.2 Prioridad en la atención y cuidado de los niños	4.2.1 Lavado de manos
			4.2.2 Consumo de agua segura
			4.2.3 Suplemento de hierro
	5.Interacción madre - hijo en el momento de la alimentación	5.1 Participación de las madres en el proceso de la alimentación de los niños	5.1.1 Intervención de las madres en la autoalimentación
			5.1.2 Involucramiento de las madres en el momento de las comidas
			5.1.3 Estrategias de alimentación empleadas durante las comidas
		5.2 Vinculación emocional de las madres en el momento de la alimentación de los niños	5.2.1 Sentimientos de las madres que surgen en el momento de la alimentación de los niños
	5.2.2 Actitudes de las madres durante el momento de la alimentación de los niños		
	6.Dinámica estructural de la alimentación en los niños	6.1 Disposición del tiempo para la alimentación	6.1.1 Hábito de horario para las comidas y tiempo que demoran en comer
6.2 Disposición del ambiente donde se alimentan			
6.3 Disposición física de las madres y los niños en el momento de comer		6.2.1 Ambientes y entornos donde se alimentan los niños	
		6.3.1 Postura y ubicación de las madres	
		6.3.2 Postura y ubicación de los niños	

ENFOQUE DE LAS PRÁCTICAS MATERNAS PARA LA ALIMENTACIÓN DE NIÑOS DE 06 A 23 MESES DE EDAD

Tema 1. Cantidad y consistencia de las comidas

El enfoque de la madre sobre esta temática se ha visto influenciada por como perciben la cantidad y la frecuencia de las comidas que consumen los niños, así como de las consistencias de sus preparaciones que les han sido ofrecidas. Se ha identificado también que la percepción de la imagen corporal y la satisfacción del peso corporal de los niños fueron categorías que se encontraron vinculados, y contribuyeron con este tema; puntos críticos de las prácticas alimentarias que son importantes para el crecimiento y desarrollo de los niños.

Categoría 1.1 Percepción de la cantidad, frecuencia y consistencia de las comidas

La percepción de las madres interpretada como respuesta al significado de sus sensaciones, producto de la interpretación de la información externa e interna en el contexto de la alimentación de sus hijos pequeños, se ha visto influenciada por sus significados, expectativas, emociones, experiencias e información del entorno, lo cual afectó su decisión en la cantidad, frecuencia y consistencia de sus comidas.

Subcategoría 1.1.1 Significado y valoración

Respecto a la cantidad de la comida ingerida por los niños, significado para las madres una dificultad en la alimentación de sus hijos, debido a que ellas indicaron que “comen poco”, “no terminan lo que se les ofrece”, “siempre dejan o no quieren comer” y “comen menos de lo recomendado para su edad”. Este problema constituyó una preocupación para las madres, en tanto que asocian la baja ingesta con la consecuencia de que los niños se enfermen o bajen de peso, al no consumir los alimentos en forma progresiva con la edad. Pocas madres manifestaron que sus hijos comen más de lo indicado y que para ellas, así está bien, “se ven más saludables”.

Respecto a la frecuencia de las comidas que consumían los niños, esto no significó una dificultad, ellas lo percibieron como adecuado, fueron los momentos que deben de comer. Las madres asociaron su conformidad con el hecho de que sus hijos se encontraron sanos en el momento de la evaluación y terminaban lo que se les ofrecía. La preocupación respecto a la frecuencia de comidas fue menor, solo se acentúa, cuando es muy variable su apetito.

En cuanto a la consistencia, esta era variable y dependía del tipo de preparaciones: sopa, segundo o bebidas para el desayuno. La mayoría de las madres prefirieron brindar preparaciones de consistencia semi espesa, “ni muy aguada ni muy seca”, porque percibían que así lo consumía mejor sus niños y era de su preferencia.

Así mismo, algunas madres relacionaban la consistencia seca con estreñimiento, atribuyendo la palabra “seca” a “espesa”, por eso ofrecían algunas preparaciones menos consistentes, más aguadas, como fue el caso de las sopas y las bebidas del desayuno. (Tabla 2)

Subcategoría 1.1.2 Expectativas respecto al bienestar

En relación con la cantidad, las madres expresaron la expectativa de que sus hijos coman más, asocian la idea de terminar su plato de comida servido como lo correcto. Asu vez tenían el deseo que puedan ir mejorando su apetito “ganar de comer” para que puedan ser fuertes y enfrentar sin problemas las enfermedades.

Acerca de la frecuencia de consumo de las comidas de los niños, las madres no manifestaron mayores expectativas porque se encontraban conformes con el número de comidas ofrecidas y así lo consumían.

Respecto a la consistencia, las madres tenían la expectativa que los niños acepten más comida, que sus comidas sean más consistentes “espesito” y variado, que incluya una mayor presencia de alimentos, que “coma de todo”. Para las madres de los niños de 12 meses a más tenían el deseo que sus hijos consumieran alimentos enteros de la olla familiar prontamente, para que puedan comer solos. (Tabla 2)

Subcategoría 1.1.3 Experiencias al momento de las comidas

Respecto a la cantidad, las madres comentaron de su experiencia que por la edad los niños, deben consumir cantidades pequeñas porque si no les puede hacer daño, “se pueden empachar”, pero que deben comer varias veces en el día.

Algunas madres manifestaron que, si bien comen poco sus niños, ellas le daban con más frecuencias, mayor número de comidas, pero en menor cantidad, esto en el caso de madres de niños menores de 12 meses. Para el caso de niños mayores de 12 meses, las madres solían omitir un tiempo de ingesta, un grupo de madres manifestaron la idea, de que “si el niño ya come de la olla familiar debería de comer solo tres veces al día, como un adulto”. Por otro lado, otro grupo de madres no brindaron a los niños ningún alimento sólido por la tarde o noche, esto por costumbre familiar o porque los percibían subidos de peso. Algunas madres expresaron que al principio sí les resulto difícil adaptarse al número de comidas, pero que ahora ya están acostumbradas.

Respecto a cómo se ofrecía la consistencia de las preparaciones a los niños del estudio, casi la mitad de las madres (8 de 17) no brindaban una consistencia adecuada para la edad del niño, y eran en su mayoría de madres de niños menor a 12 meses. Por el contrario, se evidenció que las madres de niños mayores de 12 meses brindaron una consistencia adecuada en casi la totalidad de estas. (Tabla 2)

Subcategoría 1.1.4 Información del entorno social

La mayoría de las madres declararon no haber recibido información precisa sobre la cantidad que deben de comer sus hijos y en algunos casos no entendieron las indicaciones del personal de salud, por ello sentían mucha inseguridad si la cantidad ofrecida era la adecuada.

Respecto a la frecuencia de comidas, las madres si confirmaron que recibieron información sobre el tema y que eso si lo habían comprendido. En la posta le habían dicho de 4 a 5 comidas y que eso dependía de la edad y de la aceptación del niño.

En cuánto a la consistencia de las comidas, las madres habían escuchado por el personal de salud que era bueno brindarle comiditas espesas porque lo alimentaban más, pero de esa manera no lo consumían, y no sabían del cambio progresivo de las consistencias según su edad. (Tabla 2)

Al relacionar las subcategorías, se pudo encontrar elementos vinculantes de la percepción en común, que se detallan a continuación y se expresan en la figura 2.

Las madres respecto a las subcategorías cantidad y frecuencia de las comidas fueron relacionadas simbólicamente con la salud y el peso saludable, con dejar el plato limpio y que el cuerpo del niño cuando empieza a comer de la olla familiar se adapta a los mismos tiempos de ingesta que un adulto.

Para el caso de la consistencia y la cantidad de comida tenían en común una percepción afectiva, les embargaba sentimientos de preocupación, de que el niño se pudiera enfermar del estómago o se pudiera atorar por el tipo y la forma de ofrecer los alimentos; también la preocupación se acentuaba más por la incertidumbre de lo que ofrecían a sus hijos, era adecuado o no. Otro elemento que estuvo presente en algunas madres, sobre todo primerizas, fue el temor al sentirse con poca capacidad de alimentar a su hijo, por la inexperiencia y presión de su entorno familiar. Así mismo, las madres tenían la expectativa y motivación de que sus hijos coman más en cantidad, en forma consistente y de la olla familiar.

La consistencia como la frecuencia de comidas han sido reconocidas por las madres como dependientes de la aceptación de los niños, con base en sus preferencias y tolerancias. Esto por el reconocimiento de las experiencias cotidianas previas o de circunstancias que asocian como efectivas al hecho que el niño acabo su comida. Durante la observación se pudo evidenciar que varias madres, a pesar de que sabían que para la edad que tenían sus hijos ya deberían de consumir alimentos picados, más enteros, le seguían ofreciendo alimentos aplastados porque percibían que así les gustaba más a sus hijos y lo lograban acabar; para ellas era prioritario que terminen su comida.



Figura 2. Percepción de las madres respecto a la cantidad, frecuencia y consistencia de las comidas de niños de 06 a 23 meses

Tabla 2. **Subcategorías y citas textuales de la categoría 1.1 Percepción de la cantidad, frecuencia y consistencia de las comidas**

Categoría	Subcategoría	Citas
1.1 Percepción de la cantidad, frecuencia y consistencia de las comidas	1.1.1 Valoración y significado de:	
	<i>Cantidad</i>	<p>“No tan bien, no acaba, siempre deja, no termina lo que le sirven.” (E1411)</p> <p>“Como yo veo, come poquito, mis otros hijitos comían más, bien gorditos eran” (E612)</p> <p>“A uno le preocupa, porque baja su peso, cuando come poco” (E612) “Creo que está bien como le estoy dando, mi hijo esta sanito hasta ahora” (E301)</p>
	<i>Frecuencia</i>	<p>“Bien, no la cantidad, sino más momentos debe comer el niño. Los momentos que le doy a mi hijo creo que están bien” (E612)</p>
	<i>Consistencia</i>	<p>“Creo que le gusta todavía como mazamorra, aplastado” (E301)</p> <p>“Le gusta el espesito, siempre le he dado así y así lo prefiere desde bebida, pero no es el seco” (E612)</p>
	1.1.2 Expectativas respecto a:	
	<i>Cantidad</i>	<p>“Si es que come y tolera más, para mí chévere” (E502)</p> <p>“yo quisiera que se coma todo lo que le sirvo” (E1012)</p>
	<i>Frecuencia</i>	<p>“Sí está bien, me han dicho que debe comer de 4 a 5 veces” (E911)</p> <p>“Ahí está bien, ahí me siento conforme” (E1012)</p>
	<i>Consistencia</i>	<p>“A mí me gustaría que coma de todo, no solo algunos alimentos, debe comer más papillas para su edad, pero a él no le gusta” (E101)</p> <p>“A mí me gustaría que sea más consistente, que aprenda a comer ya de la olla” (E301)</p>
	1.1.3 Experiencias relacionadas a:	
	<i>Cantidad</i>	<p>“Yo creo que su estómago es chiquito por eso trato de darle cantidades pequeñas, porque a veces me dicen que se puede empachar, algo así, y eso me da miedo” (E812)</p>
	<i>Frecuencia</i>	<p>“Come poco conmigo, será porque yo no sé cocinar, siempre deja” (E401)</p> <p>“Tres veces al día no más come, así como nosotros no más... ahí tranquilita está” (E1202)</p> <p>“No, ya no intento que coma en la tarde, está muy gordito me han dicho” (E101)</p>
	<i>Consistencia</i>	<p>“Le doy su quinua o quaker de consistencia aguada. La sopita de consistencia semi espesa. El segundo bien aplastado de consistencia espesa” (E612)</p> <p>“Le doy que como más aguadito como sopita, muy seco como masa se atora” (E101)</p> <p>“Yo prefiero darle medio aguadito. cuando le doy sequito se estriñe” (E1202)</p>
	1.1.4 Información del entorno social	
	<i>Cantidad</i>	<p>“La enfermera me ha dicho que 5 cucharitas, no más tienen que comer... a mí me convendría que coma más, porque llora (E1202)</p> <p>“...hasta ahora no he recibido ninguna orientación respecto a su alimentación. Cuando he tenido alguna curiosidad o interés de su alimentación he buscado primero por internet...” (E301)</p>
	<i>Frecuencia</i>	<p>“En la posta me han dicho cinco a seis veces o cuatro debe de comer” (E1311)</p>
	<i>Consistencia</i>	<p>“Cuando le das así espesito, le alimenta más y del líquido no tanto” así se acuerda que le indicó el personal de salud (E1101)</p>

Categoría 1.2. Percepción sobre la imagen corporal de los niños que afecta el ofrecimiento de las comidas

En el análisis de la información se descubrieron dos categorías que están implicadas en las prácticas de las madres respecto a la cantidad, frecuencia y consistencia de las comidas de los niños, así como al tipo de alimentos que ofrecen a estos.

Subcategoría 1.2.1 Representación de una imagen corporal saludable en los niños

Los resultados evidencian que la percepción que tenían las madres de la imagen corporal de los niños está basada en su peso corporal, lo cual afectó su ingesta condicionando el consumo de alimentos, haciéndolo restrictivo en la cantidad y frecuencia de comidas, como en la omisión de algunos alimentos.

La mitad de las madres entrevistadas identificaron a los niños como que están saludables, para ellas el estar saludable lo asociaban a un peso incrementado. Las expresiones que ellas manifestaron fueron: “deben estar llenitos con rollitos”, “se les ve bien físicamente” y que representan como que “están bien alimentados”.

Para ellas, el estar bien alimentados significó tener una alimentación sana, variada y balanceada, descrita como aquella alimentación que incluye verduras, frutas y carnes, con bajo consumo de alimentos “chatarra”. Por otro lado, un poco más de la cuarta parte de las madres identificaron a sus hijos como “normal”, es decir con un peso adecuado para su edad, esto lo atribuyeron a que consumen alimentos principalmente naturales como verduras, frutas, cereales y menestras, bajo consumo de alimentos a base de harinas y de alimentos procesados. Aunado a ello consideraron que cumplen con las vacunas y con las indicaciones que reciben en la posta.

El otro grupo de madres restantes que representan menos de la cuarta parte mencionaron que identificaron a su niño como saludable cuando está delgado, que así lo prefieren con una contextura delgada y no tan gordito. Ellas lo asociaron a que consumen los alimentos necesarios

para su edad sin excesos, a base de alimentos naturales, nutritivos y sanos, entendido este último como libre de químicos y grasa. Figura 3

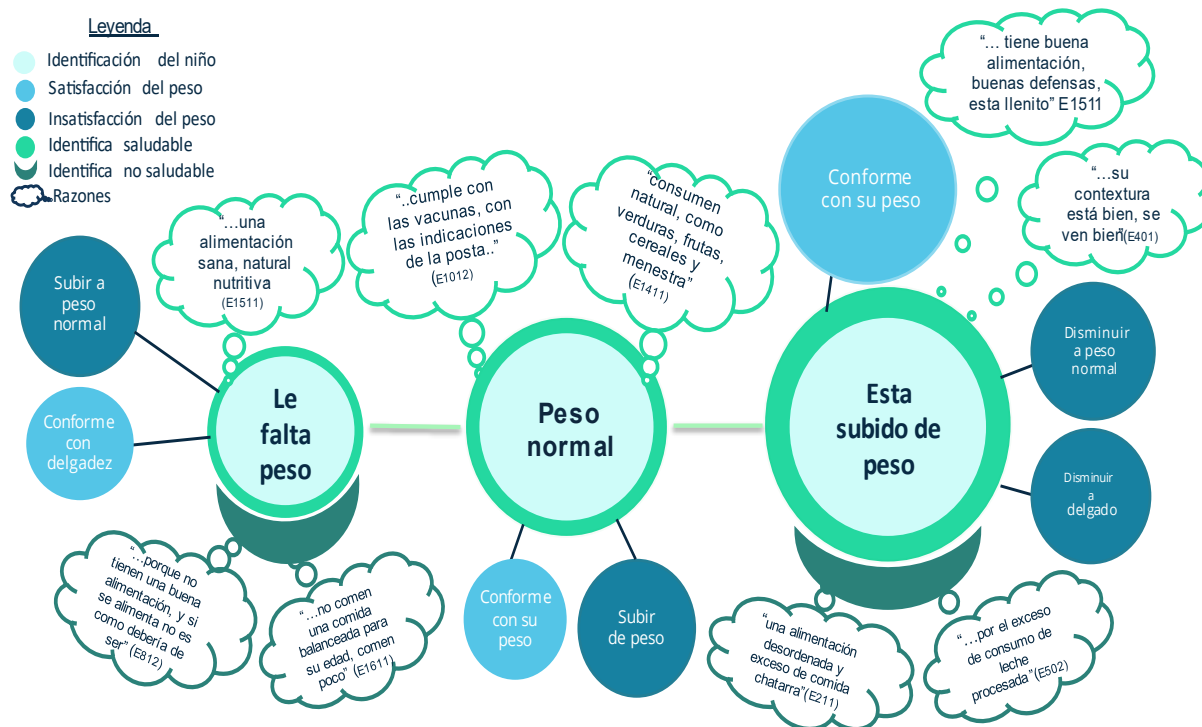


Figura 3. Percepción de las madres sobre la imagen corporal de los niños

Subcategoría 1.2.2 Satisfacción del peso corporal de sus hijos

Una subcategoría emergente vinculada a la cantidad y calidad de las comidas de los niños pequeños ha sido la satisfacción del peso corporal de sus hijos. Aquellas madres que habían identificado a sus hijos como subidos de peso, pero que los consideraron que estaban bien, la mayor parte de ellas estuvieron conformes con su peso y solamente dos mencionaron, por un lado, disminuir su peso a un peso normal y por otro disminuir a más delgado.

A su vez, las madres que habían identificado a sus hijos con peso normal, deseaban verlos con un mayor peso sin llegar al exceso, mientras que un menor grupo estaba conforme con su peso. Por último, las madres que habían identificado a sus hijos como que les faltaba peso, solo una estaba conforme con su peso y otras tres deseaban que incrementen un poco más de peso como la imagen del niño normal.

Para las madres, un niño saludable significaba aquel niño que tenía una “buena contextura”, “buen crecimiento” y “buenas defensas”, también “ser fuerte y activo”. Mientras que un niño no saludable lo identificaron por su peso como un niño, por un lado, que le faltaba peso y lo denominaron “flaquito” y “chupado”, con características físicas como: pálido, débil y bajo de peso, debido a que no tienen una buena alimentación, no cubren sus necesidades de acuerdo con su edad y comen poco, por ello tenían predisposición a tener enfermedades recurrentes, anemia, desnutrición y/o tuberculosis.

Así también, en este grupo de niños no saludables incluyeron el otro extremo de niños, aquellos que fueron identificados como “muy subidos de peso”, obesos que los denominan “gorditos”, y que no presentaron tener una alimentación balanceada y saludable, caracterizada por ser desordenada y con una ingesta excesiva de comida chatarra, que a la larga podría producirles diabetes, obesidad, problemas cardíacos, bulimia y hasta anemia. Tabla 3

Tabla 3. **Subcategorías, elementos y citas textuales de la categoría 1.2. Percepción y satisfacción de la imagen corporal de los niños**

Categoría	Subcategoría	Citas
1.2 Percepción de la imagen corporal de los niños que afecta el ofrecimiento de los alimentos	1.2.1 Representación de una imagen corporal saludable	
	Identificación de su hijo	<i>“Mi bebé, ahorita debe estar entre este o este [señala las imágenes de la flechita y el cubito]...casi igualito. Tiene rollitos por todo su bracito” (E812)</i>
		<i>“Mi hijo esta como el rectángulo, no está ni tan flaco ni tan gordo” (E211)</i>
	Identificación de niños saludables	<i>“Mi hijo está entre este y esto. [Señala las imágenes del círculo y el cuadrado]... lo veo un poco flaco” (E1311)</i>
	Razones de la condición	<i>Usted ha colocado como niños saludables a los que tienen la figura del rombo, rectángulo, cubo y triángulo (E1411)</i>
		<i>“Cuando el niño está bien, bien alimentado. Si han llegado a estar así, es porque tienen mejores condiciones de vida” (E101)</i>
		<i>“Sí comen bien, menestras, verduras, están con buenas defensas o sea no van a contraer enfermedades fácilmente” (E1511)</i>
	Identificación de niños no saludables	<i>La madre señala como niños no saludables a las imágenes con figuras de Flecha, cubo y círculo. (E1611)</i>
		<i>“Los flaquitos son niños pálidos, se enferman seguido y tienen anemia, y lo gorditos comen mucha grasa” (E301)</i>
		<i>“Bueno por la contextura se les ve muy gorditos, muy subidos de peso. Porque a la edad que tienen no deben ser así, les puede producir diabetes, sobrepeso, afectar la columna” (E1311)</i>
Razones de la condición	<i>“Por malos hábitos de alimentación o falta de alimentos. Mayormente llegaron así, porque los han mal acostumbrado” (E101)</i>	
1.2.2 Satisfacción de la imagen corporal de sus hijos		
Satisfacción	<i>“Yo siento que sí está bien, esta llenita” (E812)</i>	
	<i>“Así está bien, como el rectángulo” (E211)</i>	
Insatisfacción	<i>“A mí me gustaría que fuera como el niño del triángulo, un poco más llenito” (E1311)</i>	
	<i>“A mí me gustaría que sea como la “rombito”, gordita...ahora esta como el triángulo” (E171)</i>	

Tema 2. Elección de los alimentos

La elección de alimentos para los niños de 06 a 23 meses depende básicamente de su madre o cuidador. Las categorías identificadas como decisoras para las madres en la elección de los alimentos han sido variadas. Sin embargo, en el análisis y comprensión de la investigación se identificaron como perspectivas de las madres a 02 componentes principales o categorías, la percepción de alimentos saludables y no saludables, y la valoración de los alimentos; sobre estos se enlazan diversas subcategorías consideradas como elementos involucrados. Figura 4

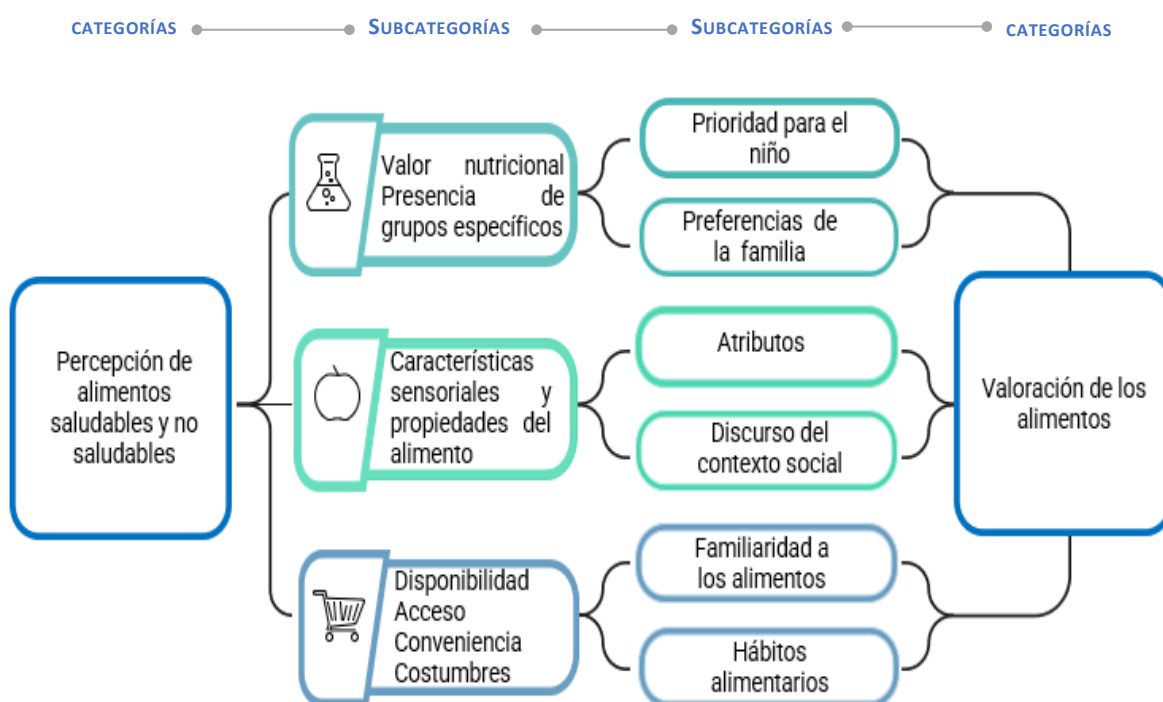


Figura 4. Perspectiva de las madres en la elección de los alimentos para sus hijos

Categoría 2.1 Percepción sobre alimentos saludables y no saludables

La percepción de las madres respecto a los alimentos saludables o no saludables se logró comprender a partir de los significados que estas le dieron por sus atributos, ideas, experiencias e información obtenida de su entorno social. En el análisis se identificaron determinados elementos o subcategorías que estuvieron involucrados en este proceso.

Subcategoría 2.1.1 Valor nutricional de alimentos y presencia de grupos específicos

La percepción que tenían las madres sobre los alimentos saludables y no saludables se vio afectada por el valor nutricional de los alimentos, referido para el caso de los alimentos saludables a la identificación de nutrientes importantes para el niño como vitaminas, hierro, proteínas y carbohidratos para su buen crecimiento y desarrollo. Así mismo, consideraron la presencia de grupos específicos como frutas, verduras, pescado, y a los alimentos fuentes de hierro como indispensables en la alimentación del niño para que no tuvieran anemia u obesidad. Lo que buscaban las madres, era que sus hijos se encuentren sanos, por ello, reconocían como importante el fortalecimiento del cerebro y de los huesos a partir de nutrientes específicos para un óptimo crecimiento.

Para el caso de los alimentos no saludables, lo definieron como aquellos alimentos procesados sin valor nutricional o “comida chatarra” y también consideraron como no saludables, aquellos alimentos cuando tenían una sobrecarga de energía o de un grupo de nutrientes, como fue el caso de aquellos alimentos con un alto contenido de carbohidratos (arroz, fideo y galletas) por eso reconocieron que sus consumos deberían ser bajos.

Los nutrientes críticos identificados por las madres como perjudiciales fueron “alto en azúcar”, “alto en grasas”, “alto en sal” y “sin vitaminas”, estos fueron calificados como no aptos para los niños pequeños, debido a que ellas reconocen que una alta ingesta de estos puede llegar a producir enfermedades como obesidad, diabetes, niveles de colesterol alto, infección, anemia y descalcificación de los huesos. La presencia de los alimentos no saludables, en la alimentación del niño pequeño se debió principalmente a sus características sensoriales de estos y a la conveniencia de poder consumirlos. Tabla 4.

Subcategoría 2.1.2 Características sensoriales y propiedades de los alimentos

En el caso de los alimentos saludables, se vincularon con algunas características propias de su naturaleza, como el olor, gusto y color. Las madres atribuyeron a que son alimentos sin procesamiento, sin

conservantes y, por lo tanto, al ser naturales, son más sanos, nutritivos y son buenos para el niño porque tienen un efecto benéfico para su salud, así como para su crecimiento y desarrollo.

Por su parte, los alimentos no saludables resaltaron por sus características de palatabilidad al ser muy agradables, atractivos a la vista y emitir olores que los lleva al antojo. La razón de cómo estos alimentos ingresan a formar parte de la alimentación, fue por la inserción del consumo de algún familiar, que por lo general fueron los hermanos menores o padre del menor. Durante las observaciones, se pudo visualizar en algunos hogares, que eran los hermanos que hacían probar los dulces a los niños para que se mantengan tranquilos y se distraigan. También, en algunas oportunidades fueron algunas madres que ofrecieron alimentos como snacks, dulces o galletas a los niños para calmarlos cuando lloraban mucho o para cubrir el hambre del momento.

Si bien las madres conocían que la mayoría de los alimentos no saludables deberían darse por lo menos al año, salvo las galletas, dulces y frugos que percibieron que se les podía dar antes, ellas les brindaron a sus hijos esos alimentos porque no lo percibían como problema si se les daba un poquito, como para satisfacer su antojo, y porque percibían que no les afectaba. Tabla 4

Subcategoría 2.1.3 Disponibilidad, acceso, conveniencia y costumbres familiares.

Un factor importante en las decisiones de las madres en la elección de alimentos fue la disponibilidad de alimentos que se tiene en el hogar y en la zona donde reside, esto con relación a los tipos de alimentos que se ofrece a los niños. El acceso a los alimentos, por un lado, estuvo sujeto al acceso físico de estos en relación con la ubicación de tiendas por la zona agreste y distancia de los centros de abasto, y al costo, que implicaba un gasto adicional en el transporte para comprar una mayor variedad de alimentos y al precio local de los mismos.

Por esta situación, los alimentos saludables solían estar a un precio mayor con poca variedad y no siempre estaban disponibles en las tiendas locales, lo que inducía a la compra de alimentos no saludables por la oferta de estos y porque estaban disponibles, en mayor proporción, en todas las tiendas y lugares de abasto. Más aún era preferido por los niños debido a su sabor y a las promociones de publicidad para algunos productos. Por su parte, la madre fue muy vulnerable a estas promociones porque percibió un beneficio al generarle menor gasto y tiempo, y de gran aceptación por su familia, lo cual en algunos casos se convirtió en algo habitual, compra de preparaciones no saludables como salchipapa o patitas broaster por las noches. Tabla 4

La conveniencia en la selección de alimentos dependió principalmente del tiempo que destinaba la madre para preparar los alimentos, condicionados por las actividades del hogar, laborales o de estudio que realizaba. El entorno social influyó en esta conveniencia, al impulsar un consumo de alimentos no saludables a través de los diferentes medios de comunicación y de los amigos o familiares que sugerían su practicidad, alimentos rápidos de preparar, de menor costo y agradables al gusto de los niños y los padres.

Las madres refirieron que se consumían estos alimentos no saludables para apaciguar el hambre del niño cuando no estaba listo la comida, con galletas, dulces o frugos. Así mismo, cuando tenían que salir temprano a trabajar o estudiar y los dejaban encargados con algún familiar, les compraban productos alimentarios procesados tales como chizitos, papitas o galletas de soda para que se entretengan y no incomoden mucho.

Esto último se reafirmó, al evidenciar que, durante la entrevista, la madre que se encontraba en la sala de espera del Centro de Salud, mandó a su hija de 13 años que comprara papitas snack y “frugos” en cajita para que el niño no molestara y se mantenga tranquilo, mientras esperaba la atención de su consulta. Tabla 4

Las costumbres de la familia también fueron consideradas influyentes en la percepción de las madres sobre alimentos saludables y no saludables en el momento de su elección y preparación, por ejemplo, al preparar en el desayuno avena o siete semillas para toda la familia las madres lo consideraban “buen alimento” debido a que los mantiene, y eso también le daban al niño pequeño, por esa misma razón, les atribuían como insumos para su fuerza y crecimiento.

Por otro lado, algunas madres manifestaron que consumieron alimentos no saludables por costumbre, por ejemplo, cuando un familiar siempre traía gaseosa los fines de semana para compartir o cuando se consumía en las noches patitas broaster. La elección en la compra de estos alimentos fue porque eran “ricos” y “les provocaba”. Estos eran accesibles y estaban disponibles, además de ser práctico y de agrado para los niños. En esta subcategoría también se consideró a las creencias que algunos miembros de la familia transmitían a las madres e influyeron para que estas ofrezcan ciertos alimentos a los niños, como los dulces, yogur y gaseosa. Tabla 4

Tabla 4. Subcategorías, elementos y citas textuales de la categoría 2.1 percepción sobre alimentos saludables y no saludables

Cate- goría	Sub categorías	Elementos	Citas textuales		
Percepción sobre alimentos saludables	Valor nutricional	Nutrientes	"Sería saludable porque tiene vitaminas, hierro, proteínas, porque ayudan a la alimentación del cuerpo" (E401)	"Es cuando combinas tus alimentos, carbohidratos, proteínas, minerales, tienes una combinación de cada uno" (E502)	"Son alimentos que contengan proteínas, vitaminas, minerales, también carbohidratos que son buenos para el cuerpo, pero no en exceso" (E812)
		Beneficio al niño	"Si come alimentos saludables el niño sería más sano. Un niño sano responde a todo" (E101)	"A un niño le ayuda en su crecimiento, en su hemoglobina, en lo que es su anemia" (E211)	"Una comida es saludable cuando no le engorda, no lo enferma, es buena para su salud" (E301)
	Presencia de grupos específicos	Grupos de alimentos	"Es cuando es nutritiva, cuando tiene bastantes verduras, carnes rojas fuente de hierro y frutas" (E301)	"La comida saludable es una buena alimentación, con frutas, verduras, menestras, pescados, huevos, leche" (E911)	"Yo he escuchado, tiene que ser comidas variadas, no comer pura papa, ni puro arroz, ni pura carne, sino de todo, frutas, verduras" (E1712)
	Características sensoriales	Color, sabor, textura, sensaciones	"Presencia de frutas, pero variando los colores... y variando los tubérculos para que pruebe de todo" (E502)	"Una comida saludable es más ligera, nada pesada" (E1012)	"Que tengan siempre su ensalada fresca, menos frituras y alimentos más sancochados" (E401)
	Otras características del alimento	Procesamiento e higiene del alimento	"Cuando se prepara en casa..." (E301) "Comer natural, alimentos como habas, trigo, frejoles...eso es más natural" (E702)	"Alimentos sanos, que no son curados, que no utilizan remedio, nada... alimentos que uno mismo cría, sus gallinas, eso es alimento" (E1202)	"Tener higiene, alimento limpio, lavar las manitas. cada momento que coma". (E1712)
	Percepción sobre alimentos no saludables	Desbalance de nutrientes	Predominio de algunos nutrientes	"No es saludable porque no tienen ninguna vitamina, proteína. No tienen nada, solo más grasa y azúcar" (E211)	"Los alimentos no saludables puedes darle así abundante, pero no está distribuido con los que el cuerpo requiere" (E502)
Enfermedad con los que se les relacionan			"Le puede ocasionar taquicardia mucho dulce, diabetes infantil. También sobrepeso, obesidad, puede ser también la anemia cuando no se alimenta bien, le falta vitaminas" (E401)	"Las gaseosas dicen que descalcifica los huesos y peor de un niño. Escuche por ahí, que los embutidos producen cáncer al estómago, por su procesamiento" (E1311)	"Al comer eso, les da obesidad, les puede malograr los dientes, el estómago, puede tener lombrices, bacterias" (E1012)
Presencia de elementos específicos		Sustancias químicas	"Son alimentos que utilizan fertilizantes, hormonas" (E1202)	"...Yo pienso así, tienen conservantes y algunos azúcar o grasa. Y en el caso del pollo, hormonas" (E1311)	"Tienen alto contenido de azúcar, alto contenido de sal, por lo que son procesados... tienen preservantes" (E1511)
Características sensoriales		Sabor, olor, color	"Son tipo antojitos nada más, el cuerpo nos pide, son agradables" (E401)	"Para mí no es bueno, le comemos rico, se ve bien pero no es bueno, dicen que te engorda" (E1712)	"La galleta soda le gusta, le doy porque es saladita. Claro, cuando se le antoja ya, de vez en cuando, por antojo puede comer" (E612)
Disponibilidad		Disponibles en eventos, Acceso a la compra	"Éstos se ofrecen en los cumpleaños, festividades... siempre está disponible la gaseosa en toda tienda" (E301)	"A veces, cuando estamos en la calle, ella quiere chifle, entonces, le compro y sí come, pero poquito" (E1012)	"La madre refiere que siempre cuando viene su tío a visitarlos, les trae dulces a los niños" (E1511)
Conveniencia		Tiempo, Fácil de preparar. Sacidad	"Son comida chatarra, para salir del apuro se le da eso a los niños" (E401)	"Hay mamás que no sé, les dará tiempo, les mandan 'chizito' y 'gaseosa' en su lonchera" (E612)	"El hermano de Nazly, le da un caramelo para que entretenga, ella lo lleva a la boca con toda la envoltura, lo chupa y luego lo saca" (O1712)
Costumbres		Práctica familiar Creencias	"El pollo a excepción de su hígado lo comemos mayormente por costumbre, porque lo vemos más rico o fácil de preparar" (E101)	"...ese niño todavía está en edad que tiene que comer grasitas" "no a ese niño dale porque necesita tener sus dulces, sus calorías, tienes que darle caramelitos", bueno así he escuchado a varios como a mi mamá y hermana" (E401)	"Le doy yogurt, porque cuando toma le ayuda a orinar. Te ayuda a tener buena digestión" (E812) "La gaseosa le doy porque que le hace bien para su estómago, su gas le hace botar" (E1712)

Categoría 2.2 Valoración a los alimentos

Las madres tomaron en cuenta, al momento de sus decisiones en la elección de los alimentos para sus hijos, no solo la percepción que ellas tenían de los alimentos a los que ellas consideraban saludables o no saludables, sino también del valor que ellas les daban a estos. Eran valorados por su prioridad debido a la importancia para los niños, por la preferencia de ciertos alimentos, por algunos miembros de su familia, por los atributos referidos a sus características sensoriales, por la información o discursos que se tenían de estos en el contexto social, por la familiaridad al preparar determinados alimentos y por último a sus costumbres alimentarias. Figura 5

Subcategoría 2.2.1 Prioridad para los niños

Esta subcategoría fue definida por las madres como aquellos alimentos que eran considerados necesarios e importantes para los niños. Primero, porque a los niños les gustaban y los aceptaban; a las madres les interesaba que sus hijos coman “bien”, entendido a que terminen su plato y que coman cada vez más conformen van creciendo. Segundo, por su valor nutritivo como las verduras, menestras, sangrecita y pescado, a los que se les atribuía nutrientes como vitaminas, hierro y proteínas importantes para que se mantuvieran sanos, para su crecimiento y sin anemia. Tercero, por encontrarse disponibles en casa, alimentos que nunca faltaban como hábito alimenticio (papa, avena, arroz), porque se les atribuye beneficios en cuanto a la fuerza y saciedad, y en general comentaban que deberían de comer de todo para que se acostumbren.

Subcategoría 2.2.2 Preferencias alimentarias de la familia

Esta subcategoría también fue considerada por las madres en el momento de la elección de los alimentos, estas se dejaron guiar por las preferencias de algunos miembros de sus familias con la intención de complacerlos, como el caso de una madre que dejaba que su esposo eligiera lo que quería comer los fines de semana cuando estaba en casa, otra madre preparaba siempre sopa en el desayuno porque su esposo siempre le pedía. También se dio el caso, que suelen consumir

gaseosa o comida chatarra cuando el padre les traía al llegar del trabajo o por algún antojo de las madres, este último generalmente se dio cuando en el momento de la compra en el mercado o centro de abasto les llamó la atención algún alimento por antojo.

Subcategoría 2.2.3 Atributos y discurso del contexto social sobre los alimentos

Esta subcategoría, estaba referida a la cualidad, características o representación simbólica de los alimentos que tenían las madres influenciadas por su contexto social. Estas características que fueron identificadas de los alimentos se basaron en tres perspectivas.

Primero, al valor nutricional de los alimentos, esto por el contenido de algún nutriente que lo atribuían importante para el niño, como por ejemplo el hierro del pescado, que lo consideraban importante para prevenir la anemia. En la observación y durante la entrevista se reportó un consumo regular de pescado de 2 a 3 veces por semana, por tener disponibilidad y acceso de este alimento en lugares cercanos a su domicilio.

Segundo, resaltaron las cualidades o bondades de un alimento por algún beneficio de salud para el niño como, por ejemplo: “las verduras como el brócoli y la espinaca son buenas para la anemia y para los huesos”, esto por la información que han recibido o escuchado del contexto social, de los familiares, vecinos o en la búsqueda de información en redes sociales.

Tercero, respecto a los elementos que contenían los alimentos que pueden perjudicar la salud del niño como, por ejemplo: “el pollo no alimenta en nada porque contiene hormonas y comer mucho de este te puede llevar a la obesidad”.

En la figura 5, se aprecia los atributos que las madres asociaban al contenido de los alimentos en cuanto a su valor nutricional, beneficios y enfermedades relacionadas con su consumo, y algún perjuicio para los niños.

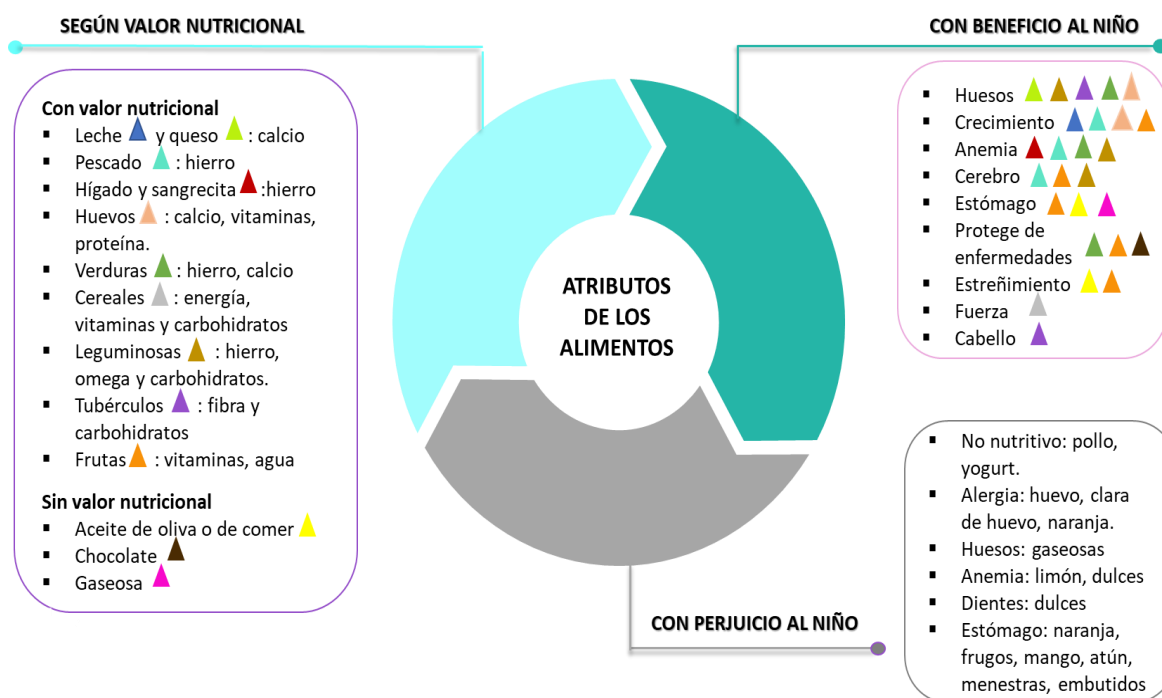


Figura 5. Atributos de los alimentos desde la perspectiva de las madres

Respecto al discurso del contexto social sobre los alimentos, las madres se han visto influenciadas por la información y comunicación del contexto social, más aún de la alimentación del niño, por el interés que despierta en ellas. La familia, representada principalmente por el esposo, la madre o suegra, jugaron un papel decisivo en que dar o no dar al niño, principalmente cuando es el primer hijo. También juega un papel importante la información y atención que brinda el personal de salud. Varias madres declararon que no acudían al establecimiento de salud para consultarle sobre la alimentación de su niño, porque no recibían una adecuada información al no brindarles información oportuna y con claridad, otras que no había buena atención o no les permitían atenderlos por no estar registrados en el sistema. Varias de ellas mencionaron que, ante cualquier inquietud o duda, ellas buscaban, primero, información por internet o redes sociales. Tabla 5.

Subcategoría 2.2.4 Familiaridad con los alimentos para preparar la comida del niño

La familiaridad que tengan las madres con los alimentos cotidianos ha contribuido a que sea una costumbre consumirlos con más frecuencia

y se prefiera esos alimentos que incursionar en otros nuevos. Por ejemplo, preparar en forma diaria o interdiaria avena para el desayuno. Algunas madres declararon elegir los alimentos no solamente por su disponibilidad, sino porque se identificaban con ellos, como por ejemplo preparar para el desayuno “sopa”, esa costumbre, se ha quedado identificado también en la niña, la madre comentaba “siempre en el desayuno, sopa lo solicita”. Desde este enfoque, también se ven influenciados con la familiaridad, otras conductas internas de la madre como la destreza y la autoestima.

Las madres declararon sentirse cómodas y seguras cuando preparaban algo que ya conocen y por eso preferían prepararlas de esa manera, sin mayores complicaciones. Cuando preparan algo nuevo tenían el temor que no les salga, que no hubiera aceptación por parte del niño o se echará a perder la comida. Por ejemplo, tres madres no sabían cómo preparar la sangrecita o asumían que era difícil su limpieza y preparación, y por eso no lo hacían, o en otro caso, cuando no les salió bien la preparación, dejaron de intentar y prefirieron encargar a otra persona que lo preparara y evitar de esa manera el rechazo del niño. Tabla 5

Subcategoría 2.2.5 Costumbres alimentarias de la familia

Las costumbres alimentarias también han sido consideradas por un grupo de madres, como influyentes en los hábitos alimentarios para el niño y por consiguiente en la valoración de los alimentos. Por ejemplo, el preparar sopa en el desayuno por preferencia del padre, se adaptó como una costumbre familiar y se convirtió en un hábito que el niño adaptó y aceptó por repetición.

Así también cuando los niños ya podían comer un poco más o comían de la olla familiar, y era aceptado la preparación, este se repetía. Por ejemplo, si se tenía por costumbre consumir los lunes menestras y si el niño muy bien lo aceptaba, la madre incluía un día más en la semana el consumo de ese alimento, debido a que lo consideraban importante, aceptado y accesible.

En las entrevistas y observaciones se evidenciaron que el consumo de papa diariamente ha sido por costumbre, no podía faltar la papa en la comida. A su vez, consideraban indispensable un consumo diario de verduras para que el niño se mantenga saludable, por ello las incluían en la alimentación diaria de los niños como hábito, aunque la forma de incorporarlas en la dieta era en la sopa. Tabla 5

Tabla 5. Subcategorías, elementos y citas textuales de la categoría 2.2 Valoración de los alimentos

Subcategorías	Elementos	Citas textuales
Prioridad para el niño	Preferencia del niño	"Lo que él pueda comer, le guste...la patita es suave y le gusta" (E401) "Porque le gusta y siempre hay en casa como plátano y manzana" (E1311)
	Expectativas y deseos	"A mí me gustaría que coma nos de todo, no solo algunos alimentos" (E101) "Yo prefiero que coma sangrecita de pollo, pero no le gusta" (E211) "Me gustaría que coma sus verduritas, por sus vitaminas" (E401)
Preferencias de alimentos en la familia	Esposo o familia	"Los fines de semana mi esposo decide que preparar de acuerdo a lo que más le guste" (E502) "Hago sopa todos los días más por mi esposo, en desayuno y almuerzo" (E1411) "Carne de res, no es de consumo familiar por una experiencia negativa, todos enfermamos" (E1611)
Atributos	Valor nutricional	" Mayormente lo que tiene hierro, vitaminas eso principalmente...para que este sano" (E401) "La sangrecita yo creo que tiene un valor bastante, porque dice que tiene hierro y todo eso, y lo que un niño necesita" (E812) "La quinua tiene calcio y es buena para los huesos y desarrolle su cerebritto" (E1611)
	Beneficio de salud	"La papaya es una fruta que te refresca el hígado, el plátano tiene bastante potasio y la manzana le ayuda a digerir el estómago" (E1611) "La granadilla tiene fibra para que no se estriña" (E401) "El camote, se produce casi naturalmente a diferencia de la papa, que se cultiva a base de químicos" (E502)
Discurso del contexto social	Recomendaciones y opiniones	"El personal de salud me dijo: no le des mandarina, eso le produce alergia" (E702) "Ese niño todavía está en edad que tiene que comer grasitas, necesita tener sus dulces, sus calorías" (E401) "Dicen que tienen enfermedades, no sé si es verdad o mito, pero sí me han dicho, mucha carne roja, hace daño" (E1012)
Familiaridad con los alimentos	Seguridad del consumo	"Le he dado lo que mayormente conozco, porque no soy de aquí" (E401) "La quinua no le he dado, no he intentado, no se preparar" (E101) "El huevo es infaltable, le doy casi todos los días un huevo duro. Si no es en la mañana le doy a media mañana" (E1311)
Costumbres Alimentarias	Hábito para el niño	"Siempre debe haber verduras para estar sano... por hábito, se consume 2 veces/semana menestras" (E211) "Ya de acuerdo con lo que siempre hago, los lunes por ejemplo siempre lentejitas o alverjitas de ahí el jueves también" (E401) "La papa es por costumbre que consumimos... tenemos costumbre de comer más carnes rojas" (E502)

Tema 3. Diversidad de los alimentos

La diversidad de los alimentos también ha sido considerada como una práctica que contribuyó y condicionó la alimentación de los niños del estudio. Los alimentos en este periodo de vida resultaron ser complementarios y necesarios para cubrir las brechas de energía y de nutrientes de los niños, por ello la presencia de los grupos de alimentos, los alimentos y preparaciones que se ofrecen por tiempo de ingesta y los alimentos de mayor consumo por los niños, han sido considerados como subcategorías para dar significado a esta categoría.

Categoría 3.1 Disposición de grupos de alimentos en la dieta

Subcategoría 3.1.1 Distribución por grupo de alimentos

Las madres registraron los grupos de alimentos que estuvieron presentes en la alimentación diaria de los niños, estos fueron principalmente los tubérculos, representado por la papa, seguido de las vísceras como el hígado de pollo, y la sangrecita.

De las entrevistas y de las observaciones en los hogares de los niños, del grupo de las carnes, el pescado fue el de mayor registro seguido por el pollo, ambos fueron los más representativos por su frecuencia en las preparaciones., también se evidenció el ofrecimiento de carne de res o de carnero en sopas, como un hábito de algunas familias; y de conservas de atún por ser un alimento disponible, accesible y conveniente. El huevo fue otro alimento de origen animal que no faltó en el plato del niño, porque le gustaba al niño, se encontraba disponible y era accesible para la madre.

Las menestras fueron los alimentos que estuvieron presentes en la alimentación de los niños, con una frecuencia regular, esto más, por el hábito de la madre en prepararlas 2 veces por semana para la familia, las atribuyeron a que eran rendidoras, accesibles y disponibles. Las que más ofrecieron a sus hijos fueron las lentejas, las alverjitas y el frejol de palo.

El grupo de cereales estuvo presente como una forma habitual en los desayunos de los niños. Las madres ofrecieron avena, quinua, quinua avena o siete semillas de consistencia aguada o semi espesa. Las de mayor respuesta de aceptación fueron la de consistencia aguada. También se registraron un consumo de alimentos procesados como el fideo y semiprocesados como el arroz que estuvieron incluidos en las preparaciones de los platos principales.

El grupo de las frutas y verduras también fueron incluidas por las madres en la alimentación diaria de los niños, pero de una forma monótona, en el sentido que no había mayor variedad de su inclusión en la forma de ofrecerlas y prepararlas. Por lo general siempre eran los mismos alimentos y bajo la misma manera. Para el caso de las frutas, las más usuales han sido la manzana, mango y plátano y con menos frecuencia la papaya, naranja, granadilla y palta. Se puede observar, que, en el caso de los niños más pequeños, menores de 12 meses, el jugo de la granadilla estuvo presente en la mayoría de estos al momento de consumir su comida.

En el caso de las verduras como la zanahoria, espinaca y brócoli, estas fueron las más representativas y las que se preparaban en la sopa. En el caso de los niños más pequeños, estas fueron retiradas, para luego ser aplastadas para su papilla; y en el caso de los niños mayores de 12 meses estas fueron consumidas mayormente en la sopa y muy pocas en ensaladas. También se registraron a otras verduras como el zapallo, habas, vainitas cuya frecuencia fue menor, pero que también lo consumían en sopas o guisos.

El grupo de los lácteos también estuvo presente en la dieta de los niños, pero con un bajo consumo, estuvo representado principalmente por los quesos, seguidos de la leche y el yogur. Esto pudo deberse a que no había un hábito de consumo y no era de sus preferencias, a excepción del yogur que, si les gustaba a los niños, algunas madres tenían la idea de que no era bueno porque contiene también químicos e implica un gasto adicional, si es exclusivo para el niño.

Respecto al agua, este fue ofrecido por las madres y consumido por los niños en su forma pura, solo agua hervida, casi la totalidad de las madres preferían brindar a su niño agua hervida, porque así los han acostumbrado, prefieren ofrecer agua sola para calmar la sed del niño. También brindan otras bebidas como infusiones, refrescos, jugos y chicha, pero no ha sido frecuente o se ha dado en poca cantidad. Las infusiones generalmente los brindaban en la cena, algunos en la media tarde solo, sin comida. Una que otra madre refería con las menestras o cuando el niño tenía dolor de estómago. Figura 6

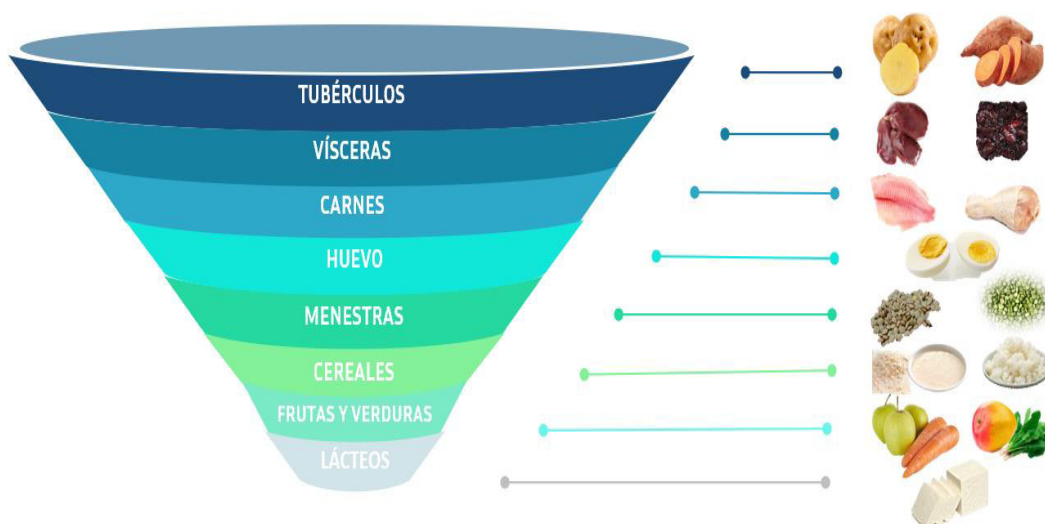


Figura 6: Distribución por grupos de alimentos que ofrecen las madres a los niños en su alimentación

Subcategoría 3.1.2 Presencia de alimentos ultraprocesados

Respecto al grupo de alimentos ultraprocesados, los dulces estaban presentes en forma cotidiana de una u otra forma en la ingesta del niño, ya sea como antojo, para calmar el llanto o para entretenerlo, estos por lo general eran brindados por los hermanos u otros miembros de la familia que no era la madre. También se consideró el criterio por recomendación de un familiar, como fue el caso de una madre que le ofreció dulces a su niño, por sugerencia de su madre y hermana, ya que estas le habían comentado que su niño estaba en la etapa de comer dulces y tener sus calorías.

Otros alimentos, como las gaseosas y el frugos, también estaban presentes en la dieta de los niños, en la mitad de estos; la razón principal de su ofrecimiento era porque se encontraban disponibles, en todas las tiendas y les ofrecían para calmarlo cuando éste se encontraba fastidiado, otros porque les gusta, y algunas madres comentaron como algo benéfico de la gaseosa, que ayudaba a la digestión. Con una menor frecuencia y en la tercera parte de la muestra se encontraba presente el yogur, las galletas, y preparaciones rápidas como la salchipapa y las patitas broaster.

Categoría 3.2 Alimentos y preparaciones que se ofrecen por tiempo de ingesta

Una manera de identificar como las madres brindaban variedad de alimentos a sus hijos fue con la pregunta: ¿Qué alimentos le brindan en cada tiempo de comida?, y se pudo evidenciar también con la observación en sus hogares en los momentos del desayuno, media mañana, y almuerzo. En una que otra observación también se pudo observar y registrar los alimentos de la media tarde y la cena.

Subcategoría 3.2.1 Comidas principales: desayuno, almuerzo y cena

De las madres entrevistadas la mayoría brindaba en el desayuno, una bebida de cereal precocido “avena” principalmente y variaba con algunas harinas como siete semillas, maca, quinua, habas o de plátano. Para los niños más pequeños su consistencia fue espesa como mazamorra, solamente dos madres de niños menores de 12 meses mencionaron darles leche Nan o avena con leche; por lo general estas madres solo brindaban eso, y en algunos casos lo acompañaban con pan remojado o galletas aplastadas en la bebida, la otra alternativa en lugar de pan era huevo duro. La ingesta de los niños en el desayuno era poca, por lo general siempre dejaban. En los niños de 12 meses a más, la consistencia de su bebida fue semi espesa, solo dos acompañaban con leche. Además de la bebida consumían pan y/o huevo duro y dos madres referían que tomaban sopa en el desayuno.

En la observación se evidencio que los niños consumían también otros alimentos como plátano frito, sangrecita con huevo revuelto, mazamorra de almidón de papa. Estos niños consumían un poco más, aunque también dejaban algo en el plato de comida.

Subcategoría 3.2.2 Entre comidas: media mañana, media tarde

En la media mañana, las madres ofrecían por lo general frutas, las más representativas fueron el plátano y la manzana; otras frutas, pero con menor mención, fueron la papaya, pera, fresa, uva y sandia. La granadilla, si bien no la mencionaron, se observó que si la brindaban a casi todos los niños menores de 12 meses en forma de bebida como jugo. Una que otra madre refirió, que también le brindaron mazamorra o gelatina, y que no faltaba el agua hervida cuando lo solicitaba el niño.

En el almuerzo, se ofrecía un solo plato de comida al niño. Para el niño menor de 12 meses, se le brindaba una papilla o segundo que era a base de hígado, papa y alguna verdura. En la observación se evidenció que una madre ofreció lentejas bien aplastadas con zanahoria y aceite de oliva, nada más, había ausencia de proteína. En los niños de 12 a más, se registró una mayor variedad de preparaciones, prácticamente lo mismo de la olla familiar, según comentaban las madres, había presencia siempre de hígado, pollo o pescado.

Las preparaciones que se brindaron en la observación fueron muy similares, arroz con lentejas o frejol de palo y pescado frito, también hicieron sopa, pero solamente dos madres les ofrecieron sopa. Un niño no quiso comer de la comida que preparo su madre, porque ya había comido con la abuela, y esta le había brindado sopa de trigo.

La media tarde y cena era en menor cantidad o se obviaba ese tiempo de ingesta, se prefería por uno solo. Se identificó que seis madres omitían la media tarde, no ingerían algún alimento en el transcurso del almuerzo hasta la cena. En los otros casos las madres ofrecían principalmente alguna mazamorra como media tarde o frutas. En la cena también hubo casos de madres que omitían ese tiempo de ingesta cuando se brindaba media tarde y era una preparación consistente. En

los otros casos para los niños menores de 12 meses se ofrecía mazamorra con pan o galletas y en muy pocos casos algún segundo, sopa o papilla que quedaba del almuerzo. Mientras que en los niños más grandecitos se les brindaba lo que quedaba del almuerzo, por lo general arroz con algo, pero en menor cantidad y una infusión de alguna hierba natural, también hacían referencia de sopa, leche con galleta o avena con pan.

Categoría 3.3 Alimentos que comen más los niños

Una de las prioridades de las madres del estudio fue que sus hijos puedan comer bien y eso significaba para ellas que acaben lo que se les ofrecía en su plato. Para lograr eso, ellas consideraron seleccionar los alimentos y preparaciones que les gusta más a los niños con la intención que puedan comer un poco más, y, por otro lado, estaban las preparaciones habituales que también lo tuvieron en cuenta, debido a que no le ocasionaban mayor inconveniente por la familiaridad en su preparación y porque era bien aceptado por la mayoría de los miembros de la familia.

Subcategoría 3.3.1 Alimentos y preparaciones que les gusta

La diversidad de alimentos que incluyeron las madres en la dieta de sus hijos dependía de los alimentos que comía más el niño. Las madres tenían eso en mente como prioridad, se preocupaban de que el niño coma, que termine sus alimentos o por lo menos que coma un poco más; para ellas el hecho que el niño coma, era un signo que estaba bien, que se encontraba sano. Ellas asumían que el niño come más cuando eran alimentos y preparaciones que les gustaban como los tallarines, que ellos mismos lo solicitaban y podían comer solos. Para la madre los alimentos que comen más los niños eran en primer lugar el huevo, seguido de la papa, la avena, el hígado y el plátano.

Durante las observaciones, se pudo corroborar que la madre ofrece no solamente los alimentos que le gusta al niño y que son habituales, sino también aquellos que están disponibles, alimentos que tiene en el hogar como avena o frejol y aquellos que tiene un mayor acceso para su compra y que le son convenientes como patitas de pollo broaster.

Subcategoría 3.3.2 Preparaciones habituales

Las preparaciones habituales eran aquellas que usualmente se consumían por costumbre, disponibilidad o por desconocimiento de realizar otras preparaciones diferentes. Las madres no querían complicarse con cosas novedosas y preferían realizar preparaciones con las que ellas se sentían familiarizadas, varias de ellas por temor o inseguridad de que les pueda hacer daño o que no lo consuma el niño.

Las madres percibían que cuando era una preparación nueva o un alimento que recién estaba a prueba, había cierto rechazo y las madres no se arriesgaban o ya no insistían a que coma más por temor de lo poco que ha comido puedan arrojarlo, afectando a un tiempo prolongado con su peso. Los alimentos y preparaciones que constituyeron parte de los hábitos alimentarios de la familia fueron por lo general aquellos que estuvieron disponibles en el hogar o que usualmente preparaban como avena, harinas de siete semillas, papa, arroz y huevo; y dentro de las preparaciones estaba la sopa de hígado, papa con hígado, lentejas y pescado.

ENFOQUE DE LA SENSIBILIDAD MATERNA PARA LA ALIMENTACIÓN DE NIÑOS DE 06 A 23 MESES DE EDAD

Tema 4. Capacidad de respuesta de las madres

La receptividad de las madres tiene un papel importante en la alimentación y cuidado de sus hijos, se ha identificado la capacidad de respuesta con relación a las “señales de hambre y saciedad”, y de la prioridad en “la atención y cuidado de los niños”.

Categoría 4.1 Identificación de señales de hambre y saciedad en los niños

Esta categoría de capacidad de respuesta de las madres abarcaba el reconocimiento a las señales de hambre y saciedad en los niños en forma directa. Así también, en forma indirecta estaba involucrada con la percepción

de las madres respecto al apetito en los niños y las percepciones de las madres sobre la baja ingesta en los niños.

Subcategoría 4.1.1 Reconocimiento de señales de hambre y saciedad en los niños

La capacidad de respuesta de las madres ante las señales de hambre y saciedad de sus hijos ha sido evaluada ante la sensibilidad que tienen estas en el actuar de dichas señales y que constituye una habilidad para poder identificarlas, interpretarlas y responderlas de forma apropiada y oportuna, y de dar respuesta a las manifestaciones de los niños.

Durante la observación realizada en los hogares de los niños y como resultado del análisis de las entrevistas realizada a las madres, se identificaron que estas, ofrecían los alimentos y la comida sobre la base de señales específicas que envían los niños según su edad y que las madres los reconocían. Por ejemplo, respecto a las señales de hambre, en los niños de 06 a 08 meses, las señales fueron más expresiones gestuales y exigentes, mientras que cuando son más grandecitos ya pueden expresarse oralmente con algunas palabras y hacer uso de sus habilidades psicomotoras como jalar los alimentos, agarrar la cuchara, perseguir a la madre, etc. Mientras que en las señales de saciedad no hay mayor diferencia entre las edades de 6 a 8 meses y de 9 a 11 meses, se identificaron más expresiones corporales y gestuales como voltear su cara, su cuerpo se va para atrás, cerrar la boca, etc.

Sin embargo, cuando los niños son mayores de los 12 meses, hay un mayor número de comportamientos del niño que las madres identificaban como señales de saciedad o de rechazo del alimento, involucrando expresiones físicas, movimientos, expresiones orales y manipulación de alimentos. Por ejemplo: el movimiento de la cabeza en señal de negociación, otra forma de manifestarse negando la aceptación del alimento fue al botar, jugar, escupir o expulsar la comida. El llanto ha sido identificado como una señal común de hambre en todas las madres. En la tabla 6, se registró una serie de señales de

hambre y saciedad identificadas por las madres según grupo de edades de sus hijos.

Subcategoría 4.1.2 Percepción de las madres respecto al apetito en los niños

Durante la observación en el hogar de los niños y con ayuda del registro de las entrevistas, se pudo identificar momentos de intensidad del apetito de los niños. El momento de mayor apetito fue en el almuerzo, debido a que estos se encuentran más activos en la mañana, se les estimula el apetito por los olores y porque observan a la madre preparando los alimentos, como dice una madre “se le antoja cuando uno está cocinando”. Un grupo de madres también manifestó que tenían apetito sus hijos, a la media mañana, esto porque cuando los niños comen temprano o consumen muy poco o suprimen el primer tiempo de ingesta, manifestaron tener más apetito a entre las 10 am a 11 am, otra razón fue que en la media mañana los alimentos que consumen con más frecuencia eran las frutas y estas al ser de mayor agrado y de mayor palatabilidad por sus características organolépticas les despertaba más el apetito.

El momento de menor apetito fue por la mañana, porque se levantaban temprano con sueño, las madres manifestaban que les ofrecían su pecho y eso es lo que preferían, se sentían satisfechos. En un grupo de madres, otro momento de menor apetito fue en la tarde y en la noche, las razones fueron porque cuando almuerzan tarde, se juntan los tiempos de ingesta y ya no desean porque se sienten saciados o se conforman solamente con el pecho. En la noche fue también de menor apetito más por hábito en el hogar, suelen comer poco o suprimir ese tiempo de ingesta, pero siempre les brindaban el pecho, o le ofrecían algo más ligero como avena o infusión. Figura 7.

A las madres, cuando se les preguntó cómo estaba el apetito de su niño, ellas refirieron “bien”, porque lo atribuían a algunas características como que “está comiendo más”, “termina su plato” o “pide comida”. El

apetito del niño también lo asociaban a la cantidad o tamaño del plato que estaban consumiendo y en este último recae su preocupación, porque las madres percibían que sus hijos comen poco, sin embargo, la mayoría de ellas, lo atribuía que era propio de su edad, que así le habían manifestado, el personal de salud. Figura 7.

Un grupo menor de madres, manifestaron que sus hijos tenían un apetito muy variable, por ello lo calificaron como “no muy bien”, hay días que tienen mayor o menor apetito, esto se debió a diversos factores como al estado de salud y de ánimo que se encontraba el niño en ese momento, manifestaron también que los niños tenían menor apetito cuando estaban enfermos, fastidiados por alguna dolencia, molestos o irritados. El horario de la comida, el tipo y variedad de las preparaciones también condicionaban el apetito de los niños. Asu vez, las madres refirieron que cuando el niño come con algún miembro de la familia, solía comer más.

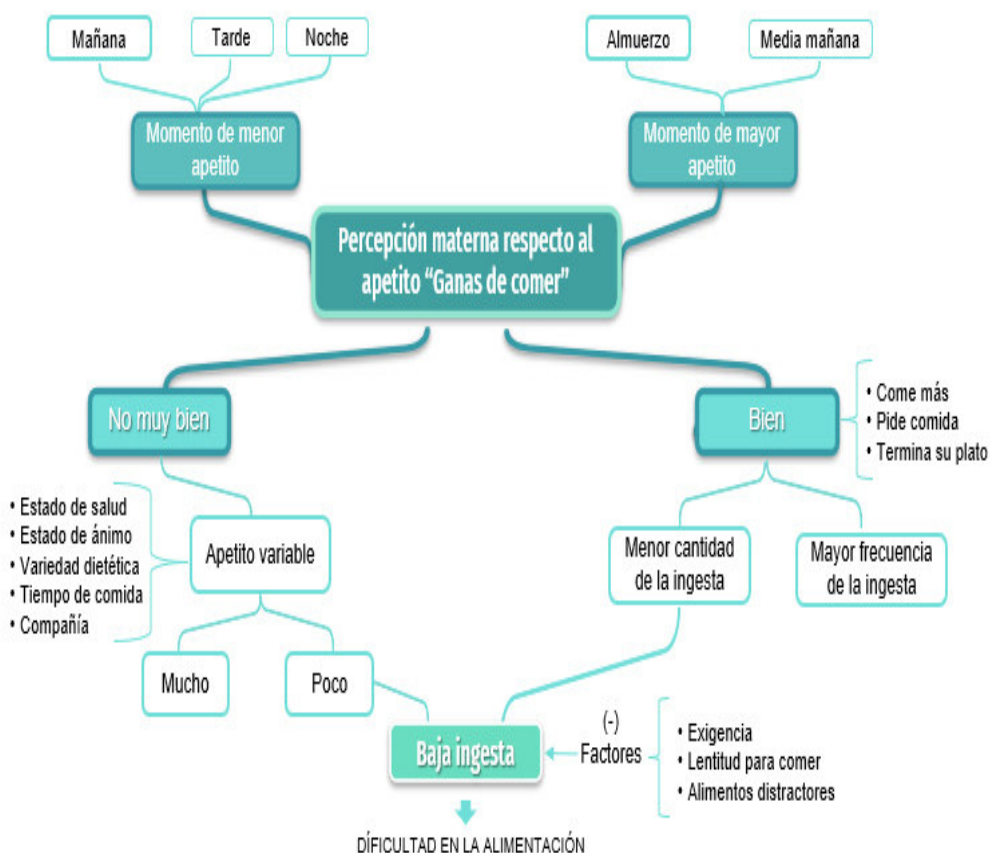


Figura 7. Percepción de las madres respecto al apetito de sus hijos

Se ha identificado que un menor apetito y una menor cantidad de alimentos consumidos conlleva a una poca ingesta, que si se mantiene en el tiempo ocasionaría una dificultad en la alimentación de sus hijos. De ello eran conscientes algunas madres, por ello su preocupación y sentimientos de frustración, estrés e inseguridad por la manera que estaban alimentando a sus hijos. Entre los factores que estarían afectando la poca ingesta, se pudo evidenciar la exigencia en el comer y el uso de alimentos distractores. Estos últimos eran aquellos alimentos convenientes que estuvieron disponibles, accesibles y eran fáciles de consumir, pero que habían sido usados por algunas madres para atenuar el hambre de sus hijos. Las situaciones en que fueron usados se registraron cuando las madres se demoraban en preparar sus alimentos o con fines de distracción con la intención que les dejara trabajar o para mantenerlos tranquilos cuando estaban muy inquietos. Solo se reportó un caso de lentitud para comer. Figura 7.

Tabla 6. Identificación de señales de hambre y saciedad en los niños de 06 a 23 meses

Edad	Señales de hambre	Señales de saciedad
6 a 8 meses	Llora sin parar Se desespera por mamar Mira a la madre insistentemente Balbucea "am am am"	Voltea su cara Se va para atrás Bota todo al piso Cierra la boca Empuja su platito
9 a 11 meses	Llora quejumbrosa Balbucea "am am am" Le quita la comida "Cuando no quiere teta entonces quiere la comida"	Cierra la boca Voltea su cara Reniega, se desespera, y puede llorar Escupe o expulsa la comida Bota todo al piso
12 a 23 meses	Le sigue a la madre para que le dé Pide a la madre cuando quiere algo Agarra la cuchara y empieza a comer sola Se manifiesta: "quiero eso", "mamá am am" Señala lo que quiere comer "Me agarra de mi falda o de mi buzo y me conduce a la mesa" Llora como queja Le sigue a la madre para que le dé lactar	Se levanta de la silla en señal de retirarse "no no no", dice Mueve su cabeza en señal de negociación No abre la boca Juega con la comida Bota el plato de comida Escupe o expulsa la comida Inquieto (a) desea movilizarse

Subcategoría 4.1.3 Percepciones de las madres sobre la baja ingesta

En el análisis de comprender por qué los niños comen poco, se pudo identificar que, entre las razones principales de su baja ingesta, es que a ellos no les gustan las características organolépticas de algunos alimentos, como el sabor, olor y texturas propias de estos. También, la poca variedad de las preparaciones y de los alimentos incluidos en estas por las madres, así como la forma de prepararlas, provoca una baja aceptación por parte del niño, mostrando gestos de rechazo y disgusto por el sabor. También se ha identificado que las madres limitan algunos alimentos a sus hijos debido a sus efectos adversos y que podrían ocasionarles, algunos problemas digestivos como cólicos, diarreas o gases.

Otra de las razones relevantes por la que los niños comían poco fue porque no sabían masticar, debido a que había un retraso de su edad en el proceso de introducción de alimentos sólidos y en las consistencias de las preparaciones. Esto provocado por la percepción de las madres, de que sus hijos no pueden o no saben masticar, o por desconocimiento de los alimentos y la forma en que se les puede ofrecer a los niños por parte de las madres, hicieron que estas prolonguen el tiempo de ofrecer preparaciones de consistencias blandas e incluso se ha visto el caso de algunas que licuaban las preparaciones, unas por temor a que se atore el niño y otras ante el rechazo de alimentos más enteros por parte del niño porque no sabían masticar y preferían que coma de esa manera con la intención que coma todo.

Por otro lado, se ha registrado que los hábitos alimentarios de la familia podrían estar afectando la poca ingesta del niño de algunas preparaciones, esto debido a la preferencia de preparaciones y la presencia de algunos alimentos, como fue el caso de verduras, que generalmente fueron incluidas en la sopa más no como en ensaladas. Así también, si el niño consumía una preparación en repetidas ocasiones y era ofrecida a todos los integrantes como algo habitual, el

niño se acomodaba a ese hábito y se acostumbraba a ese tipo de preparación, por lo que le fue difícil aceptar otra preparación, como el caso de la preferencia de la sopa o la avena en los desayunos.

A todo ello se aúna la poca disponibilidad de algunos alimentos, debido a las costumbres familiares y a la poca accesibilidad de compra, lo que estaría afectando la variedad en los alimentos ofrecidos al niño.

Categoría 4.2 Prioridad en la atención y cuidado de los niños

La mayor parte de las madres optaron como prioridad dar de comer primero a los niños con la finalidad de que pudieran comer a su hora, no se queden con hambre o se duerman sin comer, a su vez buscaban que se encontraran más tranquilos. Una madre mencionó “es importante que coman primero porque requieren más atención, paciencia y tiempo para que puedan terminar sus alimentos”. Por otro lado, algunas madres manifestaban que una vez que ya atienden al niño o la niña, estas se encontraban más tranquilas de poder hacer sus labores e incluso de comer.

“Primero come él, lo atiende a él, porque si no se pasa la hora, ya está con sueño y ya no me recibe” (E401).

“Yo le hago comer primerita a ella, después que come tranquilita, esta pues” (E1202).

“Ella primero almuerza, primero le hago almorzar a ella, para yo almorzar más tranquila” (E612).

“Siempre, le doy de comer primero a la niña, porque es la que necesita más atención, paciencia, y come despacio” (E502).

Respecto al cuidado de los niños, es responsabilidad de las madres promover prácticas saludables que favorezcan el crecimiento y desarrollo de los niños. Se consideró en el estudio el lavado de manos, el consumo de agua segura y brindar suplemento de hierro a los niños.

Subcategoría 4.2.1 Lavado de manos

El lavado de manos de los niños en la muestra estudiada no se evidenció en las entrevistas o no lo consideraron las madres como

parte del proceso de la alimentación, cuando se les preguntó ¿Qué describieran como iniciaba la alimentación del niño?, o que comenten todo el proceso que implicaba la alimentación del niño, muy pocas madres manifestaron el lavado de manos y aquellas que lo mencionaron solo indicaron con agua.

Durante la observación en los hogares, se pudo evidenciar que cinco madres de las ocho a las que se realizó la observación, si practicaron el lavado de manos del niño, pero este solamente fue con agua y por lo general, una sola vez al inicio antes de darle la fruta o la comida. Se dio el caso de un niño en particular, que se le observó la manera de lavarse las manos y su rostro con agua y jabón, siguiendo las indicaciones de la madre, solo al final apoyo la madre para el enjuague y, también se observó en varios momentos que le limpiaba las manos si cogía otros objetos y le cambiaba de polo si este se encontraba sucio.

Para el caso de una madre de un niño más pequeño, se identificó un comportamiento mayor de cuidado respecto a la higiene y limpieza de la ropa del niño, pero a la vez se percibía su tensión y preocupación de que no se enferme, lo tenía muy abrigado y protegido, no le permitía que coja nada para que no se ensucie o se enferme, limitándolo a que se alimente por sí mismo.

Se observa a la madre: “lavar con agüita nada más su mano y carita del niño” (O401).

La madre lo llama al niño y ambos se lavan las manos y cara con agua y jabón afuera en el caño. Primero le deja que el mismo se lave, le pone una tina pequeña con agua y jabón, le dice que agarre el jabón y se pase por su cara. El niño agarra el jabón y se pasa por sus cachetes, le dice ahora lávate las manos con el agua y pásate por la cara... el niño hace lo que le indica, pero no se enjuaga bien, la madre lo apoya a terminar su enjuague. Luego, lo seca su cara y manos, y le cambia de ropa (O211).

Subcategoría 4.2.2 Consumo de agua segura

El consumo de agua segura en los niños se dio en todos los hogares entrevistados y observados, las madres en su totalidad mencionaron que ofrecían a los niños siempre a su pedido “agua hervida” y por lo

general se les ofrecía después de los alimentos. Tenían por costumbre ofrecer a los niños agua sola como bebida principal, seguido de infusiones a base de hierbas, este último más por las noches, y pocas veces le brindan refrescos con azúcar. Atribuyeron el consumo de agua bueno para la digestión, circulación, para los riñones y para calmar su sed.

“Sí hago hervir agua y le doy, toma agua todos los días” (E101).

“Yo le doy agua hervida, normalmente, a veces le doy en infusión o a veces le doy en refresco, el agua, si a diario para que pueda tener buena circulación, buena digestión” (E812).

Subcategoría 4.2.3 Suplemento de hierro

El cuidado de la madre respecto a si esta brindaba un suplemento de hierro a su hijo para cubrir los requerimientos de este nutriente y pueda prevenir la anemia o tratarla, se registró a partir de preguntas enfocadas a la suplementación con hierro en la entrevista a profundidad y en algunas madres a partir de las observaciones durante el proceso de alimentación para evidenciar su uso. Se encontró que actualmente, solo tres madres de las 17 entrevistadas están brindando un suplemento de hierro a su hijo en forma continua, el que están brindando es el sulfato ferroso en gotas o polimaltosado (de 8 a 11 gotitas) en niños cuyas edades fluctúan de 7 a 11 meses, ofrecido por lo general en la media mañana solo o con agua hervida, su tolerancia es bastante buena, los niños muestran agrado y sin mayores efectos adversos. Dos madres, recién hace 2 semanas en el momento de la entrevista, han iniciado con darles el suplemento de hierro en gotitas, una refiere polimaltosado y el otro sulfato ferroso en gotitas. Este último muy bien aceptado por el niño sin efectos adversos y para el polimaltosado al inicio le costó al niño aceptar, ahora lo tolera muy bien.

“Si, le doy 8 gotitas, toma a las 10:30 am con agüita, agua hervida o agua de limón. Eso toma desde los 4 meses, para que no le agarre anemia” (E702).

“Recién le estoy dando unas gotitas de hierro, porque me dijeron que estaba en anemia moderada, y yo me asusté y le comencé a dar gotitas. Pero no ha estado tomando ningún suplemento” (E812).

Otras cinco madres manifestaron que el consumo del suplemento de hierro ha sido muy irregular, las razones han sido olvido, suspensión del suplemento porque el niño se encontraba enfermo con infección, por efectos colaterales en el niño como estreñimiento para el caso del uso de las chispitas, y por descuido de la madre. Este último se dio, en el caso de dos niños que asistían al programa social CUNAMAS, ahí les brindaban en forma diaria el suplemento en gotas y en un horario establecido, pero en sus hogares no le brindan en forma consecutiva el suplemento, las madres refieren que se olvidan y otro es que el suplemento es diferente, el que le dan el hogar es sulfato ferroso en jarabe y eso no les gusta a los niños.

“En el EsSalud, me han dado Chispitas, son sobrecitos. En dos cucharadas nada más de la comida ahí lo mezclo, todo el sobre. Cuando estaba más pequeño, a los seis meses se estreñía constantemente por eso le deje de dar, luego de un mes le volví a dar, pero como no le gustaba por el sabor no me aceptaba la comida, le daba a la mala...y le deje de dar. Ahora le estoy dando, pero solo 2 veces por semana, así me recomendaron para que no se estriña” (E1311).

“Si recibe las gotitas, 10 am de la mañana cantadito, obligatorio, como su pan de cada día, barren con todos, a toditos le dan. Allá en CUNA

MÁS sí le dan, más bien nosotras acá nos olvidamos y por eso no avanza” (E502).

Por otro lado, se identificaron a siete madres cuyos hijos no recibían suplemento de hierro, dos de estas nunca le habían dado algún suplemento, una porque tuvo experiencias negativas con los establecimientos de salud para su atención y nunca recibió, la otra porque no tuvo la necesidad, para su percepción su niño estaba sano y no lo requería; otras cinco madres si les dieron, pero cuando eran más pequeños, pero por efectos adversos del suplemento en el niño como estreñimiento y oscurecimiento de los dientes o malestares digestivos, dejaron de darles.

“No le he dado nada, porque no se ha enfermado, no he tenido necesidad” (E301).

“Ningún suplemento, le dieron en alguna oportunidad probó dos meses, pero le malogro el diente y por eso ahora ya no le doy, se ha quedado un negrito en un rincón que se está haciendo huequito” (E911).

En las visitas domiciliarias, durante el momento de las observaciones, ninguna madre brindo el suplemento de hierro a su niño.

Tema 5. Interacción madre hijo en el momento de la alimentación

El vínculo entre la madre e hijo fue considerado sumamente importante para el desarrollo y progreso de la alimentación del niño y eso se evidenció en los resultados de la entrevista y la observación. Un resultado de ese vínculo fue la capacidad de autoalimentación de los niños, así como el nivel de participación de la madre en los diferentes momentos del proceso de la alimentación: participación de las madres en la autoalimentación de sus hijos, participación de las madres en el momento de las comidas del niño y estrategias de alimentación que emplean las madres durante el momento de la alimentación. En esta categoría, también se han considerado a los sentimientos y actitudes de la madre involucrados en este proceso.

Categoría 5.1 Participación de las madres en el proceso de la alimentación de los niños

Las madres cumplen un rol muy importante en la alimentación de los niños, por ello su participación en todo este proceso es clave para poder alcanzar las pautas dietéticas recomendadas y lograr un crecimiento y desarrollo saludable. Con esa finalidad se exploró la participación de la madre en el momento de las comidas principales del niño y el uso de estrategias de alimentación que emplean para motivar su ingesta.

La capacidad del niño de autoalimentarse en el grupo de niños evaluados ha sido identificada como un proceso progresivo, que se ha visto fortalecido por quién inicia el acto de comer, y por los estímulos que utilizaba la madre para enseñar y animar al niño a que coma solo. El logro alcanzado se ha clasificado en 3 niveles: (ver figura 8).

Un nivel cero, cuando hay ausencia de una autoalimentación, la madre era quién en todo momento daba de comer al niño, no permitiendo que se alimente solo, desalentándolo e interrumpiéndolo cuando éste quiere coger los alimentos o su comida.

“Yo le doy de comer, le llevo la cuchara a la boca, en todo momento le doy de comer, no le dejo que coma solo porque él juega con la comida” (E301).

Un nivel 1, cuando la madre facilitaba al niño a que coja algunos alimentos y se lo llevaba a la boca, esto con la intención de estimular la parte motriz y sensorial del niño, aquí la madre era quién brindaba mayormente los alimentos al niño, pero daba oportunidad para que manipulen algunos alimentos principalmente frutas que eran de su agrado y que podía coger sin mayor dificultad como la papaya o el plátano.

“Ella solita no puede todavía agarrar cucharita, aplastando con su mano, sí come solita, pero con cucharita nosotros le damos...a ella le gusta agarrar y comer, por ejemplo, el plátano le gusta meter en su boca y ahí mismo mascar, como tienen su dientequito” (E702).

Un nivel 2, en este, la madre daba oportunidad al niño para que comiera solo con la mano hasta donde podía e intentaba y apoyaba a que use la cuchara para que se lleve el alimento a la boca por momentos, principalmente alimentos espesos como la mazamorra o las lentejas. El apoyo que brindaba la madre se dio al inicio para estimularlo a que coma o al final, cuando percibía que ya no quería comer.

“Él come solo cuando son preparaciones que le gusta... si por ejemplo es su tallarín, él agarra su comida y se come con su manito hasta donde pueda, también come con cuchara, pero mayormente es con la mano. La sopita si siempre la hago comer, para que acabe” (E1311)

Un nivel 3, el niño iniciaba el acto de comer, primero probaba con la cuchara y continuaba comiendo hasta cuando se cansaba y si veía más facilidad de coger algunos alimentos con la mano, lo hacía, por ejemplo, pedazos de carne de pescado o trozos de huevo duro. La madre animaba al niño a que coma con la cuchara, y apoyaba al niño a comer principalmente al final, cuando el niño ya no quería comer o no había comido casi nada. Aquí el niño era más independiente de la madre, tenía más momentos de alimentarse solo con la cuchara y solo por momentos con la mano.

“La madre le hace sentar y le da su plato de comida, que es un arroz con guiso de frejol de palo y trocitos de pescado frito, el niño con sueño se sienta, la madre coge un trocito de pescado y le da en la boca al niño, éste lo recibe con agrado y la mira, la madre le da otro trocito, y le ofrece la cuchara con un poco del segundo, el niño coge la cuchara y se lo lleva a la boca, el niño continua comiendo solo con la cuchara y solo utiliza la mano para coger los trocitos de pescado...al final la madre le hace muestras de cariño porque casi todo había terminado y ella culmina haciéndole acabar y le brinda agua en un vaso” (O1411)

Esta habilidad del niño de alimentarse por sí mismo se había visto presente en la mayoría de los niños mayores de 12 meses, mientras que para los menores de esa edad estaba prácticamente ausente, salvo algunas excepciones. Si bien la autoalimentación tenía que ver con la edad del niño, este dependía de los estímulos que realizaba la madre para reforzar este proceso. Se ha registrado que en aquellos niños que no se alimentaban solos o que habían aprendido a comer solos tardíamente; en sus primeros niveles, la madre era quién iniciaba el acto de comer, mientras que los niños que se alimentan solos, era el niño quién iniciaba la alimentación.

En la figura 8, también se hace referencia a las razones que conllevaron a las madres en apoyar a dar de comer a sus hijos, primero se decidió apoyar cuando el niño come poco, seguido cuando este no quiere comer; luego cuando el niño juega y no come; con menos frecuencia es cuando el niño intenta y no puede; y al final o al inicio del acto de comer. Estos dos últimos se dieron como motivación o estímulo, respectivamente, como motivación, porque le faltaba poco para que acabe o que era necesario para hacer una actividad que le gustaba al niño, y como estímulo, porque lo incentivaba a degustar los alimentos y despertaba el apetito.

“Mi niña. come sola, solo le ayudo cuando veo que no ha comido casi nada, ahí tengo que hacerle comer” (E812).

“Cuando veo que ya juega, le quito y le ayudo a comer, ahí sí come” (E702).

“Mi hijo agarra la cuchara para que coma, le dejo que él coma, que intente y luego le ayudo. Porque si le insisto reniega” (E1611).

“Le ayudo cuando le falta poco para que termine” (E1411).

“La madre le hace probar con su mano cubierta de una bolsa, la papita con algas que compro del mercado como una forma de estimular su apetito, para que luego el niño coma solo con su mano” (O211).

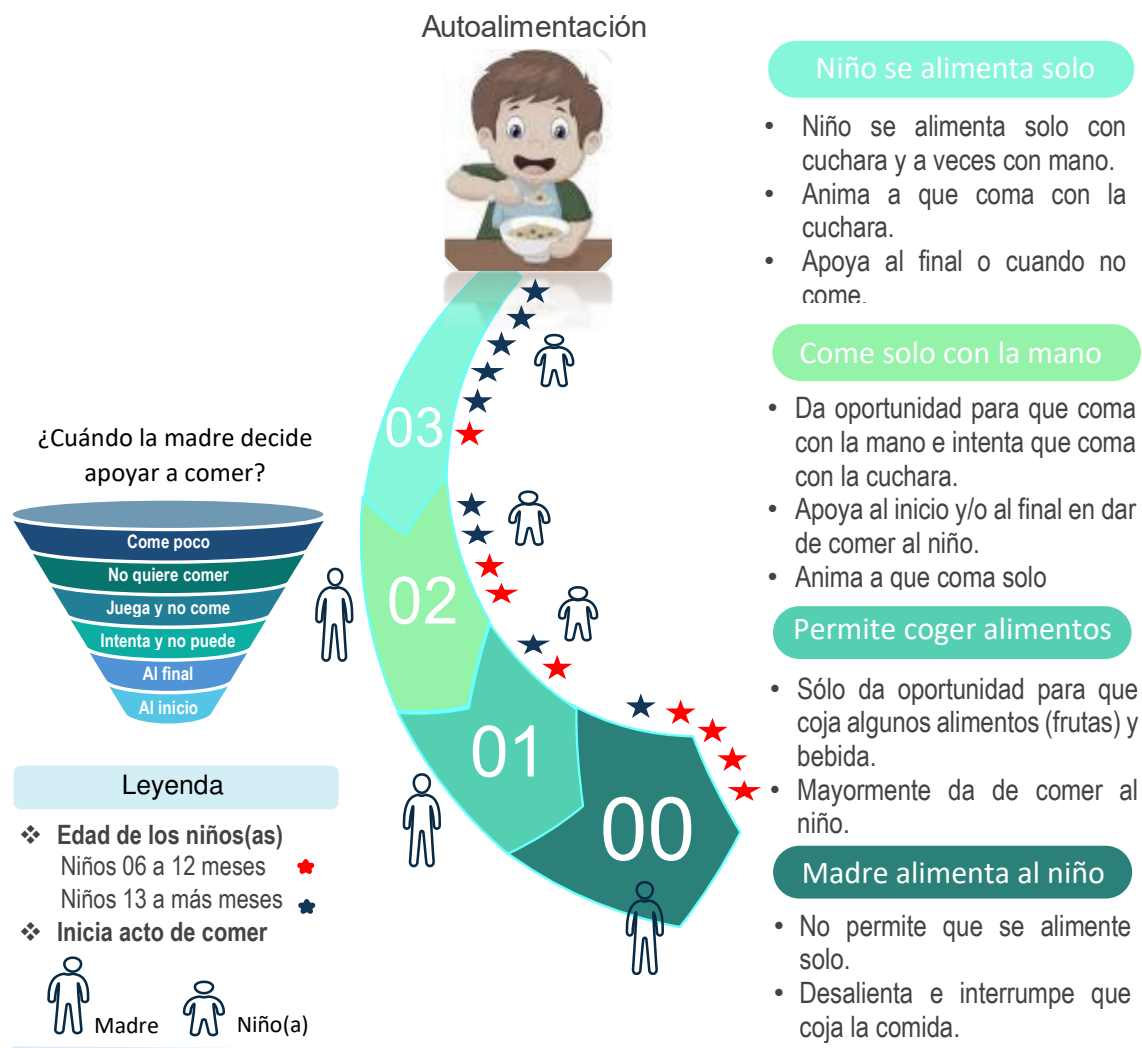


Figura 8. Proceso de la autoalimentación de los niños y momentos de participación de las madres

Entre los alimentos que las madres les han permitido a sus hijos coger, están en primer lugar las frutas que son ofrecidas en trozos como la manzana, papaya, mango y plátano. Luego algunos productos farináceos como pan, galletas, fideos y arroz; y entre los alimentos ya preparados, tenemos al huevo duro, la papa frita, patita de pollo, pierna de pollo, pescado frito en trozos, frejoles guisados y tallarines. Por lo general, las madres dejan que cojan aquellos alimentos que les gustan y van a poder comer solos.

En las entrevistas a las madres se identificaron algunas percepciones que tenían estas sobre la alimentación por sí mismo de los niños y sobre la opinión a que coma con la mano. Respecto a la primera, pocas madres opinaban que comer por sí mismo era mejor, sin embargo, manifestaban que sus hijos se

encontraban en ese proceso, pero que todavía no sabían comer solos, a pesar de que ya tenían la edad de hacerlo. Lo que se identificó fue que, si bien no tenían la idea de los beneficios de una autoalimentación para sus hijos, lo que les preocupaba era que terminen su plato de comida, que coman cada vez un poco y más y si con la mano lo podían hacer, dejaban que lo hagan, que se alimentaran con la mano. Para los niños más grandecitos mayores de 12 meses, era una forma de aliviar su permanencia del lugar con el niño, le permitía a la madre hacer sus actividades, y lo que acostumbraban a hacer era dejarle servido, que se alimente como puede y ya luego ayudarlo. Eso dependía también de la respuesta del niño.

“Opino que comer solo es mejor, así dicen, pero mi hijo no sabe comer” (E301).

“Le sirvo, se sienta solita, y solita se come, come bastante...yo veo si avanzo y si avanzó, ya pues, le dejo, y si no, le hago acabar un poquito más, y sí come” (E812).

También se pudo observar una dependencia de las madres al brindar los alimentos a los niños, lo que les limitaba a valerse por sí mismos, con la idea de que estos tenían poca capacidad para masticar, coger alimentos o utensilios; aunado a ello, el temor que se enfermaran y se atoren con los alimentos. Tampoco les permitieron explorar los alimentos porque no querían que se ensuciaran o jugasen con la comida. Estas limitaciones en el aprendizaje de comer hicieron que tardíamente empiecen a comer por sí solos, retrasando el proceso de aceptación, consistencia y alimentación de la olla familiar.

“Yo le doy de comer, le llevo la cuchara a la boca, en todo momento le doy de comer, no le dejo que coma solo porque él juega con la comida, lo tira” (E301).

“No, no, a veces puede soltar, a veces puede derramar, todavía no solita, todavía le doy de comer yo...” (E612).

En cuanto a la opinión que coman con la mano, la mayoría de las madres no tenían ningún problema, aceptaron que era una forma de alimentarse y que era aceptado básicamente para comer las frutas, algunas verduras y las piezas de carne o huevo. También han escuchado por algún personal de salud que era adecuado que cojan sus alimentos con la mano y se lo lleven a la boca como una forma de estímulo y estrategia. Solo se registró una opinión negativa de una madre cuando la niña cogió los fideos de la sopa con la mano.

“La enfermera es mi amiga y me ha dicho normal, puede comer con su manito, para estimularlo. Es una estrategia que él puede hacer, de esa manera está comiendo normal el plato que le sirvo” (E1611).

La madre de la niña, le dice “con la mano estás comiendo, qué vergüenza” (O1712).

Subcategoría 5.1.1 Intervención de las madres en la autoalimentación

Las madres intervinieron en la autoalimentación de sus hijos como apoyo y estímulo. Como apoyo, primero, se dio al momento de ubicar al niño en el lugar apropiado para que pueda comer, la madre condujo al niño para que se sienta cómodo y seguro para que pueda comer sus alimentos. Segundo, utilizaba estrategias de apoyo que le permitieron facilitar la ingesta al niño, como adecuar los alimentos para que el niño pueda coger con su mano, mezclar los alimentos para facilitar que pueda recoger con la cuchara y brindar agua para que pase los alimentos. Tercero, brindaba soporte al niño, de tal manera que sostiene su mano o cuchara para que pueda comer por sí mismo. Figura 9.

Como estímulo, primero al inicio, le hacía probar el alimento con la intención de estimularle su apetito, segundo animaba a comer, para ello utilizaba expresiones verbales de elogios cuando estaba por terminar o de ánimo para motivarles a comer, y no verbales como gestos y muestras de cariño cuando termino su comida. Tercero, les brindaba oportunidades a los niños para que coman solos, sea con la mano o con la cuchara, este último se observaba en los niños mayores de 12 meses. Figura 9.

Conduce al niño a sentarse y lo coloca frente a ella, le sirve la comida en su plato, le hace probar la comida con una cucharada y con su mano pedazos de pescado, luego deja su plato sobre el piso (no tenía mesa) para que siga comiendo, el niño le mira a la madre con agrado, ella le hace un gesto y le sonríe, el niño coge el plato del piso, coge la cuchara el segundo y se lo lleva a la boca (O1411).

La madre trata de sostenerle la mano con la cuchara para que no derrame pues está mal sentada. La niña quiere comer sola, la madre acerca más el tazón, hacia la niña, quién sigue cargando cucharadas de líquido de la sopa, ahora introduce la mano izquierda (sigue sosteniendo la cuchara con la derecha) y saca un fideo y se lo come (O1712).

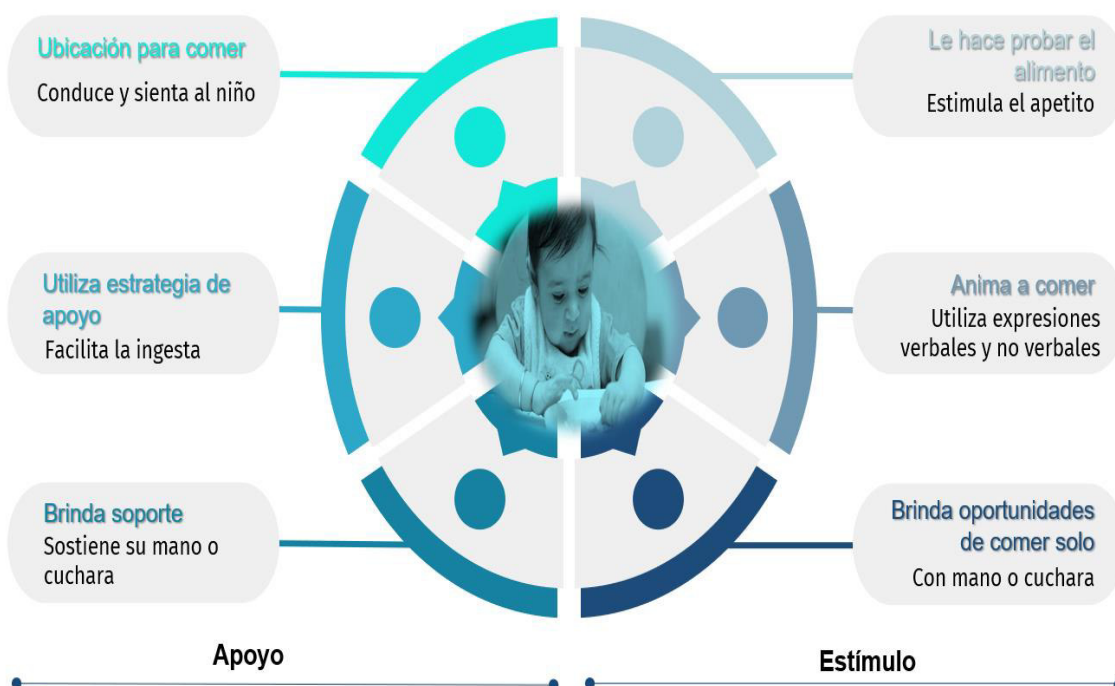


Figura 9. Formas de participación de las madres en la autoalimentación de sus hijos

Subcategoría 5.2.1 Involucramiento de las madres en el momento de las comidas de los niños

Las madres durante el momento de las comidas realizaron diversas acciones, la disposición e interacción con sus hijos dependió de la edad de estos. Las madres de los niños menores de 12 meses estaban más pendientes a las acciones que realizaban los niños, hubo una mayor interacción con ellos e incluso un mayor uso de estrategias de animación para que el niño pudiera comer, lo que no sucedió con los niños mayores de 12 meses, cuyas madres en el momento de comer de los niños, les ejercían mayor presión para que coman y los dejaban que coman solos.

En algunos casos, se observó que las madres delegaban a sus otros hijos mayores el cuidado y distracción de su hermano menor mientras este comía, y le apoyaban a comer si lo requería, mientras la madre hacía otras o quehaceres de casa o se encontraba sirviendo los alimentos al resto de la familia. Algunas madres, a pesar de que no estaban frente a ellos, estaban cerca, siempre observando y pendiente a lo que estaban haciendo cuando comían, les llaman la atención cuando se movían o dejaban de comer, cumplía la función de vigilancia.

“Estoy atenta a lo que hace, a él me dedico, nada más cuando come, le hablo, le hago juego y a veces le canto para que pueda comer” (E401).

“Yo sí me siento junto a él...lo miro, es bien traviesito. No puede estar solo, tengo que verlo comer... se levanta de un momento a otro” (E1311).

“La madre de Junior le sirve, le deja su platito sobre la banquita, que es su mesita del niño donde come, le hace sentar y lo deja que coma solo, mientras ella se pone a lavar los servicios y las ollas que utilizó, pero siempre cerca, vigilando, atenta a lo que hace y le llama la atención para que siga comiendo” (O211).

En la figura 10, se muestra el cumplimiento de una alimentación activa y continua por parte de las madres como parte de las dimensiones de una alimentación responsiva, respecto a las edades de sus hijos, constituye una forma de evaluar el nivel de participación de las madres durante el proceso de alimentar al niño. Al comparar ambos grupos se identificó que, el grupo de madres con niños de 12 meses a menos, tenían una mayor participación en la interacción madre-hijo durante el momento de las comidas, ante una mayor presencia de la alimentación activa y continua. A diferencia del grupo de madres de niños mayores de 12 meses que se identificaron en ellas, el uso de pocas estrategias de animación cuando el niño no ha comido lo suficiente y la poca o inadecuada forma de hablar de algunas madres con sus hijos durante el momento de comer.

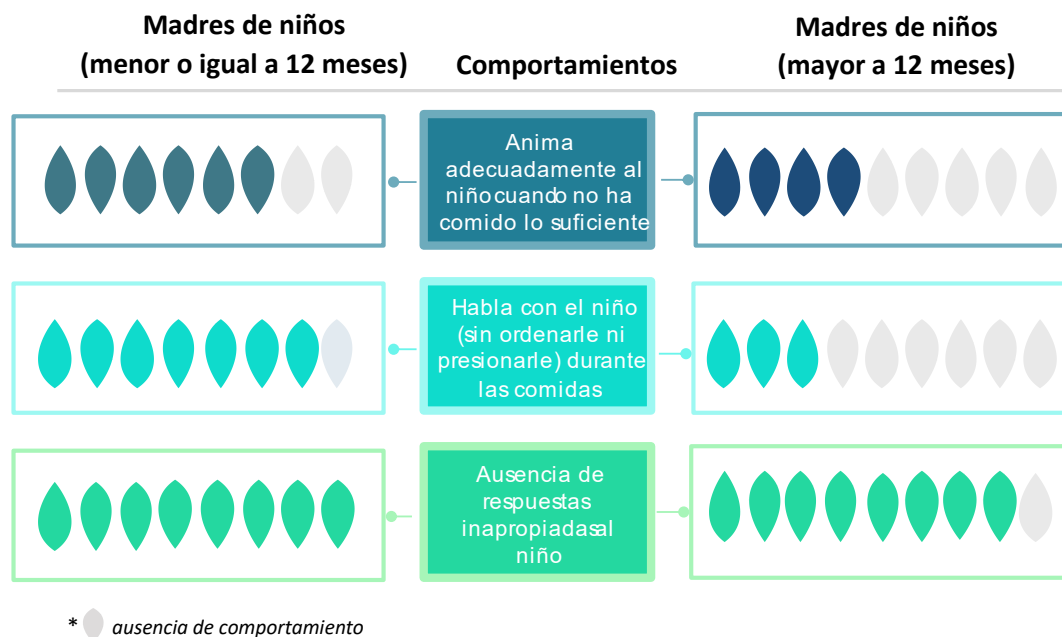


Figura 10. Presencia de comportamientos de alimentación activa y continúa en madres de niños de 06 a 23 meses

Subcategoría 5.2.2 Estrategias de alimentación empleadas durante el momento de las comidas

Como parte de las interacciones de las madres con sus hijos e hijas a la hora de la comida, se recogió información de las estrategias que usan para influir en el comportamiento de sus hijos e hijas mientras comen, dentro del contexto de la hora de la comida en el hogar.

En esta subcategoría, se identificaron cuatro estrategias principales, que fueron las de mayor magnitud que se han identificado en este grupo de madres, estas fueron de animación, de presión, de distracción y de facilitar la ingesta. También se han identificado otras estrategias, pero en menor magnitud, como de autoalimentación, aceptación, neutralidad, negociación y razonamiento

Las estrategias de animación comprendieron aquellos comportamientos que emplearon las madres para motivar e incentivar a que sus hijos coman, constituyó un resultado positivo de la interacción. Destacó el afecto, que eran expresiones de caricias, gestos o palabras para motivarlos a comer; de felicitación cuando hacían uso

de palabras de elogio o reconocimiento porque lo que estaban comiendo o el logro de haber terminado de comer; prioridad a un alimento se dio en aquellas madres que preferían o le daban importancia a un alimento en particular para que termine; cualidad del alimento estrategia utilizada en algunas madres cuando resalta alguna característica sensorial del alimento, y por último, las de estímulo y de acciones lúdicas que comprendieron aquellas estrategias en las que interactúa el niño como cantar, jugar, hablar, bailar, pasear, aplaudir, escuchar música u observar la acción de comer en animales o personas.

Las estrategias de presión englobaron una serie de comportamientos de las madres relacionados con la capacidad e intensidad de hacer cumplir con firmeza que sus hijos coman, entre estas destacaron las de fuerza, de insistencia, advertencia, de condición e indicación. Por lo general, estos se han presentado cuando el niño se distraía y dejaba de comer o ya no quería comer.

La de menos presencia fue la de fuerza, pero resalta su relevancia por ser agresiva e intimidante, por la acción física o la manera de hablar al niño y las de mayor presencia fueron las de insistencia, que fueron acciones o palabras repetitivas y persistentes que emplea la madre para que el niño coma un poco más, y las de indicación, que fueron palabras, gestos, señales que emplearon las madres para indicar que siga comiendo o termine de comer.

También hubo estrategias de condición, referida a las circunstancias necesarias que emplean las madres para que se cumpla el objetivo de que el niño termine de comer y de advertencia referido al aviso o amenaza que se le hace al niño para que cumpla con terminar de comer o consuma un poco más.

Las estrategias de distracción utilizadas por las madres fueron manuales y visuales. Las estrategias manuales, consistieron en brindar a los niños diversos objetos para que los manipulen, se les ofreció alimentos como fruta o pan con la intención que tuvieran su mano

ocupada. Así también, se les brindó juguetes dentro de un depósito para que lo saquen y guarden o se les entregó lápices para que rayen, todo ello, con la intención de que los niños estén enfocados en otra acción, y pueda la madre aprovechar su distracción para meterle la cuchara a la boca. Las estrategias visuales estuvieron relacionadas con cautivar la atención de los niños con imágenes y videos infantiles en el celular y programas de dibujos animados en televisión. En el caso de una madre, esta ofreció una revista mientras le hablaba y daba de comer al niño para que se distraiga y de esa manera coma.

Facilita la ingesta, fue una estrategia que consistió en adecuar el alimento en cuanto al tamaño, forma y textura para que los niños puedan coger el alimento con la mano o cuchara. También consistieron en adecuar algunas preparaciones de alimentos, uno para mejorar el sabor y consistencia, otro para lograr la aceptación del alimento, cambiaron de preparación o prepararon aparte. Asu vez, se observó el brindar agua o alguna bebida para pasar los alimentos, esto lo hacen en la mayoría de los niños, cogiendo su taza o vaso.

La estrategia de autoalimentación consistió en que los niños se alimenten por sí mismo, sea con la mano o con la cuchara, de esa manera ellos exploraron sus alimentos y tuvieron un mayor interés en comer, posiblemente al elegir lo que más le gustaba o llamaba su atención.

La estrategia de recordatorio o neutralidad, consistieron en acciones que realizaban algunas madres para permitirles recordar a los niños, lo que tienen que hacer, sin ejercer presión. Mientras que la estrategia de aceptación fueron acciones enfocadas de aceptar la situación, de que los niños ya no van a comer más, por las respuestas de estos, y plantearon guardar la comida o desecharla. No insistieron por el temor que ´los niños vomiten o les haga daño.

Otras estrategias de mucho menor presencia fueron la de negociación, que consistió en un acuerdo o compromiso para que los niños acaben parte de la comida, y la de razonamiento, que se empleó en los niños

más grandecitos con la finalidad de que puedan comer un poco más de comida, a partir de lo que las madres le decían en relación con los alimentos y a los beneficios para el niño, en cuanto a su crecimiento o salud.

Las estrategias de animación, distracción y neutralidad estuvieron más presentes en las madres de niños más pequeños de 12 meses a menos. Mientras que las estrategias de presión, autoalimentación, negociación y razonamiento estuvieron presentes en los niños más grandecitos, mayores de 12 meses. Las estrategias que se identificaron como que se dieron en ambas edades fueron la de facilitar ingesta y aceptación. (Ver figura 11).



Figura 11. Estrategias de alimentación que emplean las madres de los niños de 06 a 23 meses en el momento de las comidas

Categoría 5.3 Vinculación emocional de las madres en el proceso de la alimentación

Esta categoría fue emergente y resalto su importancia al estar vinculada con la decisión de las madres en el proceso de la alimentación de los niños.

Subcategoría 5.3.1 Sentimientos de las madres que surgen en el momento de la alimentación de los niños

Los sentimientos de las madres ha sido una subcategoría emergente que se ha evidenciado como resultado de las emociones que embargan a las madres ante los conflictos o dificultades que se han presentado durante la alimentación de sus hijos.

En la figura 12, se muestra sentimientos negativos, de frustración ante el rechazo de la comida de sus hijos, algunas madres expresaron impotencia de no saber que darle a su hijo para que coma, de angustia ante la preocupación de que se puedan enfermar o les pueda ocasionar algo por la falta de apetito. De miedo, al sentirse inseguras por la forma en que le han estado dando de comer a sus hijos, miedo a que se atore o se vaya a ahogar, eso fue manifestado en aquellas madres que se encontraban solas durante el día en su hogar.

También se han registrados sentimientos de estrés en algunas madres, entre las razones que declararon fue porque los niños se demoraban mucho en comer y las madres tenían que hacer los quehaceres de la casa y otros trabajos pendientes. Este último sentimiento, también fue manifestado por aquellas madres cuyos niños eran bien inquietos, jalaban todo y no estaban quietos; así también, cuando estos se sentían fastidiados por algún malestar o no se les hacía caso porque pedían algo, se expresaban irritables y lloraban mucho, ante ello las madres se encontraban fastidiadas.

También hubo sentimientos de tranquilidad y alegría cuando los niños ya no hacían problemas, comían mejor y se adherían al tratamiento de anemia sin complicaciones.

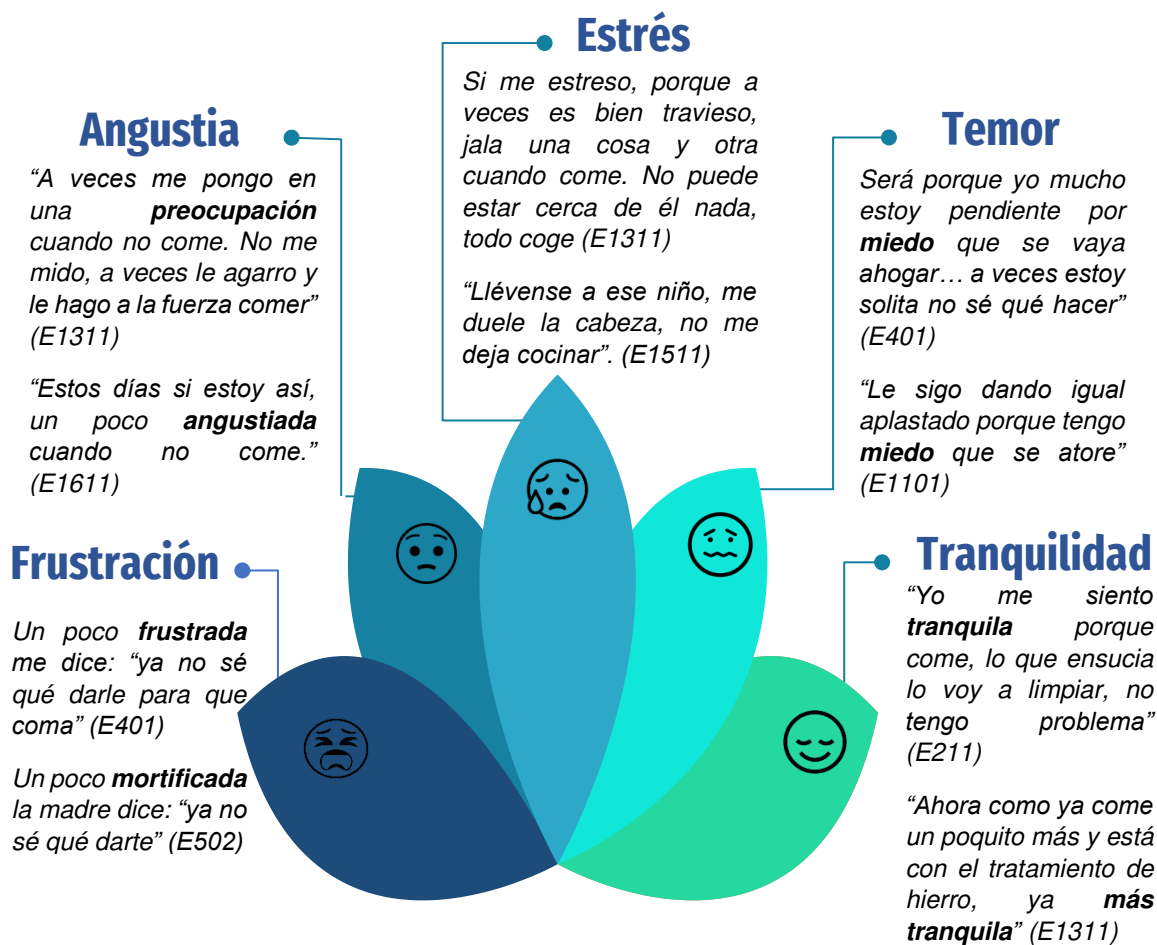


Figura 12. Sentimientos de las madres que afrontan durante el momento de la alimentación de sus hijos.

Subcategoría 5.3.2 Actitudes de las madres durante el momento de la alimentación de los niños

Las actitudes de las madres se han identificado como las forma de reaccionar o disposiciones, frente a la alimentación de sus hijos.

De acuerdo con los resultados encontrados se puede afirmar que las madres del estudio han presentado actitudes favorables y desfavorables en el momento de alimentar a sus hijos, estas actitudes se han visto afectadas principalmente por la seguridad que tenían las madres en las acciones a realizar y esto por la experiencia y conocimiento que tenían, así como por su entorno social empezando por los más cercanos, como la familia y vecinos, debido a sus costumbres, percepciones y creencias.

Se ha podido identificar ciertas diferencias en las actitudes de las madres de acuerdo con la edad de sus hijos, siendo las madres de niños de 12 meses a menos, más interactivas en animar, más afectivas y preocupadas ante el hecho de que el niño no quería comer, pero también fueron más sobre protectoras al no dejarle que se alimente por sí mismo, o, por el contrario, fueron muy permisivas o conformistas al no actuar en forma oportuna.

Por otro lado, las madres de niños mayores de 12 meses mostraron actitudes más proactivas al promover y enseñar a que el niño se alimente por sí mismo, pero también presentaron actitudes desfavorables como ejercer mucha presión para que coma, desatender el cuidado del niño o niña al delegar esta función a sus otros hijos que son todavía menores de edad, y en algunos casos se ha visto que fueron muy flexibles cuando el niño o niña dominaba la situación. En ambos grupos de edad se ha visto una actitud positiva integradora respecto a su capacidad de respuesta ante las señales de hambre y saciedad, de vigilancia y apoyo en el momento de la alimentación del niño. Las actitudes de las madres que han presentado durante el momento de alimentar a sus hijos se muestran en la figura 13.

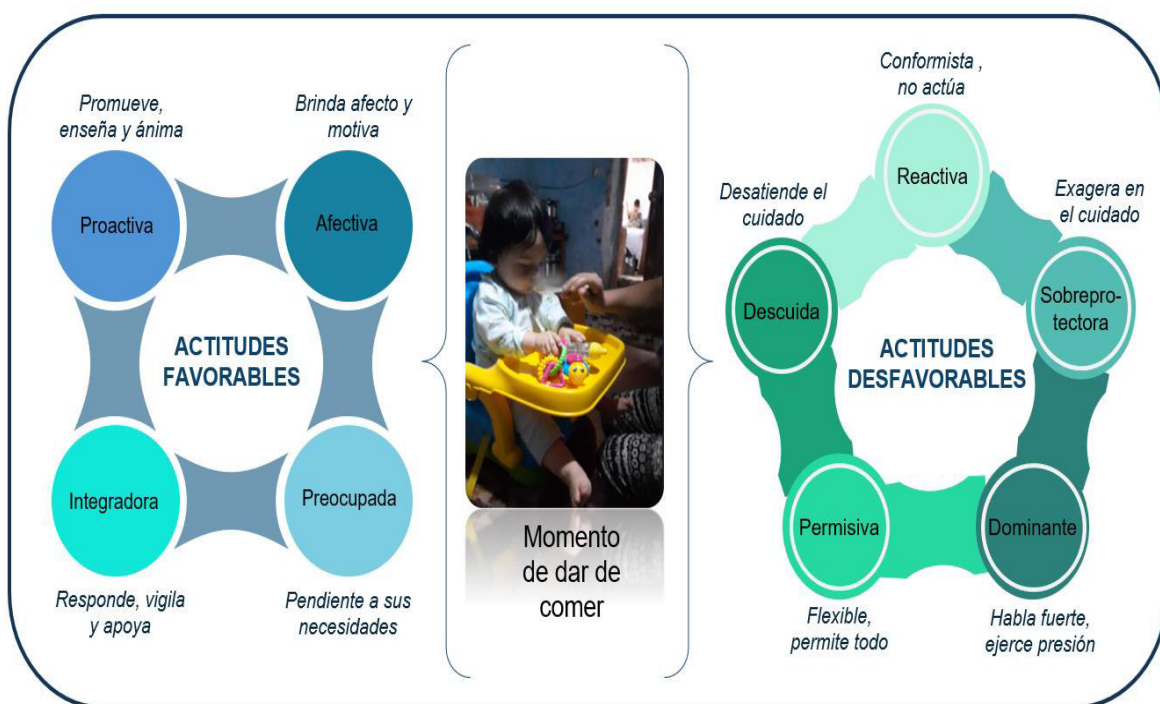


Figura 13. Actitudes de la madre durante el momento de alimentar a sus hijos

La disposición emocional de las madres se pudo apreciar durante las observaciones, que estas eran diferenciadas por la edad de los niños, y el número de hijos. Las madres de los niños menores de 12 meses estaban más pendientes de sus necesidades y preocupadas de su comida, lo contrario ocurría con las madres de niños mayores de 12 meses. Respecto a las madres que tenían otros hijos, delegaban su cuidado y distracción a sus otros hijos y de esa manera no estaban tan involucradas en el momento de su alimentación.

Tema 6. Dinámica estructural de la alimentación en los niños

El tiempo destinado a comer los alimentos, el entorno donde se alimentan los niños y la disposición física de la madre y el niño, constituyeron puntos críticos para que los niños fortalecieran sus habilidades para comer y seguridad de poder hacerlo.

Categoría 6.1 Disposición del tiempo para la alimentación

Los momentos de alimentación, constituyeron un espacio de socialización y de interacción entre la madre y el hijo, por ello su importancia. La estructura del tiempo se estableció con horarios para dar de comer al niño y una disposición del tiempo para el mismo.

Subcategoría 6.1.1 Hábito de horario para las comidas y tiempo que demoran en comer los niños

Una dinámica estructural de la disposición del tiempo para las comidas generó orden y guía para la madre. Se evidenció, que las madres de los niños tenían un horario para dar de comer a sus hijos, por lo general el desayuno era entre las 8 y 8:30 de la mañana, la media mañana de 10 a 11 am, el almuerzo entre las 12 a 1:00 pm, la media tarde de 4 a 5 pm y la cena de 7 a 8 pm. El tiempo que demoraron en comer el almuerzo, evaluado como comida principal, fue de treinta minutos a una hora. A pesar de que les demandaba un buen tiempo la hora de comer, la gran mayoría de madres lo aceptaban sin mayor problema y mostraron buena actitud y paciencia.

“...cuando le gusta la comida, será pues, 15 minutos a 20 minutos, rápido se acaba, y cuando ya no quiere, estamos como media hora, no avanza su plato (risas)” (E612).

“Termina en una hora (risas) y eso que dándole prisa si no demoraría más. Come lentísimo” (E502).

“Se demora de 30 a 40 minutos. Me parece que está bien, casi el mismo tiempo que todos” (E1611).

“Se demora una hora, pero si es para que coma debo demorarme lo que sea, el tiempo lo tengo para él” (E401).

En la observación se evidenció, que el tiempo destinado para dar las comidas, se vio alterado por la poca disponibilidad de alimentos que se tenía en el hogar. También se vio afectado por el tiempo que la madre destinó para hacer las preparaciones, cuando estas eran laboriosas o tenían que atender primero a otros miembros de la familia.

En el caso de las entrevistas, algunas madres comentaban que cuando estaban retrasadas con la comida, debido a las ocupaciones del hogar o de trabajo, tuvieron que dar alimentos alternativos para calmar el apetito del niño como frutas, galletas, queque, frugos etc.

En otros casos, a los niños les gano el sueño, por la espera y optaron por hacerlos dormir, retrasándose el tiempo del almuerzo para más tarde, por lo que se omitió un tiempo de comida.

Categoría 6.2 Disposición del ambiente donde se alimenta los niños

Para algunas madres, la disposición de los ambientes donde comen los niños generó, para estos, reconocimiento del lugar y del sitio para comer. Lo cual puede servir de refuerzo para promover prácticas de alimentación saludables en ellos.

Subcategoría 6.2.1 Ambientes y entornos donde se alimentan los niños

En el estudio, la disposición del ambiente estaba sujeto a las condiciones físicas de la vivienda de la madre, que en la mitad de las entrevistadas era una sola habitación. El lugar donde alimentaban a los niños era principalmente en la cocina, seguido del cuarto, y en menor presencia en el comedor. Por lo general, el ambiente de cocina era

parte de una sola habitación, diferenciado por encontrarse a un extremo de la habitación y separado por una cortina u otro material.

En el caso de los niños más pequeños, se dio el caso de algunas madres que ofrecían la comida no solo en un sitio, sino por donde se desplazaban los niños, lo perseguían por toda la habitación o lo llevaban a su cama y ahí con diversos objetos le dieron de comer hasta que acabara de comer o comiera un poco más.

“...Comemos allá en la mesa de la cocina de mi mamá en su casita. En mi casa en la cocina, mi niño come solito, en una sillita que tiene una banca como mesita, ahí come” (E211).

“Se observa que le brinda los alimentos al niño en su cuarto que es su único ambiente, vive en la casa de su suegra. Le dio la fruta, sentado sobre las piernas de la madre que se encontraba sentada en la cama, más luego le dio en su andador, entre juego y juego, cuando este se movilizaba. Por último, se observó que le brindo la comida del almuerzo sentado en su silla de comer” (O401).

“Cuando no va a la cuna, come con nosotros en el comedor, tiene su sillita de comer, pegado a la mesa, la colocamos para que coma” (E1611).

En general, el entorno del ambiente donde alimentaban a los niños era tranquilo, no había distractores visuales ni de sonido en la mitad de las madres entrevistadas; solo cuatro prendían televisión, tres les mostraban el celular y dos colocaban música mientras comían, estos últimos para el caso de los niños menores de 12 meses.

Respecto si los niños comían solos o acompañados, un poco menos de la mitad comían solos y el resto con alguna compañía, sea con la madre, hermanos o con todos los miembros de la casa.

“En mi cocina no hay televisión, no acostumbro a prender la televisión a la hora de comer, tranquilo no más se come” (E101).

“Es bien difícil para comer, le pongo su video de animales en la televisión mientras come, solo así come un poco más” (E401).

“Ahora sí, eso estamos aprendiendo a mirar celular, ahí dibujitos, mirando eso, ahí sí ya no agarra con su manito la comida, quiere que le des de comer, ella está ahí concentrada, ahí está metida, así está comiendo...” (E702).

6.3 Disposición física de las madres y los niños en el momento de comer

Un aspecto para considerar como parte de la dinámica estructural de la alimentación en los niños pequeños, muy aparte de las rutinas en las comidas y del lugar, ha sido la disposición física de las madres y de los niños en el momento del acto de la alimentación.

Subcategoría 6.3.1 Postura y ubicación de las madres

La disposición física de la madre cumplió un papel importante, se registró la ubicación y postura de la madre para dar de comer a su hijo o para vigilar su proceso de autoalimentación. Un poco más de la mitad de las madres se ubicaron al frente de estos, porque refirieron que de esa manera estaban más pendientes a sus acciones y había una conexión con su mirada, esto principalmente en los menores de 12 meses, había también una preocupación porque no lo podían dejar de verlos ni descuidar porque eran muy inquietos.

La preocupación de las madres recaía en los objetos que puedan coger, llevarse a la boca y ocasionarles algún daño. Así también tenían la preocupación que jueguen con la comida, lo tiren y no coman nada. El otro gran grupo se sentaba al costado porque solo los estaban acompañando, su atención no era constante del niño, este comportamiento se apreció más para las madres de los niños mayores de 12 meses.

Por otro lado, un grupo mucho menor de madres, se situaban un poco distante de los niños cuando comían, pero siempre observándolos. El propósito era que coman solos y sean más independientes, de esa manera las madres iban haciendo sus labores domésticas u otras acciones, pero siempre observándolos o llamándoles la atención para que no se distraigan y logren avanzar con su comida.

“La madre coloca a la niña en el coche, cerca de la mesa, y ella se sienta frente a ella” (O812).

“La madre le sirve al niño su comida en su plato, lo deja solo que coma, y se coloca un poco distante, pero al frente de él, observándolo” (O1411).

“La mamá se encuentra frente a la mesa y se ha sentado de lado, siempre mirando al niño” (O1101).

“La mamá le sirve al niño su comida sobre una banca chica, que es su mesa del niño y lo deja que coma solo, mientras ella se pone a realizar sus quehaceres, pero está siempre atenta a lo que hace” (O211).

Subcategoría 6.3.2 Postura y ubicación de los niños

La disposición física de los niños cumplió un papel importante para que los niños puedan acabar su comida o comieran una proporción mayor. En cuanto a la postura de los niños en el momento de las comidas, estos estuvieron en su mayoría sentados, situados en diversos objetos como: una silla de comer, en silla con mesa, en su cochecito, en una banca pequeña sin mesa, sobre un colchón que se encontraba en el piso o sobre unos cartones reciclados. Hubo el caso de 02 niños, que se dispusieron arrodillados sobre el suelo colocando su plato sobre el mueble. También se dio el caso en los más pequeños, que por momentos se les brindó los alimentos, cargados sobre las rodillas de sus madres y caminando, persiguiéndolos para que coman.

A su vez, la ubicación de los niños también cumplió una acción importante, de acuerdo a como estos se encontraban dispuestos en la mesa, les limitaba o les permitía movilizarse con mayor o menor facilidad durante el acto de comer. El hecho de estar ubicado en una silla de comer, en un cochecito amarrado o en la mesa del comedor con otros miembros de la familia les favorecía a que no pudieran desplazarse sin permiso, de esa manera estaban sujetos a terminar su plato antes de poder retirarse.

“Nosotras, le damos en su coche. En su cochecito la hago sentar. Justamente en ese lado de la mesa, en esa esquinita lo colocamos para que coma con nosotros”. (E502).

“Ahí nomás (haciendo referencia a un mueble) o ahí sentadito (haciendo referencia al colchón que estaba tendido en el piso). El día de la observación el niño estaba sentado sobre unos empaques de huevo cubierto con una manta. La hermana comía sentada en el piso apoyando su plato sobre el mueble” (E1411).

“Mayormente le doy en la cama, ya que no quiere acá, me la llevo al cuarto como es bien inquieta” (E1012).

4.1.4 Mapeo analítico de los temas, categorías y elementos influyentes

En la figura 14, se resume en un mapa conceptual el tema central, la alimentación de los niños de 06 a 23 meses con sus ejes temáticos involucrados, sus categorías y elementos influyentes. Así mismo se encuentran identificados por colores las preguntas guías que fueron el sustento de las teorías y modelos que sirvieron de fundamento para comprender el problema, diseñar el análisis y construir los resultados de la investigación.

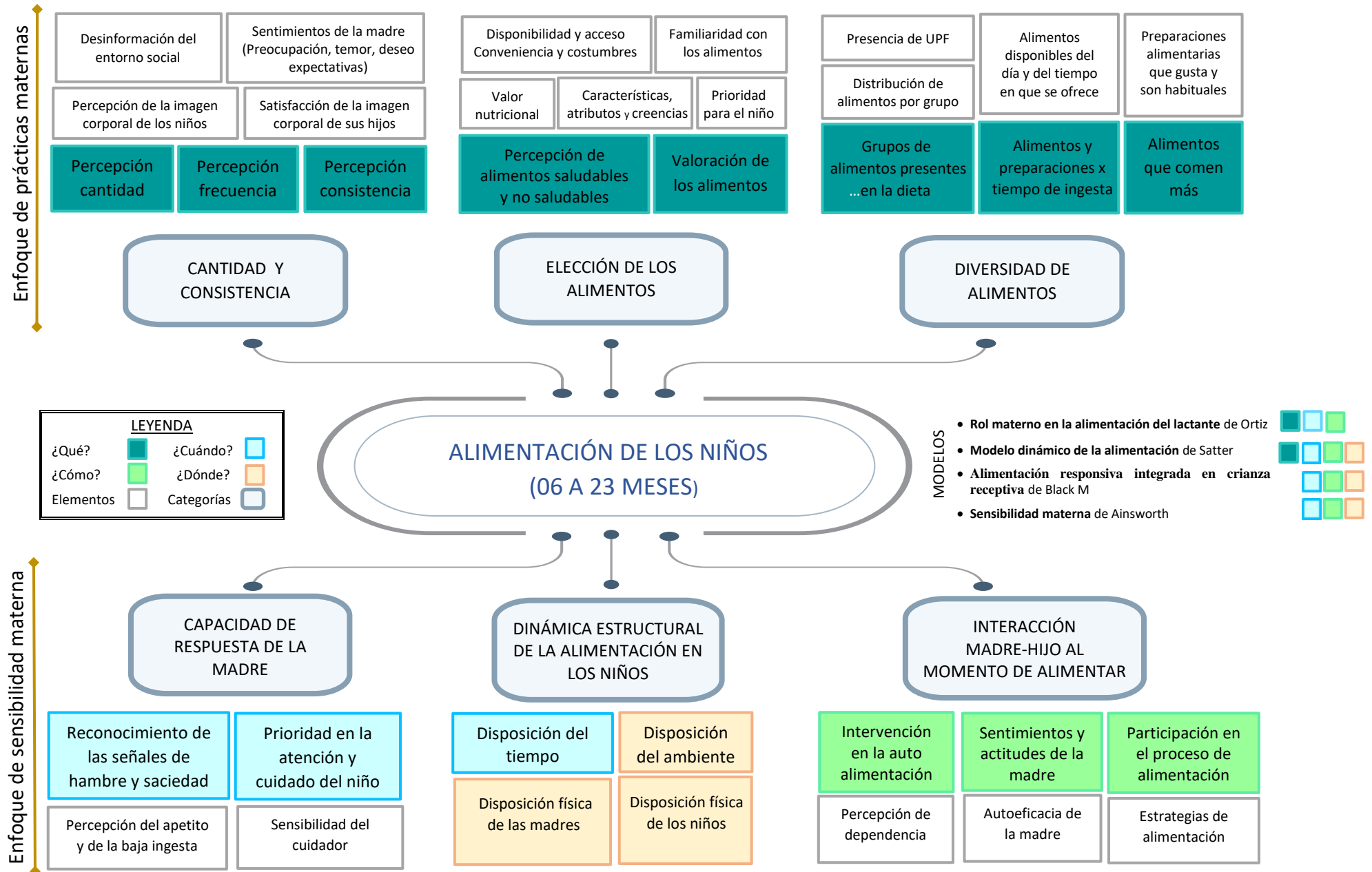


Figura 14. Mapeo analítico de temas, categorías y elementos influyentes según enfoque de las madres

4.2 Discusión

El objetivo de la presente investigación ha sido comprender la alimentación de los niños de 6 a 23 meses desde la perspectiva de las madres para evidenciar algunas respuestas a los problemas alimentarios que se presentan en esta etapa y que afectan el estado nutricional de los niños. Es a partir del enfoque cualitativo y del análisis temático utilizado, lo que ha permitido identificar de las narraciones y observaciones de las madres focos de atención en cada uno de los ejes temáticos que involucra este proceso, para su posterior intervención.

Cada uno de los temas abordados agrupa una serie de categorías, subcategorías y elementos vinculantes, organizados de acuerdo con el enfoque de sus prácticas alimentarias y sensibilidad materna, fuertemente condicionados por las experiencias en el momento de la alimentación de los niños. Del análisis, se ha podido comprender el actuar de las madres en la alimentación de los niños, así como reconocer su rol protagónico en este proceso. La relación con el niño en el momento de la alimentación, bajo responsabilidad, sensibilidad materna y crianza responsiva han sido identificados como elementos claves para lograr prácticas de alimentación adecuadas y oportunas. Así mismo, se han encontrado debilidades sobre las que hay que seguir trabajando respecto a la percepción materna que pueda tener, del qué y cuánto ofrecer, de la capacidad de respuesta de la madre en cuándo ofrecer y de una alimentación responsiva, principalmente a mayores de 12 meses de edad, de cómo ofrecer.

Los enfoques maternos identificados en el presente estudio se apoyan en cuatro modelos que predicen el comportamiento de las madres. El primer modelo, rol materno en la alimentación del lactante, explica como “las características maternas, entre ellas las cognitivas, el rol materno y las características de los niños, se encuentran vinculadas y condicionan el estado nutricional de los niños, representados en un microsistema social, cuyos actores son la madre y el niño e involucra el qué, cuándo, cómo y por qué del proceso de la alimentación” (Ortiz-Félix et al., 2016). El segundo modelo, alimentación responsiva integrada en la crianza receptiva, muestra la

reciprocidad entre el cuidador y el niño durante la alimentación. Incluye el entorno dónde se alimenta, la capacidad de respuesta a las señales de hambre y saciedad del niño, de manera rápida, contingente y apropiada para su desarrollo; el promover la atención y el interés de los niños a la alimentación, así como una progresión exitosa hacia la alimentación independiente, considera el cómo, dónde, cuándo y quién alimenta (M. M. Black & Aboud, 2011).

El tercer modelo de Satter, división de responsabilidades en la alimentación, describe la dinámica de la alimentación bajo el criterio de relación de la alimentación responsiva. Las madres son responsables de la estructura y la rutina de la alimentación (el qué, cuándo y dónde comer) y el niño es responsable de cuánto y si come o no lo que se le proporciona (Lohse & Mitchell, 2021).

El cuarto modelo, Sensibilidad materna de Ainsworth, describe cuatro características del comportamiento materno para garantizar la calidad del cuidado que va desde lo más positivo a lo más negativo: aceptación- rechazo, cooperación-interferencia, accesibilidad-ignorar y sensibilidad-insensibilidad, involucra el cómo, dónde y cuándo del proceso de la alimentación (Carbonell, 2013).

Los temas abordados en la presente investigación han sido productos del análisis del diseño y de la exploración de la evidencia científica como componentes importantes en la alimentación del niño de 06 a 23 meses de edad, identificados como focos de investigación que requiere atención desde la perspectiva de las madres, se clasificaron en seis temas: (i) cantidad y consistencia, (ii) elección de los alimentos, (iii) diversidad de alimentos (iv) capacidad de respuesta de las madres, (v) estructura del entorno dónde se alimentan los niños (vi) interacción madre-hijo al momento de la alimentación.

Cantidad y consistencia de las comidas

El enfoque de las madres respecto a la cantidad de comida ofrecida a los niños, se vieron influenciadas por las representaciones simbólicas que tienen sobre un cuerpo saludable “llenito” y por ello su preocupación a que coman

más. Esto concuerda con Osorio E. et al., (2002) que reafirma que de acuerdo a su representación de un cuerpo ideal irá su perfil de alimentación.

Por su parte, McFarren et al., (2020) en su estudio cualitativo evidencia que las madres reconocieron la vinculación de la cantidad de alimento y el peso del niño. Esta relación también se vio manifestado en algunas madres del estudio, al omitir algún tiempo de la ingesta en sus niños o no se preocuparon a que coman algún alimento sólido por la noche porque percibían que estaban subidos de peso.

Así también, la preocupación de que los niños coman poco, lo han percibido como dificultad de la alimentación. Esa preocupación les ha llevado a querer entender más, sobre cómo satisfacer las necesidades dietéticas de sus hijos, y de qué manera pueden contribuir ante ello, esa misma percepción se evidencio en el estudio de Heller et al., (2019), cuyas madres manifestaron querer aprender estrategias para que su niño coma más y puedan cubrir su ingesta, eso se evidencio principalmente en padres de estrato socioeconómico bajo.

También representó una dificultad el hecho que siempre “dejaban comida” o no “terminaban lo que se les ofrecía en su plato”. Osorio, E. et al., (2002) atribuye este comportamiento a que la madre alimenta a su hijo de acuerdo con sus costumbres, representaciones alimentarias, magnifica las porciones de alimentos y a la exigencia que el hijo deje el plato vacío. Este último debe evitarse, se debe trabajar sobre esa percepción de “limpiar el plato” y ofrecer raciones en las entre comidas para cubrir sus demandas y así evitar conductas de alimentación coercitivas (Benelam et al., 2015).

Respecto a la frecuencia de comidas, algunas madres percibieron como simbolismo el hecho de como el niño ya puede comer de la olla familiar, el cuerpo del niño puede adaptarse a comer de todo y debería comer los mismos tiempos de ingesta que un adulto. Sin embargo, se sabe que esto no es así. Según Benelam et al., (2015), los niños autorregulan su ingesta de energía de acuerdo con la densidad energética de los alimentos consumidos y la frecuencia de las comidas, aquellos que tienen menos frecuencia durante el

día consumen porciones más grandes, mientras que los niños que comen con más frecuencia tienden a consumir porciones más pequeñas que el promedio.

A ello se suma, la capacidad gástrica del niño, la cual usualmente es de 30 ml por kg de peso, tampoco se puede esperar que coma más de esa cantidad durante una comida, por ello se requiere que su ingesta sea fraccionada para cubrir sus demandas energéticas. Posiblemente, si el niño recibe menor número de comidas de las recomendadas para su edad, no recibirá la cantidad suficiente de alimentos para cubrir sus necesidades energéticas, lo que le llevará a déficit nutricional (OMS, 2021).

El enfoque de las madres respecto a la consistencia de las comidas se basó en su experiencia, en el resultado que veían de aceptación de los niños y el tipo de preparaciones que les ofrecían a los niños. De acuerdo a las observaciones y a las muestras de consistencias que se utilizaron en las entrevistas, se pudo identificar que las consistencias de las preparaciones brindadas a los niños no cumplían según su edad con las recomendaciones de la guía alimentaria peruana para menores de 2 años (MINSa, 2020), casi la mitad de las madres del estudio no brindaban una consistencia adecuada para su edad, esto recaía en la totalidad de niños menores de 09 meses, y en la mayoría de los niños 09 a 11 meses.

Según OMS, (2023), el no brindar alimentos sólidos en forma oportuna y progresiva de acuerdo con la edad de los niños, puede constituirse en una barrera para el desarrollo de la masticación, en especial de la consistencia grumosa antes de los 10 meses de edad, lo que ocasionaría mayor riesgo de problemas durante la alimentación.

Si bien las habilidades motoras de deglución son aprendidas entre los 6 a 12 meses en forma habitual, estas dependen principalmente de la experiencia del niño con la textura del alimento en la boca, más que de la edad en particular (MINSa, 2020). Esto último se reafirma en la presente investigación, al evidenciar casos que independientemente de la edad, al tener una mayor experiencia con diferentes texturas y alimentarse por sí mismo, contribuyeron a que puedan consumir alimentos sólidos completos de la olla familiar alrededor de los 12 meses e incluso mucho antes. Estos hallazgos se vinculan

con el hecho de que casi la totalidad de madres de niños mayores de 12 meses tuvieron una consistencia adecuada de sus preparaciones, y tenían una mayor respuesta de aceptación a los alimentos.

Esto reafirma la necesidad de ir incorporando el método BLW “baby-led weaning”, método que consiste en introducir los alimentos sólidos sin pasar por la fase de purés y triturados, sino dejando que el niño consuma sus alimentos de una forma autónoma con sus propias manos y vaya descubriendo las texturas y sabores de los alimentos, lo que significa que el niño adopta la alimentación complementaria con base en sus necesidades y gustos. Para Brown & Lee, (2011), el uso del método BLW permite una mayor participación en los horarios de comida familiar y menos preocupaciones maternas sobre el proceso de destete.

Para el grupo de madres, su enfoque también recayó en la aceptación y preferencias de consistencias por parte de los niños debido a características físicas de dureza o blandura de las comidas. A su vez relacionaban la consistencia seca con el estreñimiento, por eso, ofrecían algunas preparaciones menos consistentes, más aguadas, para el caso de las sopas y las bebidas del desayuno. Similares criterios se consideraron en la investigación cualitativa de Dusingizimana et al., (2021), donde la mayoría de madres prefirió y consideró adecuados para los niños, brindar alimentos blandos de consistencia acuosa; sin embargo, algunas madres prefirieron brindar alimentos de consistencia dura en forma picada con la intención de que vayan aprendiendo a comer estos alimentos.

Respecto a la consistencia y la cantidad de comida, prevaleció una percepción emotiva en las madres por la inexperiencia, desinformación, y presión de su entorno familiar, lo que les creó mucha incertidumbre y preocupación. Similares hallazgos se encontraron en el estudio de Redsell et al., (2011), cuyos padres percibieron lagunas e inconsistencias en la información que recibieron de los profesionales de la salud, por lo que los amigos y familiares influyeron en gran medida en las orientaciones sobre la alimentación del menor. Así también, sentimientos de las madres sobre el comportamiento alimentario de

sus hijos y si estos estaban consumiendo suficiente comida fueron identificados por (Benelam et al., 2015).

McFarren et al., (2020), por su parte, manifestaron la incertidumbre de las madres al no saber qué alimentar a sus hijos cuando hacían la transición a alimentos sólidos. Según la OMS, (2023), las madres, al no recibir una información adecuada y oportuna en esta etapa crítica, podrían ejercer prácticas alimentarias inadecuadas, y afectar a una baja ingesta, de mayor relevancia que la disponibilidad de alimentos en el hogar.

Por otro lado, las madres del estudio tenían la expectativa de que sus hijos coman más en cantidad, en forma consistente y de la olla familiar, con la intención de que ellas tengan mayores oportunidades de hacer otras actividades sin dejar de vigilar su alimentación. Similares motivaciones fueron registradas en madres entrevistadas de grupos focales, cuyo interés se centraba en que sus hijos comieran "comidas adecuadas" acordes con el resto de la familia (Benelam et al., 2015).

La consistencia como la frecuencia de comidas han sido enfocadas por las madres como dependientes de la aceptación de los niños, sobre la base de sus preferencias y tolerancias. Para las madres juega un papel muy importante que los niños terminen su plato de comida y si esto lo logran con alimentos aplastados, aunque no corresponde a su edad, lo realizan. Sin embargo, este punto de vista puede ser negativa, al no percibir las consecuencias que les ocasionaría a los niños el continuar administrando alimentos triturados pasados los 12 meses; no solo retrasa la ingesta de alimentos completos de la olla familiar, sino que afecta la aceptación de texturas a edades más avanzadas (Abeshu et al., 2016).

Percepción de la imagen corporal de los niños que afecta el ofrecimiento de las comidas

El enfoque de las madres respecto a la identificación de niños saludables, lo consideraron bajo diferentes estándares e ideales. La mitad de las madres entrevistadas lo asociaron a un peso incrementado y representa para ellas "estar bien alimentado", lo que significa tener una alimentación sana, variada y balanceada. Esto reafirma lo encontrado por (Harrison et al., 2018), que un

peso incrementado en el niño es una “red de seguridad” y una evidencia de “buena crianza”. Diversos estudios respaldan esta percepción basada al estereotipo que tienen las madres de ver a los niños “llenitos” como más saludables y es así como lo visualiza la familia, por ello se enfocan en alimentarlo hasta lograr ese estado (Chaidez et al., 2011).

Para la mayor parte de las madres, que habían identificado a sus niños con un peso incrementado, les significó una satisfacción. Mientras que para un grupo de madres que habían identificado a sus hijos con peso normal y bajo peso, deseaban verlos con un mayor peso. Esto lo reafirma Redsell et al., (2011), donde también registraron esta perspectiva en madres de localidades ricas y desfavorecidas en el Reino Unido y que incluso algunas manifestaron sentirse felices que su niño se encuentre en esa condición, representando una preferencia muy fuerte entre los miembros mayores de la familia.

En el reconocimiento de un niño no saludable, se le identificó como aquel que le falta peso y lo denominaron “chupado” y también aquel que se encuentra “muy subido de peso” clasificado como obeso. De los hallazgos, se evidencia de la percepción que tengan las madres de la imagen corporal de sus hijos, afectará las prácticas de alimentación infantil, al subestimar la percepción del peso corporal de estos, y promover comportamientos de exigencia en las comidas, que, puede conllevar al exceso de peso o al rechazo de los alimentos.

El subestimar el peso de los niños, se confirma con la investigación en México, en madres de niños menores de un año, que para ellas la imagen de un niño con sobrepeso es la imagen que representa a un niño sano, a un niño que vive en la comunidad y que así lo prefieren (Flores-Peña et al., 2016).

Según (Paul et al., 2015), las madres de nivel socioeconómico más bajo tienen menos probabilidades de identificar correctamente a los niños pequeños con sobrepeso u obesidad, mientras que para Osorio E. et al., (2002), en esos estratos, la madre es valorada positivamente cuando cría a un niño con sobrepeso.

Elección de los alimentos

El enfoque que tenga la madre en la elección de alimentos para los niños de 06 a 23 meses depende de varios factores identificados como decisores, que para la investigación por cuestión de orden han sido agrupados de acuerdo con la percepción que tengan de alimentos saludables y no saludables, y de la valoración de los alimentos.

La percepción que tienen las madres respecto a los alimentos saludables está enfocado al valor nutricional de estos por su riqueza de nutrientes, a la presencia de grupos de alimentos en la dieta del niño, a sus características sensoriales, al procesamiento y a la higiene de los alimentos. Estos hallazgos son consistentes de investigaciones anteriores que exploraron definiciones de alimentación saludable desde hace más de diez años, y que en la actualidad estos conceptos se mantienen en las investigaciones actuales. Sin embargo, a pesar de ese conocimiento, todavía hay una "brecha" entre la teoría y la práctica (Mete et al.,2019).

Existen muchas razones que pueden influir en la percepción de un individuo al momento de la elección de alimentos saludables, estas pueden ser, tendencias dietéticas populares actuales, campañas de promoción de la salud, las redes sociales, la familia, los amigos, los consejos de profesionales de la salud y el conocimiento nutricional. Para Mete et al., (2019) es este último especialmente importante para comprender cómo las personas definen y traducen la alimentación saludable (conocimiento declarativo y procedimental) en la vida cotidiana.

Las preocupaciones de seguridad de los alimentos son uno de los aspectos que consideran las madres al tomar decisiones sobre los productos alimenticios que deben dar a sus hijos, por ello evitan de comer fuera del hogar. Dentro de las razones para preferir la comida casera considerada como saludable, era que causan menos problemas digestivos y reacciones alérgicas, y que sus sabores no son tan fuertes ni picantes; similares características lo menciona en su investigación (Kamble et al., 2020).

Por otro lado, en hogares cuyas madres presentan restricciones de tiempo y dinero, la alimentación saludable no resulta una prioridad, se prefieren los alimentos que satisfacen y 'sacian' a los alimentos nutritivos que se perciben como no satisfactorios (Van der Heijden et al.,2021)

Para el caso de los alimentos no saludables, está referido a un desbalance de nutrientes, a la presencia de elementos específicos perjudiciales, a las características organolépticas y a la disponibilidad, acceso, conveniencia y costumbres basada en algunas creencias. Se dio el caso que en algunas oportunidades algunas madres ofrecían alimentos como snacks, dulces o galletas a los niños para calmarlos cuando lloraban mucho. De esto último, Berhane et al., (2018), destaca que algunas madres usaban los alimentos no saludables como recompensa o mecanismo de apaciguamiento cuando el niño lloraba o se encontraba irritable, en esos casos la comida es menos pensada y más impulsiva.

Los hallazgos evidencian que el consumo de alimentos no saludables fue por encontrarse más disponibles, con mayores ofertas y provoca comerlos. Asu vez, se reporta que en entornos urbanos como en la presente investigación, las madres expresan limitaciones de tiempo por trabajo, estudio o actividades domésticas, por lo que optan por comidas de fácil preparación y compra debido a su conveniencia. (Sharma et al.,2019)

Desde un enfoque antropológico (Contreras et al.,2005), el alimento constituye una representación simbólica y un significado de valores que se desea comunicar. Es en esta valoración que los alimentos pueden ser categorizados como deseables o indeseables de acuerdo con su finalidad, por ejemplo, en las sociedades desarrolladas, los alimentos procesados y de preparación rápida pueden tener un gran valor debido a su eficiencia y disposición, favoreciendo su elección, también reflejan un simbolismo de modernidad.

La valoración de los alimentos por las madres ha sido ponderada de acuerdo con la prioridad que significa para los niños; a las preferencias y expectativas que ellas tienen para sus hijos. También a sus atributos, referidos a sus

nutrientes y beneficios para la salud del niño, a la familiaridad de los alimentos, y a los hábitos alimentarios para los niños.

En el estudio de Egyir et al., (2016), se identificaron que algunas madres mantenían ideas falsas sobre el efecto de los alimentos en la salud de los niños, conservaban algunas creencias y tenían conocimientos deficientes sobre los alimentos, lo que afectó la ingesta de algunos alimentos.

La valoración de los alimentos se vio afectada por las creencias e información que recibían del entorno social, por la poca claridad en la información brindada por el personal de salud, llegando a constituirse como barrera. Las madres manifestaron que preferían consultar alguna duda sobre la alimentación de su niño en el internet o por algún miembro de la familia que al personal de salud. Las razones fueron diversas, destacando la poca confianza de la información brindada por las contradicciones y poca claridad de la información brindada tal como también manifiesta (Redsell et al., 2011).

Algo similar también se identificó en un estudio cualitativo en madres primerizas, donde la fuente de información más valorada fue la de otras madres que recién habían iniciado con la alimentación complementaria; así mismo destaca como barreras la poca comprensión de las recomendaciones de inicio de alimentos sólidos. En contraposición al presente estudio y que motivo a continuar con las recomendaciones a pesar de no sentirse satisfechas con la información brindada, fue la relación de confianza con el profesional de la salud (Walsh et al., 2015).

En el estudio de Boak et al., (2016) también prevalecía en las decisiones de los padres, las preferencias alimentarias de los niños, que consideraban su disponibilidad en el hogar y los atributos relacionados con el sabor y la preparación. También reconocieron importante la disponibilidad del tiempo y la priorización de actividades, las preferencias de los miembros de la familia, el esfuerzo y las habilidades de preparación de alimentos, así como el costo y la situación de salud.

Por su parte, (Berhane et al., 2018), en su estudio cualitativo en madres de zonas urbanas de Etiopía, cuya finalidad era comprender qué influía en las decisiones de las madres al momento de seleccionar alimentos para sus hijos

concluye que depende de las preferencias del niño, de factores sociales y ambientales interrelacionados, y que, por lo tanto, las intervenciones educativas deben centrarse no solo en la madre sino también en los niños.

Para (Berhane et al., 2018) y (Chaidez et al., 2011), las madres eran complacientes a las preferencias alimentarias de los niños en lugar de que opten por lo que es bueno para ellos, para la primera debido al temor de que el niño no coma, y para la segunda, las madres no eran conscientes de la práctica de la introducción repetida de alimentos desconocidos y más bien buscaron y le ofrecían los alimentos que más les gustaban.

Según (Nicklaus, 2017) las preferencias son aprendidas durante los primeros años de vida como resultado de la experiencia dietética. Siendo mayor, si hay una exposición mínima temprana para desarrollar el gusto, lo que facilitará las preferencias alimenticias en la infancia (Birch, 2016). Estos hallazgos evidencian que las intervenciones deben ser enfocadas desde las preferencias alimentarias del niño, por ser el motor de la decisión de las madres, pero estas deben ser fortalecidas en forma oportuna y adecuada.

Un criterio importante para considerar en la valoración de alimentos es conocer el entorno social, a partir del nivel socioeconómico, el nivel educativo y el nivel de inseguridad alimentaria anterior de la madre, lo cual afectaría las prácticas de alimentación en los niños (Caamaño et al., 2018). Tanto es así que el valor de los alimentos pudiera estar por encima del valor de prevenir problemas de salud, importante motivo que impide a las personas adoptar hábitos de alimentación saludables.

Por su parte, (García Vallejo, 2017), en su estudio reporta que las madres que presentaron mayor puntuación del valor de la alimentación tienden a proporcionar a sus hijos alimentos con alta densidad energética, con alto contenido de carbohidratos, porque tienen como prioridad lograr la saciedad de los niños, llegando hacer permisivas complacientes en sus gustos. Por ello, si se tiene la intención de cambiar o modificar hábitos, primero se debe conocer las costumbres, creencias y valores que prevalecen en la población.

Berhane et al., (2018), consideran que en las decisiones de las madres para la elección de los alimentos intervienen factores ambientales (disponibilidad

y el acceso a los alimentos), y factores sociales (conocimiento nutricional, el estatus social), la preferencia, el tiempo y el esfuerzo que conlleva a preparar las comidas, las experiencias previas y las expectativas. Entre sus hallazgos, identificó que aquellas madres que se encontraban en una mejor condición económica optaron por la calidad del alimento más que por la cantidad y preparaban la mayor parte de sus alimentos en casa, mientras los que se encontraban en una situación menor usaron estrategias para evitar el hambre y consumieron alimentos de menor calidad.

Diversidad de los alimentos

El enfoque de las madres respecto a la diversidad de los alimentos, consideran a la presencia de los grupos de alimentos que se ofrecen con mayor frecuencia en la alimentación diaria del niño y a los alimentos y/o preparaciones que se brindan habitualmente por tiempo de ingesta.

Según OMS, (2023), la diversidad de los alimentos constituye un indicador de la calidad de la dieta de los niños, para ello, es suficiente un consumo de 4 de los 7 grupos de alimentos al día, independientemente de la cantidad, eso garantizaría en el niño un consumo de por lo menos un representante de los alimentos base (cereal, raíz o tubérculo), un alimento de origen animal y una fruta o verdura. Asu vez, si la dieta se encuentra más diversificada garantizará mejores resultados en el estado nutricional y niveles de hemoglobina de los niños, por ser un indicador indirecto del acceso de los alimentos del hogar (Tarqui-Mamani et al., 2016).

Respecto a la presencia del grupo de alimentos fuente de proteínas, este fue diferente en los estudios en Haryana (Kamble et al., 2020) y Nepal (Karmacharya et al., 2017), donde la alimentación a base de carne o huevo fue eventual y la fuente proteica principal fueron las legumbres, al igual que en el estudio de Bangladesh (Sheikh et al., 2020)., para la presente investigación este grupo representó un consumo regular de 2 veces por semana.

Del estudio de Tarqui-Mamani et al., (2016), en hogares de niños peruanos de 06 a 35 meses de edad se encontró que los niños consumieron por lo menos 4 grupos de alimentos, tanto en el área urbana como rural y en aquellos en

condición de pobreza como en el presente estudio. Por su parte, Rojas-Guerrero & Espinoza-Bernardo, (2019), identificaron un cumplimiento mayor de este indicador en la zona urbana de la ciudad de Lima que de Iquitos, siendo en ambos casos altos el porcentaje encontrado. Si bien en la presente investigación no se cuantificó, si se identificó la presencia de por lo menos 04 grupos de alimentos en los tiempos de comida observados y registrados.

Los hallazgos de Tarqui-Mamani et al., (2016), difieren al presente estudio en que, indistintamente de la edad, el segundo grupo de alimentos de mayor consumo fueron las frutas y verduras ricas en vitamina A, y el cuarto lugar lo ocupaban las fuentes proteicas a base de carnes y huevo. Para el presente estudio, el grupo de alimentos que predominó como fuente de energía fueron las raíces y tubérculos, siendo el consumo de papa, infaltable en la alimentación del niño más por una costumbre del entorno social.

La evidencia advierte que un conocimiento deficiente o la información imprecisa puede distorsionar el mensaje en las madres y confundir diversidad dietaria con diversificar la dieta. Así también, dentro de las limitaciones para alcanzar una buena variedad de alimentos, se encuentra el ingreso económico familiar y las restricciones de salud percibidos, lo cual limita consumir ciertos alimentos, afecta el hábito alimentario de la familia y el patrón de consumo de alimentos de los niños (Berhane et al., 2018).

El consumo de alimentos procesados por los niños del estudio fue relativamente bajo, si bien manifestaron algún consumo de ciertos alimentos, estos fueron pocos frecuentes, siendo los más destacados los dulces (caramelos), gaseosa y frugos. Por el contrario, (Kamble et al., 2020) refiere que los productos más disponibles eran galletas, namkeen y chocolates. Lo común entre ambos estudios, fue el nivel de consumo y sus razones como: perjudicar la salud, problemas digestivos, sabores fuertes o picantes, y que la presencia de componentes químicos. Otras razones no se tiene costumbre, de dudosa procedencia, contienen mucha grasa y esto lo asocian con enfermedades crónicas no transmisibles.

Respecto a los alimentos que se ofrecen por tiempo de ingesta, se evidenció una mayor diversidad de alimentos en la comida de los niños más grandes del

estudio (mayor a 12 meses), lo mismo se registró en el estudio realizado en diversas regiones del Perú (Tarqui-Mamani et al., 2016).

Los alimentos que las madres ofrecían a los niños estaban representados por aquellos que los preferían y comían más, disponibles en el hogar y que se sentían familiarizados, eran el huevo, la papa, la avena, el hígado y el plátano. Estos hallazgos concuerdan con algunos estudios que reportan que lo que se vuelve familiar tiende a preferirse, y lo desconocido a evitarse. Además, el aumento de la familiaridad con el sabor de un alimento aumenta la probabilidad de aceptación (Birch & Doub, 2014).

El efecto de la familiaridad con los alimentos por la exposición repetida de estos adquiere una valoración positiva "hipótesis de seguridad aprendida", que enseña que la ingestión de un alimento no está asociada con consecuencias negativas y, por lo tanto, que es seguro comerlo. En consecuencia, la familiarización con el sabor de un alimento que antes no le gustaba o no le resultaba familiar puede conducir a un aumento del gusto y la ingesta (Mura Paroche et al., 2017).

Esto último puede tomarse como una estrategia para promover una diversidad mayor de alimentos a una edad temprana y puedan aprender sabores nuevos, aceptarlos y establecer hábitos alimentarios saludables que se mantendrán a una edad mayor.

Capacidad de respuesta de la madre

Se ha valorado el enfoque de las madres respecto a su capacidad de respuesta en relación con las señales de hambre y saciedad, y a su sensibilidad en la atención y cuidado. Esta sensibilidad de las madres, de responder oportunamente, promueve en los niños un vínculo seguro y un adecuado desarrollo socioemocional. Por el contrario, una limitada identificación de señales de hambre y saciedad en sus hijos dificultaría la autorregulación de la conducta de apetito-saciedad y contribuiría con la obesidad (Martínez-Aguilera et al., 2018).

En el presente estudio, el reconocimiento de dichas señales ha sido positivo, involucra desde expresiones físicas, orales, hasta desplazamiento y

manipulación de alimentos. Algunas de estas señales también han sido identificadas por (Wood et al., 2020).

Un componente muy ligado a estas señales ha sido la percepción que tienen las madres sobre el apetito de los niños, sus momentos de intensidad y los factores relacionados a un apetito variable. Se ha registrado que los momentos de mayor intensidad del apetito fueron a la hora del almuerzo y en la media mañana, y de menor intensidad por la mañana cuando recién se levanta.

El llanto de los niños ha sido identificado como una señal común de hambre en todas las madres del estudio. Sin embargo, el llanto puede ser una señal tardía, puesto que no necesariamente indicaría la necesidad de comer, como lo indica Gross et al., (2010), en cuyo estudio el llanto se identificó en el 72% de las madres.

Por otro lado, el cerrar la boca y botar al piso la comida han sido reconocidos como señales comunes de saciedad, estos comportamientos dependen mucho del temperamento del niño. A diferencia de otras investigaciones como el de Martínez-Aguilera et al., (2018) , en nuestro estudio se halló que las señales de saciedad o rechazo percibidas por la madre fueron ligeramente mayores que las de hambre. Este hallazgo puede estar relacionado con el estado nutricional de la muestra, al encontrarse una baja presencia de sobrepeso.

Asu vez, Martínez-Aguilera et al., (2018), y Llewellyn et al., (2011) asumen que, si la madre no identifica las señales de saciedad oportunamente, se promueve un consumo mayor de alimentos e incluso superior a lo requerido, provocando sobrepeso desde temprana edad. Por ello la importancia de trabajar con las madres desde temprana edad la identificación de señales de hambre y saciedad.

Según Oyarce Merino et al., (2016), la conducta alimentaria de los niños depende de diversos elementos presentes al inicio y al término de la alimentación, que facilitan o inhiben la ingesta. En la presente investigación se pudo identificar al inicio del proceso, rasgos del apetito que facilitan la ingesta como la respuesta a los alimentos producto del aroma y sabor de

algunos alimentos; al término como respuesta a la saciedad, las exigencias en el comer, lentitud para comer y alguna restricción alimenticia. Prácticas de control de la alimentación y rasgos del apetito que también han sido descritos por (Jani et al., 2015).

Las madres han manifestado presentar diversos sentimientos ante la variabilidad del apetito de los niños, principalmente cuando hay un bajo apetito y este se prolonga en el tiempo, ocasionándoles preocupación, frustración y estrés al no saber qué hacer para que coman más, por el temor que puedan enfermar y afectar el peso. Similares sentimientos de preocupación y angustia se identificaron en madres ante las respuestas negativas de comer de sus hijos, lo cual condujo al uso de prácticas de alimentación poco saludables (Saltzman et al., 2016).

Para el estudio, si bien se brindaron algunos alimentos para calmar el hambre de los niños, estos se usaron con poca frecuencia, solo para entretenerlos cuando no estaba lista la comida, algo similar se halló en otro estudio, pero con una mayor tendencia en el uso de alimentos para calmar el hambre en madres de bajos ingresos, estos eran por lo general alimentos no saludables, que de persistir su consumo podría dar lugar a factores de riesgo de sobrepeso u obesidad. (Albar, 2022).

Respecto a la prioridad en la atención de los niños, la mayoría de las madres consideraron primero brindarles sus alimentos, para que luego descansen y se encuentren tranquilos, de esa manera las madres también pueden encontrarse más sosegadas. Según Chaidez et al., (2011), en su estudio más de la mitad de las madres optan como prioritario atender las señales del niño de hambre y saciedad.

Es responsabilidad de las madres como parte del cuidado de los niños, promover prácticas saludables que favorezcan su crecimiento y desarrollo. Para el estudio, se consideró el lavado de manos, consumo de agua segura y brindar suplementos de hierro.

Mekonen et al., (2021) en su investigación reafirman que las prácticas de higiene en los niños pequeños han sido fundamental para mejorar las condiciones de salud frente a los riesgos del ambiente y de su edad. Muy

aparte de los beneficios del lavado de manos, constituye un medio y se crea un escenario para la autoalimentación, un componente de la promoción de la autonomía, que se debe promover en el niño.

El lavado de manos ha sido una práctica no reconocida por las madres como parte del proceso de la alimentación y muy pocas lo practican, y en aquellas que lo hacen ha sido solo con agua. Esta es una práctica que hay que seguir promoviendo, porque la omiten o solo se lavan con agua y muy pocas usan jabón. Similares hallazgos, de una deficiente práctica del lavado de manos por parte de las madres o cuidadores antes de alimentar al niño, se han encontrado en diversas comunidades en situación de pobreza (Quazi et al., 2019) y (Mekonen et al., 2021).

Así mismo, se ha demostrado la eficacia de usar jabón para eliminar los microbios durante el lavado de las manos (Burton et al., 2011) y de proteger a los niños pequeños de enfermedades infecciosas, 1 de cada 3 de diarrea, y 1 de cada 5 de neumonía (Winch et al., 2013).

En una investigación cualitativa en Bangladesh sobre la práctica del lavado de manos, se identificó que las madres reconocen de la importancia de lavarse las manos con jabón antes de preparar alimentos y alimentar al niño, pero no han desarrollado el hábito al no tener experiencia adversa previa. Las barreras que se identificaron para no realizar esta práctica han sido la falta de comprensión de la importancia de usar jabón antes de preparar los alimentos y de alimentar al niño, y la falta de agua y jabón cerca del lugar donde se prepara los alimentos o dónde se alimenta al niño (Nizame et al., 2013)

El consumo de agua hervida es una práctica saludable que se pudo evidenciar en la totalidad de los niños y que es ofrecido a pedido de los niños; práctica que se debe fortalecer y promover desde edades tempranas y fortalecer en edades mayores por ser una buena opción en reemplazo de líquidos azucarados y para una adecuada hidratación corporal. Sin embargo, su introducción fue a muy temprana edad antes de los 6 meses.

En el estudio cubano en niños de 06 a 23 meses se registró un consumo de agua hervida en el 84,1 % de los niños, siendo la cantidad más destacada entre uno a dos vasos de agua al día (Jiménez-Acosta et al., 2018).

Respecto a si la madre ofrece suplemento de hierro a sus hijos, la mayoría no lo hace, y algunas que lo hacen es en forma irregular, realmente son muy pocas las que lo practican y le brindan en forma continua. Entre las razones porque no lo hacían eran principalmente por los efectos colaterales como problemas digestivos, deterioro de los dientes y el sabor fuerte. Estos hallazgos son semejantes a las barreras identificadas como dificultad para administrar hierro por vía oral por (Powers et al., 2020).

Así también Aparco & Huamán-Espino, (2017) en su investigación reportaron barreras acerca de la suplementación con micronutrientes en polvo (MNP), principalmente relacionadas con el producto como el sabor, los efectos secundarios y la falta de conocimiento sobre el suplemento; entre las barreras identificadas por las madres ha sido en común al presente estudio, el olvido.

Estos hallazgos respecto a la suplementación de hierro advierten un bajo consumo en los niños de 6 a 35 meses, de 34.2% a nivel nacional y en la sierra urbana similar cifra. No obstante, en el departamento de Huánuco este indicador fue mayor, de 41.3% en el reporte del año 2021, incrementada en 12.6 puntos porcentuales en comparación al 2020 (INEI, 2022, p.230).

Interacción madre-hijo en el momento de la alimentación

El enfoque de las madres respecto a esta temática ha sido muy valorado e involucra a una serie de comportamientos activos y afectivos. Este vínculo pudo evidenciarse en las madres del estudio, al reconocer las necesidades primarias de sus hijos, al desarrollar la capacidad de autoalimentación de los niños, y por el nivel de participación durante el momento de la alimentación. Este último se vio mediado por la edad del niño e involucra el empleo de diversas estrategias de alimentación, así como por la manifestación de sentimientos y actitudes que se dieron en este proceso.

La manera como participa la madre en este proceso predice el desarrollo del niño. Para Betancourt et al. (2007), esta función no es fácil, depende de la concepción, experiencias y estado de ánimo de la madre, a veces puede no responder a las señales y de esa manera afectar la capacidad creativa del niño.

Esto reafirma lo mencionado por Lohse & Mitchell, (2021), que alimentar a los niños es un proceso recíproco que depende tanto de las habilidades y sensibilidad del cuidador como de las respuestas del niño, ambos favorecen una interacción sincrónica y de calidad. Así mismo (Larsen et al., 2015), en su investigación plantea que el comportamiento dietético de los padres y las prácticas alimentarias de crianza son importantes fuentes interactivas de influencia en el comportamiento dietético de sus hijos pequeños.

La capacidad del niño de autoalimentarse en el grupo de niños evaluados ha sido identificada como un proceso progresivo, que se ha visto fortalecido por quién inicia el acto de comer, y por los estímulos que utiliza la madre para enseñar y animar al niño a que coma solo. La investigación contribuye también en vincular la percepción que tiene la madre de la edad del niño con la capacidad de autoalimentarse.

Esto último puede deberse a que la madre percibe al niño menor de 12 meses, más dependiente, con poca capacidad de autoalimentarse y más vulnerable a enfermar; y esto es una percepción lógica por el mismo proceso de transición de la alimentación y por el traspaso de la dependencia de ser alimentado a la autonomía.

El impulso hacia la autonomía es una característica particular de los niños conforme van creciendo, muestran el deseo de tocar sus alimentos y comenzar a alimentarse por sí solos, esas manifestaciones son perceptibles entre el año y los dos de edad (M. M. Black et al., 2022). Esta autonomía puede ser malinterpretada por algunas madres, al insistir en una variedad limitada de alimentos (Birch, 2016), y esto se explica, tal como hemos descrito líneas arriba, a la afinidad de los niños con alimentos habituales.

La principal razón que conllevaron a las madres en apoyar a dar de comer a sus hijos fue cuando el niño come poco o no quiere comer. Los casos menos frecuentes de apoyo de la madre se dieron cuando el niño intenta y no puede; y al final o al inicio del acto de comer, estos dos estuvieron más relacionados con la motivación y el estímulo.

Las madres, a pesar del desconocimiento de los beneficios de una autoalimentación para sus hijos, lo que les preocupaba era que coman cada vez, un poco más y si con la mano lo podían hacer, dejaban que lo hagan. Esto cumple con el rol del cuidador de permitir que los niños logren su autonomía de alimentarse, para mantener una buena autorregulación alimentaria, de tal manera que comiencen y dejen de comer en respuesta a su hambre y saciedad (Wood et al., 2020).

Según Black et al., (2022), los hallazgos sobre alimentación perceptiva de las madres modulan la capacidad de respuesta de los niños, brindando un apoyo proximal (asistencia directa) conforme van aprendiendo habilidades para comer, y apoyo distal (asintiendo con la cabeza y sonriendo) a medida que los niños practican, y desarrollan la autonomía de alimentarse, todo ello dentro del contexto emocional de la comida, sustentada en una bidireccionalidad en la díada madre-hijo.

Se pudo identificar también que, el grupo de madres con niños de 12 meses a menos, tenían una mayor presencia de la alimentación activa y continua. A diferencia del grupo de madres de niños mayores de 12 meses que fue menos responsiva. Las estrategias de animación, distracción y neutralidad estuvieron más presentes en las madres de niños más pequeños de 12 meses a menos. Mientras que las estrategias de presión, autoalimentación, negociación y razonamiento en los niños más grandecitos, mayores de 12 meses.

Las estrategias que se identificaron como que se dieron en ambas edades fueron la de facilitar ingesta y aceptación. En un estudio cualitativo previo en la misma población se identificaron como estrategias comunes en ambos grupos de edad la aceptación, entendido como el acuerdo de que el niño no comerá más, una forma de reconocimiento ante señales de saciedad (Espinoza-Bernardo et al., 2022).

En la investigación se identificaron una gran variedad de estrategias que emplean las madres en el momento de las comidas, de estas, las estrategias de animación obtuvieron mejores resultados para que el niño coma un poco más. Si bien, se utilizaron diversidad estrategias de distracción y de presión, estas no fueron efectivas en un tiempo mayor. Para Viana et al., (2019), los

elementos distractores como artículos tangibles (en forma de juguetes o alimentos preferidos) pueden acentuar un comportamiento inapropiado y convertirse en un refuerzo negativo a la hora de comer.

Así mismo, Galloway et al., (2006), sustenta que las estrategias de presión favorecen el rechazo a los alimentos, un menor consumo y un aumento de valoraciones negativas hacia la comida. Por otro lado, en un estudio reciente se manifiesta que, si bien las madres ejercieron presión en el momento de alimentar a sus hijos, estos se dieron en un tono emocional positivo, sin evidencias de estrés o preocupación, por lo que fue interpretado como un estímulo (M. M. Black et al., 2022).

En otros estudios se identificaron estrategias como uso de modelos para incorporar nuevos alimentos, exposición repetida de alimentos, enmascarar los alimentos saludables y sobornos (Lebron et al., 2021). Por otro lado, los cuidadores que controlan el ritmo de la alimentación y evitan la autoalimentación en los niños, manifiestan que tienen ese comportamiento por la necesidad de ser competentes como padres (M. Black & Aboud, 2011).

Respecto al comportamiento de las madres de niños mayores de 12 meses, sobre su rigidez en su estilo de crianza y cuidado, eso puede deberse a sus "etnoteorías culturales". En un estudio anterior se evidenció que cuidadores de una zona andina del Perú, ofrecieron poca ayuda física para comer y rara vez alentaron verbalmente durante el momento de la comida, por la creencia que los niños "saben" cuánto deben comer, por eso son más independientes y autónomos a diferencia de otras realidades (Ha et al., 2002). Los hallazgos son coincidentes con este estudio respecto a la ayuda física para dar de comer a los más pequeños.

Para Cortés Moreno & Méndez Lozano, (2012), la cantidad y calidad de momentos de interacción entre la madre y el niño, definen su participación con su ambiente físico y social, y son condicionantes sobre los factores que protegen su salud o la deterioran.

Sentimientos y actitudes

Los sentimientos de las madres han sido una categoría emergente que se ha evidenciado como resultado de las emociones que las embargan en el momento de alimentar a sus hijos, sentimientos negativos producto de situaciones conflictivas ante el rechazo de los alimentos, inapetencia o de inseguridades, si lo que están haciendo es correcto; y de sentimientos de tranquilidad y alegría cuando los niños comían mejor y se adherían al tratamiento de anemia sin complicaciones.

Los hallazgos de esta investigación evidencian cómo las percepciones de las madres respecto a la alimentación de sus hijos están vinculadas con sus emociones y afectan su comportamiento y que de acuerdo al nivel de emoción pueden predisponer a un mayor o menor consumo. Esto se reafirma con lo declarado por Palomino-Pérez, (2020), “las emociones intervienen en la elección, calidad y cantidad de alimentos que se consume, afectando el peso corporal”.

Semejantes hallazgos se han evidenciado por Black et al., (2022), donde se resalta que las preocupaciones de las madres sobre la ingesta de los niños y los sentimientos de estrés que esto provoca están asociadas con su capacidad de respuesta proximal. Así mismo, el estado animoso y conversaciones durante las comidas por parte de las madres pueden reflejar sentimientos positivos de estar involucradas en la alimentación de sus hijos.

La relación entre las emociones y la conducta alimentaria es bidireccional y es dependiente del contexto, de la variabilidad e intensidad de la emoción, se ingieren más alimentos en presencia de emociones positivas o negativas que de emociones neutras. No obstante, las preocupaciones pueden presentarse con mayor vulnerabilidad en los cuidadores que ejercen algún control en el ritmo de la alimentación y por la baja ingesta (M. M. Black & Creed-Kanashiro, 2012).

Según (Cortés Moreno & Méndez Lozano, 2012), las experiencias habituales de rechazo de los alimentos con los niños pueden ocasionar estrés cuando se tornan frustrantes, confusas o irritantes, afectando una adecuada relación cuidador-niño. Los efectos acumulativos de los malestares menores que se

generan día a día pueden convertirse en una experiencia crónica que afecte de manera negativa la crianza y con ello, el bienestar infantil.

Por otro lado, las actitudes de las madres se han comprendido como las disposiciones de estas frente a la alimentación de sus hijos, y han sido favorables y desfavorables. Las cuales se han visto afectadas, por la seguridad que tengan las madres de cumplir su rol en la alimentación de sus hijos, producto de las experiencias y conocimientos que tengan, así como por influencia de su entorno social, empezando por la familia y vecinos, vinculados a las costumbres, percepciones y creencias.

Se han identificado ciertas diferencias en las actitudes de las madres de acuerdo con la edad de sus hijos; para los de 12 meses a menos, han sido más animosas, afectivas y preocupadas ante la negación de comer, y a la vez muy sobre protectoras al no dejarles que se alimenten por sí mismos. Mientras que, para los mayores de 12 meses, estas fueron más proactivas al promover y enseñar a que el niño se alimente por sí mismo, y tuvieron actitudes desfavorables al ejercer mucha presión al comer, desatender el cuidado del menor, al delegar esta función a sus otros hijos, y en algunos casos muy permisivas cuando el niño domina la situación.

En ambos grupos de edad se ha visto una actitud positiva integradora respecto a su capacidad de respuesta ante las señales de hambre y saciedad, de vigilancia y apoyo en el momento de alimentar. De lo descrito se puede inducir que sus actitudes están vinculadas con las estrategias que emplean en el momento de dar de comer a sus hijos, y a la vez con sus estilos de alimentación. Esto se evidencia también en el estudio de Lebron et al., (2021), donde las actitudes de las madres respecto a la ingesta de alimentos sólidos son el reflejo de sus estrategias de alimentación.

Así mismo, en una investigación realizada a papas de niños menores de 05 años se evidenció compromiso y participación activa en la alimentación de sus hijos (Mallan et al., 2014). Esto confirma, que ambos padres pueden involucrarse y participar activamente en el proceso de la alimentación, y ser vistos como agentes potenciales para la implementación de prácticas alimentarias positivas.

Dinámica estructural de la alimentación en los niños

El enfoque de las madres de esta temática se ajusta a la disposición del tiempo y del ambiente donde se brinda la alimentación, y de la disposición física de las madres y los niños en el momento de comer.

En la observación se evidenció, que, si bien hay momentos destinados para las comidas, este se vio alterado por la disponibilidad de alimentos en el hogar, del tiempo de la madre en realizar las preparaciones y del tiempo que demoran en comer los niños. De este último hallazgo se aproxima a lo encontrado en un estudio español donde el tiempo de las comidas en su mayoría fue de 30 minutos y aquellos que eran mayor a este, se asociaron con una mayor interacción con los hijos a la hora de la comida (DKV Salud, 2014).

Por otro lado, los cuidadores que controlan el ritmo de alimentación de los niños, pueden tener también demandas ajustadas de su tiempo y recursos, por lo que se sienten presionados de apoyar a que coman más rápido y terminen todo; ejerciendo la presión y evitando la autoalimentación (M. Black & Aboud, 2011). Otros investigadores, manifiestan, que el establecer un horario en las comidas del niño en las rutinas familiares, son favorables para reducir la obesidad infantil, (Danaher & Fredericks, 2012).

En relación con el ambiente donde se alimentaban los niños, este ha sido variable, entre la cocina, cuarto o comedor; independiente del lugar, el entorno donde alimentaban a los niños era tranquilo, no había distractores en un poco más de la mitad de las entrevistadas, mientras que el resto predominaba el uso del televisor y celular a la hora de comer. Similares resultados se hallaron en el estudio español, donde el uso de estos artefactos lo vincularon con actitudes de lentitud y distracción en los niños a la hora de comer (DKV Salud, 2014).

En otro estudio, el tiempo frente a la pantalla también se utilizó como técnica para que los niños terminen su plato de comida como una forma de distracción más no fue responsiva (Lebron et al., 2021). Un hallazgo interesante de Orrell-Valente et al., (2007) en las familias con bajos recursos económicos, coincidente con el presente estudio, fue que tienen menos posibilidades de comer todos juntos por las actividades laborales de los miembros del hogar, y

el número de hijos; sin embargo, lo diferente radica, que en nuestro estudio había menos uso de la televisión encendida durante la hora de comer del niño.

Para (Engle & Peltó, 2011), la división de responsabilidades, es la mejor manera de brindar una alimentación estructurada y responsiva a la vez, los padres son responsables de la estructura y la rutina de la alimentación mientras que el niño es responsable de cuánto y si come lo que le proporcionan.

Según el estudio cualitativo español (DKV Salud, 2014), se puede identificar dos tipos de situaciones distintas en el ambiente donde se alimenta a los niños, denominado “modelos situacionales”, está en función del ambiente y la dinámica a la hora de la comida. El primer modelo, un ambiente con predominio de una dinámica conversacional, el dominio lo ejerce un adulto seguro, que cumple con su objetivo, con tolerancia y aceptación cuando no quieren comer más, y el segundo modelo, un ambiente con dinámica centrada en el acto de comer, el dominio se ejerce por el hijo o por los padres, dependiendo del rol de autoridad del adulto. De acuerdo con estas características antes descritas, se han presentado ambos modelos en las madres de la presente investigación.

Por otro lado, la disposición física y emocional de la madre, cumplió una función notable de vigilancia y control del proceso de alimentar al niño, un poco más de la mitad se ubicaron al frente y observando lo que hacía el niño. En cuanto a la postura de los niños en el momento de comer, la mayoría de los que estuvieron sentados pudieron avanzar un poco más con su comida y evitó su movilización durante el momento de las comidas.

La dinámica estructural de la alimentación en los niños puede ser mejor orientada con una preparación proactiva basada en incorporar rutinas en las comidas, comer en el mismo lugar y al mismo tiempo, asegurar una posición cómoda y de apoyo en el momento de comer (M. Black & Aboud, 2011).

Hay evidencia que la estructura al momento de las comidas y la alimentación responsiva, están vinculadas con comportamientos alimentarios más deseables y promueven una autorregulación alimentaria (Finnane et al., 2017) y (Wood et al., 2020).

En la búsqueda sobre lo que prevalece en las decisiones de las madres en la alimentación de sus pequeños, se plantea tres posibles explicaciones: primero, las percepciones de sus progenitoras respecto a la cantidad, consistencia y frecuencia de las comidas, lo cual se ve afectado por el peso de sus hijos, así como por la desinformación que afectó su estado emocional. Segundo, la elección y diversidad de alimentos mediado por la disponibilidad, valoración y la percepción hacia lo saludable. Tercero, los cambios en el comportamiento alimentario del niño, afectado por la participación de la madre y la interacción con su hijo en el momento de comer.

Una de las limitaciones de la presente investigación fue que por las medidas del confinamiento del Estado Peruano ante la pandemia por COVID-19, la información descrita no pudo ser contrastada con los participantes del estudio. Si bien no se realizó este procedimiento, se optó por la observación participativa con tiempos prolongados en el lugar, cuya evidencia científica la respalda como una verdadera aproximación sobre lo que los involucrados piensan y sienten.

Además, se tuvo en cuenta otros criterios de credibilidad como la triangulación de técnicas en la recolección de datos para determinar la congruencia entre los resultados, la discusión del análisis con investigadores expertos, el uso de notas de campo que surgieron de las acciones y de las interacciones in situ con los involucrados y el uso de transcripciones textuales de las entrevistas que respaldan los significados e interpretaciones de los hallazgos.

Otra limitación ha sido la participación de dos personas en el proceso de recojo de información que, si bien fue positivo en el sentido de obtener mayores entrevistas en menor tiempo, algunos hallazgos no pudieron ser verificados por la investigadora principal en una segunda visita por el confinamiento, lo que dificultó la explicación de estos a mayor detalle. Adicionado a esta, fue el número de observaciones realizadas en el hogar de las participantes, debido a que en plena recolección se dio la pandemia por COVID-19, siendo una de las medidas de seguridad el impedimento de ingresar a los domicilios por el riesgo de contagio.

Las fortalezas del estudio radican en el enfoque elegido y el análisis temático de la investigación que ha permitido comprender el problema de la alimentación de los niños de 06 a 23 meses desde la perspectiva de sus madres, abordaje estratégico con la intención de intervenir. Así también, el empleo de la técnica cualitativa de observación participante en el hogar de las madres ha facilitado la identificación y comprensión de los comportamientos de la díada madre-hijo, de la estructura del proceso de la alimentación y del entorno donde vive.

Por último, es la primera investigación cualitativa con abordaje desde el enfoque materno, que integra los temas prioritarios que afectan la alimentación de los niños de 06 a 23 meses de edad desde el enfoque de sus prácticas alimentarias y sensibilidad materna, con una gran riqueza de información.

CONCLUSIONES

- El enfoque de las prácticas maternas para la alimentación de niños de 06 a 23 meses de edad fue afectado por las percepciones respecto a la cantidad y calidad de las comidas, vinculadas con representaciones simbólicas de 'acabar el plato servido' y tener un 'peso saludable'; y por la elección y diversidad de alimentos, condicionadas por el significado y valoración hacia estos. A su vez, estas prácticas fueron perjudicadas por la desinformación de su entorno, lo que repercutió en sus emociones.
- El enfoque de la sensibilidad materna para la alimentación de niños de 06 a 23 meses tuvo tres focos de atención; primero, la capacidad de respuesta a las señales de hambre y saciedad que se vieron diferenciadas por la edad; segundo, la interacción de la díada durante el momento de comer se mostró afectada por la participación de la madre en este proceso (auto alimentación) y el uso de estrategias; tercero, la estructura de la alimentación se vio influenciada por el tiempo, lugar y la disposición física de los niños.
- Los enfoques de las madres respecto a la alimentación de niños de 6 a 23 meses de edad de zonas peri-urbanas del distrito de Huánuco, fueron comprendidos desde la perspectiva de sus prácticas alimentarias y de la sensibilidad materna, influenciadas por criterios personales y de su entorno familiar.

RECOMENDACIONES

A nivel de investigadores

- Realizar investigaciones en el país donde se explore los comportamientos alimentarios de los niños menores de 02 años y de sus madres para generar argumentos y adaptar los mensajes educativos acordes al contexto social y cultural de cada región.
- Promover investigaciones con abordajes de enfoque mixto para identificar los factores decisores del comportamiento de las madres en la alimentación de niños pequeños con malnutrición en diferentes zonas geográficas.
- Realizar investigaciones sobre la división de responsabilidades de la alimentación y de una crianza responsiva que es escaso en nuestro país y sirva de sustento para plantear estrategias en programas de intervención en la población infantil.
- Adaptar y validar las siluetas de la imagen corporal de los niños utilizados en el presente estudio de acuerdo con la edad.
- Utilizar la observación participante en aquellas investigaciones que se desea analizar y comprender los comportamientos de los sujetos de estudio.

A nivel de establecimientos de salud

- Mejorar las habilidades de comunicación interpersonal del personal de salud para lograr en el usuario confianza y mayor asistencia a los servicios de salud.
- Uniformizar mediante talleres los mensajes y sus contenidos sobre alimentación del menor de dos años entre los diferentes profesionales de salud involucrados en la atención del niño

- Realizar en forma continua talleres demostrativos a padres sobre la consistencia y cantidad de alimentos que deben brindar a sus hijos, así como la diversidad de grupos de alimentos que deben estar presente en cada comida.

En las madres de familia

- Involucrar al padre en las diferentes actividades de salud, en especial en talleres de alimentación relacionados con creencias, estereotipos e información del entorno social sobre los alimentos saludables e imagen corporal.
- Promover talleres vivenciales entre las madres de familias para que compartan sus experiencias sobre las prácticas de alimentación complementaria y responsiva, logrando un aprendizaje cooperativo.

En el ámbito de la Universidad como entidad formadora

- Incorporar como línea de investigación la doble carga de malnutrición dentro del área de alimentación y nutrición para contribuir con evidencias y poder realizar propuestas de intervención a diferentes niveles de atención, generando argumentos a favor de la formulación de políticas públicas
- Implementar cursos de extensión universitaria dirigida a la comunidad sobre alimentación en los niños menores de 02 años con la participación de docentes y estudiantes

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abeshu, M. A., Lelisa, A., & Geleta, B. (2016). Complementary Feeding: Review of Recommendations, Feeding Practices, and Adequacy of Homemade Complementary Food Preparations in Developing Countries – Lessons from Ethiopia. *Frontiers in Nutrition*, 3. <https://doi.org/10.3389/fnut.2016.00041>
- Albar, S. A. (2022). Mothers' feeding practices among infants (4–12 months) and associated factors: A cross-sectional study in Saudi Arabia. *Journal of Nutritional Science*, 11, e83. <https://doi.org/10.1017/jns.2022.85>
- Amici, F., Röder, S., Kiess, W., Borte, M., Zenclussen, A. C., Widdig, A., & Herberth, G. (2022). Maternal stress, child behavior and the promotive role of older siblings. *BMC Public Health*, 22(1), 863. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13261-2>
- Anater, A. S., Catellier, D. J., Levine, B. A., Krotki, K. P., Jacquier, E. F., Eldridge, A. L., Bronstein, K. E., Harnack, L. J., Lorenzana Peasley, J. M., & Lutes, A. C. (2018). The Feeding Infants and Toddlers Study (FITS) 2016: Study Design and Methods. *The Journal of Nutrition*, 148, 1516-1524. <https://doi.org/10.1093/jn/nxy035>
- Andrew, A., Attanasio, O., Fitzsimons, E., Grantham-McGregor, S., Meghir, C., & Rubio-Codina, M. (2018). Impacts 2 years after a scalable early childhood development intervention to increase psychosocial stimulation in the home: A follow-up of a cluster randomised controlled trial in Colombia. *PLOS Medicine*, 15(4), e1002556. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002556>
- Aparco, J. P., & Huamán-Espino, L. (2017). Barreras y facilitadores a la suplementación con micronutrientes en polvo. Percepciones maternas y dinámica de los servicios de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(4), 590. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.344.3333>
- Ayine, P., Selvaraju, V., Venkatapoorna, C. M. K., & Geetha, T. (2020). Parental Feeding Practices in Relation to Maternal Education and

- Childhood Obesity. *Nutrients*, 12(4), 1033.
<https://doi.org/10.3390/nu12041033>
- Barrera, M. D. M., Tonon, G., & Salgado, S. V. A. (2012). *Investigación cualitativa: El análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social*. 195-225.
- Bauer, K. W., Weeks, H. M., Lumeng, J. C., Miller, A. L., & Gearhardt, A. N. (2019). Maternal executive function and the family food environment. *Appetite*, 137, 21-26. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.02.004>
- Begley, A., Ringrose, K., Giglia, R., & Scott, J. (2019). Mothers' Understanding of Infant Feeding Guidelines and Their Associated Practices: A Qualitative Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(7), 1141. <https://doi.org/10.3390/ijerph16071141>
- Benelam, B., Gibson-Moore, H., & Stanner, S. (2015). Healthy eating for 1-3 year-olds: A food-based guide: Healthy eating for 1-3 year-olds. *Nutrition Bulletin*, 40(2), 107-117. <https://doi.org/10.1111/nbu.12134>
- Bentley, M. E., Wasser, H. M., & Creed-Kanashiro, H. M. (2011). Responsive Feeding and Child Undernutrition in Low- and Middle-Income Countries. *The Journal of Nutrition*, 141(3), 502-507. <https://doi.org/10.3945/jn.110.130005>
- Berhane, H., Ekström, E.-C., Jirström, M., Berhane, Y., Turner, C., Alsanus, B., & Trenholm, J. (2018). What Influences Urban Mothers' Decisions on What to Feed Their Children Aged Under Five—The Case of Addis Ababa, Ethiopia. *Nutrients*, 10(9), 1142. <https://doi.org/10.3390/nu10091142>
- Birch, L. L. (2016). Learning to Eat: Behavioral and Psychological Aspects. En M. S. Fewtrell, F. Haschke, & S. L. Prescott (Eds.), *Nestlé Nutrition Institute Workshop Series* (Vol. 85, pp. 125-134). S. Karger AG. <https://doi.org/10.1159/000439503>
- Birch, L. L., & Doub, A. E. (2014). Learning to eat: Birth to age 2 y. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 99(3), 723S-728S. <https://doi.org/10.3945/ajcn.113.069047>
- Black, M., & Aboud, F. E. (2011). Responsive Feeding Is Embedded in a Theoretical Framework of Responsive Parenting. *The Journal of Nutrition*, 141(3), 490-494. <https://doi.org/10.3945/jn.110.129973>

- Black, M. M., & Creed-Kanashiro, H. M. (2012). ¿Cómo alimentar a los niños?: La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 29(3), 373-378.
- Black, M. M., Tofail, F., Hodges, E. A., Bann, C. M., Hamadani, J. D., Aktar, S., & Lutter, C. K. (2022). Rethinking Responsive Feeding: Insights from Bangladesh. *Nutrients*, 14(15), 3156. <https://doi.org/10.3390/nu14153156>
- Boak, R., Virgo-Milton, M., Hoare, A., Silva, A., Gibbs, L., Gold, L., Gussy, M., Calache, H., Smith, M., & Waters, E. (2016). Choosing foods for infants: A qualitative study of the factors that influence mothers. *Child: Care, Health and Development*, 42(3), 359-369. <https://doi.org/10.1111/cch.12323>
- Bova, A., & Arcidiacono, F. (2013). Invoking the Authority of Feelings as a Strategic Maneuver in Family Mealtime Conversations: Invoking the authority of feelings. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 23(3), 206-224. <https://doi.org/10.1002/casp.2113>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brown, A., & Lee, M. (2011). A descriptive study investigating the use and nature of baby-led weaning in a UK sample of mothers: Baby-led weaning in a UK sample of mothers. *Maternal & Child Nutrition*, 7(1), 34-47. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2010.00243.x>
- Burton, M., Cobb, E., Donachie, P., Judah, G., Curtis, V., & Schmidt, W.-P. (2011). The Effect of Handwashing with Water or Soap on Bacterial Contamination of Hands. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(1), 97-104. <https://doi.org/10.3390/ijerph8010097>
- Caamaño, M. del C., Palacios, J., Parás, P., & Rosado, J. (2018). Desarrollo y validación de escalas para medir el valor que las mujeres dan a la saciedad y a la alimentación: Un factor crítico para el tratamiento de la obesidad. *ARCHIVOS LATINOAMERICANOS DE NUTRICIÓN*, 68(2), 141-151.

- Cadavid Castro, M. A., & Giraldo Londoño, L. F. (2017). Perspectivas del pensamiento ecológico que han influenciado el campo alimentario y nutricional. *Perspectivas en Nutrición Humana*, 18(2), 225-236. <https://doi.org/10.17533/udea.penh.v18n2a07>
- Carbonell, O. A. (2013). La sensibilidad del cuidador y su importancia para promover un cuidado de calidad en la primera infancia. *Ciencias Psicológicas*, VII(2), 201-207.
- Caro-Bustos, D., Uribe-Barra, M., & López-Alegría, F. (2021). Obesidad pediátrica y aparición precoz de síndrome cardiometabólico: Revisión sistemática. *Revista Chilena de Nutrición*, 48(3), 447-462. <https://doi.org/10.4067/s0717-75182021000300447>
- Castrillón, I.C. & Giraldo, O. I. (2014). Prácticas de alimentación de los padres y conductas alimentarias en niños: ¿Existe información suficiente para el abordaje de los problemas de alimentación?. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 57-74. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922014000100005&lng=pt&tlng=es.
- Chaidez, V., Townsend, M., & Kaiser, L. L. (2011). Toddler-feeding practices among Mexican American mothers. A qualitative study. *Appetite*, 56(3), 629-632. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.02.015>
- CONAFE. (2019). *Acompañando la crianza. Guía para el desarrollo de las sesiones de Educación Inicial* (pp. 1-66). Consejo nacional de fomento educativo. https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/6541.pdf
- Contreras, J., & Gracia, M. (2005). *Alimentación y cultura: Perspectivas antropológicas*. Ariel. https://www.researchgate.net/profile/Jesus-Contreras14/publication/332190746_Alimentacion_y_cultura_Perspectivas_antropologicas/links/5ea189aaa6fdcc88fc36921e/Alimentacion-y-cultura-Perspectivas-antropologicas.pdf
- Corona Lisboa, J. L. (2018). Investigación cualitativa: Fundamentos epistemológicos, teóricos y metodológicos. *Vivat Academia. Revista de Comunicación*, 69-76. <https://doi.org/10.15178/va.2018.144.69-76>

- Cortés Moreno, A., & Méndez Lozano, S. M. (2012). Estrés parental, interacciones diádicas al comer y desnutrición en el periodo de alimentación complementaria. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 3(2), 113. <https://doi.org/10.22201/fesi.20070780.2011.3.2.30321>
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (3rd ed). SAGE Publications.
- Danaher, C., & Fredericks, D. (2012). Responsive Feeding and the Division of Responsibility. *The Journal of Nutrition*, 142(1), 134-134. <https://doi.org/10.3945/jn.111.150094>
- DKV Salud. (2014). *Estudio ambiente durante la hora de la comida en la infancia (Estudio observacional sobre la socialización que ejercen los padres sobre los niños y niñas)*. https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/4436_d_i-estudio-%20ambiente-hora%20comida-en-la-infancia-vr.pdf
- Dolores-Maldonado, Gandy, Delgado-Pérez, Doris, & Creed-Kanashiro, Hilary. (2015). Estrategias empleadas por las madres durante el proceso de alimentación en niños de 6 a 24 meses de dos comunidades rurales de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 32(3), 440-448.
- Dusingizimana, T., Weber, J. L., Ramilan, T., Iversen, P. O., & Brough, L. (2021). A qualitative analysis of infant and young child feeding practices in rural Rwanda. *Public Health Nutrition*, 24(12), 3592-3601. <https://doi.org/10.1017/S1368980020001081>
- Egyir, B. K., Ramsay, S. A., Bilderback, B., & Safaii, S. (2016). Complementary Feeding Practices of Mothers and Their Perceived Impacts on Young Children: Findings from KEEA District of Ghana. *Maternal and Child Health Journal*, 20(9), 1886-1894. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-1994-0>
- Engle, P. L., & Pelto, G. H. (2011). Responsive Feeding: Implications for Policy and Program Implementation. *The Journal of Nutrition*, 141(3), 508-511. <https://doi.org/10.3945/jn.110.130039>
- Escobar G, R., Cabrera, M., & Trejo, A. (2018). Prácticas y significados de la paternidad en relación a la alimentación infantil. *Revista Chilena de*

Nutrición, 45(3), 243-251. <https://doi.org/10.4067/s0717-75182018000400243>

- Espinoza-Bernardo, S., Bartolini, R., Creed-Kanashiro, H., Delgado-Pérez, D., & Haycraft, E. (2022). Strategies and behaviors used by mothers in interactions with their young children during a mealtime in peri-urban areas of Huánuco, Peru. *Dialogues in Health*, 1, 100034. <https://doi.org/10.1016/j.dialog.2022.100034>
- FAO, IFAD, WHO, WFP, & UNICEF. (2022). *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2022. Adaptación de las políticas alimentarias y agrícolas para hacer las dietas saludables más asequibles*. <https://doi.org/10.4060/cc0639es>
- Finnane, J. M., Jansen, E., Mallan, K. M., & Daniels, L. A. (2017). Mealtime Structure and Responsive Feeding Practices Are Associated With Less Food Fussiness and More Food Enjoyment in Children. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 49(1), 11-18.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2016.08.007>
- Flores-Peña, Y., Aguado-Barrera, M. E., Cerda-Flores, R. M., Cortés-Gutiérrez, E. I., & Dávila-Rodríguez, M. I. (2016). Percepción materna del peso del hijo y de niños no emparentados menores de un año. *Atención Primaria*, 48(9), 579-585. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.10.003>
- Forero T., Y., Acevedo R., M. J., Hernández M., J. A., & Morales S., G. E. (2018). La alimentación complementaria: Una práctica entre dos saberes. *Revista Chilena de Pediatría*, ahead, 0-0. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062018005000707>
- Frosch, C. A., Schoppe-Sullivan, S. J., & O'Banion, D. D. (2021). Parenting and Child Development: A Relational Health Perspective. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 15(1), 45-59. <https://doi.org/10.1177/1559827619849028>
- Fuster Guillen, Doris Elida. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201-229. <https://doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
- Galloway, A. T., Fiorito, L. M., Francis, L. A., & Birch, L. L. (2006). 'Finish your soup': Counterproductive effects of pressuring children to eat on intake

- and affect. *Appetite*, 46(3), 318-323.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2006.01.019>
- Gálvez Espinoza, P., Egaña, D., Masferrer, D., & Cerda, R. (2017). Propuesta de un modelo conceptual para el estudio de los ambientes alimentarios en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1-9.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.169>
- Gálvez Gonzales, M. (2015). El valor de la experiencia profesional en el marco interpretativo de los procesos de salud-enfermedad. *Index de Enfermería*, 24(3), 121-122. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962015000200001>
- García Vallejo, M. (2017). *Percepción materna de la imagen corporal del hijo, creencias de la alimentación y su asociación con el consumo de alimentos*. Universidad Autónoma de Querétaro.
- Geethalakshmi, & Smitha, J. (2017). Qualitative exploration of infant and young child feeding practices in rural field practice area of SSIMS and RC: A focus group discussion study. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 4(8), 2787.
<https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20173324>
- Gross, R. S., Fierman, A. H., Mendelsohn, A. L., Chiasson, M. A., Rosenberg, T. J., Scheinmann, R., & Messito, M. J. (2010). Maternal Perceptions of Infant Hunger, Satiety, and Pressuring Feeding Styles in an Urban Latina WIC Population. *Academic Pediatrics*, 10(1), 29-35.
<https://doi.org/10.1016/j.acap.2009.08.001>
- Ha, P. B., Bentley, M. E., Pachón, H., Sripaipan, T., Caulfield, L. E., Marsh, D. R., & Schroeder, D. G. (2002). Caregiver Styles of Feeding and Child Acceptance of Food in Rural Viet Nam. *Food and Nutrition Bulletin*, 23(4_suppl2), 92-98. <https://doi.org/10.1177/15648265020234S213>
- Harrison, M., Brodribb, W., Davies, P. S. W., & Hepworth, J. (2018). Impact of Maternal Infant Weight Perception on Infant Feeding and Dietary Intake. *Maternal and Child Health Journal*, 22(8), 1135-1145.
<https://doi.org/10.1007/s10995-018-2498-x>
- Heller, R. L., Chiero, J. D., Puglisi, M., & Mobley, A. R. (2019). Feeding Infants and Toddlers: A Qualitative Study to Determine Parental Education

- Needs. *Childhood Obesity*, 15(7), 443-450.
<https://doi.org/10.1089/chi.2019.0024>
- Hernández S., R., Fernández C., C., & Baptista L. (2014). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.). Mc Graw Hill Education.
- INEI. (2019). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2018* (p. 406). INEI.
https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/index1.html
- INEI. (2022a). *Informe Preliminar Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, Primer Semestre 2022* (p. 154). INEI.
https://proyectos.inei.gov.pe/endes/2022/ppr/Indicadores_de_Programas_Presupuestales_I_Semestre_2022.pdf
- INEI. (2022b). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021— Nacional y Departamental* (p. 394). INEI.
https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1838/index.html
- Jacquier, E. F., Gatrell, A., & Bingley, A. (2017). “We don’t snack”: Attitudes and perceptions about eating in-between meals amongst caregivers of young children. *Appetite*, 108, 483-490.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.11.003>
- Jani, R., Mallan, K. M., & Daniels, L. (2015). Association between Australian-Indian mothers’ controlling feeding practices and children’s appetite traits. *Appetite*, 84, 188-195.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.10.020>
- Jarama Redshaw, R., Santos Bandy, M., & Universidad Femenina del Sagrado Corazón. (2019). La alimentación responsiva en la aceptación de nuevos alimentos en niños de 2 a 3 años. *Consensus*, 24(2), 129-138. <https://doi.org/10.33539/consensus.2019.v24n2.2323>
- Johnson, F., & Wardle, J. (2014). Variety, Palatability, and Obesity. *Advances in Nutrition*, 5(6), 851-859. <https://doi.org/10.3945/an.114.007120>
- Jiménez Acosta, S. M., González, I. M., Rodríguez Suárez, A., Silvera Téllez, D., Núñez Torres, E., & Alfonso Fagué, K. (2018). Prácticas de alimentación en niños de 6 a 23 meses de edad. *Revista Cubana de Pediatría*, 90(1), 79-93.

- Kamble, B., Kaur, R., Acharya, B., Gupta, M., & Batch B, B. (2020). Infant and young child feeding practices among mothers of children aged 6 months -2 years in a rural area of Haryana: A qualitative study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(7), 3392. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_164_20
- Karmacharya, C., Cunningham, K., Choufani, J., & Kadiyala, S. (2017). Grandmothers' knowledge positively influences maternal knowledge and infant and young child feeding practices. *Public Health Nutrition*, 20(12), 2114-2123. <https://doi.org/10.1017/S1368980017000969>
- Kenyangi, B. D., Keith, R. S., & Adegboye, A. R. A. (2019). Exploring Infant and Young Child Feeding Practices in the Royal Borough of Greenwich, London, to Improve Health and Nutrition Outcomes in Children Under 2 Years of Age. *World Nutrition*, 10(3), 26-50. <https://doi.org/10.26596/wn.201910326-50>
- Larsen, J. K., Hermans, R. C. J., Sleddens, E. F. C., Engels, R. C. M. E., Fisher, J. O., & Kremers, S. P. J. (2015). How parental dietary behavior and food parenting practices affect children's dietary behavior. Interacting sources of influence? *Appetite*, 89, 246-257. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.02.012>
- Lebron, C. N., Agosto, Y., Guzman, T., Sutton, D., Stoutenberg, M., Messiah, S. E., & George, S. M. St. (2021). A qualitative study of cognitive, behavioral, and environmental influences on Hispanic mothers' early childhood feeding practices. *Appetite*, 164, 105268. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105268>
- Llewellyn, C. H., van Jaarsveld, C. H. M., Johnson, L., Carnell, S., & Wardle, J. (2011). Development and factor structure of the Baby Eating Behaviour Questionnaire in the Gemini birth cohort. *Appetite*, 57(2), 388-396. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.05.324>
- Lohse, B., & Mitchell, D. C. (2021). Valid and Reliable Measure of Adherence to Satter Division of Responsibility in Feeding. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 53(3), 211-222. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2020.11.007>
- Mallan, K. M., Nothard, M., Thorpe, K., Nicholson, J. M., Wilson, A., Scuffham, P. A., & Daniels, L. A. (2014). The role of fathers in child feeding:

- Perceived responsibility and predictors of participation: The role of fathers in child feeding. *Child: Care, Health and Development*, 40(5), 715-722. <https://doi.org/10.1111/cch.12088>
- Martínez-Aguilera, P., Cárdenas-Villarrea, V. M., & Ramírez-Silva, C. I. (2018). Conducta de apetito-saciedad y estado nutricional en lactantes menores de 6 meses de edad. *Medicina y ciencias de la salud*, 12(2), 22-28.
- McFarren, H., Vazquez, C., Jacobs, E. A., Dela Tejera, G., & Gray, M. (2020). Understanding feeding practices of Latinx mothers of infants and toddlers at risk for childhood obesity: A qualitative study. *Maternal & Child Nutrition*, 16(3). <https://doi.org/10.1111/mcn.12983>
- McLaren, L. (2007). Socioeconomic Status and Obesity. *Epidemiologic Reviews*, 29(1), 29-48. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxm001>
- Mejía Navarrete, J. (2014). Sobre la investigación cualitativa. Nuevos conceptos y campos de desarrollo. *Investigaciones Sociales*, 8(13), 277-299. <https://doi.org/10.15381/is.v8i13.6928>
- Mekonen, T., Admasie, A., Leka, Y. L., Darota, D., & Feleke, F. W. (2021). Handwashing Practice and Its Predictors Among Mothers of Children Aged 0 to 23 Months in South Ethiopia: Community Based Cross-Sectional Study. *Environmental Health Insights*, 15, 117863022110610. <https://doi.org/10.1177/11786302211061046>
- Mete, R., Shield, A., Murray, K., Bacon, R., & Kellett, J. (2019). What is healthy eating? A qualitative exploration. *Public Health Nutrition*, 22(13), 2408-2418. <https://doi.org/10.1017/S1368980019001046>
- MINSA. (2020). Guías alimentarias para niños y niñas menor de 2 años. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1811895/Gu%C3%ADas%20Alimentarias%20para%20ni%C3%B1os%20y%20ni%C3%B1as%20menores%20a%202%20a%C3%B1os%20de%20edad.pdf>
- Moore, A. C., Akhter, S., & Aboud, F. E. (2006). Responsive complementary feeding in rural Bangladesh. *Social Science & Medicine*, 62(8), 1917-1930. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.058>
- Morawska, A., Laws, R., Moretto, N., & Daniels, L. (2014). Observing the mother–infant feeding interaction. *Early Child Development and Care*, 184(4), 522-536. <https://doi.org/10.1080/03004430.2013.800051>

- Mura Paroche, M., Caton, S. J., Vereijken, C. M. J. L., Weenen, H., & Houston-Price, C. (2017). How Infants and Young Children Learn About Food: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 8, 1046. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01046>
- Nicklas, T. A., Baranowski, T., Baranowski, J. C., Cullen, K., Rittenberry, L., & Olvera, N. (2001). Family and Child-care Provider Influences on Preschool Children's Fruit, Juice, and Vegetable Consumption. *Nutrition Reviews*, 59(7), 224-235. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2001.tb07014.x>
- Nicklaus, S. (2017). The Role of Dietary Experience in the Development of Eating Behavior during the First Years of Life. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 70(3), 241-245. <https://doi.org/10.1159/000465532>
- Nicolaou, M., Rosewell, R., Marlow, N., & Glazebrook, C. (2009). Mothers' experiences of interacting with their premature infants. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(2), 182-194. <https://doi.org/10.1080/02646830801922796>
- Nizame, F. A., Winch, P. J., Ghosh, P. K., Nuruzzaman, Md., Roy, S., Sanghvi, T., Unicomb, L., & Luby, S. P. (2013). Handwashing before Food Preparation and Child Feeding: A Missed Opportunity for Hygiene Promotion. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 89(6), 1179-1185. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.13-0434>
- Northstone, K., Emmett, P., Nethersole, F., & the ALSPAC Study Team. (2001). The effect of age of introduction to lumpy solids on foods eaten and reported feeding difficulties at 6 and 15 months. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 14(1), 43-54. <https://doi.org/10.1046/j.1365-277X.2001.00264.x>
- OMS. (2010). La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud.
- OMS. (2021). Alimentación del lactante y del niño pequeño. Alimentación del lactante y del niño pequeño. Datos y cifras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young->

childfeeding#:~:text=Son%20pocos%20los%20ni%C3%B1os%20que, comidas%20apropiados%20para%20su%20edad.

OMS. (2023). Alimentación complementaria.

https://apps.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/en/index.html

OPS, & UNICEF (2013). ProPAN: Proceso para la Promoción de la Alimentación del Niño. Guía para el Usuario del Programa de Cómputo. Versión 2.0. Washington, DC:OPS.

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3474/9789275317310-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Orrell-Valente, J. K., Hill, L. G., Brechwald, W. A., Dodge, K. A., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (2007). "Just three more bites": An observational analysis of parents' socialization of children's eating at mealtime. *Appetite*, 48(1), 37-45. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2006.06.006>

Ortiz-Félix, R. E., Cárdenas-Villarreal, V. M., & Flores-Peña, Y. (2016). Modelo de rol materno en la alimentación del lactante: Teoría del rango medio. *Index de Enfermería*, 25(3), 166-170.

Osorio E., J., Weisstaub N., G., & Castillo D., C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista Chilena de Nutrición*, 29(3). <https://doi.org/10.4067/S0717-75182002000300002>

Oyarce Merino, K., Valladares Vega, M., Elizondo-Vega, R., & Obregón, A. M. (2016). Conducta alimentaria en niños. *Nutrición Hospitalaria*, 33(6). <https://doi.org/10.20960/nh.810>

Palomino-Pérez, A. M. (2020). Rol de la emoción en la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Nutrición*, 47(2), 286-291. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182020000200286>

Paul, T. K., Sciacca, R. R., Bier, M., Rodriguez, J., Song, S., & Giardina, E.-G. V. (2015). Size Misperception Among Overweight and Obese Families. *Journal of General Internal Medicine*, 30(1), 43-50. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-3002-y>

Pelto, G. H., Levitt, E., & Thairu, L. (2003). Improving Feeding Practices: Current Patterns, Common Constraints, and the Design of

- Interventions. *Food and Nutrition Bulletin*, 24(1), 45-82.
<https://doi.org/10.1177/156482650302400104>
- Perea Velasco, L., Martínez-Fuentes, M. T., Pérez-López, J., & Díaz-Herrero, Á. (2011). Interacción madre-hijo y desarrollo mental infantil: Implicaciones para la atención temprana. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 521-530.
- Pérez Gil-Romo, S. E., & Díez-Urdanivia Coria, S. (2007). Estudios sobre alimentación y nutrición en México: Una mirada a través del género. *Salud Publica Mex*, 49(6), 445-453.
- Powers, J. M., Nagel, M., Raphael, J. L., Mahoney, D. H., Buchanan, G. R., & Thompson, D. I. (2020). Barriers to and Facilitators of Iron Therapy in Children with Iron Deficiency Anemia. *The Journal of Pediatrics*, 219, 202-208. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.12.040>
- Pradeilles, R., Pareja, R., Creed-Kanashiro, H. M., Griffiths, P. L., Holdsworth, M., Verdezoto, N., Eymard-Duvernay, S., Landais, E., Stanley, M., & Rousham, E. K. (2022). Diet and food insecurity among mothers, infants, and young children in Peru before and during COVID-19: A panel survey. *Maternal & Child Nutrition*, 18(3). <https://doi.org/10.1111/mcn.13343>
- Quazi, S., Wadde, S. K., & Nagaonkar, A. S. (2019). Hand washing practices amongst mothers of under-fives in an urban slum. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 6(11), 4748. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20195050>
- Ramsay, M. (2004). Feeding skill, appetite and feeding behaviours of infants and young children and their impact on growth and psychosocial development. En *Encyclopedia on Early Childhood Development*. <http://www.child-encyclopedia.com/documents/RamsayANGxp.pdf>
- Redsell, S. A., Atkinson, P., Nathan, D., Siriwardena, A. N., Swift, J. A., & Glazebrook, C. (2011). Parents' beliefs about appropriate infant size, growth and feeding behaviour: Implications for the prevention of childhood obesity. *BMC Public Health*, 10(1), 711. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-711>
- Reisz, S., Aviles, A. I., Messina, S., Duschinsky, R., Jacobvitz, D., & Hazen, N. (2019). Fathers' attachment representations and infant feeding

- practices. *Appetite*, 142, 104374.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104374>
- Riquelme, O., & Giacoman, C. (2018). La comida en familia: La idealización de un evento social. *Revista Chilena de Nutrición*, 45(1), 65-70.
<https://doi.org/10.4067/S0717-75182018000100065>
- Rodenburg, G., Kremers, S. P., Oenema, A., & van de Mheen, D. (2014). Associations of parental feeding styles with child snacking behaviour and weight in the context of general parenting. *Public Health Nutrition*, 17(5), 960-969. <https://doi.org/10.1017/S1368980013000712>
- Rodríguez Arauz, G., & Ramírez Esparza, N. (2017). Prácticas parentales, alimentación saludable y medidas objetivas de composición corporal en la niñez preescolar. *Actualidades en Psicología*, 31(122), 61.
<https://doi.org/10.15517/ap.v31i122.26411>
- Rojas-Guerrero, N., & Espinoza-Bernardo, S. (2019). Prácticas maternas de alimentación en niños de 6 a 24 meses atendidos en establecimientos de salud de Lima e Iquitos. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(2), 157-162. <https://doi.org/10.15381/anales.802.16408>
- Ruel, M. T., Menon, P., Habicht, J.-P., Loechl, C., Bergeron, G., Pelto, G., Arimond, M., Maluccio, J., Michaud, L., & Hankebo, B. (2008). Age-based preventive targeting of food assistance and behaviour change and communication for reduction of childhood undernutrition in Haiti: A cluster randomised trial. *The Lancet*, 371(9612), 588-595.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60271-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60271-8)
- Russell, C. G., Taki, S., Azadi, L., Campbell, K. J., Laws, R., Elliott, R., & Denney-Wilson, E. (2016). A qualitative study of the infant feeding beliefs and behaviours of mothers with low educational attainment. *BMC Pediatrics*, 16(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0601-2>
- Salarkia, N., Amini, M., Abdollahi, M., Eshrati, B., & Reza Neyestani, T. (2014). Mothers' Views on Food Security and Complementary Feeding: A Qualitative Study in Urban Iran. *Nutrition and Food Sciences Research*, 1(2), 35-42.
- Salci, L. E., & Paxton, S. J. (2015). Parent Influences on Body Image Attitudes and Eating Patterns in Early Childhood. En T. Wade (Ed.), *Encyclopedia*

- of Feeding and Eating Disorders (pp. 1-6). Springer Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-287-087-2_56-1
- Salinas-Quiroz, F., Cambón Mihalfi, V., & Silva Cabrera, P. (2015). Aportes ecológico-interactivos a la psicología educativa. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 26(1), 26-37.
- Saltzman, J. A., Pinerros-Leano, M., Liechty, J. M., Bost, K. K., & Fiese, B. H. (2016). Eating, feeding, and feeling: Emotional responsiveness mediates longitudinal associations between maternal binge eating, feeding practices, and child weight. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13(1), 89. <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0415-5>
- Schwarzenberg, S. J., Georgieff, M. K., COMMITTEE ON NUTRITION, Daniels, S., Corkins, M., Golden, N. H., Kim, J. H., Lindsey, C. W., & Magge, S. N. (2018). Advocacy for Improving Nutrition in the First 1000 Days to Support Childhood Development and Adult Health. *Pediatrics*, 141(2), e20173716. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3716>
- Sharma, N., Ferguson, E. L., Upadhyay, A., Zehner, E., Filteau, S., & Pries, A. M. (2019). Perceptions of commercial snack food and beverages for infant and young child feeding: A mixed-methods study among caregivers in Kathmandu Valley, Nepal. *Maternal & Child Nutrition*, 15(S4). <https://doi.org/10.1111/mcn.12711>
- Sheikh, N., Akram, R., Ali, N., Haque, S. R., Tisha, S., Mahumud, R. A., Sarker, A. R., & Sultana, M. (2020). Infant and young child feeding practice, dietary diversity, associated predictors, and child health outcomes in Bangladesh. *Journal of Child Health Care*, 24(2), 260-273. <https://doi.org/10.1177/1367493519852486>
- Stone, R. A., Blissett, J., Haycraft, E., & Farrow, C. (2022). Predicting preschool children's emotional eating: The role of parents' emotional eating, feeding practices and child temperament. *Maternal & Child Nutrition*, 18(3). <https://doi.org/10.1111/mcn.13341>
- Tarqui-Mamani, C., Alvarez-Dongo, D., Gómez-Guizado, G., & Rosales-Pimentel, S. (2016). Diversidad alimentaria en los niños peruanos de 6 a 35 meses. *Anales de la Facultad de Medicina*, 77(3), 219-224.

- Tuffour, I. (2017). A Critical Overview of Interpretative Phenomenological Analysis: A Contemporary Qualitative Research Approach. *Journal of Healthcare Communications*, 02(04). <https://doi.org/10.4172/2472-1654.100093>
- UNICEF. (2021). Tendencias y factores determinantes de la alimentación de los niños y niñas entre 6 y 24 meses en Perú (pp. 1-6). <https://www.unicef.org/lac/media/30226/file/Tendencias-de-la%20alimentacion-en-ninos-pequenos-Peru.pdf>
- Van der Heijden, A., te Molder, H., Jager, G., & Mulder, B. C. (2021). Healthy eating beliefs and the meaning of food in populations with a low socioeconomic position: A scoping review. *Appetite*, 161, 105135. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105135>
- Van Schalkwyk, E., Gay, S., Miller, J., Matthee, E., & Gerber, B. (2020). Perceptions of mothers with preterm infants about early communication development: A scoping review. *South African Journal of Communication Disorders*, 67(1). <https://doi.org/10.4102/sajcd.v67i1.640>
- Vargas, G., Cruzat Mandich, C., Díaz Castrillón, F., Moore Infante, C., & Ulloa Jiménez, V. (2015). Factores del vínculo temprano madre-hijo asociados a la obesidad infantil. *NUTRICION HOSPITALARIA*, 5, 1994-1999. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.32.5.9571>
- Viana, V., Almeida, P., Guardiano, M., Silva, D., Oliveira, B., & Guerra, A. (2019). Mothers' eating style's influence on their feeding practices and on their children's appetite traits. *The Psychologist: Practice & Research Journal*, 2(1). <https://doi.org/10.33525/pprj.v2i1.72>
- Wachs, T. D. (2000). Nutritional deficits and behavioural development. *International Journal of Behavioral Development*, 24(4), 435-441. <https://doi.org/10.1080/016502500750037982>
- Walsh, A., Kearney, L., & Dennis, N. (2015). Factors influencing first-time mothers' introduction of complementary foods: A qualitative exploration. *BMC Public Health*, 15(1), 939. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2250-z>
- WFP, CEPAL, & MINSA. (2022). Perú: El Costo de la Doble Carga de la Malnutrición—Impacto Social y Económico. <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000140902/download/>

- WHO. (2005). Guiding principles for feeding non-breastfed children 6-24 months of age. WHO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43281/9241593431.pdf>
- Winch, P. J., Ghosh, P. K., Nizame, F. A., Nuruzzaman, Md., Roy, S., Sanghvi, T., Unicomb, L., & Luby, S. P. (2013). Handwashing before Food Preparation and Child Feeding: A Missed Opportunity for Hygiene Promotion. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 89(6), 1179-1185. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.13-0434>
- Wood, A. C., Blissett, J. M., Brunstrom, J. M., Carnell, S., Faith, M. S., Fisher, J. O., Hayman, L. L., Khalsa, A. S., Hughes, S. O., Miller, A. L., Momin, S. R., Welsh, J. A., Woo, J. G., Haycraft, E., & the American Heart Association Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Epidemiology and Prevention; Council on Lifelong Congenital Heart Disease and Heart Health in the Young; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; and Stroke Council. (2020). Caregiver Influences on Eating Behaviors in Young Children: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Journal of the American Heart Association*, 9(10), e014520. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.014520>

ANEXOS

Anexo 1

Guía de observación en el hogar del niño

Objetivos:

- Identificar facilitadores y dificultades potenciales, en las prácticas de alimentación del niño, desarrolladas por la cuidadora principal
- Caracterizar la interacción entre cuidadora principal y el niño o la niña, durante el proceso de alimentación

Fecha y lugar de observación: -----

Hora de inicio y de finalización de la observación: -----

Jornada de actividades de la cuidadora y su interacción con el niño o la niña, respecto a su alimentación y cuidado

Describir de manera correlativa, de la manera más detallada posible, cada una de las actividades de la cuidadora durante la jornada de observación, identificando lo siguiente:

- ¿Qué hora es?
- ¿Qué está haciendo la cuidadora principal?
- ¿Qué interacciones tiene con el niño o la niña?
 - ¿Qué está haciendo el niño o la niña?
 - ¿Dónde se encuentra ubicado con relación a la cuidadora?
 - ¿Qué le dice la cuidadora?
 - ¿Qué hace en relación con el niño?
 - ¿Con qué objetos o materiales interactúan?
- ¿Con quiénes más interactúan la cuidadora y el niño o la niña?
 - ¿Qué hacen?
 - ¿Qué dicen?
 - ¿Cómo ayudan en el cuidado del niño o de la niña?
 - Si está presente el padre, ¿qué hace?

1. **La alimentación del niño**

Registro de todos los alimentos, bebidas y preparaciones que se ofrecen al niño (momentos y circunstancias; reacciones del niño frente a lo ofrecido, dentro y fuera de la casa...)

Describir de manera detallada las actividades de:

A. Preparación de alimentos (¿Cómo se preparan los alimentos?)

- **Lugar** en que se preparan los alimentos (características de la infraestructura, pisos, paredes; disposición del mobiliario y utensilios...)
- **Quién prepara y cocina** los alimentos
- **Alimentos e insumos** utilizados en la preparación
- **Procesamiento** de los alimentos (lavado de alimentos, utensilios...)
- **Procedimiento** de preparación (orden de colocación de insumos; utensilios empleados...)
- **Preparación específica para el niño / para la familia**
- Intervención de **otros actores** (¿quiénes? ¿qué hacen?)
- **Tiempo empleado** en la preparación
- **Manejo de desperdicios y desechos** de los alimentos

B. Servido de alimentos para el niño (¿Cómo se sirven los alimentos?)

- **Lugar** en donde se coloca la cuidadora para el servido
- **¿En qué se sirve** la comida al niño o a la niña? (¿uso de utensilios específicos del niño?)
- **¿Cuánto** sirve? (¿cómo mide? Proporción de tipo de alimentos, según recipiente utilizado)
- **Consistencia** de la preparación que se sirve al niño o a la niña
- **¿Quiénes ayudan** en el servido?
- **Si participan otros miembros de la familia, orden en que se sirve:** quiénes son; orden en que se distribuye la comida; si hay repetición, ¿a quiénes sirve primero?

C. El dar de comer al niño o a la niña (¿Cómo se da de comer?)

- **Lugar** en que se da de comer al niño (lugar de la vivienda en donde se da de comer; material del piso y paredes; radio y/o televisores prendidos; volumen; presencia de animales)
- **¿Cómo se define el momento de comer?** (¿cuidadora ofrece? ¿niño pide?)
- **¿Quién da de comer** al niño?
- **¿Cómo come el niño?** ¿come solo? ¿requiere ayuda? ¿de qué manera se le ayuda?
- **Ubicación del niño respecto a la cuidadora** (¿cuidadora puede mantener contacto visual con el niño?; ¿se sitúa próximo a la cuidadora; lejos de la misma; sobre su regazo?; cuidadora está atenta al niño; se encuentra realizando tareas paralelas, mientras el niño come)
- **Interacciones verbales y no verbales** durante la comida (qué conversa; cómo motiva; felicita; amenaza; reprende; usa tono de voz alto o amenazante)
- **¿Cómo da de comer al niño?** (¿qué hace? Juega con el niño; deja tocar la comida; alimentarse por sí mismo; limita que el niño coja utensilios y la comida; ¿cuándo anima y estimula? ¿de qué manera? ¿sólo cuando el niño no quiere comer o igualmente, cuando está comiendo bien?; apura al niño...)

- **¿Qué hace cuando el niño no quiere comer?**
- **¿Pide el niño teta o se le ofrece?** ¿en qué momento durante la comida? ¿cómo interactúa la madre con el niño, cuando está dando de lactar?
- **¿Quiénes ayudan** a dar de comer?
- **¿Cuándo se da por terminada la comida?** (cuando el niño deja definitivamente, de comer) (el niño, ¿comió toda la comida servida? ¿qué y cuánto comió, según la cantidad servida? ¿qué se hace con lo que no ha comido? ¿se descarta? ¿se guarda? ¿se distribuye?)
- **¿Cuánto tarda** la alimentación del niño?
- Si participan **otros actores**, durante la alimentación del niño, ¿quiénes son? ¿qué hacen? ¿cómo se relacionan con el niño? ¿cómo se ubican en relación con el niño?

D. Comportamiento del niño frente a la alimentación

- Comportamiento y reacciones del niño, durante los momentos de alimentación (muestra agrado; preferencia por determinados alimentos o preparaciones; rechaza algún alimento o preparación ¿cuáles?)
- Comportamiento del niño frente a diferentes alimentos y texturas
- ¿Come por sí mismo? ¿recibe ayuda? ¿en qué medida?

E. Suplementación con Sulfato Ferroso

- Si se da **Sulfato Ferroso o MMN**: ¿en qué momento se da? ¿de qué manera se ofrece? ¿cómo recibe el niño o la niña el SF o el MMN? ¿qué hace la cuidadora principal, si se produce rechazo por parte del niño o la niña? ¿con qué resultados?

Anexo 2

Guía de entrevista Madre del niño entre 6 a 23 meses

Código de la madre: _____

Fecha de la entrevista: _____

Hora de inicio: _____

Hora de término: _____

A. Balance de las prácticas actuales de alimentación del niño

1. **¿Cómo le va con la alimentación de su hijito actualmente?** ¿hay algo que le preocupa?
 - ¿Cómo está el **apetito**, las ganas de comer de su hijito?
 - ¿Cómo le va en cuanto a la **cantidad** que come su hijito? ¿Come la **cantidad que usted le sirve?** (¿Cómo le gustaría que fuera?)
 - Durante el día ¿cómo le va en relación con el **número de veces** que su hijito come al día?
 - ¿Cómo es la preparación que generalmente, le da a su hijito? (**consistencia**) ¿cómo queda en el plato? ¿es más como sopita? ¿segundito/guiso? ¿sequito/durito? ¿cómo le gusta más a su hijito? ¿Qué ha hecho para lograr que coma como usted quiere? ¿cómo ha conseguido que coma de esa forma? ¿qué tal le fue?
 - ¿Cómo le va con la **lactancia materna actualmente?** ¿En qué momentos **le da de mamar?** Por ejemplo, cuando está en el almuerzo: ¿Qué prefiere su hijito, mamar o comer? ¿qué le parece a usted? ¿Qué le da primero, la leche o la comida? Si le da primero la leche, ¿cómo es el apetito del niño luego?
 - Me gustaría me cuente sobre la **forma cómo come su hijito:** Estilos de dar de comer
 - ¿En qué **parte de la casa** acostumbra a comer? ¿en alguna otra parte además?
 - ¿Quiénes más comen a la par que el niño? ¿quiénes ayudan dando de comer al niño? (comensalidad)
 - ¿Come solo o le dan de comer? ¿Cómo lo hace si come solo? Qué opina usted de eso
 - ¿Cómo inicia una sesión de alimentación? ¿Quién actúa primero? ¿Considera el estado de ánimo o cómo se siente el niño? ¿Qué hace? (Reciprocidad – interacción madre niño)
 - ¿Cómo se siente usted al comenzar a alimentar a su hijo? ¿Siempre es así? ¿En qué circunstancias cambia? (conflicto bivalente - interacción madre niño)
 - ¿**Qué hace usted mientras** el niño come o le da de comer? (interacción madre niño)

- ¿Dónde se coloca usted y dónde coloca a su hijito? (involucramiento) ¿Lo puede mirar a los ojos mientras le da de comer? (involucramiento)
- ¿**Qué hace mientras le va dando de comer?** (comunicación verbal)
- ¿Cómo se da cuenta que **ya no quiere** comer más? (voltea la cabeza, no recibe el bocado) ¿Qué hace cuando su hijito ya no quiere comer? (estrategia)
- ¿cómo se siente usted?
- ¿Cómo hace para que su hijito siga comiendo? (estrategia)
- ¿Cuánto **tiempo demora** en comer su hijito? ¿qué le parece a usted? Que hace frente a ello (estrategia)
 - ¿En alguna oportunidad usted ha tenido que poner reglas más firmes mientras que su niño come, como usar la fuerza o alzar la voz? ¿Porque lo hizo o lo hace?
 - ¿El niño siempre termina su comida? ¿Cómo usted da por terminado una sesión de alimentación?
- B. **Representaciones y valoración de alimentos** conocimientos y percepciones sobre los alimentos y preparaciones.
1. **Aquí tengo unas tarjetitas con imágenes de alimentos. Me gustaría que VEA cada foto, diga el NOMBRE del alimento y SEPARE entre los que daría o No a su hijito/hijita.** (Mientras la CP va separando los alimentos, pedirle que vaya formando grupos, según sus propios criterios: **esta tarjeta ¿junto con cuál la pondría?**
 2. **Indagar sobre los criterios de agrupación libre de la CP: ¿a qué se debe que ha colocado juntos estos alimentos?** (Preguntar esto para cada uno de los grupos formados)
De los alimentos que si les daría: ¿se acostumbran a comer en casa?, ¿por qué?
¿Qué es lo que prioriza en la selección de un alimento? (preferencias, tiempo, costo, etc.)
¿Habría algún otro alimento que se consumen frecuentemente en casa y que no se encuentran en las tarjetas cuáles? ¿Por qué?
 3. **Indagación en torno a alimentos que NO DARÍA** (Preguntar para cada tarjeta)
De los alimentos que no les daría: ¿se acostumbran a comer en casa?, ¿por qué?
¿Habría algún otro alimento que se no se consumen frecuentemente en casa y que no se encuentran en las tarjetas cuáles? ¿Por qué?
¿A qué se debe que este alimento **no se da** al niño? ¿Qué **pasaría si se le da?** ¿A qué edad se le podría dar? ¿De alguna manera cree que sería bueno para los niños? Oportunidades y condiciones en que se ofrece a los niños, este tipo de alimentos: ¿cuándo? ¿dónde? ¿quién?
 - ¿Qué dicen las otras mamás de la zona, acerca de este alimento?
 4. **Indagación en torno a GRUPOS de ALIMENTOS.** *Mostrar tarjetas con agrupaciones de los alimentos, según criterios nutricionales (AOA; verduras; frutas; menestras; básicos (cereales y tubérculos); ultra procesados salados; azúcar y ultra procesados dulces; agua; líquidos industrializados; líquidos de preparación en casa: infusiones, refrescos y jugos) y preguntar para cada tarjeta: percepciones del cuidador respecto a la diversidad de alimentos,*
 - **Edad de inicio.** ¿a qué edad ya se les podría dar? ¿qué pasaría si se les da antes (seis meses)? ¿a qué se debe que no se les dé antes? ¿cómo se le debería preparar a un niño de seis meses?

- **Frecuencia.** ¿Cada cuánto tiempo se les podría dar estos alimentos a los niños menores de dos años? ¿Qué pasaría si se les da más seguido?
- **Valoración.** percepciones sobre los alimentos y preparaciones.
¿**Para qué son buenos** estos alimentos para los niños? ¿Qué pasa si No se les da estos alimentos? ¿Qué pasa si se les da MUCHO o en exceso estos alimentos?
¿De qué manera podrían consumirlos los niños sin que les hiciera mal?
- **Preparaciones.** ¿**Cómo se les podría dar o preparar estos alimentos a los niños?** ¿con qué se les prepara? habilidades y destrezas
- En caso de **líquidos** ¿qué se les agrega?
- **Oportunidad.** ¿En qué ocasiones o situaciones SI se acostumbra a comerlos? ¿se les da a los niños, a pesar de que no se les quiera dar?
- ¿Qué dicen las otras mamás de la zona, acerca de estos alimentos?

C. **Percepción del estado nutricional del niño o de la niña (ejercicio con siluetas)**

- ¿A cuál de las figuras, se parece su hijito(a) **actualmente**?
- ¿Cuál o cuáles serían **niños saludables**? ¿qué nos indica que son saludables?
- ¿Cuál o cuáles serían **niños NO saludables**? ¿a qué se debería que sean no saludables?
- Solo con las FIGURAS CONSIDERADAS NO SALUDABLES
¿considera que su hijito podría llegar a ser como estas figuras?
¿qué tendría que pasar para que se ponga como estas figuras?
¿cómo se podría evitar que los niños lleguen a ser como estas figuras?
- ¿Cuáles de estas figuras se ven por acá en su zona? ¿cuáles no se ven? ¿cómo se les llama por acá? (empezar por los extremos)

D. **Percepción de preparaciones saludables y no saludables**

- ¿Cómo es para usted una **comida saludable**? ¿Cuáles son para usted **preparaciones o platos saludables**? ¿qué los hace saludables? ¿a qué se debe que los considere saludables? ¿desde qué edad podrían comer estos platos saludables los niños? ¿y los niños menores de dos años? (¿se preparan/se acostumbran en casa? ¿se podrían preparar? (factibilidad; facilidad; dificultades; condiciones)
- ¿Cuáles son para usted **comidas NO saludables**? ¿a qué se debe que no sean saludables? ¿se les podría dar a los niños menores de dos años? ¿desde qué edad podrían comer estos platos NO saludables los niños? (¿se preparan en casa? ¿se podrían preparar? ¿en qué circunstancias?)

GRACIAS...

Anexo 3

Enfoques maternos para la alimentación de niños de 6 a 23 meses en familias de zonas peri-urbanas residentes en Huánuco

Consentimiento informado a madres o cuidadores niños de 6 a 23 meses para participar en una entrevista

Señora, mi nombre es _____, soy nutricionista y miembro del equipo del Instituto de Investigación Nutricional con sede Lima, que viene trabajando por esta zona para desarrollar un proyecto sobre estrategias para mejorar la alimentación infantil de los niños de 6 a 23 meses de edad, para evitar la anemia y prevenir el sobrepeso. Para ello, en esta oportunidad requiero de su participación para realizarle una entrevista sobre qué perspectivas o punto de vista tiene sobre las prácticas de alimentación de niños de 6 a 23 meses de edad en las zonas peri-urbanas de Huánuco.

En esta hoja de consentimiento se explica el estudio, usted puede leer y conversarlo con su familia si lo desea. Por favor tome el tiempo necesario para decidir si usted desea participar. Por favor siéntase libre de hacer cualquier pregunta.

Su participación es totalmente voluntaria, si no acepta ser entrevistada no habría ningún problema, puede retirarse cuanto lo desee sin que esto represente que tenga que pagar ni recibir alguna represalia por parte de los investigadores. Se guardará su anonimato y todo lo que usted nos diga será confidencial. Su nombre no aparecerá en estos informes.

No existe ningún riesgo por tratarse sólo de una conversación y siempre se mantendrá de manera confidencial.

Respecto a recibir algún beneficio, no hay un beneficio directo para usted o su familia. Sin embargo, la información que se pueda obtener será de beneficio para la sociedad ya que aportará con información que permitirá comprender el problema de la anemia y el sobrepeso y obesidad a partir de las prácticas que realizan las madres en la alimentación de sus hijos de 6 a 23 meses de edad.

Si acepta participar también quisiera pedir su consentimiento para **grabar la entrevista**, de modo que podamos estar completamente seguros de recopilar toda la información que usted nos provea.

Si tuviera alguna pregunta sobre este proyecto con gusto puede comunicarse con Lic. Sissy Espinoza Bernardo al teléfono 948627146 o correo sespinozab@unmsm.edu.pe.

Declaración Voluntaria de Consentimiento Informado

Su firma en este documento indica que usted de manera voluntaria acepta participar en este estudio, que se le ha explicado y se ha contestado sus preguntas sobre el estudio de manera satisfactoria. Usted recibirá una copia de este documento con la fecha y su firma antes de iniciar su participación en este estudio.

"Me han explicado acerca del estudio y han contestado mis preguntas de manera satisfactoria".

- Acepto que me realicen la entrevista.
- Acepto que graben la entrevista.

Nombre de la madre participante (Firma)

Gracias por su participación

Declaro que he cumplido con el proceso de consentimiento, informando a la señora:

Nombre de entrevistadora:

Firma: _____

Fecha: ___ / ___ / _____

Anexo N°4

Enfoques maternos para la alimentación de niños de 6 a 23 meses en familias de zonas peri-urbanas residentes en Huánuco

Consentimiento informado a madres o cuidadores niños de 6 a 23 meses para participar en una observación

Señora, mi nombre es _____, soy nutricionista y miembro del equipo del Instituto de Investigación Nutricional con sede Lima, que viene trabajando por esta zona para desarrollar un proyecto sobre estrategias para mejorar la alimentación infantil de los niños de 6 a 23 meses de edad, para evitar la anemia y prevenir el sobrepeso. Para ello, en esta oportunidad requiero de su participación para realizarle una visita de observación en su hogar para conocer el entorno donde come el niño y como es un día habitual de la alimentación del niño desde las 8:30 am hasta la 1:30 pm.

En esta hoja de consentimiento se explica el estudio, usted puede leer y conversarlo con su familia si lo desea. Por favor tome el tiempo necesario para decidir si usted desea participar. Por favor siéntase libre de hacer cualquier pregunta.

Su participación es totalmente voluntaria, si no acepta ser entrevistada no habría ningún problema, puede retirarse cuanto lo desee sin que esto represente que tenga que pagar ni recibir alguna represalia por parte de los investigadores. Se guardará su anonimato y todo lo que usted nos diga será confidencial. Su nombre no aparecerá en estos informes.

No existe ningún riesgo por tratarse sólo de una conversación y siempre se mantendrá de manera confidencial.

Respecto a recibir algún beneficio, no hay un beneficio directo para usted o su familia. Sin embargo, la información que se pueda obtener será de beneficio para la sociedad ya que aportará con información que permitirá comprender el problema de la anemia y el sobrepeso y obesidad a partir de las prácticas que realizan las madres en la alimentación de sus hijos de 6 a 23 meses de edad.

Si acepta participar también quisiera pedir su consentimiento para **tomar fotos** del entorno de la alimentación del niño, de modo que podamos estar completamente seguros de recopilar toda la información que usted nos provea.

Si tuviera alguna pregunta sobre este proyecto con gusto puede comunicarse con Lic. Sissy Espinoza Bernardo al teléfono 948627146 o correo sespinozab@unmsm.edu.pe.

Declaración Voluntaria de Consentimiento Informado

Su firma en este documento indica que usted de manera voluntaria acepta participar en este estudio, que se le ha explicado y se ha contestado sus preguntas sobre el estudio de manera satisfactoria. Usted recibirá una copia de este documento con la fecha y su firma antes de iniciar su participación en este estudio.

“Me han explicado acerca del estudio y han contestado mis preguntas de manera satisfactoria”.

- Acepto que realicen la observación domiciliaria
- Acepto No acepto la toma de fotografías que se vayan a realizar.

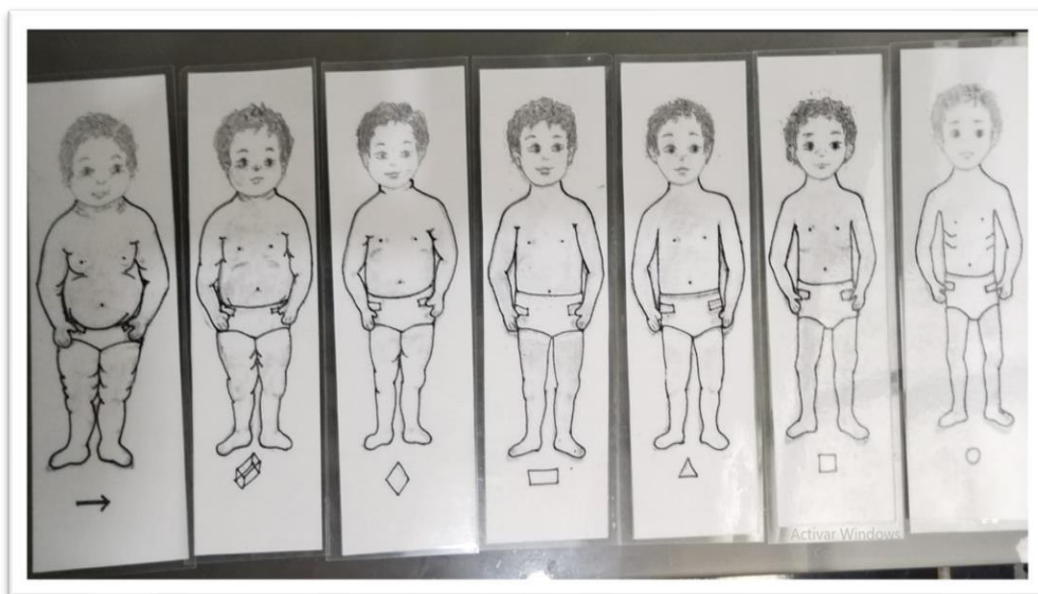
Nombre de la madre participante (Firma)

Declaro que he cumplido con el proceso de consentimiento, informando a la señora:

Nombre de entrevistadora:

Firma: _____

Fecha: ___ / ___ / _____



Silueta de niños



Silueta de niñas